

COMUNICACIONES PÓSTERES

Pacientes con cáncer de mama en estadio II en los que se hace mastectomía.

Calcerrada Alises E, Gallart Aragón T, Sarabia Valverde N, Lendínez Romero I, De Reyes Lartategui S, Gómez Valverde E, Jefe de servicio: Jiménez Ríos JA.

Hospital Complejo Hospitalario de Granada

Introducción: El cáncer de mama representa un problema de salud pública. Es la neoplasia más frecuente en la mujer y la primera causa de muerte en este grupo en países industrializados. En España se diagnostican alrededor de 14,000 nuevos casos al año con una mortalidad anual de 6,000 mujeres.

En las últimas estadísticas publicadas se aprecia una disminución de la mortalidad, que probablemente se debe a un diagnóstico más precoz mediante programas de cribado mamográfico y a un mejor manejo terapéutico de los pacientes.

Con este estudio se pretende evaluar el comportamiento clínico, terapéutico y evolutivo de las pacientes con estadio II de cáncer de mama mastectomizadas en nuestro hospital, así como el tiempo que se mantienen libres de enfermedad tras la finalización del tratamiento.

Objetivos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo para evaluar el comportamiento epidemiológico y la supervivencia en pacientes con cáncer de mama. La muestra estuvo constituida por pacientes afectadas por esta neoplasia en estadio II intervenidas de mastectomía, atendidas en el «Hospital Clínico Universitario San Cecilio» de Granada desde 2012 a 2014. La edad promedio al momento del diagnóstico era de 53,2 años. El 13% de las pacientes tenían antecedentes familiares directos. La supervivencia a dos años fue del 83,7%, y el intervalo libre de enfermedad en este mismo período del 79%.

Material y método: Se realizó un estudio observacional retrospectivo basado en una muestra de 100 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en estadio II y tratadas mediante mastectomía en el «Hospital Clínico Universitario San Cecilio de Granada» desde 2012 a 2014. Se revisaron las historias clínicas a partir de los registros operatorios y de las consultas para revisión de Cirugía General para conocer su estado actual. Todos los datos se recogieron en una base de datos utilizando el software SPSS.

Se estimó el intervalo libre de enfermedad (ILE) como la diferencia en años decimales entre la fecha de terminación del tratamiento y la recaída o la fecha de última notificación en caso contrario.

Resultados: La edad promedio de las pacientes al diagnóstico fue de 53,2 años, un 53,7% eran post-menopáusicas. Un 43,2 % recibieron tratamiento adyuvante (radioterapia y quimioterapia) previo al tratamiento quirúrgico. Tras la intervención quirúrgica (mastectomía) la estancia media fue de 8,2 días. La supervivencia a los dos años fue del 83,7% y el intervalo libre de enfermedad (ILE) en este mismo período del 79%.

Conclusiones: El cáncer de mama afecta con mayor probabilidad a mujeres por encima de los 40 años, y esta posibili-

dad aumenta en la década de los 50 y los 60 años. Los principales factores de riesgo para el mismo son el sexo femenino, la edad mayor a 40 años, los antecedentes familiares (sobre todo de primer grado), antecedentes personales, menarquia precoz (< 12 años) y menopausia tardía (> 50 años), paridad y edad del primer embarazo.

Enfermedad de Crohn apendicular: a propósito de un caso

Vílchez Rabelo, Andrea; Mansilla Rosello, Alfonso; Molina Martín, Antonio Alberto; Torres Alcalá, Tomás; Carrasco Manuel; Bustos Merlo, Ana Belén y José Antonio Jimenes Rios

Hospital Complejo Hospitalario de Granada

Introducción: La enfermedad de Crohn afecta al apéndice en un 25% de los pacientes con Crohn ileal, pero rara vez la afectación apendicular es la primera manifestación de la enfermedad, con solo unos pocos casos descritos en la literatura.

Objetivos: Presentamos a un paciente cuyo debut de Enfermedad de Crohn fue por un diagnóstico de apendicitis aguda, y discutimos sobre la necesidad o no de seguimiento a largo plazo.

Material y método: Paciente varón de 17 años de edad, que acude a urgencias de nuestro hospital por dolor en FID de 12 horas de evolución, analíticamente destaca una leve leucocitosis sin neutrofilia; el paciente refiere dolores abdominales a nivel de FID en otras ocasiones que cedieron tras analgesia. A la exploración abdominal destaca un abdomen doloroso a nivel de FID con Blumberg +, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente realizando apendicectomía abierta. El hallazgo macroscópico fue de un apéndice inflamado con gran plastrón asociado. La Anatomía Patológica lo catalogó como Crohn apendicular con signos de periapendicitis.

Resultados: El paciente evolucionó sin complicaciones postoperatorias inmediatas, por lo que fue dado de alta. Actualmente se encuentra sin complicaciones y sin nuevas recidivas.

Conclusiones: El Crohn apendicular se presenta de forma más indolente que el Crohn ileal o a nivel del colon.

Las tasas de recurrencia oscilan entorno al 8%. Más frecuente en varones y con un pico de incidencia entre la segunda y tercera década de la vida.

Con una clínica igual que la de un cuadro de apendicitis aguda, aunque más insidiosa, siendo incluso recurrente.

La afectación intestinal de esta enfermedad es excepcional. Como tratamiento, la apendicectomía es el gold estándar.

Encontramos ciertas controversias en cuanto al seguimiento, encontrando publicaciones que avalan la apendicectomía como curación de la enfermedad, mientras que otros autores recomiendan un seguimiento de un mínimo de tres años y en otros estudios de 5 años.

Cáncer de páncreas como tumor de novo en trasplantada pulmonar

Vílchez Rabelo, Andrea; Fundora Suarez Yiliam; Molina Martín, Antonio Alberto; Villegas Herrera, Trinidad; Becerra, Antonio; Muffak, Karim; Garrote, Daniel y Jimenez Rios, José Antonio.

Hospital Complejo Hospitalario de Granada

Introducción: La incidencia de cáncer después de un trasplante de órgano sólido está aumentada, siendo el uso de inmunosupresores la mayor razón para este incremento. Encontramos distintas neoplasias de nueva aparición según el órgano trasplantado.

Objetivos: Presentamos el caso de una mujer con trasplante pulmonar bilobar con aparición de cáncer de páncreas a los 16 años post trasplante.

Material y método: Paciente mujer de 53 años con antecedentes de trasplante pulmonar bilobar por bronquiectasias en 1998 con posterior bronquiolitis obliterante posttrasplante en estadio III, en tratamiento actualmente con tacrólimus y micofenolato. Estudiada en nuestras consultas por cuadro de dolor abdominal de difícil manejo analgésico. Se realizaron TAC, USE y eco abdominal, hallando una neoplasia de unos 4 cm situada a nivel de cuerpo y cola de páncreas con afectación de vasos esplénicos. Se decide en Comité Multidisciplinar tratamiento quirúrgico, realizándose pancreatectomía córporo-caudal con esplenectomía y resección intestinal de unos 15 cm de primera asa yeyunal por afectación local, junto con exéresis de unos 2 cm de vena porta con posterior anastomosis por afectación.

Resultados: La paciente evolucionó sin complicaciones postoperatorias inmediatas, por lo que fue dada de alta. Actualmente se encuentra sin complicaciones y en revisión por Oncología para establecimiento de tratamiento adyuvante.

Conclusiones: La incidencia de tumores de novo está íntimamente relacionada con los inmunosupresores, encontrando mayor incidencia según uno u otro tratamiento y en una relación lineal con la dosis de fármaco, así como las distintas características de los pacientes.

Diverticulitis aguda complicada: drenaje percutáneo del absceso intraabdominal.

Hernández González, José Manuel; Martos Rojas, Noemí; Gómez Perez, Rocío; Fernández García, Francisco Javier; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: La severidad de la diverticulitis aguda varía desde la simple inflamación de un segmento corto de colon hasta la perforación con peritonitis fecaloidea asociada.

El tratamiento de esta entidad ha evolucionado hacia el empleo de estrategias cada vez más conservadoras, constituyendo en ocasiones un reto para el cirujano de urgencias identificar a determinados pacientes como candidatos para un manejo inicial mínimamente invasivo, así como el intervalo de tiempo adecuado hasta la cirugía.

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente con diverticulitis aguda complicada con un absceso pélvico, en quien el manejo inicial de manera conservadora nos permitió realizar un tratamiento quirúrgico definitivo.

Material y método: Paciente de 40 años de edad, con antecedente de diverticulitis aguda no complicada hace dos años tratada con antibióticos en domicilio; acude a urgencias por dolor abdominal de una semana de evolución, en fosa ilíaca izquierda, acompañado de fiebre. A la exploración física se objetiva un abdomen blando y depresible, con plastrón en cuadrante inferior izquierdo, doloroso a la palpación, no fluctuante y sin defensa ni signos de peritonismo.

En la analítica de sangre destacan una importante leucocitosis con desviación izquierda y una PCR de 580 mg/l, objetivándose en TAC de abdomen engrosamiento mural de un segmento de colon descendente-sigma, con una colección asociada (12x5 cm), la cual se extiende hacia la pared abdominal, visualizándose burbujas aéreas extraluminales y pequeña cantidad de líquido libre asociado.

Se realiza drenaje percutáneo guiado por radioscopia, dejando catéter externo de 12 Fr, drenando inicialmente abundante material purulento, para progresivamente disminuir su débito; presentando evolución en planta favorable, iniciando tolerancia a líquidos al día siguiente y con buena progresión hasta dieta blanda sin residuos.

A las tres semanas es intervenido, objetivándose importantes cambios inflamatorios en segmento de sigma de unos 10 cm, realizándose sigmoidectomía y anastomosis primaria, con evolución portoperatoria favorable, siendo dado de alta en el quinto día postoperatorio.

Resultados: La diverticulitis complicada constituye una de las urgencias a las que el cirujano debe de enfrentarse con relativa frecuencia, con un espectro de complicaciones que van desde la formación de abscesos o fístulas hasta la perforación o la obstrucción intestinal.

El TAC de abdomen es la prueba de elección para la estadiificación de la misma, estableciéndose la clasificación de Hinchey (I: absceso mesocólico, II: absceso pélvico, III: peritonitis purulenta, IV: peritonitis fecaloidea).

El drenaje percutáneo de abscesos ha contribuido a incrementar el número de pacientes candidatos a un manejo no quirúrgico urgente, especialmente en los mayores de 5 cm, con tasas de fracaso que oscilan entre el 15 y el 30%. Este enfoque en el tratamiento de la diverticulitis complicada se traduce en un incremento en el número de anastomosis primarias.

Existen controversias acerca del intervalo de tiempo óptimo hasta la cirugía, que varía entre los 10 días y las seis semanas en la mayoría de las publicaciones revisadas.

Conclusiones: En nuestro paciente, pudo realizarse una anastomosis primaria a las tres semanas del diagnóstico, traduciéndose en una mayor calidad de vida con menores costes y morbilidad.

Obstrucción colónica como forma de presentación de la hernia paraesofágica recidivada

Hernández González, José Manuel; Ramos Muñoz, Francisco; Gómez Perez, Rocío; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: La recidiva herniaria tras el tratamiento laparoscópico de la hernia de hiato constituye uno de los principales problemas a los que el cirujano debe hacer frente en el seguimiento a largo plazo de estos pacientes. Aunque complicaciones como vólvulos de estómago u otras formas de obstrucción gástrica han sido reportadas con relativa frecuencia, existe escasa evidencia en la literatura de obstrucción colónica por ascenso del colon transverso al tórax como forma de presentación de la recidiva herniaria.

Objetivos: Presentamos el caso de una hernia paraesofágica recidivada, complicada con una obstrucción de colon transverso por ascenso del mismo a cavidad torácica.

Material y método: Paciente de 64 años con antecedente de funduplicatura laparoscópica por hernia paraesofágica, acude a urgencias por vómitos de 24 horas de evolución y molestias abdominales inespecíficas, refiriendo ausencia de deposiciones ni expulsión de gases en los últimos dos días.

A la exploración se muestra levemente disneica, con un abdomen moderadamente distendido sin signos de irritación peritoneal. En la analítica de sangre destaca una PCR elevada.

En las radiografías simples de tórax y abdomen se evidencia dilatación de asas de intestino delgado y colon en compartimentos abdominal y torácico izquierdo, con un ciego de 10 cm de diámetro aproximadamente, completando el estudio con TAC toracoabdominal, que muestra desplazamiento mediastínico hacia la derecha y colapso del pulmón izquierdo por hernia diafragmática que contiene cámara gástrica (con pseudovólvulo asociado), asas de colon y de delgado; con cambio de calibre en colon izquierdo a nivel de su entrada en tórax.

Durante el acto quirúrgico, se objetiva recidiva herniaria paraesofágica con colon transverso, estómago y asas de delgado en su interior, con dilatación secundaria de todo el paquete abdominal. Tras reducción del contenido herniario a cavidad abdominal y observar que no existen signos de sufrimiento, colocamos malla en hiato diafragmático fijada con puntos de tetrón, realizando posteriormente una funduplicatura de Nissen. Dejamos un drenaje tipo Blake en cavidad abdominal y un drenaje torácico conectado a sistema Pleur-evac®.

Resultados: La paciente evolucionó de manera favorable, siendo dada de alta a los 5 días de la intervención con buena tolerancia oral y tránsito intestinal.

Conclusiones: Los resultados del tratamiento laparoscópico de la hernia hiatal muestran que es un procedimiento factible y seguro, sin embargo, de algunas series se deducen tasas de recurrencias no despreciables, debidas fundamentalmente a dificultades en el cierre del defecto hiatal.

La hernia de hiato masiva puede ser asintomática o presentarse con una variedad de síntomas, entre los que se incluyen disnea postprandial, hemorragia digestiva alta y obstrucción intestinal completa, asociándose los síntomas severos habi-

tualmente con encarceración y requiriendo, por lo tanto, tratamiento quirúrgico.

En nuestro caso, la obstrucción intestinal fue la forma de presentación de la recidiva herniaria, puesto que la paciente no había manifestado síntomas en los meses previos que hubiesen hecho sospechar dicha patología.

Resección de paraganglioma localizado en región interaortocava

Hernández González, José Manuel; Gómez Perez, Rocío; Corrales Valero, Elena; Monje Salazar, Cristina; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: Los paragangliomas son tumores derivados de las células cromafines de los ganglios simpáticos. La mayoría se localizan a lo largo de las cadenas simpáticas paraaórticas del tracto urinario, cavidad torácica o cabeza y cuello, asentando raramente en retroperitoneo, donde con frecuencia presentan estrecha relación con la aorta y la cava inferior.

Su resección requiere un meticuloso manejo quirúrgico, dada la complejidad anatómica de dichas localizaciones y su hipervascularización.

Objetivos: Presentamos el caso de un paraganglioma localizado en región interaortocava, el cual fue resecado de manera satisfactoria, exigiendo una laboriosa disección y hemostasia.

Material y método: Paciente de 34 años que presenta dolor abdominal periumbilical de 4 meses de evolución, con sensación de palpitations y temblores de extremidades superiores.

A la exploración se palpa una masa indurada y dolorosa en mesogastrio. El hemograma y estudio serológico resultaron normales, presentando elevación de Noradrenalina y Normetanefrina en orina de 24 horas.

La ecografía abdominal objetiva la existencia de una masa retroperitoneal heterogénea e hipervascularizada que desplaza la cava. El TAC abdominoperineal confirma su existencia, con unas medidas de 5x5x6,7 cm en espacio interaortocava, sin dependencia de ninguna estructura, compatible con paraganglioma tras la punción biopsia de la misma.

Durante el acto operatorio, se objetiva una tumoración de 7x5x4 cm que desplaza anteriormente la tercera porción duodenal y que se encuentra apoyada sobre el eje vascular aortocava, la cual se consigue reseca completamente, requiriendo un cuidadoso control de la hemostasia, dada la existencia de importante vascularización venosa peritumoral, utilizando Tachosil® para la hemostasia del lecho quirúrgico.

La paciente presentó una evolución postoperatoria favorable, con una estancia en UCI de 24 horas y un adecuado control tensional y analgésico, siendo dada de alta a los 5 días de la intervención con buena tolerancia oral a dieta y tránsito intestinal normal.

Resultados: Los paragangliomas pueden asentar en cualquier zona a lo largo de la línea media retroperitoneal. La mayoría se diagnostican entre los 30 y 45 años.

En ocasiones se presentan en forma de dolor abdominal o masa palpable, siendo clínicamente funcionales sólo en un pequeño subgrupo de pacientes, manifestando en estos casos

síntomas y signos debidos a la secreción de catecolaminas, como palpitaciones e hipertensión.

Previamente a la resección de los mismos, se recomienda la utilización de alfabloqueantes, resultando controvertida la realización de dicho bloqueo en diferentes estudios.

Intraoperatoriamente, se requiere un complejo control hemodinámico del paciente, debido al paso de catecolaminas al torrente circulatorio con la manipulación del tumor, en ocasiones propiciado por la proximidad de las lesiones a los grandes vasos, lo cual puede conllevar así mismo a la necesidad de procedimientos quirúrgicos complejos, como reconstrucciones de vena cava.

Entre el 30 y el 50% de los paragangliomas retroperitoneales son malignos, sólo pudiendo ser determinada dicha malignidad en ocasiones durante el acto quirúrgico.

Conclusiones: En nuestro caso, no se objetivó invasión de ninguna estructura ni metástasis a distancia y fue posible realizar una resección completa sin lesión de las estructuras adyacentes.

Metástasis gástrica de un melanoma cutáneo

del Rio Lafuente, Francisco; Fernández Zamora, Paola; Valdes Hernandez, Javier; Capitan Morales, Luis; Oliva Mompean, Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena- Sevilla

El melanoma es un tumor maligno derivado de la proliferación de melanocitos, células capaces de sintetizar un pigmento denominado melanina. Su lugar de aparición más frecuente es la piel. Recidiva fácilmente por vía linfática y hemática.

Presentamos el caso de una paciente de 76 años que acude al servicio por presentar dolores epigástricos, diversos episodios de melenas, pérdida de peso y astenia. Hace dos años le realizaron una exéresis con bordes sanos de un melanoma de pierna izquierda de 2,5 cm de diámetro y 3,25 mm de espesor según Breslow (nivel IV de Clark). Al año de esta intervención, aparición de ganglios inguinales con biopsia positiva, realizando toilette ganglionar. No se había instaurado ningún tratamiento adyuvante.

En la gastroscopia realizada aparecen dos lesiones ulceradas y con bordes mamelonados y con aspecto negruzco. La biopsia realizada diagnóstica de una localización gástrica de un melanoma.

La T.A.C. toraco-abdominal no mostraba ninguna lesión aparte las señaladas anteriormente.- Se realiza una gastrectomía subtotal con unos márgenes de seguridad tanto distal como proximal de unos 5 cm. El examen anatomopatológico informa de un tumor con células fusiformes y epiteliales conteniendo pigmento de melanina. El diagnóstico es de metástasis gástrica de un melanoma.

El postoperatorio cursó sin complicaciones. Un tratamiento con Interferon fue instaurado. Revisada a los seis meses la evolución era favorable.

En caso de antecedentes de melanoma la presencia de trastornos gástricos acompañados de anemia nos deben hacer pensar en la existencia de una probable metástasis. El diagnóstico por gastroscopia es posible si se observan las pig-

mentaciones melánicas. La única posibilidad de tratamiento es quirúrgica. La gastrectomía total está indicada en los casos en que la metástasis es la primera, en caso de segunda recidiva la gastrectomía subtotal está indicada.

Tratamiento de pseudoquistes pancreáticos por quistogastrotomía laparoscópica

del Rio Lafuente, Francisco; Fernández Zamora, Paola; Valdes Hernandez, Javier; Barranco Dominguez, Ignacio; Capitan Morales, Luis; Oliva Mompean, Fernando

Hospital Universitario Miguel Servet - Zaragoza, Hospital Universitario Virgen Macarena- Sevilla:

Colección líquida desarrollada a expensas de la glándula pancreática, que contiene jugo pancreático puro o mezclado con restos necróticos y que aparece después de una pancreatitis aguda o crónica., Presentamos tres pacientes afectos de un pseudoquiste de páncreas operados por quistogastrotomía laparoscópica. Se trata de dos hombres y una mujer con una edad media de 52 años. En dos casos el pseudoquiste apareció en el curso de una pancreatitis aguda. En un caso estaba asociado a una pancreatitis crónica. Una T:A.C. abdominal se realizó sistemáticamente para establecer el número, tamaño y localización del pseudoquiste. El tiempo medio entre la aparición de la crisis y la intervención fue de 5 meses. La talla media de la quistogastrotomía era de 4 cm.

Todas las intervenciones fueron realizadas por laparoscopia. El contenido del pseudoquiste en dos casos era con restos necróticos y el otro con contenido purulento. La sonda nasogástrica estuvo colocada 48 horas. La morbilidad y mortalidad postoperatoria ha sido nula.

El drenaje interno es el tratamiento de elección del pseudoquiste pancreático. Una resección pancreática solo estaría indicada en casos de quistes complicados y localizados en la cola del páncreas. La quistogastrotomía por laparoscopia es una técnica eficaz con poca morbimortalidad. La complicación más frecuente es la sobreinfección del pseudoquiste. El resultado a largo plazo de los pseudoquistes está influenciado no solo por la calidad del drenaje sino también por elabando de la ingesta de alcohol

Manejo terapéutico de las fístulas pancreáticas tras duodenopancreatectomía céfalica

del Rio Lafuente, Francisco; Fernández Zamora, Paola; Valdes Hernandez, Javier; Barranco Dominguez, Ignacio

Hospital Universitario Miguel Servet- Zaragoza

Las fístulas pancreáticas (FP) son la causa principal de la morbilidad y mortalidad después de una duodenopancreatectomía céfalica (DPC).

En 2005 el « STUDY GROUP OF PANCREATIC FISTULA » la definió como un valor de amilasa en un drenaje o colección abdominal tres veces superior a la tasa sérica a partir del tercer día de postoperatorio, sea cual sea su débito.

Desde Marzo de 2010 a Julio de 2013 se han estudiado los

pacientes a los que se les ha realizado una DPC, analizando aquellos que han presentado una FP. En el postoperatorio. Se han realizado 79 DPC, de las cuales 9 han presentado una FP (11,4%), 7 varones y 2 mujeres, con una edad media de 67 años. El diagnóstico previo fue en dos casos colangiocarcinoma; uno pancreatitis crónica; un ampuloma y tres adenocarcinoma. La técnica quirúrgica incluye 6 pancreatoyeyunosotomías y tres pancreatogastrostomías con reconstrucción tipo Child en todos los pacientes. El páncreas se seccionó a nivel del istmo en la mayoría de los pacientes (78,4).

Cuatro pacientes presentaron una salida de líquido pancreático a través de los drenajes con escasa repercusión clínica por lo que pudieron tratarse mediante medidas conservadoras, dos manifestaron como colección intra-abdominal que precisó drenaje percutáneo y tres casos requirieron reintervenciones de urgencia por sepsis o hemorragia, de los cuales en uno se realizó pancreatectomía total, en otro un drenaje quirúrgico y en el otro caso oclusión del conducto pancreático con adhesivo. Fallecieron dos de los 9 pacientes (22,2%) y la estancia media fue de 29 días (16-60 días).

Conclusiones: La FP es la segunda causa de morbilidad y la principal de mortalidad tras DPC.

La determinación de amilasa en el líquido del drenaje y la realización de un scanner ante la menor sospecha nos ayudaran a realizar un diagnóstico precoz.

El tratamiento de las FP depende de la severidad de la fístula, variando de un simple tratamiento conservador hasta la realización de una pancreatectomía total.

Cáncer de recto: Tratamiento multidisciplinar.

del Rio, Francisco; Fernández, Paola; Valdes, Javier; Barranco, Ignacio

Hospital Universitario Miguel Servet- Zaragoza

Estudio retrospectivo y descriptivo de 126 pacientes intervenidos de cáncer de recto en un periodo de tres años. Se analizan aspectos epidemiológicos, clínicos, de complicaciones y tasa de recidiva. Se intervinieron 87 varones y 39 mujeres con una edad media de 69,2 años. El 65,2% de los pacientes fueron estudiados por presentar rectorragias, el 11,9% por estreñimiento, el 8,7% por diarreas y el resto por otros síntomas. Se empleó terapia neoadyuvante con radioquimioterapia en el 42,5% de los pacientes y el 0,8% solo con quimioterapia. Se realizaron 95 resecciones anteriores, 30 amputaciones abdominoperineales y una intervención de Hartman. Existieron complicaciones postoperatorias en el 22,8% de los casos. Se reintervinieron 8 pacientes (6,3%).

La mortalidad fue de 3,3%. La escisión mesorrectal total fue completa en el 81,7% de las intervenciones, parcial en el 15% e incompleta en el 3,3%. La media de los ganglios extirpados fue de 12,4. A los dos años, la enfermedad neoplásica había recidivado en 15 pacientes (11,9%). En este periodo han fallecido 21 pacientes (16,6%), 12 por progresión neoplásica y 9 por otras causas.

El tratamiento multidisciplinar del cáncer de recto permite la elección de una estrategia terapéutica adecuada para cada

paciente. El empleo de radioterapia y quimioterapia neoadyuvante parece reducir la recidiva local y mejorar la supervivencia.

Síndrome compartimental secundario a hemoperitoneo masivo y manejo del sistema ABThera™

Macías Puerta, Isabel; Padial Aguado, Ana C.; Espinosa Redondo, Esther; Robles Quesada, M. Teresa; Cosano Álvarez, Antonio; Briceño Delgado, F. Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Introducción: El síndrome compartimental es el desenlace final de una hiperpresión mantenida en la cavidad abdominal por encima de 20 mmHg y que asocia disfunción de algún órgano. Las principales causas son el hemoperitoneo, la creación del tercer espacio, ascitis, la pancreatitis necrotizante o empaquetamiento abdominal.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 53 años, intervenida de histerectomía y doble anexectomía muy difícil por importante peritonitis plástica. Con sangrado postquirúrgico que precisó de varias reintervenciones y embolización de varias ramas de la ílica interna. Es valorado por el Servicio de Cirugía por presentar un síndrome compartimental durante su estancia en UCI, y se indica una nueva intervención quirúrgica en la que se objetiva necrosis de piel y tejido subcutáneo, hemoperitoneo y gran hematoma que diseña el espacio de Retzius. Se resecan los tejidos desvitalizados, quedando un defecto de pared importante; por lo que ante la imposibilidad de cierre de pared abdominal, se coloca un dispositivo de cierre ABThera™.

Discusión: La descompresión quirúrgica es el tratamiento de elección en el síndrome compartimental que no se resuelve con tratamiento médico. El manejo del abdomen abierto ha evolucionado desde las primitivas bolsas de Bogotá hasta los nuevos sistemas que funcionan con presión negativa. Estos dispositivos deben actuar sobre la hemostasia, reducir la presión intraabdominal, proteger el contenido abdominal, mantener la perfusión tisular y prevenir la retracción de la fascia. La terapia ABThera™ tiene un diseño radial para adaptarse a todos los compartimentos abdominales y proporcionar mayor uniformidad en la presión negativa generada, lo que conduce a un mayor volumen de fluidos eliminados. Esta mejor distribución evita la aparición de fístulas enteroatmosféricas.

Conclusiones: El síndrome compartimental es una entidad grave que afecta a pacientes en estado crítico, siendo su tratamiento la descompresión quirúrgica y el uso de un dispositivo de cierre temporal de pared. La terapia ABThera proporciona una presión negativa homogénea por todos los compartimentos intraabdominales, favoreciendo un cierre más temprano, evitando la retracción de la fascia y la aparición de fístulas enteroatmosféricas.

Anastomosis duodeno yeyunal en hernia interna del ángulo de Treitz

Dios Barbeito, Sandra; Socas Macias, Maria; Camacho Marente, Violeta; Reguera Rosal, Julio; Alarcon, Isaias, Barranco, Antonio; Vazquez Medina, Antonio; Ibañez, Francisco; Morales Conde, Salvador

Hospital Universitario Virgen del Rocío - Sevilla

Introducción: Las bridas constituyen la primera causa de obstrucción en pacientes intervenidos previamente. El manejo conservador ha demostrado elevado éxito inicialmente. Sin embargo un cuadro obstructivo en asa cerrada secundario a las mismas constituye un cuadro infrecuente y potencialmente mortal debido a la posibilidad de isquemia intestinal.

Objetivos: Presentamos el caso clínico de un paciente con hernia interna estrangulada y afectación del ángulo de Treitz por isquemia intestinal.

Material y método: Varón de 38 años, como antecedentes linfadenectomía periaórtica e interaortocava en dos ocasiones por seminoma hace 5 años, libre de enfermedad actualmente. Acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos de 48 horas de evolución. Abdomen distendido, timpánico y doloroso a la palpación con signos de irritación peritoneal. Analítica completa y Rx de abdomen sin alteraciones. Ante el diagnóstico de obstrucción intestinal se inicia protocolo gastrográfín. Empeoramiento en las primeras 24h del ingreso indicándose TAC que pone de manifiesto marcada distensión del primer asa yeyunal tras su salida del Treitz, con signos de sufrimiento, sin otros hallazgos. Indicamos laparotomía exploradora urgente, evidenciándose una hernia interna estrangulada debida a brida anclada al retroperitoneo y necrosis del primer asa yeyunal desde el Treitz hasta 1 metro de longitud. Se realiza resección del primer asa yeyunal, liberándola del Treitz, en 1-2 cm hasta alcanzar pared intestinal viable, seccionándola con EndoGIA® 60 púrpura y posterior refuerzo del muñón duodenal con Tachosil®. Posteriormente disecamos la tercera porción duodenal y realizamos anastomosis latero- lateral manual a ese nivel, con puntos sueltos monocryl 3/0 y refuerzo con Tachosil®. Se coloca yeyunostomía de alimentación que garantice nutrición enteral en caso de fallo anastomótico. El postoperatorio cursa sin incidencias destacables siendo alta a los 8 días de la intervención, con yeyunostomía cerrada que se retiró a los 15 días de forma ambulatoria.

Resultados: El manejo conservador inicial de la obstrucción por bridas presenta una elevada tasa de éxito. Sin embargo, en casos infrecuentes de obstrucción intestinal en asa cerrada secundaria a las mismas existe un riesgo elevado de isquemia intestinal. Es fundamental un elevado índice de sospecha, para diagnóstico y resolución precoz, mediante la reducción del contenido herniado sin necesidad de resección intestinal asociada del asa herniada, y realizar un TC abdominal juega un papel fundamental, siendo la mejor modalidad para el diagnóstico. Es mandatoria la resección intestinal en casos de isquemia, cuya reconstrucción posterior dependerá de la localización y longitud del asa afecta. En caso de necrosis adyacente al ángulo de Treitz, una vez resecada el asa afecta, consideraremos realizar una anastomosis del extremo proximal del yeyuno a la tercera porción duodenal, simulando a

las practicadas en caso de síndrome de Wilkie7-9. El abrodaje laparoscópico en estos casos no suele ser factible.

Conclusiones: La anastomosis duodeno-yeyunal a la tercera porción duodenal es un recurso técnico fundamental a considerar en pacientes con necrosis intestinal segmentaria que afecta a la cuarta porción duodenal adyacente al ángulo de Treitz, con vistas a una reconstrucción lo más fisiológica posible del tránsito intestinal.

Hernia de Spiegel. Nuevas observaciones

Del Rio Lafuente F.J. ; Fernández Zamora P. ; Cerdán Pascuel R. ; Rio Marco F. ; Valdés Hernández J. ; Capitán Morales L.

Hospital Universitario Virgen Macarena-Sevilla. Hospital Universitario Miguel Servet-Zaragoza

Introducción: La hernia de Spiegel, llamada también hernia ventral lateral, se define como aquella hernia que hace protusión en la pared anterolateral del abdomen, a nivel de la línea semilunar o fascia de Spiegel.

Según la descripción original de Adrian van der Spiegel, la línea semilunar correspondería a la que se forma en la confluencia de las zonas muscular y aponeurótica del músculo transversal del abdomen y que se extiende desde el 8º y 9º cartílagos costales hasta el tubérculo del pubis, siguiendo un trayecto curvilíneo por fuera del músculo recto anterior.

La Chause, en 1746, describió por primera vez un caso de hernia de Spiegel en un paciente afecto de un traumatismo abdominal. Más tarde, en 1764, Klintosch publicó otro caso, que se diferenciaba del anterior por su etiología espontánea.

Material y método: El presente estudio incluye a nueve pacientes intervenidos de hernia de Spiegel en el servicio. De ellos 6 pertenecían al sexo femenino y 3 al masculino. La edad media de los enfermos fue de 58 años. La localización era supraumbilical en 6 casos, infraumbilical en 2 casos y paraumbilical en 1 caso, en el lado derecho 4 casos y 5 en el lado izquierdo. El tamaño del orificio herniario era 5 veces inferior a 3 cm, superior 2 veces e impreciso en 1 ocasión. La sintomatología fue una tumoración parietal en 4 casos, dolor y tumoración abdominal en 3 casos y oclusión intestinal en 1 caso.

Resultados: Todos los pacientes fueron intervenidos bajo anestesia general. La intervención fue realizada por vía convencional en siete casos y por vía laparoscópica en dos ocasiones. En 4 ocasiones se realizó extirpación del saco y reconstrucción de la pared abdominal, y en 5 casos colocación de una malla. No fue necesario realizar ninguna resección intestinal. El curso postoperatorio fue satisfactorio en todos los casos.

Conclusiones: La hernia de Spiegel suele ser en su mayoría de casos espontánea y ofrece un desarrollo intersticial progresivo.

El síntoma más común es el dolor, con variaciones de intensidad y localización. El orificio suele tener forma redondeada, con bordes bien delimitados y rígidos, lo que facilita la estrangulación del contenido herniario. El tratamiento es siempre quirúrgico y el riesgo de recidiva mínimo

Neurilemoma yuxtadrenal: Presentación de un caso

Del Rio Lafuente F.J. ; Fernández Zamora P. ; García Calleja J.L. ; Del Rio Marco F. ; Valdés Hernández J. ; Capitán Morales L.

Hospital Universitario Virgen Macarena-Sevilla. Hospital Universitario Miguel Servét-Zaragoza

Introducción: Las neoplasias primarias de retroperitoneo comprenden un grupo diverso y poco frecuente de tumores. Dentro de éste grupo se incluye el neurilimoma retroperitoneal con una frecuencia variable según los autores que va desde el 1 a 10%.

El neurilimoma, también conocido como schwannoma benigno, neurinoma o fibroblastoma perineural es un tumor típicamente redondeado o lobulado, a menudo parcialmente quístico, bien delimitado y encapsulado (epineuro) que se origina de la vaina de los nervios. La localización más frecuente incluye los tejidos blandos de cabeza y cuello, mediastino posterior y retroperitoneo. Microscópicamente se caracteriza por tener dos zonas bien diferenciadas: un área A de Antoni que es celular altamente ordenada, y un área B de Antoni que es menos celular y tiene un componente mixoide.

Caso clínico: Mujer de 29 años de edad, que presenta un cuadro de dolor abdominal inespecífico, errático e intermitente, de ocho meses de evolución, con fases de agudización. Las molestias se localizaban preferentemente en hipocondrio derecho y fosa lumbar del mismo lado. A la exploración física solo destacaba la delgadez de la paciente. La analítica sistemática fue normal. La ecografía practicada mostró una masa suprarrenal derecha de 35x25 cm de diámetro, de características sólidas. El estudio mediante TAC confirmó la existencia de una lesión ocupante de espacio sólida de similares dimensiones, con un área de necrosis central, localizada en la glándula suprarrenal derecha, que comprimía la vena cava inferior, existiendo un plano neto respecto a dicha glándula. La R.M. mostró una masa redondeada de 3,5 cm de diámetro, bien delimitada y discretamente heterogénea, con intensidad de señal elevada en las secuencias ponderadas en T2.

Ante la existencia de una masa suprarrenal derecha no funcionante de 3,5 cm de diámetro con una posible área central de necrosis y la persistencia del dolor abdominal se decidió la intervención quirúrgica.

El diagnóstico anatomopatológico fue de neurilimoma con glándula suprarrenal normal.

Conclusiones: Los neurilimomas retroperitoneales son tumores infrecuentes y que se podrían incluir dentro del término de incidentalomas. El uso de métodos diagnósticos morfológicos, sobre todo ecografía y TAC favorecen su diagnóstico. El diagnóstico anatomopatológico más frecuente de los incidentalomas suele ser el de adenoma no funcionante, seguido de las metástasis.

Quistes tiroglisos

Del Rio Lafuente F.J. ; Fernández Zamora P. ; Cerdán Pascual R. ; Rio Marco F. ; Valdés Hernández J. ; Capitán Morales L.

Hospital Universitario Virgen Macarena-Sevilla. Hospital Universitario Miguel Servét-Zaragoza

Objetivos: Estudio retrospectivo de todos los casos tratados en el servicio, desde su iniciación, a raíz de un caso, en adulto, tratado últimamente.

Introducción: Dentro de las tumoraciones cervicales benignas, el quiste del conducto tirogloso es de las más frecuentes, sobrepasada únicamente por las adenopatías cervicales benignas.

El conducto tirogloso fue descrito por primera vez en 1723 por Vater, quien empleó el término de conducto lingual, aunque también ha sido denominado canal de His con motivo de los estudios efectuados por dicho autor entre 1885 y 1891. Desde el punto de vista embriológico estos quistes representan un fallo en el proceso normal de cierre del conducto tirogloso, que se desarrolla durante el descenso del esbozo tiroideo desde el foramen caecum de la base lingual hasta su posición definitiva como glándula tiroidea.

Material y método: Presentamos 6 casos de quistes y fístulas del conducto tirogloso intervenidos, de los que 1 había sido intervenidos previamente en otro centro. En cuanto al sexo, el 66% fueron varones y el 34% mujeres. De los 6 casos en 5 existía un quiste y en 1 una fístula.

Resultados: La técnica quirúrgica empleada ha sido la descrita por Sistrunk, en el año 1920, exéresis del quiste y del trayecto ascendente del conducto tirogloso, incluyendo en la pieza operatoria la porción central del cuerpo del hueso hioides, en cuatro casos. En dos casos no se procedió a la resección central del hueso hioides por estar localizado el quiste justo por delante de dicho hueso.

El número de recidivas ha sido de 1 caso.

Conclusiones: Podemos decir que se trata de una patología fácil de diagnosticar (tumoración en la línea media o muy cercana a ésta, suben y bajan con los movimientos de deglución y suben cuando se propulsa o se tracciona de la punta de la lengua).

El tratamiento es siempre quirúrgico. Deberá realizarse sistemáticamente la intervención descrita por Sistrunk

Ileostomías de protección: Morbilidad asociadas a su cierre

Del Rio Lafuente F.J. ; Fernández Zamora P. ; Barranco Domínguez I ; Del Rio Marco F. ; Valdés Hernández J. ; Capitán Morales L.

Hospital Universitario Virgen Macarena-Sevilla. Hospital Universitario Miguel Servét-Zaragoza

Introducción: La desunión anastomótica clínica es uno de los mayores riesgos de la resección colo-rectal baja con restablecimiento inmediato de la continuidad. Cuando una anastomosis baja es protegida por una ileostomía lateral, su presencia no evita la deshincencia, sí disminuye la morbilidad relacionada con la misma, y con ello la necesidad de reintervenciones y la mortalidad de estos pacientes. La elección del momento de su cierre varía entre una semana (cierre precoz) y ocho semanas.

Objetivos: Estudio retrospectivo en el que se incluyen todos

los pacientes sometidos al cierre de una ileostomía en un periodo de 5 años, realizada por patología benigna o maligna.

Material y método: La serie está constituida por 29 pacientes (20 hombres y 9 mujeres), con una edad media 63 años. Todos los pacientes son portadores de una ileostomía lateral; en la mayoría de los casos se realizó en cirugía programada y sólo en tres de los casos de forma urgente debido a dos casos por dehiscencia de anastomosis y uno por perforación colónica secundaria a proceso colónico obstructivo. Habitualmente el cierre de la ileostomía se realizó un mes más tarde después de realizar control del buen funcionamiento de la anastomosis.

Todos los pacientes recibieron profilaxis antibiótica. La vía de abordaje fue incisión periestomal, desinserción de la ileostomía y refrescamiento de los bordes. La anastomosis se realizó en 21 casos de manera manual y 8 de forma mecánica.

Resultados: La tasa de complicaciones quirúrgicas fue del 27,6%. Del total de pacientes fue necesario reintervenir a uno como consecuencia de dehiscencia de la sutura de la ileostomía. En un control realizado a los tres meses ningún paciente había fallecido.

Conclusiones: La realización de una ileostomía de protección en una anastomosis rectal baja está considerada como una medida de prevención eficaz para reducir la morbilidad de la dehiscencia de la misma.

Sin embargo, su cierre no debe considerarse como una intervención menor ya que su realización produce complicaciones importantes.

Debido a estos antecedentes hay que valorar que pacientes pueden beneficiarse realmente de su realización y compensar los riesgos inherentes a su cierre.

Pseudoaneurisma pancreático como causa excepcional de hemorragia digestiva alta. A propósito de un caso.

Del Rio Lafuente F.J. ; Fernández Zamora P. ; García Calleja J.L. ; Del Rio Marco F. ; Valdés Hernández J. ; Capitán Morales L.

Hospital Universitario Virgen Macarena-Sevilla. Hospital Universitario Miguel Servet-Zaragoza

Introducción: En el curso de una pancreatitis crónica enólica se desarrollan pseudoquistes en el 10% de los casos. Por su naturaleza expansiva y erosiva provocan complicaciones hemorrágicas en el 20% de los casos. En estos casos, el pseudoquiste erosiona y se comunica con un vaso arterial, dando lugar a la formación de un pseudoaneurisma pancreático, el cual con posterioridad puede fisurarse hacia la luz del tubo digestivo ya sea directamente, o lo que es más extraño por el conducto de Wirsung, originando un Haemosuccus pancreaticus.

Término acuñado por Sandblom en 1970 para describir toda hemorragia gastrointestinal procedente de los conductos pancreáticos, y que alcanza la luz intestinal a través de la ampolla de Vater.

Caso clínico: Paciente de 56 años, varón, con hábito enólico, diagnosticado desde hace 6 años de pancreatitis crónica

enólica. Ingresó en el Servicio por presentar un cuadro de hemorragia digestiva alta, así como dolor abdominal localizado en epigastrio. Se realizó endoscopia sin objetivarse el origen de la hemorragia. La ecografía mostró una masa hi-poecogénica, bien delimitada, localizada en área pancreática. En la TAC se apreció un importante aumento del volumen de la cabeza pancreática, que presenta en su parte superior una lesión quística de unos 5 cm de diámetro, compatible con el diagnóstico de pseudoquiste de páncreas. Por último se realizó un estudio arteriográfico abdominal y en la canalización selectiva de la arteria hepática derecha se observa una cavidad captadora de contraste, dependiente de la arteria gastroduodenal, que es compatible con un pseudoaneurisma.

Es intervenido quirúrgicamente, en la exploración abdominal se encontró una tumoración de 5 cm de diámetro situada en la cabeza pancreática. Se identificó la arteria gastroduodenal y se procedió a la ligadura de la misma.

El curso postoperatorio cursó favorablemente y en la arteriografía selectiva realizada de control, no se observa la cavidad captadora de contraste que existía en los estudios preoperatorios.

Discusión: El pseudoaneurisma pancreático asociado a haemosuccus pancreaticus es una causa excepcional de hemorragia digestiva alta.

Clínicamente se caracteriza por la triada descrita por Sandblom : hemorragia digestiva alta intermitente, dolor epigástrico de tipo cólico y elevación de las amilasa en sangre. La endoscopia gastrointestinal, ecografía, TAC y arteriografía selectiva son necesarias para su diagnóstico.

Su tratamiento es quirúrgico, variando desde la ligadura de la arteria causante del cuadro, embolización del vaso sangrante hasta la realización de una pancreatectomía distal si está localizado en la cola pancreática.

Utilidad de la colecistectomía laparoscópica empírica en pacientes con pancreatitis recurrente secundaria a páncreas divisum

Dr. Listán Álvarez, José Carlos, Dra. Díaz Oteros Mercedes, Dr. Medina Achirica Carlos, Dr. Sánchez Bautista Wilson, Dr. García Molina Francisco

Hospital de Jerez de la Frontera

Introducción: Presentamos los casos de dos pacientes varones de 35 y 66 años respectivamente diagnosticados de páncreas divisum incompletos, mediante ecoendoscopia y colangio-RMN, durante su estudio en el Servicio de Aparato Digestivo por pancreatitis leves recurrentes tras descartarse otras etiologías de la misma.

Tras presentar ambos más de 3 y 8 episodios de pancreatitis respectivamente, en los últimos 12 meses y tras desestimarse la realización de terapia endoscópica sobre la papila menor, por su escaso beneficio, riesgo de complicaciones así como al tratarse de páncreas divisum incompletos que son los que menos se benefician de éste tipo de intervencionismo; se nos solicita valoración de colecistectomía empírica.

Tras presentarse el caso en Sesión disciplinar se opta por colecistectomía empírica laparoscópica dado el escaso riesgo de

dicho intervencionismo a pesar de no existir un claro beneficio terapéutico. Los pacientes son informados detalladamente del tipo de intervención prevista así como que no se les puede garantizar un beneficio a medio-largo plazo, pero aceptan la intervención.

Objetivos: Nuestro objetivo es valorar si la colecistectomía laparoscópica empírica realizada a estos pacientes, ha supuesto una mejoría clínica con reducción en el número, la intensidad o duración de los episodios de pancreatitis aguda en los siguientes seis meses post-intervención.

Material y método: Análisis longitudinal prospectivo a 6 meses de una corta serie de casos en los que se ha indicado colecistectomía laparoscópica empírica en pacientes con pancreatitis recurrente en el contexto de páncreas divisum incompletos.

Resultados: Analizamos mediante entrevista personal y seguimiento de episodios de ingreso a nivel nuestro sistema informático hospitalario, a los seis meses de dicha intervención, si ha habido alguna mejoría en la calidad de vida de éstos pacientes en relación a una reducción significativa en el número de episodios de pancreatitis así como en la duración de éstos o su intensidad. En nuestra serie no hubo reducción ni en el número de episodios de pancreatitis ni en su gravedad o duración en el periodo de seguimiento anteriormente descrito.

Conclusiones: En nuestra corta experiencia podemos decir que a los seis meses de la intervención los pacientes presentados en ésta comunicación no presentaron beneficio terapéutico de dicho intervencionismo. Cabe destacar que dichas colecistectomías no implicaron mayor dificultad y que ninguno de nuestros pacientes presentó complicaciones postquirúrgicas asociadas.

Resultados a corto plazo de 100 gastrectomías verticales laparoscópicas

M^a de Los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García, Susana Roldán Ortiz, Daniel Pérez Gomar, Ander Bengoechea Trujillo, Isabel Mateo Gavira, Francisco Vilchez López, José Luis Fernández Serrano.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: La Gastrectomía vertical es una técnica bariátrica en auge en los últimos tiempos, con unos buenos resultados a corto y medio plazo y una tasa de complicaciones aceptables.

Objetivos: Presentar nuestros resultados sobre morbilidad y resolución de complicaciones, en una serie de 100 gastrectomías verticales laparoscópicas.

Material y método: Desde marzo de 2012 a Diciembre de 2014 se han realizado en la UCG de Cirugía General del Hospital Universitario Puerta del Mar Cádiz 100 gastrectomías verticales laparoscópicas. Todos los pacientes fueron remitidos desde la unidad de obesidad mórbida de endocrinología. La elección de la técnica se hace siguiendo el protocolo establecido y tras correcta información y aceptación del paciente. Todos los pacientes cumplen el protocolo preoperatorio (Endoscopia digestiva alta, Ecografía abdominal, Rehabilitación respiratoria, y valoración psiquiátrica), y optimizados

mediante dieta de muy bajo poder calórico 20-30 días previos a la intervención. Se realizó en todos los casos Gastrectomía vertical laparoscópica con 5 trócares (2 de 12 mm, 2 de 5 mm y un trocar 11mm), comenzando la sección gástrica a 6 cm del píloro con Echelon Flex 60° (Powered® en los últimos casos), tutorizada con sonda de Fouchet de 34 frenchs, y protegida con Seamguard®, dejando drenaje espirativo de Blake. En ningún caso se dejó SNG.

Resultados: Se intervinieron 29 hombres y 71 mujeres con edades comprendidas entre 23 y 59 años con una media de 40,6 años. IMC entre 35,4 y 73 (media 48,64), Presentaba comorbilidades el 61,45% de la serie, de ellas (45,84% HTA, 20,8% DM, 30,2%, dislipemia, 19,79 % SAOS y 29,17% síndrome metabólico). El 39,58% tenían cirugía abdominal previa.

Mortalidad 0. Reintervenciones 1 % (hemoperitoneo). Complicaciones mayores 2%. (1 estenosis funcional. ihemoperitoneo).

Periodo de seguimiento. Mínimo 3 meses máximo 3 años.

Modificaciones antropométricas de los casos revisados a los 2 años:: Peso medio 89,95 ± 15,68, IMC 32,58±5,51, PSP 66,61± 18,46.

Resultado de resolución de comorbilidades a los 2 años : HTA 69,63%, DM tipo 2 85,71%, DLP 93,96%.

Conclusiones: La Gastrectomía vertical laparoscópica se muestra como una técnica eficaz como procedimiento bariátrico único, ya que tiene un efecto positivo en cuanto a pérdida ponderal y mejora de las comorbilidades. Además presenta una tasa de complicaciones quirúrgicas aceptable como vemos tras analizar el resultado de nuestra serie. No obstante se necesitan más estudios a largo plazo para valorar si la pérdida ponderal y la resolución de las comorbilidades se mantienen en el tiempo.

¿Es hoy en día una contraindicación absoluta para la cirugía bariátrica el trastorno psiquiátrico mayor?

José Manuel Pacheco García, M^a de Los Ángeles Mayo Ossorio, Mercedes Fornell Ariza, Daniel Perez Gomar, Susana Roldán Ortiz, Saray Ayllon Gámez, José Luis Fernandez Serrano.

Hospital Universitario Puerta Del Mar Cadiz

Introducción: Las enfermedades psiquiátricas son una contraindicación clásica para la cirugía bariátrica. Sin embargo, la asociación entre trastornos psíquicos y obesidad es muy frecuente.

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente obeso mórbido con Esquizofrenia rechazado inicialmente para la cirugía bariátrica y posteriormente rescatado tras reevaluación, realizándose gastrectomía vertical laparoscópica con un resultado y seguimiento satisfactorio.

Material y método: Paciente de 41 años de edad con antecedentes de Esquizofrenia Paranoide de larga evolución en tratamiento con Risperdal® (risperidona), Seroquel®(quetiapine). Presenta obesidad morbidita desde que fue diagnosticado de esquizofrenia a los 18 años. Peso de 198 kg, talla 1,90 m, e IMC de 55 Kg/m², con las siguientes comorbilidades: Hipertensión arterial, Dislipemia, Síndrome de Apnea obstructiva

del sueño, y síndrome metabólico. Inicialmente y con criterio estricto, fue rechazado para cirugía bariátrica. Posteriormente fue reevaluado desde el punto de vista psiquiátrico (que no solo no contraindica, sino que recomienda la cirugía bariátrica), seguido en consulta externa de cirugía bariátrica, presentado en el comité multidisciplinar y aceptado para la realización de la cirugía. Se realiza una Gastrectomía vertical laparoscópica.

Resultados: La evolución postoperatoria fue favorable, no presentando complicaciones inmediatas y reiniciando la tolerancia oral a las 24 horas de la cirugía para poder tomar la medicación antipsicótica. El paciente es dado de alta el 3º día postoperatorio. El seguimiento durante el primer año fue estrecho y correcto por parte del paciente recurriendo incluso a vías de comunicación no tradicionales (correo postal). Al año presenta adecuada pérdida ponderal (70 kg) con IMC de 34,1 kg/m², y mejora de sus comorbilidades (HTA, SAOS). Permanece estable de su patología psiquiátrica y con adecuada tolerancia oral.

Conclusiones: Los trastornos psiquiátricos mayores no son hoy en día, una contraindicación absoluta para la cirugía bariátrica, aunque se requiere una evaluación individualizada por personal especializado. Se recomiendan las técnicas quirúrgicas restrictivas evitando las técnicas malabsortivas y mixtas que pueden interferir en la absorción de la medicación antipsicótica, y que requieren de un seguimiento más estrecho a largo plazo.

Variaciones técnicas de la gastrectomía vertical en paciente megaobesa multioperada

Mayo Ossorio M^a de Los Ángeles, Pacheco García José Manuel, Roldán Ortiz Susana, Pérez Gomar Daniel, Bazán Hinojo M^a del Carmen, Fernández Serrano José Luis.

Hospital Universitario Puerta Del Mar Cádiz.

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica, es una técnica actualmente en auge, debido a su aparente facilidad técnica, su estandarización y reproductibilidad, así como sus buenos resultados en cuanto a pérdida de peso y mejora de comorbilidades. No obstante en un porcentaje de pacientes esta técnica está dificultada e incluso es técnicamente imposible en el 1,2% de los casos.

Objetivos: El objetivo del presente video es mostrar una gastrectomía vertical en una paciente multioperada con importante síndrome adherencial.

Material y método: Caso clínico: Paciente de 57 años de edad con obesidad mórbida desde la juventud con aumento ponderal progresivo hasta alcanzar un IMC máximo de 72 kg/m². Antecedentes personales: colecistectomizada por vía laparotómica. Herniorrafia umbilical y posterior eventroplastia con malla de polipropileno preperitoneal. Hipertensión arterial, Diabetes mellitus con mal control, dislipemia, esteatosis hepática, síndrome de apnea obstructiva del sueño y síndrome metabólico. Osteoartrosis generalizada sobretodo en miembros inferiores, que le obliga al uso de muletas. Tras optimización preoperatoria y dieta de muy bajo poder calórico 4 semanas previas a la cirugía, la paciente es intervenida con

un peso de 148 kg, y un IMC de 64,2 kg/m². Se realizó una abordaje laparoscópico tradicional, mediante la realización de un neumoperitoneo con aguja de Verres subcostal izquierda. Introducción de trocar de 11mm para la óptica a 15 cm de apéndice xifoides. Se aprecia intenso síndrome adherencial, lo que obliga a realizar modificaciones en la técnica quirúrgica estandar (posición del cirujano y los ayudantes, colocación de trócares liberación de adherencias), consiguiéndose realizar la Gastrectomía vertical con echelon Flex 60 protegida con Seamguard y tutorizada con sonda de Fouchet de 34 fr.

Resultados: Se consiguió realizar la técnica quirúrgica en un tiempo operatorio de 90 minutos sin complicaciones intraoperatorias. La paciente fue dada de alta con buena tolerancia oral al 4º día postoperatorio. A los 15 días de la cirugía la paciente presenta buen estado general, satisfecha con la intervención, pérdida ponderal de 15 kg con buena tolerancia oral y buen control de comorbilidades, A los 6 meses de la intervención mantiene adecuada pérdida de peso y mejoría de las comorbilidades sin precisar medicación.

Conclusiones: La gastrectomía vertical laparoscópica, es una técnica con amplia aceptación entre los cirujanos, pero en un porcentaje es técnicamente difícil e incluso imposible su realización en un 1,2% de los casos. Los motivos más ampliamente descritos en la literatura y que dificultan la técnica son la falta de espacio debida al gran volumen del lobulillo hepático izquierdo por esteatosis, obesidad central, y síndrome adherencial. Para disminuir las dificultades intraoperatorias, se recomienda la optimización del paciente mediante pérdida ponderal preoperatoria, uso de dieta de muy bajo poder calórico, realización de la cirugía por equipos con experiencia y modificaciones de la técnica estandar.

Escisión completa del mesocolon durante la hemicolectomía derecha por vía laparoscópica.

Morales-Conde S, Aparicio Sánchez D, Guerrero Ramirez JL, Sánchez M, Alarcón del Agua I, Barranco Moreno A, Padillo Ruiz FJ y Socas Macías M.

Hospital H.U. Virgen del Rocío

Introducción: La Escisión Completa del Mesocolon (ECM) ha sido un intento en los últimos años de estandarizar la técnica quirúrgica que se realiza en el cáncer de colon. Uno de los conceptos dentro de la ECM es linfadenectomía en el área D3. En este video presentamos la realización de la linfadenectomía sobre la Vena mesentérica superior en una hemicolectomía derecha laparoscópica.

Objetivos: Presentar la linfadenectomía de la Vena Mesentérica Superior en la Hemicolectomía Derecha laparoscópica.

Material y método: Paciente varón de 58 años con un adenocarcinoma localizado en colon ascendente. Se realiza Hemicolectomía Derecha laparoscópica con puertos de 10 mm umbilical (óptica de 10 mm de 30º) y 2 puertos de 5 mm hipogástrico e hipocondrio derecho y de 12 mm paramedial izquierdo supraumbilical. Se realiza la técnica de forma habitual y una vez disecada la Vena Mesentérica Superior se realiza linfadenectomía sobre ella. Se sección la vena cólica

derecha y la rama derecha de la vena cólica media. Se realiza anastomosis intracorpórea manual con sutura continua utilizando endostich. Extracción de pieza con bolsa extractora mediante minilaparotomía.

Resultados: El objetivo de la linfadenectomía en el cáncer de colon es aumentar el número de ganglios extirpados ya que se ha sugerido en algunas publicaciones que están relacionados directamente con la supervivencia a 5 años. En este paciente se obtuvieron 58 ganglios de los cuales 4 eran positivos.

Conclusiones: Actualmente la ECM no se ha implantado en la práctica clínica habitual, sin embargo la linfadenectomía específica de la Vena Mesentérica Superior puede ser beneficiosa para nuestros pacientes con cáncer de colon ya que está relacionado con un aumento en la supervivencia a los 5 años. La linfadenectomía de la VMS por vía laparoscópica parece una técnica segura y eficaz en manos de cirujanos con experiencia en cirugía colorrectal.

Perforación espontánea de la vía biliar como complicación de coledocolitiasis en paciente con Enfermedad de Steinert

Alcaide Lucena, M. Palomeque Jiménez, A. Szuba, A. García Rubio, J. Jiménez Ríos, J.A.

Hospital Complejo Hospitalario Universitario De Granada. H.u. San Cecilio.

Introducción: La enfermedad de Steinert o distrofia miotónica es una afectación multisistémica que se manifiesta preferentemente en el músculo esquelético, siendo la debilidad muscular progresiva, la miotonía y la atrofia muscular las manifestaciones clínicas más relevantes. El 80% de estos pacientes presentan alteraciones gastrointestinales, siendo mayor la incidencia de coledocolitiasis.

La perforación espontánea de la pared de la vía biliar intra o extrahepática con peritonitis biliar, sin traumatismo o proceso iatrogénico, es un evento extremadamente infrecuente en adultos, pudiéndose asociar a coledocolitiasis.

Material y método: Varón de 54 años de edad, con antecedentes personales de enfermedad de Steinert que consulta por cuadro de dolor abdominal generalizado, progresivo en intensidad, de 72 horas de evolución asociado a ausencia de deposiciones e incremento gradual de distensión abdominal. Exploración: fiebre de 38 °C, ictericia y signos de deshidratación. Hemograma: Leucocitos 5290 Neutrófilos 92,5%. Bioquímica: Bilirrubina total 4,15, BD 3,80, y PCR 297, resto sin alteraciones. TC abdominal con contraste iv: coledocolitiasis, coledocolitiasis con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, además de defecto de repleción de arteria mesentérica superior y líquido libre compatible con isquemia mesentérica. Se decide intervención quirúrgica, hallando peritonitis biliar difusa secundaria a perforación a nivel del colédoco en la entrada del cístico. Se realizó colecistectomía, extracción de cálculos del colédoco por el orificio de la perforación y colocación de Tubo de Kehr a través del orificio de la perforación, comprobando con la colangiografía transkehr que no existían defectos de repleción en la VBP y el paso de contraste a colédoco. El paciente presentó una evolución postoperatoria satis-

factoria, sin complicaciones, siendo dado de alta a los 12 días, pendiente de retirada del tubo de Kehr de forma ambulatoria.

Discusión: La perforación espontánea de la vía biliar, sin traumatismo o proceso iatrogénico, es una entidad rara y descrita principalmente en niños con defectos congénitos de la vía biliar. El 70 % de los casos recogidos en adultos están asociados con litiasis en la vía biliar. La mayor parte de éstas se producen a nivel de la vía biliar extrahepática, siendo la localización más frecuente a nivel de la unión del conducto cístico y el colédoco. Aunque no está clara la patogenia de la perforación espontánea de la vía biliar en adultos, se ha sugerido que cualquier condición que causa incremento de la presión intraductal como la coledocolitiasis puede producir dilatación de la vía biliar, infección y trombosis de los vasos intramurales desarrollando una isquemia local y perforación. La obstrucción de la vía biliar debido a un tumor generalmente no causa perforación porque hay un aumento progresivo de la presión intraductal a diferencia de la patología litiasica que se produce un aumento súbito de ésta. Los tratamientos recomendados incluyen colecistectomía exploración del conducto biliar común con drenaje a través de tubo T en caso de pequeñas perforaciones y Y de Roux con anastomosis biliar enteral si el defecto es grande.

Conclusiones: La perforación espontánea de la vía biliar es una entidad poco frecuente, que requiere un tratamiento quirúrgico precoz. Las dificultades en el diagnóstico preoperatorio hacen que sea un reto para los equipos quirúrgicos. Por este motivo, el retraso en el diagnóstico unido a la edad avanzada de los pacientes hacen que la tasa de mortalidad sea alta, llegando a cifras del 30-50% según las series. Ante pacientes con patología médica asociada a litiasis de VBP debemos barajarlo como una posibilidad diagnóstica que nos permita ser precoces en el tratamiento.

manejo conservador de la perforación por cppe. revisión bibliográfica. a propósito de dos casos.

Sarabia Valverde, Natalia; Palomeque Jiménez, Antonio; Lendínez Romero, Inmaculada; Calcerrada Alises, Enrique; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), introducida en 1968, se ha convertido en un instrumento de gran utilidad en el diagnóstico y tratamiento de la patología del área biliopancreática. Técnica segura en manos de expertos, no está exenta de posibles complicaciones, hace unos años, indicativas de tratamiento quirúrgico. Actualmente, existe una tendencia hacia el tratamiento conservador y endoscópico de las mismas con buenos resultados. Presentamos dos casos clínicos de perforación por CPRE que ilustran esta posibilidad terapéutica.

Material y método: CASO 1. Mujer, 83 años. Sin patología biliopancreática conocida. Ingresar por episodio de colangitis con dilatación de vía biliar intra y extrahepática con coledocolitiasis diagnosticada mediante ecografía. Discreto aumento de los reactantes de fase aguda. Se realiza CPRE extrayendo cálculo único. Seis horas después inicia cuadro

de dolor abdominal generalizado con discreta irritación peritoneal en hipocondrio derecho. Analítica: 14,000 L 88,6% N PCR 30,02 BT 2,9 (BD 2,55), sin otras alteraciones significativas. Hemodinámicamente estable. TC con neumoperitoneo de 3 cm entre cabeza pancreática, bulbo duodenal y vesícula con colección de 26x10x30mm que confirma la sospecha de perforación coledocoduodenal. El estado clínico de la paciente permite el manejo inicial conservador, con evolución satisfactoria y normalización de parámetros analíticos. Alta 11º día postingreso. CASO 2. Mujer, 71 años. Colectectomizada. Cinco CPRE previas por coledocolitiasis. Ingresos por cuadro de coledocolitiasis confirmada por Colangio-RMN, realizándose CPRE, ampliando papilotomía previa con extracción de microlitiasis. Tras 24 horas, dolor espontáneo en hemiabdomen derecho, con defensa en la exploración a dicho nivel. Sin afectación hemodinámica. Serie blanca con desviación izquiérra. PCR 99 BT 3,11 (BD 1,61). TC: abundante retroneumoperitoneo y neumoperitoneo en gotiera paracólica derecha. Colección de 3x2x3,5 en retroperitoneo. Dada la estabilidad de la paciente, se decide tratamiento conservador, evolucionando hacia la resolución del cuadro, y siendo dada de alta el 14º día postingreso.

Discusión: La CPRE es un procedimiento de gran utilidad diagnóstica y terapéutica, con tasa baja de complicaciones en manos expertas (4-10%) y mortalidad del 0,4%. Las complicaciones son más frecuentes cuando la CPRE se realiza con fines terapéuticos como es nuestro caso: pancreatitis (2,6%), hemorragia (0,3%), colangitis (0,3%) y perforación (0,1%). Según la zona donde se produzca la perforación y en orden decreciente de gravedad (grados de Stanfer): I, pared duodenal medial o lateral; II, región periampular (casi siempre secundaria a esfinterotomía); III, conductos biliar o pancreático y IV, perforaciones diminutas retroperitoneales por aire comprimido durante la endoscopia. La TC es la prueba de elección para el diagnóstico, observándose la presencia de retroneumoperitoneo y/o neumoperitoneo, así como la extravasación del contraste oral si se administra. La actitud conservadora va a venir determinada por la estabilidad clínica del paciente y por el tamaño de la perforación. Basada en el reposo digestivo, la colocación de sonda nasogástrica, sueroterapia, antibioterapia y control minucioso de las constantes del enfermo.

Conclusiones: Los síntomas y signos de la perforación asociada a CPRE suelen ser leves cuando esta complicación se reconoce tempranamente, por lo que una sospecha y diagnóstico precoces aumentan las posibilidades de éxito del tratamiento conservador.

Terapia de presión negativa asociada a instilación en el tratamiento de la fascitis necrotizante de la comunidad

de Lebrusant Fernández, S; Cintas Catena, J; López Ruiz, JA; Oliva Mompeán, F; Padillo Ruiz, FJ

Hospital Complejo Hospitalario Universitario Virgen Macarena-Virgen del Rocío

Introducción: La terapia de presión negativa asociada a instilación de suero fisiológico para el cierre de heridas es

efectiva en heridas con defecto amplio de pared y muy contaminadas y exudativas, promoviendo precozmente la aparición de tejido de granulación, y permitiendo así, disminuir la estancia hospitalaria. La fascitis necrotizante comunitaria es una entidad de escasa frecuencia, produce heridas con grandes defectos. El sistema de aspiración por vacío podría, por tanto, ser de utilidad en estos casos.

Objetivos: Demostrar que el sistema de aspiración por vacío asociado a instilación podría ser de utilidad en casos de heridas con importante defecto de tejido y muy contaminadas.

Material y método: Presentamos un caso en nuestro hospital de fascitis necrotizante comunitaria tratado mediante sistema de aspiración con vacío asociada a instilación.

Resultados: Caso clínico: Mujer de 57 años, que acude a Urgencias por dolor en zona inguinal derecha de 4 días de evolución, fiebre y deterioro del estado general. Se realizó TAC donde se objetivó una fascitis necrotizante de hemiabdomen inferior y zona inguinal derecha. Se realizó desbridamiento quirúrgico amplio de la pared abdominal hasta fascia. Ante el defecto de pared se implantó sistema de terapia de presión negativa (VAC) con instilación de suero fisiológico para promover la cicatrización de la herida y disminuir el exudado y la infección asegurando buena limpieza de la misma. A la semana, se cambió por sistema VAC convencional en vistas de alta hospitalaria con VAC domiciliario y curas ambulatorias de la herida

Conclusiones: El caso presentado muestra la utilidad del uso del sistema VAC (con instilación) en heridas sucias y complejas. Cabe reseñar su posible uso como puente a la terapia VAC convencional, de cara a un tratamiento ambulatorio.

Forma de presentación infrecuente de un GIST intestinal

Pitarch Martínez, María; Prieto-Puga Arjona, Tatiana; Toval Mata, José Antonio; Gámez Córdoba, M^a Esther; Jiménez Mazure, Carolina; Cabañó Muñoz, Daniel Jesús; Mera Velasco, Santiago; Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal son neoplasias mesenquimales cuya localización más frecuente es el estómago, seguida del intestino delgado. A menudo son asintomáticos; la clínica más frecuente es la ulceración y el sangrado, seguida de síndrome constitucional, perforación o la presencia de masa palpable.

En las hernias de pared abdominal el contenido es muy variable, siendo lo más frecuente epiplon o asas de intestino delgado; siendo poco frecuente el contenido tumoral.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer 74 años atendida en nuestro centro por una eventración infraumbilical que presentaba una masa en su interior.

Ingresó de manera urgente por fiebre y síndrome constitucional, apareciendo signos inflamatorios y dolor a nivel de eventración. En el TC de abdomen se observa un tumor de tejido blando en saco herniario que como primera opción diagnóstica plantea GIST vs tumor desmoide, con compromiso de saco herniario (figura 1y 2).

Se decidió intervención quirúrgica urgente, en la que se identificó una gran tumoración dependiente de íleon que infiltraba la pared abdominal, complicada con un absceso en el saco herniario; se realizó resección de dicha tumoración, Friedrich de pared y colocación de malla Physiomesh®. La anatomía patológica identificó un GIST de 9 cm en segmento de intestino delgado centrado en capa muscular propia, con un índice mitótico 1/5, Ki67<1% y bordes quirúrgicos libres de neoplasia. La evolución se desarrolló sin complicaciones, siendo alta al 11º día postoperatorio. Al alta fue valorada por Oncología, y dados los resultados anatomopatológicos se descartó la necesidad de tratamiento quimioterápico. Actualmente tras un año de seguimiento esta libre de enfermedad.

Discusión: Se trata de una forma de presentación muy infrecuente, solo existen dos casos clínicos publicados en la literatura. El tratamiento quirúrgico de un GIST localizado y potencialmente resecable consiste en la resección segmentaria con márgenes libres.

El pronóstico depende de la afectación de márgenes de resección, el tamaño tumoral, el índice mitótico y la localización en el intestino delgado. En nuestro caso, la supervivencia libre de enfermedad a largo plazo podría alcanzar el 76%.

Indicación de manejo conservador en la perforación de ciego postpolipectomía: a propósito de un caso

Lendínez Romero, Inmaculada; Palomeque Jiménez, Antonio; Calcerrada Alises, Enrique; Sarabia Valverde, Natalia; Jiménez Ríos, Jose Antonio

*Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Granada.
Hospital Universitario San Cecilio*

Introducción: La perforación de colon tras polipectomía endoscópica es una complicación poco frecuente, pero la morbi-mortalidad derivada de la misma puede ser importante. Se presenta un caso de perforación de ciego en un adulto tras polipectomía endoscópica, tratada de forma conservadora en el Hospital Universitario San Cecilio.

Objetivos: Plantear y discutir las opciones terapéuticas.

Material y método: Varón de 73 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, amputación abdominoperineal e ileostomía por adenocarcinoma de recto, apendicectomía y colecistectomía, que ingresa de forma urgente por cuadro de dolor abdominal difuso y distensión, varias horas después de realizar polipectomía endoscópica por pólipo plano de 2 cm en ciego, que originó una escara amplia sangrante controlado con colocación de varios clips. Exploración: dolor abdominal generalizado a la palpación con signos de irritación peritoneal en FID. Analítica: PCR 20, 20400 leucocitos y 88% neutrófilos. Rx y TC abdomen: presencia de neumoperitoneo en radiología abdominal en decúbito lateral izquierdo, presencia de pequeñas burbujas extraluminales en región cecal y discreta rarefacción grasa, haciendo sospechar perforación de ciego post-polipectomía. Ante la ausencia de líquido libre y extravasación de contraste hidrosoluble oral en la TC, junto con la estabilidad hemodinámica del paciente, se decidió iniciar tratamiento conservador (dieta absoluta, nutrición parenteral y antibioterapia empírica). La evolución fue

satisfactoria, con disminución progresiva de la sintomatología y disminución de reactantes de fase aguda. Se reintrodujo la tolerancia oral con buena respuesta y fue dado de alta al 8º día.

Discusión: La perforación de colon tras polipectomía endoscópica presenta una incidencia entre 0,7%-0,9%. El dolor y la distensión abdominal es la presentación más frecuente. No obstante, algunos casos son asintomáticos y se manifiestan pasados varios días. La extirpación de lesiones en ciego en sí es un factor predisponente para su desarrollo, junto al sexo femenino y la falta de experiencia del médico. El manejo terapéutico de estos pacientes es controvertido, pudiendo ser tratados de forma conservadora bajo vigilancia clínica estricta, pero el fracaso del tratamiento obliga a una posterior laparotomía (en algunas series igual o superior al 50% de los casos). Algunos autores defienden la cirugía inmediata, basándose en que el fracaso del tratamiento conservador incrementa la contaminación e inflamación aumentando la morbi-mortalidad postoperatoria. Estaría indicado un manejo conservador en aquellas perforaciones que resulten de colonoscopia terapéutica programadas ya que suelen ser de pequeño tamaño, asocian mínima contaminación abdominal, si la preparación del colon es adecuada y el paciente se encuentra estable clínicamente. El éxito del tratamiento dependerá de la estabilidad clínica del paciente y la evolución de su sintomatología, siendo fundamental la vigilancia clínica estricta. El tipo de cirugía va a depender de la localización, tamaño lesional y patología colónica concomitante, pudiéndose realizar en un solo tiempo salvo en aquellos casos en los que exista una contaminación fecal extensa. El abordaje laparoscópico constituye una alternativa segura y efectiva en su tratamiento. La mortalidad postoperatoria varía entre 0-50%, estando más relacionada con el estado general del paciente que con la propia técnica quirúrgica.

Hematoma hepático subcapsular, complicación inusual tras colangiografía retrógrada endoscópica

Lendínez Romero, Inmaculada; Palomeque Jiménez, Antonio; Sarabia Valverde, Natalia; Calcerrada Alises, Enrique; Jiménez Ríos, Jose Antonio

*Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Granada.
Hospital Universitario San Cecilio*

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento mínimamente invasivo para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad biliar y pancreática, que conlleva complicaciones graves en el 2,5-8% de los casos, y mortalidad del 0,5-1,0%. La pancreatitis aguda, colangitis y perforación son las complicaciones más frecuentes descritas. El hematoma hepático subcapsular es una complicación poco frecuente de la CPRE.

Objetivos: Se presenta un caso inusual de hematoma subcapsular hepático post-CPRE tratado de forma conservadora en el Hospital Universitario San Cecilio (HUSC). Se discute su manejo terapéutico.

Material y método: Mujer de 37 años con antecedentes de cólicos biliares, que ingresa de urgencias por cólico biliar

complicado por coledocolitiasis. Analítica: BD 2,32 mg/dl, GPT 626, LDH 1860. Ecografía abdomen:coledocolitiasis y dilatación de colédoco de 9 mm con afinamiento hasta páncreas. Colangiormn: cálculo de 10 mm enclavado en porción distal de colédoco. Durante el ingreso continúan elevándose las enzimas de colestasis y de lisis hepática (BD 7,1mg/d, GOT 366U/l, GPT 507U/l, GGT 1812U/l, FOSFATASA ALCALINA 332U/l, LDH 647U/l). Se realizó CPRE programada, extrayendo cálculo de 2 cm y salida de material purulento, tras la cual fue dada de alta. 24 horas post-CPRE, reingresa por dolor abdominal agudo en epigastrio, amilasa 1930U/l, PCR 33mg/ml, 19,900 leucocitos/mm³ sin desviación izquierda, siendo diagnosticada de pancreatitis post-CPRE. Tras 12 horas de ingreso, requirió ingreso en UCI por hipotensión sintomática, oligoanuria y anemia aguda con descenso de hemoglobina de 12,6 g/dl al ingreso a 7,6 g/dl. Angio-TC abdomen: gran hepatomegalia secundaria a grandes colecciones subcapsulares/intraparenquimatosas, una de ellas en lóbulo hepático izquierdo hipodensa bien definida de 70x107x120mm y otra afectando la totalidad del lóbulo hepático derecha, con algunas burbujas de aire. Permeabilidad de arteria hepática y vena porta sin extravasación de contraste en fase arterial ni venosa. Ante la estabilidad hemodinámica y la no evidencia de sangrado activo, se decide tratamiento conservador de los hematomas. Se instauró antibioterapia empírica, se transfundió 4 concentrados de hematíes y perfusión de ácido tranexámico durante 24 horas por persistencia de la anemia. Los controles radiológicos no evidenciaron nuevo sangrado. Tras ella, la paciente mejoró paulatinamente, normalizándose los parámetros analíticos sin precisar más transfusiones, se mantuvo afebril tras retirar la antibioterapia, y dado que en la TC de control no se apreció crecimiento de hematomas, se decidió alta hospitalaria con control ecográfico en consultas de digestivo al 10 día postingreso.

Discusión: El hematoma hepático subcapsular tras CPRE es una complicación infrecuente, con pocos casos reportados en la literatura. Podría explicarse por traumatismo penetrante que causa punción accidental del árbol biliar intrahepático con la guía y la ruptura de vasos intrahepáticos de pequeño calibre. El dolor abdominal agudo persistente o/y la hipotensión tras la CPRE deben plantear la sospecha. Las pruebas de laboratorio no proporcionan importantes indicadores del desarrollo del mismo, excepto la disminución aguda de las cifras de hemoglobina. Las técnicas de imagen (ecografía, TC y RNM) son los métodos de elección para el diagnóstico, estadificación y seguimiento de esta complicación. El tratamiento conservador (no quirúrgico) se ha convertido en la actualidad en la mejor opción terapéutica en pacientes hemodinámicamente estables, independientemente del grado de lesión. La estabilidad hemodinámica del paciente al ingreso o después de la reanimación inicial, es el principal criterio que debe de ser utilizado para decidir el manejo conservador. Este hecho se sustenta en la experiencia acumulada y óptimos resultados de múltiples series publicadas. Se registran tasa general de éxito del 83-100%, con una morbilidad asociada del 5-42%. Las técnicas de arteriografía y angiembolización constituyen pilares clave en el contexto de un traumatismo hepático. El drenaje percutáneo estará indicado

en infección, procesos sépticos por riesgo a la sobreinfección o en casos sintomáticos (dolor o compresión de vísceras vecinas). La cirugía urgente se reserva para casos de no deterioro progresivo del estado general, inestabilidad hemodinámica y signos de irritación peritoneal, o presencia de líquido libre en TC abdominal.

Conclusiones: El hematoma subcapsular hepático es una complicación poco frecuente pero a tener en cuenta tras la CPRE. El tratamiento conservador será suficiente en la mayoría de los casos. El drenaje percutáneo podría plantearse como un tratamiento eficaz.

TROMBOSIS ARTERIAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE CARCINOMA SUPRARRENAL

Pitarch Martínez, María; Marín Camero, Naiara; Rodríguez Silva, Cristina; Aranda Narváez, José Manuel; Montiel Casado, Custodia; Totos García, Alberto; González Sánchez, Antonio Jesús; Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: El carcinoma suprarrenal es uno de los tumores suprarrenales más raros. En un 60% de los casos se presenta con clínica de hipersecreción hormonal, mientras que los no funcionantes suelen debutar con síntomas relacionados con el crecimiento tumoral.

El cáncer causa un estado trombofílico adquirido que conlleva un aumento de la morbilidad y la mortalidad. Es significativamente más común la enfermedad tromboembólica venosa que la arterial, aunque ambas comparten factores de riesgo y mecanismos patogénicos.

Presentamos nuestro paciente dada la escasez de casos publicados de tumores suprarrenales con trombosis arterial.

Caso clínico: Varón de 54 años que ingresa de forma urgente por isquemia arterial aguda de miembro inferior secundaria a trombosis de la arteria femoral izquierda (AFI). En el estudio radiológico se evidencian de forma incidental una colección en FID sugestiva de proceso perforativo contenido y una masa suprarrenal izquierda de 8 cm.

Se realiza revascularización quirúrgica de la AFI y drenaje percutáneo de la colección abdominal. En los siguientes días se procede al estudio de la masa suprarrenal, encontrando nuevamente de forma incidental un infarto renal derecho, un infarto esplénico y una trombosis de la arteria mesentérica superior. Todos cursan de forma asintomática, por lo que no precisan revascularización. Se completa el estudio de trombofilia por parte de Hematología, concluyendo que las trombosis arteriales se han producido en el contexto de un síndrome paraneoplásico.

Finalmente, tras descartar feocromocitoma, se realiza suprarrenalectomía izquierda y resección ileocecal. El diagnóstico histológico definitivo confirma un carcinoma cortical adrenal (criterios de Weiss: 6) y una perforación ileal de etiología isquémica.

Discusión: El único tratamiento potencialmente curativo del carcinoma suprarrenal es la resección quirúrgica del mismo. El pronóstico de este tumor es pobre (supervivencia a 5 años en estadios precoces de entre 45-60%) y depende fun-

damentalmente del estadiaje, de la afectación de los márgenes de resección y de la histología (criterios de Weiss).

La trombosis arterial como manifestación inicial de una neoplasia asocia un mayor riesgo de irreversibilidad de la isquemia y una disminución de la supervivencia. Cuando éstas aparecen se debe instaurar tratamiento anticoagulante, siendo de elección la heparina de bajo peso molecular. Éste debe prolongarse durante al menos 6 meses, aunque puede precisarse prolongarse en el caso de trombosis recurrentes como ocurre en nuestro paciente. El tratamiento curativo del cáncer revierte el estado de hipercoagulabilidad secundario al mismo.

HEMATOMA DE PARED ABDOMINAL POSTPUNCIÓN PERCUTÁNEA POR RADIOFRECUENCIA

Marchal Santiago A, Segura Sampedro JJ, Gallego Bermúdez A, Gutiérrez Martín C, Bernal Bellido C, Marín Gómez, LM, Padillo Ruiz J, Gómez Bravo MA

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: La radiofrecuencia es una técnica de uso habitual para el tratamiento del hepatocarcinoma, consistente en la ablación de la lesión hepática mediante energía térmica y bajo control ecográfico. Pese a ser una técnica poco invasiva y con excelentes resultados, no está exenta de riesgos y complicaciones. Presentamos el caso de un hematoma de pared abdominal secundario a esta técnica en el postoperatorio inmediato, cursando como un abdomen agudo que obligó a un estudio urgente.

Objetivos: Incluir en el algoritmo diagnóstico de dolor abdominal en el postoperatorio de la radiofrecuencia el hematoma de pared abdominal como complicación de esta técnica. Discutimos su diagnóstico, así como manejo y evolución.

Material y método: Varón de 65 años con diagnóstico de hepatopatía crónica enólica bebedor de más de 100 gr diarios de alcohol en abstinencia desde el año 2000, diabetes mellitus tipo II, dos episodios de ictus isquémicos por los que realiza tratamiento con clopidogrel y metformina. En seguimiento por servicio de digestivo se detecta lesión en segmento III hepático compatible con hepatocarcinoma de 3 cm.

Resultados: Tras suspensión de clopidogrel 7 días antes y transfusión de concentrado de plaquetas previo a la intervención, se realiza sesión con radiofrecuencia percutánea sin incidencias. En el postoperatorio inmediato desarrolla cuadro de abdomen agudo sin datos de inestabilidad hemodinámica. Se le realiza TAC abdominal urgente en el que se aprecia hematoma de pared abdominal contenido con datos de extravasación de contraste que sugieren sangrado activo. Se realiza entonces arteriografía que no objetiva sangrado activo dependiente de arteria epigástrica. Se realizó manejo conservador con monitorización estrecha en unidad de cuidados intensivos dado la estabilidad del cuadro.

Discusión: No hay descritos en la literatura casos de sangrado tras este tipo de procedimientos que condicionen un abdomen agudo. Lo más importante tras detectar esta complicación es comprobar la estabilidad hemodinámica del paciente. Esta situación permite la realización de la TAC. En caso de

inestabilidad hemodinámica podría plantearse la EcoFAST o incluso la laparotomía exploradora urgente.

De objetivarse signos de sangrado activo, la arteriografía es la técnica de elección al ser diagnóstica y terapéutica. Una estrecha monitorización después de la misma será necesaria por lo que el traslado a una unidad de cuidados intensivos es recomendable.

Tumor sólido pseudopapilar de páncreas. Entidad extremadamente infrecuente. Presentación de un caso clínico

Moreno Navas, Araceli; Cepeda Franco, Carmen; Gómez Luque, Irene; Martínez Insfran, Luis; Sánchez Hidalgo, Juan Manuel; Arjona Sánchez, Alvaro; Rufián Peña, Sebastián; Briceño Delgado, Javier.

Hospital Reina Sofía. Córdoba

Introducción: El tumor sólido pseudopapilar de páncreas (TSPP) se trata de un tumor quístico poco frecuente (1 – 3% de los tumores pancreáticos exocrinos) de origen desconocido. Afecta mayoritariamente a mujeres jóvenes. La sintomatología es generalmente inespecífica y presenta un excelente pronóstico tras resección quirúrgica.

Objetivos: Presentamos el caso clínico de una mujer de 46 años asintomática, derivada a nuestro Centro tras ser diagnosticada de una gran tumoración abdominal.

Material y método: Mujer de 46 años sin antecedentes médicos de interés diagnóstica de tumoración en flanco izquierdo mediante TAC abdomino-pélvico donde se observa una masa sólida heterogénea bien delimitada de 13x9x26 cm situada posterior al cuerpo/antro gástrico en amplio contacto con el cuerpo-cola del páncreas y vena esplénica que condiciona dilatación del conducto pancreático principal. Sin signos de enfermedad peritoneal. Planteándose como primera opción diagnóstica Tumor del Estroma GastroIntestinal (GIST). Es valorada en nuestra consulta decidiéndose tratamiento quirúrgico.

Resultados: La paciente fue intervenida mediante laparotomía encontrándose una gran tumoración sólida bien delimitada dependiente del cuerpo cola del páncreas sin infiltrar órganos ni estructuras vasculares.

Se realizó pancreatectomía corporocaudal+esplenectomía +exeresis de tumoración en bloque. Colocándose esponja de fibrinógeno y trombina humana (Tachosil®) en la línea de sección pancreática. El resultado Anatomopatológico fue de Neoplasia pseudopapilar sólida de páncreas sin márgenes afectados ni invasión vascular o linfática.

Conclusiones: El Tumor Sólido Pseudopapilar de Páncreas (TSPP) es un tumor infrecuente de bajo potencial maligno. El patrón radiológico típico muestra una masa bien delimitada sólido-quística. Presenta una morfología microscópica muy característica constituida por una proliferación de células poligonales en un estroma mixoide alternando áreas solidas de necrosis y hemorragia con áreas de pseudopapilas. Su patrón inmunohistoquímico muestra positividad para Vimentina, CD 10, CD 56, sinaptofisina, B-catenina y E-cadherina, siendo estas últimas específicas. Aunque presente potencial para

metastatar el diagnóstico precoz y la resección quirúrgica completa, como en el caso presentado, es curativa y no precisa tratamiento oncológico posterior. Presentando un pronóstico excelente.

Debut de enfermedad de Crohn con perforación rectal en paciente de 20 años

Pérez-Margallo, E; López-Ruiz, JA; Tallón, L; Sánchez-Moreno, L; López-Pérez, J; Pareja, F; Oliva, F; Padillo, J

Hospital Complejo Hospitalario Virgen Rocío-Virgen Macarena de Sevilla

Introducción: La perforación de recto de origen no traumática es una entidad poco frecuente que puede deberse a distintas patologías. Los estudios existentes refieren una morbi-mortalidad postoperatoria muy variable según el origen maligno o benigno de la perforación, así como la agresividad de la cirugía realizada; por esto, los pacientes jóvenes y con un origen desconocido de la lesión, presentan un reto para el cirujano.

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente de 20 años con perforación sobre úlcera rectal.

Material y método: Paciente de 20 años de edad, estudiado por Digestivo por sospecha de Enfermedad inflamatoria intestinal no confirmada, que acude a Urgencias por dolor abdominal de inicio brusco de 48 horas de evolución sin otra sintomatología acompañante. A la exploración, el paciente presentaba estabilidad hemodinámica y abdomen peritonítico. En las pruebas complementarias solicitadas en Urgencias destaca analítica con 26,000 leucocitos con neutrofilia, PCR de 15 y TC abdominal compatible con peritonitis secundaria a perforación de víscera hueca. Ante estos hallazgos, se somete al paciente a laparotomía exploradora urgente con hallazgo de peritonitis purulenta generalizada y perforación sobre zona ulcerada de cara anterior de recto superior que fistulizaba hacia íleon terminal a unos 8cm de la válvula ileocecal, que presentaba signos de inflamación. Se realiza resección de lesión de cara anterior de recto con sutura del mismo, resección ileocecal e ileostomía.

Resultados: En el postoperatorio inmediato el paciente presentó evolución favorable, con disminución de parámetros inflamatorios y mejoría clínica del paciente. Al 4º día postoperatorio se observó elevación de amilaseemia sin significación clínica, que resolvió de forma espontánea.

Conclusiones: Ante la perforación rectal de origen incierto en pacientes jóvenes, es recomendable evitar resecciones rectales agresivas que elevan la morbi-mortalidad postquirúrgica, siendo preferible, siempre que sea posible, la resección local de la lesión rectal con sutura primaria. El estoma de protección es igualmente aconsejable, aunque la bibliografía existente no es concluyente respecto a su uso en estos casos.

Nuevas técnicas de abordaje conservador en la isquemia mesentérica

Pérez Margallo, ME; López Ruiz, JA; Tallón Aguilar, L; Sánchez Moreno, L; López Pérez, J; Oliva Mompeán, F; Padillo

Hospital Complejo Hospitalario Virgen Rocío-Virgen Macarena de Sevilla

Introducción: La isquemia mesentérica es una patología con una elevada tasa de mortalidad. En los últimos 50 años se han desarrollado diversos tratamientos que aprovechan las nuevas tecnologías, a pesar de lo cual estas tasas siguen en torno al 50%.

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente con isquemia mesentérica al que se realizó tratamiento conservador con stent en arteria mesentérica.

Material y método: Se trata de un paciente varón de 73 años, con antecedentes de interés HTA, DM, dislipemia, cardiopatía isquémica con múltiples cateterismos, ictus lacunares y amputación traumática de MII. Ingresado en Medicina Interna por cuadro de dolor abdominal y vómitos con sospecha de isquemia mesentérica, realizándose angioTC con resultado: extensa ateromatosis aórtico-iliaco-femoral, arterias renales y AMS, con aneurisma aórtico con trombo mural en AMI.

Resultados: Ante estos resultados, se realizó arteriografía e intervencionismo percutáneo sobre arteria mesentérica superior que presentaba estenosis muy significativa. Tras varias dilataciones con balón se colocó stent expansible con buen resultado angiográfico. Tras esto, se avisa a Cirugía para valoración, descartando actuación quirúrgica dado el buen resultado de dicha intervención. Durante el ingreso, el paciente cursó con neumonía nosocomial grave, infección de tracto urinario y episodio de tormenta arritmogénica con shock mixto (arritmogénico y séptico), falleciendo a los 24 días del ingreso.

Conclusiones: En la isquemia mesentérica es fundamental el diagnóstico y tratamiento precoz para aumentar la supervivencia y disminuir la morbilidad de los pacientes. En la actualidad, la actuación preventiva sobre los factores predisponentes (arteriosclerosis, arritmias, cardiopatías, estados de hipercoagulabilidad, etc) ha cobrado una mayor importancia, así como técnicas conservadoras mediante el intervencionismo percutáneo, que permiten reservar la cirugía a casos muy seleccionados y consiguiendo con ello disminuir las tasas de morbimortalidad.

Gastrectomía vertical laparoscópica: complicaciones de esta técnica en una unidad especializada de Cirugía Bariátrica en 4 años.

Pérez Margallo, ME; Pérez Huertas, R; Infantes Ormad, M; Cano Matías, A; Dominguez-Adame Lanuza, E; Oliva Mompeán, F; Padillo

Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

Introducción: La cirugía como tratamiento de la obesidad ha supuesto un avance importante en su tratamiento así

como en las comorbilidades a ella asociadas. Sin embargo, la complejidad del paciente obeso aumenta el riesgo quirúrgico de esta intervención así como de las posibles complicaciones posteriores.

Objetivos: Presentamos nuestros resultados tras la realización de la gastrectomía vertical laparoscópica en nuestra unidad de cirugía bariátrica en los últimos 4 años.

Material y método: El total de pacientes incluidos en nuestra serie son 97 pacientes (69 hombres y 28 mujeres) a los que se realizó gastrectomía vertical laparoscópica entre septiembre de 2009 y enero de 2013. Todos los pacientes fueron intervenidos por el mismo equipo de cirujanos y con una técnica estandarizada. Hemos analizado las complicaciones sufridas por los pacientes, así como la evolución de sus comorbilidades.

Resultados: En el postoperatorio inmediato de la gastrectomía vertical laparoscópica de los 97 pacientes, se recogieron un total de 6 complicaciones quirúrgicas (6,18%): 4 pacientes presentaron un hemoperitoneo (4,1%), tres de los cuales precisaron reintervención urgente y 2 pacientes sufrieron fuga de línea de sutura (2,06%), sólo uno de los cuales fue reintervenido. Todos los pacientes cursaron con buena evolución posterior. Además, el 11,33% de los pacientes presentó alguna complicación médica postoperatoria: la más frecuente fue la crisis hipertensiva (6,12%), seguida de derrame pleural (3,09%), neumonía (1,03%) y TEP (1,03%).

A los dos años, el 8,2% de los pacientes presentó eventración de trócar, un 3,09% coleditiasis y un 1,03% de estenosis. Un total de 5 pacientes cursaron con algún trastorno psiquiátrico: depresión (2,06%), alteración de la imagen corporal (1,03%), anorexia o bulimia (2,06%) y un paciente desarrolló un Síndrome de Mallory-Weiss.

En cuanto a las comorbilidades, se observó una mejoría de la HTA en el 85% de los pacientes, de la DM en el 95%, de la DLP en el 86%, del SAOS en el 95% y de la osteoartritis en el 72% en nuestra serie tras dos años de seguimiento.

Conclusiones: Los resultados de nuestra serie cumplen los criterios de calidad establecidos por FOBI, que incluyen una mortalidad menor al 1%, menos de 2% de cirugía de revisión anual y menos del 10% de complicaciones quirúrgicas. La gastrectomía vertical es, por tanto, una técnica segura y eficaz para el tratamiento de las comorbilidades que asocia la obesidad.

Malrotación intestinal en el adulto: hallazgo casual en cirugía de urgencias por perforación intestinal por enteritis eosinofílica

Lendínez Romero, Inmaculada; Palomeque Jiménez, Antonio; Rubio López, José; Szuba, Ágata; Calcerrada Alises, Enrique; Sarabia Valverde, Natalia; Jiménez Ríos, Jose Antonio

*Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Granada.
Hospital Universitario San Cecilio*

Introducción: La malrotación intestinal es una anomalía congénita de la rotación y fijación intestinal que se presenta en edad neonatal, siendo infrecuente su diagnóstico en adul-

tos. Se presenta un caso de malrotación intestinal en paciente adulto previamente asintomático, como hallazgo casual durante un cuadro agudo por perforación de víscera hueca en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada (HUSC). Se discute los datos epidemiológicos, aspectos clínicos y diagnósticos relevantes y el manejo terapéutico óptimo.

Material y método: Varón de 78 años, con antecedentes personales de EPOC, cardiopatía isquémica, valvulopatía, vasculopatía periférica, enfermedad renal crónica y psoriasis. Ingresa de forma urgente por dolor abdominal de inicio súbito, continuo y generalizado de 24h de evolución, acompañado de febrícula (37,7°C) y un vómito alimenticio. Exploración: regular estado general, hipotensión, palidez cutáneomucosa, soplo mitral e hipoventilación pulmonar generalizada. Abdomen doloroso a la palpación en hemiabdomen izquierdo con signos de irritación peritoneal. Analítica: PCR 41mg/dl, LDH 478U/l, 13500 leucocitos/mm³, 3200 eosinófilos/mm³, 11700 neutrófilos/mm³, Cr 2,5, pH 7,28, HCO₃ 14mEq/l. TC abdominopélvica: neumoperitoneo sin identificar causa y malrotación intestinal con dilatación de asas de yeyuno. Ante la sospecha de perforación de víscera hueca, se decide intervención quirúrgica, evidenciando malrotación intestinal y perforación de 0,5 cm en borde antimesentérico de íleon terminal, sin causa aparente. Se realizó resección segmentaria de íleon y reconstrucción del tránsito. No se actuó sobre la malrotación intestinal, al no provocar ninguna alteración. Durante el postoperatorio el paciente presentó un SCASEST, recuperándose sin otra complicación siendo dado de alta al 12º día postoperatorio. Anatomía patológica: perforación ileal sobre enteritis eosinofílica.

Discusión: La malrotación intestinal es una enfermedad congénita resultante de la inadecuada, incompleta o ausencia de rotación y fijación fisiológica del intestino en el periodo fetal. La rotación intestinal se completa entre la 4ª-12ª semanas de vida intrauterina. La rápida prolongación del intestino y herniación fisiológica sobre el cordón umbilical acontece la quinta semana; hasta la semana 10 tiene lugar la rotación en sentido antihorario de 270º a lo largo del eje de la arteria mesentérica superior y el retorno de la hernia a la cavidad abdominal; el ciego se ubicará en el cuadrante inferior derecho en la semana 12. Se manifiesta predominantemente en el período neonatal, secundaria a oclusión intestinal causada por bandas fibróticas de Ladd o volvulación intestinal. En adultos puede diagnosticarse en el 0,0001% y 0,19% de los casos ante un cuadro clínico de dolor abdominal crónico recurrente, diagnosticándose erróneamente de otras patologías o como hallazgo incidental por imágenes o asociada a otras anomalías anatómicas. Rara vez puede debutar de forma aguda. Se clasifican en varios tipos según el momento del desarrollo intestinal afectado. Las más comunes son falta de rotación, fijación inversa, y la mala rotación. El diagnóstico en adulto es difícil debido a la ausencia de signos o síntomas clínicos específicos y su baja frecuencia en esta edad. Los estudios radiográficos pueden ser de gran ayuda para sospecharla. El tratamiento quirúrgico de elección es el procedimiento de Ladd que consiste en laparotomía para la reducción del vólvulo intestinal si lo hubiera, sección de las bandas de Ladd, localización del intestino delgado y grueso en posición de no rotación, ampliación del mesenterio para prevenir vólvulos, y

apendicectomía profiláctica, no realizándose en nuestro caso por no provocar ninguna alteración. Se ha descrito el abordaje laparoscópico con buenos resultados. La complicación a largo plazo tras esta cirugía es la obstrucción intestinal. En caso de pacientes asintomáticos se recomienda la corrección quirúrgica profiláctica en niños, y observación en adultos por su infrecuente presentación aguda.

Conclusiones: La malrotación intestinal es infrecuente en adultos, requiriendo estudios por imagen para su diagnóstico de sospecha. El manejo de los casos asintomáticos debe ser conservador.

Tratamiento laparoscópico de perforación intestinal.

De Soto Cardenal, B; López Ruiz, J; Tallón Águilar, Luis; López Perez, J; Oliva Mompean, F; Padillo, J.

Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

Introducción: Presentamos el caso de un varón de 35 años de edad sin antecedentes de interés que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 12 horas de evolución sin otra sintomatología acompañante.

Objetivos: Uso del abordaje laparoscópico en este tipo de patologías.

Material y método: A su llegada a urgencias el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, aunque presentaba importante afectación del estado general por el dolor, siendo la exploración abdominal claramente patológica, decidiéndose desde el servicio de urgencias solicitar analítica y TAC abdominal urgente.

Los resultados de las pruebas complementarias fueron leucocitosis. Radiológicamente se localizó un cuerpo extraño puntiagudo de densidad ósea de 2 cm de longitud a nivel de íleon terminal.

Ante la situación clínica y resultado de las pruebas complementarias se decidió intervención quirúrgica urgente.

Se realizó laparoscopia exploradora con trocar de 11 mm a nivel umbilical y dos trocres de 5mm, uno a nivel de fosa iliaca derecha y el otro en hipogastrio. Tras explorar la cavidad, se localizó a nivel de íleon distal el asa perforada por el cuerpo extraño, procediendo a exteriorizar la misma a nivel del orificio del trocar umbilical, a través del cual se procedió a realizar la extracción del cuerpo extraño, Friedrich y sutura simple del orificio de la perforación.

Resultados: En el postoperatorio inmediato el paciente pasó a planta de cirugía donde presentó buena evolución sin incidencias siendo dado de alta el 5º día postoperatorio.

Conclusiones: La ingesta de cuerpos extraños ocasiona perforación intestinal en menos del 10% de los casos, siendo en el 75% de los casos el área ileocecal el sitio más frecuentemente perforado. El diagnóstico de esta patología es difícil, indicándose por lo general la intervención quirúrgica con sospecha de otra patología. El tratamiento es quirúrgico. En aquellos casos en los que la situación del paciente y la experiencia del cirujano lo permita, puede estar indicada la vía laparoscópica, con las ventajas que puede suponer para el r

Afectación multivisceral de liposarcoma recidivado a pesar de resecciones R0 y adyuvancia con radioterapia.

Domínguez Bastante, Mireia; Álvarez Marín, M^a Jesús; Jiménez Ríos, José Antonio.

Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: Los tumores retroperitoneales primarios suponen en 0,3-0,8% de todos los tumores sólidos. El 90% de ellos son malignos. La histopatología más frecuente, llegando al 25-50%, es el liposarcoma, con una incidencia anual en Europa de 4-5/100.000 habitantes. Éstos se caracterizan por un crecimiento lento y expansivo con baja capacidad metastásica. A pesar de la extirpación R0 y los tratamientos adyuvantes, fundamentalmente radioterapia, muchos de ellos presentan recidivas locales con afectación multivisceral que requieren de un nuevo esquema de tratamiento (cirugía + radioterapia).

Objetivos: presentar un caso de liposarcoma recidivado con afectación multivisceral a pesar de resecciones R0 y adyuvancia con radioterapia (RT).

Material y método: Mujer de 63 años con antecedentes personales de hipercolesterolemia y liposarcoma retroperitoneal intervenido en 2010 con extirpación radical de dicha tumoración junto a bazo, cola de páncreas, suprarrenal izquierda, resección parcial gástrica y duodenal en la misma. En 2012 es reintervenida por recidiva, extirpándose una tumoración perirrenal. Tras esta recidiva, recibió un ciclo de 28 sesiones de RT. En una TC de revisión en abril de 2014, se detectaron varias masas sugerentes de recidiva. Fue reintervenida, evidenciándose intraoperatoriamente una tumoración retrogástrica de 10x20cm que formaba cuerpo con pared posterior de estómago y remanente pancreático así como tres tumoraciones más, de entre 5-10 cm, íntimamente adheridas a sigma, colon trasverso y yeyuno que fueron extirpadas con márgenes de seguridad. La anatomía patológica en todo momento fue de liposarcoma mixoide grado histológico 2.

Resultados: La evolución postoperatoria fue favorable siendo dada de alta de nuestra planta, decidiéndose en comité oncológico seguimiento. Actualmente se encuentra asintomática y sin evidencia de recidiva.

Conclusiones: Los pacientes con liposarcomas retroperitoneales presentan un índice de reintervención por recidiva muy elevado (20% al año, 70% a los dos años, 85% a los cinco años) por lo tanto es de capital importancia la resección R0 y tratamientos adyuvantes con radioterapia pre y/o postoperatoria así como el seguimiento estricto con pruebas de imagen para ser diagnosticados en fase resecable. Debido a la afectación multiorgánica es de vital importancia el que desarrollen nuevas líneas de tratamiento quimioterápico para mejorar la respuesta de estos tumores, y sobre todo en los no resecables, a partir de estudios moleculares, mejorando las dianas de actuación.

Tumor desmoide irreseccable en un paciente con Síndrome de Gardner.

Domínguez Bastante, Mireia; Álvarez Marín, M^a Jesús; Zambudio Carrol, Natalia; García Navarro, Ana; Jiménez Ríos, José Antonio.

Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: Los tumores desmoides son proliferaciones fibroblásticas de estirpe mesenquimal. Constituyen el 0,03% de todos los tumores y se consideran benignos por no metastatizar a distancia, aunque sí son localmente agresivos. Tienen una incidencia anual de 2-4 por millón de habitantes pero son más frecuentes en pacientes afectos de ciertos síndromes genéticos, como el Síndrome de Gardner (poliposis adenomatosa familiar asociada a tumores mesenquimales). La mayoría de estos tumores se localizan en las extremidades aunque en estos síndromes es más frecuente encontrarlos intraabdominales (80%). El abordaje es muy variado, siendo desde la observación (watchful waiting) hasta la cirugía Ro pasando por terapias sistémicas o radiación. La mayoría de las complicaciones de estos tumores son secundarias a su efecto compresivo así como a su alto índice de recidivas localmente agresivas.

Objetivos: presentar un caso de una paciente con S. de Gardner y tumores desmoides irreseccables.

Material y método: Mujer de 67 años con antecedentes familiares de hijo con cáncer colorrectal (CCR), hija con CCR fallecida por este motivo, padre fallecido por CCR y antecedentes personales de S. de Gardner con colectomía total y resección segmentaria de intestino delgado hace 35 años por CCR, histerectomía con doble anexectomía por Ca de endometrio en 2010, resección de pólipos rectales anual y colecistectomizada.

Presenta una masa en pared abdominal de 3 años de evolución que ha sido seguida de manera conservadora. Consulta por cuadros suboclusivos de repetición. A la exploración, se palpa una masa abdominal, de consistencia dura en flanco derecho. Se le realiza una TC donde se evidencia una tumoración sólida de 8,3x3,5x10,4cm en pared abdominal derecha parasagital, sólida y bilobulada que tras administración de contraste se realza de manera heterogénea con contornos bien definidos y de probable origen mesenquimal. En PET es levemente hipocaptante sugiriendo un tumor mesenquimal con comportamiento de bajo grado. Se interviene, encontrando una masa que parecía originarse en el músculo recto del abdomen de 18x9cm que sobrepasaba peritoneo fijándose de manera interna a múltiples asas de intestino delgado en hipocondrio y flanco derecho. Además, existían múltiples tumoraciones mesentéricas de aspecto desmoide que provocaban una intensa retracción de todas las asas de intestino delgado, la mayor de ellas en la raíz del mesenterio. Dado estos hallazgos, se consideraron irreseccables puesto que su exéresis supondría la extirpación de la práctica totalidad del intestino delgado en una paciente que ya tenía una colectomía total y una resección segmentaria del mismo.

Resultados: La paciente fue dada de alta hospitalaria tras buena evolución postoperatoria. Actualmente, tras seis meses de seguimiento, la paciente se encuentra asintomática y ha desestimado tratamientos adyuvantes.

Conclusiones: La vigilancia en los tumores desmoides intraabdominales o sospechosos de serlo debería ser más estrecha para poder ser intervenidos en fase resecable, ya que el 20% de estos pacientes mueren por complicaciones relacionadas con el crecimiento de los mismos. A pesar de las resecciones Ro, en los pacientes con S. de Gardner el índice de recidiva es mayor que en los que no padecen este síndrome (30-40%). En los casos irreseccables, se podría proponer una terapia sistémica a base de tamoxifeno o vincristina/metotrexate como alternativas de tratamiento aunque en nuestro caso la paciente lo ha rechazado.

Estudio del distrés en pacientes con cáncer colorrectal: Inteligencia emocional y mindfulness como herramientas útiles.

Ruiz López Manuel, Prieto Puga Tatiana, Sánchez Álvarez Nicolas, Montesinos Gálvez Ana Carmen, Villena Jimena Amelia, Mera Velasco Santiago, Pérez Costilla Lucia, de Diego Otero Yolanda, Extremera Pacheco Natalio, Bergero Miguel Trinidad, González Poveda Iván, Toval Mata Jose Antonio, Carrasco Campos Joaquín, Santoyo Santoyo Julio.

Hospital Regional Universitario de Málaga

El distrés asociado al cáncer colorrectal (CCR) es una experiencia de malestar emocional de carácter psicológico, social y espiritual, que puede interferir en la habilidad para enfrentarse a la enfermedad. Se ha demostrado relacionado con la aparición de depresión y ansiedad, con la evolución del CCR, calidad de vida(CV) e incluso supervivencia. Este distrés debe ser reconocido, monitorizado y tratado.

Intervenciones preventivas orientadas a potenciar la inteligencia emocional (IE) y un manejo adecuado de las emociones, del afrontamiento y determinadas dimensiones de personalidad, protegen del distrés.

Material y método: Objetivos: Evaluar la eficacia de una intervención precoz basada en IE y Psicología Positiva(mindfulness) en disminuir el distrés, mejorar la CV y la evolución clínica y biológica en pacientes tras cirugía CCR.

Diseño: Ensayo clínico prospectivo randomizado no enmascarado.

Intervención: 50 participantes, asignados al azar a ambos grupos, para recibir una intervención psicológica en formato grupal frente a grupo control.

Medidas de resultados: Medidas de distrés, personalidad, ansiedad, depresión, apoyo social, IE, resiliencia, afectos negativos y positivos, nivel de estrés oxidativo, respuesta hormonal suprarrenal y evolución del CCR, antes y después de la intervención y al año de finalizada.

Ámbito y período de estudio: Hospital Regional Universitario de Málaga. Período de reclutamiento de un año, otro año de evaluación y seguimiento y el resto del tiempo hasta tres años para análisis de resultados.

Dificultades y limitaciones del estudio: Las principales derivan de la disponibilidad de los pacientes a lo largo del proceso

de una enfermedad grave, sobre todo aquellos aspectos relacionados con la adhesión.

Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto clínico y asistencial: Este proyecto se enmarca en una tendencia creciente en evaluar las terapias del cáncer no sólo en términos de respuesta objetiva, biológica y de supervivencia, sino también en términos de medición del estrés y de CV.

Sarcomas de Pared Abdominal. Casuística en nuestro servicio.

Maya Aparicio, AC; Aguilar Romero, L; Fenero Delgado, BT; García Ruiz, S; Jiménez Riera, G; Segura Sampedro, JJ; Bustos Jiménez, M; Tamayo López, MJ; Martín Cartes, J,A; Padillo Ruiz, FJ

Hospital Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad de Cirugía Avanzada de Pared Abdominal. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Estos tumores representan el 10 % al 20 % de los sarcomas en general. Se presentan como una masa indolora, aunque un tercio de los pacientes con sarcomas de la pared abdominal tienen dolor en el sitio del tumor en algún momento. Los subtipos histológicos más frecuentes incluyen liposarcomas y fibrosarcomas. Las tasas de respuesta con la radioterapia y la quimioterapia son bajas.

Objetivos: Con este estudio lo que se pretende es realizar una revisión de la literatura médica a cerca de los sarcomas de pared abdominal. Realizando también una revisión de los casos de tumores de este tipo intervenidos en la Unidad de Cirugía Avanzada de Pared Abdominal de nuestro servicio, para sacar con todo ello, conclusiones a cerca del tratamiento y el pronóstico de los mismos añadiendo nuestra propia experiencia en este sentido.

Material y método: Para ello, por una parte, hemos realizado una búsqueda en bases de datos como el PubMed sobre artículos con el mayor grado de recomendación y factor de impacto posible, relacionados con nuestro tema y publicados recientemente. Por otra parte, hemos recopilado la información sobre las intervenciones sobre este tipo de tumores de nuestra propia base de datos: base de datos que recoge, en el intervalo de fechas entre el 21/02/2011 y el 01/04/2015, un total de 1193 intervenciones realizadas sobre patología de pared abdominal.

Resultados: De lo aportado por la revisión bibliográfica se concluye que una patología con una prevalencia de menos del 1 por ciento, lo que hace que sean escasos los estudios prospectivos y con gran número de casos al respecto. Podemos encontrar tipos histológicos muy variados siendo los más frecuentes los liposarcomas, fibrosarcomas, leiomiomas, rhabdomiomas y el infrecuente histiocitoma fibroso maligno. En cuanto a lo aportado por nuestra base de datos, encontramos dos intervenciones en pacientes sarcomas de pared abdominal, siendo uno de ellos un infrecuentísimo sarcoma sinovial de pared abdominal. Las características de los pacientes se describen en la gráfica siguiente (ver gráfica).

Conclusiones: Dada la prevalencia de este tipo de tumores la gran mayoría de la literatura médica al respecto se basa en

estudios prospectivos como el nuestro. De lo aportado por la revisión bibliográfica y por nuestra base de datos concluimos que el tratamiento de elección es la cirugía. El tamaño y la invasión local determinarán el cierre directo o la necesidad de prótesis. En este sentido las prótesis de PPL y de PTFE (si ha sido necesaria reseca peritoneo) son la elección. Cabría destacar en este sentido la necesidad de un margen de resección de al menos dos centímetros en estos sarcomas de pared abdominal.

Y en cuanto al pronóstico de estos tumores comentar el mal pronóstico y la baja tasa de recidiva local pero alta tasa de progresión de esta entidad, frente al buen pronóstico y la alta tasa de recidiva local y baja tasa de progresión de otros tipos de tumores malignos de pared abdominal.

Tumores desmoides de pared abdominal. Casuística en nuestro servicio.

Maya Aparicio, AC; Aguilar Romero, L; Fenero Delgado, BT; García Ruiz, S; Jiménez Riera, G; Segura Sampedro, JJ; Bustos Jiménez, M; Tamayo López, MJ; Martín Cartes, JA; Padillo Ruiz FJ

Hospital Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad de Cirugía Avanzada de Pared Abdominal. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: También conocida como «fibromatosis», es una neoplasia poco frecuente que se produce de forma esporádica o como parte de un síndrome hereditario, sobre todo en la Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF) y el síndrome de Gardner. A pesar de que carecen de potencial metastásico, son localmente agresivo e invasivo, con una alta propensión a la recurrencia. La frecuencia de los tumores desmoides en la población general, es 2,4 a 4,3 casos / millón; este riesgo aumenta 1,000 veces en pacientes con PAF. La gran mayoría de los tumores desmoides son esporádicos, por lo general en las mujeres jóvenes durante el embarazo o dentro de un año después del parto.

Objetivos: Con este estudio lo que se pretende es realizar una revisión de la literatura médica a cerca de los tumores desmoides de pared abdominal. Realizando también una revisión de los casos de tumores de este tipo intervenidos en la Unidad de Cirugía Avanzada de Pared Abdominal de nuestro servicio, para sacar con todo ello, conclusiones a cerca del tratamiento y el pronóstico de los mismos añadiendo nuestra propia experiencia en este sentido.

Material y método: Para ello, por una parte, hemos realizado una búsqueda en bases de datos como el PubMed sobre artículos con el mayor grado de recomendación y factor de impacto posible, relacionados con nuestro tema y publicados recientemente. Por otra parte, hemos recopilado la información sobre las intervenciones sobre este tipo de tumores de nuestra propia base de datos: base de datos que recoge, en el intervalo de fechas entre el 21/02/2011 y el 01/04/2015, un total de 1193 intervenciones realizadas sobre patología de pared abdominal.

Resultados: De lo aportado por la revisión bibliográfica se concluye que una patología con una prevalencia de menos del

1 por ciento, lo que hace que sean escasos los estudios prospectivos y con gran número de casos al respecto. Podemos encontrar dos tipos principales; aquellos relacionados con Síndromes hereditarios y aquellos con una presentación esporádica. En esta este estudio no están incluidos los asociados a Síndromes hereditarios porque éstos no se recogen en su totalidad en nuestra base de datos.

En cuanto a lo aportado por nuestra base de datos, encontramos tres intervenciones en pacientes con tumores desmoides de pared abdominal (sin relación con ningún Síndrome hereditario). Las características de los pacientes se describen en la gráfica siguiente (ver gráfica).

Conclusiones: Dada la prevalencia de este tipo de tumores la gran mayoría de la literatura médica al respecto se basa en estudios prospectivos como el nuestro. De lo aportado por la revisión bibliográfica y por nuestra base de datos concluimos que el tratamiento de elección es la cirugía. El tamaño y la invasión local determinarán el cierre directo o la necesidad de prótesis. En este sentido las prótesis de PPL y de PTFE (si ha sido necesaria reseca peritoneo) son la elección.

Y en cuanto al pronóstico de estos tumores comentar el buen pronóstico pero la alta tasa de recidiva local en este tipo de tumor frente al mal pronóstico y la alta tasa de progresión de otros tipos de tumores malignos de pared abdominal.

Endometriomas de pared abdominal. Casuística en nuestro servicio.

Maya Aparicio, AC; Aguilar Romero, L; Fenero Delgado, BT; García Ruiz, S; Jiménez Riera, G; Segura Sampedro, JJ; Bustos Jiménez, M; Tamayo López, MJ; Martín Cartes, JA; Padillo Ruiz FJ

Hospital Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad de Cirugía Avanzada de Pared Abdominal. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La endometriosis se define como la presencia de estroma y glándulas endometriales fuera de la cavidad uterina. Los endometriomas de pared abdominal usualmente son procesos secundarios a cicatrices quirúrgicas ginecobstétricas, como es la cicatriz de la cesárea. Aunque es un proceso benigno, suele comportarse como un proceso maligno: suelen doler, sangrar, crecer rápidamente, etc. Cuando se plantea el diagnóstico clínico frecuentemente se confunde con otros tipos de tumores normalmente malignos por este comportamiento.

Objetivos: Con este estudio lo que se pretende es realizar una revisión de la literatura médica a cerca de los endometriomas de pared abdominal. Realizando también una revisión de los casos de tumores de este tipo intervenidos en la Unidad de Cirugía Avanzada de Pared Abdominal de nuestro servicio, para sacar con todo ello, conclusiones a cerca del tratamiento y el pronóstico de los mismos añadiendo nuestra propia experiencia en este sentido.

Material y método: Para ello, por una parte, hemos realizado una búsqueda en bases de datos como el PubMed sobre artículos con el mayor grado de recomendación y factor de impacto posible, relacionados con nuestro tema y publicados

recientemente. Por otra parte, hemos recopilado la información sobre las intervenciones sobre este tipo de tumores de nuestra propia base de datos: base de datos que recoge, en el intervalo de fechas entre el 21/02/2011 y el 01/04/2015, un total de 1193 intervenciones realizadas sobre patología de pared abdominal.

Resultados: De lo aportado por la revisión bibliográfica se concluye que una patología con una prevalencia de menos del 1 por ciento, lo que hace que sean escasos los estudios prospectivos y con gran número de casos al respecto. En cuanto a lo aportado por nuestra base de datos, encontramos tres intervenciones en pacientes con endometriomas de pared abdominal. Las características de los pacientes se describen en la gráfica siguiente (ver gráfica).

Conclusiones: Dada la prevalencia de este tipo de tumores la gran mayoría de la literatura médica al respecto se basa en estudios prospectivos como el nuestro. De lo aportado por la revisión bibliográfica y por nuestra base de datos concluimos que el tratamiento de elección es la cirugía. El tamaño y la invasión local determinarán el cierre directo o la necesidad de prótesis. En este sentido las prótesis de PPL y de PTFE (si ha sido necesaria reseca peritoneo) son la elección.

Y en cuanto al pronóstico de estos tumores comentar el buen pronóstico pero la alta tasa de recidiva local en este tipo de tumor frente al mal pronóstico y la alta tasa de progresión de otros tipos de tumores malignos de pared abdominal.

Síndrome de Congestión Pélvica como causa de laparoscopia exploradora

Perea del Pozo, Eduardo; Durán Muñoz-Cruzado, Virginia; Ventura Sauci, Laura; Machuca Casanova, José María; Padillo Ruíz, Javier; Docobo Durántez, Fernando

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: Un 20% de las mujeres que padece fuertes dolores pélvicos en edad fértil sufre sin saberlo el Síndrome de Congestión Pélvica (SCP), un cuadro poco diagnosticado de reciente descubrimiento y escasamente estudiado. Las varices internas en las zonas útero-ováricas causan dolor pélvico crónico relacionado con los días de cambios hormonales durante la menstruación. Se ha identificado como motivo de hasta un 10% de las laparoscopias diagnósticas por dolor abdomino-pélvico recurrente siendo por lo tanto de vital importancia su conocimiento para el cirujano.

Objetivos: Actualización y revisión bibliográfica a cerca de un síndrome ampliamente desconocido que supone causa significativa de laparoscopias exploradoras en nuestros quirófanos de urgencias.

Material y método: Mujer de 45 años sin antecedentes médicos de interés, que presenta varices en miembros inferiores en tratamiento oral con venotónicos y como cirugías previas amigdalectomía en la infancia e implante de prótesis mamarias. Paciente estudiada durante un año en consultas de MI por dolor pélvico recurrente que motivó múltiples asistencias a Urgencias del Hospital Virgen del Rocío sin encontrar motivo somático. Análisis normales, Eco abdominal con mioma uterino de 12mm sin complicaciones.

La paciente es derivada a las consultas de Cirugía General donde se solicita Angio-Tac que evidencia a nivel pélvico abundantes varices parauterinas existiendo también aumento del calibre de ambas venas gonadales. Se solicita Flebografía gonadal como técnica diagnóstica definitiva y terapéutica para el Síndrome de Congestión Pélvica mostrando mejoría espectacular en sucesivas consultas.

Discusión: El dolor pélvico crónico (DPC) en la mujer es una condición muy común en la consulta de cirugía a pesar de ser una patología ginecológica, que afecta a las pacientes durante sus años reproductivos, requiere múltiples valoraciones médicas y produce gran impacto socioeconómico por la incapacidad que genera, afectando aproximadamente al 20% de las mujeres. La paciente consulta por dolor pélvico intermitente o continuo, unilateral o bilateral a nivel hipogástrico y en quien aparentemente no se le encuentra enfermedad. Aumenta con la presión intraabdominal y la irrigación pélvica, como el coito, la marcha, la bipedestación por largos periodos y levantar peso, mientras que cede al reposar en decúbito supino. Pueden existir crisis agudas de dolor que son interpretadas en los servicios de urgencias como cuadros de enfermedad pélvica inflamatoria sin estar asociada a clínica intestinal o urinaria. Las varices vulvares o en la cara interna del muslo se encuentra en 10 a 24 % de las pacientes con SCP con comunicación con el sistema venoso safeno profundo. La flebografía es la técnica diagnóstica gold estándar, una vez descritas las ectasias venosas se trata mediante laparoscopia o radiología intervencionista cateterizando selectivamente las venas ováricas derecha e izquierda e inyectando un químico esclerosante, evidenciado una mejoría entre 50 y 90 % de las pacientes sometidas a embolización.

Conclusiones: Es importante tener en cuenta el SCP en mujer en edad reproductiva con antecedentes de gestaciones a término y dolor pélvico crónico de difícil control analgésico.

Requiere para su confirmación el uso de venografía, ecografía transvaginal doppler en bipedestación con Valsalva o estudio de resonancia magnética nuclear dinámica.

Debido a la fisiopatología del síndrome de congestión pélvica la propuesta de tratamiento más eficaz se orienta a aquellos que bloquean las venas ováricas ya sea vía laparoscópica o radiología intervencionista.

Factores que influyen en la recidiva de Hepatocarcinoma en pacientes trasplantados hepáticos

Perea del Pozo E, Tinoco González J, Bernal Bellido C, Cepeda Franco C, Álamo Martínez JM, Suárez Artacho G, Marín Gómez LM, Serrano Díez-Canedo J, Padillo Ruiz J, Gómez Bravo MA

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: La supervivencia del paciente trasplantado hepático por hepatocarcinoma (CHC) se ve afectada por la recurrencia del mismo.

La recurrencia puede ser precoz o tardía y ocurrir con más frecuencia en aquellos tumores que sobrepasan los criterios de Milán en el explante. El tratamiento pretrasplante del

CHC podría modificar las mismas. Del mismo modo estudios recientes demuestran que el grado histológico del carcinoma hepatocelular (CHC) es un importante factor pronóstico así como los niveles de alfafetoproteína parecen relacionarse con la recurrencia del tumor.

Objetivos: Determinar las tasas de recurrencia del CHC en pacientes trasplantados por dicha etiología en función del grado histológico del explante según criterios de Edmonson-Steiner, los niveles de alfafetoproteína del estudio pretrasplante y la relación entre el cumplimiento de los criterios de Milán y la recurrencia (recurrencia precoz: <1 año, vs recurrencia tardía: > 1 año).

Estudiar si el tratamiento pretrasplante influye en las mismas y valorar la supervivencia de estos pacientes así como la invasión vascular y capsular determinada en el explante.

Pacientes y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los 960 pacientes trasplantados hepáticos en nuestra Unidad desde 1990 a 2012. Seleccionamos los trasplantados por carcinoma hepatocelular 159 y excluimos 19 pacientes fallecidos en el primer mes. Establecimos dos grupos: (explante cumple, o no, criterios de Milán) y se han determinado las tasas de recurrencia precoz y tardía. Se ha realizado una base de datos con las variables demográficas de los pacientes, fecha del trasplante, tratamiento pretrasplante, tamaño tumoral, nº de nódulos en explante, infiltración capsular, invasión vascular, criterios de Milán, recidiva precoz o tardía, fecha de recidiva, fecha de éxitus o último seguimiento.

En otra tabla dentro de la misma base de datos se analizan niveles de alfafetoproteína, Grado de Edmonson, etiología de hepatocarcinoma, recidiva precoz o tardía, fecha de recidiva, fecha de éxitus o último seguimiento. Hemos excluido los explantes con tumor necrosado por tratamiento pretrasplante, dividiendo los restantes en dos grupos (G1 y G2 vs G3 y G4).

Los datos continuos se informaron como medias. Las estimaciones de supervivencia se calcularon utilizando el método de Kaplan-Meier, la comparación de resultados entre los grupos se realizó mediante la prueba de log-rank. El valor de p inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se realizaron 960 trasplantes hepáticos, 178 de los cuales (18,5%) tuvieron como motivo el HCC siendo de ellos el 87% varones. De los casos estudiados el 86,3% de los pacientes no presentan recidiva posterior durante su seguimiento, siendo positiva en el 13,7%. Calculamos la recidiva precoz (primer año) que equivale a un 5,8% ocurriendo de media a los 6 meses ($\pm 1,8$) y la recidiva tardía restante de 40 meses (± 35 meses). El análisis de la recidiva, según la etiología, no arroja resultados significativos ($p=0,95$).

Los niveles medios de Alfafetoproteína en pacientes trasplantados que presentan una recurrencia es de $1228,6 \pm 4107$ U/L/ml en relación a la de los pacientes sin recurrencia que corresponde a $143,3$ U/L/ml (± 622) siendo significativo con una $P=0,007$.

Al analizar la relación de recidiva según grupos de grado histológico (G1-G2 vs G3-G4) no encontramos significativos ($P=0,74$).

Al analizar la relación de recidiva según se cumplan o no criterios de Milán del explante obtenemos resultados estadísticamente significativos ($p=0,005$). Para los HCC con invasión vascular o capsular los resultados también fueron significativo

($p=0,001$). El haber recibido tratamiento preTH no ha mostrado significación en cuanto a recidiva. La supervivencia en el grupo con recidiva es inferior al grupo sin esta (73%, 42% y 0% a los 1, 3 y 5 años, frente a 86%, 81% y 79% a los 1, 3 y 5 años). Al analizar independientemente si se cumplen criterios de Milan, invasión capsular y vascular la supervivencia también se afecta de modo similar.

Conclusiones: La recurrencia del carcinoma hepatocelular determina la supervivencia de los pacientes trasplantados hepáticos por esta etiología. Ésta se presenta con mayor frecuencia en aquellos pacientes que sobrepasan en el explante los criterios de Milán, que presentan infiltración capsular o invasión vascular.

Encontramos diferencias en recurrencia precoz y tardía que se presenta con mayor frecuencia en los pacientes que sobrepasan los criterios de Milán.

No encontramos diferencias, en la etiología viral ni en la cirrosis ni tampoco en aquellos pacientes con, o sin, tratamiento previo en lista de espera.

La recurrencia se presenta con mayor frecuencia en aquellos pacientes que presentan mayores niveles de alfa-fetoproteína en el estudio pretrasplante. No encontramos diferencias en recurrencia precoz y tardía que se presenta con mayor frecuencia en los pacientes que presentan poca diferenciación histológica en el explante frente a los que si la presentan.

Carcinoide gástrico localizado sintomático

Molina Raya, Andrea; Álvarez Martín, María Jesús; Pineda Navarro, Noelia; García Navarro, Ana; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: El tumor carcinoide es el más frecuente de los tumores neuroendocrinos gástricos (TNE-G). Se origina en las células enterocromafines y supone un 2% de los tumores gastrointestinales.

Se distinguen 4 tipos según la OMS: tipo 1 asociado a gastritis atrófica; 2 asociado al síndrome de Zollinger-Ellison o síndromes MEN; 3 o esporádico sin hipergastrinemia y 4 o carcinoma endocrino mal diferenciado.

La mayoría son asintomáticos, presentando síntomas (como diarrea, flushing, úlceras de localización atípica...) únicamente en un 10% de los casos en los que suele relacionarse con la presencia de metastasis.

El tratamiento más óptimo es la cirugía, aunque debe tenerse en cuenta la localización, extensión y tamaño que serán determinantes. En caso de enfermedad metastásica son de utilidad los análogos de la somatostatina o el interferón- α .

Globalmente la supervivencia a los 5 años es del 65-75%.

Objetivos: Presentar un caso infrecuente de TNE-G localizado que debutó con sintomatología típica.

Material y pacientes: Mujer de 63 años con antecedentes de DM tipo 2, HTA, obesidad, hiperparatiroidismo primario en estudio (posible adenoma en paratiroides izquierda). Histerectomía con doble anexectomía por metrorragias, nefrectomía izquierda por adenocarcinoma de células mixtas (pT3No) y colecistectomía. Diagnosticada de síndrome MEN

tipo 1 clínico con estudio genético negativo para mutaciones puntuales.

Consulta por clínica de diarreas acuosas (6-7 veces al día), flatulencia, flushing, taquicardia y crisis hiperglucémicas de meses de evolución.

Ante esta sintomatología se establece el diagnóstico de sospecha de carcinoide por que se realiza analítica: gastrina 2926 (resto de marcadores negativos); endoscopia digestiva alta (EDA) y ecoendoscopia (ECOEDA): tumoración en curvatura menor de cuerpo gástrico de 12-15mm; biopsia: TNE-G de bajo grado (CD56+, Cromogranina+, Sinaptofisina+); TAC: nódulo hipervascular en la región submucosa de la pared de la curvatura menor gástrica de 12mm; -magrafiá con análogos de la somatostatina y ostreoscan: negativos.

Con el diagnóstico de TNE-G se indica cirugía, realizándose extirpación de la lesión con margen de seguridad con ayuda de EDA intraoperatoria para localización de la lesión.

Anatomía patológica definitiva: TNE de bajo grado (KI67 <2%) que afecta a la mucosa sin traspasar la muscularis mucosae (CD56+, Cromogranina+, Sinaptofisina+, Enolasa+, Gastrina-).

Resultados: Tras la cirugía la paciente ha presentado una evolución favorable y sin complicaciones, con mejoría clínica; desapareciendo las diarreas y con normalización de las glucemias.

Conclusiones: El diagnóstico de los carcinoides gástricos suele ser difícil por su pequeño tamaño y escasa sintomatología (en nuestro caso, aunque excepcional, fue la presencia de la misma lo que nos orientó).

Es más alta la rentabilidad diagnóstica si se combinan varias pruebas como: EDA con toma de biopsias, determinación en sangre de parámetros como la gastrina, ECOEDA, TAC o RMN y -grafia con somatostatina o SPECT con indio 111.

Al ser tumores de lento crecimiento, la cirugía es la mejor opción terapéutica y también paliativa en caso de enfermedad metastásica.

El pronóstico depende del tipo histológico, extensión de la enfermedad y asociación con otros síndromes tumorales múltiples (como el MEN1).

Tumor retroperitoneal benigno

Ayllón Gámez, Saray; Pérez Gomar, Daniel; Bengoechea Trujillo, Ander; Roldán Ortiz, Susana; Fornell Ariza, Mercedes; Pacheco García, Jose Manuel; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, José Luis.

Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: el schwannoma es un tumor benigno, algunos casos pueden malignizar. Hasta en un 0,7 a 2,7 % de los casos se encuentran en localización retroperitoneal.

Material y método: varón de 50 años, con HTA y masa a nivel abdominal, asintomática, detectada intraoperatoriamente en cirugía programada de colecistectomía laparoscópica. A la exploración presentaba masa abdominal a nivel de flanco izquierdo, no móvil, adherida a planos profundos y de consistencia pétreo. Se realiza el estudio con TC abdominal y angioTC que describen: masa de gran tamaño en hipogastrio

con diámetros aproximados de 12,3 x 12 x 15,2 cm, bordes bien definidos y densidad heterogénea con áreas de componente líquido y otras sólidas, así como áreas de calcificación. Contacta con pared abdominal anterior y lateral derecho de la aorta abdominal y de la bifurcación aórtica. Adenopatías metastásicas en cadenas paraaórtica, preaórtica y retroperitoneales de tamaño significativo. Se realiza laparotomía media, hallando tumor retroperitoneal gigante de 12x12x15 cm aprox que es extirpado en su totalidad (R0). Anatomía patológica: Neurinoma (Schwannoma benigno) gigante y adenopatías reactivas. Evolución postoperatoria sin incidencias.

Discusión: la mayoría de los schwannomas son benignos, aunque pueden degenerar en algunos casos comportándose de forma agresiva, como un sarcoma, dando lugar a recurrencias locales y metástasis a distancia. Son tumores raros que se presentan de forma encapsulada y proceden de la región paravertebral. Siguen un lento crecimiento y suelen alcanzar un gran tamaño, como en el caso presentado. Clínicamente se presenta de forma inespecífica. El tratamiento de elección es la excisión completa del tumor. Para el diagnóstico se emplean pruebas de imagen, siendo la RMN la prueba de elección; pero en ninguna de ellas aparecen características patognomónicas. En los casos en los que se ven involucradas una o varias estructuras importantes existe un debate acerca de los límites de extirpación ya que no realizar una exéresis R0 aumenta el riesgo de malignización. Macroscópicamente se presenta como un tumor independiente, bien delimitado y encapsulado y microscópicamente están formados por células de Schwann, con degeneración cística, calcificaciones y zonas de hemorragia. Dentro del diagnóstico diferencial se incluyen entidades como: neurofibroma, paraganglioma, feocromocitoma, liposarcoma, histiocitoma maligno, linfangioma o hematoma.

Herida penetrante por flecha en región cervical anterior en un intento autolítico.

Durán Muñoz-Cruzado V, Segura Sampedro JJ, Marchal Santiago A, López Bernal F, Padillo Ruiz FJ, Pareja Ciuró, F.

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: Las heridas cervicales penetrantes representan una amenaza potencial a la permeabilidad de la vía aérea así como un riesgo de lesión de estructuras vasculares cervicales en el paciente politraumatizado, pudiendo comprometer su vida. El manejo protocolizado por un equipo con experiencia en el trauma y la coordinación interdisciplinaria es fundamental para el manejo del paciente politraumatizado y nos va a ayudar a agilizar la toma de decisiones independientemente de las lesiones que presente.

Paciente y método: Varón de 46 años que es trasladado al Servicio de Urgencias tras un intento autolítico. A su llegada al Servicio de Urgencias, el paciente se encuentra con Glasgow de 14, en respiración espontánea, eupneico y saturando al 97%. Su TA es de 120/90 mmHg y su FC de 90 lpm. Presenta una herida causada por flecha clavada en la región cervical

anterior fijada mediante apósitos, con un sangrado escaso y cierta crepitación a la palpación, y una herida penetrante en epigastrio, producida por un arma blanca, de unos 2 cm de diámetro y que parece penetrar en cavidad abdominal, sin presentar signos de evisceración. La situación hemodinámica normal del paciente nos permitió realizar una TC cervico-toraco-abdominal de urgencias que evidenció la punta de la flecha enclavada en la vía aérea sin lesión de grandes vasos y moderada cantidad de líquido libre intraabdominal. Se decide el traslado del paciente al quirófano. En quirófano en primer lugar se establece una vía aérea definitiva mediante intubación endotraqueal. Tras esto, se procede a retirar la flecha de la región cervical con control carotídeo y yugular y se procede al tratamiento quirúrgico de la lesión de la vía aérea realizándose una traqueostomía. De forma simultánea, se procede a laparotomía exploradora que evidencia un discreto hemoperitoneo con sangrado de la arteria gastroepiploica que se liga en ambos extremos. Tras la cirugía el paciente es trasladado a la UCI donde se recupera de la intervención quirúrgica sin incidencias, es trasladado a la planta donde al 6º día postquirúrgico es decanulado siendo alta a los 7 días del ingreso.

Discusión y Conclusiones: Aunque el traumatismo cervical penetrante por flecha es una rareza en nuestro medio, el manejo sistemático permite tratar estas lesiones con buenos resultados.

Los protocolos bien estructurados como el método ATLS, nos proporcionan algoritmos claros de manejo del paciente con múltiples lesiones traumáticas que permitirán tratar de forma óptima al paciente independientemente de las lesiones que presente. Pese a que pretendemos adaptarnos al sistema ATLS, las dificultades para la formación y coordinación de todo el equipo necesario para el manejo del paciente politraumatizado, aún siguen suponiendo un reto en nuestro medio. Es necesario seguir trabajando para conseguir el manejo integral y coordinado de estos pacientes por un equipo multidisciplinar y experimentado.

Impacto presupuestario de la colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio. Ventajas frente al régimen de estancia corta.

Reguera-Rosal J, Sánchez Arjona JL, Aparicio Sánchez D, Segura Sampedro JJ, Cañete Gómez J, Docobo Durántez F, Padillo Ruiz FJ

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: El objetivo de este estudio es analizar el impacto presupuestario anual de la realización de la colecistectomía laparoscópica en un programa de régimen ambulatorio sin estancia frente a los programas que generan ingresos hospitalarios, para confirmar o descartar la hipótesis de que la colecistectomía laparoscópica ambulatoria (CLA) tiene menor impacto en coste anual y estancias que la colecistectomía laparoscópica que requiere ingreso (CL).

Material y método: Se ha analizado la producción desde 2010 hasta 2012 de los procesos asociados a los programas de CLA y CL con ingreso en los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, perteneciente al sistema sanitario público andaluz,

llevándose a cabo la modelización de los mismos, la valoración de los costes, su impacto económico anual y el cálculo de las estancias asociadas. Los costes asociados a dichos procesos han sido calculados en términos de costes de GRD y estancias, incluyendo las tasas de reingresos asociadas.

Resultados: La producción media de CLA ha sido de 67,33 procesos/año y la CL con ingreso de 314,33 procesos/año. La CLA, dentro del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), ha supuesto unos beneficios medios de 88,902 euros en los últimos tres años. Teniendo en cuenta los reingresos, se ha estimado la estancia media del proceso ambulatorio en nuestro medio es de 0,44 días/proceso, estableciéndose un límite teórico de efectividad de 0,94 estancias/proceso.

Conclusiones: La CLA en un programa de CMA bien estructurado tiene menor impacto en coste anual y estancias que la cirugía laparoscópica que requiere ingreso. Los reingresos tras CLA son el factor que más influye en el impacto presupuestario frente a la CL con ingreso. No obstante, el proceso en régimen de CMA sigue aportando un ahorro global siempre que la estancia media del proceso sea inferior al límite teórico de efectividad estimado.

hemoperitoneo tras biopsia de lesión hepática a filiar. Protocolo de actuación ante un hemangioma.

De Soto Cardenal, Martín Orta. E; Gomez Rosado, JC; Valera, Z; Oliva Mompean, F; Padillo, J.

Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

Introducción: Presentamos el caso de una paciente mujer, de 71 años de edad, con antecedentes de diverticulosis y fibromialgia, diagnosticada en el año 2009 de forma incidental de masa sospechosa de hemangioma hepático localizado en borde externo de lóbulo hepático izquierdo.

Objetivos: Desarrollo de protocolo de actuación ante un hemangioma.

Material y método: En el año 2014, la paciente presenta cuadro de dolor abdominal acompañado de síndrome constitucional por lo que es estudiada de forma ambulatoria solicitándose Ecografía abdominal, con hallazgos en la misma de masa heterogénea en contacto con lóbulo hepático izquierdo y vascularización interna.

Estableciéndose diagnóstico diferencial de GIST o LOES hepáticas, siendo derivada a medicina interna para completar el estudio.

Se realiza TAC abdominal sin contraste y Resonancia con hallazgos en los mismos de masa de gran tamaño (diámetro máximo de 20 cm) localizada en la parte más externa de lóbulo hepático izquierdo, de contornos lobulados, que sobrepasa los límites del hígado y contacta con el fundus gástrico y de lesión hiperintensa en T2 e hipointensa en T1.

Dada sus características y el comportamiento de la señal podría corresponder a un hemangioma aunque no se podían descartar otras posibilidades diagnósticas por lo que ante estos hallazgos y la sintomatología que presentaba la paciente se solicitó punción diagnóstica por parte de radiología intervencionista.

Durante la realización de la Biopsia con aguja gruesa, la

paciente presentó cuadro de hipotensión mantenida estableciéndose situación de shock hemodinámico y decidiéndose intervención quirúrgica urgente.

Se realizó laparotomía exploradora urgente objetivándose hemoperitoneo y localizando a nivel de segmento II hepático una lesión de unos 10 cm con sangrando activo a nivel del punto de punción, realizándose lobectomía izquierda hepática atípica con Ligasure Atlas con colocación de Tachosil en el lecho quirúrgico, lavado y aspirado de cavidad y colocación de drenaje.

En el postoperatorio inmediato la paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos pasando a planta de cirugía el 3º día postoperatorio y siendo dada de alta a domicilio el 9º día de ingreso sin incidencias.

En el resultado definitivo de anatomía patológica informan de Angioma cavernoso esclerosante.

Discusión: El hemangioma hepático es el tumor benigno hepático más frecuente con una prevalencia en la población general del 1-20% siendo más frecuente en el sexo femenino.

Suelen ser de pequeño tamaño pero en algunos casos pueden alcanzar gran tamaño denominándose hemangioma gigante cuando superan los 4 cm.

En la mayoría de los casos son asintomáticos siendo diagnosticados de forma casual en una prueba de imagen.

En caso de ser sintomáticos el síntoma más frecuente suele ser la dispepsia.

Ante un hemangioma hepático existen diversas opciones de tratamiento en función de la sintomatología que presente el paciente o de las complicaciones relacionadas con esta patología.

En la mayoría de los pacientes lo indicado es la observación y seguimiento clínico reservándose las opciones quirúrgicas para aquellos pacientes que presenten dolor abdominal, efecto masa, síndrome de Kasabach-Merritt, aumento del tamaño en las pruebas de imagen o resultados equívocos durante la valoración radiológica que conducen a un diagnóstico incierto como fue el caso de nuestra paciente, en el caso de que se plantease esta situación estaría indicado tratamiento quirúrgico de la lesión para el diagnóstico certero de la misma descartándose la punción como opción diagnóstica.

Leiomioma retroperitoneal con invasión vascular: a propósito de un caso

Pitarch Martínez, María; Rodríguez Silva, Cristina; Pérez Daga, José Antonio; Fernández Aguilar, José Luis; León Díaz, Francisco Javier; Sánchez Pérez, Belinda; Cabañó Muñoz, Daniel Jesús; Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: El leiomioma es una neoplasia de músculo liso infrecuente cuyas localizaciones más habituales son el retroperitoneo, los vasos sanguíneos y el útero. Generalmente asintomático, aunque puede provocar síntomas secundarios a la invasión o compresión extrínseca de estructuras vecinas. No obstante, la invasión vascular no supone una contraindicación absoluta para la exéresis quirúrgica.

Caso clínico: Mujer de 66 años, intervenida en 2003 de

nefroureterectomía y ooforectomía izquierdas por un leiomioma ovárico. En 2013 consulta por clínica de edema y dolor en miembro inferior izquierdo de meses de evolución, objetivándose en TC abdominal una masa pélvica de 15 cm que infiltra los vasos ilíacos izquierdos. Ante los hallazgos se realiza laparotomía exploradora, objetivando una gran tumoración pélvica que infiltra sigma y vena iliaca izquierda. Se realizó resección en bloque junto a resección anterior baja con colostomía terminal, ligadura de vena iliaca común izquierda y reconstrucción arterial iliaco-femoral izquierda con prótesis de Dacron. La anatomía patológica evidencia un leiomioma de alto grado. El curso postoperatorio fue sin incidencias. Posteriormente recibió radioterapia adyuvante.

Durante seguimiento en consulta, refiere clínica de dolor a nivel de miembro inferior izquierdo asociado a cierto grado de impotencia funcional, objetivándose en TC de abdomen una colección en pelvis adyacente a un asa de íleon, compatible con fistula intestinal actínica. Se reinterviene realizándose resección yeyunal e ileocecal con anastomosis manual bicapa, asimismo, se objetiva una recidiva tumoral de 4cm que infiltra a la vena cava inferior extendiéndose de forma caudal hacia la vena iliaca derecha. Por todo ello, se realiza una resección en bloque con reconstrucción venosa cavo-iliaca derecha con prótesis de Dacron. La anatomía patológica confirmó la recidiva del leiomioma. Evolución postoperatoria sin incidencias.

Posteriormente, la paciente se encuentra asintomática. En TC abdomen de control se objetivan varios nódulos peritoneales en corredera izquierda y sobre la vena cava inferior, compatibles con recidivas, confirmados en PET. Se realizó nueva laparotomía exploradora, con exéresis de los implantes descritos, objetivándose una recidiva que infiltra la vena cava inferior incluyendo la anastomosis cavoprotésica previa hasta la desembocadura de las venas renales, que se reseca con posterior reconstrucción vascular con prótesis de Dacron y reimplantación de vena renal derecha. La anatomía patológica confirma la recidiva. Postoperatorio favorable.

Actualmente la paciente está libre de enfermedad, asintomática y con buena calidad de vida, manteniendo la funcionalidad de los injertos vasculares.

Discusión: Actualmente la resección quirúrgica es el único tratamiento potencialmente curativo de los leiomiomas, así como en la recurrencia, aunque es difícil conseguir resecciones R0 y pese a conseguir las, hasta un 50% de los casos recidivan. Asimismo, se recomienda la radioterapia postoperatoria, ya que disminuye la recurrencia local; sin embargo no aumenta la supervivencia. Aunque los leiomiomas retroperitoneales son tumores de mal pronóstico y muy agresivos, el tratamiento quirúrgico es el único que ha demostrado mejorar la calidad de vida y prolongar la supervivencia.

complicación inusual tras bypass gástrico: incarceración transdiafragmática del remanente gástrico

Cabañó Muñoz, Daniel; Gámez Córdoba, María Esther;
Moreno Ruiz, Francisco Javier; Rodríguez Cañete, Alberto;
Pitarch Martínez, María.

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: El bypass gástrico laparoscópico continúa siendo la técnica más empleada en cirugía bariátrica. Presentamos el caso de una paciente con una complicación tardía inusual 18 meses tras la realización de un bypass gástrico por incarceración transdiafragmática del remanente gástrico.

Caso clínico: Mujer de 49 años hipertensa y diabética. Antecedente de cirugía bariátrica en junio de 2013 (bypass gastroyeyunal laparoscópico). Como único evento postoperatorio presenta, el primer día, un dolor súbito en hipocondrio izquierdo irradiado a tórax. Se realiza angio-TC sin hallazgos patológicos. Buena evolución postoperatoria.

Acude a urgencias a los 18 meses por cuadro de dolor focalizado en hipocondrio izquierdo sin otra clínica asociada. Se realiza CT donde se visualiza colección de 8x5 cm de localización suprarrenal izquierda en contacto con el polo superior del bazo y posterior a la cola pancreática, que parece conectar con otra colección de 6x7 cm de localización supradiafragmática (imagen «en reloj de arena»). Asociado a derrame pleural masivo izquierdo y atelectasia de lóbulo inferior izquierdo.

Ingresa en nuestro servicio con la sospecha de colección postoperatoria tardía, probablemente relacionado con una fistula. Se realiza punción percutánea de la colección por vía torácica. El análisis microbiológico y bioquímico del contenido fueron normales. Posteriormente se realiza estudio con contraste esofago-gastro-duodenal que no objetiva fuga de contraste ni comunicación con la cavidad drenada. Se realiza sinografía transcatéter que objetiva una cavidad sin comunicación con el tubo digestivo, espacio pleural ni cavidad peritoneal.

La paciente presenta evolución favorable con resolución de la sintomatología, decidiéndose alta con control de drenaje en consulta externa.

Reingresa a los 10 días por nuevo episodio de dolor en hipocondrio izquierdo, asociado a disminución de débito del drenaje y fiebre. Se realiza CT en el que se visualiza la colección con características y dimensiones similares al ingreso previo. Ante la persistencia de clínica se decide realizar laparoscopia exploradora. Se identifica hernia diafragmática paracardial izquierda que contiene remanente gástrico incarcerated, cuya reducción exige conversión a laparotomía media. Se realiza gastrectomía parcial atípica de fundus y cuerpo gástrico incarcerated, y sutura del defecto diafragmático con material monofilamento-irreabsorbible. Tras la cirugía la paciente evolucionó de forma favorable.

Discusión: Las complicaciones tardías asociadas al bypass gástrico laparoscópico publicadas son la hernia interna, úlcera, estenosis, y fistula tardía (A-B-C). No hemos encontrado referencias a ninguna complicación tardía del bypass gástrico laparoscópico por incarceración de remanente gástrico a través de defecto diafragmático en la literatura. Aparece esta complicación en un caso clínico publicado, relacionado con un tratamiento con banda gástrica (D).

La hernia diafragmática aguda es un evento poco frecuente, asociado en su mayoría a un origen traumático, y de predominio en el hemidiafragma izquierdo. La ausencia de signos clínicos específicos y su desarrollo probablemente progresivo explican que su diagnóstico sea habitualmente tardío o relacionado con alguna complicación (E). En nuestro caso, la

paciente no presentaba antecedentes traumáticos, ni existencia de hernia paraesofágica en el momento de la primera cirugía. Parece poco probable una relación del bypass gástrico realizado en la etiología de la hernia diafragmática, que transcurrió sin incidencias según los datos de los que disponemos.

Conclusiones: La herniación transdiafragmática del remanente gástrico una complicación inusual del bypass gástrico, de la que no existen referencias en la bibliografía, y que debemos tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del paciente intervenido de cirugía bariátrica con signos de complicación tardía asociada.

Bibliografía: Erbeo MB, Sommer T. Leakage and internal herniation are the most common complications after gastric bypass. *Dan Med J.* 2014 May;61(5):A4844.

Higa KD, Ho T, Boone KB. Internal hernias after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: incidence, treatment and prevention. *Obes Surg* 2003;13:350-4.

Bauman RW, Pirrello JR. Internal hernia at Petersen's space after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: 6,2% incidence without closure-a single surgeon series of 1047 cases. *Surg Obes Relat Dis* 2009;5:565-70.

Arsalane A, Herman D, Bazelly B. L'anneau gastrique: cause inhabituelle de hernie diaphragmatique gauche étranglée. *Rev Pneumol Clin.* 2005 Dec;61(6):374-7.

Athanassiadi K, Kalavrouziotis G, Athanassiou M, Vernikos P, Skrekas G, Poultisidi A. Blunt diaphragmatic rupture. *Eur J Cardiothorac Surg* 1999;15:469-474.

Utilidad de la colecistectomía laparoscópica empírica en pacientes con pancreatitis recurrente secundaria a páncreas divisum.

Dr. Listán Álvarez, José Carlos, Dra. Díaz Oteros Mercedes, Dr. Esteban Ramos Juan Luis, Dr. Sánchez Bautista Wilson, Dr. Rivero Hernández Iosvani, Dr. García Molina Francisco.

Servicio de Cirugía General. Hospital de Jerez de la Frontera

Introducción: Presentamos los casos de dos pacientes varones de 35 y 66 años respectivamente diagnosticados de páncreas divisum incompletos, mediante ecoendoscopia y colangio-RMN, durante su estudio en el Servicio de Aparato Digestivo por pancreatitis leves recurrentes tras descartarse otras etiologías de la misma.

Tras presentar ambos más de 3 y 8 episodios de pancreatitis respectivamente, en los últimos 12 meses y tras desestimarse la realización de terapéutica endoscópica sobre la papila menor, por su escaso beneficio, riesgo de complicaciones así como al tratarse de páncreas divisum incompletos que son los que menos se benefician de éste tipo de intervencionismo; se nos solicita valoración de colecistectomía empírica.

Tras presentarse el caso en Sesión disciplinar se opta por colecistectomía empírica laparoscópica dado el escaso riesgo de dicho intervencionismo a pesar de no existir un claro beneficio terapéutico. Los pacientes son informados detalladamente del tipo de intervención prevista así como que no se les puede garantizar un beneficio a medio-largo plazo, pero aceptan la intervención.

Objetivos: Nuestro objetivo es valorar si la colecistectomía laparoscópica empírica realizada a estos pacientes, ha supuesto una mejoría clínica con reducción en el número, la intensidad o duración de los episodios de pancreatitis aguda en los siguientes seis meses post-intervención.

Material y método: Análisis prospectivo de una corta serie de casos en los que se ha indicado colecistectomía laparoscópica empírica en pacientes con pancreatitis recurrente en el contexto de páncreas divisum incompletos.

Resultados: Analizamos mediante entrevista personal y seguimiento de episodios de ingreso a nivel nuestro sistema informático hospitalario, a los seis meses de dicha intervención, si ha habido alguna mejoría en la calidad de vida de éstos pacientes en relación a una reducción significativa en el número de episodios de pancreatitis así como en la duración de éstos o su intensidad. En nuestra serie no hubo reducción ni en el número de episodios de pancreatitis ni en su gravedad o duración en el periodo de seguimiento anteriormente descrito.

Conclusiones: En nuestra corta experiencia podemos decir que a los seis meses de la intervención los pacientes presentados en ésta comunicación no presentaron beneficio terapéutico de dicho intervencionismo. Cabe destacar que dichas colecistectomías no implicaron mayor dificultad y que ninguno de nuestros pacientes presentó complicaciones postquirúrgicas asociadas.

Eventración de útero grávido en gestante a término

Senent Boza, Ana; Camacho Marente, Violeta; Bustos Jiménez, Manuel; Martín Cartes, Juan Antonio; Tamayo López, María Jesús; Rubio Manzanares Dorado, Mercedes; Docobo Duránte, Fernando; Padillo Ruiz, Francisco Javier
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción y objetivos: La incidencia de hernias incisionales en gestantes oscila entre un 2-20%, siendo excepcional la herniación de un útero grávido a través de una laparotomía previa.

Las complicaciones asociadas a la misma, como una posible incarceration o estrangulación, constituirían un grave problema obstétrico teniendo consecuencias importantes tanto para la madre como para el feto.

Debido a su baja incidencia no existe consenso en cuanto al manejo de la misma, precisando un manejo individualizado. Actualmente la mejor opción parece ser un manejo conservador hasta la gestación a término y tratamiento quirúrgico multidisciplinar en el momento del parto.

Presentamos un caso de herniación de útero grávido en incisión previa de laparotomía media en una gestante de 34 años.

Material y método: Mujer de 34 años, gestante. Fumadora de 20 cigarrillos/día con antecedentes médicos de HTA, DMID, hipotiroidismo, SAOS, obesidad mórbida (IMC 49,1) y antecedentes quirúrgicos de amigdalectomía, cesárea, hernioplastia inguinal derecha y fractura de tobillo.

Durante el seguimiento habitual de su embarazo en la semana 19+4 manifiesta dolor epigástrico impeditivo asociado a hiporexia. Se realiza ecografía de control en consulta, que

describe la presencia del útero bajo la piel (0,75mm) a nivel de la cicatriz de cesárea previa, llegándose al diagnóstico de hernia uterina. En la semana 30+1 contactan con la Unidad de Pared Abdominal Avanzada para valoración, decidiéndose intervención multidisciplinaria programada en la semana 38. Tras valoración preanestésica positiva se programa cesárea electiva y bloqueo tubárico en un primer tiempo y posterior reparación con malla supraaoneurótica de polipropileno. La evolución fue satisfactoria tanto en la paciente como en el recién nacido, recibiendo el alta al 3º día postoperatorio sin incidencias destacables.

Discusión: Las hernias ventrales en gestantes son una situación clínica infrecuente que pueden suponer un grave problema obstétrico en caso de incarceration o estrangulación, pudiendo causar ruptura uterina, aborto espontáneo, parto pretérmino, hemorragia e incluso muerte fetal. Suelen aparecer entre el 4º y el 8º mes de embarazo.

Los factores de riesgo asociados a su aparición son infección previa de herida quirúrgica, obesidad, antibioterapia potente y prolongada, sepsis, absceso pélvico o dehiscencia previa. Aumentan en pacientes con embarazos gemelares, polihidramnios o gestación avanzada.

Además de la anamnesis y la exploración física, pueden ser útiles para su diagnóstico tanto la ecografía como la resonancia nuclear magnética.

El tratamiento es controvertido, sin que exista consenso ni evidencia suficiente. Durante el 1er trimestre de gestación el tratamiento con reducción y faja ortopédica está indicado, mientras que en el 2º y 3º trimestre puede optarse por una reparación preparto y continuación del embarazo, una cesárea electiva y reparación en el mismo acto quirúrgico o la reparación postparto. La mayoría de los autores abogan por la segunda opción. La hernioplastia anterior es la técnica más aplicada. En cuanto a hernias estranguladas, la elección es la cirugía urgente.

Conclusiones: Las hernias incisionales en gestantes son una patología infrecuente que requiere un tratamiento individualizado. Actualmente la mejor opción terapéutica parece ser un manejo conservador hasta la gestación a término y posterior intervención quirúrgica multidisciplinaria.

Metástasis de carcinoma neuroendocrino: diagnóstico diferencial de lipoma axilar

Marín Camero, N; Romacho López, L; Cobos Bravo, JF; Cabello Burgos, A; Martínez Ferriz, A; Santoyo Santoyo, J
Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: El lipoma es una de las principales causas de derivación a consulta de Cirugía General en nuestro hospital. Es el tumor de partes blandas más frecuente, siendo un 50% del total, con una prevalencia en torno al 2% de la población, sin diferencias entre sexos. Se trata de una lesión benigna, generalmente asintomática, única (sólo un 5-15% múltiple) y de pequeño tamaño. La indicación quirúrgica depende en su mayoría del propio paciente, bien sea por razones estéticas o por molestias físicas debido a su localización.

Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de

metástasis de carcinoma neuroendocrino tras exéresis de un supuesto lipoma axilar.

Caso clínico: Mujer de 78 años sin antecedentes de interés. Remitida desde Atención Primaria para valoración de tumoración axilar asintomática de dos semanas de evolución, sin otra sintomatología, por sospecha de lipoma. A la exploración presenta tumoración de 2-3 cm no dolorosa, de consistencia dura y adherida a planos profundos. Se realiza ecografía que informa de lesión de origen adenopático sin poder descartar malignidad, aunque la PAAF la diagnostica como lipoma. Se extirpa la lesión de forma preferente, siendo el diagnóstico anatomopatológico definitivo de metástasis ganglionar de carcinoma con diferenciación neuroendocrina. Actualmente continúa en estudio por Oncología para establecer el origen primario.

Discusión: El 85% de los lipomas se diagnostican mediante la simple exploración física del paciente. Dado su carácter benigno, no suelen requerir tratamiento ni seguimiento en consulta. Es por esto que resulta fundamental realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras lesiones malignas de partes blandas. En lesiones de reciente aparición, con crecimiento rápido o consistencia dura, es recomendable realizar pruebas de imagen e incluso biopsia antes de dar por sentado el diagnóstico de lipoma.

Desarrollo de melanoma tras exéresis de quiste sebáceo

Marín Camero, N; Romacho López, L; Cobos Bravo, JF; Cabello Burgos, A; Martínez Ferriz, A; Santoyo Santoyo, J.
Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: El mal llamado quiste sebáceo es en realidad un quiste epidermoide o quiste de inclusión epidérmica. Se trata de la lesión quística cutánea más frecuente y es de carácter benigno. La transformación maligna es muy poco frecuente, encontrando en la literatura pocos casos aislados de lesiones malignas y premalignas asociadas como carcinoma epidermoide, carcinoma de células de Merkel, carcinoma basocelular, papulosis bowenoide, enfermedad de Bowen, enfermedad de Paget y micosis fungoide.

Presentamos el caso de una paciente que desarrolló un melanoma en la cicatriz tras exéresis de un quiste epidermoide.

Caso clínico: Mujer de 48 años sin antecedentes de interés. Se realiza exéresis de quiste epidermoide dorsal sin incidencias. Presenta infección y dehiscencia de herida, que evoluciona favorablemente con curas locales en su Centro de Salud. En la revisión al mes de la intervención se objetiva nódulo indurado subcutáneo junto a la cicatriz. Se solicita ecografía que identifica una lesión sólida de agresividad moderada de unos 2,5 cm, subyacente a tejido cicatricial, y otra lesión similar, de 13 mm, craneal a la anterior. La biopsia preoperatoria informa de células atípicas de estirpe incierta, por lo que se procede a extirpación quirúrgica completa de ambas. El diagnóstico histológico definitivo es de melanoma maligno de 4,5 cm, sin conexión de la lesión con la epidermis de la zona, por lo que sugieren un origen distinto. Actualmente la paciente se encuentra en estudio por parte de Dermatología.

Discusión: Existen sólo tres casos descritos en la literatura de melanoma asociado a quiste epidermoide. Lo que destaca en nuestra paciente es que el melanoma se desarrolló tras la exéresis del quiste, sobre el tejido cicatricial del mismo, no encontrando células malignas o displásicas en la pieza original.

Metástasis pancreáticas infrecuentes

Roldán Ortiz, Susana; Fornell Ariza, Mercedes; Bengoechea Trujillo, Ander; Perez Gomar, Daniel; Mayo Ossorio, María de los Ángeles; Sancho Maraver, Eva; Ayllon Gamez, Saray; Castro Santiago, María Jesus; Fernandez Serrano, Jose Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: Las metástasis pancreáticas son infrecuentes y causadas por varios tumores primarios, siendo excepcional la presencia de metástasis aislada.

Caso clínico 1: Varón de 51 años, fumador 30 paquetes/año y bebedor ocasional, DM e HTA. Ingresa por malestar general e ictericia con coluria y febrícula de 4 días de evolución, con náuseas sin otra sintomatología. En exploración destaca ictericia cutaneomucosa y abdomen doloroso de forma difusa. Hemograma: Hb 14,7 g/dl, 25000 Leucocitos, N 60%, Bilirrubina total 5,8mg/dL a expensas de B.conjugada. CEA 28,76µg/ml, Ca 19,9 213,3U/ml. TC abdominal: Lesión de 2,9 x 2,4 cm en cabeza pancreática que determina dilatación de vía biliar intra y extrahepática. Lesión suprarrenal bilateral con compresión de VCI. Trombosis incompleta de VCI, iliaca y femoral bilateral. Trombosis V.esplénica. CPRE: En segunda porción duodenal, área ampular modificada por masa ulcerada que estenosa la luz e impide acceso a vía biliar, se toma biopsia. A. Patológica: Metástasis de adenocarcinoma pulmonar. Tc tórax: LII lesiones nodulares de hasta 4 mm y LSI lesión nodular de 16x8 mm. El paciente tiene evolución tórpida durante su ingreso hasta éxitus.

Caso clínico 2: Mujer de 56 años, HTA, intervenida en 2009 de nefrectomía izquierda por tumor renal de células claras T3N0M0. Remitida desde Urología por hallazgo en Tc abdominal de seguimiento lesión tumoral en hilio esplénico de 40,2 x 46,4 mm en contacto con cola de páncreas y tres lesiones nodulares a nivel de cuerpo pancreático, la mayor de 15,4 mm. Hallazgos compatibles con metástasis pancreática. Se decide intervención, esplenectomía más pancreatectomía corporocaudal. A. patológica informa de metástasis de carcinoma renal en cola de páncreas de 3 cm. Actualmente, en seguimiento sin recidiva.

Discusión: Las metástasis pancreáticas son poco frecuentes y difíciles de diferenciar de un tumor primario pancreático, corresponden entre el 2 y el 4,5% de las neoplasias pancreáticas, y menos del 2% son metástasis solitarias. Aparecen en relación a enfermedad tumoral ampliamente diseminada y los órganos que más frecuentemente metastatizan en páncreas son colon, pulmón, riñón (4%), piel (melanoma), ovario y mama. En cáncer de pulmón el subtipo histológico que con más frecuencia metastatiza en páncreas es el adenocarcinoma. Y en cáncer de células renales lo más frecuente es de forma tardía, como en nuestra paciente.

La mayor parte son asintomáticas con diagnóstico incidental durante el seguimiento del paciente oncológico, como en caso clínico 2. En otras ocasiones, la clínica que provocan como ictericia obstructiva, sangrado intestinal, pancreatitis aguda, dolor abdominal... son motivo de diagnóstico de neoplasia primaria desconocida en estadio avanzada, como en caso clínico 1. La localización más frecuente es en cabeza pancreática (41%), lesión única y grande. El intervalo de tiempo entre el diagnóstico del tumor primario y su metástasis pancreática depende del tipo histológico de la neoplasia primaria. Los intervalos más largos de hasta 24 años se asocian a cáncer de riñón, en nuestro caso es a 3 años. Supervivencia media tras aparición de metástasis pancreática es de 8 meses.

Tratamiento en un solo ingreso de la hidrosadenitis perianal severa.

Marín Camero, N; Romacho López, L; Cabello Burgos, A; Martínez Ferriz, A; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: La hidrosadenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria que afecta a las glándulas apocrinas de la piel. Su prevalencia es del 1-4% de la población. En los casos graves, hay formación de sinus subcutáneos con supuración crónica y cicatrices hipertróficas, lo que puede llegar a afectar en gran medida la calidad de vida del paciente, tanto física como psicológica y socialmente. Existen diferentes opciones para el tratamiento: medidas higiénicas, pomadas, tratamiento sistémico (retinoides, inmunosupresores, terapia hormonal, ...), tratamiento quirúrgico (drenaje, exéresis, injertos, ...) y otras medidas (láser CO2, radioterapia). El tratamiento adecuado dependerá de la gravedad y extensión de la enfermedad.

Presentamos el caso de un paciente con enfermedad perianal extensa que ha recibido tratamiento quirúrgico multidisciplinar.

Caso clínico: Varón de 44 años intervenido en varias ocasiones por hidrosadenitis perianal e inguinal. Es remitido a nuestro centro como hospital de referencia para tratamiento quirúrgico definitivo. El paciente presenta hidrosadenitis perianal con extensión hacia ambas regiones inguinales y escroto e injertos previos a nivel glúteo bilateral. Se realiza exéresis en bloque en alas de mariposa de ambas regiones inguinales y cara anterior del ano. Tras dos semanas de curas hospitalarias se procede a colocación de injertos cutáneos libres. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con buena cicatrización de los injertos.

Discusión: Los casos más severos de hidrosadenitis supurativa o enfermedad de Verneuil precisan tratamiento quirúrgico agresivo. Esto implica la necesidad de colocar colgajos o injertos cutáneos en algunas ocasiones. En nuestro centro realizamos el tratamiento completo en un solo ingreso, con control hospitalario de las curas y reconstrucción final con la colaboración del servicio de Cirugía Plástica. De este modo minimizamos la posibilidad de complicaciones infecciosas en el lecho, lo que garantiza la colocación temprana del injerto cutáneo, mejorando así la calidad de vida del paciente.

Ictericia obstructiva como debut de cáncer de pulmón con metástasis pancreáticas

Roldán Ortiz, Susana; Bengoechea Trujillo, Ander; Fornell Ariza, Mercedes; Perez Gomar, Daniel; Bazan Hinojo, Carmen; Ayllon Gamez, Saray; Mayo Ossorio, María de los Ángeles; Castro Santiago, María Jesus; Fernandez Serrano, Jose Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: La ictericia obstructiva como forma de debut de neoplasia pulmonar por metástasis en área biliopancreática es infrecuente, existiendo pocos casos publicados. La ictericia obstructiva metastásica tiene una incidencia de 1-10% y el tipo histológico más frecuente es microcítico.

Caso clínico: Varón de 51 años, fumador 30 paquetes/año y bebedor ocasional, DMII e HTA sin otras patologías conocidas. Ingresa por malestar general e ictericia con coluria y febrícula de 4 días de evolución, con náuseas sin otra sintomatología. En exploración destaca ictericia cutaneomucosa y abdomen doloroso de forma difusa. Hemograma: Hb 14,7 g/dl, 25000 Leucocitos, N 60%, eosinófilos 21%, Bilirrubina total 5,8mg/dL, B.conjugada 4,85mg/dL. CEA 28,76µg/ml, Ca 19,9 213,3U/ml. En ecografía abdominal vesícula distendida, vía biliar intra y extrahepática no dilatadas. Lesiones ovaladas en suprarrenal derecha. CPRE: En segunda porción duodenal el área ampular está modificada por masa ulcerada que estenosa la luz, impide acceso a vía biliar, se toma biopsia. TC abdominal: Lesión mal definida en cabeza pancreática de 2,9 x 2,4 cm que determina dilatación de vía biliar intra y extrahepática. Adenopatías retroperitoneales, iliacas e intra-peritoneales. Lesión suprarrenal bilateral con compresión de VCI. Trombosis incompleta de VCI, iliaca y femoral bilateral. Trombosis V. esplénica. En relación con afectación metastásica. A. Patológica: Metástasis de adenocarcinoma origen pulmonar. Tc tórax: LII varias lesiones nodulares de hasta 4 mm y LSI lesión nodular de 16x8 mm. El paciente tiene evolución tórpida con aumento de bilirrubina con empeoramiento progresivo hasta éxitus.

Discusión: Una de las neoplasias más frecuentes es el cáncer de pulmón, en la mayoría de las ocasiones presenta diagnóstico tardío. En otros casos como en nuestro paciente, es diagnosticado de forma secundaria al estudio de la clínica provocada por la enfermedad metastásica. La ictericia obstructiva puede ser provocada por diferentes causas, entre ellas tumores malignos como carcinoma de vesícula biliar, páncreas, colangiocarcinoma y metástasis en área biliopancreática. En 1952, se describe por primera vez ictericia obstructiva por metástasis pancreática de carcinoma pulmonar, siendo excepcional la presencia de metástasis en conductos del árbol biliar. En el cáncer de pulmón, los sitios de metástasis más comunes son ganglios regionales, pulmón contralateral, suprarrenales, hígado y ganglios distales. Según series clásicas de autopsias como Onuigbo y Guillan describen una frecuencia del 8,8 al 17% de metástasis pancreáticas por cáncer de pulmón respectivamente, debido a numerosas comunicaciones vasculares y linfáticas entre cavidad torácica y abdominal. En casos como el presentado, donde existe enfermedad avanzada y mala situación clínica del paciente, se decide manejo paliativo de la ictericia, con drenaje endoscópico, radiológico o quirúrgico.

Síndrome de Bouveret: presentación de 3 casos

Roldán Ortiz, Susana; Bengoechea Trujillo, Ander; Fornell Ariza, Mercedes; Perez Gomar, Daniel; Bazan Hinojo, Carmen; Mayo Ossorio, María de los Ángeles; Ayllon Gamez, Saray; Castro Santiago, María Jesus; Pacheco Garcia, Jose Manuel; Fernandez Serrano, Jose Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: El Síndrome de Bouveret es la variedad menos frecuente de íleo biliar (1 al 3%) y se caracteriza por obstrucción al vaciamiento gástrico como consecuencia de impactación de cálculo biliar en píloro y bulbo duodenal.

Caso Clínico 1: Mujer de 86 años con antecedentes de DM, obesidad y coleditiasis. Acude a S.Urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho y vómitos. En exploración abdomen doloroso en hipocondrio derecho. Se realiza Tc abdominal que confirma fistula colecistoduodenal y litiasis en segunda porción duodenal. Se realiza EDA diagnóstico-terapéutica con extracción del cálculo. Evolución favorable.

Caso Clínico 2: Mujer de 75 años con antecedentes de DM, obesidad mórbida y coleditiasis. Acude a S. Urgencias por dolor abdominal de tres días de evolución y vómitos. En exploración abdomen doloroso en hipocondrio derecho, con timpanismo y distensión. Se realiza ecografía y Tc abdominal con aerobilia, vesícula que impronta en duodeno y provoca estómago de retención. Se realiza EDA demostrando litiasis en primera porción duodenal y trayecto fistuloso, no siendo terapéutica. Se realiza intervención quirúrgica evidenciando fistula colecisto-duodenal y cálculo que provoca obstrucción gástrica. Se realiza colecistectomía y reparación de fistula. E postoperatorio inmediato sufre TEP masivo y éxitus.

Caso Clínico 3: Mujer de 31 años con antecedentes de coleditiasis, acude a S. Urgencias por epigastralgia de 10 días de evolución y vómitos de repetición. En exploración presenta deshidratación, abdomen doloroso en epigastrio. Ecografía con aerobilia, signos sugestivos de colecistitis aguda y estómago de retención con cálculo impactado en duodeno. Se realiza intervención quirúrgica evidenciando fistula colecistoduodenal y cálculo que provoca obstrucción gástrica. Se realiza gastrostomía y extracción de litiasis. Evolución favorable.

Discusión: El íleo biliar fue descrito por primera vez en 1654 por Bartholin, y en 1896 Bouveret describió el síndrome de obstrucción gastroduodenal tras impactación de un cálculo en dicha región por fistula colecistoduodenal. Es una variedad rara e infrecuente más frecuente en mayores de 65 años, con comorbilidades asociadas y patología biliar previa.

El cuadro clínico simula la estenosis pilórica, se caracteriza por intolerancia oral, dolor abdominal y vómitos, sin distensión abdominal. En ocasiones, se manifiesta como sangrado digestivo por hemorragia digestiva y un tercio muestran ictericia. Es importante diagnóstico de sospecha y diagnóstico diferencial con cuerpos extraños, tumoraciones benignas y malignas. En diagnóstico debe ser tanto radiológico como endoscópico. En el tratamiento se intenta manejo conservador mediante EDA y si no es posible, manejo quirúrgico existiendo controversia si en uno o dos tiempos. En la mayor revisión bibliográfica realizada por Reisner y Cohen describen mortalidad del 17% en procedimiento en un tiempo frente

11,7% en pacientes donde no se manipuló vesícula ni fistula biliodigestiva.

Abordaje multidisciplinar del angiomiolipoma renal maligno

Pino Díaz, Verónica; Perea del Pozo, Eduardo; Bernal Bellido, Carmen; Suarez Artacho, Gonzalo; Padillo Ruiz, Javier; Gómez Bravo Miguel Ángel

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: La variante epitelioides del angiomiolipoma renal (epithelioid-AML) es una entidad recientemente descrita por la OMS en 2004 como tumores mesenquimales con potencial maligno compuestos de células epitelioides perivasculares (PEComas) que presentan una histología e inmunohistoquímicas características. El curso clínico de estos tumores es muy variable presentándose desde lesiones benignas indolentes, a lesiones con un curso clínico agresivo que incluye metástasis a distancia. El epithelioid-AML maligno renal es una entidad infrecuente con un curso agresivo metastásico reportado en aproximadamente un tercio de los casos. Las dianas metastásicas más comunes son ganglios linfáticos regionales, hígado, pulmón y huesos.

Objetivos: Presentamos un caso de epithelioid-AML maligno de riñón con metástasis ósea y metástasis hepáticas múltiples y recidivantes sometido a tratamiento quirúrgico, inmunosupresor y de ablación percutánea mediante radiofrecuencia.

Caso clínico: Varón de 37 años de edad que debuta con un cuadro constitucional de 3 meses de evolución y masa palpable en flanco izquierdo que la tomografía computarizada (TC) etiqueta de angiomiolipoma renal sometiéndose a nefrectomía radical izquierda y linfadenectomía en Mayo de 2012. El resultado del informe anatomopatológico fue de angiomiolipoma renal epitelioides.

A los 6 meses de seguimiento se identifica mediante TC una LOE compatible con metástasis hepática en segmento VI de 3 cm.

En la ecografía intraoperatoria se objetivan 3 LOEs en segmento VII de 6 cm, segmento VIII de 1,5 cm y en Segmento IV de 2 cm en contacto con la vena suprahepática media realizando una transección hepática y ligadura de la rama portal derecha («Split in situ») por remanente hepático izquierdo del 25% del volumen hepático completando 11 días después la hepatectomía derecha ampliada al segmento IVa.

En Julio de 2013 presenta una recidiva única a nivel de cuerpo de L1 sometiéndose a espondilectomía en bloque de L1, osteosíntesis e injerto óseo autólogo. Posteriormente en diciembre 2014 aparecen dos nuevas lesiones metastásicas a nivel del segmento IVb iniciando en marzo tratamiento con Sirolimus 6 mg y se plantea nueva intervención en mayo mediante tumorectomía de la única lesión que se apreciaba en la ECO intraoperatoria.

El TAC de control en junio muestra persistencia de lesión de 18 mm en segmento IVb, que se trata con ablación percutánea mediante radiofrecuencia, sin necesidad de suspender el tratamiento con Sirolimus.

Actualmente, el paciente presenta estabilidad clínica, con buena tolerancia al tratamiento tras 7 meses y medio con mínimos efectos adversos y libre de enfermedad.

Conclusiones: El clínico debe tener en cuenta e identificar la variante epitelioides de angiomiolipoma renal clásico como probable enfermedad maligna, particularmente en tumores de más de 15 cm. Actualmente, no existe un tratamiento eficaz conocido para angiomiolipoma epitelioides otra que la cirugía y se están planteando ensayos que sugieren la posibilidad de que inhibidores de mTOR proporcionen un beneficio terapéutico en el tratamiento de angiomiolipomas epitelioides. Un enfoque de tratamiento multimodalidad, incluyendo quimioterapéutico y agentes moleculares dirigidas deben ser exploradas para esta variante maligna recién reconocido de angiomiolipoma renal.

Obstrucción intestinal por megacolon en varón de 54 años.

Domínguez-Sánchez C; López-Ruiz J; Tallón L; Sánchez-Moreno L; López-Pérez J, Pareja F; Oliva F; Padillo J.

Hospitales Universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El megacolon agangliónico en el adulto es una entidad rara, a menudo infradiagnosticada o inadvertida. Se caracteriza por la escasez o ausencia de ganglios en el plexo mientérico, ausencia o baja actividad de acetil-colina en la lámina propia e hipertrofia de la muscularis mucosae, principalmente en la región del colon y el recto.

Objetivos: Describir el manejo quirúrgico urgente de la obstrucción intestinal por Enfermedad de Hirschsprung (EH), que debe ser incluida en el diagnóstico diferencial del megacolon del adulto y que difiere del tratamiento reglado de esta entidad.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 54 años, con antecedentes de intervención por un meningioma cerebral en 1998 y una resección intestinal en la infancia cuya causa no recuerda ni disponemos de información. Acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por un cuadro presincoanal que se acompaña de estreñimiento intermitente de largo tiempo de evolución, con dolor abdominal generalizado y distensión asociados. Durante su ingreso se realiza radiografía de abdomen donde se objetiva gran dilatación del marco cólico, motivo por el cual realizamos TAC abdominal que muestra gran dilatación de colon sigmoideos con signos de neumatosis intestinal generalizada en el colon. Se decide intervención quirúrgica con carácter urgente, constatándose un sigma redundante muy dilatado (44cm de diámetro mayor en colon proximal) que ocupa la práctica totalidad de la cavidad peritoneal. El resto del colon presentaba también una gran dilatación. Se decidió realizar una colectomía total con anastomosis ileo-rectal. El estudio anatómo-patológico describe un megacolon agangliónico/Enfermedad de Hirschsprung, con disminución del número de células ganglionares en plexo mientérico y submucoso.

Discusión y Conclusiones:

La EH del adulto es una patología poco frecuente, existe un

número muy limitado de casos descritos. Esto es así debido a que la mayoría de los casos son diagnosticados durante el periodo neonatal. En raras ocasiones, pacientes con casos leves llegan a la edad adulta sin diagnosticar. Estos sujetos suelen presentar una historia previa de estreñimiento severo. El caso clínico expuesto describe una presentación atípica de la enfermedad, que debe ser incluida en el diagnóstico diferencial del megacolon del adulto. El tratamiento en estos casos consiste en la resección de todo el segmento no viable y el restablecimiento de la continuidad intestinal. En nuestro caso, debido a la dilatación masiva de todo el colon, se optó por la colectomía total.

Nódulo de Villar. Endometriosis umbilical

Pino Díaz Verónica, Perez Andrés Marina, García González Inmaculada, Hidalgo Martín Francisca, Martos Martínez Juan Manuel, Padillo Ruiz, Javier.

Hospital Universitario Virgen del Rocío

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial extrauterino, su localización habitual es intrapélvica, pero también puede aparecer en otras localizaciones. La endometriosis de pared abdominal es rara, y puede ser primaria o, más frecuentemente, secundaria a la cirugía (sobre todo ginecológica u obstétrica). La forma primaria más frecuente es la umbilical, con una incidencia estimada del 0,5-1 % en las pacientes con ectopia endometrial.

Objetivos: Presentamos un caso de endometriosis sobre cicatriz paraumbilical.

Material y método: Mujer de 40 años de edad en seguimiento por ginecología por dispareunía y dismenorrea moderada.

Ciclos ovulatorios de 30 días, dos gestaciones a términos con alumbramientos eutócicos.

Intervenida hace 5 años de apendicectomía laparoscópica.

En octubre de 2013 presenta sangrado catamenial por el ombligo, diagnosticándose mediante ecografía de nódulo endometriósico. En tratamiento con anticonceptivos orales que ha disminuido el sangrado.

La ecografía transvaginal destaca un endometrioma de 30 mm en ovario derecho y la ecografía abdominal un nódulo umbilical hipoecogénico irregular de 2,4 cm que no parece depender de cavidad abdominal.

Se somete en Marzo de 2015 a exéresis de cicatriz umbilical con bordes libres sin complicaciones posoperatorias.

El diagnóstico histológico confirma la sospecha diagnóstica de endometriosis de pared abdominal.

Conclusiones: La endometriosis umbilical es una patología poco frecuente en el campo de la cirugía general, muchas veces confundida con otras entidades clínicas con mayor prevalencia en nuestro ámbito quirúrgico, como hernia, onfalitis o granulomas. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial en mujeres en edad fértil con patología umbilical. La forma más frecuente de presentación es un nódulo de coloración violácea asociado a dolor que coincide con el periodo menstrual. El tratamiento a elegir es la exéresis con márgenes adecuados, que es al mismo tiempo diagnóstica y curativa.

Rotura esplénica, causa poco frecuente de hemoperitoneo tras coloscopia

Gómez Pérez, Rocío; Rivera Castellano, Javier; Lobato Bancalero, Luis Alonso; Hernández Gonzalez, Jose Manuel; Ocaña Wilhelmi, Luis Tomás; Suárez Muñoz Miguel Angel; Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La colonoscopia es una técnica diagnóstica y terapéutica segura. Las complicaciones más frecuentes son la hemorragia (1,8-2,5%) y la perforación (0,34-2,14%). Otras menos frecuentes son el hemoperitoneo, el vólvulo o incarceration de hernias, apendicitis, abscesos retroperitoneales, neumoperitoneo o neumotórax. Presentamos un caso de una complicación infrecuente como es el hemoperitoneo por rotura esplénica tras realización de colonoscopia ambulatoria.

Caso clínico: Mujer de 69 años, alérgica a penicilina, con antecedentes de apendicitis con absceso, 4 cesáreas, e histerectomía con doble anexectomía que es derivada a nuestro centro por dolor abdominal tras realización de colonoscopia programada en las 12h previas. Había iniciado tolerancia a líquidos y mantenía tránsito para gases a las pocas horas de la prueba. Se encontraba consciente y orientada, normotensa, taquicárdica (FC 114 lpm), con dolor abdominal difuso sin peritonismo y con una hemoglobina al ingreso de 12 gr/dL. Aportaba del otro centro informe de TAC abdominal con hemoperitoneo sin neumoperitoneo.

Tras varias horas en observación se anemia hasta 8,3 gr/dL, manteniéndose taquicárdica y normotensa y con empeoramiento de la exploración. Se decidió laparoscopia exploradora dado que se matuvo normotensa. Objetivando, tras adhesiolisis compleja, que el sangrado era debido a una avulsión del polo inferior del bazo y solución de continuidad de la cápsula de la cara posterior del mismo. Tras varios intentos fallidos de hemostasia con compresión y agentes hemostáticos se decidió conversión a cirugía abierta y esplenectomía.

Resultados: La paciente tuvo un postoperatorio satisfactorio, sin necesidad de transfusiones y fue dada de alta al 6º día sin incidencias.

Conclusiones: La primera referencia en la literatura de la rotura esplénica tras colonoscopia fue en 1974 por Werry y Zehner. Desde entonces se han reportado un escaso, 68 casos según la última revisión de Saad y Rex publicada en 2009 y menos de 100 según el artículo del grupo de Brennan publicado en Enero de 2014. Los mecanismos causantes serían por traumatismo directo del colonoscopio sobre el bazo a su paso por el ángulo esplénico, la tracción excesiva sobre el ligamento esplenocólico o bien sobre adherencias previas entre el colon y el bazo por procesos inflamatorios o cirugías previas (como en nuestro caso). La clínica suele aparecer en las primeras 24h tras la colonoscopia, aunque hay descritos casos de roturas diferidas, apareciendo dolor y febrícula a las 2 semanas de la prueba. Cursa con dolor en hipocondrio izquierdo, el signo de Kehr (dolor referido en el hombro izquierdo), signos de hipoperfusión e incluso shock hipovolémico. El diagnóstico debe realizarse con TAC con contraste intravenoso, aunque puede ser de ayuda la ecografía si el paciente se encuentra inestable o la angiografía si se plantea embolización.

El tratamiento habitual es la laparotomía con esplenectomía, aunque si la situación lo permite se puede plantear un manejo conservador con o sin embolización según el grado lesión esplénica o incluso esplenectomía laparoscópica como en el artículo de Abunnaja et col., siempre que sea realizada por laparoscopistas expertos. En nuestro caso se desestimó la esplenectomía laparoscópica por las numerosas adherencias de las cirugías previas.

Mesotelioma peritoneal quístico benigno. Presentación de un caso.

Salas Díaz, Antonia Sonia; Hernández Rey, José Miguel; Romero Gallego, José David; Ramos Durán, José Miguel; Lara Palmero, Carolina; Gómez Modet, Susana; García Romero, Emilio.

Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Hospital Punta de Europa. Algeciras.

Introducción: El mesotelioma peritoneal quístico benigno es un tumor derivado del mesenterio, de rara presentación, que se caracteriza por múltiples quistes adheridos a la cavidad abdominal o pélvica. La etiología es desconocida y suele ser más frecuente en mujeres, entre la cuarta y quinta décadas de la vida. A pesar de su tendencia a recidivar, nunca se ha demostrado su degeneración maligna. La sintomatología suele ser dolor abdominal y la existencia de una masa abdominal palpable. La severidad de los síntomas parece estar relacionada con el tamaño y la localización del quiste. El diagnóstico de confirmación sólo se hará en el momento quirúrgico, que consistirá en la resección de la tumor.

Objetivos: Nuestro objetivo es la presentación de un caso ante una entidad tan poco frecuente.

Material y método: Paciente de 52 años con antecedentes personales de tabaquismo e histerectomía con doble anexectomía en centro privado del que no disponemos informe. Ingresa en el Servicio de Medicina Interna por cuadro de dolor en MSIzquierdo de tres días de evolución con astenia leve y pérdida ponderal asociada, siendo diagnosticada de TVP. en el estudio causal (ASCI tórax-abdomen-pelvis) presenta como único hallazgo destacable una lesión abdominal lesiones peritoneales sin otras LOES subyacentes confirmándose los mismos hallazgos en RMN y PET, sin alteraciones analíticas salvo mínima elevación del Ca-125. Se deriva a Servicio de Cirugía. Se decide laparotomía electiva y se realiza peritonectomía pélvica. Posteriormente los hallazgos anatomopatológicos resultaron: epiplon masivamente infiltrado por mesotelioma difuso de tipo epitelial y una proliferación mesotelial compatible con mesotelioma en la muestra de mesenterio. además en la citología del líquido peritoneal se observan numerosas células mesoteliales atípicas que forman grupos tridimensionales, compatible con mesotelioma.

Conclusiones: El tratamiento siempre es quirúrgico y consiste en la resección completa de la tumoración. Si la cirugía no es posible por afectar la tumoración estructuras vitales se procederá a la marsupialización de los quistes.

Ni la quimioterapia ni la radioterapia han demostrado su utilidad en este tipo de tumor.

A pesar de que no se trata de una tumoración maligna, dado que no es un tumor invasor ni metastatizante, el mesotelioma peritoneal quístico benigno puede recurrir entre un 25 y un 50%, siendo necesaria una nueva resección quirúrgica, lo cual hace que este tumor se considere en el límite de la malignidad dado el gran número de intervenciones que requiere para la exéresis de las tumoraciones quísticas recurrentes.

Además es poco frecuente la presentación de un mesotelioma peritoneal como una TVP en miembro superior, hallazgo que suele estar asociado a mesoteliomas pleurales en mayor medida.

Body-packer: revisión y experiencia de un hospital comarcal en «zona caliente».

Salas Díaz, Antonia Sonia; Lara Palmero, Carolina; Ramos Durán, José Miguel; Romero Gallego, José David; Gómez Modet, Susana. García Romero, Emilio.

Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Hospital Punta de Europa. Algeciras.

Body-packer: revisión y experiencia de un hospital comarcal en «zona caliente».

Introducción: El tráfico de drogas mediante la introducción de paquetes de sustancias ilícitas en cavidades corporales supone un riesgo de padecer una obstrucción gastrointestinal y/o intoxicación grave para la persona que las transporta. En nuestro Hospital por su ubicación geográfica existe una alta prevalencia puesto que nos encontramos en la llamada «zona caliente» por los cuerpos de seguridad del Estado, el Área del Estrecho del Campo de Gibraltar.

Métodos

Estudio retrospectivo observacional de pacientes ingresados entre enero de 2010 al 2015 con el diagnóstico de body-packer. Son ingresados en la Unidad de Reclusos dependiente de prisión Botafuegos aquellos con síntomas gastrointestinales, signos de intoxicación o tóxicos positivos. El tratamiento conservador consiste en reposo digestivo y pruebas de imagen hasta la expulsión de los cuerpos.

Resultados: En este período hubo 321 pacientes, cuya mediana de edad fue 31 años. Siendo el 98% de los casos eran portadores de bellotas de hachis. Siendo inusual en nuestro medio el bodypacker de cocaína.

El 3,2 % presentaron complicaciones graves: obstrucción intestinal, estenosis pilórica, perforación intestinal.

Los cuales requirieron intervención quirúrgica 2 fueron tratados con éxito en la UCI, y 1 falleció antes de la intervención (accidente tráfico con desgarró de todo el meso, íleon, hígado y bazo)

El tratamiento quirúrgico más frecuente fue enterotomía y/o gastrostomía para extracción de los paquetes.

Conclusiones: El tratamiento conservador es seguro en el 95% de los pacientes con controles radiológicos para valorar la evolución del tránsito intestinal de dichos cuerpos extraños. Un pequeño porcentaje requerirán tratamiento quirúrgico, fundamentalmente por obstrucción y/o perforación gastrointestinal.

divertículo duodenal perforado como causa de abdomen agudo quirúrgico.

Santos Martínez, Jorge; Ramos Durán, Jose Miguel; Tejedor Cabrera, Luis.

Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Hospital Punta de Europa. Algeciras.

La perforación aguda de un divertículo duodenal es una patología muy poco frecuente con difícil diagnóstico por sus síntomas inespecíficos. La realización de un TAC abdominal con contraste es fundamental para un correcto diagnóstico. Hay altas tasas de mortalidad por un diagnóstico tardío.

Se presenta un caso de un varón de 44 años con perforación de divertículo de la 3ª porción duodenal. El tratamiento consistió en resección de la 3ª y 4ª porción duodenal con anastomosis yeyunoduodenal manual latero-lateral.

Como conclusión esta patología precisa de un diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico urgente.

Carcinoma de paratiroides: sospecha diagnóstica y tratamiento.

Salaz Díaz, Antonia Sonia; Romero Gallego, José David; Ramos Durán, Jose Miguel; Gómez Modet, Susana; García Romero, Emilio.

Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Hospital Punta de Europa. Algeciras.

Introducción: El carcinoma de paratiroides es una entidad poco frecuente con difícil diagnóstico. Supone menos del 5% de las causas de hiperparatiroidismo primario y además menos del 5% son no productores de parathormona. En la mayoría de las ocasiones la PAAF no es diagnóstica.

Material y método: Nos centramos en un caso clínico, paciente mujer de 32 años en estudio por endocrinología/medicina interna por sospecha de adenoma paratiroideo e hipercalcemia. Se incluye en LEQ y se interviene realizándose paratiroidectomía inferior izquierda. El resultado anatomopatológico es de: Carcinoma paratiroideo.

Conclusiones: Aunque la causa de hiperparatiroidismo primario suele ser el adenoma paratiroideo existen excepcionales ocasiones como en este caso en el que la causa es un carcinoma paratiroideo patología extremadamente infrecuente.

Quistogastrostomía endoscópica, tratamiento de elección del pseudoquistes pancreático residual.

Gómez Pérez, Rocío, Ramos Muñoz, Francisco, Alcain Martínez, Guillermo; Roldán de la Rúa, Jorge Francisco; Suárez Muñoz, Miguel Angel, Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones líquidas residuales rodeadas de una pared no epitelial tras una pancreatitis o un traumatismo pancreático, que se forman a partir de la disrupción del conducto pancreático principal o secundarios. Se forman tras el 20% de las pan-

creatitis que forman colecciones. La clínica más habitual es dolor, náuseas, pérdida de peso, sensación de plenitud postprandial, masa palpable y fiebre. El tratamiento consiste en observación durante los primeros 6 meses, dado que un alto porcentaje de ellos se resuelven espontáneamente. Según la evolución y la clínica algunos precisan drenaje, pudiendo ser desde quirúrgico abierto o laparoscópico, endoscópico transpapilar o transmural, o percutáneo.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 38 años hipertensa y dislipémica, intervenida de carcinoma papilar de tiroides hace 4 años, en tratamiento con Eutirox, calcio, amiloride/Hidroclorotiazida y simvastatina; que presentaba un pseudoquistes pancreático residual de 18 x 17 cm tras una pancreatitis aguda de origen lipémico grado E de Balthazar hacía un año. Clínicamente la paciente se había encontrado afebril, con dolor centroabdominal y sensación de plenitud y vómitos postprandiales. Se procedió a quistogastrostomía endoscópica utilizando el ecoendoscopia para caracterización de la lesión y comprobar relaciones con estructuras vecinas y duodenoscopia posicionando guía mediante aguja de 19G y posterior colocación de dos prótesis plásticas doble pig-tail de 10 F. Se tomó muestra del contenido que se remitió a microbiología y bioquímica.

Resultados: La paciente evolucionó favorablemente durante su estancia en planta. Recibió tratamiento antibiótico profiláctico con piperacilina-tazobactam, sustituyéndose posteriormente por cefuroxima y metronidazol vía oral. Fue dada de alta a los 5 días del procedimiento tras TAC abdominal de control, asintomática y tolerando dieta.

Discusión: La técnica es empleada por muchos grupos en todo el mundo que han reportado resultados de éxito en la colocación de los drenajes de un 90%, con tasas de resolución de un 65 al 100% según las series. Es importante que exista un claro efecto de compresión sobre la curvatura mayor y pared posterior gástrica o duodenal, sin pérdida de integridad de la misma y seleccionar el punto de mayor compresión para realizar la punción para que la técnica tenga éxito. Aparecen complicaciones como hemorragia, perforación o sobreinfección en menos del 20% de los procedimientos y la mortalidad es inferior al 1,2%. Está descrita una recurrencia en torno al 20%, teniendo la ventaja de que al ser una técnica poco invasiva se puede repetir, desobstruir o recolocar drenajes, dilatar con balones y si estos procedimientos fracasan siempre tenemos la opción del drenaje quirúrgico.

Conclusiones: La quistogastrostomía interna endoscópica es el tratamiento de elección de los pseudoquistes pancreáticos residuales. Se trata de una técnica compleja, pero que realizada por endoscopistas expertos presenta una baja morbilidad con resultados muy satisfactorios a largo plazo, evitando el tratamiento la cirugía convencional. Cabe destacar la importancia de la colaboración multidisciplinar para poder ofrecer al paciente el mejor tratamiento individualizado.

Abordaje laparoscópico en el dolor abdominal agudo en la mujer fértil

Salas Díaz Antonia Sonia; Lara Palmero Carolina; Romero Gallego, José David; Gómez Modet, Susana; García Romero, Emilio.

Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Hospital Punta de Europa. Algeciras.

Introducción: En la mujer joven fértil el dolor en fosa ilíaca derecha es frecuente lo que hace confundir la apendicitis aguda con procesos ginecológicos.

Durante la vida en la mujer existe una posibilidad de padecer una apendicitis aguda del 7%. Existe una precisión del diagnóstico clínico certero de apendicitis aguda en varones jóvenes de aprox 95% mientras que en las mujeres en edad reproductiva desciende al 55-65%.

La laparoscopia diagnóstica es de gran utilidad en el abdomen agudo dudoso ya que permite establecer el diagnóstico preciso y realizar el tratamiento adecuado.

Objetivos: Analizar nuestros resultados con la técnica laparoscópica en el síndrome de dolor de la FID en la mujer de edad fértil.

Materiales y Método: Estudio retrospectivo observacional en el que se analizan 50 pacientes intervenidas por sospecha de apendicitis aguda comprendida entre los 20-30 años. Estas pacientes fueron evaluadas por el cirujano mediante la exploración clínica y analítica y ecografía abdominal

Resultados: De un total de 50 pacientes incluidas en el estudio por presentar sospecha de apendicitis aguda, 38 (76%) fueron diagnosticadas de apendicitis aguda y se realizó una apendicetomía laparoscópica. En las 12 (24%) pacientes restantes, la causa más frecuente fue la ginecológica en 8 (16%) casos como roturas foliculares, enfermedades inflamatorias pélvicas.

Otros 2(4%) casos fueron debidos a causas médicas: adenitis mesentéricas y enfermedad inflamatoria intestinal localizada en el íleon terminal. Así como en dos casos no se evidenció causa alguna que justificara el dolor agudo en la FID.

Discusión: El dolor agudo en la FID de la mujer en edad fértil es una afección muy frecuente que presenta un índice de error en el diagnóstico elevado. A pesar de que el tamaño muestral es insuficiente para establecer conclusiones estadísticamente significativas el abordaje laparoscópico es un gesto a tener en cuenta que permite disminuir el elevado índice de apendicetomías innecesarias.

Indicación de la cirugía laparoscópica en trauma abdominal: rotura diafragmática

Salas Díaz, Antonia Sonia; Romero Gallego, José David; Ramos Durán, José Miguel; Gómez Modet, Susana; García Romero, Emilio.

Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Hospital Punta de Europa. Algeciras.

Introducción: La hernia diafragmática traumática consiste en la aparición de vísceras abdominales en la cavidad torácica a través de una puerta de entrada en el diafragma secundario

a un traumatismo agudo o tardío. La rotura diafragmática es poco frecuente con un 70% de media de trauma cerrado como causa (accidentes de tráfico sobre todo), 65% varones de edad comprendida entre 30-45 años siendo el hemidiafragma izquierdo el más afectado. La clínica es bastante variable e inespecífica.

Objetivos: Demostrar que la laparoscopia representa una importante vía diagnóstico- terapéutica para abordar determinadas lesiones abdominales de urgencias como es el caso de la rotura diafragmática.

Material y método: Enfermos ingresados desde Urgencias e intervenidos por laparoscopia entre enero 2008 y junio 2014. Análisis observacional retrospectivo de 11 pacientes. Entre ellos 8 varones con edades comprendidas entre 19 y 60 años. 3 mujeres entre 29 y 52 años. Fueron intervenidos dentro de las primeras 24 horas después del accidente. El diagnóstico de hernia diafragmática se realizó por TC tóraco-abdominal con reconstrucción coronal y sagital.

Resultados: El 100 % de los pacientes fueron intervenidos mediante laparoscopia en decúbito supino posición americana. Un paciente precisó de reconversión a cirugía abierta por sangrado masivo y otros dos fueron reconvertidos a cirugía abierta por dificultades técnicas. Una de las pacientes en el postoperatorio sufrió una atelectasia basal izquierda con neumonía que precisó de antibioterapia endovenosa. El resto de los pacientes tuvieron buena evolución postoperatoria y fueron dados de alta entre 4 y 7 días después de la intervención

Conclusiones: Las roturas diafragmáticas son infrecuentes, difíciles de diagnosticar (posición anómala de vísceras con dificultad para localizar la ruptura) y precisan alto índice de sospecha clínica ya que pueden presentarse como una situación grave al debutar con una estrangulación del contenido herniario o compromiso respiratorio agudo ante determinados traumatismos abdominales y torácicos. Estas lesiones progresan frecuentemente hacia una hernia diafragmática de forma variable en tiempo. Es fundamental detectarla precozmente y practicar su cierre completo, beneficiándonos de las ventajas propias que nos aporta la cirugía laparoscópica.

Pancreatitis del surco: diagnóstico, opciones terapéuticas y diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de páncreas

Alonso García, S. C., Szuba, A., Palomeque Jiménez, A., Hernández García, M^a D., Pérez Cabrera, B. , Jiménez Ríos, J.A.

Hospital Universitario San Cecilio

Introducción y objetivos: La pancreatitis del surco es un proceso inflamatorio crónico, segmentario, de etiopatogenia incierta y que plantea el diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de páncreas. Para su diagnóstico nos basaremos en la clínica y en las pruebas de imagen. En este trabajo presentamos un caso de groove pancreatitis para profundizar en su manejo diagnóstico y terapéutico.

Material y método: Varón de 46 años con antecedentes de enolismo y varios episodios de pancreatitis aguda de probable origen enólico. Ingresó por cuadro de epigastralgia no

irradiada y vómitos de meses de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología. Analítica: 11900 leucocitos/ μ l con neutrofilia, GGT 192 U/L, lipasa 1458 U/L, resto sin hallazgos significativos. Ecoendoscopia: engrosamiento parietal en segunda porción duodenal con formación quística en su interior. Biopsia: proceso inflamatorio crónico y distrofia quística duodenal. Angio-TAC: dilatación de vía biliar intrahepática y colédoco. Masa en contacto con cabeza pancreática y antro- duodeno sospechosa de neoformación gastroduodenal de límites mal definidos. Colangiografía: engrosamiento de primera y segunda porción duodenal, con crecimiento algo excéntrico que provoca dilatación de colédoco y vía biliar intrahepática. Ante la persistencia de la clínica a pesar del tratamiento médico, se presenta en sesión multidisciplinar y se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza duodenopancreatectomía cefálica, pancreático- gastrostomía, hepático-yeyunostomía, gastroyeyunostomía en Y de Roux y colecistectomía. Anatomía patológica: entidad pseudoneoplásica alrededor de pared duodenal. Quistes pancreáticos e importante fibrosis entre cabeza pancreática y duodeno. Colecistitis crónica. El paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta a los 10 días.

El diagnóstico fue de pancreatitis del surco, optando por la cirugía tras falta de respuesta al tratamiento conservador y ante la duda de que se tratase de un adenocarcinoma de páncreas.

Discusión y resultados: La pancreatitis Groove se caracteriza por la aparición de tejido fibroso- cicatricial en el plano graso del canal pancreático duodenal. Es más frecuente en el varón y se asocia al alcoholismo. Existe una forma pura y otra segmentaria. Su incidencia oscila entre el 2,7% y el 24,4%.

Se manifiesta con dolor abdominal posprandial, vómitos, pérdida de peso y a veces, ictericia. Su patogénesis es incierta y su diagnóstico se basa en la clínica y en las pruebas de imagen, siendo la ecoendoscopia de elección, que además permite la toma de biopsias. También son de utilidad de TAC, CPRE y endoscopia digestiva alta. Hay que plantear el diagnóstico diferencial con el colangiocarcinoma y la pancreatitis aguda (formas puras) y con el adenocarcinoma (formas segmentarias), donde a veces sólo se clarifica tras la duodenopancreatectomía cefálica.

El tratamiento conservador con analgesia, reposo pancreático y abstinencia de alcohol son efectivos casi siempre, con controles analíticos y de pruebas de imagen. En los casos resistentes a tratamiento médico y de duda diagnóstica de adenocarcinoma, se indica la cirugía, siendo la duodenopancreatectomía cefálica de elección.

Conclusiones: La pancreatitis Groove es una enfermedad rara cuyo diagnóstico se basa en la clínica y en las pruebas complementarias; es fundamental diferenciarla del adenocarcinoma de páncreas. El tratamiento médico es efectivo y se recurre a la cirugía en caso de resistencia al mismo o duda diagnóstica de adenocarcinoma de páncreas.

Patología benigna infrecuente de la mama: Enfermedad de Mondor

Alonso García, S. C.; Szuba, A., Valdivia Risco, J.H.; De Reyes Lartategui, S.; Lendínez Romero, I.; Jiménez Ríos, J.A.

Hospital Universitario San Cecilio. Complejo Hospitalario de Granada.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Mondor es una patología benigna de la mama de etiología incierta y muy poco frecuente. Se debe a una tromboflebitis de las venas superficiales de la pared antero-lateral del tórax y es autolimitada. El diagnóstico es clínico y su tratamiento, sintomático. Las pruebas de imagen son fundamentales en la identificación de la masa palpable y para descartar malignidad.

En este trabajo se reporta un caso de Enfermedad de Mondor y su propósito es hacer hincapié en el diagnóstico clínico y los hallazgos en las pruebas de imagen.

Material y método: Mujer de 28 años sin antecedentes personales de interés que acude a consulta de la Unidad de Patología mamaria por mastalgia de una semana de evolución en cuadrante superior externo de mama izquierda. No telorrea. No fiebre. No episodios previos. Exploración: masa en forma de cordón entre el cuadrante superior externo de mama izquierda y la axila, dolorosa y con signos inflamatorios. No otros hallazgos en la exploración. No adenopatías axilares ni supraclaviculares. Hemograma, bioquímica, coagulación y hormonas sin hallazgos patológicos. Ecografía mamaria: presencia de una estructura más o menos tubular, anecoica, dilatada que se sigue en todo su trayecto y que no es compresible. En el doppler no demuestra flujo. La paciente nos cuenta haber realizado actividad física intensa en las semanas previas.

Ante los hallazgos se pauta tratamiento sintomático con analgésicos y antiinflamatorios. Tras 3 semanas del inicio de la clínica la paciente refiere desaparición de la sintomatología y de la masa palpable. Se diagnostica de Enfermedad de Mondor.

Discusión y resultados: La Enfermedad de Mondor es una entidad benigna de la mama con una incidencia en la literatura inferior al 1%. Se produce por una tromboflebitis autolimitada de las venas superficiales de la pared anterolateral torácica (toracoepigástrica, torácica lateral y a veces, tributarias de la yugular externa o mamaria interna). Casi siempre son unilaterales y la vena más afectada es la toracoepigástrica.

Su etiología es incierta, pero se ha visto una asociación con determinados factores de riesgo: traumatismo directo, intervención quirúrgica de la mama, biopsias, procesos inflamatorios de la mama, complicaciones de vía venosa central, artritis reumatoide y esfuerzo físico extenuante sobre brazos y tórax.

En las series existentes la relación con el cáncer de mama es muy rara, pero se han descrito algunos casos (12%).

Clínicamente se presenta como una masa palpable en forma de cordón arrosariado, doloroso a la palpación, que es la vena trombosada. Puede producirse una depresión en la piel como consecuencia de la retracción del tejido mamario por la inflamación perivascular.

La mamografía puede manifestar la presencia de una densidad nodular o tubular subyacente a la piel; se utiliza además

para descartar malignidad. Por ecografía, aparece como una imagen tubular anecoica, dilatada y larga en la grasa subcutánea.

El diagnóstico diferencial se hace con un conducto galactóforo dilatado.

La clínica desaparece en 2- 10 semanas y el tratamiento es únicamente sintomático (analgésicos y antiinflamatorios).

Conclusiones: La enfermedad de Mondor es una patología benigna de la mama muy infrecuente, de tratamiento sintomático y evolución autolimitada. No obstante, conviene conocer su sintomatología y hallazgos en las pruebas de imagen para diferenciarla de otras lesiones benignas, y conocer que en un porcentaje bajo se ha relacionado con el cáncer de mama.

Manejo terapéutico conservador de la perforación colónica tras endoscopia digestiva diagnóstica

Valdivia Risco, Javier H.; Alonso García, Sandra. C.; Martos Ruiz, Virgilio; San Miguel Méndez, Carlos; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario San Cecilio. Complejo Hospitalario de Granada

Introducción y objetivos: Las complicaciones más frecuentes de la colonoscopia son perforación, sangrado o síndrome postpolipectomía; éstas aparecen normalmente tras colonoscopia terapéutica, siendo la localización más frecuente de la perforación el sigma. Existen 3 mecanismos fundamentales por los que se producen: Perforación neumática, perforación mecánica y perforación asociada con terapéutica endoscópica.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 80 años que se somete a colonoscopia digestiva baja diagnóstica por estudio de anemia. En la exploración se evidencia buena preparación colónica; al intentar sobrepasar una curvatura pronunciada en sigma, se observa un pequeño desgarro de pared colónica a 30 cm de margen anal, que impresiona como perforación. Se colocan clips en la zona, quedando sellada la mencionada perforación. A continuación la paciente presenta dolor abdominal y torácico y es remitida a urgencias; a la exploración física destaca crepitación subcutánea a nivel abdominal, torácico, así como en raíz de miembros superiores e inferiores; taquipneica, normohidratada y normoperfundida; afebril y estable hemodinámicamente; abdomen globuloso, blando, poco depresible, discretamente doloroso a la palpación difusa, sin signos de irritación peritoneal.

En primer lugar se optó por descartar la presencia de un síndrome coronario agudo, ya que la paciente tenía antecedentes de cardiopatía isquémica. Hemograma y bioquímica normales, salvo LDH 560 UI/ml, 81 % de polimorfonucleares (con recuento leucocitario total normal). PCR 0,1. Radiografía simple de abdomen: disección de la silueta de órganos intrabdominales (riñones, bazo, hígado). TAC tóraco-abdominal: enfisema subcutáneo que se extiende a partes blandas cervicales, torácicas y abdominales, incluyendo raíz de ambos muslos; gran neumomediastino, neumotórax izquierdo - favorecidos por la existencia de enorme hernia hiatal, neumoperitoneo y retroneumoperitoneo, así como disección de musculatura del muslo.

La paciente es valorada por cirujano general de guardia, quien opta por actitud conservadora con antibioterapia intravenosa, analgesia y sueroterapia dado que no existían datos de irritación peritoneal. Durante su ingreso la paciente evoluciona de forma favorable, disminuyendo la magnitud del enfisema subcutáneo, neumoperitoneo y neumotórax en TAC de control al alta, no precisando en ningún momento intervención quirúrgica, para resolver el neumotórax ni el neumoperitoneo.

Discusión y resultados: La correcta preparación colónica reduce significativamente el riesgo de presentar peritonitis o sepsis, pudiendo realizarse tratamiento conservador (colocación de clips, antibioterapia intravenosa) si no existe dolor abdominal, peritonismo o inestabilidad clínica (como era el caso de nuestra paciente). Como las pruebas de imagen y la estabilidad clínica de la paciente no sugerían datos de peritonismo, se decidió tratamiento conservador, con el que la paciente evolucionó de manera favorable, siendo dada de alta pocos días después.

Conclusiones: Nuestro caso representa un ejemplo de manejo conservador exitoso tras perforación colónica iatrogénica, facilitado por la buena preparación colónica y por la colocación precoz de clips tras la perforación.

Proctalgia intermitente por endometriosis del tabique rectovaginal

Alonso García, Sandra C.; Valdivia Risco, Javier H.; Bustos, Ana B.; San Miguel Méndez, Carlos; Lendínez Romero, Inmaculada; José Antonio Jiménez Ríos

Hospital Universitario San Cecilio. Complejo Hospitalario de Granada

Introducción y objetivos: La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina; puede tener localización pélvica o extrapélvica. La endometriosis peritoneal profunda es la forma más rara y se diagnostica cuando existe infiltración del espacio retroperitoneal mayor o igual de 5 mm. La endometriosis del tabique rectovaginal corresponde a la forma más severa de la endometriosis profunda.

En el siguiente trabajo se presenta un caso sobre esta patología.

Material y método: Paciente de 28 años que acude a urgencia por cuadro de proctalgia de gran intensidad que se ha intensificado en los últimos cinco días, sin otra sintomatología asociada. Refiere episodios similares desde hace meses. Exploración abdominal sin hallazgos patológicos. A la exploración del margen anal: no existe ninguna alteración a la inspección; en el tacto rectal, en margen anal anterior, a 5 cm del margen anal externo, se palpa zona indurada nodular de aproximadamente 4 cm de longitud, dolorosa, poco móvil y sin salida de material purulento a la palpación.

Resultados: Dada la sintomatología y edad de la paciente, se pensó inicialmente en un absceso perianal, que es lo más frecuente, en probable localización supraesfinteriana alta; por este motivo se decide explorar en quirófano bajo anestesia. Al colocar el separador, no se evidencia salida de material puru-

lento. Se identifica la zona indurada y se decide hacer una palpación bimanual, identificando que esta región descrita es parte del tabique rectovaginal.

Se completa el estudio con ecografía transanal, donde se aprecia tumoración de ecogenicidad media de 4x1,5cm, redondeada, de bordes bien definidos con microcalcificaciones, externa a la musculatura rectal, en el espesor del tabique rectovaginal. La resonancia pélvica informa de foco de endometriosis adyacente al receso posterior de la vagina con áreas hipointensas sugerentes de fibrosis y sangrado crónico en el interior.

Conclusiones: La prevalencia de esta enfermedad está en torno al 10%. La localización más frecuente es el ovario, seguida de los ligamentos uterosacros, la fosa ovárica peritoneal, el peritoneo, el fondo de saco de Douglas y el tabique rectovaginal.

Su diagnóstico requiere una alta sospecha clínica; además son útiles las pruebas de imagen y sobre todo, la laparoscopia, que permite además el tratamiento quirúrgico. Éste debe ser lo más conservador posible. Se toman biopsias, se extirpan los implantes peritoneales y lavado de la cavidad peritoneal. Cuando la enfermedad no se puede controlar con tratamiento quirúrgico conservador ni médico, se opta por la histerectomía total con doble anexectomía, especialmente en casos de dolor refractario e invalidante y cuando hay afectación de otros órganos.

Tuberculosis intestinal: diagnóstico, tratamiento y diagnóstico diferencial

Valdivia Risco, Javier H.; Alonso García, Sandra C.; San Miguel Méndez, Carlos; Bustos, Ana B.; Brea Gómez, Esther; Jiménez Ríos; José Antonio

Hospital Universitario San Cecilio. Complejo Hospitalario de Granada

Introducción y objetivos: La incidencia de la tuberculosis intestinal se ha incrementado en los últimos años, tanto en países desarrollados como en occidentales, en relación con el aumento de la inmigración, el sida y el fenómeno de resistencia a fármacos tuberculostáticos. En pacientes sin alteraciones en el sistema inmunitario, la incidencia es de aproximadamente el 10-15%.

La enterocolitis tuberculosa se produce por diversos mecanismos: diseminación hematogena o linfática de lesiones pulmonares o miliars; ingestión de esputos infectados en pacientes con tuberculosis pulmonar activa; ingesta de leche o alimentos contaminados, o por contigüidad, a partir de lesiones de órganos adyacentes. Más del 75 % de los casos de tuberculosis intestinal se localizan en el área ileocecal, yeyuno e íleon.

Pacientes y método: Paciente de 21 años que acude a Urgencias por dolor abdominal en fosa iliaca izquierda de 3 meses de evolución, no irradiado, acompañado de fiebre, sin alteraciones del hábito intestinal. A la exploración, dolor a la palpación a nivel de fosa iliaca izquierda con defensa a ese nivel.

En el TAC abdominal realizado, se evidenció a nivel peritoneal, infiltración difusa del mismo, concluyendo como primera posibilidad una carcinomatosis peritoneal sin descartar otras opciones (tuberculosis, infiltración linfomatosa..).

Se decide laparoscopia exploradora, objetivándose a nivel del puerto supraumbilical, tumoración en peritoneo parietal, por lo que se decidió convertir a laparotomía. Se observó una carcinomatosis generalizada que afectaba a peritoneo parietal, constituyendo nódulos mayores de cinco centímetros, junto a siembra miliar y afectación del peritoneo visceral. Se tomaron biopsias de pared abdominal, apéndices epiploicos de colon transversal y peritoneo visceral de intestino delgado; así mismo, se tomaron muestras de líquido peritoneal para cultivo.

La anatomía patológica finalmente informó de infiltración granulomatosa con células gigantes multinucleadas con escasa necrosis central en epiplon y peritoneo con material hemático. Cultivo de muestra positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

Resultados: Tras el tratamiento con cuatro fármacos tuberculostáticos, la paciente se encuentra actualmente asintomática.

Conclusiones: El diagnóstico de tuberculosis intestinal exige un alto grado de sospecha, sobre todo si la enfermedad pulmonar no es evidente. La sintomatología más frecuente incluye dolor abdominal, cambios en el ritmo intestinal, fiebre y sudoración nocturna, deterioro del estado general, anorexia y pérdida de peso.

La radiología simple del abdomen puede demostrar asas intestinales dilatadas, estenosis, niveles hidroaéreos, ascitis y ganglios calcificados. Los hallazgos ecográficos y tomográficos más significativos son la presencia de engrosamiento de la pared intestinal, adenomegalias, hepatoesplenomegalia y ascitis. El diagnóstico de certeza requiere, como fue en nuestro caso, la identificación del agente causal mediante cultivos.

Es esencial realizar un diagnóstico diferencial con diversas patologías infecciosas (parasitosis, infección por citomegalovirus...), inflamatorias (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa) o neoplásicas (linfoma, adenocarcinoma, carcinomatosis peritoneal).

La cirugía está indicada en caso de complicaciones como obstrucción intestinal, perforación, abscesos, fístulas o sangrado; así mismo, puede ser útil la laparotomía exploradora en casos de diagnósticos difíciles o dudosos y resulta de extraordinaria eficacia en la identificación de lesiones asociadas a peritonitis tuberculosa.

Hallazgo casual de tumor ovárico en paciente con hernia umbilical incarcerada

Alonso García, Sandra C.; Szuba, A.; Valdivia Risco, Javier H.; Tamayo Pozo, Francisco; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario San Cecilio. Complejo Hospitalario de Granada

Introducción: La hernia en posición umbilical ocupa el tercer lugar en frecuencia de las hernias del adulto. Es más frecuente en la mujer y tiene riesgo de estrangulamiento, que obliga en ocasiones al tratamiento quirúrgico de urgencia. La presentación de estas hernias se ve favorecida por la distensión abdominal, lo que explica su mayor frecuencia en mujeres multíparas, en la obesidad, así como en pacientes

con cirugías abdominales previas, en que la pared abdominal queda debilitada.

Presentamos un caso clínico de hernia umbilical encarcelada en el que la clínica urgente de encarcelación permitió el diagnóstico casual de un tumor ovárico.

Pacientes y métodos: Paciente mujer de 54 años con antecedentes de histerectomía por carcinoma de endometrio hace más de 15 años y colecistectomía laparoscópica por colelitiasis. Acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de 48 horas de evolución en relación a tumoración umbilical compatible con hernia a ese nivel que la paciente refiere presentar desde hace años, pero sin complicaciones clínicas hasta el momento. Asocia náuseas, vómitos y ausencia de deposiciones desde hace 24 horas. No fiebre ni otra sintomatología. A la exploración el abdomen es blando, depresible, doloroso a la palpación difusa y se palpa, en región umbilical, tumoración compatible con hernia que no se reduce con las maniobras de taxis. Analítica sin hallazgos patológicos. Ante la sospecha de hernia umbilical complicada, no reductible, se decide intervención quirúrgica de urgencia.

Durante la cirugía se evidencia hernia umbilical con orificio herniario de 1,5 cm de diámetro, con saco peritoneal que parece contener un asa de intestino delgado. A la apertura del saco herniario se evidencia asa de intestino delgado con signos congestivos, pero que se recupera tras su liberación del anillo. Se comprueba salida de abundante contenido mucoso anormal proveniente de la cavidad abdominal, por lo que se decide hacer una laparotomía media. Se realiza el drenaje de 1,5 litros del material mucoso descrito y en la exploración de la cavidad abdominal, se encuentra tumoración sólido-quística dependiente de anejo izquierdo, compatible con tumor ovárico que se extirpa. Se realizan además apendicectomía, omentectomía y exploración hepática sin evidencia de lesiones. La paciente evoluciona de manera favorable en el postoperatorio, con el diagnóstico anatomo-patológico de cistoadenoma ovárico y es dada de alta con seguimiento por parte de Ginecología.

Discusión y conclusiones: En las hernias umbilicales, cuando el saco es de pequeño volumen, a veces basta con comprimirlo en la cavidad abdominal. En caso contrario, como en toda hernia, es preciso abrir el saco, explorar su contenido, resecar el excedente y volver a cerrarlo para reintroducirlo en la cavidad abdominal. En nuestro caso, la presencia de un saco herniario irreductible que obligó a su apertura durante la cirugía, nos permitió comprobar no solo la existencia de un asa de intestino delgado atrapada, sino que reveló la existencia de un líquido intrabdominal anormal que motivó la laparotomía exploradora y el hallazgo incidental del tumor ovárico citado.

Feocromocitoma maligno y metástasis ganglionares linfáticas

Machado Romero, Ignacio; Soler Humanes, Rocío; Sanchiz Cárdenas, Elena; Moreno Ruiz, Francisco Javier; González Sánchez, Antonio; Del Fresno Asensio, Antonio; Muñoz Ortega, Antonio; Pérez Daga, José Antonio; Ramírez Plaza, César Pablo

Hospital Quirón Málaga

Introducción: Los feocromocitomas (FC) malignos suponen del 10-15% del total de los casos, siendo la localización extra-adrenal y la producción de dopamina los únicos factores preoperatorios que se conocen asociados a una mayor incidencia. Dado que no existen criterios histológicos claros para distinguir entre FC benigno y maligno, éste último sólo puede definirse a raíz de la demostración por el patólogo de invasión tumoral de los tejidos blandos peri-adrenales o presencia de tejido cromafín fuera del eje de la cadena simpática axial.

Material y métodos: Paciente de 31 años de edad intervenido hace 4 años en otro centro de FC izquierdo (se realizó suprarrenalectomía por vía laparoscópica, con necesidad de reintervención por laparotomía subcostal en la hora siguiente por hemoperitoneo y shock hipovolémico). Consulta por crisis de cefalea, sudoración y palpitaciones recientes con registros tensionales de 220/140 repetidos, con niveles muy elevados de catecolaminas y metanefrinas en sangre y orina y una TAC que informa de la presencia de 6 lesiones nodulares de entre 9 y 27 mm alrededor de los clips quirúrgicos, en hilio renal izquierdo (compresión de más del 75% de arteria renal) y región para-aórtica izquierda. Se realiza una Gammagrafía con I-131-MIBG que evidencia captación localizada sólo en hipocondrio y retroperitoneo izquierdo. El paciente fue intervenido, realizándose nefrectomía radical izquierda y linfadenectomías hiliar, retroperitoneal y para-aórtica izquierda (cirugía Ro)

Resultados: El informe de AP fue de metástasis ganglionar masiva de FC en 10/11 ganglios linfáticos aislados.

Conclusiones: El hueso (en forma de lesiones líticas), el hígado y los pulmones son los sitios más frecuentes de enfermedad metastásica asociada al FC; las metástasis ganglionares aisladas linfáticas en tiempo metacrónico son una forma excepcional de presentación de FC maligno, y la cirugía radical exéretica Ro es la única opción potencialmente curativa.

Cáncer de vesícula biliar: a propósito de un caso.

Escalera Pérez, Raquel; Domínguez Reinado, Rosario; Esteban Ramos, Juan Luis; Listán Álvarez, José Carlos; Rivero Hernández, Iosvany; Medina Achirica, Carlos; García Molina, Francisco.

Hospital de Jerez

Introducción: el cáncer de vesícula biliar es una neoplasia muy agresiva con pésimo pronóstico, carece de síntomas específicos por lo que el debut suele tratarse de un estadio avanzado. Se disemina por la cadena ganglionar del ligamento hepatoduodenal hacia los ganglios periaórticos y pancreatoduodenales. El drenaje venoso se realiza a través de tributarias venosas directas dirigidas al parénquima hepático, diseminándose directamente al segmento IV del hígado. Y transperitonealmente produciendo carcinomatosis.

Caso clínico: Paciente de 62 años portador de prótesis mitral anticoagulada con Sintrom, Enf. Graves, HTA sin otros antecedentes quirúrgicos que acude en tres ocasiones al Servicio de Urgencias por dolor en HD, náuseas y vómitos sin fiebre diagnosticándose de cólico biliar sin alteraciones

analíticas. Se realiza eco ambulatoria informándose como engrosamiento de la pared vesicular sin datos de colecistitis por lo que se programa para cirugía. Acude de nuevo a Urgencias donde se detecta alteración del perfil hepático y nueva ecografía que no detecta cambios importantes. Se decide realizar colecistectomía urgente por laparoscopia, pero debido al gran plastrón inflamatorio se convierte visualizándose tras liberar adherencias lesiones blanquecinas hepáticas cercanas al fundus vesicular duras, en segmento IV, V, en hilio y en hemidiafragma derecho. Ante los hallazgos altamente sugerentes de cáncer de vesícula se toman biopsias, se deja drenaje y se abandona la cavidad abdominal.

Resultados: AP: metástasis hepáticas por adenocarcinoma de vesícula biliar con extensas áreas de necrosis.

Conclusiones: para los casos de enfermedad avanzada el tratamiento es paliativo y sintomático, descartándose el tratamiento quirúrgico. Ni la QT ni la RT han demostrado que mejore el pronóstico en este estadio. La supervivencia estimada es inferior a 13 meses. Actualmente el paciente está asintomático y siendo tratado con QT según el esquema CDDP.

Feocromocitoma maligno y metástasis ganglionares linfáticas

Machado Romero, Ignacio; Soler Humanes, Rocío; Sanchiz Cárdenas, ElenMoreno Ruiz, Francisco Javier; González Sánchez; Antonio; Muñoz Ortega, Antonio; Del Fresno Asensio, Antonio; Pérez Daga, José Antonio; Ramírez Plaza, César Pablo

Hospital Quirón Málaga

Introducción: Los feocromocitomas (FC) malignos suponen del 10-15% del total de los casos, siendo la localización extra-adrenal y la producción de dopamina los únicos factores preoperatorios que se conocen asociados a una mayor incidencia. Dado que no existen criterios histológicos claros para distinguir entre FC benigno y maligno, éste último sólo puede definirse a raíz de la demostración por el patólogo de invasión tumoral de los tejidos blandos peri-adrenales o presencia de tejido cromafín fuera del eje de la cadena simpática axial.

Material y métodos: Caso clínico: Paciente de 31 años de edad intervenido hace 4 años en otro centro de FC izquierdo (se realizó suprarrenalectomía por vía laparoscópica, con necesidad de reintervención por laparotomía subcostal en la hora siguiente por hemoperitoneo y shock hipovolémico). Consulta por crisis de cefalea, sudoración y palpitaciones recientes con registros tensionales de 220/140 repetidos, con niveles muy elevados de catecolaminas y metanefrinas en sangre y orina y una TAC que informa de la presencia de 6 lesiones nodulares de entre 9 y 27 mm alrededor de los clips quirúrgicos, en hilio renal izquierdo (compresión de más del 75% de arteria renal) y región para-aórtica izquierda. Se realiza una Gammagrafía con I-131-MIBG que evidencia captación localizada sólo en hipocondrio y retroperitoneo izquierdo. El paciente fue intervenido, realizándose nefrectomía radical izquierda y linfadenectomías hiliar, retroperitoneal y para-aórtica izquierda (cirugía Ro)

Resultados: El informe de AP fue de metástasis ganglionar masiva de FC en 10/11 ganglios linfáticos aislados.

Conclusiones: El hueso (en forma de lesiones líticas), el hígado y los pulmones son los sitios más frecuentes de enfermedad metastásica asociada al FC; las metástasis ganglionares aisladas linfáticas en tiempo metacrónico son una forma excepcional de presentación de FC maligno, y la cirugía radical exéretica Ro es la única opción potencialmente curativa.

Fibrotecoma extraovarico gigante simulando neoplasia maligna

Machado Romero, Ignacio; Soler Humanes, Rocío; Sanchiz Cárdenas, ElenMoreno Ruiz, Francisco Javier; González Sánchez; Antonio; Muñoz Ortega, Antonio; Del Fresno Asensio, Antonio; Pérez Daga, José Antonio; Ramírez Plaza, César Pablo

Hospital Quirón Málaga

Introducción: Los fibrotecomas son tumores benignos estromales del cordón sexual que excepcionalmente se originan fuera del ovario. Hasta la fecha sólo tres casos de formas ectópicas han sido descritos en la literatura. Presentamos el caso de un fibrotecoma extraovárico gigante destacando la importancia capital del diagnóstico diferencial ya que en muchos casos se puede confundir con lesiones malignas.

Material y métodos: Se trata de una mujer de 39 años de edad que consultó por distensión abdominal progresiva de unos tres meses de evolución junto a dolor abdominal cólico leve. En la exploración física se observó un abdomen distendido, con masa palpable, bien delimitada, que abarcaba desde epigastrio a hipogastrio y ambos flancos, peristalsis disminuida, sin datos de irritación peritoneal. Se realizó ecografía abdominal encontrando masa sólida que ocupa la cavidad abdominal desde epigastrio a pelvis sin poder determinar con exactitud su diámetro. El TAC abdominopélvico con contraste endovenoso demostró una gran tumoración intraabdominal de baja densidad y algo heterogénea con morfología algo nodular con unas medidas aproximadas de 11x28x10 cm y que se extiende desde el espacio retouterino hasta nivel de páncreas desplazando estómago, asas de intestino delgado y colon. El útero y los ovarios son normales rodeados por el líquido peritoneal. Se interpretó como compatible con liposarcoma mixoide o menos probablemente un teratoma. Los exámenes de laboratorio fueron normales, incluyendo el marcador tumoral CA-125 (23,5 UI/ml). La paciente fue intervenida quirúrgicamente realizándose laparotomía exploradora encontrando tumor de componente intraabdominal y retroperitoneal que desplazaba asas intestinales y adherido a trompa-ovario derecho que se resecaaron junto a la tumoración. El resto de los órganos de la cavidad abdominal y genitales internos tenían características normales.

Resultados: El estudio anatomopatológico reveló que se trataba de un fibrotecoma sin alteraciones en anejo derecho. La paciente fue dada de alta sin complicaciones y tras 18 meses de seguimiento no ha presentado signos de recidiva de la enfermedad.

Conclusiones: Los tumores estromales del cordón sexual

constituyen un grupo polimorfo de neoplasias. El fibrotecoma como tal se considera tumor del estroma ovárico con diferenciación hacia las células de la teca o trofoblásticas. Los fibrotecomas extraováricos se pueden encontrar en un amplio rango de edad, informándose desde los 30 años de edad, hasta los 69 años en los casos publicados. Parece ser que el mejor dato clínico para su sospecha diagnóstica es la presencia de masa abdominal junto a los hallazgos radiológicos. Debido a su localización anómala su diagnóstico es un gran reto, ya que semejan múltiples lesiones como el sarcoma del estroma endometrial, el teratoma, el carcinoma indiferenciado, los carcinomas de células pequeñas y el tumor carcinoide. No obstante la inmunohistoquímica brinda una gran ayuda en su identificación. La recurrencia es poco frecuente, lo que también se evidencia en su presentación extraovárica. En general para estas neoplasias, el único factor asociado con una baja supervivencia, es la presencia de tumor residual y un estadio avanzado al momento del diagnóstico. En conclusión, los fibrotecomas extraováricos son neoplasias extremadamente infrecuentes, que parecen ser derivadas de tejidos gonadales ectópicos o de la diferenciación a estos, por parte de células mesenquimales primitivas. Su adecuado estudio por medio de una correcta correlación clínica, morfológica e inmunofenotípica, permite su reconocimiento entre el amplio número de variados diagnósticos diferenciales.

Técnica Listarr para reparación del rectocele vía transanal

Machado Romero, Ignacio; Soler Humanes, Rocío; Sanchiz Cárdenas, Elena; Moreno Ruiz, Francisco Javier; González Sánchez, Antonio; Muñoz Ortega, Antonio; Del Fresno Asensio, Antonio; Pérez Daga, José Antonio; Ramírez Plaza, César Pablo

Hospital Quirón Málaga

Objetivos: El rectocele implica la protrusión de la cara anterior del recto sobre la pared posterior de la vagina, que a su vez se prolapsa, en grado variable, hacia el exterior. A pesar de ser muy frecuente en el examen perineal y generalmente asintomático, también puede ser un hallazgo importante del síndrome de obstrucción defecatoria. En cuanto a su tratamiento, la existencia de varias vías de abordaje hace difícil sistematizar el tratamiento quirúrgico. Presentamos nuestra experiencia en la reparación de rectocele mediante la vía transanal empleando endograpadoras lineales y seamguard.

Material y métodos: Entre mayo del 2012 y noviembre del 2014 se han operado en nuestro centro 4 pacientes mujeres (edad media 57,1) con diagnóstico de obstrucción defecatoria secundaria a rectocele. Todas las pacientes presentaban evacuación incompleta y necesidad de digitación a través de la vagina, en las que tanto el tratamiento médico como el biofeedback habían fracasado. El estudio preoperatorio consistió en una exhaustiva historia clínica, examen físico, anuscopia, ecografía endoanal dinámica y RMN dinámica o defecografía. El procedimiento LISTARR consiste en una modificación de la técnica STARR (Stapled Transanal Rectal Resection) empleando endograpadoras lineales reforzadas

mediante seamguards. La técnica quirúrgica consiste en resecar la mucosa redundante que prolapsa mediante 2-3 cargas de sutura lineal. La duración media de la cirugía fue 23 ± 4 minutos (15-30 minutos). La estancia hospitalaria fue de 5 días de media (4-6 días). No hubo incidencias durante el postoperatorio inmediato.

Resultados: Hasta ahora, durante el seguimiento (12 meses), un paciente presentó proctalga leve con las deposiciones durante 1 semana y otros dos pacientes urgencia defecatoria que desapareció después de 3 meses. En cuanto a los resultados funcionales, 3 de nuestros pacientes se encuentran asintomáticas sin necesidad de digitación ni uso de laxantes o enemas. Sólo en el caso de la primera paciente persisten los síntomas de defecación obstructiva, probablemente derivados de una mala selección ya que se trataba de un rectocele alto para esta indicación. Han sido valoradas con RMN dinámica y ecografía endoanal dinámica a los 6 meses de la cirugía desapareciendo el rectocele en 3 de nuestros 4 pacientes.

Conclusiones: En los últimos años tres estudios han confirmado la efectividad de esta técnica, descrita inicialmente por Bresler, en el tratamiento quirúrgico de la defecación obstructiva con excelentes resultados funcionales. Como técnica transanal, este procedimiento es más sencillo y reproducible respecto a las otras técnicas transanales y procedimientos STARR, además del menor tiempo quirúrgico que supone. El sangrado rectal postoperatorio a nivel de la línea de grapas se puede prevenir mediante el uso de seamguard como propone De la Portilla en su trabajo consiguiendo además un refuerzo extra en la reparación del tabique rectovaginal. La selección de pacientes debe ser cuidadosa e idealmente serán pacientes con rectoceles puros y no altos, con cuello bien definido y sin gran componente de prolapso vaginal. Aunque en todas las series publicadas el número de pacientes es pequeño, todo parece indicar que se trata de un procedimiento seguro y fácil que mejora eficientemente la defecación obstructiva en determinados pacientes. No obstante se necesitan más estudios con un diseño prospectivo, randomizado y con mayor tamaño muestral para establecer conclusiones más fiables.

Adulto con malrotación y obstrucción intestinal

Machado Romero, Ignacio; Sanchiz Cárdenas, Elena; Soler Humanes, Rocío; González Sánchez, Antonio; Muñoz Ortega, Antonio; Del Fresno Asensio, Antonio; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Pérez Daga, José Antonio; Ramírez Plaza, César Pablo

Hospital Quirón Málaga

Introducción: La malrotación intestinal se diagnostica en la mayoría de los casos en la población pediátrica siendo extremadamente rara su presentación en adultos. El espectro clínico de la malrotación intestinal es amplio e inespecífico y en adultos puede presentarse de forma sintomática o asintomática. Se presenta un caso de obstrucción intestinal en adulto con diagnóstico de malrotación intestinal.

Material y métodos: Se trata de una mujer de 47 años derivada a nuestra consulta por molestias abdominales crónicas y aumento del perímetro abdominal con necesidad de consulta

en Urgencias de forma repetida. El examen físico, la exploración abdominal y rectal estaban dentro de la normalidad y no existían alteraciones en las pruebas de laboratorio de rutina. Aportaba TAC de abdomen en la que se diagnosticaba de malrotación intestinal. Para completar estudio se solicitó un tránsito gastrointestinal en el que se evidenció una alteración en la posición de las asas intestinales y el colon también en una mala posición con ubicación alta y central del ciego. Antes de la siguiente consulta acude de nuevo a Urgencias por dolor abdominal de fuerte intensidad acompañado de repetidas náuseas y vómitos postprandiales con síntomas vegetativos y afectación del estado general. Se realizó nuevo TAC de abdomen que informaba de posible hernia interna con signos de sufrimiento intestinal además de un cuadro de malrotación intestinal congénito en el que las asas de intestino delgado se situaban hacia el lado derecho y el ángulo duodenoyeyunal no cruzaba hacia la izquierda. Se realizó laparotomía exploradora que evidenció una brida firme que provocaba hernia interna con leve compromiso vascular a nivel del íleon terminal y una malrotación intestinal tipo «no rotación».

Resultados: En el postoperatorio la paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al sexto día postoperatorio con tránsito intestinal adecuado y sin dolor abdominal. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Conclusiones: Se define el término de malrotación intestinal como la rotación y fijación anómala del segmento medio del intestino primitivo. Las anomalías intestinales pueden ser clasificadas según el momento en el que se detiene la rotación intestinal en torno al eje de la arteria mesentérica superior durante la embriogénesis. Si solo se ha rotado 90°, el intestino delgado quedará íntegramente al lado derecho de la arteria mesentérica superior y el colon quedará a la izquierda, esto se conoce como «no rotación». La presentación crónica es más común en adultos, caracterizada por dolor y distensión abdominal, náuseas y vómitos durante varios meses o años. El tránsito gastrointestinal es el patrón oro para el diagnóstico de malrotación intestinal en el que los hallazgos van desde la visualización de un duodeno vertical que no cruza la línea media con la totalidad del intestino delgado en el lado derecho, el duodeno en apariencia de sacacorchos o parcialmente obstruido por bandas de Ladd y el colon ubicado en el lado izquierdo hasta los grados menores en donde el ciego está ausente de su posición habitual. El TAC aporta información sobre las posibles complicaciones asociadas. Todos los pacientes sintomáticos deben tratarse quirúrgicamente mediante el procedimiento estándar de Ladd. Nuestra paciente no presentaba sintomatología abdominal previa debida a su malrotación intestinal. En adultos asintomáticos la realización de este procedimiento es más controvertido, debido a la baja incidencia de vólvulos de intestino delgado.

Proctectomía interesfintérica o resección abdominoperineal en el cáncer distal de recto

Machado Romero, Ignacio; Sanchiz Cárdenas, Elena; Soler Humanes, Rocío; González Sánchez, Antonio; Muñoz Ortega, Antonio; Del Fresno Asensio, Antonio; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Pérez Daga, José Antonio; Ramírez Plaza, César Pablo

Hospital Quirón Málaga

Introducción: La resección abdomino-perineal de recto ha sido el tratamiento quirúrgico convencional para las neoplasias ubicadas en los 5 cm distales del canal anal. En esta localización, no se consideraba funcionalmente factible una preservación de esfínteres en el seno de unos márgenes oncológicos distal mínimo de 2 cm y circunferencial correctos. Recientemente, el papel de la radioterapia neoadyuvante y la descripción de procedimientos técnicos de resección rectal distal incluyendo porciones más o menos amplias del esfínter anal interno han permitido cirugías preservadoras de esfínteres con buen control locorregional oncológico.

Material y métodos: Caso clínico: Varón de 39 años que se diagnostica de adenocarcinoma de recto a 4 cm del margen en estudio endoscópico a raíz de clínica de dolor hipogástrico y rectorragia. Los estudios de ecografía endoanal y RNM pélvica son congruentes para una estadificación T₃N₁M₀, por lo que se indica quimiorradiación neoadyuvante que completa sin complicaciones y con respuesta de remisión parcial. Se interviene y se realiza una resección anterior de recto-sigma oncológica por vía laparoscópica y una proctectomía interesfintérica por vía perineal con sección de la mitad proximal del esfínter anal interno y anastomosis termino-terminal coloanal manual protegida por una ileostomía en asa. El informe de AP reveló un margen distal de 1 cm y una lesión residual de 1 cm con estadificación T₃N₁. El postoperatorio cursó sin complicaciones y tras recibir 5 ciclos de QT sistémica se ha reconstruido el tránsito con buen resultado funcional.

Conclusiones: Existen series importantes publicadas que demuestran que la proctectomía interesfintérica es una intervención técnicamente factible y oncológicamente segura para casos seleccionados de cáncer de recto distal por debajo de los 5 cm del margen perianal, con resultados de supervivencia y recidiva locorregional superponibles a series de resección abdomino-perineal para estadios similares.

Melanoma anal. Una entidad poco frecuente

Machado Romero, Ignacio; Soler Humanes, Rocío; Gaitan Pugliese, Diego; Martín Ruiz de la Herranz, José; Rey Pérez, Paloma; Alguacil González, Francisco; Herrera Gómez, Guillermo; Segura Cots, Jaime; Marín López, Vicente; Reyna de Miguel, José

Hospital Comarcal Axarquía

Introducción: El melanoma anal es una entidad infrecuente, muy agresiva y de mal pronóstico, sobre todo debido a su tendencia metastásica.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 39 años remitido a consulta de Cirugía Digestiva por proctalgi

y sangrado secundario a tumoración perianal que se etiqueta de hemorroides complicadas. A la exploración se evidencia tumoración perianal izquierda con áreas de necrosis y ulceración. Ante la sospecha de lesión maligna se interviene de manera preferente para exéresis-biopsia.

Resultados: La anatomía patológica tiene como resultado un melanoma maligno, ulcerado, Breslow 16 mm y con permeación vascular peritumoral. Se solicita TAC toraco-abdominal-pélvico para estadiaje de enfermedad en el que se encuentran lesiones metastásicas pulmonares y hepáticas, además de una importante afectación adenopática inguinal y retroperitoneal.

Es remitido al Servicio de Oncología Radioterápica para tratamiento. El paciente presenta una evolución tórpida y muy agresiva, con recidiva local, falleciendo a los 4 meses del diagnóstico.

Conclusiones: Es importante tener en cuenta esta entidad en el diagnóstico diferencial de lesiones anales. El diagnóstico vendrá establecido por la histología, ya que los signos clínicos y endoscópicos son inespecíficos. Se han ensayado múltiples abordajes en el tratamiento de este tipo de neoplasias si bien ninguna de ellas ha mostrado conseguir un resultado positivo en supervivencia significativa.

Abdomen agudo por Divertículo de ileon proximal perforado con absceso intramesentérico.

Escalera Pérez, Raquel; Jiménez Vaquero, María José; Díaz Oteros, Mercedes; Melero Brenes, Sandra; Sánchez Bautista, Wilson; Medina Achirica, Carlos; García Molina, Francisco.

Hospital de Jerez

Introducción: la diverticulosis de intestino delgado es una enfermedad poco frecuente, que por lo general suele permanecer asintomática o con síntomas inespecíficos. Las localizaciones más frecuentes son a nivel duodenal y el divertículo de Meckel, siendo mucho más rara en yeyuno e ileon. Este tipo de divertículos se hernian a través del orificio de penetración de los vasos hacia el lado mesentérico, aprovechando la debilidad de la pared intestinal. Una de las causas a descartar en caso de perforación es la impactación de un enterolito. Menos del 10% presentan complicaciones agudas y se presentan como un abdomen agudo.

Caso clínico: paciente de 71 años sin alergias medicamentosas, con hernia de hiato, intervenido de prótesis de cadera, dos hernias inguinales, cáncer de próstata y por obstrucción intestinal por bridas. En tratamiento con Omeprazol. Acude al Servicio de Urgencias por segunda vez por dolor abdominal de predominio hipogástrico, sin estreñimiento, ventosea habitualmente y con escasa sensación nauseosa. A la exploración el abdomen está algo distendido, blando en hemiabdomen superior, con dolor y defensa en hipogastrio. No se palpan masas ni megalias ni orificios de hernias. Analíticamente está sin leucocitosis, ni neutrofilia Hb: 12,2mg/dl y PCR 177 mg/L. Radiografía simple de abdomen donde se observa neumoperitoneo. Se realiza TAC abdominal: neumoperitoneo con marcados cambios inflamatorios en la grasa mesentérica

y pequeñas colecciones asociadas, siendo el cuadro sugestivo de perforación de intestino delgado, aparentemente ileon proximal. Divertículos en colon descendente y sigma. En base a los resultados se decide laparotomía exploradora apreciándose divertículo perforado a nivel de ileon proximal en borde mesentérico con signos inflamatorios y absceso en su meso. Se realiza extirpación del tramo de intestino afecto realizándose anastomosis laterolateral isoperistáltica.

Resultados: Los resultados de Anatomía Patológica confirmaron el diagnóstico de divertículo intestinal con enteritis aguda gangrenosa perforada y mesenteritis aguda e ileitis aguda secundaria a perforación diverticular hacia meso. El postoperatorio transcurre sin incidencias, el paciente es dado de alta sin dolor, sin complicaciones de la herida y tolerando dieta con buen tránsito a los cinco días postoperatorios.

Conclusiones: la perforación de divertículos ileales es muy rara, a tener en cuenta cuanto más divertículos tenga el paciente. El motivo de la perforación suele ser en el contexto de una diverticulitis aguda o cuerpos extraños. El inicio del cuadro clínico suele ser larvado ya que no origina peritonitis difusa siendo el absceso localizado. El diagnóstico se realiza habitualmente mediante técnicas radiológicas siendo la de elección el TAC. El tratamiento de elección es la resección del segmento afecto.

Tumoración umbilical: implante endometriósico ectópico.

González Callejas, Cristina; Huertas Peña, Francisco; Becerra Masare, Antonio; Pérez Durán, Carmen; González Crespo, Francisco

Hospital Inmaculada Concepción, Granada

Introducción: La endometriosis es una enfermedad ginecológica que se define como un proceso invasivo benigno y que puede afectar a múltiples localizaciones. Presentamos un caso atípico de localización umbilical sin cirugía previa.

Objetivos: Conocer la existencia de afectación umbilical de la endometriosis para tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial de la tumoración en dicha localización.

Material y método: Paciente de 40 años con AP de reacción cutánea a cefazolina y antecedentes personales de varios tratamientos de fertilidad que acude a Consultas Externas por tumoración umbilical de un año de evolución. Refiere tumoración dolorosa que se modifica con los ciclos menstruales y que apareció tras comenzar con el tratamiento de fertilidad. A la exploración se palpa nódulo sólido, doloroso, adherido a planos profundos de aproximadamente un centímetro y medio y que no se modifica con las maniobras de Valsalva. Se realiza ecografía abdominal que informa de lesión de aspecto sólido, de unos 11,5 x 6,2 mm, con buena transmisión sónica posterior. Los hallazgos, aunque inespecíficos, y dada la clínica de la paciente pudieran corresponder con un implante endometriósico ectópico. Es intervenida extirpándose la tumoración junto con la piel y el tejido adyacente. El postoperatorio cursó sin complicaciones siendo dada de alta a las 24 horas. La anatomía patológica fue informada como implante

de endometriosis por lo que se derivó a la paciente a Consulta de Ginecología para estudio y posterior seguimiento.

Resultados: La endometriosis es una enfermedad ginecológica frecuente. Se estima que afecta a 1 de cada 5 mujeres en edad fértil. Predomina en mujeres de raza blanca de entre 35 y 45 años. Se relaciona con la esterilidad primaria ya que entre un 26 y un 39% de las pacientes presentan endometriosis, y son infértiles del 30 al 50% de las mujeres afectadas. Existen múltiples teorías para explicar el origen de la enfermedad. Una de ellas aboga por la diseminación linfática y vascular lo que en nuestro caso podría explicar el implante umbilical en una paciente sin antecedentes de enfermedad previos ni cirugías. La clínica varía según la extensión de la patología, sin que existan síntomas patognomónicos. La presencia de nódulos que varían con la menstruación o sangran pueden hacerlos sospechar su origen. En cuanto al diagnóstico las pruebas de imagen pueden ser de utilidad como en nuestro caso pero el diagnóstico definitivo es por visión directa de la lesión y el estudio anatomopatológico. El tratamiento de los implantes es, por tanto, quirúrgico. La aparición de los mismos a nivel umbilical ha aumentado en relación con el aumento de la laparoscopia. La extirpación completa de los nódulos es útil tanto para el diagnóstico como para el tratamiento definitivo de los mismos.

Conclusiones: La afectación umbilical de la endometriosis es rara en pacientes asintomáticas y sin cirugías abdominales previas pero hemos de considerarla en el diagnóstico diferencial en mujeres jóvenes con tumoración umbilical que se modifica con la menstruación.

Abdomen agudo por diverticulitis yeyunal.

González Callejas, Cristina; Huertas Peña, Francisco; Becerra Masare, Antonio; Pérez Durán, Carmen; González Crespo, Francisco

Hospital Inmaculada Concepción, Granada

Introducción: La diverticulosis yeyunal es una enfermedad poco común que cursa de forma asintomática en la mayoría de los casos. Sus complicaciones, sin embargo, se manifiestan en forma de abdomen agudo cuyo diagnóstico preoperatorio es difícil. Presentamos un caso de diverticulitis yeyunal perforada.

Objetivos: Presentar un caso de diverticulitis yeyunal perforada para tener esta entidad en cuenta en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo y así disminuir la morbimortalidad asociada a su diagnóstico complejo.

Material y método: Paciente con antecedentes personales de colecistectomía, apendicectomía, eventraplastia y herniorrafia que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal, distensión, sensación distérmica y náuseas sin vómitos. En la exploración a su llegada destaca fiebre de 38,6°, consciente y orientado, mal estado general. Abdomen distendido con cicatrices de las intervenciones previas. Dolor a la palpación superficial de forma generalizada con peritonismo positivo. En la analítica destaca leucocitosis con desviación izquierda, coagulación normal, elevación de PCR y sedimento urinario normal. Se realiza TAC abdominal y pélvico donde

se visualiza un asa de yeyuno engrosada en región de mesogastrio-flanco izquierdo y equieños focos de neumoperitoneo dispersos por la cavidad peritoneal. Estos hallazgos sugieren perforación de asa yeyunal con dos abscesos adyacentes y mínimo neumoperitoneo. Es intervenido encontrándose plastrón inflamatorio por perforación de un divertículo yeyunal en borde mesentérico.

Se realiza resección y anastomosis T-T con GIA. El postoperatorio cursa sin complicaciones por lo que el paciente es dado de alta al 8º día postoperatorio.

Resultados: La incidencia de la diverticulosis yeyuno-ileal oscila entre 0,02 y 7% de la población. La diverticulosis yeyunal sintomática se presenta, en la mayoría de los casos en población adulta con un predominio en hombres entre la sexta y séptima década. La afectación yeyunal es más frecuente que la ileal. La etiología es multifactorial por la asociación de una alteración del músculo liso que origina discinesia y el aumento de presión intraluminal a nivel de la entrada de los vasos sanguíneos, que es la zona de mayor debilidad de la pared, originando los divertículos. En cuanto a la clínica, la mayoría son asintomáticos. Pueden producir síntomas inespecíficos relacionados con alteraciones de la motilidad intestinal o cuadros de malabsorción. Las complicaciones agudas se presentan en un 10-20% de los casos. Las más frecuentes son la diverticulitis con perforación, la hemorragia y la obstrucción intestinal. El diagnóstico preoperatorio en estos casos es poco frecuente. Tanto la radiología simple como la ecografía no son útiles. El TAC es la prueba de elección pudiéndose observar engrosamiento de la pared de un asa intestinal y del meso con presencia de aire extraluminal o abscesos. En el caso de la hemorragia y si el estado del paciente lo permite se utiliza la arteriografía mesentérica para la localización del sangrado.

El tratamiento médico de las formas sintomáticas consiste en la administración de analgésicos y reguladores de la motilidad intestinal. En el caso de las diverticulitis no perforadas está indicada la antibioterapia y reposo digestivo con buenos resultados. El drenaje percutáneo supone una alternativa al tratamiento quirúrgico cuando existen abscesos intraabdominales sin afectación difusa.

El tratamiento quirúrgico está indicado en todos los casos de abdomen agudo. El abordaje laparoscópico puede ser una opción cuando el diagnóstico preoperatorio no está claro como ocurre en la mayoría de los casos. La resección del segmento afectado y la posterior anastomosis es la técnica más empleada. La mortalidad en algunas series llega hasta el 30% que se justifica con la tardanza del diagnóstico correcto y con ello la realización del tratamiento adecuado.

Conclusiones: La diverticulosis yeyunal es una entidad poco frecuente cuyas complicaciones se manifiestan en forma de abdomen agudo que requiere tratamiento quirúrgico. Su diagnóstico preoperatorio, debido a la gran diversidad de manifestaciones clínicas, constituye un reto que puede mejorar la morbimortalidad de forma significativa al tratarse de forma precoz.

Suboclusión intestinal crónica por divertículo de Meckel

González Callejas, Cristina; Huertas Peña, Francisco; Becerra Masare, Antonio; Pérez Durán, Carmen; González Crespo, Francisco

Hospital Inmaculada Concepción, Granada

Introducción: El divertículo de Meckel supone la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal presentándose en aproximadamente un 2% de la población, con una incidencia del doble en hombres que en mujeres. La mayoría de los casos son asintomáticos apareciendo tan sólo en un 4% complicaciones tales como sangrado u obstrucción intestinal, frecuentemente por debajo de los dos años. La hemorragia aguda es la complicación más frecuente en niños y adolescentes mientras que la obstrucción intestinal lo es en el adulto.

Objetivos: Presentamos un caso de obstrucción intestinal en el adulto tras una clínica de suboclusión de diez años de evolución

Material y método: Paciente mujer de 60 años con Antecedentes Personales de HTA en tratamiento y cuadros de suboclusión intestinal de repetición que acude al Servicio de Urgencias por vómitos de repetición y ausencia de emisión de heces y gases. Analítica sin alteraciones. Se realiza tránsito intestinal con gastrografin evidenciándose dilatación de asas de intestino a nivel de ileon con niveles hidroaéreos. Ileon mecánico. Es intervenida de forma urgente encontrándose en zona terminal de ileon terminal varias asas formando una omega con adherencias entre ellas. Se realiza resección de ileon con anastomosis T-T manual. El postoperatorio cursa sin complicaciones por lo que es dada de alta al quinto día postoperatorio. La anatomía patológica informa de la existencia de divertículo de Meckel. La paciente continua en seguimiento en Consultas Externas sin ninguna complicación.

Resultados: El divertículo de Meckel es una anomalía del intestino delgado por la ausencia de obliteración del conducto onfalomesentérico. Supone la anomalía congénita más frecuente encontrándose entre un 2 a un 4% de la población general. En cuanto a la distribución por sexos algunos autores afirman una predilección por el sexo masculino. Desde el punto de vista de la anatomía patológica cuentan con las tres capas que constituyen el intestino normal y se describe como una evaginación de unos 3 cms de media. La mayoría de los casos, hasta un 75%, son asintomáticos. Las formas sintomáticas en edad pediátrica se manifiestan en forma de sangrado mientras que en la edad adulta lo hacen en forma de obstrucción o suboclusión como en nuestro caso. Cursan con cuadros de dolor intermitente, distensión abdominal y estreñimiento que en muchos casos se resuelven de manera conservadora. El diagnóstico es difícil por la ausencia de datos específicos en la radiología simple. En cuanto al tránsito baritado rara vez se pone en evidencia. La TAC puede aportar datos de obstrucción sin aportar la causa. El tratamiento de los casos sintomáticos es quirúrgico bien con resección del divertículo o resección del ileon afectado. En los asintomáticos algunos autores sugieren la resección profiláctica en caso de que se encuentre incidentalmente.

Conclusiones: El diagnóstico de divertículo de Meckel es difícil. Debe sospecharse en pacientes adultos con cuadros de suboclusión de repetición. Una vez diagnosticados, el tra-

tamiento quirúrgico es sencillo, con bajo morbimortalidad y con una mejoría de los síntomas.

Tratamiento de la ascitis quilosa abdominal.

González Callejas, Cristina; Huertas Peña, Francisco; Becerra Masare, Antonio; Pérez Durán, Carmen; González Crespo, Francisco

Hospital Inmaculada Concepción, Granada

Introducción: La ascitis quilosa es la acumulación de líquido rico en triglicéridos en la cavidad abdominal. Entre las etiologías frecuentes destacan los procesos neoplásicos y las ascitis postoperatorias. El tratamiento quirúrgico sólo se contempla cuando no existe respuesta al tratamiento médico conservador.

Objetivos: Presentamos un caso de ascitis quilosa postoperatoria que responde de forma satisfactoria al tratamiento médico con octeotride y dieta rica en proteínas.

Material y método: Paciente de 51 años con AP de intervención quirúrgica de masa retroperitoneal con quiloascitis crónica que acude al Servicio de urgencias por fiebre, astenia y aumento del perímetro abdominal. En la exploración se evidencia distensión abdominal, no dolor a la palpación, no signos de peritonismo. En la analítica leve aumento de transaminasas sin otras alteraciones. Se realiza TAC abdominal que informa de la presencia de severa cantidad de líquido ascítico, valorar fibrosis retroperitoneal. Se realiza paracentesis evacuadora con alto débito y estudios microbiológicos y anatomopatológicos negativos. Se pauta tratamiento médico conservador con dieta absoluta y octeotride con mejoría clínica importante por lo que es dada de alta a los 10 días. En seguimiento en Consulta en el momento actual.

Resultados: La ascitis quilosa es la acumulación de líquido rico en triglicéridos en la cavidad abdominal. Existen múltiples etiologías: procesos neoplásicos, infecciones, malformaciones congénitas del sistema linfático así como cirrosis. En cuanto a la incidencia es baja pero ha aumentado con la mayor supervivencia de los pacientes oncológicos y la realización de intervenciones más agresivas. La presentación clínica es la distensión abdominal que puede acompañarse de dolor abdominal, fiebre, astenias y, según la etiología, fiebre. Las pruebas complementarias como la ecografía y la TAC nos informan de la presencia de líquido intraabdominal pero el diagnóstico de confirmación nos lo proporciona el análisis de la ascitis donde se evidencian concentraciones de triglicéridos muy elevadas. El tratamiento de elección es el tratamiento médico con dieta y diuréticos. Las paracentesis de repetición también son utilizadas para la descompresión abdominal. Otras medidas útiles son la nutrición con triglicéridos de cadena media y el octeotride con altas respuestas al tratamiento. La cirugía queda relegada a aquellos casos refractarios.

Conclusiones: La ascitis quilosa es una entidad de baja frecuencia pero que puede aparecer tras cirugías abdominales. Suele responder a tratamiento conservador con dieta, diuréticos y somatostatina siendo el tratamiento quirúrgico la opción terapéutica de elección tan solo en casos refractarios.

FACTORES QUE INFLUENCIAN LA RECIDIVA DE HEPATOCARCINOMA EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPATICOS

Perea del Pozo E, Tinoco González J, Bernal Bellido C, Cepeda Franco C, Álamo Martínez JM, Suárez Artacho G, Marín Gómez LM, Serrano Díez-Canedo J, Padillo Ruiz J, Gómez Bravo MA

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: La supervivencia del paciente trasplantado hepático por hepatocarcinoma (CHC) se ve afectada por la recurrencia del mismo.

La recurrencia puede ser precoz o tardía y ocurrir con más frecuencia en aquellos tumores que sobrepasan los criterios de Milán en el explante. El tratamiento pretrasplante del CHC podría modificar las mismas. Del mismo modo estudio recientes demuestran que el grado histológico del carcinoma hepatocelular (CHC) es un importante factor pronóstico así como los niveles de alfafetoproteína parecen relacionarse con la recurrencia del tumor.

Objetivos: Determinar las tasas de recurrencia del CHC en pacientes trasplantados por dicha etiología en función del grado histológico del explante según criterios de Edmonson-Steiner, los niveles de alfafetoproteína del estudio pretrasplante y la relación entre el cumplimiento de los criterios de Milán y la recurrencia (recurrencia precoz: <1 año, vs recurrencia tardía: > 1 año).

Estudiar si el tratamiento pretrasplante influye en las mismas y valorar la supervivencia de estos pacientes así como la invasión vascular y capsular determinada en el explante.

Pacientes y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los 960 pacientes trasplantados hepáticos en nuestra Unidad desde 1990 a 2012. Seleccionamos los trasplantados por carcinoma hepatocelular 159 y excluimos 19 pacientes fallecidos en el primer mes. Establecimos dos grupos: (explante cumple, o no, criterios de Milán) y se han determinado las tasas de recurrencia precoz y tardía. Se ha realizado una base de datos con las variables demográficas de los pacientes, fecha del trasplante, tratamiento pretrasplante, tamaño tumoral, nº de nódulos en explante, infiltración capsular, invasión vascular, criterios de Milán, recidiva precoz o tardía, fecha de recidiva, fecha de éxitus o último seguimiento.

En otra tabla dentro de la misma base de datos se analizan niveles de alfafetoproteína, Grado de Edmonson, etiología de hepatocarcinoma, recidiva precoz o tardía, fecha de recidiva, fecha de éxitus o último seguimiento. Hemos excluido los explantes con tumor necrosado por tratamiento pretrasplante, dividiendo los restantes en dos grupos (G1 y G2 vs G3 y G4).

Los datos continuos se informaron como medias. Las estimaciones de supervivencia se calcularon utilizando el método de Kaplan-Meier, la comparación de resultados entre los grupos se realizó mediante la prueba de log-rank. El valor de p inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se realizaron 960 trasplantes hepáticos, 178 de los cuales (18,5%) tuvieron como motivo el HCC siendo de ellos el 87% varones. De los casos estudiados el 86,3% de los pacientes no presentan recidiva posterior durante su seguimiento, siendo positiva en el 13,7%. Calculamos la recidiva precoz (primer año) que equivale a un 5,8% ocurriendo de

media a los 6 meses ($\pm 1,8$) y la recidiva tardía restante de 40 meses (± 35 meses). El análisis de la recidiva, según la etiología, no arroja resultados significativos ($p=0,95$).

Los niveles medios de Alfafetoproteína en pacientes trasplantados que presentan una recurrencia es de $1228,6 \pm 4107$ UL/ml en relación a la de los pacientes sin recurrencia que corresponde a $143,3$ UL/ml (± 622) siendo significativo con una $P=0,007$.

Al analizar la relación de recidiva según grupos de grado histológico (G1-G2 vs G3-G4) no encontramos significativos ($P=0,74$)

Al analizar la relación de recidiva según se cumplan o no criterios de Milán del explante obtenemos resultados estadísticamente significativos ($p=0,005$). Para los HCC con invasión vascular o capsular los resultados también fueron significativo ($p=0,001$). El haber recibido tratamiento preTH no ha mostrado significación en cuanto a recidiva. La supervivencia en el grupo con recidiva es inferior al grupo sin esta (73%, 42% y 0% a los 1, 3 y 5 años, frente a 86%, 81% y 79% a los 1, 3 y 5 años). Al analizar independientemente si se cumplen criterios de Milan, invasión capsular y vascular la supervivencia también se afecta de modo similar.

Conclusiones: La recurrencia del carcinoma hepatocelular determina la supervivencia de los pacientes trasplantados hepáticos por esta etiología. Ésta se presenta con mayor frecuencia en aquellos pacientes que sobrepasan en el explante los criterios de Milán, que presentan infiltración capsular o invasión vascular.

Encontramos diferencias en recurrencia precoz y tardía que se presenta con mayor frecuencia en los pacientes que sobrepasan los criterios de Milán.

No encontramos diferencias, en la etiología viral ni en la cirrosis ni tampoco en aquellos pacientes con, o sin, tratamiento previo en lista de espera.

La recurrencia se presenta con mayor frecuencia en aquellos pacientes que presentan mayores niveles de alfafetoproteína en el estudio pretrasplante. No encontramos diferencias en recurrencia precoz y tardía que se presenta con mayor frecuencia en los pacientes que presentan poca diferenciación histológica en el explante frente a los que sí la presentan.

Síndrome de Congestión Pélvica como causa de laparoscopia exploradora

Perea del Pozo, Eduardo; Durán Muñoz-Cruzado, Virginia; Ventura Sauci, Laura; Machuca Casanova, José María; Padillo Ruíz, Javier; Docobo Durántez, Fernando

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: Un 20% de las mujeres que padece fuertes dolores pélvicos en edad fértil sufre sin saberlo el Síndrome de Congestión Pélvica (SCP), un cuadro poco diagnosticado de reciente descubrimiento y escasamente estudiado. Las varices internas en las zonas útero-ováricas causan dolor pélvico crónico relacionado con los días de cambios hormonales durante la menstruación. Se ha identificado como motivo de hasta un 10% de las laparoscopias diagnósticas por dolor

abdomino-pelvico recurrente siendo por lo tanto de vital importancia su conocimiento para el cirujano.

Objetivos: Actualización y revisión bibliográfica a cerca de un síndrome ampliamente desconocido que supone causa significativa de laparoscopias exploradoras en nuestros quirófanos de urgencias.

Material y método: Mujer de 45 años sin antecedentes médicos de interés, que presenta varices en miembros inferiores en tratamiento oral con venotónicos y como cirugías previas amigdalectomía en la infancia e implante de prótesis mamarias. Paciente estudiada durante un año en consultas de MI por dolor pélvico recurrente que motivó múltiples asistencias a Urgencias del Hospital Virgen del Rocío sin encontrar motivo somático. Análíticas normales, Eco abdominal con mioma uterino de 12mm sin complicaciones.

La paciente es derivada a las consultas de Cirugía General donde se solicita Angio-Tac que evidencia a nivel pélvico abundantes varices parauterinas existiendo también aumento del calibre de ambas venas gonadales. Se solicita Flebografía gonadal como técnica diagnóstica definitiva y terapéutica para el Síndrome de Congestión Pélvica mostrando mejoría espectacular en sucesivas consultas.

Discusión: El dolor pélvico crónico (DPC) en la mujer es una condición muy común en la consulta de cirugía a pesar de ser una patología ginecológica, que afecta a las pacientes durante sus años reproductivos, requiere múltiples valoraciones médicas y produce gran impacto socioeconómico por la incapacidad que genera, afectando aproximadamente al 20% de las mujeres. La paciente consulta por dolor pélvico intermitente o continuo, unilateral o bilateral a nivel hipogástrico y en quien aparentemente no se le encuentra enfermedad. Aumenta con la presión intraabdominal y la irrigación pélvica, como el coito, la marcha, la bipedestación por largos periodos y levantar peso, mientras que cede al reposar en decúbito supino. Pueden existir crisis agudas de dolor que son interpretadas en los servicios de urgencias como cuadros de enfermedad pélvica inflamatoria sin estar asociada a clínica intestinal o urinaria. Las varices vulvares o en la cara interna del muslo se encuentra en 10 a 24 % de las pacientes con SCP con comunicación con el sistema venoso safeno profundo. La flebografía es la técnica diagnóstica gold estándar, una vez descritas las ectasias venosas se trata mediante laparoscopia o radiología intervencionista cateterizando selectivamente las venas ováricas derecha e izquierda e inyectando un químico esclerosante, evidenciado una mejoría entre 50 y 90 % de las pacientes sometidas a embolización.

Conclusiones: Es importante tener en cuenta el SCP en mujer en edad reproductiva con antecedentes de gestaciones a término y dolor pélvico crónico de difícil control analgésico.

Requiere para su confirmación el uso de venografía, ecografía transvaginal doppler en bipedestación con Valsalva o estudio de resonancia magnética nuclear dinámica.

Debido a la fisiopatología del síndrome de congestión pélvica la propuesta de tratamiento más eficaz se orienta a aquellos que bloquean las venas ováricas ya sea via laparoscópica o radiología intervencionista.

Hernia laparotómica con quiste renal gigante en su interior

Hernández González, José Manuel; Perez Lara, Francisco Javier; Sanchiz Cárdenas, Elena; Oehling de los Reyes, Hermann; Doblás Fernández, Juan; Del Rey Moreno, Arturo; Oliva Muñoz, Horacio

Hospital de Antequera

Introducción: La hernia laparotómica o incisional es una patología que se genera como consecuencia de una disrupción de la fascia o aponeurosis después de un cierre laparotómico, presentando en su interior habitualmente grasa preperitoneal o asas de intestino delgado y colon.

Los quistes renales simples constituyen el tipo de lesión quística más frecuente del riñón, permaneciendo en su mayoría asintomáticos, pero causando síntomas con el crecimiento de los mismos, principalmente por compresión mecánica de estructuras vecinas.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 82 años intervenida previamente por peritonitis y que posteriormente requirió cirugía en dos ocasiones por hernia laparotómica. Debido a infección de la malla, esta tuvo que ser retirada, persistiendo una gran eventración. Ocho años después es diagnosticada de un cáncer de sigma, objetivándose en el TAC realizado como estudio de extensión del mismo un enorme quiste renal derecho de 29 x 21 cm en el interior de la evisceración.

Resultados: Tras realizarse una hemicolectomía izquierda, con resección y marsupialización del quiste renal y reparación de la hernia laparotómica, la paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta ocho días después de la cirugía.

Conclusiones: A pesar de que el laparocèle constituye una de las patologías más frecuentes para el cirujano general, presentando en múltiples ocasiones parte del paquete intestinal en su interior, no hemos encontrado en la literatura referencias sobre lesiones quísticas renales formando parte del contenido de la hernia laparotómica.

El abordaje laparoscópico ha sido realizado con éxito en el tratamiento de los quistes simples renales de gran tamaño. La aspiración percutánea de quistes renales junto con la inyección de agentes esclerosantes se han explorado como una potencial opción de tratamiento, pudiendo resultar especialmente eficaz en quistes de pequeño tamaño.

Sin embargo, en nuestro caso, dados los antecedentes quirúrgicos de la paciente y la patología actual, se optó por la cirugía convencional, desestimando el tratamiento percutáneo de la lesión por su tamaño y la necesidad de cirugía para el tratamiento de la neoplasia de colon y la reparación de la pared abdominal.

Complicaciones en cirugía de la hernia de hiato: migración de la malla.

Hernández González, José Manuel; Perez Lara, Francisco Javier; Sanchiz Cárdenas, Elena; Oehling de los Reyes, Hermann; Galeote Quecedo, Tania; Del Rey Moreno, Arturo; Oliva Muñoz, Horacio

Hospital de Antequera

Introducción: El uso de mallas no reabsorbibles se ha generalizado en la cirugía de la hernia de hiato, con el objetivo de reducir la tasa de recurrencias. Sin embargo, esta técnica no está exenta de complicaciones, tales como la erosión y fibrosis de estructuras adyacentes, con el consiguiente riesgo de formación de fístulas o migración de las mismas.

Objetivos: Presentamos a dos pacientes intervenidas en nuestro centro por hernias de hiato de gran tamaño, tratándose con mallas de diferentes materiales (politetrafluoroetileno y prolene) para reforzar el cierre de los pilares diafragmáticos. En ambas hubo migración de la malla al interior de la luz esofágica.

Material y método: Caso 1: Paciente de 71 años intervenido por hernia paraesofágica con estómago intratorácico tres años antes, realizándose funduplicatura de Nissen – Rossetti laparoscópica y cerrando el orificio herniario con una malla de PTFE. El paciente fue dado de alta a las 24 horas de la cirugía, sin complicaciones en el postoperatorio inmediato. Dos años después, en el contexto de disfagia tanto para sólidos como líquidos, se realiza endoscopia digestiva alta, la cual reveló estenosis de la luz esofágica distal, con impactación de un cuerpo extraño adherido a la pared del esófago y úlceras en la mucosa. El paciente fue reintervenido, realizándose endoscopia intraoperatoria, que mostró un objeto extraño intraesofágico identificado como la malla de PTFE, la cual se retiró por completo. Caso 2: Paciente de 57 años intervenida 12 años antes por hernia paraesofágica gigante, asociada a reflujo, pirosis y disfagia leve, realizándose funduplicatura de Nissen laparoscópica y colocación de malla de prolene. Debido a disfagia progresiva y epigastralgia postprandial, se realiza TAC de abdomen que muestra una imagen radiológica heterogénea con realce de contraste alrededor del cardias. En endoscopia digestiva alta se reveló un cuerpo extraño situado a 39 cm de distancia desde el arco dental y fijado sobre una lesión elevada en forma de cúpula de la mucosa con aspecto neoplásico, de la cual se tomaron muestras para la biopsia; informadas como hiperplasia escamosa sin atipia celular. Una segunda endoscopia realizada 4 semanas después evidenció la completa migración de la malla a la luz esofágica, permitiendo la extracción de la misma.

Resultados: En ambos casos la evolución tras retirar la malla fue favorable, desapareciendo los síntomas y sin detectar alteraciones en el seguimiento en consulta, con ph-metrías y endoscopias de control normales.

Conclusiones: La utilización de mallas en la cirugía de la hernia hiatal resulta técnicamente compleja, tanto por la disposición oblicua de los pilares, que dificulta la fijación de la misma, como por los movimientos del esófago. Estas circunstancias, unidas al hecho de que la malla va a estar en contacto con el esófago, aumentan el potencial de erosionarlo o perforarlo.

La migración de malla hiatal en la cavidad torácica representa aproximadamente el 0,5 % de complicaciones en grandes series, observándose en casos excepcionales la migración transmural en el tracto gastrointestinal. El diagnóstico se realiza a través de pruebas de imagen (tránsito gastroduodenal y endoscopia digestiva alta). El tratamiento de elección consiste en un abordaje mixto de endoscopia asistida por laparoscopia,

siendo importante determinar si la malla está completamente libre en la luz del esófago, para evitar el desarrollo de fístulas.

Diagnóstico diferencial en el dolor torácico con disnea: hernia de hiato gigante.

Escalera Pérez, Raquel; Melero Brenes, Sandra; Sánchez Bautista, Wilson; Domínguez Reinado, Rosario; Medina Achirica, Carlos; Mateo Vallejo, Francisco; García Molina, Francisco.

Hospital de Jerez

Introducción: el defecto del hiato esofágico implica su agrandamiento de manera progresiva, lo que favorece el paso del contenido abdominal hacia el mediastino. Existen cuatro tipos de hernias: I unión gastroesofágica se desliza hacia el mediastino manteniéndose ahí, II fundus, III unión gastroesofágica y fundus y IV unión gastroesofágica, fundus y vísceras como epiplón mayor, intestino grueso e intestino delgado. La clínica clásica consiste en reflujo, pirosis, dolor tipo cólico, malestar postprandial, anemia ferropénica y los relacionados con la compresión torácica: opresión retroesternal, palpitaciones con la ingesta, disnea y aspiraciones. Las pruebas complementarias para su diagnóstico son: Radiografía de tórax, estudio gastroduodenal, manometría, phmetría, endoscopia y TAC

Caso clínico: paciente de 62 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor torácico y disnea súbita mientras comía con vómitos. Refiere molestias epigástricas en las últimas semanas siendo tratado como cólico biliar. Alergia al diclofenaco. AP: HBP, obesidad grado II, Gota. A la exploración el abdomen es globuloso, blando y depresible sin signos de irritación peritoneal. Analítica sin alteraciones, ecg normal, radiografía donde se aprecia gran hernia de hiato, se aprecia todo el estómago en mediastino. Se realiza TAC donde se identifica gran hernia de hiato que contiene la totalidad del estómago y epiplón menor, ocasionando atelectasia adhesivocicatrizal en ambos lóbulos inferiores. Signos de efecto masa sobre vena pulmonar inferior derecha, pared posterior de aurícula izquierda y pared postero-inferior y basal del ventrículo izquierdo. Hernia de Spiegel bilateral. Todo ello compatible con Hernia de hiato tipo III. Se propone para cirugía realizándose cardioplastia y funduplicatura de Touppet que se convierte por imposibilidad de identificar la crura, se realizan secciones de descarga para la herniorrafia en hemidiafragma izquierdo. Se realiza además plastia del defecto diafragmático con una malla de Permacol y se deja tubo de tórax.

Resultados: El paciente evoluciona de forma satisfactoria, con leve disnea y derrame pleural izquierdo que desaparece. Asintomático al alta al décimo día postoperatorio.

Conclusiones: el síntoma clave puede ser torácico en algunos casos de hernias de hiato, por lo que debemos incluirlos en el diagnóstico diferencial del mismo. Las bases del tratamiento quirúrgico son: reducción de la hernia y extirpación del saco, cierre del hiato esofágico con puntos o con una malla si es necesario, reposición esófago a nivel intraabdominal y asociar técnica antirreflujo.

Síndrome de Zollinger-Ellison con tumor primario en hígado

Senent Boza, Ana; Ramallo Solís, Irene; Bernal Bellido, Carmen; Álamo Martínez, Jose María; Suárez Artacho, Gonzalo; Marín Gómez, Luis Miguel; Padillo Ruiz, Francisco Javier; Gómez Bravo, Miguel Ángel

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción y objetivos: En el 90% de los casos, los gastrinomas se localizan en lo que suele denominarse «triángulo del gastrinoma». Frecuentemente asocian metástasis hepáticas al diagnóstico, siendo mucho más inusual que el tumor primario se localice en el hígado. Presentamos el caso de una mujer de 58 años con síndrome de Zollinger-Ellison con tumor primario intrahepático.

Material y método: Mujer de 58 años que debuta con clínica de epigastralgia, pirosis, náuseas y vómitos, diarrea y pérdida ponderal. El análisis bioquímico pone de manifiesto una hipergastrinemia. El estudio de localización del gastrinoma mediante TC, RMN, ecoendoscopia, octreoscan y DOPA-PET únicamente muestra una lesión hepática compatible con metástasis de tumor neuroendocrino. Durante la intervención se realiza una minuciosa exploración de la cavidad abdominal, incluyendo ecografía intraoperatoria, sin que se localice foco tumoral distinto a la lesión hepática. El análisis anatomopatológico e inmunohistoquímico describe la lesión como tumor neuroendocrino de bajo grado secretor de gastrina. El postoperatorio fue favorable y durante el mismo la paciente presentó niveles de gastrinemia normales, que se mantienen 12 meses después de la cirugía.

Resultados: El tratamiento definitivo del gastrinoma requiere la resección quirúrgica tras la localización tumoral, habitualmente mediante TAC, ecoendoscopia y octreoscan, aunque ésta no siempre es posible y un número no despreciable de casos llega a la intervención sin una localización exacta del tumor, lo que precisa una minuciosa exploración quirúrgica e incluso ecografía intraoperatoria. Aún así, el tumor puede permanecer indetectable, lo que dificultará el control de la enfermedad, dado que el único tratamiento curativo es la cirugía.

Conclusiones: Los gastrinomas suelen localizarse en el páncreas o el duodeno, siendo la localización hepática muy inusual. El diagnóstico de certeza de esta extraña condición clínica requiere un amplio estudio de localización pre e intraoperatorio, así como un seguimiento postoperatorio de larga evolución que permita descartar la recidiva o la posible existencia de un tumor de localización pancreática o duodenal de pequeño tamaño que haya pasado desapercibido.

Colitis pseudomembranosa que requiere cirugía urgente

De la Herranz-Guerrero P, Tallón-Aguilar L, López-Ruiz JA, Sánchez-Moreno L, López-Pérez J, Pareja-Ciuró F, Oliva-Mompeán F, Padillo-Ruiz J.

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

Introducción: El *Clostridium Difficile* es un bacilo gram

positivo, anaerobio, formador de esporas, que forma parte de la flora microbiota en algunos individuos sanos y en muchos pacientes hospitalizados. Es el causante de un gran espectro de enfermedades que incluyen desde cuadros de diarrea no complicada hasta cuadros graves como la colitis pseudomembranosa fulminante o el megacolon tóxico. Su tratamiento inicial es médico, siendo metronidazol y vancomicina los antibióticos de elección. La consulta quirúrgica debe realizarse de forma precoz en aquellos pacientes que presenten colitis refractaria o fulminante, ya que pueden requerir la realización de una intervención quirúrgica urgente.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 37 años con leucemia aguda linfoblástica Ph+ que durante ciclo de quimioterapia sufre cuadro de dolor abdominal, fiebre, vómitos y diarrea que se trata con antibioterapia convencional. Tras dos semanas de tratamiento y ante la falta de buena evolución, se aísla en heces toxina de *Clostridium Difficile*, comenzando a administrarse Metronidazol intravenoso. Después de una semana, es dada de alta con Vancomicina oral teniendo que reingresar a los pocos días por cuadro de inestabilidad hemodinámica y deshidratación, llegando a sufrir una parada cardiorrespiratoria que se revierte con reanimación cardiopulmonar avanzada. Tras ello, la paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos, precisando de drogas vasoactivas y soporte ventilatorio. A pesar de las medidas de tratamiento, la paciente presenta empeoramiento progresivo por lo que se solicita una TAC abdominal donde se observa una dilatación colónica sugestiva de colitis sin otras complicaciones asociadas. Dado la mala evolución clínica y la falta de respuesta al tratamiento médico, se decide realización de intervención quirúrgica urgente, efectuándose una cirugía de control de daños y eliminación del foco séptico (colectomía subtotal e ileostomía terminal) en el menor tiempo posible (50').

Resultados: Tras la intervención, la paciente presenta una mejoría clínica significativa, lo que permite una retirada paulatina de aminas y de la ventilación mecánica. Analíticamente los parámetros inflamatorios fueron disminuyendo hasta normalizarse y se negativiza la toxina del *Clostridium difficile*. En pocos días se puede iniciar tolerancia oral de forma correcta y la paciente es trasladada a planta de hospitalización para continuar con su recuperación clínica.

Conclusiones: La colitis pseudomembranosa fulminante se presenta en el 3 – 10% de los casos lo que conlleva toxicidad sistémica concomitante, disfunción orgánica o necesidad de drogas vasoactivas o soporte ventilatorio. Hasta en el 20% de los casos puede requerir una intervención quirúrgica, a pesar de lo cual presenta una mortalidad entre el 35 y el 80%. Históricamente la cirugía se realizaba con poca frecuencia y con unos resultados poco esperanzadores, pero hoy día se ha comprobado que puede salvar vidas en muchas ocasiones. La técnica de elección es la colectomía subtotal, aunque en los últimos estudios se aboga por un manejo quirúrgico más conservador mediante la realización de una ileostomía laparoscópica y lavados colónicos con vancomicina. Actualmente se necesitan estudios con mayor evidencia científica de los que disponemos para aplicar este abordaje.

Divertículo único de ciego simulando cuadro de apendicitis aguda

Gamero Huamán Jean Carlo, Sánchez Moreno Laura; Tallón Aguila Luis; Lopez Ruiz Jose; Lopez Perez Jose; Oliva Mompeán Fernando; Pareja Ciuró Felipe; Padillo Ruiz Javier.

*Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Sevilla
Virgen Macarena / Virgen del Rocío*

Introducción: El divertículo único de ciego es una patología infrecuente en la población occidental con una baja incidencia de 0,04 – 2,1 %. Su etología es desconocida aunque se piensa que pueda tener un origen congénito, ya que se trata de un divertículo verdadero que compromete toda la pared colónica. La clínica suele presentarse como una causa inusual de dolor aguda en fosa iliaca derecha, por lo que puede simular un cuadro de apendicitis aguda.

Material y método: Aportamos el caso clínico de una paciente mujer de 37 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal en fosa iliaca derecha de 3 días de evolución, asociado a nauseas, sin vómitos ni fiebre. No presento síndrome constitucional, ni otra sintomatología acompañante. Analíticamente presentó una leucocitosis con neutrofilia y aumento de la proteína C reactiva. Se completó el estudio con una ecografía abdominal donde a nivel de fosa iliaca derecha se observó una imagen tubular mal delimitada, con una imagen calcificada en su interior compatible con apendicolito y un marcado engrosamiento de la grasa mesentérica adyacente con infiltración líquida y cambios inflamatorios reactivos a nivel ileocecal, todo ello sugestivo de apendicitis aguda complicada.

Ante estos resultados se realiza una intervención quirúrgica de urgencia. Se practica una laparoscopia exploradora donde se evidencia un plastrón inflamatorio con intensa fibrosis que engloba una tumoración a nivel de la unión ileocecal que parece depender de la pared del ciego, sin poder identificar la naturaleza de dicha tumoración, por lo que se convierte a laparotomía. Se comprueba que dicha tumoración se encuentra parcialmente necrosada y que parece depender de la pared cecal, con adenopatías inflamatorias en el eje vascular. Ante la duda diagnóstica de que se trate de un carcinoma de colon complicado se le realiza una hemicolectomía derecha oncológica con anastomosis ileocólica.

La paciente presentó una postoperatorio favorable, destacando una infección de la herida quirúrgica, siendo de alta hospitalaria en el séptimo día postoperatorio.

Resultados: Los resultados anatomopatológicos del la pieza quirúrgica mostraron que se trataba de un divertículo único cecal complicado con diverticulitis y perforación, con ausencia de células neoplásicas.

Discusión y Conclusiones: La clínica de la diverticulitis única de ciego es indistinguible de un cuadro de apendicitis aguda, de ahí la importancia de completar el estudio con pruebas de imagen como la ecografía y el TAC de abdomen con contraste.

El manejo de esta patología es motivo de controversia, ya que no existen estudios randomizados que permitan estandarizar un procedimiento quirúrgico en estos pacientes. Actualmente se recomienda que la elección de la técnica quirúrgica

se debe realizar según los hallazgos intraoperatorios y la experiencia del cirujano. Las técnicas descritas incluyen desde una diverticulectomía simple aislada y resección ileocecal hasta una hemicolectomía derecha en aquellos casos que presentan una masa inflamatoria con sospecha de malignidad.

Testículo en ascensor como diagnóstico diferencial infrecuente de la hernia inguinal del adulto.

Capitán del Río, Ines. Rubio López, José. Pérez Durán, Carmen. García Fernández, Estefanía. Jiménez Rios, José Antonio

Hospital Universitario San Cecilio

Introducción: El testículo «en ascensor», o criptorquidia, se define como una posición extra-escrotal del testículo. En más del 90% de los casos, son de presentación unilateral y más frecuente afectación en el teste izquierdo. Normalmente se trata de una patología pediátrica, que afecta entre el 1% y el 4% de los nacidos a término y hasta el 30% si se trata de prematuros. En la mayoría de los casos se produce un descenso espontáneo en el primer trimestre de vida. Al año de vida persiste la criptorquidia entre el 1 % y 3% de los niños aproximadamente, y así se mantiene en la edad adulta.

Paciente y métodos: Paciente de 42 años de edad con antecedentes personales de fístula perianal. Acude a consulta de Cirugía General, enviado por su Médico de Familia por sospecha de hernia inguinal izquierda. Exploración: tumoración inguinal izquierda que protruye con maniobra de valsalva. Ecografía: se confirma hernia inguinal izquierda, con orificio herniario de 9mm aprox. Reducible parcialmente. No otros hallazgos ecográficos de interés. Cirugía: se disecan las estructuras del canal inguinal izquierdo, objetivando epidídimo testicular de consistencia dura y arrosariado; se observa intraoperatoriamente, situación intraabdominal del testículo. Se realiza exploración a nivel escrotal, encontrándose un único testículo en bolsa escrotal derecha, sin evidencia de testículo, ni otras estructuras en hemiescrotos izquierdo. Se realiza extirpación del testículo izquierdo intraabdominal. Se envía a Anatomía Patológica.

Resultados: La criptorquidia se trata de una patología infrecuente en adultos. Algunos estudios concluyen que hay relación directa entre el tiempo que el testículo se mantiene en posición criptorquídica y la incidencia de tumor testicular. Los expertos recomiendan realizar cirugía correctora antes del año de edad. Su diagnóstico en adultos, a veces es intraoperatorio muchas ocasiones y de manera casual, pues suele tratarse de una patología asintomática. La detección de esta anomalía es de especial relevancia ya que se ha asociado a mayor riesgo de infertilidad, cáncer testicular, traumatismos, repercusiones psicológicas y torsión, de ahí la importancia de realizar diagnóstico diferencial en adultos con la hernia inguinal.

Conclusiones: La criptorquidia, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la hernia inguinal en varones. No toda tumoración en región inguinal que protruya con la maniobra de valsalva tratan de hernia inguinal por lo que debería tenerse en cuenta la posibilidad de testículo en ascen-

sor durante la exploración. Una buena exploración física es muy importante para su diagnóstico y podría ser de utilidad, realización de pruebas complementarias tales como ecografía abdominal, TAC abdominal, aunque no siempre, como en nuestro caso, son concluyentes.

Perforación intestinal secundaria a tuberculosis intestinal. Una forma poco frecuente de presentación

Daniel Cabaño, Tatiana Prieto-Puga Arjona, Manuel Ruiz López, Joaquín Carrasco, Ivan Gonzalez Poveda, Jose Antonio Toval Mata, Santiago Mera Velasco, Julio Santoyo Santoyo.

Hospital Regional Universitario de Málaga

La tuberculosis extrapulmonar aparece en un 20% de pacientes inmunocompetentes, aumentando hasta el 50% en paciente VIH positivos, siendo la tuberculosis intestinal la sexta forma de presentación más frecuente (por detrás de la linfática, genitourinaria, ósea, articulaciones, miliar y meníngea). La región ileocecal es la zona más común de afectación, probablemente relacionada con la riqueza de tejido linfoide de la zona. La epidemiología depende del país, edad, género, factores socioeconómicos, estatus de inmunidad y el genotipo de micobacteria. El aspecto macroscópico se clasifica en ulcerosa (60%), hipertrófica (10%) y ulcerohipertrófica (30%). La forma de presentación es muy inespecífica siendo los siguientes los más frecuentes, anorexia, cansancio, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso, diarrea o estreñimiento, sangrado intestinal. El tratamiento depende de la forma de presentación y de si asocia algún tipo de complicación; lo que si es importante es iniciar lo antes posible el tratamiento antituberculoso, ya que la cirugía esta reservada solo para complicaciones (obstrucción (la mas frecuente), perforación, hemorragia, fístula o absceso) y en el caso de que fuese necesario es importante ser conservadores en cuanto a resecciones intestinales. La perforación es una forma de presentación poco frecuente (1-15%). Solo hay registrados en la literatura dos casos de perforación intestinal secundaria a tuberculosis intestinal en pacientes inmunodeprimidos por VIH.

Presentamos un varón de 34 años VIH positivo diagnosticado hace 16 años, sin seguimiento ni tratamiento antiretroviral en los últimos 3 años por decisión propia. Exconsumidor de cocaína y heroína, en tratamiento con metadona. Antecedente de tuberculosis con dos ingresos previos por neumonía. Acude a urgencias por molestias abdominales de dos semanas de evolución asociadas a pérdida de peso de 15kg, cansancio, sudoración nocturna y diarrea. Al ingreso, estable hemodinamicamente, fiebre 38,5° C y mal estado general. A la exploración, auscultación respiratoria hipoventilación generalizada, palpación abdominal blando y depresible, no doloroso a la palpación sin peritonismo; análisis con leucocitosis 25,0 mil/mm³ (PMN 83%). Radiografía de tórax: infiltrado intersticial bilateral (Figura 1). Por lo que ingresa en el servicio de Infecciosas para estudio y tratamiento. Carga viral 48,730 copias/ml y Tinción Ziehl positiva en esputo, por lo que inician tratamiento específico. Al tercer día de ingreso, comienza con dolor abdominal difuso asociado a exploración abdominal con

dolor difuso, defensa e irritación peritoneal generalizada Se realiza radiografía de abdomen en decúbito lateral izquierdo observando neumoperitoneo (Figura 2). Con estos datos se decide laparotomía exploradora observando múltiples perforaciones en zona de ileon en relación con tuberculomas (Figura 3 y 4), realizando resección de unos 40cm de ileon. Ingreso en UCI 24 horas tras la cirugía sin complicaciones. Postoperatorio con íleo prolongado que se resuelve con SNG, dieta absoluta y NPT. El informe anatomopatológico fue de perforaciones con presencia de granulomas positivos para tinción Ziehl-Nielsen. A los 8 años de la cirugía, el paciente sigue vivo en seguimiento por medicina infecciosas.

En conclusión, la tuberculosis intestinal es una forma poco frecuente de perforación intestinal, pero que puede ser una causa de abdomen agudo a tener en cuenta sobretodo en paciente VIH positivos e inmunodeprimidos.

Cistoadenoma mucinoso gigante sintomático. Duda diagnóstica.

Ortega Ruiz, Sofía; Navarro Duarte, Juan Carlos; Moreno Marín, Pablo; Torres Melero, Juan; Rosado Cobán, Rafael
Hospital Torrecárdenas, Almería

Introducción: El cistoadenoma mucinoso de ovario es un tumor benigno en el 80% de casos que presenta buen pronóstico y bajas tasas de recurrencia. La edad más frecuente de presentación suele ser entre la tercera y sexta década de la vida. Hoy en día debido al diagnóstico y tratamiento precoz, es raro encontrar casos de cistoadenomas gigantes.

Objetivos: Presentamos el caso de una señora de 30 años con un cistoadenoma mucinoso gigante sintomático.

Material y método: Paciente de 38 años con antecedentes personales de cirugía bariátrica por obesidad mórbida y reintervención por obstrucción debido a una hernia de Petersen y fuga a través de la anastomosis gastroentérica, que acude a urgencias en varias ocasiones por cuadro de dolor a nivel de hemiabdomen derecho con náuseas y vómitos en ocasiones. Se realiza una TAC donde se observa lesión quística de probable origen anexial derecho de 16x10x16cm. La paciente es valorada por Ginecología que tras realizar ECO vaginal descarta patología anexial. Es valorada por Cirugía General ante la sospecha de posible colección intraabdominal decidiéndose laparoscopia exploradora de forma programada. En la intervención se objetiva gran quiste con contenido líquido dependiente de ovario derecho, realizándose anexectomía derecha.

Resultados: Finalmente el resultado de la anatomía patológica informa que se trata de un cistoadenoma mucinoso ovárico.

Conclusiones: El cistoadenoma mucinoso ovárico gigante es una entidad hoy en día rara debido a su diagnóstico y tratamiento precoz. El diagnóstico de sospecha en estos casos puede derivarse de sus síntomas secundarios a la compresión de estructuras adyacentes. Otro aspecto controvertido hace referencia al tipo de abordaje (laparoscopia vs cirugía abierta) debido al tamaño de la lesión. En nuestro caso se decidió cirugía mínimamente invasiva ya que las características de la lesión no hacían sospechar malignidad, con lo que se extrajo

mediante punción el contenido del mismo para poder extraerse vía laparoscópica

La ectopia tímica cervical. Entidad a considerar durante la cirugía tiroidea.

Jiménez Mazure, C; Romacho López, L; Ribeiro González, M; Martínez Villamandos, A; Pulido Roa, I; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: La ectopia tímica cervical es una entidad raramente descrita en la literatura, la mayoría de las veces en edad pediátrica. Se origina durante la migración del timo desde el ala ventral de la tercera bolsa branquial hacia el mediastino entre la cuarta y la octava semana del desarrollo embrionario. Si bien están descritas hasta en el 21% de las necropsias de individuos adultos y en el 30% de las de niños, su identificación durante la cirugía cervical del adulto es excepcional.

Puede ser quístico o sólido. Conocer su existencia es importante para el diagnóstico diferencial con otras masas quísticas cervicales, como malformaciones linfáticas, neoplasias o malformaciones vasculares, quistes branquiales, quistes tiroglosos excéntricos y paratiroides. También debe diferenciarse de masas sólidas, como las adenopatías, adenomas paratiroides y los tumores sólidos, entre los que destacan los teratomas, lipomas, neuroblastomas cervicales y rhabdomyosarcomas.

Presentamos el caso de una mujer de 21 años con ectopia tímica cervical.

Caso clínico: Paciente de 21 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, remitido a nuestra consulta por tumoración cervical de 4 meses de evolución. La exploración mostraba una tumoración dura en región cervical izquierda de unos 2cm. No se palpaban otros nódulos o masas cervicales. La ecografía lo describía como nódulo sólido en región ístmica izquierda de bordes irregulares y poco definidos que respetaba el plano traqueal de 19x10x28mm. No se visualizaban adenopatías. La PAAF fue informada como sospechosa de carcinoma papilar.

La paciente se propuso para una tiroidectomía total y linfadenectomía central ipsilateral. Se realizó un abordaje central mediante incisión de Kocher que permitió ver el nódulo tiroideo de consistencia dura en LTI, no adherido a planos. Durante el procedimiento se expusieron dos tumoraciones sólidas en la localización teórica de las paratiroides izquierdas. Su aspecto macroscópico hizo dudar sobre su naturaleza paratiroidea e, incluso, se planteó la duda de que se trataran de adenopatías, si bien no existían más lesiones compatibles con afectación ganglionar. Debido a que la histología de las mismas podría implicar cambios en la estrategia quirúrgica, se decidió su biopsia y envió para someterlas a un análisis anatómopatológico intraoperatorio.

Ambas tumoraciones fueron identificadas como tejido tímico sin alteraciones.

Se completó la resección del tejido tímico, finalizamos la tiroidectomía de forma reglada y se realizó un vaciamiento central ipsilateral izquierdo.

El resultado anatómopatológico definitivo confirmó el carcinoma papilar presente en el lóbulo tiroideo izquierdo y que los nódulos resecaados correspondían a tejido tímico ectópico.

La paciente fue dada de alta al 3º día PO sin incidencias.

Discusión: Conocer la naturaleza de las lesiones que encontramos en una cirugía cervical es fundamental para determinar que cirugía es la adecuada y tiene un efecto directo sobre el pronóstico.

La presencia de adenopatías hubiera implicado completar el vaciamiento central.

En una cirugía donde la experiencia del cirujano en la identificación de estructuras es tan importante, el estudio de la anatomía y la embriología es fundamental para realizarla con una seguridad completa. Cuando se presentan dudas intraoperatorias, la colaboración del anatómopatólogo durante la cirugía es fundamental.

Íleo mecánico: complicación postoperatoria tras cirugía del mesotelioma pleural.

Pitarch Martínez, M; Romacho López, L; Montiel Casado, MC; Aranda Narváez, JM; Bermejo Casero, E; González Sánchez, AJ, Titos García, A; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: El mesotelioma maligno es un tumor fundamentalmente pleural, aunque un 10% de los casos se localiza en peritoneo. Su incidencia es mayor en hombres con edades comprendidas entre los 40 y 70 años. En su etiopatogenia destaca la exposición al asbesto. Sin embargo, aunque el 80% de los pacientes han estado expuestos al asbesto, solo el 10% desarrolla la enfermedad. Es infrecuente su presentación inicial como enfermedad metastásica. Su pronóstico es infausto con una media de supervivencia de 8 a 12 meses. No existe consenso en la literatura sobre el tratamiento más efectivo: pleurodesis, pleurectomía o neumonectomía extrapleural.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 56 años, fontanero de profesión, exfumador (40 paquetes / año) y con hipertrigliceridemia. Acudió a las urgencias de nuestro hospital por disnea de mínimos esfuerzos. Una radiografía de tórax con un derrame pleural izquierdo junto a desviación traqueal contralateral, motivó el ingreso.

Fue sometido a una videotoroscopia izquierda uniportal para biopsia y talcaje.

Diagnosticado de mesotelioma maligno, se planteó la realización de una neumonectomía extrapleural izquierda por el equipo de cirugía torácica. Se reseco todo el diafragma izquierdo hasta el pilar diafragmático y el pericardio por invasión tumoral. La reconstrucción diafragmática y pericárdica se realizó con una malla de goretex de 2mm y de 0,1mm, respectivamente.

El paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos donde evolucionó favorablemente. En planta, el paciente presentó un cuadro de intolerancia oral con distensión abdominal y vómitos.

Se realizó un TAC toracoabdominal mostrando herniación de la cámara gástrica en la cavidad torácica a través de un defecto medial del diafragma y la herniación de un asa de

yeyuno entre el 9º y 10º espacio intercostal que provocaba una dilatación de asas retrógrada.

Se decidió reintervención con equipo quirúrgico multidisciplinar (cirugía de tórax y digestiva). Existía una herniación de intestino delgado a través de un espacio intercostal dehisciente con asas viables, que se redujeron, y se empleó una malla de physiomesh para su reparación. Además, había una herniación gástrica a través del defecto entre la malla goretex y el pilar derecho. Se redujo y se colocó de nuevo una malla de goretex que se reforzó con otra malla tipo ventralpatch a nivel de la pars membranosa. Una epiplopastia a nivel de los pilares diafragmáticos y una funduplicatura de Dor, completaron el procedimiento.

Actualmente, el paciente se encuentra asintomático desde el punto de vista digestivo y en seguimiento por oncología.

Discusión: La neumonectomía extrapleurales es una técnica que permite una resección macroscópica completa. Por su agresividad quirúrgica nos enfrentamos a numerosas complicaciones, generalmente de tipo respiratorio, pero como veremos reflejar en nuestro caso, la morbilidad digestiva puede estar presente.

TRAUMATISMO PENETRANTE ABDOMINAL POR INTENTO AUTOLÍTICO CON BOLÍGRAFO «BIC»

Dios Barbeito, Sandra; Segura Sampedro, Juan José; Jiménez Rodríguez, Rosa María; Rubio-Manzanares Dorado, Mercedes; Senent Boza, Ana; Marchal Santiago, Amando; Pareja Ciuró, Felipe; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío - Sevilla

Introducción: El traumatismo penetrante abdominal es una entidad poco frecuente que puede llegar a indicar actitud quirúrgica ante inestabilidad hemodinámica o pruebas complementarias con hallazgos sugestivos de afectación vascular o de víscera hueca. El intestino delgado es la víscera más frecuentemente afectada en los traumatismos penetrantes abdominales.

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente con intento autolítico mediante traumatismo penetrante abdominal con bolígrafo BIC.

Material y método: Varón de 45 años, como antecedentes infección por VIH y hepatopatía por VHC y trastorno de la conducta y del comportamiento con varios intentos autolíticos que han obligado a laparotomías previas. Consulta por traumatismo penetrante abdominal voluntario por bolígrafo BIC con herida puntiforme centroabdominal, sin objetivarse el utensilio punzante por estar por completo intraabdominal. El paciente se encuentra estable hemodinámicamente, con dolor abdominal generalizado y signos de defensa e irritación peritoneal.

Se realiza TAC abdominal con hallazgo de múltiples burbujas extraluminales a lo largo del trayecto del cuerpo extraño. Se decide realización de laparotomía exploradora, hallándose el bolígrafo enclavado en el meso sin presentar lesiones viscerales ni vasculares. El cuerpo extraño se extrae sin más incidencias y el postoperatorio transcurre de forma favorable.

Resultados: Ante un traumatismo penetrante abdominal es esencial realizar una adecuada exploración física, dirigida fundamentalmente a evaluar la estabilidad hemodinámica del paciente. En casos de ausencia de repercusión hemodinámica puede ser útil la laparoscopia diagnóstica o la realización de un TAC abdominal, que ante hallazgos sugestivos de lesión apoyarán la indicación de tratamiento quirúrgico. Durante la cirugía se debe inspeccionar toda la cavidad abdominal, prestando especial atención al intestino delgado por constituir la víscera más frecuentemente afectada en los traumatismos penetrantes abdominales. En ausencia de lesiones viscerales o vasculares, el cirujano se limitará a la extracción del cuerpo extraño causante del cuadro.

Conclusiones: Ante falta de objetos punzantes, elementos cotidianos pueden constituir potenciales armas penetrantes. La laparotomía exploradora es obligada en traumatismos de estas características. En ausencia de lesión visceral no son necesarios otros gestos quirúrgicos.

Metástasis de melanoma como causa de invaginación intestinal

Fornell Ariza, Mercedes; Bengoechea Trujillo, Ander; Roldán Ortiz, Susana; Casado Maestre, María Dolores; Serrano Borrero, Isabelo; Bazán Hinojo, Carmen; Mayo Ossorio, María de los Ángeles; Pacheco García, Jose Manuel; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, Jose Luis

Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: La invaginación intestinal en adultos es una entidad rara debida con mayor frecuencia a neoplasias a dicho nivel. El melanoma es una neoplasia que comúnmente produce metástasis a nivel de intestino delgado.

Objetivos: Presentamos un caso de invaginación intestinal por metástasis de melanoma.

Material y método: Paciente de 45 años con antecedentes de resección de melanoma situado en escápula izquierda hace 7 años con inmunoterapia posterior que acude a urgencias por cuadro de distensión abdominal y vómitos incoercibles de 24 horas de evolución. A la exploración abdomen timpánico y doloroso con defensa generalizada. Analítica con elevación de reactantes. Se le realiza TAC abdominal donde se observa imagen en diana en yeyuno compatible con invaginación intestinal a aproximadamente 60 cm del Treitz junto con dilatación proximal de asas. Se decide intervención quirúrgica urgente encontrando invaginación yeyuno-yeyunal debido a implante metastásico de melanoma, realizándose resección de 30 cm de yeyuno con anastomosis latero-lateral. La paciente tuvo un postoperatorio favorable, actualmente en seguimiento por oncología con diagnóstico de metástasis cerebrales múltiples.

Resultados: El melanoma maligno cutáneo, siendo el superficial el tipo más frecuente, constituye el 3% de todas las neoplasias, suele seguir un comportamiento lento pero progresivo y puede producir metástasis por vía hematogena o linfática. Es uno de los tumores que con mayor frecuencia produce metástasis en el tracto gastrointestinal, siendo el

intestino delgado el sitio más común, hasta en un 60% de los pacientes que fallecen por esta entidad, aunque raramente se diagnostican.

La invaginación intestinal es una entidad rara en adultos, causante del 1-3% de las obstrucciones intestinales, siendo en su mayor parte debido a la presencia de una neoplasia y de entre ellas el linfoma y el melanoma son las dos más frecuentes.

En la literatura existe consenso acerca de que el tratamiento quirúrgico es de elección para las metástasis intestinales de melanoma maligno, siendo muy eficaz para la reducción de la sintomatología en casos crónicos y para mejorar la calidad de vida. Sin embargo, no reduce la mortalidad. La supervivencia media es de 6-28 meses posterior al tratamiento de las metástasis intestinales y la supervivencia a 5 años es menor del 10%.

Conclusiones: La invaginación intestinal en el adulto causa un 1-3% de las obstrucciones intestinales. El melanoma es una neoplasia que comunmente va a producir metástasis intestinales, cuyo tratamiento es quirúrgico.

Síndrome de Bazex como inicio de adenocarcinoma gástrico

Fornell Ariza, Mercedes; Roldán Ortiz, Susana; Bengoechea Trujillo, Ander; Sancho Maraver, Eva; Bazán Hinojo, Carmen; Mayo Ossorio, María de los Ángeles; Pacheco García, Jose Manuel; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, Jose Luis

Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: El síndrome de Bazex es una dermatosis paraneoplásica de aparición muy infrecuente, caracterizada por lesiones eritematoescamosas simétricas en las regiones acras. Afecta sobre todo a varones de mediana edad y se asocia a neoplasias escamosas de tracto aéreo y digestivo superior.

Material y método: Paciente varón de 74 años, con antecedentes de HTA, DM2 y VHC en estudio por presentar lesiones de hiperqueratosis en áreas acras junto con eritrodermia, con conglomerados adenopáticos en ambas regiones inguinales no dolorosos. No sintomatología digestiva. Importante pérdida ponderal y episodios de sudoración nocturna. Analíticamente destaca eosinofilia importante (35%), sin elevación de marcadores de fase aguda, con CA 125 de 84. Se realiza estudio de extensión que incluye serologías (negativas), cultivos (negativos), Mantoux (negativo), biopsia de adenopatía inguinal (hiperplasia paracortical T), biopsia de piel (dermatitis psoriasiforme con infiltrado perivascular) TAC abdominal (adenopatías inguinales) y torácico con poliadenopatías y lesión nodular en LII que tras realización de PET es metabólicamente negativo, fibrobroncoscopia con citología (negativa). Se realiza colonoscopia (negativa) y endoscopia, que visualiza una úlcera de pequeño tamaño a nivel de incisura que se biopsia con resultado de adenocarcinoma de células en anillo de sello. Se realizó gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux con buena evolución postoperatoria. El resultado de la anatomía patológica fue

Resultados: El síndrome de Bazex como primera manifestación de un tumor primario a nivel de estómago es muy infre-

cuenta, solo existen 3 casos recogidos en la literatura médica en los que se recoja la asociación entre la aparición de dichas lesiones y el descubrimiento de un cáncer a nivel gástrico, no hay ninguna descrita asociada a la estirpe de células en anillo de sello. Se desconoce su patogenia aunque se piensa que existe una asociación. Se caracteriza por la aparición de lesiones escamosas en las regiones acras así como lesiones eritematosas o en casos más evolucionados de una eritrodermia generalizada. El diagnóstico es por la asociación de todas ellas, así como la historia clínica que refiera el paciente y los hallazgos histológicos en la biopsia de piel (descritos en nuestro caso). La secuencia de aparición de las lesiones puede preceder al descubrimiento del tumor primario hasta en varios meses y su mejoría y/o desaparición sigue el curso del tratamiento del tumor primario, pudiendo volver a reaparecer ante recidivas de la enfermedad.

Conclusiones: La asociación entre adenocarcinoma gástrico y acrodermatitis de Bazex supone una entidad muy infrecuente con solo 3 casos descritos en la literatura médica. No hay publicados ningún caso asociado al tipo células en anillo de sello.

Rotura hepática espontánea como primera manifestación de la Panarteritis Nodosa

Moreno Navas Araceli; Gómez Luque Irene; Alcolchel Gago Felipe; Ayllón Terán M^a Dolores; Ciria Bru Rubén; López Cillero Pedro; Luque Molina Antonio; Briceño Delgado Javier

Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba

Introducción: La Panarteritis Nodosa (PAN) es una vasculitis sistémica que afecta a la capa media de arterias de pequeño y mediano calibre. Es una patología de difícil diagnóstico por su sintomatología poco específica. La afectación hepática por esta entidad es muy amplia, desde el desarrollo de hígado cirrótico hasta la rotura hepática

Objetivos: Presentamos el caso de una mujer con hemoperitoneo por rotura hepática como primera manifestación de una PAN, la cual precisó la realización de una hepatectomía derecha urgente.

Material y métodos: La PAN como vasculitis sistémica es común que involucre distintos órganos como riñones, piel, sistema nervioso central y periférico y aparato gastrointestinal. Su diagnóstico es complicado y esta basado en el estudio histopatológico. La presencia de afectación hepática por la PAN es muy poco común. Destacando la presencia de hepatomegalia (21%), ictericia (12%) y alteración de marcadores bioquímicos de función hepática (6%). Además de ello, la PAN puede provocar el desarrollo de aneurismas. Dando lugar clínicamente a dolor abdominal crónico, hemorragias digestivas, infartos, perforaciones e incluso pancreatitis. La ruptura hepática espontánea es una entidad muy infrecuente; aun más escasa cuando se debe a una patología autoinmune como etiología, sin traumatismo previo.

Resultados: Paciente de 75 años de edad, sin antecedentes previos que acude a urgencias derivada de otro centro por anemia en rango transfusional presentando dolor en hemiab-

domen derecho, se decidió completar el estudio con una TAC donde se observa lesiones en lóbulo hepático derecho de contornos mal definidos que podrían corresponder con ruptura hepática asociado a hemoperitoneo. Se decide realizar laparotomía exploradora encontrándose lesión hepática sangrante que englobaba los segmentos V-VI con hemoperitoneo en todos los cuadrantes abdominales por lo que se realiza una hepatectomía derecha urgente.

Tras ello la paciente desarrolla un postoperatorio sin complicaciones.

Según el informe anatomopatológico la lesión hepática era compatible con vasculitis aguda necrotizante no granulomatosa tipo Panarteritis Nodosa (PAN)

La paciente en su seguimiento al año se encuentra en tratamiento con prednisolona encontrándose asintomática.

Conclusiones: El diagnóstico de la PAN se presenta como un reto para la práctica clínica. Ello se debe a sus inespecíficos síntomas. La afectación hepática que puede existir en el contexto de una PAN es muy amplia. Se deben en la mayoría de los casos al depósito de inmunocomplejos que dan lugar a la obliteración y obstrucción del flujo arterial hepático dando lugar en su fase final a la formación de aneurismas (13-60%). La hemorragia espontánea intrahepática provocada por la ruptura de un aneurisma de arteria hepática es una rara complicación de la PAN.

El manejo de estos pacientes puede realizarse con distintas maniobras terapéuticas: actitud expectante ante estabilidad hemodinámica, embolización o cirugía donde en la mayoría de los casos se realiza hemostasia sobre el parénquima hepático y packing. Se reporta un caso en la literatura de hepatectomía derecha donde la paciente falleció tras complicaciones postquirúrgicas.

Por lo tanto, presentamos el primer caso en el que se realiza una hepatectomía derecha urgente que tiene como causa una rotura hepática por PAN, en el cual la paciente sobrevive.

Infarto epiplóico complicado: a propósito de un caso

Martínez Mojarro, R. Rodríguez Padilla, A. González Benjumea, P. Cándón Vázquez, J. García del Pino, B. Balongo García, R.

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Introducción: El infarto epiplóico es una entidad infrecuente que se caracteriza por la presencia de dolor abdominal intenso y localizado, con defensa abdominal y signos de irritación peritoneal.

La localización más frecuente es rectosigmoidea, aunque también puede darse en colon derecho, colon ascendente y ángulo esplénico. Es necesario el diagnóstico diferencial con apendicitis, colecistitis, diverticulitis o patología ginecológica.

Los síntomas gastrointestinales son infrecuentes, al igual que la presencia de fiebre. La analítica puede presentar leucocitosis y elevación de la PCR.

Objetivos: El objetivo de nuestra comunicación es presentar el caso de un paciente con infarto epiplóico, analizando sus características, diagnóstico y abordaje terapéutico.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 61

años de edad. Como antecedentes de interés obeso, diabético, hipertenso y dislipémico. Acude a urgencias por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo de 2 semanas de evolución sin otra clínica acompañante.

Analíticamente presenta leucocitosis con desviación izquierda. Se le realiza ecografía urgente apreciándose una imagen pseudonodular, lobulada, hipocogénica y heterogénea de aproximadamente 6 cm localizada en epiplón mayor a nivel de hipocondrio izquierdo, compatible con infarto omental. Se decide ingreso para tratamiento conservador.

La evolución es tórpida, con escasa respuesta al tratamiento, aumento del dolor y empeoramiento de la fórmula analítica. Se solicita TAC abdominal de urgencia en el que se aprecia infarto epiplóico extenso y complicado a nivel de colon transverso, con realce de la grasa periférica, necrosis y signos de sobreinfección.

Resultados: Debido al empeoramiento clínico, analítico y radiológico se indica intervención quirúrgica urgente.

Vía de abordaje: bajo anestesia general se realiza laparotomía media supra e infraumbilical.

Hallazgos: se observa un absceso en el delantal epiplóico con engrosamiento a nivel de colon transverso.

Técnica: se realiza drenaje del absceso con toma de muestras y hemicolectomía derecha ampliada junto con anastomosis latero-lateral manual. Se deja drenaje tutorizando la anastomosis. Cierre mediante sutura sintética absorbible a largo plazo y colocación de malla absorbible de ácido poliglicólico supraaponeurótica. Piel con grapas.

En el postoperatorio inmediato presentó una insuficiencia respiratoria hipoxémica con acidosis respiratoria que precisó ventilación no invasiva e ingreso en unidad de cuidados intensivos, retirándose a las 36 horas de la intervención y siendo dado de alta a las 48 horas.

Microbiología: En el cultivo del líquido peritoneal se aisló *Streptococcus anginosus milleri*, variedad de *Streptococcus viridans* que se encuentra en la flora gastrointestinal.

Conclusiones: El infarto omental o infarto epiplóico es una patología poco frecuente, benigna y autolimitada, más común entre 40 y 60 años.

El diagnóstico de certeza es radiológico, mediante ecografía o TAC, donde se observa una zona circunscrita triangular o una masa de tejido adiposo denso, mal delimitada, con imágenes lineales finas en su espesor, que no depende de las paredes del colon.

El tratamiento es conservador, empleando antiinflamatorios u opiáceos durante 4-7 días. El cuadro suele resolverse en menos de dos semanas. La cirugía se reserva para el tratamiento de las complicaciones (compresión, obstrucción, invaginación o perforación), por falta de respuesta al tratamiento o por dolor intenso.

Trasplante hepático en pacientes con Índice de Masa Corporal (IMC) > 35

Molina Raya, Andrea; Triguero Cabrera, Jennifer; Fundora Surez, Yilliam; San Miguel Méndez, Carlos; Muffak Granero, Karim; Becerra Massare, Antonio; Vílchez Rabelo, Andrea; Villegas Herrera, Trinidad; Notario Fernández, Pilar; Garrote Lara, Daniel; Jiménez Ríos, José Antonio.

Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: La obesidad supone un problema de salud pública creciente a nivel mundial. En diversos estudios realizados se ha podido constatar que pacientes obesos que requieren un trasplante hepático (TH) tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones biliares e infecciosas, con un mayor tiempo quirúrgico y más días de estancia en UCI, una mayor dificultad técnica, con más requerimientos transfusionales durante la intervención, así como un mayor porcentaje de reintervenciones.

Objetivos: Describir los resultados obtenidos a largo plazo en pacientes sometidos a TH con un Índice de Masa Corporal (IMC) > 35 kg/m².

Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo que incluye todos los pacientes sometidos a TH con IMC > 35 entre enero de 2007 y diciembre de 2013, en una Unidad de Trasplante Hepático. Se han analizado características epidemiológicas, clínicas y pronósticas. Se ha realizado el análisis de las causas del TH y de la morbimortalidad tras un seguimiento mínimo de 24 meses. Las variables cuantitativas fueron expresadas con su media y desviación estándar, las cualitativas por porcentajes. Los datos fueron analizados con el software SPSS v.20.

Resultados: Se analizaron un total de 191 pacientes trasplantados entre 2007 y 2013. 10 (19,1%) presentaban un IMC > 35. El 90% eran varones con una edad e IMC medios de 52 ± 9 años y 38 ± 3 kg/m². La estancia media en UCI fueron 5 ± 4 días y la media hospitalaria de 29 ± 18 días.

La etiología del trasplante fue: cirrosis enólica en 5 (50%) pacientes, etiología mixta (enólica + VHC) en 3 (30%) pacientes, cirrosis por VHC en 1 (10%) y criptogenética en el paciente restante (10%). La puntuación CHILD fue de 7 ± 1 de media y el MELD 16 ± 5, con un tiempo en lista de espera medio de 195 días. El 100% de los injertos procedía de donante cadáver en muerte encefálica. (poner aquí las estancias medias)

Las complicaciones detectadas durante el seguimiento a corto y largo plazo fueron: 2 pacientes (20%) con síndrome postreperfusión, complicaciones biliares 2 pacientes (20%), complicaciones vasculares en 4 receptores (40%), colangiopatía isquémica en otros 2 pacientes (20%), reintervención quirúrgica en 4 de ellos (40%), rechazo del injerto en 4 pacientes (40%) (4) y retrasplante en 2 receptores hepáticos (20%).

De los diez pacientes trasplantados se constataron 7 exítus (70%), uno de ellos por causas ajenas al trasplante y los 6 restantes por causas relacionadas directamente con el TH: colangiopatía isquémica en 2 pacientes (20%), rechazo agudo grave en otros 2 pacientes (20%), disfunción del injerto por trombosis portal fue la causa en 1 paciente (10%) y por trombosis arterial en el paciente restante 10%.

Conclusiones: Según nuestros resultados podemos observar

un alto índice de complicaciones y mortalidad en los pacientes trasplantados con IMC alto tras un seguimiento mínimo de 24 meses.

A pesar de nuestros hallazgos, necesitamos estudios de mayor potencia estadística para catalogar la obesidad mórbida como una contraindicación absoluta para el TH.

Toxina botulínica en el tratamiento de la fisura anal

Calcerrada Alises, Enrique; Gallart Aragón, Tania; López-Cantarero Ballesteros, Manuel; Jiménez Ríos, Jose Antonio (Jefe de servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo)

Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: La fisura anal es un desgarro de la mucosa anal ectodérmica que se emplaza siempre bajo la línea pectínea y principalmente en rafe anal posterior. Esta puede evolucionar en algunos días hacia la desaparición completa o tras varias semanas volverse crónica. La fisura anal producirá una contractura esfinteriana dolorosa. En una primera instancia se recomienda tratamiento conservador, y si este no es eficaz pasadas varias semanas, habrá que recurrir al tratamiento quirúrgico.

Objetivos: La infiltración de toxina botulínica cuya eficacia clínica es discutida en los diferentes estudios realizados, se postula como una opción más dentro del tratamiento conservador.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 35 años con antecedentes de dispareunia, que presentaba fisura anal crónica de 2-3 cm de longitud en rafe posterior, y que no cedía al tratamiento conservador.

Se procedió a la aplicación de 20 U de toxina botulínica sobre esfínter anal interno.

Tras la intervención la paciente fue seguida cada 15 días, y pasados 3 meses no había tenido sintomatología.

Resultados: La inyección de toxina botulínica consiste en la infiltración de 20 a 40 unidades de esta en el esfínter anal. Esta sustancia produce una relajación temporal (4-8 semanas) de la fuerza de los esfínteres anales. Además, puede ser utilizada junto con el resto de medidas conservadoras.

Hay estudios realizados con un tamaño muestras pequeño que muestran una tasa elevada de curación (75% al 95%) y una baja morbilidad con inyecciones localizadas de toxina botulínica.

La localización óptima de la inyección (esfínter interno vs. externo) permanece en discusión. Además tampoco hay un adecuado consenso en cuanto a la dosis, lugar y número de inyecciones.

Este tratamiento consigue mejorar los síntomas y curar la fisura hasta en un 90% de los pacientes pero en un 40-50% de los casos la fisura reaparecerá. Por eso, un porcentaje muy elevado de pacientes debe recibir inyecciones repetidas. Se considera una técnica adecuada en pacientes que no desean asumir el riesgo quirúrgico. No obstante esta técnica puede temporalmente asociarse hasta en un 10% a incontinencia anal transitoria sobre todo a gases.

La tasa de recurrencia de fisura varía en lo publicado en la

literatura, entre el 0 y el 52%. Sin embargo se ha asociado a unas tasas de curación superiores a placebo.

A pesar de las tasas elevadas de recurrencia, algunos autores recomiendan la toxina botulínica en pacientes mayores de 50 años o con factores de riesgo para incontinencia fecal, una de las posibles complicaciones del tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: La evidencia de la efectividad de la toxina botulínica para el tratamiento de la fisura anal crónica no es concluyente, y su papel en el tratamiento de la fisura anal crónica aún no está aclarado debido a la amplia variabilidad de resultados existentes en la literatura. Sin embargo en el caso que proponemos pasados tres meses nuestra paciente se encontraba asintomática. Son precisos estudios con un seguimiento prolongado para observar las tasas de curación a largo plazo y de incontinencia.

Ictericia obstructiva por hematoma duodenal tras escleroterapia endoscópica de úlcus péptico

Mogollón González, Mónica; Plata Illescas, Cristina; Álvarez Martín, María José; Torres Alcalá, Tomás; Triguero Cabrera, Jennifer; González Martínez, Selene; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Virgen de las Nieves, Complejo Hospitalario Universitario de Granada (CHUG)

Introducción: La escleroterapia endoscópica es una técnica de gran utilidad para el tratamiento de la hemorragia digestiva secundaria al úlcus péptico. Pese a ser mínimamente invasiva, no está exenta de complicaciones, siendo las más frecuentes la perforación y el sangrado.

Objetivos: Presentamos un caso de ictericia obstructiva secundaria a la aparición de un hematoma intramural duodenal tras realización de escleroterapia endoscópica de úlcus duodenal.

Material y método: Paciente de 78 años, con antecedentes personales de HTA, insuficiencia cardiaca y diabetes mellitus. Ingresada en el Servicio de Aparato Digestivo por cuadro de hemorragia digestiva alta secundaria a úlcus duodenal que precisó de escleroterapia endoscópica. El curso evolutivo posterior fue desfavorable, presentando febrícula, ictericia cutáneo-mucosa y mal estado general sin apreciar datos de hemorragia digestiva. En la analítica de control destacaba aumento de la bilirrubina total (5,4 mg/dl) a expensas de la fracción directa (3 mg/dl), hemoglobina (9 g/dl) y PCR de 24 mg/dl. Se realizó una endoscopia digestiva alta (EDA) donde se evidenció una masa extrínseca, infranqueable al endoscopio convencional, en la cara pancreática de la primera rodilla duodenal. El angio-TC abdominal informó de una colección hiperdensa de localización extrínseca a la rodilla duodenal de 5,1 x 5,8 x 7,4 cm sin signos de sangrado activo. Dicha colección condicionaba compresión de la papila con dilatación del colédoco de 9,6 mm y discreta ectasia de radicales biliares intrahepáticos. Se trasladó a nuestro servicio para vigilancia quirúrgica, decidiéndose tratamiento conservador.

Resultados: El curso evolutivo fue satisfactorio, cediendo la ictericia, no presentando nuevos episodios de sangrado y con normalización del patrón bioquímico de colestasis. El

control radiológico tras el alta, mostró resolución completa del hematoma.

Conclusiones: Los hematomas intramurales duodenales son entidades clínicas poco frecuentes, causadas en un 80% de los casos por traumatismos abdominales, siendo un 60% de los afectados niños menores de 15 años y adultos jóvenes. Los hematomas intramurales de origen no traumático, ocurren en pacientes con discrasias sanguíneas, terapia anticoagulante y de forma aún más excepcional, pueden deberse a pancreatitis aguda, biopsias intestinales y terapia esclerosante. Clínicamente puede manifestarse mediante obstrucción intestinal, pancreatitis y colestasis. Los estudios de imagen (TAC, RMN, EDA o ecografía abdominal) nos orientarán sobre su localización y posibles complicaciones asociadas. El tratamiento inicial debe ser conservador (dieta absoluta, nutrición parenteral, control analgésico y profilaxis antibiótica), si no existen signos de sepsis o abdomen agudo que obliguen a la exploración quirúrgica urgente. Se deberán realizar controles radiológicos posteriores para confirmar la reabsorción del hematoma. En general, la aparición de dolor abdominal junto con descenso del hematocrito sin evidenciar sangrado activo tras la realización de esta técnica, deberá alertarnos sobre la posibilidad de encontrarnos ante una entidad tan infrecuente como el hematoma duodenal.

Herniación hepática tardía tras rotura diafragmática traumática

Senent Boza, Ana; Segura Sampedro, Juan José; Dios Barbeito, Sandra; Camacho Marente, Violeta; Guerrero Ramírez, Jose Luis; Marchal Santiago, Amando; Olivares Oliver, Claudia; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío

y 2. Introducción y objetivos: Las lesiones diafragmáticas tras traumatismo abdominal cerrado tienen baja incidencia, ocurriendo la mayoría en el lado izquierdo, dado que el hemidiafragma derecho es más resistente y se encuentra protegido por el hígado. La herniación del hígado a la cavidad torácica tras una rotura diafragmática supone una situación clínica poco habitual que requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 29 años que es traído a nuestro servicio de Urgencias tras sufrir un traumatismo dorsolumbar de alta energía por el desprendimiento de una roca mientras realizaba espeleología. A su llegada se encuentra estable hemodinámicamente, por lo que se realiza TC que sólo objetiva derrame pleural derecho con neumotórax asociado y múltiples fracturas costales y pélvicas. Se descarta la necesidad de intervención quirúrgica urgente y se coloca fijación pélvica y tubo de tórax. Al tercer día permanece asintomático pero presenta velamiento del campo pulmonar derecho en la radiografía de tórax de control, por lo que se realiza nueva TC que evidencia rotura diafragmática derecha con herniación a cavidad torácica de hígado, vesícula biliar, ángulo hepático del colon y asas de delgado a la cavidad torácica. Es intervenido de forma urgente, se realiza laparotomía subcostal derecha y tras la reducción del conte-

nido, cierre primario del desgarro diafragmático y refuerzo con prótesis.

Resultados: El hepatotórax supone una rara y severa complicación de la rotura diafragmática derecha. Las técnicas de imagen convencionales pueden pasar por alto las lesiones diafragmáticas en un alto porcentaje de casos, teniendo la radiografía de tórax muy baja sensibilidad y especificidad, por lo que la TC helicoidal supone la prueba de imagen de elección para la valoración de pacientes con traumatismo abdominal cerrado ante la sospecha de lesión diafragmática. El tratamiento que suele llevarse a cabo consiste en reducción herniaria, drenaje pleural y reparación del defecto diafragmático, ya sea a través de laparotomía, toracotomía o ambas.

Conclusiones: El cirujano debe mantener un alto índice de sospecha de lesión diafragmática en pacientes con trauma abdominal cerrado, con objeto de usar de manera adecuada las técnicas de imagen para un diagnóstico y tratamiento precoz de la misma. La reparación quirúrgica debe hacerse lo antes posible con objeto de reducir la morbilidad y mortalidad asociadas.

Una localización inusual del tumor de Masson: hiperplasia endotelial papilar intravascular intrahepática

Senent Boza, Ana; Ramallo Solís, Irene; Bernal Bellido, Carmen; Tinoco González, José; Suárez Artacho, Gonzalo; Marín Gómez, Luis Miguel; Padillo Ruiz, Fancisco Javier; Gómez Bravo, Miguel Ángel

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción y objetivos: La hiperplasia endotelial papilar intravascular (IPEH) o tumor de Masson, es una lesión intravascular benigna infrecuente, causado por una proliferación de estructuras papilares endoteliales que se organizan sobre trombos, constituyendo un proceso reactivo en el contexto de estasis venoso. El tumor de Masson afecta fundamentalmente a los vasos de cabeza y cuello, dedos, tronco y venas cutáneas, siendo la afectación abdominal excepcional. Sólo se ha descrito en la literatura un caso de afectación hepática.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 39 años asintomático en el que se diagnostica por ecografía, de forma incidental, una LOE hepática de 10 cm. Se completa su estudio mediante TC abdominal, RMN y marcadores tumorales, siendo estas pruebas sugestivas de hemangioma. Durante el seguimiento, el paciente presenta molestias secundarias al tamaño de la lesión, por lo que se indica cirugía, realizándose una segmentectomía atípica de los segmentos VI y VII. El análisis anatomopatológico describe la lesión como hiperplasia papilar endotelial intravascular (tumor de Masson).

Resultado y Conclusiones: La IPEH es una rara afección benigna que requiere un diagnóstico diferencial minucioso, fundamentalmente con el hemangiosarcoma. Histopatológicamente se han descrito 3 formas: pura, mixta y extravascular.

La localización intrahepática es extremadamente inusual, lo que contribuye a que su diagnóstico definitivo se obtenga tras el estudio anatomopatológico, como es nuestro caso.

El tratamiento de la IPEH depende de su localización y la

sintomatología que produzca, dado su carácter benigno. En líneas generales, la resección quirúrgica es el tratamiento de elección, con buen pronóstico y baja tasa de recurrencia.

Tratamiento del quiste esplénico gigante: a propósito de un caso

Infantes Ormad, Marina; Lopez Ruiz, Jose A.; Curado Soriano, Antonio; Tallón Aguilar, Luis; Lopez Perez, Jose; Oliva Mompeán, Fernando; Padillo Ruiz, Javier.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Los quistes esplénicos primarios, no parasitarios, son una entidad rara, de diagnóstico normalmente incidental, y en los que es necesario realizar el diagnóstico diferencial con posibles lesiones neoplásicas. Existen diversas opciones para su tratamiento que incluyen desde la observación o la punción-vaciamiento en los quistes de pequeño tamaño y con signos de benignidad, a la esplenectomía parcial o total, mediante abordaje convencional o laparoscópico, en los quistes de gran tamaño, etiología desconocida y posibilidad de malignidad.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en el tratamiento de un quiste esplénico gigante

Material y método: Mujer de 23 años sin antecedentes de interés que consulta por tumoración abdominal gigante no dolorosa. A la exploración se palpa masa de consistencia dura en hemiabdomen izquierdo que sobrepasa la línea media. Se realiza TAC de abdomen en el que se observa lesión quística con calcificaciones periféricas de unos 22cm que parece depender del bazo, sin poder descartar que dependa de la cola del páncreas, y que desplaza estructuras vecinas. Dado el gran tamaño de la lesión y la imposibilidad de descartar malignidad mediante las pruebas de imagen, se decide realización de laparotomía exploradora, comprobando durante la cirugía lesión quística intraesplénica que compromete el hilio esplénico, por lo que se realiza esplenectomía total sin incidencias.

Resultados: La paciente fue dada de alta al tercer día postoperatorio sin complicaciones. La anatomía patológica informa de quiste simple de probable origen mesotelial.

Conclusiones: La esplenectomía total debe considerarse en las lesiones esplénicas de origen desconocido en las que no podamos descartar malignidad, en las que sean de gran tamaño o en aquellas que comprometan el hilio esplénico.

Hernia crural complicada: nuestra experiencia

Curado Soriano, Antonio; Infantes Ormad, Marina; Lopez Ruiz Jose A.; Gila Bohorquez, Antonio; Tallón Aguilar, Luis; Lopez Perez, Jose; Pareja Ciuró, Felipe; Oliva Mompeán, Fernando; Padillo Ruiz, Javier.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La incarceration herniaria constituye una de las entidades de mayor frecuencia en la actividad quirúrgica urgente de los servicios de cirugía. Es la hernia crural el sub-

tipo herniario que debuta con mayor frecuencia de manera emergente, realizándose el diagnóstico en urgencias. Actualmente existe una gran controversia en el tratamiento de la hernia crural incarcerada, debido a la falta de estudios que aporten una evidencia científica suficiente para establecer qué técnica quirúrgica es el gold estándar.

Objetivos: Presentamos nuestra serie retrospectiva de pacientes intervenidos de urgencias por hernia crural incarcerada en nuestra área hospitalaria.

Material y método: Nuestra serie incluye 23 pacientes, 3 hombres (13%) y 20 mujeres (87%), de edades comprendidas entre los 43 y los 87 años, intervenidos de hernia crural incarcerada entre 2012 y 2015. Analizamos el abordaje, la técnica, el tipo de malla, la recurrencia y las complicaciones.

Resultados: Hemos realizado un abordaje anterior en 20 pacientes (87%), realizando una laparotomía complementaria en 5 pacientes (21,7%), con resección intestinal en 3 de ellos, y un abordaje preperitoneal (Nyhús) en 3 pacientes (13%) con resección intestinal asociada en todos ellos.

En relación a la reparación, dentro del abordaje anterior se ha llevado a cabo una reparación anatómica de Bassini en 4 pacientes (20%), y una reparación con malla en 16 pacientes (80%) utilizando la técnica de Lichtenstein con un tapón de BIO-A en 5 pacientes (31%) y un tapón de polipropileno en 11 pacientes (69%). En el abordaje preperitoneal se ha usado una malla plana de polipropileno para la reparación herniaria mediante la técnica de Nyhús.

No presentamos recurrencias con ninguna de las técnicas con un seguimiento medio de 25 meses (12 – 36 meses).

Hemos registrado una fístula enterocutánea en el abordaje preperitoneal que se trató de forma conservadora sin necesidad de explante de malla, tres casos de hematomas de región inguinocrural con el abordaje anterior y una infección de herida quirúrgica que precisó drenaje.

Conclusiones: En nuestra serie observamos una gran diversidad de técnicas similar a las descritas en las series publicadas, con un uso escaso del acceso preperitoneal, debido probablemente a la familiaridad del cirujano con la vía anterior, realizándose éste último en nuestra serie sólo por cirujanos dedicados a pared abdominal. El abordaje preperitoneal debería ser de elección en situaciones en las que se sospeche necrosis intestinal, ya que evitará la realización de una laparotomía media. En ausencia de signos de necrosis intestinal, debe realizarse un abordaje anterior.

Perforaciones Post-CPRE: nuestra experiencia

Infantes Ormad, Marina; Lopez Ruiz, Jose A.; Tallón Aguilar, Luis; Curado Soriano, Antonio; Lopez Perez, Jose; Oliva Mompeán, Fernando; Padillo Ruiz, Javier.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Las perforaciones post-CPRE constituyen una complicación rara aunque muy grave de este procedimiento, con altas tasas de morbimortalidad, siendo el manejo de esta patología un tema de controversia.

Objetivos: El objetivo de este estudio es presentar nuestra

experiencia clínica en el manejo de las perforaciones post-CPRE en nuestro centro.

Material y método: Nuestra serie incluye 11 pacientes diagnosticados de perforación post-CPRE entre Junio de 2010 y Junio de 2014 (0,6 % de todas las CPRE realizadas en nuestro centro), divididos en cuanto al tipo de perforación según la clasificación de Stapfer, a los que realizamos tratamiento conservador o quirúrgico, incluyendo dentro de este último 3 tipos de cirugía: exploración de la vía biliar, cierre simple de perforación duodenal y exclusión duodenal, según los hallazgos clínico-radiológicos.

Resultados: De las 11 perforaciones registradas, instauramos manejo conservador en 5 pacientes (45,5%), 3 de ellos con perforaciones tipo IV de Stapfer y 2 pacientes con perforaciones tipo II, con buena evolución en todas ellas; en el resto, 6 pacientes (55,5%) se decidió tratamiento quirúrgico urgente: exploración de la vía biliar en dos pacientes (tipo II de Stapfer), un cierre simple de la perforación tipo II, y 3 exclusiones duodenales (tipos I, II y III). Hemos registrados tres éxitos (27,3%), uno de ellos en el grupo de exploración de la vía biliar y dos en el de exclusión duodenal.

La tasa de éxito con el tratamiento conservador en nuestra serie ha sido del 100%, y del 50% con el tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: El diagnóstico precoz de la perforación duodenal es fundamental para disminuir las altas tasas de mortalidad que presenta esta infrecuente entidad. El tratamiento conservador puede ser una alternativa eficaz y segura en los pacientes diagnosticados de perforación duodenal tipo IV de Stapfer y en las tipo II y III con mínima fuga de contraste y ausencia de colecciones en estudios de imagen.

Reparación de hernias paraestomales en pacientes añosos: Sugarbaker laparoscópico

Infantes Ormad, Marina; Curado Soriano, Antonio; Dominguez Amodeo, Antonio; Naranjo Fernandez, Juan Ramón; Jurado Marchena, Remedios; Valera Sanchez, Zoraída; Navarrete de Carcer, Enrique; Oliva Mompeán, Fernando; Padillo Ruiz, Javier.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: El Sugarbaker Laparoscópico es una técnica que permite el tratamiento de la hernia paraestomal y de la hernia incisional en el mismo acto quirúrgico y mediante el mismo abordaje. Su uso en pacientes con comorbilidad y grandes defectos implica un abordaje mínimamente invasivo y una recuperación precoz a la vez que una reparación efectiva, minimizando las desventajas de la cirugía abierta.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en el tratamiento de la hernia paraestomal en pacientes de edad avanzada.

Material y método: Mujer de 77 años intervenida de neoplasia de recto mediante amputación abdomino-perineal con colostomía terminal hace 15 años, con antecedentes de infarto agudo de miocardio resuelto con angioplastia y varios stent, anticoagulada por fibrilación auricular, con patología pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial, diabetes mellitus y artrosis generalizada, pero con independencia para

las actividades de la vida diaria. En el último año ha estado ingresada cinco veces por cuadros de obstrucción intestinal asociados a crisis de incarceration de su hernia paraestomal. Presenta una hernia paraestomal tipo IV de la EHS de unos 10 cm de diámetro y varios defectos de pared asociados en la cicatriz de la laparotomía media y la incisión del drenaje.

Realizamos la técnica mediante un abordaje con tres trocares, uno óptico subcostal izquierdo de 11mm y dos puertos de trabajo en flanco y fosa iliaca izquierda respectivamente. Tras una adhesiolisis extensa, localizamos los diferentes defectos, esqueletizamos el asa intestinal y colocamos las mallas compuestas (2) fijándolas con tackers y puntos transfasciales.

Resultados: La paciente inició el tránsito intestinal a las 48 horas de la cirugía y fue dada de alta al cuarto día postoperatorio sin incidencias.

Conclusiones: El Sugarbaker Modificado es una técnica compleja que requiere un entrenamiento exhaustivo y un amplio manejo de la cirugía laparoscópica avanzada. Consideramos que en una unidad de pared abdominal compleja especializada y en manos expertas, es una buena opción terapéutica para aquellos pacientes en los que, a pesar de sus comorbilidades y del riesgo quirúrgico, sean candidatos a cirugía por complicaciones derivadas de su eventración o por limitación importante de su calidad de vida.

Reparación de hernias incisionales mediante técnica híbrida

Infantes Ormad, M.; Curado Soriano, A.; Dominguez Amodeo, A.; Naranjo Fernandez, JR.; Valera Sanchez, Z.; Jurado Marchena, R.; Navarrete de Carcer, E.; Oliva Mompeán, F.; Padillo Ruiz, Javier.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: En la reparación de las hernias incisionales es necesario el dominio del abordaje laparoscópico y convencional para poder ofrecer a cada paciente un acceso individualizado. Sin embargo, hay determinadas situaciones en las cuales podemos optimizar las ventajas de cada uno, realizando un abordaje híbrido.

En la literatura se describen fundamentalmente dos tipos de hibridación. La primera utiliza un abordaje laparotómico inicialmente realizando una adhesiolisis extensa para posteriormente realizar la fijación laparoscópica de la malla. En el segundo caso la secuencia se inicia con adhesiolisis y disección del orificio herniario vía laparoscópica, posteriormente disección del saco y cierre del defecto herniario mediante laparotomía y finalmente la malla se fija vía laparoscópica.

Objetivos: Presentamos nuestra experiencia con la técnica híbrida para el tratamiento de hernias tipo hongo (saco grande y orificio mediano).

Material y método: Nuestra serie consta de 5 pacientes, todos ellos con un IMC >35, intervenidos de una eventración M3W2 según la clasificación de la EHS, presentando grandes sacos.

La técnica quirúrgica se inicia con abordaje laparoscópico mediante tres trocares, un trocar óptico de 10 mm en hipocóndrio y dos de 5 mm en flanco y fosa iliaca, realizándose la

adhesiolisis y la disección del orificio herniario. Posteriormente, mediante minilaparotomía transversa, se disecciona el saco y se procede al cierre transversal del defecto. Por último fijamos la malla mediante abordaje laparoscópico con helicocuturas.

Resultados: No hemos encontrado recidivas tras un seguimiento mínimo de 12 meses (12 - 24 meses). No se han registrado infecciones ni explantes de malla, tampoco hematomas, ni episodios de hipertensión abdominal asociada a la reparación. La estancia hospitalaria media ha sido de 72 horas.

Conclusiones: La técnica híbrida representa una opción quirúrgica para aquellas hernias con un gran saco herniario y orificio menor de 8 cm, evitando grandes laparotomías para reducir el contenido herniario, minimizando la aparición de seromas al resecar el saco y facilitando la colocación de una malla que cubre ampliamente el defecto previo.

Miofibroblastoma epiteliode de mama masculina: presentación de un caso y revisión de la literatura

Rubio López, José, Lendínez Romero, Inmaculada. Pérez Durán, Carmen. Torné Poyatos, Pablo. Gómez Valverde, Eusebio. De Reyes Lartategui, Saturnino. Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Hospital Universitario San Cecilio.

Introducción: El miofibroblastoma, se trata de un inusual tumor benigno de células fusiformes. Más frecuente en mama masculina. Es un tumor bien delimitado, constituido por la proliferación de fibroblastos y de fibras musculares lisas. Su aparición suele ser unilateral, como un pequeño bulto con crecimiento progresivo. Presentamos un caso de un miofibroblastoma en varón con historia de ginecomastia unilateral, de los cuales hay muy pocos casos descritos en la literatura.

Paciente y métodos: Presentamos un caso de un varón de 42 años de edad que acude a consulta por ginecomastia unilateral de años de evolución. El paciente, relacionó su aumento mamario con un aumento de peso sin darle más importancia. A los 5 años, acude a su Médico debido al aumento de tamaño de la mama junto sensación de bulto. A la exploración física: se aprecian unas mamas asimétricas, mama derecha ligeramente más compacta que contralateral sin lograr palpar tumoraciones como tal. Exploración ganglionar axilar y supraclavicular negativo. Es diagnosticado de ginecomastia; se le oferta al paciente la cirugía para mejorar su estética, lo cual acepta. Se le realiza una mastectomía subcutánea. Anatomía Patológica: miofibroblastoma. Se completa estudio con inmunohistoquímica: positivo para desmina, vimentina y m-liso actino; fue negativo para citokeratina. El paciente, hoy día es seguido en consultas externas para revisión, no encontrándose recidiva de la tumoración.

Discusión: El miofibroblastoma, es un raro tumor benigno mamario, del cual hay menos de 100 casos descritos en la bibliografía. Dicho tumor, más frecuente presentado en la mama masculina y manera unilateral (33% del miofibroblastoma ocurren en mujeres). El rango de edad oscila entre los 35

y 85 años, tratándose de una tumoración con un crecimiento lento y progresivo. En algunos casos, el diagnóstico es pre quirúrgico, para lo que utilizan PAAF. No siempre viable, ya que en algunos casos se diagnostica de carcinoma lobulillar infiltrante. En el caso de diagnóstico por PAAF, aunque se trate de un tumor benigno, se aconseja cirugía. Se han descrito comportamiento maligno con metástasis y alcanzar grandes tamaños. La mama no es el único lugar de aparición de dichos tumores; se han encontrado también en cabeza y cuello, región paratesticular... Es importante el diagnóstico diferencial, especialmente con entidades malignas aunque también hay que pensar en otras entidades benignas. Entre los malignos, cabe destacar en carcinoma lobulillar infiltrante, sarcomas; entre los benignos serían los tumores fibrosos solitarios, lipomas...Lo más importante en el diagnóstico es la anatomía patológica. Destaca, los miofibroblastos, que son células mesenquimales. Existen variantes histológicas de diferente comportamiento: a) Miofibroblastoma clásico b) el Miofibroblastoma epitelióide c) Miofibroblastoma colagenizado d) Miofibroblastoma celular e) Miofibroblastoma infiltrativo. En los últimos estudios descritos, hablan de la necesidad de la Inmunohistoquímica, definiéndola como «gold standard» para el diagnóstico. En los casos en los que la PAAF no es definitiva, la inmunohistoquímica, sería de gran ayuda, aunque hay autores que describen que siempre se debería hacer si se sospecha miofibroblastoma. Los miofibroblastomas son positivos para CD 34, desmina, vimentina y mi liso y negativos para citokeratina y S-100. El tratamiento debe de ser siempre quirúrgico, con márgenes de resección libres para evitar la recurrencia. Normalmente no precisa realizar linfadenectomía aunque si se tratase de una variante maligna, sí que habría que hacerla, puesto que metastatizan. Actualmente, en nuestro caso, seguimos al paciente en consultas externas sin evidenciar a día de hoy recurrencia; tampoco se describen en la literatura.

Cirugía de la Hernia Inguinal como procedimiento de corta estancia en un Hospital Privado.

Soler Humanes R; Sanchiz Cárdenas, E; Machado Romero, I; Moreno Ruiz, FJ; Muñoz Ortega, AM; Fresno Asensio, A; González Sánchez, AJ; Ramírez Plaza, CP.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Quirón Málaga.

Introducción: La hernia inguinal es una patología muy prevalente y posiblemente su cirugía una de las que más variaciones técnicas ha sufrido a lo largo del tiempo.

Objetivos: Presentar nuestra serie de pacientes intervenidos de hernia inguinal en el último año analizando el tipo de cirugía realizada, complicaciones y estancia hospitalaria.

Material y método: Se han analizado los pacientes intervenidos de hernia inguinal en nuestro centro en el último año, analizando tanto el tipo de técnica realizada como las complicaciones y estancia media.

Resultados: Se han intervenido un total de 83 pacientes, con una media de edad de 52 años, la mayoría de ellos con un grado ASA I (53%) o II (30%). La vía de abordaje utilizada fue

la abierta en el 78% de casos (52% de casos la vía anterior). La laparoscopia se utilizó en el 22% casos. La complicación más frecuente fue el hematoma (10%). La estancia media fue en el 88% de casos <24 horas.

Conclusiones: El tratamiento de la hernia inguinal, ya sea mediante cirugía abierta o laparoscópica puede realizarse de manera segura, eficaz y eficiente dentro de un programa de cirugía de corta estancia.

Nuevas formas de comunicación en una Unidad de Cirugía de Urgencias

Tinoco González, José; Ramallo Solís Irene María; López Bernal, Francisco; Senent Boza, Ana; Reyes Díaz, María Luisa; Flores Cortés, Mercedes; Sacristán Pérez, Cristina; Martín García, Cristobalina, Jiménez Rodríguez, Rosa María; Pareja Ciuró, Felipe; Padillo Ruíz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: La atención quirúrgica urgente, requiere gran dinamismo laboral. Así como la reestructuración en la planificación de cargas de trabajo, que se supeditan a situaciones clínicas que van surgiendo y que se les debe de dar una respuesta inmediata. WhatsApp es un instrumento de transmisión instantánea de datos, que ha irrumpido con fuerza en la sociedad y ahora se alza como uno de los principales elementos cotidianos que configuran nuestra vida. Esta herramienta se ha introducido paulatinamente en el ámbito laboral. La información viaja de forma rápida y puede utilizarse como herramienta de comunicación grupal. Por lo tanto, puede ser utilizada como vía de comunicación permanente e instantánea ideal en Unidades Quirúrgicas que requieren esta dinamización.

Material y método: El uso de esta herramienta como comunicación grupal en nuestra Unidad, se viene utilizando desde el 21 de Agosto de 2012. Está compuesta por 8 miembros. El Administrador del Grupo es el Jefe de Sección. Se ha realizado estudio aleatorio Dic 2014-febrero 2015. Criterios de inclusión: conversaciones/imágenes que incluyeran los siguientes aspectos y que cumplieran rigurosamente con la LOPD:

Localización/Ubicación: Dónde se encuentra algún miembro de la Unidad.

Estado clínico de enfermos: Información acerca del estado clínico de enfermos tanto hospitalizados como en observación y puerta.

Información general: Tipo tablón de anuncio. Convocatoria de Reuniones, Comisiones...etc.

Estado quirófono: Inicio, llegada enfermo, necesidad de ayuda extra...etc.

Base de datos: Transmisión de datos.

Criterios de exclusión: conversaciones/imágenes que no se incluyeran en los criterios exclusión (ocio, temas no relacionados con ámbito laboral...etc). Imágenes médicas, computadas independientes del número total de mensajes.

Resultados: Número total de mensajes relacionados con actividad laboral en el trimestre: 983. Media 15,35 mensajes/día. Localización/Ubicación: 274 (27,87%), Estado clínico de enfermos: 302 (30,72%) Información general: 102 (10,37%),

Estado quirófano: 199 (20,24%), Base de datos: 106 (10,78%). Imágenes: 18.

Conclusiones: Las nuevas tecnologías utilizadas adecuadamente, constituyen una herramienta que puede ser útil en el desarrollo organizativo en una Unidad Funcional. Su uso facilita la toma de decisiones en cuanto a continuidad asistencial (estado clínico de enfermos), optimiza el tiempo en cuanto a la ubicación de los miembros de la Unidad y dinamiza la asistencia. Debemos ejercer responsabilidad sobre la información médica difundida, Así como mantener una imagen virtual profesional adecuada y respetar la interacción con los compañeros.

Formación del residente en Cirugía de Urgencias frente a la encuesta nacional y plan individual de formación

Tinoco González, José; Ramallo Solís Irene María; López Bernal, Francisco; Senent Boza, Ana; Reyes Díaz, María Luisa; Flores Cortés, Mercedes; Sacristán Pérez, Cristina; Martín García, Cristobalina, Jiménez Rodríguez, Rosa María; Pareja Ciuró, Felipe; Padillo Ruíz, Francisco Javier
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: Hasta ahora no existían datos cuantificados de la actividad real conseguida durante los 5 años de formación en España de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD). Recientemente la Comisión Nacional de CGAD ha publicado los resultados de la encuesta nacional para residentes con datos de mucho interés.

A la luz de esta encuesta nos hemos planteado si nuestra Unidad de Cirugía de Urgencias (HHUU Virgen del Rocío, Sevilla) influye en el papel formativo de los residentes, teniendo en cuenta además el plan formativo nacional de la especialidad.

Material y método: Se realizó un estudio observacional descriptivo recogiendo las intervenciones quirúrgicas urgentes en nuestra Unidad de cirugía de urgencias (UCU) desde 2009 a 2014. Se extrajeron el número de cirugías llevadas a cabo por los residentes de CGAD durante su estancia en nuestra unidad (6 meses en 5 años), sin contabilizar las cirugías que realizaban en el resto de unidades, guardias ni quirófanos de tarde. Los resultados obtenidos de este análisis interno se compararon con la reciente encuesta nacional de residentes (ER), así como con el plan de formación nacional de la especialidad (PF). Las cirugías analizadas fueron: úlcus péptico complicado (perforación), colectomías, hernia inguinocrural, hernia umbilical, colecistectomía laparoscópica, total de urgencias. El análisis estadístico se realizó usando el SPSS 20,0 (SPSS, Inc, Chicago, IL, UnitedStates)

Resultados: En los 6 años de seguimiento en la UCU se realizaron 4698 cirugías mayores, de las cuales 2086 (44,4%) fueron realizadas por los 20 residentes de nuestra unidad de gestión clínica. De estas 1527 se realizaron por vía laparoscópica (lap), llevadas a cabo 811 (53,1%) por los residentes. 33,7 lap/año realizaría un residente de media en la unidad. Según el PF deben realizarse 15 laparoscopias durante la residencia (sin contar las colecistectomías). Según la ER se realizan 18,6

± 10,4lap/año en todas las unidades. Por medias de intervención quirúrgica se recogen por grupos (UCU vs. ER vs. PF)/en 5 años: úlcera péptica complicada (1,6vs. 5,4 vs. 8); colectomías (8,55 vs. 20 vs. 10); hernias inguinocrurales (5,3 vs. 79 vs. 25), hernia umbilical (2,6 vs. 29 vs. 5), colecistectomía laparoscópica (10,6 vs. 54 vs. 15), cirugía urgente total (104,3 vs. 231 vs. 200). Por lo tanto la UCU cubriría la formación enunciada por ER y PF respectivamente, en los siguientes porcentajes: 29% y 20 % de úlcus; 42% y 86% de colectomías, 7% y 21% de hernias inguinocrurales; 9% y 52% de hernias umbilicales, 19,6% y 71% de colecistectomías laparoscópicas; y el 45% y 52% del total de cirugías urgentes (sin tener en cuenta guardias)

Discusión y Conclusiones: Una unidad de cirugía de urgencias, no solo es una buena herramienta para el funcionamiento de un hospital de tercer nivel, sino que ofrece una amplia cobertura docente de la mayoría de la patología. La formación en patología herniaria, esta algo menos cubierta en las unidades de cirugía de urgencias, dada que su mayor expresión se recoge en regímenes de CMA; sin embargo, nuestra unidad por si sola (sin guardias) cubre un porcentaje elevado de formación en cuanto a colectomías, colecistectomías y cirugías urgentes globales, así como abordaje laparoscópico en general.

Por lo tanto, la Unidad de Cirugía de Urgencias dentro de un servicio de CGAD toma un valor docente, superponible, al de unidades específicas (hepatobiliar, endocrina...) necesitando cirujanos formados en la atención al paciente quirúrgico urgente, constituyendo de este modo un pilar esencial en la formación del residente.

Seguimiento de la técnica Sandwich en la reparación de eventraciones complejas

Durán Muñoz-Cruzado, Virginia; Tinoco González, José; Ramallo Solís, Irene; Senent Boza, Ana; Tamayo López, María Jesús; Martín Cartes, Juan Manuel; Bustos Jiménez, Manuel; Docobo Durántez, Fernando; Padillo Ruíz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: En la actualidad, para el tratamiento quirúrgico de las hernias ventrales se ha generalizado el uso de prótesis de material sintético. Esta técnica se utiliza en el tratamiento de grandes hernias que hasta hace poco tiempo se consideraban fuera del alcance del tratamiento quirúrgico o al menos éste era muy problemático. Se puede asociar a plastias de pared abdominal tales como la técnica de Ramírez, aunque nuestra tendencia actual es utilizarla sin realizar separación de componentes.

Objetivos: Demostrar la versatilidad y eficacia de esta técnica en el cierre de la pared abdominal en situaciones complejas y comprobar su éxito a medio plazo.

Material y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a la realización de técnica sandwich para reparar eventraciones complejas en nuestra Unidad desde 2010 a marzo de 2015. Se ha realizado una base de datos con las variables demográficas de los pacientes, diá-

metro máximo, recidivas en el seguimiento y complicación peroperatorias, así como días de ingreso.

Los datos continuos se han informado como medianas. Las estimaciones de supervivencia y recidiva se han calculado utilizando el método de Kaplan-Meier. El valor de p inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Utilizamos para el análisis de los datos el programa IBM SPSS Statistics versión 20.

Resultados: Se han analizado 54 pacientes (38,9% varones) sometidos a la técnica Sandwich. La edad media fue de $57,22 \pm 12,63$ años, con un IMC de $33,53 \pm 7,04$. El riesgo anestésico según ASA fue igual o mayor a 3 en el 51,9%. Se utilizó la anestesia epidural en el 35,2% frente a anestesia sistémica. El tamaño medio del defecto (diámetro mayor) fue de $15,49 \pm 5,97$ cm. El 59,3% de los pacientes tenían un anillo único, 24,1% dos anillos y el 16,6% 3 o más. La indicación de reparación de la eventración compleja fue por recidiva de una hernia previa en 28 casos (73%), frente a 10 casos (27%) que padecían la primera eventración. 2 pacientes (5,6%) fallecieron en el seguimiento y 4 de ellos mostraron complicaciones (10,5%). Durante el seguimiento sólo se detectaron 2 recidivas (3,7%) tras la implantación de la terapia en sandwich. A los 3 y 6 meses el porcentaje de recidiva fue del 0%. Al año y a los 2 años fue del 1,8% (1 caso) elevándose al 3,6% (2 casos) a los 5 años. En nuestro grupo el análisis estadístico no encontró diferencias ($p < 0,05$) en cuanto a IMC, tipo de hernia, edad, sexo, número de anillos y tamaño herniario en cuanto a la recidiva preimplantación del sistema sandwich. La estancia media fue de $8,96 \pm 15,97$ días.

Conclusiones: La técnica «sándwich» se ofrece como una técnica alentadora para el cierre en casos de eventraciones complejas, y en manos experimentadas, ofrece un perfil de recidiva y complicaciones bastante seguros y fiables, al menos a medio plazo (5 años).

Mioepitelioma maligno en la mama

Tinoco González, José; Ramallo Solís Irene María; Sousa Vaquero, José María; Senent Boza, Ana; Alfaro Galán, Lina; Fernández Venegas, María; Lorenzo García, Juan Carlos; De León Carrillo, José Manuel; Padillo Ruíz, Francisco Javier.

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: Los conductos y lobulillos de la glándula mamaria están tapizados por dos tipos de células. Las células mioepiteliales, contráctiles con miofilamentos, que se disponen como una red sobre la membrana basa; y las células epiteliales luminales que se superponen a las células mioepiteliales.

El mioepitelioma maligno es una neoplasia extremadamente rara, consistente en una malignización exclusiva de la células mioepiteliales.

A diferencia de otros tumores mamarios no presentan una manifestación clínica propia, ni tan siquiera sugestiva de esta estirpe celular. De la misma forma, senográficamente es indistinguible de cualquier neoplasia maligna de la mama.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 62 años, sin antecedentes de interés, que consulta 5 meses atrás

por una tumoración indolora en cuadrante superoexterno (CSE) de la mama izquierda. Según la normativa del PAI-CM (proceso asistencia integrado – cáncer de mama) se remite a la unidad de patología mamaria. A la exploración se identifica un nódulo elástico, de unos 2 cm, móvil, sin adherencias a piel ni a planos profundos.

Se somete a biopsia con aguja gruesa (BAG) con el diagnóstico inicial de adenomioepitelioma/ mioepitelioma, dada la positividad para CK-AE1/AE3, CK-5/6, S100, P63 y actina, siendo negativa para CK19 y CD34. El estudio inmunohistoquímico determinó negatividad para receptores hormonales y HER2 (SISH), con un índice de proliferación Ki67 del 10-15%.

Posteriormente, la paciente comenta molestias locales en pared costal/surco mamario de la mama izquierda. A la exploración se palpa una induración pétreo que parece depender de la costilla. Tras nuevo TC se realiza BAG que confirma la recidiva del mioepitelioma. Se somete a mastectomía radical ampliada con resección de la pared torácica y reconstrucción con colgajo miocutáneo del musculo dorsal ancho y malla de PTFE (politetrafluoroetileno).

Discusión: En la última clasificación de la OMS 2012, estas lesiones pasan a formar parte de los «carcinomas metaplásicos» y por lo tanto, pasan a considerarse verdaderos carcinomas. Forman, por lo tanto, un grupo heterogéneo de tumores, que suponen el 1% de los cánceres de mama y se caracterizan por una diferenciación del epitelio neoplásico a diferentes tipos de elementos mesenquimales o bien, a epitelio escamoso. Suelen ser tumores triples negativos, de fenotipo basal, con una menor tendencia a metastatizar en ganglios, con posibilidad de metástasis a distancia, incluso sin afectación ganglionar, como se observa en nuestro caso.

La BAG suele permitir el diagnóstico, aunque la similitud celular con fibromas y tumores benignos de células fusiformes, pueden entorpecer el diagnóstico.

Por lo tanto, la inmunohistoquímica es el pilar diagnóstico de estas lesiones. Se caracterizan por presentar un patrón infiltrativo, fasciolado, estoriforme, pseudo-angiomatoso con nidos y cordones de células tumorales fusiformes en el estroma reactivo.

En cuanto a su pronóstico y tratamiento, aunque son pocas las series estudiadas y suelen publicarse casos aislados, el 50% de los casos de mioepiteliomas malignos tienen un comportamiento agresivo. En conjunto parecen tener una peor respuesta a tratamientos convencionales tanto sistémico (quimioterapia, hormonoterapia, biológicos), como locoregional con radioterapia, siendo la supervivencia peor que en otros carcinomas triple negativos.

Neumatosis intestinal simulando lesión sincrónica en adenocarcinoma de sigma

Ferrer, Carmen; Domínguez, Mireia; Molina, Andrea; Huertas, Francisco; Segura, Inmaculada; Conde, Raquel; Redondo, Eduardo; Chamorro, Clara; Palma, Pablo

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Introducción: Descrita por primera vez en 1730 por Du Vernoy, la neumatosis intestinal (NI) es una lesión histológica

consistente en la formación de quistes de contenido aéreo localizados tanto en la submucosa como en la subserosa de la pared intestinal. Su incidencia es difícil de esclarecer debido a que en la mayor parte de los pacientes cursa de modo asintomático.

Objetivos: Se presenta un caso de neumatosis intestinal cecal asociado a adenocarcinoma de sigma.

Material y método: Varón de 65 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, HTA, miocardiopatía dilatada, FA, EPOC y DM que ingresa en nuestro servicio de cirugía de forma programada.

El paciente había sido estudiado por emisión de heces con sangre oscura, coincidiendo con periodo de estreñimiento. Se realizaron TC y colonoscopia con toma de biopsias que mostraron tanto una lesión excrescente en sigma (con diagnóstico AP de adenocarcinoma), como lesión de carácter polilobulado y base ancha (5-6 cm) en región cecal cuyo resultado anatomopatológico fue indeterminado.

Se realizó PET TAC para estudio de extensión que reveló captación a nivel de región sigmoidea, con SUV_{máx} 4,76, sin evidenciar otros focos hipermetabólicos.

Se realiza de forma intraoperatoria colonoscopia para valoración de la lesión cecal ya que ésta no es palpable, identificándose como NICE 3. Se practica sigmoidectomía abierta, junto con resección ileocecal debido a que la colonoscopia intraoperatoria descartó la posibilidad de exéresis endoscópica de la lesión polipoidea.

Resultados: Intervención y postoperatorio sin incidencias, por lo que es dado de alta en el sexto día postoperatorio. La anatomía patológica reveló adenocarcinoma moderadamente diferenciado en la pieza de sigmoidectomía, con estadiaje pT3N0. En la muestra de resección ileocecal se describen lesiones compatibles con neumatosis intestinal.

Conclusiones: La NI puede ser primaria (15%, no asociadas a otras lesiones subyacentes, presentando generalmente en estos casos un carácter benigno) o, más frecuentemente (85%) secundaria a diversos procesos gastrointestinales (neoplasia, isquemia, inflamación crónica, etc.) que pueden comprometer la vida del paciente. La importancia de la NI radica pues en la necesidad de distinguir los casos benignos de aquellos que puedan suponer una urgencia quirúrgica.

La patogénesis de la NI es poco conocida, y probablemente multifactorial. En el caso que nos ocupa, la etiología más probable pudiera corresponder a una enteropatía obstructiva secundaria a una neoplasia que generaba estenosis de más de la mitad de la circunferencia sigmoidea.

Realizar un manejo conservador resulta poco factible en la mayor parte de los casos debido tanto a la dificultad de establecer un diagnóstico certero de NI, como a la necesidad de esclarecer la causa subyacente.

Esta comunicación debe alertar a cirujanos y endoscopistas sobre esta rara patología que puede imitar el aspecto de una neoplasia.

Hepatectomía extrema con resección y reconstrucción de la vena cava por leiomioma agresivo

Sánchez Barrón, María Teresa; Díaz Nieto, Rafael; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Ramos Muñoz, Francisco; Roldán de la Rúa, Jorge Francisco; Santoyo Santoyo, Julior; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; Malago, Massimo. *Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; Royal Free Hospital (Londres, R. U.).*

Introducción: Los sarcomas hepáticos representan menos del 1% de las neoplasias malignas hepáticas. El sarcoma de la vena cava inferior (VCI) que afecta al hígado representa un reto diagnóstico y en ocasiones su origen es extremadamente difícil de diferenciar. La resección radical con márgenes libres se mantiene como el único tratamiento curativo, si bien no siempre es posible debido a la extensión de la enfermedad. La trombosis tumoral de la VCI conlleva un compromiso vascular de los órganos intraabdominales que normalmente lleva a considerar la enfermedad como irreseccable. Actualmente no se dispone de tratamiento alternativo efectivo, ya que ni la radioterapia ni la quimioterapia han demostrado beneficios sobre la supervivencia a largo plazo en estos pacientes.

Material y método: presentamos el caso de una paciente de 67 años que consultó por anorexia y pérdida de peso. Tras completar el estudio se evidenció una gran masa hepática que afectaba a la VCI y vena renal derecha. Se procedió a realizar una biopsia que informó de carcinoma hepatocelular sarcomatoide por lo que se decidió cirugía tras presentar el caso en comité multidisciplinar. Preoperatoriamente se tuvieron en cuenta aspectos como el control vascular de la VCI previo a la movilización hepática, la presencia de colaterales vía ácigos y la necesidad de reconstrucción de la cava. La cirugía se llevó a cabo mediante laparo-toracotomía costofrénica. Se procedió a control transpleural-transpericárdico de la cava como primer paso para evitar una posible diseminación tumoral, y posteriormente control vascular bajo las venas hepáticas con el objetivo de permitir el drenaje hepático durante el procedimiento. Empleando un abordaje anterior se realizó una hepatectomía derecha incluyendo el lóbulo caudado, y se completó la escisión completa de la VCI junto con una nefrectomía derecha. Se preservó la circulación colateral hacia el sistema ácigos, sin embargo, la presencia de drenaje del riñón izquierdo hacia la cava, sin presencia de colateralidad, determinó la necesidad de reconstruir la VCI. Para ello se empleó un injerto de material sintético tipo Dacron, reimplantando en el mismo la vena renal izquierda.

Resultados: En el postoperatorio la paciente precisó una laparotomía por trombosis, realizándose una trombectomía del injerto. Posteriormente se recuperó satisfactoriamente, preservando la función renal. La histología de la pieza informó de leiomioma pleomórfico/poco diferenciado de la vena cava; resección R0.

Conclusiones: La cirugía continúa siendo la única opción terapéutica para los sarcomas agresivos hepáticos y de la VCI, debido a la falta de tratamientos alternativos. Aunque son muy invasivos en ocasiones, las resecciones radicales y los abordajes quirúrgicos agresivos deben ser considerados en los pacientes con sarcoma de la VCI.

'Diagnostico tardío de perforación duodenal retroperitoneal y exclusión pilórica como tratamiento de eleccion

Espínola Cortés, Natalia; Motos Mico Jacob; Fuentes Porcel, Orlando; Álvarez García, Antpnio, Rodriguez Morillas, Diego

Hospital CHT Torrecárdenas

Objetivos: La perforación retroperitoneal del duodeno, cualquiera que sea su etiología, en una eventualidad grave, particularmente si existe demora en su diagnóstico y tratamiento, viéndose entonces agravada con una alta morbimortalidad. Presentamos un caso de estas características, tratado mediante exclusión pilórica de forma exitosa, aunque con aparición tardía de úlcera antral como complicación.

Material y método: Varón de 33 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por dolor en región renal derecha irradiado a hipocondrio y vacío derechos, de quince días de evolución, tratado con analgésicos intramusculares y agudizado en las últimas 48 horas, acompañándose desde entonces de fiebre alta, náuseas y vómitos. A la exploración, presenta MAL estado general, con dolor intenso a la palpación en cuadrante superior derecho abdominal, en donde existe leve defensa voluntaria a la palpación; resto de exploración abdominal anodina. Analítica a su ingreso en la que destacan leucocitosis con neutrofilia intensas (25,840 / 86,9%) y PCR 38,88 mg/dl. En el TAC se aprecia una colección de gran tamaño (eje mayor de 20cm), anfractuosa, con varias cámaras comunicadas entre sí y con múltiples burbujas de gas en su interior, que se extiende en la parte más craneal desde la región situada entre colon transversal y estómago, pasando por la encrucijada formada por duodeno, páncreas y región antropilórica, descendiendo por la región anterior a la fascia pararenal derecha hasta pelvis con extensión a la gotera paracólica derecha, en relación con probable perforación de víscera hueca.

Se practica laparotomía exploratoria urgente, comprobándose la existencia de una perforación de unos dos cm de diámetro, al inicio de la tercera porción duodenal, sin causa aparente (anatomía patológica de los esfacelos de la zona sin otros hallazgos que tejido inflamatorio). Se realiza exclusión pilórica mediante sutura mecánica prepilórica, gastroenteroanastomosis en Y-Roux, duodenorrafia sobre sonda de Foley, colecistectomía y colocación de tubo de Kehr coledociano.

Resultados: El postoperatorio cursa sin incidencias y, tras controles ambulatorios, son retirados sucesivamente (La sonda de Foley a los 40 días y tubo de Kher a los 3 meses) comprobándose asimismo la reopermeabilización de la sutura mecánica gástrica. Realizada EDA a los 8 meses de la intervención, se aprecia úlcera prepilórica, que está siendo tratado con IBP, sin apreciar lesión patológica alguna duodenal.

Conclusiones: El manejo de las perforaciones retroperitoneales del duodeno, particularmente en casos evolucionados, constituyen un reto para el cirujano. Un manejo quirúrgico inicial agresivo mediante exclusión duodenal total facilita la adecuada cicatrización de la solución de continuidad duodenal, evitando la morbilidad añadida que supone la diverticulización duodenal y permitiendo la consabida reopermeabilización del tránsito gastroduodenal. Por otra parte, dada la alta tasa de úlceras de boca anastomótica asociadas a la técnica, la

realización de la gastroenteroanastomosis en Y-Roux, sobre todo en pacientes jóvenes con larga expectativa de vida, puede evitar el efecto potenciador sobre las mismas de la bilis.

Abordaje posterior en quiste del espacio presacro

Sánchez Barrón, María Teresa; Corrales Valero, Elena; Martos Rojas, Noemí; Roldán de la Rúa, Jorge Francisco; Del Fresno Asensio, Antonio; Marqués Merelo, Eduardo; Santoyo Santoyo, Julio; Suárez Muñoz, Miguel Ángel.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El espacio retrorectal o presacro es un lugar de asiento de patología que muchas veces pasa desapercibida. Las lesiones quísticas presacras se dividen en teratomas y quistes del desarrollo, estos últimos lesiones congénitas raras con manifestaciones excepcionales en el adulto. La sintomatología es muy variable y está relacionada con el tamaño del quiste y el consiguiente efecto masa local y sobreinfección, si bien la mayoría suelen cursar silentes y se descubren de manera incidental. El diagnóstico se establece mediante pruebas de imagen, estando contraindicada la biopsia preoperatoria. El tratamiento debe ser quirúrgico para evitar las posibles complicaciones como son la infección, el desarrollo de fístulas cutáneas y la degeneración maligna.

Material y método: presentamos el caso de una paciente de 27 años que consulta por supuración anal. En la exploración rectal se aprecia tumoración ligeramente dolorosa en cara posterior, justo por encima del complejo esfinteriano, sin alteraciones en la mucosa rectal. El estudio se completa con RM periné que muestra lesión quística bilobulada y encapsulada retrorectal que contacta con el elevador del ano, de 4x3cm, compatible con quiste congénito retrorectal fistulizado al complejo esfinteriano.

La intervención se realizó en decúbito prono, posición Jack-knife o en navaja, realizando un abordaje posterior mediante incisión parasacroccígea lateral derecha. Esta vía posterior, basada en la vía transesfintérica de York Mason, se lleva a cabo con una incisión que desde 3 cm por encima del margen anal se prolonga por el margen derecho del sacro hasta las fibras inferiores del músculo glúteo mayor. Tras sacrotomía se procede a apertura del músculo elevador del ano para acceder al espacio presacro, visualizándose tumoración quística bilobulada y trayecto fistuloso transesfinteriano con orificio externo a las 6 horas. Tras disección y exéresis del quiste y trayecto fistuloso se procede a legrado y cierre por planos, comprobando la integridad de la pared del recto.

Resultados: La paciente es dada de alta al cuarto día postoperatorio sin incidencias y con buen control del dolor. La herida evoluciona favorablemente, sin hallazgos de supuración o recidiva fistulosa al tercer mes postoperatorio.

Conclusiones: los quistes presacros son una patología infrecuente que suele pasar desapercibida. Su diagnóstico precoz es fundamental para evitar las potenciales complicaciones. El tratamiento debe ser quirúrgico proporcionando una resección total, evitando así el riesgo de recidiva relacionado con la extirpación parcial. El abordaje posterior parasacroccígea, a diferencia de la vía de York Mason, respeta íntegramente el

aparato esfínterico permitiendo al mismo tiempo una excelente exposición del segmento anorrectal.

‘fístula recto uretral como complicación de enfermedad de crohn avanzada

Espínola Cortés, Natalia, Blesa Sierra, Isabel; Ferrer Márquez, Manuel; Belda Lozano, Ricardo; Rubio Gil, Francisco

Hospital CHT Torrecárdenas

Introducción: La fistulización es una de las complicaciones más temidas en la Enfermedad de Crohn, que puede desembocar en una secuencia de procedimientos quirúrgicos cada vez más radicales que culminen en la formación de un estoma permanente, un Sd. de intestino corto y la necesidad de NTP.

Las fístulas entero-vesicales son relativamente raras y, su diagnóstico y manejo definitivo, suponen un reto para médicos, urólogos y cirujanos.

Material y método: Varón de 32 años de edad, con Enfermedad de Crohn y afectación perianal compleja refractaria a tratamiento médico; Acudió a urgencias, por síndrome miccional y tumefacción perianal de varios días de evolución. Se le realizó una RMN y cistografía que pusieron de manifiesto una fístula recto-uretral. Se trató quirúrgicamente mediante una colostomía lateral y la colocación de una talla vesical. Ante la persistencia de la actividad de la enfermedad y la mala evolución clínica, se decidió la realización de una proctectomía total laparoscópica y un recambio de la talla vesical como tratamiento definitivo. Reingresó, meses más tarde, por abscesos intraabdominales en el espacio perihepático derecho, que se complicaron con el desarrollo de un absceso pulmonar derecho secundario a una fístula bronquial. Se procedió a drenaje quirúrgico de los mismos y al cierre del defecto diafragmático con una malla. La evolución postoperatoria fue favorable.

Conclusiones: Las fístulas enterovesicales en la Enfermedad de Crohn son raras, estimándose una incidencia del 2-5%.

La afectación intestinal más frecuente es en íleon terminal seguido del colon sigmoide y, la urinaria, en cúpula o pared posterior de vejiga.

Pueden producirse tras la fuga de la anastomosis ileorrectal en el contexto de una colectomía para el tratamiento de esta enfermedad y, rara vez, por malignización de la misma.

La presentación clínica más común es la infección urinaria recurrente y la nematuria.

La cistoscopia, colonoscopia, cistourografía y citología de orina pueden ser pruebas diagnósticas de primera línea. La RNM y TC suelen ser, también, consideradas.

Algunas de estas fístulas cierran espontáneamente con sondaje vesical pero, ante la persistencia de la misma, lo indicado es una resección intestinal y un cierre del defecto vesical con sondaje descompresivo, al menos, 9-14 días. No hay suficiente evidencia que justifique la creación de un estoma proximal o el uso de NTP. Sólo en tratamientos esteroideos de larga evolución, mal estado nutricional, abscesos o múltiples fístulas, se podría considerar un estoma de protección tras la resección intestinal.

Resecciones pancreáticas por tumor neuroendocrino (p-TNE). Experiencia de 100 casos en el Royal Free Hospital

Sánchez Barrón, María Teresa; Monje Salazar, Cristina; Díaz Nieto, Rafael; Ramos Muñoz, Francisco; Valente, Roberto; Giuseppe Kito Fusaiz.

Hospital 1 Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; 2 Royal Free Hospital (London, UK).

Objetivos: Los tumores neuroendocrinos pancreáticos (p-TNE) son neoplasias raras con un grado variable de malignidad. Los p-TNE con frecuencia afectan a pacientes jóvenes. En comparación con los adenocarcinomas ductales pancreáticos, en ocasiones son difíciles de localizar y pueden acompañarse de síndromes clínicos. Debido a que los p-TNE se originan en un parénquima sano y blando, el remanente pancreático es más difícil de tratar que en las resecciones por tumores exocrinos, originando un riesgo más elevado de morbilidad postoperatoria. El objetivo de este estudio es analizar la tasa de morbilidad y mortalidad perioperatoria, la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global después de la resección de p-TNE en un centro de alto volumen.

Material y método: Desde abril 1998 hasta mayo 2014 se han revisado 100 pacientes sometidos a resección por p-TNE en el Royal Free Hospital. Todas las variables histológicas y los principales datos clínicos, incluyendo los hallazgos pre y postoperatorios, fueron incluidos en el análisis. La morbilidad se definió en base a la clasificación de Dindo-Clavien y la tasa de mortalidad como la asociada a cirugía en el primer mes postoperatorio.

Resultados: Se incluyeron 100 casos. 58 (58%) fueron mujeres. La edad media fue de 56 (15-81) años. En un 79% de los pacientes los tumores eran no funcionantes. 42 pacientes (42%) fueron sometidos a una duodenopancreatectomía (DP), 43 a una pancreatocistomía distal (43%), 9 a enucleaciones (9%), 4 a pancreatocistomías totales (4%) y 2 a pancreatocistomías centrales (2%). Como reconstrucción tras la DP se realizó una pancreatoyeyunostomía en 33 de los pacientes (76,7%). No se observó mortalidad perioperatoria. 24 paciente presentaron una fístula pancreática (25%), aunque sólo 2 pacientes (2%) presentaron una fístula grado C. La morbilidad postoperatoria según la clasificación Clavien-Dindo se recogió en 40 pacientes (40%), 22 de los cuales (55%) presentaron un grado 2. La supervivencia global fue del 94,1% a los 5 años, mientras que la supervivencia libre de enfermedad fue del 41,1% a los 5 años.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la resección quirúrgica primaria por p-TNE no tiene mortalidad postoperatoria. La morbilidad es comparable a la de otras series descritas en la literatura. Todos los pacientes candidatos a resección pancreática por TNE deben ser tratados en centros de referencia con el objetivo de conseguir los mejores resultados postoperatorios.

síndrome mirizzi y fistula coledoco -duodenal en paciente con cole-coledocolitiasis

Espínola Cortés, Natalia, Vargas Fernández Miguel, López Ordoñez Gabriel; Reina Duarte, Angel; Rosado Cobián Rafael

Hospital CHT Torrecárdenas

Introducción: La litiasis biliar es una de las principales enfermedades digestivas en la actualidad.

La fístula biliodigestiva se produce cuando un cálculo erosiona las paredes de la vía biliar y del tubo digestivo, esta erosión asociada al proceso inflamatorio, a la reducción del flujo arteriovenoso y al aumento de la presión intraluminal de la vía biliar, ocasiona la perforación, fistulización, y evacuación del cálculo biliar hacia el tracto gastrointestinal.

Las fístulas biliodigestivas más frecuentes son: las colecistoduodenales (65-77%), le siguen las colecistocólicas (10-25%) y las colecistogástricas, las coledocoduodenales son mucho menos frecuentes.

Material y método: Se presenta el caso clínico de una mujer de 72 años con antecedentes de cáncer de mama, obesidad, HTA, que ingresa al servicio de urgencias por un cuadro de ictericia obstructiva. Se solicita una Eco-Colangio- RMN, que evidencia litiasis de 1,9cm aproximadamente en tercio medio de colédoco vs confluencia del cístico con conducto hepático común generando una dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática.

Tras dos intentos fallidos para la extracción de cálculo mediante CPRE se decide realizar colecistectomía abierta y exploración de la vía biliar.

En la cirugía se constata una fístula-colédoco-duodenal junto con colédoco muy dilatado con contenido sólido en su interior. Se realiza colecistectomía, extracción de cálculo en colédoco, cierre de fístula colédoco- duodenal y se deja tubo de kher como drenaje de la vía biliar.

Durante el postoperatorio la paciente presenta infección de la herida quirúrgica, siendo dado de alta a los 22 días.

Conclusiones: Este tipo de patología es de difícil tratamiento. Es factible empezar realizando laparoscopia, pero a veces por dificultad técnica y los hallazgos encontrados intraoperatoriamente se precisa convertir a cirugía abierta.

Valoración del dolor al Alta en pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria

Capitán Vallvey, José María; Capitán del Río, Inés

Hospital UGC de Cirugía Mayor Ambulatoria. Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: El dolor postoperatorio no controlado es una de las principales causas de ingresos no esperados en CMA.

La Escala Visual Analógica (EVA, Huskinson 1976) es un método muy empleado, fiable, preciso y de fácil ejecución y nos permite cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente.

Su realización previa al Alta nos indica la efectividad del tratamiento analgésico postoperatorio y puede constituir un indicador determinante para el ingreso o el Alta del paciente.

Objetivos: Valorar la efectividad de las pautas analgésicas postoperatorias protocolizadas en la Unidad y su correlación con la Tasa de Ingresos.

Material y método: Valoración y análisis de la base de datos específica (Microsoft Excel 97-2004) para la EVA, actualizada diariamente por el personal de tarde de la UCMA.

Periodo analizado enero de 2013 a febrero de 2015.

El Protocolo de analgesia postoperatoria en la Sala de Readaptación al Medio contempla 7 pautas en función de la patología intervenida y la intensidad del dolor, mediante la utilización a dosis y combinaciones variables de paracetamol, metamizol, dexketoprofeno, tramadol, ondansetron, cloruro mórfico, dexametasona y metoclopramida.

Resultados: Número de registros 1617, registros válidos 1576.

Varones 1050, mujeres 526.

Patologías valoradas: Hernia inguinal 555 (35,2%), H. Epigástrica/umbilical 307 (19,4%), Eventración 71 (4,5%), Cole lap 170 (10,7%), Sinus 206 (13%), Fístula perianal 69 (4,3%), Fisura anal 76 (4,8%) y Hemorroides 122 (7,7%).

EVA AL ALTA

EVA = 0	EVA 1-2	EVA 3-4	EV A 5-7	EV A ≤8
838	482	173	56	10

El 53,17 % de los pacientes no presentan ningún dolor en el momento del Alta. El 41,56% presenta un dolor leve-moderado. El 3,55% un dolor moderado-grave. El 0,63% de los pacientes presenta un dolor muy intenso en el momento del Alta.

Analizamos el EVA por patologías. El mayor porcentaje de pacientes sin dolor postoperatorio se da en las fístulas perianales (78,2%). El mayor porcentaje con dolor moderado intenso se da en la cole lap (6,47%). El mayor porcentaje con dolor muy intenso se da en la eventración (2,82%).

La Tasa de Ingresos motivados por dolor en el periodo analizado es del 0,89% (14 pacientes).

Conclusiones: La protocolización de la analgesia postoperatoria favorece un buen control del dolor y el alta en el día.

La valoración del dolor previa al Alta mediante la EVA es fácilmente realizable y nos indica la efectividad del tratamiento analgésico postoperatorio.

Obstrucción intestinal aguda secundaria a endometriosis ileal: un diagnóstico difícil.

Triguero Cabrera Jennifer, Vico Arias Ana Belén, Conde Muíño Raquel, González Martínez Selene, Mogollón González Mónica, Arcelus Martínez Juan Ignacio, Jiménez Ríos Jose Antonio.

Hospital Introducción: La endometriosis es una entidad clínica que se caracteriza por la presencia de tejido endometrial funcional ubicado fuera del útero. Acontece en el 5-15% de las mujeres en edad fértil, más frecuente en mujeres entre los 30 y 40 años y con antecedente de cesárea. El compromiso del tracto gastrointestinal es poco común, afectándose con mayor frecuencia el colon sigmoide y el recto y raramente el íleon terminal. La clínica depende de la localización de los focos endometriósicos. Tan solo, en raras ocasiones se mani-

fiesta como suboclusión/oclusión intestinal aguda, por lo que su diagnóstico supone un reto en estos casos.

Caso clínico: Mujer de 35 años con antecedentes personales de cesárea. Ingresó por cuadro de dolor abdominal que persistía tras la menstruación, vómitos y ausencia de tránsito intestinal de 24 horas de evolución. A la exploración, presentaba abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación profunda de forma generalizada y ruidos hidroaéreos ausentes. Las determinaciones analíticas fueron normales. La radiografía de abdomen mostraba dilatación de asas del intestino delgado y múltiples niveles hidroaéreos. La tomografía axial computarizada (TAC) abdominal informó de marcada dilatación de yeyuno e íleon con cambio de calibre a nivel de íleon terminal coincidiendo con una lesión de pequeño tamaño, de morfología irregular que catalogaron como posible divertículo de Meckel, tumor carcinoide o implante endometriósico.

Con diagnóstico de obstrucción intestinal aguda se decidió realizar laparotomía exploradora urgente. Mediante abordaje a través de minilaparotomía infraumbilical, se hallaron dos lesiones nodulares a unos 12 cm de la válvula ileoceal que producían retracción casi completa del asa ileal obstruyendo su luz, cuyo aspecto macróscópico era compatible con focos endometriósicos. Se realizó resección del segmento ileal afecto, restableciendo la continuidad intestinal mediante anastomosis latero-lateral manual ileo-ileal.

En diagnóstico anatomopatológico definitivo confirmó la presencia de focos de endometriosis en la pieza quirúrgica.

La paciente presentó buena evolución postoperatoria, con controles correctos hasta la fecha tras comenzar tratamiento con supresión hormonal por parte del servicio de Ginecología.

Discusión: La endometriosis se presenta en mujeres en edad fértil. Las manifestaciones gastrointestinales se presentan en el 8,9% de pacientes con endometriosis extragenital en las que la sintomatología es inespecífica y se asocia a los ciclos menstruales hasta en el 50% de los casos.

Los síntomas compatibles con cuadros obstructivos o pseudo-obstructivos son poco frecuentes y la endometriosis en íleon terminal es aún menos frecuente (23% de todos los casos con compromiso intestinal).

El diagnóstico preoperatorio es muy difícil y requiere un elevado índice de sospecha clínica, por lo que habitualmente se realiza durante la cirugía. No obstante, debe ser considerado como diagnóstico diferencial en toda paciente de sexo femenino, en edad fértil, que presente sintomatología gastrointestinal poco específica asociada a períodos menstruales y/o cuadro de obstrucción o pseudo-obstrucción intestinal sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos.

El tratamiento médico tras la cirugía se basa en la supresión hormonal que, eventualmente produce involución de los implantes de endometriosis.

Fibromatosis mesentérica

Ayllón Gámez, Saray; Casado Maestre, María Dolores; Bengoechea Trujillo, A; Roldan Ortiz, S; Fornell Ariza, M; Castro Santiago, MJ; Pacheco Garcia, JM; Fernandez Serrano, JL.

Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: los tumores desmoides son raros. Se clasifican en extraabdominales e intraabdominales (tumor desmoides propiamente dicho y de alta mortalidad). Su incidencia es muy baja (0,03% de todos los tumores, 2,4 a 4,6 casos por millón de habitante al año), siendo hasta 1000 veces más frecuente en pacientes con PAF o S. Gardner. Predomina en el sexo femenino 2:1. Material y método: mujer de 53 años, con HTA e intolerancia AINEs, ingresada de urgencias por dolor abdominal en flanco izquierdo y aumento de RFA y leucocitosis, en TC: colección de 6 x 5,3 cm en hipocondrio izquierdo de bordes bien delimitados, contenido de aspecto hipodenso y gas en su interior que infiltra grasa adyacente y ejerce efecto compresivo sobre pared gástrica. Se realiza punción percutánea y manejo con antibioterapia comprobándose posteriormente desaparición de la colección y persistencia de masa sólida de 4,8 x 5 x 5,7 entre curvatura mayor gástrica y ángulo esplénico, heterogénea, con septos en su interior, sin vascularización ni adenopatías adyacentes. En colonoscopia se detecta disminución de calibre a nivel de ángulo esplénico (4,7 cm) por una impronta en su pared medial, no se puede completar estudio por angulación cerrada. La paciente es programada para laparotomía exploradora hallándose tumoración en colon transversal que retrae y engloba parte de curvatura mayor gástrica, se realiza colectomía izquierda y resección parcial de curvatura mayor gástrica con anastomosis colo-cólica y evolución postoperatoria favorable. Resultado anatomopatológico: fibromatosis mesentérica (tumor desmoides), descripción macroscópica: lesión submucosa nodular de superficie fibrosa y coloración blanquecina; microscópica: proliferación de células fusiformes de escasa atipia que se disponen en fascículos en cuyo seno se identifican fibras musculares y adipocitos, índice de proliferación bajo menor del 2%, no se observan mitosis. Discusión: Los tumores desmoides son de etiología desconocida. Pueden presentarse con lento crecimiento y asintomáticos o bien de forma rápidamente progresivamente y carácter localmente agresivo dando clínica por compresión u obstrucción, en algunos casos se ha descrito la regresión espontánea. El diagnóstico de confirmación es histológico y dentro del diferencial se incluyen GIST, tumor fibroso solitario, tumor inflamatorio miofibroblástico, mesenteritis esclerosante, y fibrosis retroperitoneal. El tratamiento de elección es quirúrgico, aunque en cualquier caso la tasa de recurrencias es elevada (aumenta cuando no se realiza resección completa, Ro), pero existen otras alternativas cuando ésta no es posible: RT (de entrada para reducir el tamaño del tumor, braquiterapia o RT postoperatoria), AINEs o tratamiento antiestrogénico (tamoxifeno), QT u otros fármacos en estudio. Debe realizarse seguimiento de los pacientes con exploración

Tratamiento de la gangrena de Fournier mediante sistema VAC

Monje Salazar, Cristina; Gómez Pérez, Rocío; Rivera Castellano, Javier; Corrales Valero, Elena; Hinojosa Arco Luis Carlos, Cuba Castro, Jose Luis; Suárez Muñoz, Miguel Angel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Virgen de la Victoria

Introducción: La gangrena de Fournier es un proceso infeccioso necrotizante, generalmente de origen polimicrobiano, de rápido avance, que afecta a periné y fascia. Afecta más frecuentemente a varones, y su gravedad es mayor en pacientes añosos, diabéticos e inmunodeprimidos. En cualquier caso, la mortalidad por esta patología es elevada (16-24%).

El sistema VAC (Vacuum- Assisted wound Closure) consiste en el uso controlado de presión negativa sobre esponjas de poliuretano o polivinilo que se colocan sobre la herida. Está aceptado su uso en el tratamiento de heridas quirúrgicas infectadas, heridas traumáticas, úlceras por presión, úlcera diabética. El efecto que se consigue con la terapia VAC consiste en disminuir el edema, mantener la herida aséptica y favorecer el flujo sanguíneo, y con ello la granulación del tejido.

Objetivos: Varón de 68 años con antecedente de paraparesia secundaria a mielopatía isquémica que consultó por gangrena de Fournier.

Material y método: A la exploración presentaba úlcera sacra de gran tamaño tanto en extensión como en profundidad, necrótica, con enfisema subcutáneo, sin llegar a palparse el fondo, que se extendía hacia región escrotal. Analíticamente destacaba una leucocitosis (34000) con desviación izquierda, PCR 300 y afectación de los tiempos de coagulación. En TC de abdomen se observó afectación de la fascia mesorrectal y disección gaseosa de planos fasciales profundos ascendiendo por cadenas ilíacas hasta casi la bifurcación aórtica.

Resultados: El paciente precisó de ingreso en cuidados críticos durante 6 días, con antibioterapia de amplio espectro dirigida frente a microorganismos multirresistentes. Requirió repetidos desbridamientos en quirófano y tras ello se iniciaron curas en planta. Dado que se trataba de una úlcera muy exudativa y de gran tamaño se inició terapia con sistema VAC (previa realización de colostomía terminal), empleando esponja de plata por la infección presente en la herida, y realizando cambios del mismo 2-3 veces en semana. Además el paciente se sometió a aislamiento de contacto por aislarse en herida *Acinetobacter baumannii* multirresistente. Cuatro meses después la úlcera se había reducido hasta un 75% de su tamaño inicial, y presentaba un aspecto limpio con buen tejido de granulación apto para el cierre mediante plastia.

Conclusiones: La gangrena de Fournier es una patología grave cuya supervivencia depende de un diagnóstico y tratamiento multidisciplinar precoz consistente en desbridamiento quirúrgico, antibioterapia de amplio espectro, manejo adecuado de la herida y en caso necesario soporte hemodinámico.

En cuanto al manejo de la herida, existen diversos estudios que sostienen que el manejo de la gangrena de Fournier mediante sistema VAC es seguro, bien tolerado y eficaz, disminuyendo el dolor y el tiempo de cicatrización (y con ello el coste sanitario). También es necesario en numerosos casos el cierre

definitivo mediante colgajos, empleándose entonces la terapia VAC como un paso intermedio en el tratamiento.

Siringoma Condroides Maligno. A propósito de un caso

Monje Salazar, Cristina; Corrales Valero, Elena; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Cuba Castro, Jose Luis; Rivera Castellano, Javier; Ocaña Wilhemi, Luis Tomás; Suárez Muñoz, Miguel Angel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Virgen de la Victoria

Introducción: El siringoma condroide es una tumoración muy poco frecuente, con una incidencia entre los tumores cutáneos primarios del 0,01%. La variante maligna, aún más excepcional, es una tumoración rara localizada en dermis profunda. Es más frecuente en mujeres, asintomático, de crecimiento lento. Se localiza principalmente en extremidades y tronco, a diferencia de la forma benigna que se localiza preferentemente en cabeza y cuello. Se trata de un tumor de origen epitelial capaz de producir matriz mucoide y estructuras similares a los anejos.

Objetivos: Varón de 58 años de edad sin antecedentes de interés intervenido de un supuesto quiste sebáceo en la región dorsal derecha, con diagnóstico anatomopatológico definitivo de Siringoma Condroides Maligno.

Material y método: A los 4 meses la lesión recidiva, apareciendo sobre cicatriz previa una lesión cutánea compuesta por múltiples nódulos de pequeño tamaño, de coloración rosada, no pruriginosos, dolorosos ni exudativos, con una extensión en total de unos 12cm. En estudio de extensión no se evidencia enfermedad a distancia.

El paciente es reintervenido para exéresis de la lesión, incluyendo cicatriz previa y lesión satélite en extremo medial de la misma, con margen de seguridad de 2cm. El espesor de la pieza alcanza la fascia subyacente. Puesto que las dimensiones de la pieza son considerables, es necesario realizar una plastia con colgajo de Amón para conseguir una adecuada aproximación de la piel.

Resultados: A los 5 meses el paciente acude a consulta de revisión, presentando nueva lesión sospechosa sobre cicatriz previa. Se realiza ecografía de control en la que se recomienda biopsia dada la agresividad local del tumor. La biopsia revela nueva recidiva de la lesión de nuevo sobre la cicatriz, por lo que el paciente se reinterviene. Posteriormente es valorado por Oncología Médica que indica radioterapia adyuvante.

Conclusiones: El siringoma condroide maligno es un tumor raro, de crecimiento lento. Tiene un curso impredecible, desde la curación hasta la presencia de metástasis locales y a distancia (ganglios linfáticos, hueso, pulmón...). El tratamiento debe ser quirúrgico, precoz y agresivo, con extirpación tumoral completa con márgenes amplios y el seguimiento cercano para detectar las recurrencias locales y las lesiones metastásicas. La radioterapia es efectiva en las recurrencias y las metástasis. No hay evidencia de efectividad en la quimioterapia.

Liposarcoma Gigante

Rivera Castellano, Javier; Monje Salazar, Cristina; Sánchez Barrón, María Teresa; Corrales Valero, Elena; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Ocaña Wilhemi, Luis Tomás; Suárez Muñoz, Miguel Angel; Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Virgen de la Victoria

Introducción: Los sarcomas retroperitoneales son un grupo de tumores raros, siendo el liposarcoma el subtipo más frecuente. Tiene un pico de incidencia alrededor de la 6ª década de la vida, con la misma distribución entre hombres y mujeres. A menudo es asintomático por lo que en el momento del diagnóstico alcanza un tamaño considerable.

El liposarcoma se clasifica en función del grado de diferenciación. El tumor bien diferenciado tiene un crecimiento lento, mientras que el pobremente diferenciado crece a mayor velocidad y presenta mayor tendencia a la metastatización. No obstante, el liposarcoma bien diferenciado tiende a la desdiferenciación en las recidivas.

Son factores de mal pronóstico: la desdiferenciación, el grado 2 ó 3, el tamaño mayor de 20cm y la afectación de los bordes de resección.

Objetivos: Paciente de 62 años sin antecedentes de interés que en 2010 es intervenido de masa retroperitoneal de gran tamaño (41x32x9cm) con diagnóstico definitivo de liposarcoma retroperitoneal esclerosante con márgenes de resección libres de enfermedad.

Material y método: En Febrero de 2013, permaneciendo el paciente asintomático, debe ser reintervenido por recidiva tumoral. En este caso la cirugía engloba esplenectomía y nefrectomía izquierda, con resultado en pieza quirúrgica de afectación de cápsula de Gerota y psoas iliaco, pero con márgenes de resección libres.

Resultados: En mayo de 2014 el paciente presenta una nueva recidiva en TC de control, siendo intervenido por 3ª vez. En este caso se identifica una tumoración paraaórtica izquierda de 20cm en íntima relación con mesocolon y músculo psoas y de la que se realiza exéresis con afectación de márgenes quirúrgicos. En posteriores controles se evidencia en TC de abdomen persistencia de nódulo posterior a cola de páncreas que aumenta de tamaño (2,8 a 3,9cm), permaneciendo el paciente asintomático en todo momento. Se decide entonces inicio de quimioterapia adyuvante, a pesar de la cual existe progresión de la enfermedad. Actualmente el paciente se encuentra incluido en ensayo clínico (Pazopanib) ante la progresión tumoral.

Conclusiones: El gold estándar en el tratamiento del liposarcoma es la resección quirúrgica completa, aunque ésta suponga la resección de órganos intraabdominales, con la repercusión que ello supone en la calidad de vida posterior. A pesar de la resección completa, en numerosas ocasiones aparece recidiva local (50-85%). En caso de recidiva, la cirugía Ro sigue siendo el tratamiento de elección.

Los órganos más frecuentemente incluidos en la resección son riñón, colon, páncreas y bazo.

La neoadyuvancia y adyuvancia mediante radioterapia y quimioterapia no han demostrado mejora en la supervivencia hasta el momento. La dosis y duración de la radioterapia están limitadas por su efecto tóxico sobre el tracto digestivo, y su

aplicación se reserva a lesiones mayores de 5cm o con márgenes de resección afectos, para un mejor control de la recidiva local.

Perforación de sigma por DIU migrado

Monje Salazar, Cristina; Martos Rojas, Noemí; Lobato Bancalero, Luis; Corrales Valero, Elena; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Rivera Castellano, Javier; Suárez Muñoz, Miguel Angel; Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Virgen de la Victoria

Introducción: El DIU (Dispositivo Intrauterino) es uno de los métodos anticonceptivos más empleados por su bajo coste, su elevada eficacia y su baja tasa de complicaciones. Entre las posibles aunque poco frecuentes complicaciones se encuentran: aborto espontáneo, enfermedad pélvica inflamatoria, perforación uterina, hemorragia, dismenorrea y embarazo no deseado. La tasa de perforación uterina se ha estimado en 0-1,6/10000 inserciones.

La perforación uterina se explica por dos mecanismos: 1) perforación en el momento de la inserción; 2) perforación secundaria a necrosis por decúbito sobre la pared uterina.

Como consecuencia de la perforación uterina el DIU puede migrar a órganos adyacentes y producir perforación y obstrucción intestinal, apendicitis, perforación vesical, nefropatía obstructiva, infertilidad.

Objetivos: Paciente de 40 años que acudió a Urgencias por molestias inespecíficas en hipogastrio, sin fiebre ni alteraciones del tránsito intestinal. La paciente portaba DIU colocado 6 meses antes y con control ecográfico normal a los 3 meses de su colocación.

Material y método: A la paciente se le realizó una analítica de sangre en la que se reflejaba leve leucocitosis con desviación izquierda y discreta elevación de PCR. También se realizó Rx abdomen en la que se evidenció DIU de localización extrauterina, a la altura de la articulación sacroiliaca izquierda.

Resultados: Ante la sospecha de perforación uterina con migración de DIU, se procede a laparoscopia diagnóstico-terapéutica. Durante la intervención se confirma una perforación en cara posterior uterina con migración y alojamiento de DIU en sigma, produciendo perforación milimétrica del mismo. Aunque no existía peritonitis sí se encontró plastrón inflamatorio entre el dispositivo y el segmento de intestino afecto que dificultaba las maniobras de extracción mediante laparoscopia, por lo que se reconvierte a cirugía abierta. Finalmente y mediante incisión de Pfannestiel se extrae el dispositivo y se realiza un cierre simple de la perforación intestinal. La paciente fue dada de alta sin mayores complicaciones a la semana de la cirugía.

Conclusiones: A menudo las pacientes con perforación uterina y migración del dispositivo intrauterino permanecen asintomáticas y el diagnóstico es casual en una revisión rutinaria.

La migración por perforación uterina se debe sospechar ante la no visualización del dispositivo mediante ecografía transvaginal o su visualización fuera de su localización normal.

También ayudan al diagnóstico la Rx simple de abdomen así como el TC o RMN de abdomen.

En pacientes con sospecha de perforación intestinal por migración de DIU está indicada la laparoscopia para la identificación, localización y abordaje de la lesión. En cualquier caso, el abordaje laparoscópico o mediante laparotomía se debe plantear en función de cada paciente.

Metástasis de melanoma en pared abdominal

Sánchez Barrón, María Teresa; Fernández García, Francisco Javier; Monje Salazar, Cristina; Ramos Muñoz, Francisco; De Luna Díaz, Resi; Baca Pérez-Bryan, Juan Javier; Santoyo Santoyo, Julio; Suárez Muñoz, Miguel Ángel

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: Las metástasis de melanoma se observan frecuentemente en piel, tejido celular subcutáneo y ganglios linfáticos, seguido por pulmón, hígado, cerebro, hueso e intestino. Las metástasis en partes blandas son raras y son las que más frecuentemente pueden confundirse histológicamente con sarcomas. La distinción entre ambos diagnósticos es crítica, ya que tanto el tratamiento como el pronóstico son completamente diferentes. Igualmente estas metástasis muchas veces representan la primera manifestación de una neoplasia oculta, por lo que su identificación histológica es fundamental. Las metástasis de melanoma en partes blandas son extremadamente infrecuentes, con tan sólo 6 casos descritos en la literatura en los últimos 20 años.

Material y método: presentamos el caso de un paciente de 79 años con antecedentes de prostatectomía radical en 2008 por adenocarcinoma de próstata y TEP subagudo. Ingresó en enero 2014 por hematoma retroperitoneal espontáneo sin relación con traumatismo que es tratado de manera conservadora. En el primer TC de control 6 meses después se aprecia masa en fosa iliaca izquierda que pudiera relacionarse con restos del hematoma, por lo que se solicita nuevo control 3 meses después y se procede a biopsia de la lesión ante persistencia de la misma. Tras realización de dos BAG guiadas por TC no diagnósticas se procede a biopsia quirúrgica mediante minilaparotomía infraumbilical, apreciándose masa a nivel de pared abdominal con contenido purulento y pequeña lesión indurada en apéndice epiploico sigmoideo, sin evidenciarse otros hallazgos en cavidad.

Resultados: El paciente evoluciona sin complicaciones, siendo dado de alta al segundo día postoperatorio. La histopatología muestra infiltración por tumor maligno S-100, melan-A, CD56 y BCL-2 positivos y citoqueratinas negativas, CD45, CD5, CD3, CD20, CD10, CD79a y cromogranina negativas, sugestivo de melanoma, tanto a nivel de la pared abdominal como en el apéndice epiploico.

Conclusiones: las metástasis de melanoma en pared abdominal son extremadamente raras, pero en muchos casos pueden representar la primera manifestación de la enfermedad. Las técnicas inmunohistoquímicas son esenciales para el diagnóstico diferencial con el sarcoma, cuyas implicaciones pronósticas y terapéuticas difieren ampliamente.

Abdomen agudo secundario a aneurisma de la arteria hepática

Rodríguez Silva, Cristina; Fernández Aguilar, Jose Luis; Sánchez Pérez, Belinda; Romacho López, Laura; Gámez Córdoba, Esther; León Díaz, Francisco Javier; Pérez Daga, Jose Antonio; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: Los aneurismas de la arteria hepática son entidades clínicas poco frecuentes pero con una expresión clínica cataclísmica en ocasiones. Los factores que favorecen su aparición son la aterosclerosis, la degeneración mediointimal, traumatismos abdominales y las infecciones.

Caso clínico: Mujer de 53 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipertiroidismo sin tratamiento en la actualidad. Es trasladada a nuestro centro por abdomen agudo secundario a una rotura contenida de un aneurisma de la arteria hepática, manteniendo la estabilidad hemodinámica en todo momento. La paciente refiere cuadro de dolor epigástrico súbito asociado a malestar general. En la TC de abdomen se objetiva un aneurisma a nivel de la arteria hepática de unos 8cms. de diámetro, con integridad de la pared y mínima cantidad de líquido libre en pelvis. Destaca en analítica mínima anemia con respecto a la previa, perfil hepático sin hallazgos patológicos. Tras valorar el caso se decide arteriografía y colocación de un stent en el mismo. Ante la imposibilidad de posicionar el stent, los radiólogos intervencionistas deciden la embolización aneurismática con coils y cianoacrilato, objetivándose en el control angiográfico la abolición casi completa del flujo en arteria hepática, con relleno parcial a través de la arteria gastroduodenal. Por ello, se decide laparotomía exploradora evidenciándose hemoperitoneo en pequeña cuantía y un gran aneurisma de la arteria hepática con importante componente inflamatorio de los tejidos adyacentes. Se realizó exéresis total del saco aneurismático previa retirada de trombos y coils previos y reconstrucción con prótesis de Dacron de 6 mm entre tronco celiaco y bifurcación de AHC. El tiempo total de isquemia hepática arterial fue de 90 minutos. La evolución postoperatoria fue favorable.

Discusión: Los aneurismas de la arteria hepática son infrecuentes y generalmente asintomáticos, siendo diagnosticados de forma incidental durante estudios radiológicos. Sin embargo, cuando debutan con sintomatología suele ser en forma de dolor abdominal e inestabilidad hemodinámica, debido a su ruptura, con una mortalidad del 40%. La prueba de imagen de elección para su diagnóstico es el angioTC. Las opciones de tratamiento son diversas, de tal forma que el tratamiento endovascular está indicado en casos con estabilidad hemodinámica, alcanzando tasas de éxito de hasta el 70%. En casos con inestabilidad hemodinámica o fracaso del tratamiento radiológico se recomienda el tratamiento quirúrgico, consistente en la exéresis con/sin revascularización de la arteria hepática (son lesiones de larga evolución, permitiendo el desarrollo de amplia red de colaterales).

Angiosarcoma de mama radioinducido: A propósito de un caso

Rodríguez Silva, Cristina; Ribeiro González, Marta; Jiménez Mazure, Carolina; Salmerón Mochon, Mónica; Ferrer González, M Auxiliadora; Pulido Roa, Isabel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: Los angiosarcomas son neoplasias procedentes de las células endoteliales de los vasos sanguíneos. La mayoría se presentan como masas indoloras multifocales y friables, propensas al sangrado espontáneo. Representan menos del 1% de los tumores malignos de mama, así como el 5% de los tumores de partes blandas. Mientras que el angiosarcoma primario de la mama se origina en el parénquima mamario, extendiéndose hacia la piel, el angiosarcoma secundario de la mama, suele aparecer en mamas que han recibido radioterapia previamente, de tal forma que se origina en la piel de la mama, diseminándose hacia el resto del parénquima.

Caso clínico: Mujer de 76 años, con antecedentes personales de diabetes, EPOC y neoplasia de mama izquierda en 2002 tratado con quimioterapia neoadyuvante, cirugía conservadora y linfadenectomía y posterior radioterapia adyuvante. La anatomía patológica fue informada como carcinoma ductal infiltrante de 5x5 cm, ganglios negativos.

Consulta nuevamente por aparición de lesión violácea en CII de mama izquierda de unos 6 cm que impresiona de posible hematoma en resolución, provocando edema de toda la mama. La paciente refiere un traumatismo previo sobre la mama, relacionándolo con la lesión. Alrededor de la lesión, se objetivan dos nódulos cutáneos rosáceos, de características mal definidas. Se realizaron mamografía y ecografía mamarias objetivándose un nódulo circunscrito infraareolar interno izquierdo, realizándose biopsia con punch de piel. La anatomía patológica de la lesión fue informada como angiosarcoma postirradiación.

Tras presentar el caso en el Comité multidisciplinar se decidió realizar mastectomía radical con cobertura del defecto con injerto de piel malleado. La evolución postoperatoria fue favorable.

Discusión: El angiosarcoma de mama tras radioterapia es una patología de muy baja incidencia que está aumentando progresivamente debido al incremento del tratamiento conservador del cáncer de mama. Suele debutar a los 5-6 años tras completar el tratamiento, de ahí la importancia de mantener un elevado nivel de sospecha en las revisiones periódicas. La mastectomía es el tratamiento de elección, sin olvidar que la detección precoz es crucial en el pronóstico de esta patología.

Apendicitis como primera manifestación de cáncer de colon

Machuca Chiriboga Pablo; Gonzáles Callejas Cristina; Delgado Estepa Rafael; Astruc Hofman Alejandro; Del Olmo Escribano Miguel.

Complejo Hospitalario Medico-Quirúrgico de Jaen

Introducción: Apendicitis en la Edad adulta normalmente

es causada por obstrucción de la luz de la base apendicular, esta obstrucción puede ser ocasionado por alteraciones intrínsecas del colon, bien causadas por presión retrograda del ciego al apéndice o inflamación de su pared: que puede ser causado por un tumor en colon derecho.

Objetivos: Estudio de un caso para clarificar dicha asociación y seguimiento de los pacientes.

Material y métodos: Estudio de un caso, imágenes diagnósticas: Tomografía Abdominal, Ecografía Abdominal. Colonoscopia y Laboratorio.

Resultados: Paciente de 52 años con antecedentes quirúrgicos de Apendicectomía hace un año; presenta masa tumoral en FID. Con dx de Adenocarcinoma de Colon derecho es sometida a Hemicolectomía Derecha.

Conclusiones: Paciente sobre los 40 años después de una Apendicitis Aguda deberían ser sometidas a control Colonoscopia después de las 6 semanas de Cirugía para excluir la posibilidad de cancer colorectal.

Debut atípico de carcinoma lobulillar de mama: afectación exclusiva de complejo areola-pezón

Rodríguez Silva, Cristina; Jiménez Mazure, Carolina; Ribeiro González, Marta; Salmerón Mochon, Mónica; Ferrer González, M Auxiliadora; Pulido Roa, Isabel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: El carcinoma lobulillar infiltrante es el segundo tipo de neoplasia mamaria más frecuente, constituyendo el 5-10% del total de lesiones invasoras. Su incidencia está aumentando progresivamente en los últimos, encontrándose especialmente relacionado con la terapia hormonal sustitutiva en mujeres postmenopáusicas.

Caso clínico: Mujer de 62 años, sin antecedentes personales de interés que acude a consulta remitida desde Atención Primaria tras notar nódulo cutáneo en pezón derecho, indoloro, que ha aumentando de tamaño en las últimas semanas. A la exploración física presenta un nódulo superficial y de consistencia pétrea de 0,5x0,5 cm a nivel de areola derecha, adyacente al pezón. No se objetivan otras lesiones ni adenopatías locoregionales. Se realizaron mamografía y ecografía mamarias en las que se objetiva una asimetría del tejido fibroglandular a nivel de CSE y retroareolar de mama derecha, que no se confirmaron en la RMN mamaria posterior. Se practicó una biopsia con punch de la lesión sospechosa, siendo la anatomía patológica informada como infiltración dérmica por carcinoma lobulillar mamario. El estudio de extensión fue negativo. Tras presentarse el caso en Comité multidisciplinar se decidió cirugía conservadora, realizándose una resección central de la mama incluyendo al complejo areola-pezón y cierre circunferencial y biopsia de ganglio centinela. La evolución postoperatoria fue favorable. La anatomía patológica se informó como carcinoma lobulillar infiltrante, márgenes quirúrgicos libres y ganglio centinela libre de afectación neoplásica. Poner receptores hormonales. Mirar los de RT. Actualmente la paciente está realizando radioterapia adyuvante.

Discusión: El carcinoma lobulillar infiltrante de mama

generalmente no debuta con una lesión evidente macroscópicamente, teniendo habitualmente el tejido resecaado un aspecto de aumento consistencia o incluso normal. El debut de un carcinoma lobulillar infiltrante de mama con afectación exclusiva del complejo areola-pezones es prácticamente anecdótico. La cirugía conservadora con técnicas oncoplasticas proporciona un excelente resultado estético así como adecuados resultados oncológicos.

Hamartoma retrorectal interesfinteriano: A propósito de un caso

Rodríguez Silva, Cristina; Ruiz López, Manuel; Prieto-Puga Arjona, Tatiana; Carrasco Campos, Joaquin; González Poveda, Ivan; Toval Mata, Jose Antonio; Mera Velasco, Santiago; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: El hamartoma retrorectal, constituye una lesión congénita infrecuente que generalmente conlleva un retraso diagnóstico.

Caso clínico: Varón de 38 años, acude a consulta tras notar masa perineal de 20 años de evolución. A la exploración física presenta una tumoración de 6 cm y consistencia elástica. Tacto rectal sin hallazgos. En RMN pélvica se objetiva una lesión dependiente del canal anal, con diámetros de 7,8 x 4,6 cm y contenido líquido. Se realizó exéresis de la tumoración vía transesfinteriana, (localización objetivada intraoperatoriamente). Durante su manipulación se produce la salida de material marrónáceo no maloliente del interior (cultivo negativo). El análisis anatomopatológico de la pieza se informó como Hamartoma quístico. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, siendo alta 24 horas después.

Discusión: Los hamartomas retrorectales son lesiones de paredes bien definidas e infrecuentes en la población. Derivan de restos aberrantes del intestino primitivo y son más frecuentes en mujeres de mediana edad, diagnosticándose de forma casual durante exámenes ginecológicos. Generalmente asintomáticos, la sintomatología aparece por efecto masa local, o cuando se complican (sobreinfección, sangrado y degeneración maligna). Tienen un riesgo aumentado de malignización, siendo más frecuente en varones debido al retraso diagnóstico. El diagnóstico se basa en exploración física, tacto rectal, y pruebas de imagen (RM y/o TC), colonoscopia y exploración ginecológica en mujeres. Se recomienda no biopsiar la lesión por elevado riesgo de sangrado, sobreinfección y diseminación tumoral. La exéresis quirúrgica es el tratamiento de elección, existiendo 3 tipos de abordaje: anterior, posterior o combinaciones. El tipo de abordaje está determinado por las características del tumor y su relación con estructuras adyacentes. El pronóstico depende de la consecución de márgenes de resección libres.

Conclusiones: La aparición de un hamartoma retrorectal a través del espacio interesfinteriano es una situación excepcional.

Las técnicas endoscópicas y láser como novedades en el tratamiento de la fistula perianal

Rodríguez Silva, Cristina; Ruiz López, Manuel; Titos García, Alberto; Díaz Jiménez, Jesús; Carrasco Campos, Joaquin; González Poveda, Ivan; Toval Mata, Jose Antonio; Mera Velasco, Santiago; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

El tratamiento quirúrgico de la fistula perianal continúa representando un desafío para el cirujano. La aplicación de avances tecnológicos ha permitido desarrollar nuevas técnicas quirúrgicas basadas en la preservación esfinteriana y minimizar la incontinencia esfinteriana postoperatoria.

El FiLaC (Fístula Laser Closure) descrito por Wilhem (2011) consiste en la introducción de una sonda-láser por el orificio fistuloso externo que al retirarse progresivamente destruye el epitelio fistuloso radial y homogéneamente, sellando el trayecto. Existen 3 artículos retrospectivos sobre el FiLaC con tasas de éxito entre 71-82% a 3-12 meses de seguimiento y ningún caso de incontinencia.

La Fistuloscopia (VAAFT) de Meinero (2006) consiste en la utilización de un fistuloscopio rígido introducido por el orificio externo que permite una visualización directa del trayecto, destruido mediante un electrodo monopolar, y del orificio interno, cerrado mediante una grapadora. Sus ventajas son la posibilidad de realizarse en régimen de CMA, evita heridas quirúrgicas y disminuye el riesgo de incontinencia. Los trabajos publicados al respecto muestran unos resultados alentadores del 85% a 12 meses de seguimiento.

El sistema OSTC (Over The Scope Clip) fue introducido en 2007 para el cierre de defectos como fistulas, dehiscencias de sutura, perforaciones o sangrados. Consiste en la colocación mediante endoscopia, de 1 o varios clips para el cierre del defecto, preferiblemente inferior a 10 mm. En tejido cicatricial pueden no tener éxito ya que el clip solo alcanza mucosa y submucosa. Basado en unos resultados satisfactorios del 84%, el grupo de Stuttgart lo adaptó a la fistula anal publicando una tasa de éxito del 90% a 6 meses.

Se tratan de técnicas mínimamente invasivas novedosas que constituyen una alternativa a los tratamientos clásicos de la fistula perianal. Sin embargo, se necesitan aún estudios randomizados comparativos y con mayor tiempo de seguimiento para evaluar su verdadera efectividad a largo plazo.

Perforación colónica iatrogénica secundaria a nefrolitotomía percutánea: una rara complicación

Rodríguez Silva, Cristina; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Vozmediano Chicharro, Raul; Rodríguez Cañete, Alberto; Montiel Casado, Custodia; Bondía Navarro, Jose Antonio; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: La nefrolitotomía percutánea, descrita por primera vez en 1976, es el procedimiento de elección en el tratamiento de la litiasis renal compleja (sobreinfectadas, de gran tamaño o en las que la litotricia extracorpórea no ha sido efectiva). Sin embargo, pese a la mejora en los últimos años

de la técnica así como de los medios técnicos, es un procedimiento no exento de complicaciones, siendo la perforación colónica una de las menos frecuentes y más peligrosas.

Caso clínico: Mujer de 60 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Presenta historia previa de litiasis coraliforme en riñón izquierdo, responsable de cuadros de dolor tipo cólico asociado a síndrome miccional e infecciones del tracto urinario de repetición. Es intervenida de forma programada por parte de Urología realizándose nefroureterolitotomía percutánea izquierda, sin incidencias a destacar. En segundo día postoperatorio la paciente comienza con dolor abdominal generalizado asociado a distensión e inestabilidad hemodinámica, objetivándose en TC toracoabdominal importante neumoperitoneo, neumoretroperitoneo con extensión a mediastino y neumotórax izquierdo así como engrosamiento a nivel de colon izquierdo y en íntima relación con el catéter de nefrostomía izquierda. En analítica destacan leucopenia, trombopenia y acidosis metabólica moderada. Dados los hallazgos, se decide laparotomía exploradora urgente objetivando una importante retroperitonitis así como peritonitis fecal de todo el compartimento inframesocólico, secundario a la perforación de colon descendente por el catéter de nefrostomía percutánea. Se realiza resección del segmento cólico afecto (dejando los cabos cerrados), lavado abundante de cavidad y colocación de sistema VAC Abthera. A las 48 horas del procedimiento se realiza un second look, objetivando la viabilidad de los cabos cerrados, así como la ausencia de exudado peritoneal anómalo, por lo que se realiza la reconstrucción del tránsito y cierre primario de pared. La evolución postoperatoria fue favorable.

Discusión: La nefrolitotomía percutánea es una técnica y segura en el tratamiento de la litiasis renal, con una reducida tasa de complicaciones. De todas ellas, la perforación colónica es la más infrecuente, con una incidencia alrededor del 0,2%. Se han relacionado algunos factores de riesgo como son la edad avanzada, marcada dilatación pielocalicial, megacolon o el riñón en herradura, sin embargo, la causa más frecuente es la localización del colon retrorenal o posterolateral, variación que se hace más evidente en posición prono y decúbito lateral izquierdo. Se recomienda el tratamiento conservador inicialmente, reservando el tratamiento quirúrgico en pacientes con inestabilidad hemodinámica y signos de peritonitis.

Íleo biliar: presentación de un caso

Díaz Oteros Mercedes, Domínguez Reinado Rosario, Escalera Pérez Raquel, Medina Achirica Carlos, García Molina Francisco

Hospital General de Jerez de la Frontera

Introducción: El íleo biliar es una complicación excepcional de la litiasis biliar, que se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal mecánica intraluminal.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 91 años con antecedentes personales de síndrome mielodisplásico, hipertensión arterial, obesidad, demencia senil e incontinencia urinaria; como antecedentes quirúrgicos histerectomía y salpingo-ooforectomía bilateral.

La paciente presentaba un ingreso reciente por un episodio de dolor abdominal cólico a nivel de hipocondrio derecho, náuseas y fiebre. Se le realizaron diversas pruebas diagnósticas siendo diagnóstica de colecistitis aguda litiásica y fístula colecistoduodenal. Se instauró tratamiento médico (antibióterapia, sueroterapia, aporte nutricional y analgesia) con buena evolución clínica y fue dada de alta al 10º día. Fue valorada por nuestro servicio desestimándose tratamiento quirúrgico diferido.

A las 3 semanas del episodio anterior acudió nuevamente a urgencias por presentar dolor abdominal y vómitos de 24 horas de evolución. A la exploración presentaba distensión abdominal, dolor abdominal difuso, ruidos intestinales disminuidos y signo de Murphy positivo. Entre los datos analíticos destacaba una pancitopenia y la ecografía de abdomen realizada informaba de vesícula biliar con importantes artefactos intraluminales, debido a la aerobilia, y engrosamiento mural, dilatación de asas de intestino delgado e imagen ecogénica intraluminal de 2 cm en íleon terminal compatible con litiasis migrada; todo los datos anteriores en relación con una colecistitis aguda litiásica, fístula entero-biliar e íleo biliar. Se indicó tratamiento quirúrgico procediéndose a una laparotomía exploradora urgente, enterotomía y extracción de cálculo biliar; se asoció tratamiento antibiótico. La paciente fue trasladada al 8º día postoperatorio a otro centro hospitalario para continuar con los cuidados.

Conclusiones: La alta morbimortalidad de esta entidad clínica vendrá derivada de la edad avanzada de los pacientes y de sus enfermedades concomitantes.

El tratamiento quirúrgico es la terapia de elección, dependiendo el procedimiento a realizar de las condiciones clínicas del paciente.

Reconstrucción vascular en el trasplante de páncreas: un desafío técnico

Rodríguez Silva, Cristina; Aranda Narváez, Jose Manuel; Pérez Daga, Jose Antonio; Pitarch Martínez, María; Romacho López, Laura; Montiel Casado, Custodia; León Díaz, Francisco Javier; Sánchez Pérez, Belinda; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: El trasplante pancreático es el único tratamiento de la diabetes mellitus que consigue la normalización de las glucemias y con ello, detener la historia natural de la enfermedad. Sin embargo, es técnicamente muy exigente, y cuando se presentan anomalías vasculares, se trata de un verdadero desafío técnico para el cirujano.

Caso clínico: Varón de 38 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus (diagnosticado a los 18 meses de edad) con mal control metabólico y afectación de órganos diana: nefropatía diabética en situación terminal, precisando hemodiálisis y retinopatía diabética. Recibe trasplante combinado reno-pancreático precisando reconstrucción vascular en el trabajo de banco al presentar el injerto una anomalía arterial consistente en una arteria pancreática magna procedente del tronco celiaco de calibre significativo,

obligando a realizar un injerto en Y con la bifurcación de la arteria femoral común del donante (profunda y superficial) con la arteria esplénica y magna, anastomosando terminolateral la arteria mesentérica superior a la femoral común del injerto, preservando el origen de esta última para su posterior anastomosis con la arteria iliaca primitiva del receptor. El resto del procedimiento quirúrgico fue sin incidencias. La evolución postoperatoria inicial fue favorable, con control glucémico adecuado sin necesidad de insulina. En 8º día postoperatorio, el paciente comienza con dolor abdominal localizado en la zona del injerto pancreático asociado a hiperglucemia repentina, evidenciándose en AngioTC de abdomen la trombosis venosa del injerto, motivo por el cual se reinterviene objetivándose la inviabilidad del injerto pancreático, por lo que se realiza la pancreatectomía. La evolución del injerto renal ha sido favorable.

Discusión: La reducción progresiva del pool de donantes condiciona que cada vez debemos optimizar más la selección y el aprovechamiento de los órganos para trasplante. En nuestro caso, un órgano de calidad óptima ha sido trasplantado a pesar de una anomalía anatómica relevante mediante una reconstrucción vascular inusual. La necesidad posterior de trasplantectomía debe interpretarse como un evento independiente y desafortunadamente frecuente en el trasplante de páncreas a pesar de anticoagulación profiláctica.

La resección local endoanal en el tratamiento de patología benigna y neoplasia rectal precoz

Rodríguez Silva, Cristina; González Poveda, Ivan; Titos García, Alberto; Ruiz López, Manuel; Carrasco Campos, Joaquin; Toval Mata, Jose Antonio; Mera Velasco, Santiago; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: La resección endoanal, introducida por Parks en 1970 en el tratamiento quirúrgico de lesiones de recto medio y bajo, de naturaleza benigna así como maligna (estadios iniciales), sigue siendo considerada una técnica segura, con baja tasa de complicaciones, ofreciendo una excelente calidad de vida al enfermo.

Material y método: Presentamos la experiencia de nuestro Servicio, desarrollando un estudio observacional descriptivo retrospectivo, entre los años 1998 y 2013.

Resultados: Tamaño muestral de 109 pacientes, predominio del sexo masculino. La edad media es de 66,52 años. El 44,8 % de pacientes presentaban un ASA II preoperatorio. Se intervinieron 48 Adenomas vellosos, 14 Adenomas tubulovillosos, 7 pólipos fibroepiteliales y 11 Adenocarcinomas, que tras el análisis histopatológico, aumentaron a 27 casos (6 casos de Ca in situ, 9 casos T1 y 12 casos T2). El tamaño medio de las lesiones fue de 3,51 cm, con una distancia media al margen anal de 5,84 cm. La localización predominante fue en pared posterior. En nuestro Servicio iniciamos la técnica TAMIS en 2010, desde entonces, hasta el 20% de casos se han realizado mediante esta vía de abordaje. Realizamos cierre del defecto en el 80% con una sutura monofilamento reabsorbible.

La tasa de complicaciones postoperatorias fue del 11,9

%, destacando la hemorragia postoperatoria en el 3,7 %. La estancia media postoperatoria fue de 3,69 días. Se realizó seguimiento en el 100% de los pacientes. La recurrencia local a 5 años fue del 7% de Adenoma a Adenoma; 0,9% de Adenoma a Carcinoma y 5,5% de Carcinoma a Carcinoma. Actualmente el 73,4% de pacientes se encuentran vivos sin recidiva.

Conclusiones: La resección endoanal constituye una técnica segura, con una baja tasa de complicaciones y mortalidad, comparable a las nuevas técnicas de microcirugía endoscópica. Además posee una tasa de recurrencia reducida, estando su uso plenamente justificado en el tratamiento de la patología rectal benigna y maligna en estadios iniciales, siendo útil en el caso de pacientes con elevado riesgo quirúrgico y/o que rechazan una cirugía más agresiva o un estoma. No obstante, el TAMIS representa una excelente alternativa de tratamiento mínimamente invasiva y con escasa morbimortalidad asociada.

Tumor desmoide abdominal recidivado: A propósito de un caso

Rodríguez Silva, Cristina; Ruiz López, Manuel; Soler, Jorge; Lucena, Jorge; Mera Velasco, Santiago; Villanueva, Francisco; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: Los tumores desmoides son neoplasias agresivas, inusuales y de estirpe fibroblástica. Presentan una morbilidad significativa, debido a su agresivo comportamiento, amenazando la vida cuando afecta a órganos vitales.

Caso clínico: Mujer de 14 años, consulta en 2011 por gran tumoración de partes blandas indolora (21,2 x 17,3 cm) en glúteo izquierdo, extendiéndose hacia recto anterior y pelvis. Se realizó resección en bloque, incluyendo fragmento de pala iliaca. La anatomía patológica se informó como fibromatosis extraabdominal, con afectación del margen quirúrgico óseo. Evolución posterior favorable. En 2014, consulta por inducción palpable en cicatriz previa. En TAC abdominopélvico se evidencia tumoración de partes blandas (19x19 cm) en hemiabdomen izquierdo, extendiéndose a miembro inferior y musculatura adyacente, compatible con recidiva tumoral. Se realizó resección en bloque, exéresis parcial de XI y XII arcos costales, pala iliaca, musculatura lumbo-femoral y nervio crural. Preciso exéresis parcial de músculo transversario y de los oblicuos hasta el plano subcutáneo, quedando el ángulo esplénico del colon, reparándose con una malla Proceed®. Postoperatorio favorable salvo infección de herida quirúrgica.

Discusión: Los tumores desmoides, con incidencia global de 2,4- 4,3 casos/millón de habitantes, son especialmente frecuentes en pacientes con Síndrome de Gardner. Se clasifican en abdominales (localización más frecuente), intraabdominales y extraabdominales. Afecta predominantemente a mujeres jóvenes. Se han relacionado posibles agentes etiológicos: traumatismos, cicatrices previas, embarazo. Carecen de cápsula e infiltran de forma difusa a la musculatura. El diagnóstico consiste en la exploración física y radiología (TC y RM). La cirugía es el tratamiento de elección, consiguiendo margen de resección de 1 cm, reparándose el defecto con colgajos muscu-

lares y prótesis. En casos de afectación de márgenes quirúrgicos o tumores irreseccables, está indicada la Radioterapia.

Conclusiones: Los tumores desmoides son por tanto una patología con una agresividad y crecimiento característicos aunque inusuales, cuyo tratamiento de elección es la cirugía.

Fisura anal como manifestación de patologías dermatológicas.

Machuca Chiriboga, Pablo; González Callejas, Cristina; Astruc Hoffmann, Alejandro; Del Olmo Escribano, Miguel; Medina Cuadros, Marcelino

Hospital Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: La fisura anal es un desgarro longitudinal doloroso de la mucosa anal. Su etiología es multifactorial. La localización más frecuente es bien en rafe anterior o posterior donde la vascularización es más precaria. Fisuras anales en otras localizaciones y resistentes a tratamiento han de hacerlos pensar en etiologías atípicas.

Objetivos: Presentamos un caso de fisura anal como manifestación de una enfermedad dermatológica del colágeno diagnosticada durante el estudio de la misma.

Material y método: Paciente de 26 años de edad que acude a Nuestra Consulta por rectorragia y prurito anal así como proctalgia con la defecación de años de evolución. Diagnosticada de fisura anal que no responde a tratamiento. En la exploración se observan tres fisuras anales de localización atípica y con leve hipertonia esfinteriana. Dado el cuadro clínico y mala evolución se decide toma de biopsia que informa de epidermiolisis bullosa. La paciente fue derivada al Servicio de Dermatología para completar estudio y el tratamiento médico adecuado.

Resultados: La fisura anal es un desgarro longitudinal doloroso de la mucosa anal. Se acompaña de un espasmo doloroso del esfínter anal interno. Este espasmo disminuye el suministro de sangre que junto con el traumatismo en la defecación llevan al desarrollo de la fisura. Se consideran factores etiológicos las heces duras, el estreñimiento, la diarrea crónica y la enfermedad de Crohn. En estos casos las localizaciones más habituales son el rafe anterior y posterior. El tratamiento médico consiste en la aplicación tópica de corticoides, anestésicos locales y laxantes con altas tasas de éxito (en algunas series de hasta el 90%). El uso de pomadas con nitrato de glicerina consigue tasas de curación aún superiores. El tratamiento quirúrgico de elección en fisuras que no responden a tratamiento médico es la esfinterotomía lateral interna con tasas de curación de hasta un 99%. En el caso de fisuras de localización atípica y que no responden al tratamiento convencional hemos de pensar en otras etiologías como el cáncer anal, la sífilis, el VIH, la tuberculosis, la leucemia y enfermedades del colágeno como la epidermiolisis bullosa en nuestro caso. En estas ocasiones el diagnóstico requiere, en la mayoría de los casos, una biopsia que confirme el mismo.

Conclusiones: La fisura anal es una patología muy frecuente en nuestro medio. En los casos de localización atípica y resistentes al tratamiento convencional hemos de pensar en otras

etiologías como las enfermedades dermatológicas para su correcta evaluación y tratamiento.

Síndrome compartimental abdominal. Cuando realizar una laparotomía descompresiva.

Machuca Chiriboga, Pablo; González Callejas, Cristina; Astruc Hoffmann, Alejandro; Del Olmo Escribano, Miguel; Medina Cuadros, Marcelino

Hospital Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: La hipertensión abdominal se define como una medida de la presión intraabdominal elevada y el síndrome compartimental abdominal cuando se asocia a disfunciones orgánicas. El tratamiento quirúrgico en estos casos realizándose una laparotomía descompresiva esta indicada para mejorar el estado hemodinámico de los pacientes

Objetivos: Presentar un caso de síndrome compartimental abdominal y ver las indicaciones de tratamiento con laparotomía descompresiva.

Material y método: Paciente mujer de 76 años con antecedentes personales de HTA, DM tipo II, IVC, gonartrosis e intervenida de hernia discal remitida por el DCCU por dolor intenso lumbar de instauración brusca e inestabilidad hemodinámica con taquipnea e hipotensión. En la exploración abdomen doloroso a la palpación, levemente distendido con peritonismo. Se realiza angioTAC donde se evidencia aneurisma de aorta abdominal infrarrenal roto. Es intervenida colocándose endoprótesis y realizándose by-pass femoro-femoral. El postoperatorio cursa con mala evolución por lo que se interviene a las 24 horas por fuga periprótisis. Continúa con mala evolución con mal estado general, oliguria con vasoactivos a altas dosis y PIA 22 cmH₂O₂. Es diagnosticada de síndrome compartimental abdominal por lo que se realiza laparotomía descompresiva. El postoperatorio cursa con mejoría progresiva de la paciente siendo dada de alta a los 15 días del ingreso.

Resultados: La hipertensión abdominal se define como una medida de la presión intraabdominal elevada y el síndrome compartimental abdominal cuando se asocia a disfunciones orgánicas. La cavidad abdominal y el retroperitoneo se comportan como compartimentos estancos por lo que cambios en el volumen de su contenido producen cambios en la presión intraabdominal. El aumento de la misma de forma mantenida tiene repercusiones sobre diferentes sistemas provocando una disminución del flujo sanguíneo a los órganos abdominales y las mucosas de los mismos. Provoca igualmente un aumento de la compresión venosa mesentérica que aumenta el CO₂, aumento de la permeabilidad de la mucosa y translocación bacteriana. Todo ello desemboca en un fallo multiorgánico. Para evitarlo contamos con medidas terapéuticas encaminadas a disminuir los efectos de la presión intraabdominal como mantener una adecuada PPA mayor de 50 mmHg, tratar los defectos de la coagulación y mejorar la función respiratoria. En cuanto a la descompresión quirúrgica numerosos estudios señalan que es necesario cuando la PIA es mayor de 35 mmHg o mayor de 26mmHg con disfunción orgánica o isquemia o con presiones entre 26 y 35 mmHg que con tratamiento médico no mejoran. Tras la descompresión

suelen disminuir las cifras de PIA y mejoran las alteraciones fisiopatológicas con una recuperación de las disfunciones orgánicas variables. La supervivencia tras la descompresión se sitúa entre el 38 y el 71% destacando una mayor supervivencia cuanto más precozmente se realice.

Conclusiones: El diagnóstico precoz de la HPA así como del SCA es fundamental para la realización de un tratamiento adecuado encaminado a la disminución de la morbimortalidad. Por tanto, conocer las indicaciones para la realización de una laparotomía descompresiva puede permitirnos un aumento de la supervivencia en estos pacientes como demuestran numerosos estudios realizados

Endometriosis de colon simulando diverticulitis aguda

San Miguel Mendez, Carlos; Vico Arias, Ana Belén; Bustos Merlo, Ana Belén; Segura Reyes, Inmaculada; Conde Muíño, Raquel; Huertas Peña, Francisco; Palma Carazo, Pablo.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Objetivos: Presentar el caso de una paciente a la que se realizó sigmoidectomía por endometriosis de pared del colon que simulaba una diverticulitis aguda (DA).

Material y método: Paciente de 49 años con antecedentes personales de EPOC, hipotiroidismo subclínico y obesidad, en seguimiento por Gastroenterología por episodios recurrentes de DA no complicada.

Estudios diagnósticos con TC abdominal describen en los distintos episodios, divertículos de gran tamaño en sigma proximal con rarefacción de la grasa en mesosigma, sin evidencia de líquido libre, colecciones líquidas ni aire extraluminal. Adenopatías quísticas que se mantienen estables en el tiempo.

Se realiza EDB con visualización de divertículos no complicados con extirpación de un pólipo en sigma mucoso, sin degeneración.

Resultados: Ante los episodios recurrentes de DA, se interviene de forma programada, realizando una sigmoidectomía laparoscópica, sin incidencias durante el postoperatorio.

Los resultados de la Anatomía Patológica mostraron una endometriosis que afecta a la pared colónica y tejido adiposo mesentérico. Ganglios linfáticos con linfadenitis reactiva.

Tras los resultados obtenidos es derivada a Ginecología para completar estudio diagnóstico. Hasta la fecha, la paciente se encuentra con buen estado general y sin evidencias de recidiva de los síntomas de su enfermedad.

Conclusiones: La endometriosis de colon es una entidad poco frecuente que hay que considerar en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal recurrente en mujeres en edad fértil.

Existen pruebas que nos pueden ayudar en su diagnóstico, tales como la colonoscopia con toma de biopsia, sin embargo, no existe ninguna prueba de imagen específica, de manera que el diagnóstico de certeza será siempre anatomopatológico. Siempre que esta entidad desarrolle dolor abdominal, sangrado o clínica suboclusiva por afectación intestinal, deberá con-

siderarse la resección del tramo intestinal afecto, para prevenir de esta manera la malignización de esta patología.

Colitis Ulcerosa y Enfermedad Diverticular sincrónicas. Una entidad poco frecuente.

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Machado Romero, I; Fresno Asensio, A; González Sánchez, AJ; Moreno Ruiz, J; Pérez Daga, A; Ramírez Plaza, CP.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Quirón Málaga.

Introducción: La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria de la mucosa del colon, caracterizada por la presencia de múltiples úlceras, que se inicia en el recto y que compromete el resto del colon en forma progresiva ascendente y simétrica. Puede presentarse de forma fulminante aguda en un 5% de casos

Objetivos: Presentar un caso de debut de colitis ulcerosa en el postoperatorio de sigmoidectomía por enfermedad diverticular.

Material y método: Paciente con diagnóstico de diverticulitis aguda recidivante que ingresa por urgencias por empeoramiento pese a tratamiento domiciliario. Es intervenido de forma programada realizándose una sigmoidectomía laparoscópica. Postoperatorio inmediato complicado con dolor y distensión abdominal asociado a cuadro diarreico (cultivo negativo). En quinto día postoperatorio es reintervenido por empeoramiento clínico y TC de Abdomen compatible con dehiscencia de anastomosis. Se observa una peritonitis difusa purulenta por dehiscencia parcial de anastomosis. Se realiza lavado de cavidad abdominal con drenaje y se confecciona ileostomía de protección. Postoperatorio tórpido por cuadro febril, dolor abdominal y emisión de productos patológicos por el ano.

Resultados: En colonoscopia realizada un mes después se evidencia una pancolitis y una dehiscencia de sutura de unos 5mm. El resultado de la anatomía patológica fue compatible con Colitis Ulcerosa. Posteriormente evolución tórpida con tratamiento con corticoides e inicialmente favorable con biológicos. En estudios complementarios radiológicos sin evidencia de fuga a nivel de la anastomosis. Pendiente de reconstrucción del tránsito intestinal.

Conclusiones: La incidencia de colitis ulcerosa en presencia de enfermedad diverticular es baja (en torno al 0,3% en algunas series). Sí existen más casos de colitis asociada sólo al segmento de enfermedad diverticular, pero no tan extensa como la presentada en este caso. La endoscopia es fundamental para el diagnóstico diferencial.

Doble adenoma de paratiroides como causa de Hiperparatiroidismo primario

Soler Humanes R; Sanchiz Cárdenas, E; Machado Romero, I; Muñoz Ortega, AM; Moreno Ruiz, FJ; Fresno Asensio, A; González Sánchez, AJ; Pérez Daga, JA; Ramírez Plaza, CP.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Quirón Málaga.

Introducción: El doble adenoma de paratiroides está presente entre el 2 y el 13% de los casos de hiperparatiroidismo primario, aunque su verdadera existencia hasta ahora ha sido controvertida

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con doble adenoma de paratiroides tratado en nuestro hospital, por ser una entidad poco frecuente.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente de 72 años con hiperparatiroidismo primario con diagnóstico de localización tanto en MIBI como ecografía y TC positivo para doble lesión, bilateral, de 3cm. Analítica con niveles de PTH intacta por encima de 1000 pg/ml.

Resultados: Tras la cirugía se produjo una normalización de los niveles de calcio.

La anatomía patológica fue compatible con un doble adenoma de paratiroides.

Conclusiones: La bajada intraoperatoria de niveles de PTH y el mantenimiento de niveles normales de calcio en el postoperatorio confirma la existencia de los dobles adenomas de paratiroides. Son más frecuentes a nivel superior bilateral, lo que podría estar en relación con una hiperplasia de las paratiroides procedentes del cuarto arco branquial.

Esplenitis aguda inespecífica. Tratamiento quirúrgico.

Soler Humanes, R; Machado Romero, I; Alguacil González, F; Rey Pérez, P; Martín Ruiz de la Herranz, J; Marín López, V; Reyna de Miguel JJ

Servicio de Cirugía General y Ap. Digestivo. Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga.

Introducción: Las Esplenitis se presentan como dolor abdominal en hipocondrio derecho, así como sintomatología sistémica asociada. El diagnóstico se realiza generalmente por TC, donde se identifican abscesos, ruptura o infarto esplénico. La esplenectomía es el tratamiento de elección para evitar las rupturas espontáneas y esplenitis recurrentes.

Objetivos: Presentar un caso de esplenitis aguda tratado en nuestro centro.

Material y método: Paciente que acude a Urgencias por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo irradiado a espalda de 72 horas de evolución. Afebril. A la exploración dolor y sensación de masa en hipocondrio derecho. En TC abdomen: bazo globuloso de aproximadamente 11,5cm, con varias LOES hipocogénicas de límites imprecisos con pequeña cantidad de líquido y discreto engrosamiento de la fascia lateroconal. Se inicia tratamiento antibiótico y se programa cirugía: esplenectomía.

Resultados: La anatomía patológica es compatible con esplenitis aguda abscesificada. En los cultivos se aislan E.Coli y Bacteroidis fragilis.

El postoperatorio es tórpido con reintervención por evisceración.

Conclusiones: El tratamiento de elección para el absceso esplénico es la esplenectomía total o la conservadora, esta última está en dependencia del estado local del bazo, así como

de la habilidad del cirujano. Las tres formas de tratamiento deben ir acompañadas de antibióticos de amplio espectro. El 36 % de los abscesos son polimicrobianos, aunque la esplenectomía sigue siendo el tratamiento habitual, el drenaje percutáneo guiado por la TAC o por ecografía pueden ser oportunos en los pacientes cuidadosamente seleccionados.

Tumor mixto cutáneo.

Soler Humanes R; Sanchiz Cárdenas, E; Machado Romero, I; Muñoz Ortega, AM; Moreno Ruiz, FJ; Fresno Asensio, A; González Sánchez, AJ; Pérez Daga, JA; Ramírez Plaza, CP

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Quirón Málaga.

Introducción: El tumor mixto cutáneo (también denominado siringoma condroide) es un tumor derivado de las glándulas sudoríparas ecrinas o apocrinas de la piel, análogo morfológicamente al adenoma pleomorfo de glándula salival. Su comportamiento suele ser benigno.

Objetivos: Presentar un caso de tumoración cutánea poco frecuente, de comportamiento benigno.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente varón de 67 años que consulta por lesión de partes blandas supraciliar derecha de más de un año de evolución.

Resultados: Se interviene realizándose una exéresis completa con margen de seguridad. La anatomía patológica es compatible con un tumor mixto cutáneo.

Conclusiones: Este tipo de tumores suele aparecer en cabeza y cuello. Para su diagnóstico tienen que estar presentes tanto el componente estromal como epitelial. No hay ningún rasgo histológico que permita predecir qué tumores van a comportarse agresivamente. Se deben considerar malignos únicamente aquellos tumores mixtos que metastatizan o recidivan localmente. Se ha propuesto el término «tumor mixto atípico» para referirse a los tumores con rasgos histológicos sugestivos de malignidad: margen infiltrativo, presencia de nódulos satélites y necrosis tumoral. En estos casos es necesario excluir metástasis en el momento del diagnóstico y un estrecho seguimiento clínico.

Tumor sólido pseudopapilar. Presentación de un caso.

Soler Humanes, R; Machado Romero, I; Sanchiz Cárdenas, E; Pérez-Daga, JA; Fresno Asensio, A; González Sánchez, AJ; Moreno Ruiz, J; Ramírez Plaza, CP.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Quirón Málaga.

Introducción: Los tumores sólidos pseudopapilares o tumores de Franz son neoplasias raras, con potencial maligno y representan el 0,13-2,7% de todos los tumores pancreáticos. Tienen cierta predilección por el sexo femenino y la edad de presentación más frecuente es entre los 30 y 40 años.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente de 12 años intervenida por un tumor sólido pseudopapilar, por ser una

entidad poco frecuente, diagnosticado como hallazgo casual en el contexto de un traumatismo abdominal.

Material y método: Paciente de 12 años ingresada en nuestro hospital por pancreatitis secundaria a traumatismo abdominal. Como hallazgo causal al realizar el estudio de imagen se encuentra Neoformación de cuerpo y cola de páncreas como primera posibilidad diagnóstica Tumor Sólido Pseudopapilar (sólido-quístico) de páncreas.

Resultados: Se realiza pancreatometomía corporocaudal con esplenectomía y linfadenectomía de arteria hepática común y tronco celíaco. A destacar de la cirugía la sección pancreática con Aquamantis.

La anatomía patológica fue compatible con tumor sólido pseudopapilar ampliamente necrosado de 9,5cm. Bordes quirúrgicos no afectos. Ausencia de neoplasia en los 32 ganglios linfáticos resecaados en total.

Conclusiones: Es un tumor pancreático raro en la infancia. Es importante tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial especialmente en mujeres jóvenes con masa palpable, ya que es el modo de presentación más frecuente. Habitualmente se localizan en cuerpo-cola pancreático. Tiene un crecimiento lento y bajo grado de malignidad. El tratamiento de elección es la cirugía, con una supervivencia >95% para aquellos con enfermedad localizada en el páncreas. Las metástasis sólo ocurren en un 15% de casos y suelen manifestarse de forma sincrónica, siendo más frecuentes en hígado o peritoneo. Generalmente no cursan con afectación linfática.

Siringocistoadenoma papilífero apocrino. Presentación atípica a nivel perianal.

Sanchiz Cárdenas, E; Soler Humanes, R; Machado Romero, I; Muñoz Ortega, A; González Sánchez, A; Pérez Daga, A; Fresno Asensio, A; Moreno Ruiz, J; Ramírez Plaza, CP.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Quirón Málaga.

Introducción: El Siringocistoadenoma Papilífero Apocrino es una neoplasia cutánea benigna rara, generada a nivel de las glándulas apocrinas. Generalmente se presenta a nivel de cabeza y cuello y es más frecuente en edad infantil o durante la adolescencia.

Objetivos: Presentar un caso de tumoración cutánea muy poco frecuente, sobre todo por su localización a nivel anal, donde hasta ahora no hay ningún caso descrito.

Material y métodos: Se presenta el caso de una paciente de años que acude a consulta por presentar una lesión cutánea pruriginosa, no dolorosa, de aspecto verrucoso a nivel anal.

Resultados: Se realizó biopsia escisional de la misma bajo anestesia local. La anatomía patológica fue compatible con un siringocistoadenoma papilífero apocrino.

Conclusiones: El siringocistoadenoma papilífero apocrino es un tumor benigno raro, que procede de las glándulas apocrinas o ecrinas. Suele aparecer durante la juventud, generalmente al nacimiento.

Normalmente es una lesión solitaria que asienta más comúnmente en el cuero cabelludo y cuello. Lesiones múltiples

se han asociado a nevus sebáceos. Es extremadamente rara su presentación en el ano. Hasta ahora no hay ningún caso publicado en dicha localización.

Clínicamente se presenta como una papula, nódulo o placa eritomatosa que puede variar de tamaño desde los 5 a los 160mm. Su superficie puede ser lisa, plana, papilomatosa o verrucosa.

El tratamiento es una biopsia escisional, que también confirma el diagnóstico. Cuando las lesiones se encuentran en localizaciones anatómicas difíciles una opción es el láser de dióxido de carbono.

Megacolon adquirido por denervación tras cirugía retroperitoneal. Presentación de un caso.

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Machado Romero, I; González Sánchez, AJ; Pérez Daga, JA; Moreno Ruiz, J; Fresno Asensio, A; Ramírez Plaza, CP.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Quirón Málaga.

Introducción: El término megacolon (del griego «colon grande») hace referencia a la dilatación masiva del intestino grueso no causada por una obstrucción mecánica. El megacolon idiopático puede aparecer en el contexto de cirugía abdominal, traumatismos o alteraciones metabólicas agudas.

Objetivos: Presentar un caso de estreñimiento crónico y megacolon secundario a denervación vegetativa tras cirugía retroperitoneal tratado quirúrgicamente con colectomía subtotal.

Material y método: Paciente de 33 años intervenida de tumoración retroperitoneal compatible con schwannoma benigno. Posteriormente a la cirugía comienza con vejiga neurogénica para la que se coloca neuroestimulador, y estreñimiento pertinaz asociado a dolor y distensión abdominal. En pruebas complementarias: -TC abdomen: moderada dilatación del colon derecho y trasverso, hasta el margen del ángulo esplénico, presentando posteriormente un calibre normal. -Colonoscopia: colon ascendente y polo cecal con marcado aumento de calibre y con patrón mucoso normal. -Enema opaco: llamativa dilatación de las asas del colon de forma difusa aunque con mayor afectación del colon trasverso y ciego

Resultados: Se realiza colectomía subtotal con anastomosis ileo-sigmoidea. El postoperatorio transcurre sin incidencias siendo dada de alta al 5º día.

La anatomía patológica describe un colon macroscópicamente muy dilatado, sin otros hallazgos.

Conclusiones: En la anamnesis de todo paciente con estreñimiento deberán considerarse los antecedentes quirúrgicos, infecciosos, medicamentosos o de enfermedades metabólicas que pueden orientar sobre la posible existencia y etiología del cuadro.

En casos refractarios a tratamiento médico está indicada la cirugía.

Lesión del conducto linfático torácico como complicación de la cirugía del reflujo gastroesofágico.

Soler Humanes, Rocío; Sanchiz Cárdenas, Elena; Machado Romero, Ignacio; Moreno Ruiz, Javier; Muñoz Ortega, Antonio; González Sánchez, Antonio Jesús; Pérez Daga, Antonio; Fresno Asensio, Antonio; Ramírez Plaza, César Pablo.

Servicio de Cirugía General y A. Digestivo. Hospital Quirón Málaga

Introducción: En adultos, el conducto torácico tiene una longitud de 38 a 45 cm y un diámetro de unos 5 mm de media. Generalmente empieza a nivel de la segunda vértebra lumbar y se extiende desde la raíz del cuello. Se origina en el abdomen en la confluencia del tronco lumbar derecho e izquierdo y del tronco intestinal, formando una vía significativa que se llama cisterna lumbar.

Las lesiones más frecuentes del conducto linfático ocurren en cirugía esofágica, aunque también es posible en otro tipo de cirugías en vecindad.

Objetivos: Presentar un caso de lesión del conducto linfático torácico durante una funduplicatura Nissen laparoscópica, por ser una complicación poco frecuente y resuelta durante el acto quirúrgico en este caso.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente de 52 años que se interviene de forma programada de un reflujo gastroesofágico y hernia hiatal. Se realiza una funduplicatura tipo Nissen vía laparoscópica, durante la cual se produce lesión del conducto linfático que se evidencia durante el mismo acto quirúrgico.

Resultados: Al evidenciarse la lesión durante el mismo acto quirúrgico, se clipa el conducto linfático y se deja un drenaje en la zona, que se retira a las 48 horas con un débito serohemático. La paciente evolucionó favorablemente y sin complicaciones.

Conclusiones: El conocimiento de la anatomía del conducto torácico, así como sus posibles variantes anatómicas, es imprescindible para evitar su lesión iatrogénica.

La primera señal de una lesión (especialmente una intraabdominal) puede ser un nódulo de Virchow ampliado, un nódulo linfático en la región supraclavicular, en la vecindad donde el conducto torácico drena en la vena subclavia izquierda.

La base de una terapéutica efectiva radica en la necesidad de un diagnóstico precoz, debatiéndose, en la actualidad, una actitud conservadora frente a una reintervención quirúrgica temprana.

Eventración tras colgajo TRAM por carcinoma mamario

Curado Soriano, Antonio; de la Herranz Guerrero, Pablo; Naranjo Fernández, Juan Ramón; Domínguez Amodeo, Antonio; Valera Sánchez, Zoraida; Navarrete de Cárcer, Enrique; Oliva Mompeán, Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: Las técnicas actuales de reconstrucción mamaria incluyen el colgajo TRAM (transverse rectus ab-

dominis musculocutaneus) y la técnica DIEP (deep inferior epigastric perforator). Estas técnicas generan debilidad de la pared abdominal, asimetría, anormalidades del contorno y en determinadas ocasiones, eventraciones complejas difíciles de reparar.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 54 años con antecedentes de carcinoma de mama ductal infiltrante bien diferenciado a la que se realizó mastectomía izquierda y vaciamiento axilar en 2010, con reconstrucción mamaria mediante colgajo TRAM derecho en 2012, colocándose malla plana de polipropileno supraaponeurótica como profilaxis. Durante el primer año postoperatorio desarrolla una asimetría y deformidad en región subcostal derecha que se atribuye a la debilidad generada por la trasposición. Se realiza una tomografía axial de pared abdominal, identificándose un orificio herniario de unos 18 cm que se extiende desde la región subcostal hasta el flanco derecho, L1L2W3 según la clasificación de la EHS.

La paciente es derivada al servicio de cirugía, indicándose intervención quirúrgica. Tras acceder a cavidad abdominal a través de la línea media, se observa un saco herniario que engloba parte de la malla de polipropileno, integrada en su borde inferior en la aponeurosis posterior del recto abdominal derecho. Iniciamos la disección del saco, y procedemos al explante de la malla de polipropileno. Debido a la falta de planos musculares se realiza una reparación intraperitoneal mediante malla compuesta, con anclaje transparietal en corona, y bridging de los bordes del defecto.

Resultados: La paciente fue dada de alta al 6º día postoperatorio sin incidencias, con faja abdominal como profilaxis de recidivas.

Conclusiones: Las eventraciones tras colgajos TRAM, aunque afortunadamente son muy poco frecuentes, son difíciles de reparar y constituyen un reto para el cirujano, ya que en la mayoría de los casos, no existe pared donde anclar las mallas. Pensamos que este tipo de defecto se beneficia de una técnica sublay intraperitoneal o de una técnica de doble malla, pero verdaderamente el tratamiento efectivo para este tipo de defectos es una profilaxis adecuada.

Teratoma ovárico maduro

Bustos Ana Belén, Álvarez María Jesús, Vílchez Andrea, Raya Andrea, García Ana, Mansilla Alfonso, Segura Manolo, Jiménez Jose Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Introducción: El teratoma maduro o quiste dermoide es el tumor ovárico de células germinales más frecuente, y por lo tanto suele afectar a mujeres en edad fértil (80%). Estos tumores contienen diversos tejidos benignos que podrían parecerse a las vías respiratorias, los huesos, el tejido nervioso, los dientes y otros tejidos de un adulto. La mayor parte de ellos son asintomáticos. Las formas más frecuentes de presentación son el dolor abdominal (48%), hemorragia uterina (15%) o aumento del perímetro abdominal (15%). La rotura del mismo es rara (1-1,2%), y constituye una urgencia quirúrgica. La ecografía es el método diagnóstico de elección, siendo la RM y la TC útiles

para el diagnóstico diferencial. El diagnóstico definitivo se basa en la histología. El tratamiento es la exéresis quirúrgica.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con clínica de obstrucción intestinal ocasionada por la presencia de un teratoma ovárico no conocido previamente.

Material y método: Paciente de 25 años con antecedentes de déficit de factor VIII y enfermedad de Von Willebrand, que acudía a Urgencias por cuadro de dolor abdominal y vómitos incoercibles. Los hallazgos de TC eran sugerentes de obstrucción de intestino delgado (dilatación de asas con un calibre de hasta 6cm hasta ileon distal donde se evidenciaba cambio de calibre sin causa clara que lo justificase), múltiples adenopatías en el meso de características reactivas, así como teratoma de ovario derecho de 6,4 x 9,8 x 7,6 cms (su porción anterior con densidad de partes blandas y la porción posterior con densidad grasa). Se decidió intervención quirúrgica urgente conjunta con Ginecología, evidenciándose anejo derecho quístico de unos 10cm adherido a cara posterior de útero, espacio de Douglas y asas intestinales, responsable del cuadro de obstrucción intestinal; así como torsión sobre el ligamento infundibulopélvico de aspecto necrótico. Se realizó adhesiolisis, anexectomía derecha, apendicectomía profiláctica y biopsia de las adenopatías.

Resultados: Evolución postoperatoria favorable, con controles de factor VIII y tratamiento con Haemate-P. La Anatomía Patológica informó de teratoma quístico maduro torsionado y linfadenitis reactiva.

Conclusiones: Los teratomas maduros representan alrededor del 20-25% de los tumores de ovario, y su transformación maligna ocurre solamente en el 1% de los casos. Es importante tenerlos presentes en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal en mujeres en edad fértil. El tratamiento es la resección quirúrgica, respetando el ovario en los casos posibles.

Divertículo de Meckel y páncreas ectópico

Bustos Ana Belén, Álvarez María Jesús, San Miguel Carlos, Raya Andrea, Ferrer Carmen, García Ana, Mansilla Alfonso, Jiménez Jose Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

Introducción: El divertículo de Meckel es la malformación congénita más común del tracto gastrointestinal (2% a 4% en la población). Se debe a la persistencia del conducto onfalo-mesentérico que conecta el saco vitelino al intestino durante el desarrollo del embrión. Está tapizado por mucosa ileal típica, al igual que el intestino delgado adyacente. Sin embargo, entre 20% y 57% de los casos presentan mucosa ectópica de tipo gástrica, duodenal, endometrial o colónica, así como tejidos pancreático, como en nuestro caso, y hepatobiliar. Cuando el páncreas heterotópico está presente en el divertículo de Meckel hay mayor riesgo de intususcepción. El diagnóstico preoperatorio es difícil, debido a la poca frecuencia con que se presenta esta enfermedad en personas adultas; y que sus manifestaciones clínicas, cuando se presentan, suelen ser inespecíficas.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con sintomatología abdominal y diagnóstico definitivo de divertículo de

Meckel con presencia de páncreas ectópico, sin sospecha del mismo preoperatoria.

Material y método: Paciente de 64 años con antecedentes de bronquitis crónica y SAHS, en estudio por Digestivo por clínica de dolor abdominal a nivel de hipocondrio derecho de un año de evolución, sin sintomatología acompañante. En pruebas de imagen, se describía masa de aspecto quístico intraabdominal a nivel de hipocondrio derecho de 35 x 27mm, de probable dependencia mural de un asa de intestino delgado, de proyección exofítica hacia grasa mesentérica, sugerente de conglomerado adenopático, linfangioma quístico o GIST. En PET-TC, no aumento de metabolismo local. Se decidió intervención quirúrgica, evidenciándose divertículo de Meckel a nivel de asa de ileon terminal, realizándose resección del mismo con GIA.

Resultados: Evolución postoperatoria favorable. La Anatomía Patológica informó de divertículo de Meckel con presencia en su pared profunda de conductos dilatados y tejido pancreático ectópico, junto leves signos de diverticulitis aguda en regresión.

Conclusiones: El diagnóstico del divertículo de Meckel debe ser considerado en cualquier paciente con malestar abdominal sin otra explicación, náuseas y vómitos o hemorragia gastrointestinal. El método diagnóstico de mayor exactitud es el estudio con tecnecio-99m pertechnetato. El tratamiento de elección en los casos sintomáticos es la resección quirúrgica. Se puede realizar tanto la diverticulectomía como la resección segmentaria del intestino delgado, especialmente en casos en que se palpe tejido ectópico en la unión entre el divertículo y el ileon, o bien se reconozca isquemia o perforación.

Dificultad en el diagnóstico de tumoraciones quísticas en el espacio pararectal

Alcaide Lucena, M; Mirón Pozo, B; Romera López, A.L; Pérez Benítez, F; González Puga, C; Garde Lecumberri, C; Cabrerizo Fernandez, M.J; Jiménez Ríos, J.A.

Complejo Hospitalario Universitario de Granada. H. U. San Cecilio

Introducción: Las lesiones del espacio retrorrectal plantean un amplio diagnóstico diferencial, siendo el teratoma sacrococcígeo el más frecuente en niños y las lesiones inflamatorias en adultos. Otra patología típica, aunque rara, son las masas quísticas relacionadas con el desarrollo embrionario, siendo los más frecuentes los quistes epidérmicos y los hamartomas quísticos. Son asintomáticas hasta en la mitad de los casos, pero pueden presentar complicaciones infecciosas y degeneración maligna.

Material y método: Mujer de 31 años de edad derivada a la consulta desde el Servicio de Urgencias por dolor abdominal de un mes de evolución, asociado a ausencia de deposiciones de más de 1 semana, hematoquecia y amenorrea de tres meses. Refiere estreñimiento de aparición reciente en los últimos tres meses. En el tacto rectal se aprecia formación ovoidea inmediatamente superior al haz puborrectal posterolateral derecha, de consistencia gomosa que protuye levemente en la luz rectal, no móvil y sin afectación aparente de la mucosa rectal.

En el TAC abdominal se aprecia masa pararrectal derecha de baja densidad y dimensiones de unos 32 mm de diámetro. Se completa el estudio mediante RM que confirma la formación ovalada de aspecto quístico polilobulado localizada en fosa pararrectal derecha de aproximadamente 29x32 mm, en íntimo contacto con músculo elevador del ano derecho, provocando discreto efecto masa sobre la pared lateral derecha del recto. La ecografía endorrectal muestra formación ovoidea de apariencia quística, multitabuada, en cara posterolateral derecha de unos 2x3 cm, inmediatamente craneal al haz puborrectal. Rectoscopia sin alteraciones.

* En el momento de finalización del plazo la paciente está pendiente de la AP y se le ha propuesto un abordaje transrectal con sistema TAMIS par su exéresis.

Discusión: El diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas del espacio retrorrectal incluye numerosas entidades de origen inflamatorio, causas tumorales y alteraciones del desarrollo embrionario, estas últimas suponen alrededor del 40%. Su diagnóstico es más frecuente en mujeres de edades medias. La clínica está relacionada con el tamaño, efecto masa y riesgo de sobreinfección. Hasta en la mitad son asintomáticos y se descubren durante una exploración de rutina por otro motivo. La manifestación clínica más frecuente es el estreñimiento de nueva aparición; otras son el dolor hipogástrico, tenesmo rectal, disminución del calibre de las heces y la poliaquiuria o disuria secundarias a irritación vesical. La complicación más común es la infección local, que se manifiesta como fístula perineal. Pese a su carácter benigno, puede haber degeneración maligna en un 7-10%. Por ello, el tratamiento de elección es la extirpación completa y precoz. La histología más frecuente de las lesiones malignas es el adenocarcinoma, seguido de tumores neuroendocrinos y sarcomas.

El tacto rectal puede revelar una masa en espacio retrorrectal, que comprime y desplaza la pared, con integridad de la mucosa rectal. El diagnóstico se basa fundamentalmente en pruebas de imagen, como ecografía endorrectal, TC y la RM pélvicas, siendo esta última de elección. La imposibilidad de descartar malignidad hace obligada la extirpación quirúrgica, obteniendo el diagnóstico definitivo mediante el estudio histológico.

La biopsia mediante punción no es siempre definitiva en el diagnóstico, porque lo más probable es obtener material del quiste. En las lesiones con componente sólido, se podría obtener muestra de tejido que nos orientara al diagnóstico. Sin embargo, la ausencia de transformación maligna no garantizaría el carácter benigno. Además, la punción de lesiones malignizadas no es recomendable, puesto que favorece la diseminación tumoral a través del trayecto de punción y la rotura de la cápsula tumoral. Las recidivas locales se suelen dar en los primeros 5 años tras la cirugía, tiempo recomendado de seguimiento.

Conclusiones: Las lesiones quísticas del espacio pararrectal son una entidad poco frecuente, que suelen cursar de forma asintomática, por lo que su diagnóstico suele ser incidental. La punción diagnóstica no está recomendada. Pueden presentar complicaciones infecciosas incluso degeneración maligna. Debido al riesgo de malignización, que ocurre entre el 7-10 %, la extirpación de la lesión es obligatoria para estudio histológico definitivo de la pieza quirúrgica, pudiendo realizar un

abordaje parasacroccígeo, perineal o abdominal. El abordaje transrectal mediante TAMIS podría ser el de elección aunque no existen muchos casos descritos en la literatura, por su baja morbilidad, aunque requiere grupos con experiencia en esta técnica.

Cuerpo extraño esofágico. Actitud y manejo.

Bustos Ana Belén, Álvarez María Jesús, Vílchez Andrea, Domínguez Mireia, Ferrer Carmen, García Ana, Mansilla Alfonso, Segura Manolo, Jiménez Jose Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

Introducción: La presencia de un cuerpo extraño esofágico es una situación de relativa frecuencia, principalmente en población pediátrica. Pueden impactarse en el esófago, pero también en otros sitios del tracto digestivo como estómago o intestino. El lugar más frecuente de impactación en el esófago es el tercio superior, a nivel de músculo cricofaríngeo. El cuadro clínico se caracteriza por el antecedente de deglución y con mayor frecuencia sialorrea, disfagia y odinofagia. Para su diagnóstico es muy importante la sospecha clínica. La radiografía y la TC son de utilidad para el mismo. De ellos, el 80-90% se tratan de forma conservadora, el 10-20% requerirán extracción por endoscopia digestiva alta y sólo el 1% precisará cirugía.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con presencia de un cuerpo extraño en la pared anterior esofágica y su resolución tras manejo y tratamiento conservador.

Material y método: Paciente de 54 años con antecedentes de siringomielia cervicodorsal y malformación de Chiari intervenida, que acudía a Urgencias por odinofagia tras ingesta de espina de pescado en las 24 horas previas. No presentaba clínica de disfagia, disnea o disfonía. Refería notarse la espina de pescado a nivel medio infracricóideo. Fue valorada inicialmente por el Servicio de Otorrinolaringología y posteriormente por el Servicio de Digestivo, sin conseguir visualizarse el cuerpo extraño. Se realizó TC cervical, que evidenciaba imagen hiperdensa en pared anterior de esófago proximal con una disposición lineal de 4,5mm en el eje cráneo-caudal sin cambios periesofágicos; decidiéndose finalmente tratamiento conservador dados los hallazgos de la prueba de imagen y el estado asintomático de la paciente.

Resultados: Evolución posterior favorable. Alta hospitalaria al séptimo día, encontrándose la paciente asintomática.

Conclusiones: El tratamiento habitual de un cuerpo extraño en el esófago es la extracción bajo visión directa con un endoscopio, preferiblemente flexible; aunque en la mayoría de los casos es de esperar una resolución espontánea. En el caso de que la extracción no sea posible, como nos ocurrió, en casos seleccionados y tras descartar complicaciones (perforación, mediastinitis, hemorragia, fístula traqueoesofágica, entre otras) se puede optar por tratamiento conservador y reservar la cirugía en caso de presentarse las complicaciones anteriormente mencionadas.

Íleo biliar como causa de obstrucción intestinal

Calcerrada Alises, Enrique; Gallart Aragón, Tania; López-Cantarero Ballesteros, Manuel; Jiménez Ríos, José Antonio (Jefe de Servicio)

Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: Se denomina íleo biliar a la impactación de un cálculo migrado normalmente desde la vesícula biliar a través de una fístula colecistoentérica, lo que suele manifestarse como un cuadro de oclusión intestinal.

Es una causa de obstrucción intestinal poco frecuente, y aumenta su incidencia con la edad y en pacientes con comorbilidades asociadas.

Objetivos: La tríada de Rigler permitirá realizar el diagnóstico de íleo biliar, incluyendo: presencia de aerobilia, dilatación de asas intestinales y existencia de un cálculo radioopaco,

El tratamiento consiste en la extracción del cálculo mediante una enterotomía o empujándolo distalmente.

Material y método: Paciente mujer de 78 años de edad con antecedentes de EPOC y FA. Acudió al servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal de 3 días de evolución, asociado a vómitos, ausencia de deposiciones y febrícula. En la radiografía de abdomen se evidenció gran distensión gástrica y de intestino delgado. En la analítica destacaba 14560 leucocitos, neutrofilia 85 %, PCR 345. Se realizó TAC abdominal donde se evidenció dilatación gástrica y duodenal, y un cálculo de 3x4 cm en la segunda porción duodenal. Ante dichos hallazgos se realizó una laparotomía exploradora urgente con enterotomía, extracción del cálculo y cierre primario. La paciente fue dada de alta al octavo día postoperatorio.

Resultados: El íleo biliar produce un cuadro de oclusión debido a la migración de un cálculo biliar a través de una fístula biliodigestiva, siendo la más frecuente la colecistoduodenal. La zona más frecuente de obstrucción es el íleon distal y la válvula ileocecal por su disminución de calibre y la menor actividad peristáltica (65 %). Se han descrito otras localizaciones menos frecuentes, tal como el duodeno (síndrome de Bouveret), yeyuno y colon.

El diagnóstico puede ser difícil y, en ocasiones, se efectúa de forma intraoperatoria.

Se considera clave la presencia de sintomatología de oclusión intestinal (clínica de vómitos, distensión abdominal, disminución de la expulsión de heces y gases) así como de los criterios radiográficos de Rigler (aerobilia, cálculo radioopaco y dilatación de asas intestinales). Existen otros signos radiológicos: signo de Balthazar-Schechter (dos niveles hidroaéreos adyacentes correspondientes a la vesícula biliar y al bulbo duodenal) o signo de Gotta-Mentschler (aerobilia).

Son útiles pruebas de imagen como la ecografía, TAC o endoscopia (esta última puede ser además terapéutica).

El manejo debe ser quirúrgico para eliminar la causa de la obstrucción. Se realiza por vía abierta extrayendo el cálculo por enterotomía o realizando una entero-litotomía laparoscópica. Deberá explorarse todo el tracto gastrointestinal para descartar otros cálculos adicionales. En cuanto al manejo de la fístula algunos autores recomiendan colecistectomía y cierre de la fístula en el mismo acto quirúrgico, mientras que la

mayoría recomienda manejar únicamente el cálculo, ya que manejar la fístula tiene una mayor mortalidad.

Conclusiones: A pesar de ser una patología rara, es muy importante tenerla en cuenta ante cuadros de obstrucción intestinal en pacientes ancianos con comorbilidades asociadas.

Su manejo debe ser quirúrgico y la mayoría de los autores recomiendan tratar únicamente el cálculo durante la intervención quirúrgica.

Inguinodinias, ¿que hacemos?

Curado Soriano, Antonio; De Lebrusant Fernandez, Sara; Naranjo Fernandez, Jr; Valera Sanchez, Zoraida; Dominguez Amodeo, Antonio; Jurado Marchena, R; Navarrete De Carcer, Enrique; Oliva Mompean, F; Padillo Ruiz, J.

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: El dolor inguinal es una de las complicaciones más relevantes tras la reparación quirúrgica de la hernia inguinal, originando repercusión importante en la calidad de vida de los pacientes. Aunque la incidencia es variable según las distintas series, se estima que afecta alrededor del 10% de los pacientes intervenidos. El dolor inguinal de intensidad leve a moderada tras la reparación suele limitarse en el tiempo en los dos primeros meses, periodo que se consideraría aceptable tras la cirugía, mientras que el dolor de intensidad moderada - severa que se extiende más allá de dos meses postquirúrgicos debe considerarse como patológico y es preciso un manejo adecuado del mismo.

Objetivos: Presentar nuestro protocolo de actuación en casos de dolor inguinal postquirúrgico patológico tras hernioplastia inguinal.

Material y método: En casos agudos con dolor incoercible en el postoperatorio inmediato no controlable con analgesia habitual aún con opiodes, la causa principal de la neuralgia es el atrapamiento nervioso, ante lo cual optamos por una intervención quirúrgica durante la primera semana, realizándose una revisión de la cirugía, y practicándose neurectomía del nervio siendo necesario en ocasiones el explante de la malla, para conseguir el control inmediato de los síntomas.

En el dolor moderado - severo durante los tres primeros meses, considerado como periodo vigilancia, realizamos tratamiento farmacológico con analgesia convencional pautaada, pudiendo asociarse opiodes menores y valorando la existencia de dolor tipo neuropático, donde escalamos en caso de falta de respuesta con fármacos neurolépticos tales como amitriptilina o pregabalina.

Si persiste el dolor pasado tres meses, es preciso descartar una recidiva herniaria mediante exploración y ecografía, en caso de no encontrar hallazgos continuamos con TAC - RMN inguinal, para descartar una recidiva o la existencia de un meshoma, en caso de recidiva realizamos cirugía con reparación herniaria asociando una triple neurectomía en caso de neuralgia asociada.

Si no existen hallazgos en pruebas de imagen como en el caso de meshoma continuamos con medidas conservadoras remitiendo al paciente a la Unidad del dolor para valorar me-

didadas intervencionistas, si tras ellas no existe mejoría de la clínica dolorosa, planteamos en un plazo de 6 meses tratamiento quirúrgico, mediante la realización de triple neurectomía y en el caso del meshoma el explante de la malla además de la triple neurectomía.

Resultados y conclusiones: Pensamos que la opción más efectiva en casos de inguinodinia aguda incoercible es la revisión quirúrgica en el postoperatorio precoz, evitando la cronificación del cuadro, mientras que la inguinodinia leve moderada superior a tres meses se beneficia de un tratamiento con neurolépticos y tratamiento multidisciplinario ante lo cual remitimos a la Unidad del dolor. Sólo tras valoración de seis meses sin respuesta a medidas conservadoras planteamos tratamiento quirúrgico de la neurectomía que realizamos completa y no selectiva, mediante abordaje abierto anterior, con explante de la malla en caso de meshoma o dolor combinado asociado a la malla. Valoramos abordaje laparoscópico transabdominal si existe reparación previa laparoscópica tipo TEP-TAPP con lesión neural bajo fascia transversalis a nivel retroperitoneal.

Paratiroidectomía mínimamente invasiva como cirugía de corta estancia. Experiencia en un hospital privado.

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Machado Romero I; Moreno Ruiz, FJ; González Sánchez, AJ; Pérez Daga, A; Fresno Asensio, A; Ramírez Plaza, CR

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Quirón Málaga.

Introducción: La cervicotomía con exploración de las cuatro glándulas paratiroides era considerado el abordaje quirúrgico estándar para el tratamiento del hiperparatiroidismo primario y secundario. Esto ha cambiado en los últimos años con la introducción de las técnicas mínimamente invasivas de cara a obtener mejores resultados estéticos, así como a reducir el tiempo quirúrgico y consecuentemente la estancia hospitalaria.

Objetivos: Presentar nuestra serie de paratiroidectomías realizadas en los últimos cuatro años analizando el tipo de abordaje, las complicaciones y la estancia hospitalaria.

Métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos de paratiroidectomía mediante abordaje mínimamente invasivo entre julio de 2010 y diciembre de 2014 en el Hospital Quirón de Málaga.

Se han analizado las complicaciones, la estancia media y la tasa de reingresos.

Resultados: Se intervinieron un total de 16 pacientes con hiperparatiroidismo primario: 10 con abordaje mínimamente invasivo, que representa el 62,5%; 6 requirieron cervicotomía (4 de ellos porque asociaban patología tiroidea y 2 por hiperplasia). El 62% tuvo una estancia media inferior a 24 horas (70% de los del abordaje mínimamente invasivo). No hubo complicaciones ni reingresos.

Conclusiones: Para pacientes que presenten patología de una única glándula, bien localizada mediante pruebas de imagen, el abordaje mínimamente invasivo es una buena opción, con

altas tasas de curación y baja morbilidad en centros con experiencia.

Cirugía tiroidea como procedimiento de corta estancia en un hospital privado.

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Machado Romero I; Moreno Ruiz, FJ; González Sánchez, AJ; Pérez Daga, A; Fresno Asensio, A; Ramírez Plaza, CP

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Quirón Málaga.

Introducción: La cirugía tiroidea como procedimiento de corta estancia se lleva a cabo de forma rutinaria en muchos hospitales del mundo.

Normalmente un postoperatorio más largo está en relación con identificar potenciales complicaciones como son la hemorragia, la hipocalcemia o la parálisis recurrencial.

Objetivos: Presentar nuestra serie de cirugía tiroidea durante 4 años, así como un análisis de las complicaciones, reingresos y estancia hospitalaria.

Métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos de tiroidectomía total o hemitiroidectomía desde julio de 2010 hasta diciembre de 2014 en nuestro centro. Se han analizado las tasas de complicaciones y reingresos, así como la estancia media.

Resultados: Se intervinieron un total de 129 pacientes: el 71,3% fue patología benigna, bocio multinodular, y el 27,9% fueron carcinomas. La estancia hospitalaria fue inferior a 24 horas en 49 pacientes. El resto requirió prolongar el ingreso, generalmente a 48 horas, debido a hipocalcemia (detectada en el 35% de pacientes en diferentes grados). Se identificaron dos lesiones recurrenciales. No hubo ningún reingreso.

Conclusiones: Hay multitud de definiciones y criterios de inclusión y exclusión en cuanto a la cirugía tiroidea de corta estancia.

Se estima que la mitad de los sangrados tras una tiroidectomía ocurren en las primeras 6 horas postoperatorias.

Tras analizar nuestros resultados, lo ideal es implantar un programa de cirugía ambulatoria, con una estancia inferior a 24 horas, intentando realizar la cirugía durante la mañana y dando de alta al paciente por la tarde.

Intususpección intestinal en el adulto. Presentación de 12 casos clínicos

Majano Giménez, Eduardo ; Reguera Teba, Antonio; Llácer Pérez, Carmen; Medina Cuadros, Antonio

Hospital Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: La invaginación intestinal en el adulto es un proceso potencialmente grave que, por su infrecuencia fuera de la infancia, se diagnostica de forma habitual durante el acto quirúrgico por un síndrome obstructivo mecánico

Material y método: Durante el periodo 2007 -2015 se analizaron los registros en pacientes mayores de 18 años, encontrándose 12 casos diagnosticados de invaginación intestinal,

con una media de edad de 40 años. Todos presentaban obstrucción intestinal y fueron operados. El diagnóstico preoperatorio se efectuó mediante TC abdominal.

Resultados y Conclusiones: El 50% de las invaginaciones en el adulto son por etiología maligna, siendo el procedimiento de elección la resección intestinal

Carcinoma epidermoide de mama por radioterapia. Revisión a propósito de un caso

Majano Giménez, Eduardo ; Reguera Teba, Antonio; Llácer Pérez, Carmen; Medina Cuadros, Antonio

Hospital Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: El carcinoma escamoso de mama es una entidad muy poco frecuente. Se describe como un tumor cístico de gran tamaño y de evolución rápida. Presenta diseminación a distancia aunque escasa afectación metastásica de ganglios. En la mayoría de los casos los receptores hormonales son inespecíficos y las manifestaciones radiológicas inespecíficas. El tratamiento de elección es la cirugía asociada a quimioterapia y radioterapia

Material y método: Presentamos una paciente de 67 años con linfoma de Hodgkin hace 10 años tratada con RDT. Acude a urgencias en varias ocasiones por absceso de mama derecha de repetición, requiriendo drenaje amplio. Se realiza mamografía, apreciando nódulo mamario BIRADS 4b. PAAF positiva a Ca ductal infiltrante. Fue tratada con mastectomía radical modificada. No se realizó vaciamiento axilar ni requirió tratamiento adyuvante. Al año de revisión la paciente se encuentra libre de enfermedad

Resultados y Conclusiones: Este tumor tiene unas características biológicas especiales: se asocia a un índice de metástasis ganglionares bajo y a un alto índice de metástasis a distancia sin afectación ganglionar, lo que hace dudar del vaciamiento axilar de rutina y de la quimioterapia adyuvante. El pronóstico parece incierto. Para algunos autores, parece similar al resto de los tumores de mama, pero para otros es más agresivo y con peor pronóstico

Utilidad del infliximab en el pioderma gangrenoso periostomal

Majano Giménez, Eduardo ; Reguera Teba, Antonio; Llácer Pérez, Carmen; Medina Cuadros, Antonio

Hospital Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: El pioderma gangrenoso es una de las manifestaciones extraintestinales más severas de la colitis ulcerosa. Las lesiones se presentan con mayor frecuencia en la piel de las extremidades inferiores y el tronco. No es habitual la presentación del pioderma gangrenoso rodeando una ileostomía

Material y método: Presentamos tres pacientes con colitis ulcerosa que desarrollaron pioderma gangrenoso periostomal. El diagnóstico se llevó a cabo por la clínica y las biopsias de la lesión. Se trató con corticoides e infliximab tópico

Resultados y Conclusiones: La evolución fue satisfactoria sin presentar recidiva a los 12 meses de seguimiento.

Linfoma primario de Tiroides. A propósito de un caso.

González Benjumea, Paz; Rodríguez Padilla, Angela; Candón Vazquez, Juan; Escobesa Suarez, Ignacio; Becerra González, Miguel; Perea Sánchez, Maria Jose; Martín García de Arbolea, Rocio; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: El linfoma primario de tiroides (LPT) es una rara entidad que representa el 1-5% de las neoplasias tiroideas y entre el 1-7% de todos los linfomas de origen extranodal. El 70% de los casos corresponden a linfomas no-Hodgkin de células B y generalmente se desarrollan en mujeres de mediana edad con historia de Tiroiditis linfocitaria crónica.

El linfoma tiroideo no presenta patrón ecográfico específico, siendo comúnmente diagnosticado erróneamente por lo que requiere de un estudio anatomopatológico para su diagnóstico definitivo.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 77 basalmente autónoma para ABVD con AP de HTA en tratamiento, artritis en falanges de ambas manos, artroplastia bilateral de rodilla, colecistectomía y apendicectomía. Consulta por presentar masa cervical de gran tamaño de varios meses de evolución, que compromete principalmente el lado derecho, asociado a astenia y disnea.

A la exploración presenta ensanchamiento en base del cuello y bocio importante a expensas del lóbulo tiroideo derecho. No se palpan adenopatías cervicales.

Resultados: Ecografía tiroidea: Aumento de tamaño de ambos lóbulos tiroideos, fundamentalmente del derecho, que presenta 90,4 x 39,5 x 45,7 mm de eje máximo con un volumen de 85,4cc. Los nódulos observados son sólidos y con áreas quísticas internas, destacando uno en el lóbulo izquierdo de mayor tamaño de aproximadamente 4,7 x 2,7 cm. Hallazgos compatibles con bocio multinodular.

Se procede a realizar tiroidectomía total previa identificación de ambos nervios laríngeos recurrentes.

Postoperatorio inmediato favorable sin disfonía, tetania negativa y calcemia.

AP: Infiltración linfocitaria masiva con extensa diferenciación Plasmacitoide. La glándula tiroides presenta una extensa infiltración linfocitaria y plasmocitaria, con escasos folículos linfocitarios secundarios remanentes, en los que se observa una población centrogeminal bcl-2+/CD10-/bcl-6-+ y áreas difusas de células B pequeñas CD20+/CD5- y de células plasmáticas kappa. Hallazgos que corresponden a la presencia de un Linfoma B Difuso Extranodal (MALT) asociado a tiroiditis linfocitaria.

Ante los hallazgos anatomopatológicos se deriva a Hematología donde se realiza estudio de extensión sin objetivar presencia de enfermedad.

Conclusiones: El linfoma Primario tiroideo (LPT) es una patología muy infrecuente que representa el 0,04% de los bocios intervenidos. La mayoría corresponde a linfomas no-Hodgkin (LNH), siendo mayoritariamente de células grandes

de estirpe B. Para catalogar un LT como primario, éste debe afectar exclusivamente la glándula tiroidea. El diagnóstico clínico de esta neoplasia es excepcional dado su baja incidencia y la ausencia de características clínicas específicas.

El tratamiento de los LPT es controvertido. En general, pueden ser tratados mediante radioterapia y/o quimioterapia, si bien, la resección quirúrgica del tumor seguida de radioterapia postoperatoria se asocia a buenos resultados con buen pronóstico.

Terapia de presión negativa en el manejo del abdomen abierto. Presentación de 26 casos

Machuca Chiriboga, Pablo ; Reguera Teba, Antonio; Llácer Pérez, Carmen; Medina Cuadros, Antonio

Hospital Complejo Hospitalario de Jaén

Objetivos: Analizamos nuestra experiencia y los resultados obtenidos con el uso del vacuum assisted closure (VAC®) en el manejo del abdomen abierto

Material y método: Revisamos de forma retrospectiva las laparostomías realizadas entre abril 2011 y abril 2015 usando la terapia VAC® en el Complejo Hospitalario de Jaén

Resultados: Incluimos a 26 pacientes en los que se utilizó el VAC® en un abdomen abierto por distintas causas. La duración media de la terapia fue de 16 días. La estancia media hospitalaria fue de 43 días y 3 pacientes fallecieron durante el ingreso por problemas relacionados con su proceso de base. Entre las complicaciones más significativas durante la terapia VAC® fueron 10 abscesos intraabdominales (38%), 8 fístulas o dehiscencias de suturas (25%) y 2 evisceraciones (7%).

Resección endoanal con puerto único de lesiones rectales

Machuca Chiriboga, Pablo ; Reguera Teba, Antonio; Llácer Pérez, Carmen; Medina Cuadros, Antonio

Hospital Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: La cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) ha sido utilizada de forma creciente como una alternativa a la excisión local y la resección transanal microscópica (TEM) de lesiones de tercio medio y superior del recto

Objetivos: Establecer la factibilidad y resultados a corto plazo del uso del sistema de puerto único en la resección transanal de lesiones rectales

Material y método: Análisis retrospectivo de una serie de pacientes sometidos a resección transanal utilizando un dispositivo de puerto único. Los pacientes eran portadores de lesiones benignas y/o malignas de recto medio o superior

Resultados: Se completó la resección transanal por SILS Port en 8 pacientes, 5 de ellos eran hombres. Edad media fue de 70,3 años. La distancia de las lesiones desde el margen anal fue de 7,2 cm (5-10). La estancia hospitalaria fue de 3,5 días. Presentamos 3 rectorragias autolimitadas.

Conclusiones: TAMIS se ha convertido en una técnica factible y segura para el tratamiento de adenomas y tumores

rectales en estadios iniciales p T1No. Son necesarios más estudios que permitan demostrar la seguridad de ampliar esta técnica para el tratamiento de lesiones avanzadas, asociado a quimio-radioterapia neoadyuvante

Irrigación del asa eferente previa al cierre de ileostomía de protección

Machuca Chiriboga, Pablo ; Reguera Teba, Antonio; Llácer Pérez, Carmen; Medina Cuadros, Antonio

Hospital Complejo Hospitalario de Jaén

Objetivo: Pretendemos evaluar la utilidad de una nueva técnica en la disminución del íleo postoperatorio tras el cierre de ileostomía de protección.

Introducción: El íleo paralítico postoperatorio representa la complicación más frecuente tras el cierre de ileostomía con un aumento de la morbilidad, estancia hospitalaria y gasto sanitario.

Pacientes y métodos: Este estudio retrospectivo incluye a 20 pacientes intervenidos de cierre de ileostomía. En 10 pacientes se realizó previamente a la cirugía, una estimulación los 2 días previos a la intervención, a través del asa eferente de la ileostomía con 1500 cc de suero fisiológico. En los otros 10 pacientes no se realizó estimulación previa a la cirugía

Resultados: Ambos grupos de pacientes fueron homogéneos respecto al tiempo de espera de la reconstrucción del tránsito. Tras el cierre de la ileostomía el grupo de pacientes estimulados presentaba un inicio más precoz de la tolerancia oral: 1,5 vs 2,8 días y la estancia hospitalaria: 5,2 vs 7,3 días también fue menor en los pacientes estimulados.

Conclusiones: La estimulación del asa eferente de la ileostomía previa a su cierre es una técnica segura y reproducible, disminuye el íleo postoperatorio y favorece un tránsito intestinal y una tolerancia oral precoces con una menor estancia hospitalaria postoperatoria

Endometriosis Perianal. A propósito de un caso.

Morales Martín, German; García del Pino, Beatriz; Martín García de Arbolea, Rocío; Vega Blanco, Juan; rada Morgade, Ricardo; Espinosa Guzmán, Eduardo; Cisneros Cabello, Nieves; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: La presencia de tejido endometrial funcional fuera de la cavidad uterina es lo que se conoce como endometriosis. La región pélvica es la localización anatómica más frecuentemente afectada, presentandose en el periné en un 0,2% de los casos.

La localización perianal es excepcional. La teoría más aceptada en cuanto a etiopatogenia es la implantación de células endometriales viables durante el parto.

Material y método: Mujer de 37 años, 2 gestaciones a término (1 parto vaginal con episiotomía y 1 cesárea) y polipectomía vía histeroscópica. Consulta por tumoración perianal de

un año de evolución asociada a proctalgia cíclica en relación con la menstruación. No refiere claros síntomas inflamatorios, supuración perianal ni fiebre.

Resultados: A la exploración se objetiva tumoración de consistencia fibrosa de unos 3 cm en margen anal derecho a las 3-4h en genupectoral. Inspección y tacto rectal sin alteraciones. Anuscopya normal. Ecografía endoanal (EEA): esfínter anal interno adelgazado sin imágenes compatibles con absceso ni trayectos fistulosos. No tumoraciones dependientes de esfínter anal. RMN de pelvis: presencia de una lesión focal de partes blandas en fosa isquioanal derecha en contacto con el esfínter anal externo, de 3 cm, compatible con foco flemonoso-fibrosado, que parece en relación con fistula transesfinteriana, que no alcanza la piel. Las imágenes sugieren alteración de larga evolución, con poca actividad inflamatoria. Colonoscopia total sin hallazgos ni alteraciones. Ante la no resolución del proceso se decide intervención quirúrgica. Se objetiva tumoración perianal no fija a la mucosa anal y adherido al borde externo de esfínter anal externo. Se realiza exéresis de la lesión y se envía la muestra a anatomía patológica para su análisis. Estudio anatomopatológico: Lesión irregular blanquecina-amarillenta de 2cm que corresponde a foco de endometriosis. La paciente presenta una buena evolución post-operatoria por lo que es dada de alta con revisiones en consulta. Actualmente se encuentra asintomática, sin dolor y con continencia conservada.

Conclusiones: La endometriosis perianal es una entidad rara que se produce por el trasplante mecánico de células endometriales durante el parto. La presencia una tumoración perianal con cambios de tamaño y dolor cíclico/recurrente en relación con la menstruación y que no presenta supuración nos debe hacer sospechar la aparición de esta patología. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico. Las pruebas de imagen como EEA y RMN permiten conocer su localización exacta y la relación de la lesión con el complejo esfinteriano, ayudando así a planificar la intervención. El tratamiento definitivo consiste en una amplia resección que permita evitar recurrencias y la degeneración maligna de la misma.

Divertículos Esofágicos

Bustos Ana Belén, Álvarez María Jesús, San Miguel Carlos, Domínguez Mireia, García Ana, Mansilla Alfonso, Segura Manolo, Jiménez Jose Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

Introducción: Los divertículos esofágicos son formaciones anatómicas saculares de la pared, que a modo de evaginaciones sobresalen desde el lumen esofágico principal. Su frecuencia es baja y se calcula que corresponden al 1,5 - 2,0 % de todos los estudios radiológicos y endoscópicos del tubo digestivo alto. Se pueden ubicar en cualquier punto del esófago y pueden ser únicos o múltiples. Según su localización, podemos distinguir divertículos faringoesofágicos o de Zenker (situados en esófago proximal, 75% de todos los divertículos), epibronquiales (esófago medio, un 10%) o epifrénicos (esófago distal, representan el 15%). La clínica es muy variable, y depende fundamentalmente del tamaño y localización del

divertículo. La mayoría son asintomáticos, pudiendo aparecer con más frecuencia disfagia y en ocasiones regurgitación. El tránsito baritado es de elección para su diagnóstico. La cirugía está indicada en los casos muy sintomáticos y/o complicados.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con divertículos esofágicos a nivel de tercio medio y distal y comentar la actitud a seguir en estos casos.

Material y método: Paciente de 69 años, fumador, en estudio por clínica de sensación de nudos con la deglución de un año de evolución, que ceden tras la ingesta de agua y ocasionalmente, tras provocación del vómito. Frecuencia de estos episodios dos o tres veces al mes. No presentaba síntomas de reflujo gastroesofágico. Se realizó una endoscopia digestiva alta, sin hallazgos patológicos. El estudio manométrico detectó una motilidad ineficaz. El tránsito gastroduodenal evidenció la presencia de formaciones diverticulares en el tercio medio y distal del esófago. Se derivó a nuestras Consultas para valoración por la presencia de divertículos esofágicos, decidiéndose tratamiento y manejo conservador.

Resultados: Seguimiento en nuestras Consultas con mejoría clínica tras las recomendaciones sobre estilo de vida e indicaciones dietéticas.

Conclusiones: La presencia de un divertículo esofágico no es una indicación clara de cirugía. Modificaciones en el estilo de vida, así como mejora en los hábitos dietéticos pueden contribuir al alivio de los síntomas. En el caso de los divertículos de tercio medio y distal, como el caso de nuestro paciente, la cirugía se encuentra reservada a casos muy sintomáticos o con complicaciones asociadas, como por ejemplo, infecciones pulmonares de repetición debido a aspiración del contenido del divertículo.

Perforación secundaria a Enterocolitis Pancitopénica en paciente inmunodeprimido

García del Pino, Beatriz; Morales Martín, German; Perea Sánchez, María José; Bejarano González Serna, Daniel; Escobesa Suarez, Igancio; Martín García de Arboleya, Rocío; Beltrán Miranda, Pablo; Balongo García, Rafael.

Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

Introducción: La enterocolitis pancitopénica es una entidad patológica relacionada con el uso de quimioterapia intensiva, que se caracteriza por la inflamación necrotizante de la pared intestinal en enfermos inmunodeprimidos. De pronóstico devastador, con una mortalidad entorno al 50%, su incidencia varía desde un 1 a un 26%. Se desencadena por múltiples mecanismos que provocan complicaciones locales y sistémicas tales como hemorragia digestiva grave, perforación intestinal, peritonitis, sepsis y shock séptico.

Objetivos: El objetivo de nuestra comunicación es ilustrar mediante un caso clínico esta rara entidad que precisa de un rápido diagnóstico para reducir la alta tasa de mortalidad.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 69 años diagnosticada de carcinoma microcítico de pulmón con enfermedad limitada al tórax T2N3M0, tratado mediante quimiorradioterapia con cisplatino y etopósido. A los dos

meses del inicio del tratamiento quimioterápico ingresa en el Servicio de Traumatología por fractura D12 con dolor lumbar irradiado a abdomen, localizado en fosa iliaca izquierda e hipogastrio. La evolución no es favorable, presentando cuadro de shock séptico con una pancitopenia marcada en la analítica.

Resultados: En la TAC abdominal aparece importante neumoperitoneo y realce de la grasa rectosigmoidea, hallazgos compatibles con perforación de colon. Indicamos intervención quirúrgica urgente en la que se objetiva una peritonitis fecaloidea generalizada originada por tres perforaciones a nivel de colon sigmoide. Se realiza sigmoidectomía con sección distal a nivel de recto medio y colostomía terminal en fosa iliaca izquierda.

El postoperatorio inmediato transcurre en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde fallece a las 48 horas a pesar de antibioterapia de amplio espectro y soporte hemodinámico.

Conclusiones: La enterocolitis pancitopénica es una entidad poco frecuente característica de pacientes inmunodeprimidos tras tratamiento quimioterápico. Dado su pronóstico devastador, es fundamental su sospecha y confirmación temprana para iniciar lo antes posible el tratamiento adecuado.

Nódulo umbilical como presentación de endometriosis primaria

Sanchiz Cárdenas, Elena; Soler Humanes, Rocío; Machado Romero, Ignacio; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Perez Daga, Jose Antonio; Gonzalez Sanchez, Antonio; Muñoz Ortega, Antonio; Ramirez Plaza, Cesar

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Quirón Málaga

Introducción

Endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial fuera del útero. Su hallazgo a nivel umbilical es poco frecuente (0,5-4%).

Objetivos: La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcionando fuera de la cavidad uterina. Aunque generalmente se localiza en la pelvis no es infrecuente la afectación de otros órganos.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 45 años sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos, que consulta por nódulo doloroso a nivel umbilical en relación con la menstruación, con Resonancia magnética compatible con nódulo endometriósico

Resultados: La paciente es sometida a intervención quirúrgica para exéresis del nódulo que abarcaba todo el espesor de la pared abdominal a nivel umbilical, y reconstrucción de pared con malla de polipropileno. El resultado del estudio patológico fue compatible con nódulo endometriósico.

Conclusiones: La endometriosis puede ser tanto secundaria como primaria, en cuyo caso su patogenia podría explicarse por la migración de células endometriales al ombligo a través de la cavidad abdominal vía linfática o por los remanentes embriológicos del cordón umbilical. La secundaria se debe a la diseminación iatrogénica.

Su tratamiento es quirúrgico, mediante la exéresis del nódulo, siendo su recurrencia excepcional en los casos primarios.

Endometriosis en válvula ileocecal como causa de obstrucción intestinal.

Sanchiz Cárdenas, Elena; Soler Humanes Rocío, Machado Romero, Ignacio; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Perez Daga, Jose Antonio; Gonzalez Sanchez, Antonio; Muñoz Ortega, Antonio; Del Fresno Asensio, Antonio; Ramirez Plaza, Cesar.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Quirón Málaga

Introducción: La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcionando fuera de la cavidad uterina.

Objetivos: La endometriosis a nivel intestinal ocurre en el 5% de las mujeres en edad fértil, de las cuales el 70% se manifiesta como obstrucción.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 49 años, sin enfermedades prevalentes y con antecedente quirúrgico de colecistectomía laparoscópica. Acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal inespecífico de larga evolución con empeoramiento en la semana previa, asociado a estreñimiento. Sin repercusión analítica, las pruebas de imagen (TC y Radiografía de abdomen) fueron compatibles con dilatación generalizada de intestino delgado sin observar punto de cambio de calibre, por lo que la paciente es ingresada con diagnóstico compatible con cuadro adherencial.

Resultados: Tras ausencia de mejoría tras 48 horas de tratamiento conservador, se decidió adoptar actitud quirúrgica, mediante laparotomía exploradora con hallazgo de dilatación generalizada de asas de intestino delgado, secundario a tumoración a nivel de válvula ileocecal que no sobrepasa la serosa. Se realizó una hemicolectomía derecha oncológica. La paciente tuvo una evolución postoperatoria favorable. El resultado del estudio anatomopatológico fue de lesión endometriósica a nivel de la válvula ileocecal.

Conclusiones: La obstrucción intestinal como presentación inicial de endometriosis sin antecedentes previos y sin hallazgos sospechosos intraoperatorios es poco frecuente por lo que no suele sospecharse previamente a la intervención.

Es importante tener un alto grado de sospecha clínica de endometriosis en mujeres de edad fértil con clínica de obstrucción intestinal sin causa aparente ya que su tratamiento en caso de cierre completo de la luz intestinal es la resección limitada al segmento afecto

Papel de la cirugía en el tratamiento de la endometriosis pélvica.

Sanchiz Cárdenas, Elena; Soler Humanes, Rocío; Machado Romero, Ignacio; Muñoz Ortega, Antonio; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Del Fresno Asensio, Antonio; Perez Daga, Jose Antonio; Gonzalez Sanchez, Antonio; Ramirez Plaza, Cesar

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Quirón Málaga

Introducción: La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcionante fuera de la cavidad uterina.

Objetivos: La endometriosis es una enfermedad que se define como la presencia de tejido endometrial funcional fuera de la cavidad uterina. A pesar de ser una enfermedad benigna, tiene un comportamiento agresivo en el sentido de ser progresiva e invasiva en su crecimiento, que es estrógeno-dependiente; y tendencia a su recurrencia. Se clasifica en cuatro estadios según su severidad, siendo I mínimo, y IV severo

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 48 años con antecedente de cesárea, con historia de dolor abdominal crónico de larga evolución asociado a alteración del tránsito intestinal y dispareunia. Con endometriosis a nivel pélvico en seguimiento por ginecología, y hallazgo de engrosamiento en pared de recto-sigma en TC, con colonoscopia sin hallazgos patológicos.

Resultados: La paciente es sometida a una laparotomía infraumbilical exploradora con hallazgo de lesión en pared de recto-sigma infiltrativa, así como en apéndice y en ileon terminal. Es sometida a una resección anterior, apendicectomía y resección segmentaria de intestino delgado. Tiene una evolución postoperatoria favorable. La anatomía patológica fue compatible con endometriosis

Conclusiones: La endometriosis es una de las condiciones ginecológicas benignas más frecuente. Un 10-15% de las mujeres en edad fértil padecen de afectación a nivel pélvico de esta enfermedad. Su frecuencia a nivel intestinal es desconocida, pero en caso de estar afecto, en el 90% de los casos se localiza a nivel de sigma o recto. Por tanto es muy importante el abordaje multidisciplinar respecto al planteamiento quirúrgico, ya que el tamaño y la profundidad de la lesión pueden determinar la necesidad de resección intestinal.

Linforragia cervical tras tiroidectomía total con linfadenectomía por carcinoma papilar de tiroides

García del Pino, Beatriz; González Benjumea, Paz; Bejarano González Serna, Daniel; Martínez Mojarro, Rocío; Beltrán Miranda, Pablo; Martín García de Arbolea, Rocío; Becerra González, Miguel; Balongo García, Rafael
Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

Introducción: La fístula quilosa es una complicación rara tras la cirugía cervical o torácica, con una incidencia entre 1-2,5%. La mayoría tiene su origen en el lado izquierdo, aunque un 25% de las fugas pueden originarse en el lado derecho. El diagnóstico intraoperatorio es difícil debido al bajo flujo linfático, y por lo general se pone de manifiesto en el postoperatorio inmediato, al objetivarse débito de líquido de aspecto lechoso por el drenaje o por la herida quirúrgica, con cifras de triglicéridos y colesterol elevadas.

Objetivos: Presentamos el caso de una paciente con fístula linfática cervical tras tiroidectomía total con linfadenectomía asociada por carcinoma papilar de tiroides tratada de forma conservadora.

Material y método: Mujer de 55 años, hipertiroidea de larga

evolución en seguimiento por Endocrinología. En la ecografía control se aprecia bocio multinodular con un nódulo sólido en polo inferior de lóbulo izquierdo con sombra posterior y adenopatías en cadena yugular interna a nivel de la bifurcación carotídea. La exploración revela un nódulo pétreo en lóbulo izquierdo con adenopatías yugulares izquierdas en compartimentos II-II y triángulo posterior izquierdo. Se completa el estudio con TAC cervical en que demuestra las adenopatías yugulares izquierdas de características patológicas y gammagrafía tiroidea donde se observa un área fría predominante en base lóbulo izquierdo. La PAAF fue informada como neoplasia papilar de tiroides. Se realiza tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar lateral izquierdo y del compartimento central, dejándose un drenaje cervical.

Resultados: A las 24 de la intervención se aprecia alto débito (750 ml) por el drenaje de aspecto inicial serohemático que posteriormente se torna lechoso. Ante la sospecha de fístula quilosa se realiza análisis del líquido que presenta pH 7,58, 1490mg/dl de triglicéridos con 220 mg/dl de colesterol. Se inicia tratamiento conservador con dieta sin grasas junto con triglicéridos de cadena media y octeótride 0,1mg subcutáneo cada 8 horas, disminuyendo inicialmente el débito por el drenaje pero persistiendo en el tiempo, por lo que se decide exploración cervical quirúrgica encontrándose fístula linfática que se repara mediante ligadura del vaso linfático. La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta a la semana de la reintervención

Conclusiones: El débito diario de la fístula quilosa puede alcanzar los 4 litros y se favorece por el movimiento, el peristaltismo intestinal, la tos, la respiración y la ingesta de grasas. En un primer momento el tratamiento es conservador, mediante la instauración de nutrición enteral basado en triglicéridos de cadena media o nutrición parenteral. La asociación de somatostatina o análogos como el octeótrido ayuda a reducir el débito en las primeras 24-48 horas, acortando la estancia hospitalaria y disminuyendo la morbilidad. En casos refractarios se opta por reexploración quirúrgica cervical con ligadura del vaso linfático lesionado o en su defecto del conducto torácico.

Presentación de malrotación intestinal en edad adulta como vólvulo de ciego.

Sanchiz Cárdenas, Elena; Soler Humanes Rocío, Machado Romero, Ignacio; Perez Daga, Jose Antonio; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Gonzalez Sanchez, Antonio; Muñoz Ortega, Antonio; Del Fresno Asensio, Antonio, Ramirez Plaza, Cesar.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Quirón Málaga

Introducción: La malrotación intestinal es una anomalía congénita de la rotación y fijación intestinal que se presenta generalmente en la edad neonatal. De forma infrecuente, puede diagnosticarse en niños mayores y adultos.

Objetivos: La malrotación intestinal ocurre cuando hay una disrupción en el desarrollo embriológico intestinal. Suele

manifestarse en la edad pediátrica, siendo su presentación en el adulto excepcional.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente de 50 años sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos que acude a Urgencias por cuadro de dolor y distensión abdominal de menos de 24 horas de evolución, las pruebas de imagen son compatibles con vólvulo de ciego, con disposición anómala del paquete intestinal.

Resultados: El paciente es sometido a una laparotomía exploradora urgente, con hallazgo de vólvulo de ciego en contexto de malrotación intestinal completa. Por lo que se realiza una resección segmentaria ileocecal con anastomosis primaria, así como liberación de adherencias congénitas de Ladd. La evolución postoperatoria fue favorable, siendo dado de alta el sexto día postoperatorio.

Conclusiones: La malrotación intestinal es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal en el adulto, con una incidencia de 0,2%. Es importante un alto índice de sospecha ya que no suele tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial

Anastomosis intestinal con control extrabdominal como alternativa a estoma. Descripción de la técnica.

Sanchiz Cárdenas, Elena; Perez Lara, Francisco Javier, Hernandez González, Jose Manuel, Oehling de los Reyes, Hermann; Marin Moya, Ricardo; Doblaz Fernandez, Juan; Hernandez Carmona, Juan; Galeote Quecedo, Tania; Mata Martín, Jose M; Del Rey Moreno, Arturo; Oliva Muñoz, Horacio.

Hospital Comarcal de Antequera. Málaga

Introducción: En los casos en que es preciso realizar una resección intestinal en contexto de condiciones sistémicas o locales adversas, la actitud más aceptada es la realización de un estoma. No obstante, la posibilidad de realizar una anastomosis primaria con exteriorización de la misma fuera de la cavidad abdominal para control de su integridad, ha sido descrita en la literatura.

Objetivos: La principal ventaja de realizar una anastomosis es evitar la confección de estoma con la consecuente morbilidad, coste y reintervención quirúrgica para reconstrucción del tránsito intestinal, asumiendo que la gran desventaja es la morbimortalidad provocada por el fallo de la anastomosis

Material y método: En base a la evidencia publicada en la literatura, proponemos la realización de una anastomosis intestinal con control de la misma fuera de la cavidad abdominal durante 4-7 días, y su reintroducción si no acontecen complicaciones irreversibles. Si la evolución es tórpida y no es posible conservar la sutura intestinal, puede convertirse a estoma.

Resultados: Se describe técnica para realización de anastomosis de intestino delgado de alto riesgo por condiciones adversas locales o sistémicas.

Tras la resección intestinal, realizamos una anastomosis latero-lateral anisoperistáltica y se exterioriza fuera de la cavidad abdominal a través de orificio sobre el que se realizaría un hipotético estoma. Si se toma como referencia superior las 12h, se fija la anastomosis a la aponeurosis con dos puntos a

las 3 y 9 h. Así mismo, un drenaje tipo Penrose se introduce bajo la anastomosis, fijándolo a piel a las 12 y 6h. Se refuerza la anastomosis con Tachosil y se cubre con una compresa impregnada en vaselina.

Posteriormente, se vigila diariamente su evolución. En caso de complicaciones menores (fuga controlable o necrosis limitada), se resuelven bajo anestesia local (sutura de la fuga o resección del área necrótica con endograpadora). Si la evolución es tórpida e irreversiblemente (necrosis extensa o dehiscencia de la sutura), la anastomosis se convierte a estoma bajo anestesia local o espinal.

Si tras 4-7 días la evolución ha sido favorable, se procede a la reintroducción de la anastomosis en cavidad abdominal (bajo anestesia local o espinal) tras retirada del drenaje Penrose y los anclajes a la aponeurosis. No suelen existir problemas adherenciales por el poco tiempo evolutivo, y el cierre de pared se realiza según técnica habitual.

Conclusiones: A pesar de que la mejor situación para una anastomosis es el interior de la cavidad abdominal, cuando existen dudas sobre la viabilidad intestinal, la técnica descrita puede estar indicada en aquellos casos en que las condiciones locales o sistémicas habitualmente contraindican la reinstauración del tránsito.

Si la evolución de la anastomosis puede evaluarse por observación directa, pueden restringirse la confección de estoma a aquellos pacientes en los que son estrictamente necesarios.

Migración de aguja de Kirschner a cavidad torácica.

Sanchiz Cárdenas, Elena; Perez Lara, Francisco Javier, Hernandez González, Jose Manuel; Doblaz Fernandez, Juan; Hernandez Carmona, Juan; Mata Martín, Jose M; Oehling de los Reyes, Hermann; Galeote Quecedo, Tania; Marin Moya, Ricardo; Del Rey Moreno, Arturo; Oliva Muñoz, Horacio.

Hospital Comarcal de Antequera. Málaga

Introducción: La migración de sistemas de fijación internos, especialmente Agujas de Kirschner, ha sido descrita en la literatura. Habitualmente siguen un camino retrógrado, protruyendo a nivel de su punto de entrada. Cuando migran en profundidad pueden provocar un gran espectro de complicaciones.

Material y método: Se presenta el caso de migración de una aguja de Kirschner a parénquima pulmonar tras el tratamiento quirúrgico urgente de una luxación acromioclavicular mediante reducción y osteosíntesis percutánea con tres agujas de Kirschner.

Resultado: 20 días tras la cirugía se procede a la retirada de las agujas de Kirschner, encontrándose una de ellas en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo, que se extrae sin incidencias mediante videotoracoscopia, con una evolución postoperatoria satisfactoria.

Conclusiones: La migración de agujas de Kirschner ha sido descrita desde el primer día hasta 21 años tras su implante. El caso de desplazamiento intratorácico constituye una complicación rara, y suele estar asociado a la fijación de las articulaciones esternoclavicular y acromioclavicular por luxación.

Una vez detectada esta complicación, el tratamiento es su extracción urgente ya sea mediante videotoroscopia, toracotomía o esternotomía según su localización intratorácica. Por este motivo es importante el seguimiento tanto clínico como radiológico de los pacientes portadores de estos sistemas de fijación hasta su extracción definitiva

Diagnóstico diferencial de lesiones sugerentes de quiste sebáceo o lipoma

Bustos Ana Belén, Álvarez María Jesús, San Miguel Carlos, Ferrer Carmen, García Ana, Mansilla Alfonso, Segura Manolo, Jiménez Jose Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

Introducción: El diagnóstico de lesiones aparentemente benignas, como lipomas o quistes sebáceos, se basa fundamentalmente en la exploración física. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras lesiones malignas. El diagnóstico definitivo nos lo aportará la Anatomía Patológica.

Objetivos: Presentar los casos de dos pacientes con lesiones en piel y tejido celular subcutáneo sugerentes de benignidad, con una Anatomía Patológica concluyente de malignidad; y remarcar la importancia del diagnóstico diferencial en estos casos.

Material y método: Paciente de 24 años, sin antecedentes de interés, que presentaba lesión con aspecto de quiste sebáceo en antebrazo izquierdo, con aumento progresivo de tamaño (1,1 x 0,7cm). Se realizó resección local. La Anatomía Patológica informó de linfoma B cutáneo del área marginal, con estudio inmunohistoquímico positivo para CD20, CD79 Bcl2, e índice de proliferación Ki67: 10-15%. Estudiado por Hematología, sin evidencia de enfermedad a otro nivel. Tras estos resultados, se decidió ampliación de cirugía local, cuya Anatomía Patológica informaba de la persistencia de linfoma B de bajo grado y límites laterales infiltrados por la neoplasia; completando el tratamiento con posterior radioterapia.

Paciente de 65 años, asmática, que presentaba tumoración en región pectoral izquierda sugerente de lipoma, como hallazgo incidental tras un golpe y que le ocasionaba dolor. Se realizó biopsia de la misma, y se envió la pieza a Anatomía Patológica, con resultado de tejido adiposo con metástasis por carcinoma pobremente diferenciado de morfología rabdoide. Se completó estudio a otros niveles, descartándose neoplasia en otra localización. Se decidió ampliación de bordes y exéresis de la lesión, informada finalmente como carcinoma pobremente diferenciado con diferenciación apocrina en tejido celular subcutáneo de probable origen mamario o de anejos cutáneos, con positividad para citoqueratinas (AE1/AE3, CAM 5,2,19,7 y 34BE12), EMA, GCDFP-15, receptores de andrógenos y GATA-3. Se completó tratamiento con radioterapia posterior.

Resultados: Tras finalizar tratamiento y acudir a revisión, ambos pacientes se encuentran sin signos de recidiva local ni evidencia de enfermedad a distancia.

Conclusiones: A pesar del aspecto macroscópico de benignidad de una tumoración, es fundamental el análisis definitivo de la pieza. Ante la mínima sospecha de malignidad, es de relevancia que la muestra se envíe lo más íntegra posible al

Servicio de Anatomía Patológica, dado que su fragmentación puede dificultar el estudio, provocar pérdida de detalles o incluso condicionar el diagnóstico final.

Retroperitonitis secundaria a abordaje transanal mínimamente invasivo de lesión rectal

De Soto Cardenal, B; Valdes-Hernandez, J; Del Rio Lafuente, F; Torres Arcos, C; Cintas Catena, J; Capitan Morales, L; Oliva Mompean, F; Padillo, J.

Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

Introducción: Varón de 48 años de edad con antecedentes de colitis ulcerosa, con pólipo con displasia de alto grado a 6 cm del margen anal.

Objetivos: Presentamos un caso clínico con una rara complicación de este abordaje quirúrgico.

Material y método: Tras valoración multidisciplinar se decidió abordaje transanal (TAMIS).

Bajo anestesia general se realiza resección de espesor completo, decidiéndose no cerrar el defecto debido al riesgo de estenosis.

Resultados: El primer día postoperatorio el paciente presentó cuadro de fiebre y distensión abdominal decidiéndose tratamiento conservador iniciándose antibioterapia.

Al tercer día postoperatorio, el paciente cursó con tumoración a nivel de región inguinal izquierda, solicitándose TAC abdominal urgente con hallazgos en el mismo de retroneumoperitoneo, aire libre en región preperitoneal inguinal y espacio extraperitoneal. Ante el deterioro del estado general, leucopenia y aumento de la PCR se decidió intervención quirúrgica urgente, realizándose laparoscopia exploradora en la que se evidenció cavidad abdominal sin hallazgos realizándose colostomía lateral y posteriormente acceso al espacio de Retzius y Bogros mediante incisión infraumbilical preperitoneal con salida de abundantes esfacelos y líquido purulento drenando los mismos por contraincisión en región inguinal y flanco izquierdo.

Tras estancia inicial en UCI, el paciente es dado de alta a planta, donde presentó una evolución favorable, normalizándose los parámetros inflamatorios de forma progresiva y siendo dado de alta a los 20 días.

Conclusiones: La escisión por TAMIS representa una alternativa válida para los tumores benignos y los cánceres en estadio Tis-T1 de recto.

Aunque se han descrito algunas complicaciones, generalmente menores, como hemorragia, fiebre, entrada peritoneal con neumoperitoneo etc., la presencia de aire libre en el espacio preperitoneal en región inguinal, así como retro y extraperitoneal es una complicación rara, pero se puede observar en algunos casos, especialmente si se realiza escisión de espesor completo sin cierre del defecto.

Carcinoma epidermoide en el seno de una fístula perianal. Una entidad poco frecuente.

Rodríguez Padilla, Angela; García del Pino, Beatriz; Becerra Gonzalez, Miguel; Candón Vazquez, Juan; Bejarano Gonzalez Serna, Daniel; Escobedo Suarez, Igancio; Beltrán Miranda, Pablo; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: La fístula perianal es una patología frecuente en la población, sin embargo, la transformación maligna de esta es extremadamente rara. Se asocia a inflamación crónica en fístulas perianales de larga evolución.

La patogenia de la malignización es controvertido. Existen diferentes hipótesis en el mecanismo de carcinogénesis. La hiperplasia adenomatosa focal en las glándulas del canal ana y la transformación cancerosa de las células de la mucosa rectal que invaden el trayecto fistuloso son algunas de las teorías.

Clinicamente se caracteriza por fístulas multirecidivadas de larga evolución asociadas a supuración crónica.

Material y método: Varón de 46 años intervenido en varias ocasiones por episodios de abscesos perianales, que consulta por supuración perianal de larga evolución. Última intervención urgente por absceso realizándose drenaje y colocación de sedal.

Resultados: Exploración física: fístula anal posterior tutorizada por sedal. OFE a más de 0,5 cm del margen anal. Tacto rectal se palpa OFI posterior.

Ecografía endoanal: Fístula anal en canal anal alto tutorizada con sedal que abarca esfínter anal externo. Diagnóstico ecográfico: fístula transesfinteriana alta posterior.

El paciente ingresa para tratamiento definitivo de fístula anal compleja.

Intervención quirúrgica: fistulectomía tipo core out y realización de un colgajo de avance de espesor total.

Ante la buena evolución post-operatoria se decide alta domiciliaria y seguimiento en CCEE de Coloproctología.

Examen anatomopatológico: trayecto fistuloso parcialmente recubierto por epitelio escamoso y fibrosis. Foco de carcinoma epidermoide bien diferenciado de 3mm.

Ante estos hallazgos el paciente es remitido a Oncología para completar el tratamiento.

Conclusiones: El carcinoma de células escamosas del canal anal representa el 1-2% de los carcinomas coloanales, siendo aún más infrecuente su aparición sobre una fístula perianal.

La transformación maligna aparece en fístulas de larga evolución previamente asintomáticas que comienzan a presentar dolor, induración, sangrado, drenaje mucinoso o numerosas recidivas.

La presencia de una fístula de larga evolución, ausencia de tumoración en la mucosa anorrectal y que la apertura de la fístula hacia la luz del canal anal o rectal no contenga tejido maligno son criterios a tener en cuenta para confirmar la presencia de un carcinoma epidermoide sobre un trayecto fistuloso perianal.

El tratamiento de elección consiste en exéresis de la lesión asociada a quimio y radioterapia.

Abordaje laparoscópico conservador en diverticulitis aguda complicada

Reyes Moreno, Montserrat. Calzado Baeza, Salvador. Robayo Soto, Paul Sebastian. Plata Pérez, Ignacio. Herrera Fernández, Francisco. Martín Díaz, Manuel. Ferrer García, Juan Guillermo.

Hospital Básico Santa Ana de Motril (Granada)

Introducción: La enfermedad diverticular es una patología frecuente en nuestra población, definiéndose como la herniación de la mucosa colónica a través de puntos de debilidad de la pared intestinal. La inflamación y/o perforación de los divertículos suele provocar un cuadro clínico de urgencia, el cual debe ser diagnosticado y resuelto de forma óptima.

A continuación describimos una serie de dos casos de pacientes afectos de patología diverticular complicada resueltos de forma óptima con tratamiento laparoscópico conservador.

Material y método: Caso clínico nº1: Varón, 53 años, con AP de HBP, acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal en FID irradiado a hipogastrio, intenso, no fiebre, no vómitos. A la exploración dolor abdominal en hipogastrio con signos de peritonismo a dicho nivel. Analítica: leucocitosis con desviación izquierda y aumento de LDH y PCR. Radiografía abdomen: sin hallazgos de interés. ECO/ TAC abdominal: hallazgos compatibles con neumoperitoneo secundario a diverticulitis aguda sigmoidea. Se realiza laparoscopia exploradora, lavado y drenaje de cavidad con buena evolución por lo que se procede al alta al octavo día PO.

Caso clínico nº2: Mujer, 81 años, con AP de depresión, dispepsia, HTA, diverticulosis y colelitiasis. Acude a Urgencias por dolor abdominal intenso en flanco izquierdo. Analítica: PCR elevada, con aumento de PMN. Radiografía de tórax y abdomen: neumoperitoneo. TAC abdominal: pneumoperitoneo masivo compresivo anterior diverticulitis masiva sigmoidea. Quiste renal. Se realiza laparoscopia exploradora con lavado de cavidad y drenaje. Al sexto día PO la paciente es dada de alta con recuperación del tránsito intestinal.

Conclusiones: La enfermedad diverticular es una patología frecuente en nuestra población, siendo de un 30% a los 60 años y un 65% a los 80 años, con ligero predominio sobre el sexo femenino. De ellos el 80-85%, permanece asintomático toda su vida, del 20 % restante, un tercio manifestará complicaciones graves asociada a diverticulitis.

La presentación clínica habitual es de dolor abdominal en cuadrante inferior izquierdo, asociado a fiebre y leucocitosis. Otras manifestaciones más severas son la perforación intestinal, los abscesos intrabdominales o las fístulas con órganos vecinos.

El TAC abdominal es considerada la prueba radiológica de elección, ya que nos permite evaluar el grado de severidad de la lesión así como diferenciarlo de otras patologías o la realización de un drenaje percutáneo de colecciones intrabdominales.

En función del grado de Hickey determinado la terapéutica a aplicar será variable, de forma que aquellos pacientes con estadio precoz pueden ser tratados ambulatoriamente con tratamiento médico, mientras que aquellos pacientes que al diagnost

El abordaje laparoscópico representa una alternativa al ma

nejo quirúrgico tradicional, otorgándosele ventajas como tasas de mortalidad y morbilidad más baja, menor estancia hospitalaria y menor tasa de ostomías.

En un escenario electivo el abordaje laparoscópico, es probablemente, hoy en día el tratamiento ideal, pero en el caso de la cirugía de urgencia aún debe ser individualizado para cada caso y estadio de la patología a tratar.

Íleo biliar y su variabilidad de presentación.

Reyes Moreno, Montserrat. Calzado Baeza, Salvador. Robayo Soto, Paul Sebastian. Plata Pérez, Ignacio. Martín Díaz, Manuel. Ferrer García, Juan Guillermo.

Hospital Básico Santa Ana de Motril (Granada)

Introducción: El íleo biliar es la obstrucción mecánica del intestino delgado o del colon como consecuencia de uno o más cálculos a través de una fístula biliodigestiva. El síndrome de Bouveret, es una forma especial de íleo biliar, consistente en la impactación del cálculo en la zona del píloro o bulbo duodenal, producida por una fístula bilioentérica, generalmente colecistoduodenal y que provoca la obstrucción del vaciamiento gástrico. Afecta, con mayor frecuencia, a mujeres (relación 3:1) de edad avanzada, con enfermedades asociadas y patología biliar previa.

Presentamos cinco casos de íleo biliar con diferentes cuadros clínicos, diagnosticados y tratados en el Hospital Santa Ana de Motril.

Caso clínico: Caso clínico n°1: Mujer, 79 años, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal y vómitos de 48 horas de evolución y signos de deshidratación. Exploración: abdomen distendido, blando, depresible, con molestias difusas a la palpación, sin peritonismo. Analítica: 14800 leucocitos/ml (neutrófilos 84%), urea 139 mg/dL y creatinina 1,1 mg/dL. Radiología abdomen: dilatación de asas de delgado. Tras la reposición hidroelectrolítica se realizó una TC abdominal, observándose marcada dilatación de asas de delgado y aerobilia junto con una imagen de densidad calcio en íleon compatible con íleo biliar. Se realizó laparotomía exploradora encontrando dilatación de asas de delgado y cálculo biliar enclavado en válvula íleocecal que no se consigue propulsar a ciego, por lo que se procedió a una enterotomía con extracción del cálculo y cierre del defecto. El posoperatorio transcurrió sin complicaciones procediendo al alta al 5º día.

Caso clínico n°2: Mujer, 75 años, con antecedentes personales de HTA, ACVA y ulcus gástrico, que consulta en urgencias por cuadro de estreñimiento de 5 días de evolución, vómitos y dolor abdominal generalizado. Exploración clínica: dolor abdominal generalizado, con distensión y timpanismo, principalmente en hemiabdomen superior. Analítica: leucocitosis con desviación izquierda. Rx. abdomen: dilatación cámara gástrica. TC abdomino-pélvico: dilatación gástrica y primera porción duodenal, imagen de litiasis de gran tamaño en segunda porción duodenal, junto a presencia de fístula colecistoduodenal. Tránsito esofagogastroduodenal baritado: dilatación gástrica y bulbo duodenal, vaciamiento enlenteci-

do, paso de contraste a la vesícula biliar compatible con fístula colecistoduodenal.

Se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía, confirmando la distensión gástrica con importante plastrón inflamatorio en área bilioduodenal e identificación de cálculo en primera porción duodenal. Se realiza duodenotomía y extracción del cálculo, no actuando sobre la vesícula biliar y la fístula colecistoentérica.

Caso clínico n°3: Mujer, 78 años, con antecedentes de intervención quirúrgica hace 30 años por tumor intestinal benigno, histerectomía por miomatosis, acude a urgencia por dolor y distensión abdominal con vómitos biliosos. Exploración: Abdomen sin signos de peritonismo, con aumento del peristaltismo. Analítica: Leucos 7, 2 Mil/ul PCR 0,5 mg/L Bilirrubina total 0,6. TAC abdominal: Aerobilia con una fístula colecistoduodenal, cálculo impactado en íleon y asas de delgado dilatadas de forma generalizada con contenido líquido en su interior.

Se realiza laparotomía exploradora hallándose cálculo de 3 cm que ocluye íleon distal que se extrae con enterotomía. El postoperatorio cursa con infección de herida que se resuelve con curas locales y antibióticos. Alta al octavo día postoperatorio.

Caso clínico n°4: Mujer, 74 años, con antecedentes de Carcinoma ductal de mama izquierda hace 12 años, TVP y TEP, acude a urgencia por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho con irradiación a espalda, náuseas y vómitos. Exploración: Dolor en Hipocondrio derecho con Murphy positivo. Analítica destaca: Leucos 13,4 2 Mil/ul Neutrófilos 88%. ECO-TAC abdominal: Vesícula escleroatrófica con gas en su interior. Dilatación gástrica y de asas de intestino delgado hasta íleon donde se evidencia imagen redondeada intraluminal de 2 cm de densidad calcio, compatible con íleo biliar.

Se realizó laparotomía con extracción de cálculo por enterotomía. El postoperatorio evoluciona de manera favorable produciéndose el alta al séptimo día postoperatorio.

Caso clínico n°5: Varón, 82 años, con AP de BAV 1º grado, HTA, HBP e hipotiroidismo, con episodio reciente de colecistitis. Acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal y vómitos, con exploración abdominal sin defensa. Radiología de tórax y abdomen muestran dilatación de asas de ID sin signos de obstrucción. Analítica: leucocitosis, con desviación izquierda y aumento de PCR. TAC abdominal: extensa dilatación gástrica e imagen sospechosa de neumatosis de pared, distensión de asas de delgado hasta el ángulo de Treitz donde se observa lesión cálcica de 18 mm, aerobilia extensa, vesícula de pared engrosada y nivel hidroaéreo.

Se realiza laparotomía exploradora con enterolitotomía. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta al sexto día postoperatorio.

Conclusiones: El íleo biliar es una entidad poco común, más frecuentes en mujeres con una proporción 3,5:1, causando del 1-3% de las obstrucciones no estranguladas de intestino delgado en pacientes menores de 65 años, aumentando hasta el 25% en pacientes mayores de dicha edad. El síndrome de Bouveret es una infrecuente variedad de íleo biliar, caracterizada por la presencia de un cálculo, habitualmente único y mayor de 2-3 cms. de diámetro, en el duodeno. Constituye el 2-3% de los casos de íleo biliar, estando acompañado de la

presencia de una fístula colecistoduodenal o colecistogástrica. Más frecuente en mujeres de edad avanzada con enfermedades sistémicas concomitantes (HTA, obesidad, diabetes mellitus, enf. cardiovasculares, etc.).

La presentación clínica es inespecífica, de obstrucción mecánica, y más de la tercera parte de los pacientes no tiene antecedentes de síntomas biliares. El diagnóstico preoperatorio es ocasional lo que implica un margen significativo de complicaciones y mortalidad entre 12 y 27% secundario a la edad avanzada de los pacientes, las condiciones clínicas, y la alta incidencia de enfermedades concomitantes.

Respecto al diagnóstico, la radiología simple de abdomen es una herramienta clásica en la que se puede apreciar la tríada de Rigler (1941): Aerobilia, visualización del cálculo y dilatación de asas de delgado, siendo diagnóstica en el 23% de los casos. Esta tríada se encuentra con mayor frecuencia en la TC, teniendo una sensibilidad de hasta 93%. La ECO abdominal es otro método de gran utilidad, que combinada con la radiografía simple alcanza una sensibilidad del 74%. En la enfermedad de Bouveret, la gastroscopia es la prueba que más información aporta, al ser diagnóstica y, en ocasiones, terapéutica, aunque hay pocos casos reportados de resolución del cuadro sólo con la endoscopia o con ésta combinada con litotricia extracorpórea.

El tratamiento quirúrgico del íleo biliar puede consistir en una enterotomía y extracción del cálculo o una resección intestinal si hay afectación vascular de la pared. Tema de controversia es añadir en el mismo tiempo la colecistectomía, ya que esta aumenta la morbimortalidad y, si no se realiza, el riesgo de recidiva o complicaciones biliares solo alcanza el 10%.

En el caso del Síndrome de Bouveret, el tratamiento definitivo también es fundamentalmente quirúrgico, abordándose el cálculo mediante pilorotomía y/o gastrostomía y la reparación de la fístula colecistoentérica si fuera factible y no provocase un aumento de la morbilidad.

Hemorragia digestiva alta grave post-CPRE. Tratamiento quirúrgico urgente.

Corrales Valero, Elena; Ramos Muñoz, Francisco; Martos Rojas, Noemí; Monje Salazar, Cristina; Ocaña Wilhelmi, Luis Tomás; Santoyo Santoyo, Julio; Suarez Muñoz, Miguel Ángel

Hospital universitario Virgen de la Victoria

Introducción: La colangioancreatografía endoscópica continúa siendo la técnica con mayor morbimortalidad de la endoscopia digestiva. La incidencia global de complicaciones relacionadas con la CPRE es variable según las series, oscilando entre un 4-16 %, con una mortalidad del 0-1,5 %. La tasa de complicaciones mayores es del 4-5 % (hemorragia, perforación, colangiopancreatitis).

LA hemorragia con repercusión clínica se produce en 0,76-2,3% y puede clasificarse como: Leve; hematemesis o melenas, caída de la Hb > 2gr/dl sin necesidad de transfusión. Moderada; transfusión (4 unidades o menos) sin necesidad de tratamiento angiográfico o quirúrgico. Grave; transfusión

(5 unidades o más), necesidad de tratamiento angiográfico o quirúrgico.

Presentamos un caso de HDA POSTCPRE GRAVE, que requirió de manejo quirúrgico urgente.

Material y metodos: Mujer de 52 años que ingresa de forma urgente con diagnóstico de ictericia obstructiva por coledocolitiasis. Se le realiza CPRE con esfinterotomía y esfinteroplastia, desarrollando en las primeras 24 h una pancreatitis postCPRE con colangitis asociada y vómitos en posos de café, asociado a inestabilidad hemodinámica con caída de hematocrito que requiere Traslado a UCI, trasfusión de concentrados de hematies y realización de EDA urgente, confirmándose el diagnóstico de hemorragia postesfinterotomía grave. En el contexto de inestabilidad hemodinámica y la imposibilidad de tratamiento endoscópico, se descarta realización de angiografía y se decide laparotomía urgente.

Resultados: Se interviene de forma urgente realizando colecistectomía, exploración de la vía biliar que aparece ocupada en su totalidad por molde coledociano hemático que se ramifica hacia la vía biliar intrahepática. Estómago y duodeno hasta su 3º porción con sensación de ocupación. Se realiza duodenotomía donde se aprecia gran coágulo ocupando toda la luz y salida de material hemático y sangrado activo por papila, rezalizándose hemostasia con corona de puntos y lavado de VBP por coledocotomía, extrayendo molde coledociano, tras lo cual se coloca tubo de Kher. Colocación de sonda de yeyunostomía de alimentación.

La paciente evoluciona bien con estabilización clínica y analgésica, siendo dada de alta a los 10 días.

Conclusiones: Un porcentaje importante de sangrados (puede llegar al 50% en algunas series) se producen de forma tardía (> 14 días), siendo subsidiarias de manejo endoscópico.

Sin embargo si se produce de forma precoz, aumenta el riesgo de requerir tratamiento quirúrgico urgente, aumentando la morbilidad del procedimiento.

La terapia inicial que se debe intentar es endoscópica (inyección con adrenalina, Métodos mecánicos como hemoclip, o métodos térmicos: electrocoagulación o argón plasma) y si no es efectiva debe realizarse embolización o cirugía, que solo es necesaria en el 0,5% de los casos.

Vólvulo de ciego como causa infrecuente de obstrucción intestinal.

Reyes Moreno, Montserrat. Calzado Baeza, Salvador. Robayo Soto, Paul Sebastian. Plata Pérez, Ignacio. Herrera Fernández, Francisco. Martín Díaz, Manuel. Ferrer García, Juan Guillermo.

Hospital Básico Santa Ana de Motril (Granada)

Introducción: El vólvulo de ciego es una presentación infrecuente de obstrucción intestinal en el adulto, aproximadamente un 1%, con una clínica variable de debut, desde un cuadro de dolor abdominal agudo hasta un shock séptico. Su manejo terapéutico también es variable, pudiendo optar por un tratamiento médico o quirúrgico en función del caso.

Presentamos una serie de dos casos, diagnosticados y tratados en el Hospital Santa Ana de Motril.

Caso clínico: Caso clínico nº1: Mujer, 27 años, con antecedentes personales de aborto dos meses antes, que acude a urgencias por dolor abdominal súbito en FID y distensión abdominal. A la exploración abdomen distendido, doloroso a la palpación y sensación de masa en flanco derecho. Analítica dentro de la normalidad. En TAC abdominal se objetiva dilatación de todo el marco cólico que está ocupado por abundante gas y contenido fecaloideo, con dilatación de ciego de 10,5 cm. Ante la sospecha de vólvulo de ciego se realiza inicialmente colonoscopia terapéutica, sin éxito, por lo que se decide laparotomía exploradora, confirmando dicha sospecha, apreciándose zonas parcheadas de necrosis intestinal sin presentar perforación en ese momento, por lo que se realiza hemicolectomía derecha.

La paciente evoluciona satisfactoriamente recuperando tránsito intestinal y con buena adaptación a dieta oral progresiva, por lo que fue dada de alta al 6º día PO. La anatomía patológica confirmó nuestro diagnóstico.

Caso clínico nº2: Varón, 72 años, con antecedentes personales de intervención de ambas hernias inguinales y hernia epigástrica birrecidivada, traumatismo torácico severo por accidente de tráfico en 2010 y aneurisma abdominal infrarrenal; que acude a Urgencias por dolor abdominal y estreñimiento de 8 días, no vómitos, no fiebre. Analítica dentro de la normalidad. Radiografía abdomen: gran cámara aérea y miga de pan en vacío izquierdo, luminograma patológico en flanco derecho. El TAC abdominal se informa de asas de ID delgado distendidas de 8,6 cm con signos de neumatosis intraparietal.

Se realiza intervención quirúrgica urgente practicándose laparotomía exploradora identificándose vólvulo de ciego y realizándose hemicolectomía derecha. Al 8º día PO fue dado de alta tras la recuperación de un íleo paralítico postoperatorio.

Discusión: El vólvulo intestinal es la rotación o torsión anómala de un segmento colónico sobre su mesenterio, ocasionando oclusión de la luz, obstrucción y compromiso vascular.

Representa el 1% de los casos de obstrucción en el adulto, pudiendo producirse a cualquier nivel gastrointestinal, siendo por orden de frecuencias más habitual en colon izquierdo (Sigma) (45 a 80%), colon derecho (15%) y por último colon transverso y ángulo esplénico (1-5%). La causa de dicha volubilación a nivel de colon derecho suele ser una malformación congénita.

Entre los factores relacionados con esta patología se encuentran los asociados al consumo de una dieta rica en residuos, el estreñimiento crónico, consumo de laxantes, enfermedad de Chagas, embarazo, etc.

Clínicamente, la sintomatología es muy variada, dolor abdominal tipo cólico, distensión, náuseas y vómitos. Si el cuadro no se resuelve, evolucionará hasta gangrena, perforación de colon, peritonitis y shock séptico, presentando en este punto un aumento muy significativo de la morbimortalidad del paciente, hasta el 40% en los casos evolucionados.

EL diagnóstico de esta entidad puede realizarse mediante radiografía simple de abdomen en la cual se aprecia la típica imagen «en grano de café», pero es el TAC abdominal la prueba más específica. La colonoscopia puede orientarnos sobre la viabilidad de la mucosa intestinal y a la vez constituir la primera línea de tratamiento conservador seguida del enema de bario.

Ante la no respuesta terapéutica con los métodos previamente descritos, el tratamiento quirúrgico suele ser de elección, bien por abordaje laparotómico o laparoscópico.

Tratamiento quirúrgico de la hemorragia digestiva alta en paciente con LNH tipo Burkitt. A propósito de un caso.

Corrales Valero, Elena; Monje Salazar, Cristina Ramos Muñoz, Francisco; Martos Rojas, Noemí; Ocaña Wilhelmi, Luis Tomás; Santoyo Santoyo, Julio; Suárez Muñoz, Miguel Ángel

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: El LB de localización gastrointestinal es infrecuente (0,8-4,9% de todos los LNH del tubo digestivo y suele describirse en adolescentes y adultos jóvenes (representa el tipo más común de LNH infantil, 40-50%). Hasta el 90% de estos tumores en su forma esporádica son intraabdominales. generalmente limitado a la región ileocecal, donde puede manifestarse en forma de dolor abdominal, sangrado oculto o síntomas obstructivos. Sólo en el 10% de los casos el LB involucra estructuras del tracto digestivo superior (estómago y duodeno), en muchas ocasiones de forma tardía, en relación con la extensión de una enfermedad voluminosa (bulky).

Material y métodos: Paciente de 18 años que acude a urgencias por dolor en HCI y epigastrio de 48h, ictericia subconjuntival, edema palpebral y tumefacción tiroidea de unos meses (que había sido atribuida a embarazo, con parto a término hacía 6 meses). AS con perfil de colestasis y ECO abdominal con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática sin observarse causa obstructiva así como asas intestinales de pared engrosada.

En el estudio hospitalario colangio-RNM con sospecha de proceso linfoproliferativo con engrosamiento difuso de paredes gástricas e intestinales; CPRE fallida por friabilidad de los tejidos; EDA donde se toman muestras de biopsia de pliegues engrosados, eritematosos y friables. Dos días después comienza con hematemesis, dolor abdominal y anemia con inestabilidad, traslado a UCI donde se realiza nueva EDA: Sangrado en sábana difuso no controlable mediante técnicas endoscópicas ni angiográficas por lo que se decide intervención urgente.

Resultados: Intervención con hallazgo de múltiples tumores intraluminales en estómago y todo ID. Se realiza gastrotomía anterior en cuerpo gástrico y se localiza zona de mayor sangrado coincidente con lo descrito en EDA, ligadura de gástrica izquierda en curvatura menor y biopsia de una de las lesiones mucosas. Comienzo en menos de 24h con quimioterapia esquema CHOP.

Actualmente se encuentra en seguimiento semestral por oncología, sin evidencia de enfermedad.

Conclusiones: La cirugía está indicada en casos de obstrucción o hemorragia no controlable y que inestabilice al paciente como en este caso, sin embargo la indicación del tratamiento quirúrgico en el linfoma de Burkitt no está claramente definida ya que más de 60% de los pacientes en estadio

avanzado están sin enfermedad a los 5 años con tratamiento QT intensivo.

Abordaje laparoscópico de la hernia inguinal en régimen de CMA. Experiencia inicial en nuestro centro.

Rodríguez Padilla, Angela; García del Pino, Beatriz; Escobesa Suarez, Ignacio; Martínez Mojarro, Rocio; Cándón Vazquez, Juan; Perea Sanchez, María Jose; Becerra Gonzalez, Miguel; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: Las técnicas de hernioplastia sin tensión y el abordaje laparoscópico de la hernia inguinal han logrado reducir el dolor postoperatorio y proporcionar una movilidad más precoz, con bajas tasas de complicaciones, lo que ha hecho cambiar el planteamiento previo respecto de la hernia inguinal en casos seleccionados.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo descriptivo de las hernias inguinales intervenidas mediante abordaje laparoscópico en nuestro centro de Cirugía Mayor Ambulatoria-corta estancia durante el periodo de los años 2013-2014. Se analizan variables sociodemográficas, aspectos quirúrgicos, estancia, complicaciones, dolor postoperatorio y recidiva durante el periodo de seguimiento, realizando el análisis estadístico con SPSS vs 21.

Resultados: Desde el inicio del abordaje laparoscópico en régimen de CMA para el tratamiento de la hernia inguinal se han intervenido un total de 719 pacientes, de los cuales en 23 se practicó abordaje laparoscópico.

Presentamos una serie de 23 pacientes con hernia inguinal (6 del lado derecho, 5 del izquierdo y 12 hernias bilaterales). Fueron 21 varones y 2 mujeres, con una edad media de 53 años (intervalo de 30-75 años). De ellos 9 pacientes tenía ASA I y 14 ASA II. La técnica quirúrgica de elección fue TEP en 21 pacientes y TAPP en 2 pacientes. Se utilizó malla de polipropileno en 16 pacientes (6 de ellas de bajo peso), PTFe en un caso, y titanio en 6; con un tiempo quirúrgico medio de 60 minutos (intervalo 40-90 minutos).

De los 23 pacientes, 9 se intervinieron de forma ambulatoria y 14 precisaron hospitalización durante 24 horas. Como complicaciones inmediatas destacan un hematoma de la herida quirúrgica y un edema escrotal, ambos resueltos con tratamiento conservador. No se presentó ningún caso de reintervención, reingreso, complicaciones tardías ni dolor postoperatorio inmediato. Tras un seguimiento medio de 10 meses (intervalo 4-24 meses), uno de los pacientes presentó dolor crónico que precisó infiltración. En este periodo no registramos ningún caso de recidiva herniaria.

Conclusiones: Según nuestra experiencia inicial y acorde con la bibliografía publicada concluimos que la cirugía laparoscópica de la hernia inguinal en régimen de CMA o Corta estancia es una alternativa válida, segura, eficaz y eficiente previa protocolización y sistematización de los procedimientos y una selección adecuada de los pacientes.

La TEP ha demostrado que aporta un claro beneficio para los pacientes que son intervenidos de hernia inguinal bilateral,

permite corregir ambos lados con un único acceso, produce menos dolor, deambulación más precoz, rápida recuperación física y reincorporación sociolaboral.

Rotura espontánea de bazo metastásico como causa de hemoperitoneo atraumático.

Gómez Pérez, Rocío; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Rivera Castellano, Javier, Hernández González, Jose Manuel; Sanchez Barrón, María Teresa, Cuba Castro, Jose Luis; Suarez Muñoz, Miguel Angel, Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La rotura espontánea de bazo verdadera según los criterios de Orloff y Peskin descritos en 1958 suponen solo un 7% de los casos, según la revisión publicada por Renzulli et al. El otro 93% se corresponde con roturas espontáneas de bazo patológicas por causas neoplásicas (30,3%), infecciosas (27,3%), inflamatorias no infecciosas (20%), drogas o iatrogénicas (9,2%) o mecánicas (6,8%). Dentro de las neoplásicas la mayoría de los casos se relacionan con enfermedades hematológicas (linfoproliferativas, mieloproliferativas o coagulopatías). Es menos frecuente que la rotura sea secundaria a metástasis de tumores sólidos, en cuyo caso los más frecuentes son el cáncer de mama, pulmón, colon, ovario y el melanoma cutáneo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 75 años fumador y bebedor, en seguimiento por aneurisma de aorta abdominal, femoral común derecha y estenosis arteria femoral superficial distal. El paciente acude tras abandonar otro centro de forma voluntaria tras 48h de ingreso con diagnóstico de una supuesta pancreatitis aguda de origen no filiada. A la exploración se encontraba con dolor abdominal intenso y defensa involuntaria. Análiticamente destacan 12000 leucocitos con neutrofilia, hemoglobina en 11,5gr/dl, PTact 57,3%, amilasa 729. El paciente fue ingresado a cargo del servicio de Digestivo. A las 24h del ingreso presentó un deterioro del estado general con mayor dolor abdominal y peritonismo. Se realizó TAC abdomino-pélvico en el que se objetivó páncreas pseudonodular con dudosa lesión en cabeza y cola en relación a hilio esplénico. Dudosa trombosis de la vena esplénica y rotura esplénica con líquido libre. Se practicó una laparotomía de urgencia, llevándose a cabo una esplenectomía con resección de cola páncreas.

Resultados: Los resultados anatomopatológicos informaron de metástasis de carcinoma neuroendocrino compatible con origen en pulmón (positividad para TTF-1 y Sinaptofisina y focalmente positivo para cromogranina) tanto en bazo como en la cola del páncreas. Nos pusimos en contacto con el paciente para completar el estudio.

Conclusiones: La rotura esplénica espontánea es una entidad potencialmente mortal si se demora el diagnóstico y/o tratamiento, por lo que debe estar presente en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo. Es importante filiar el origen de dicha rotura espontánea. La incidencia de metástasis de neoplasias sólidas en bazo es solo de un 0-26% según lo recogido en la literatura publicada. Tradicionalmente se ha justificado estaba baja incidencia de metástasis en bazo por su

alta población de células inmunes y la producción de factores inhibidores de angiogénesis. Además de la laparotomía urgente para control de la hemorragia y esplenectomía, también se puede plantear el manejo conservador o la embolización arterial en los casos en que la estabilidad hemodinámica lo permita. La mortalidad de la rotura esplénica espontánea por causas benignas se encuentra en torno al 5% frente al 30% cuando se trata de causas malignas.

Laparoscopia en perforación intestinal por espina de pescado. A propósito de un caso

Corrales Valero, Elena; Ramos Muñoz, Francisco; Rivas Becerra, Jose; Cuba Castro, Jose Luis; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Suarez Muñoz, Miguel Angel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: Las perforaciones intestinales por espinas de pescado son muy poco frecuentes, pese a que la ingestión de cuerpos extraños es habitual, Solo menos del 1% provoca una perforación intestinal y suele tratarse de objetos alargados y afilados, como palillos de dientes, espinas, huesos de pollo o agujas, entre otros. Son más frecuentes en aquellos segmentos con una angulación cerrada, como el píloro, el ángulo de Treitz, el íleon distal y la unión rectosigmoidea.

Material y métodos: Mujer de 80a que acude por abdomen agudo, fiebre y dolor en fosa ilíaca izquierda, asociado a leucocitosis con desviación izquiérda.

Ante la sospecha de diverticulitis aguda se solicita TAC abdominal, donde se aprecia colección intraabdominal abcesificada compatible con diverticulitis aguda complicada grado III de Hinchey.

Debido al empeoramiento clínico y analítico en el control realizado y a la persistencia de la defensa abdominal, junto con la duda diagnóstica, se realiza laparoscopia urgente para drenaje de la colección.

Resultados: Se realiza laparoscopia exploradora donde se evidencia plastrón inflamatorio de asas intestinales con material purulento y perforación puntiforme por cuerpo extraño que se encuentra en el momento de la laparoscopia atravesando pared intestinal, resultando al extraerlo una espina. Se realiza un cierre simple de la perforación y epiploplastia. Lavado de cavidad y colocación de drenajes, descartando el cuadro de diverticulitis aguda.

La paciente evolucionó de forma satisfactoria tras la intervención.

Conclusiones: Es frecuente que el diagnóstico de perforación intestinal por espina de pescado se confunda con enfermedades más comunes, como la apendicitis aguda o la diverticulitis aguda, y no se haga la asociación causal por el tiempo que normalmente transcurre desde la ingestión hasta la aparición de los síntomas, que suelen ser inespecíficos.

En general, su pronóstico es malo pues la evolución con el tratamiento antibiótico es tórpida, las complicaciones son frecuentes y la mortalidad se agrava por el tiempo que transcurre antes del diagnóstico acertado.

Abordaje laparoscópico de la eventración en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria. Experiencia inicial en nuestro centro.

Morales Martín, German; Gonzalez Benjumea, Paz; Martín García de Arbolea, Rocio; Perea Sánchez, Maria Jose; Escobedo Suarez, Ignacio; Bejarano Gonzalez Serna, Daniel; Becerra Gonzalez, Miguel; Balongo García, Rafael
Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: La reparación de la hernia ventral laparoscópica es una técnica emergente con el potencial de reemplazar a la reparación abierta. La seguridad y la eficacia de la reparación laparoscópica de las eventraciones en comparación con la reparación abierta es incierta debido a la falta de alto nivel de evidencia comparativa.

Material y método: Estudio retrospectivo descriptivo de eventraciones intervenidas mediante abordaje laparoscópico en nuestro centro de Cirugía Mayor Ambulatoria-corta estancia durante el 2013-2014. Se analizan variables sociodemográficas, aspectos quirúrgicos, estancia, complicaciones, dolor postoperatorio y recidiva durante el periodo de seguimiento, realizando el análisis estadístico con SPSS vs 21.

Resultados: Desde el inicio del abordaje laparoscópico en régimen de CMA para el tratamiento de la eventración se han intervenido un total de 227 pacientes, de los cuales 58 fueron abordajes laparoscópicos.

Presentamos una serie de 58 pacientes, 20 varones y 38 mujeres, con una edad media 56 años (intervalo 25-82años). Quince pacientes con ASAI, 41 ASAII y 2 con ASAIII. Diámetro medio del anillo de 5 cm (intervalo 2-10 cm). Catorce de las eventraciones eran recidivadas.

En cuanto a la intervención previa, 4 eventraciones tras apendicectomía (2 McBurney, 2 trocar umbilical), 7 laparotomías media infraumbilical (4 histerectomías, 3 cesáreas), 5 subcostales (3 colecistectomías abiertas, 2 hemicolecotomías derecha), 2 suprapúbicas por sigmoidectomía, 11 hernias umbilicales, 7 laparotomías media supraumbilical (4 perforaciones, 3 hernia de hiato), 4 lumbotomías por nefrectomías, 8 eventraciones del trocar umbilical (6 colecistectomía laparoscópica, 2 nefrectomías laparoscópicas), 8 eventraciones del trocar epigástrico (colecistectomía laparoscópica).

En todas se realizó eventroplastia laparoscópica, 24 con malla PTFe, y 34 con malla de polipropileno de bajo peso, con un tiempo quirúrgico medio de 55 minutos (intervalo 30-120 minutos).

Precisaron ingreso durante 24 horas 46 de los pacientes, siendo los otros 12 ambulatorios. Como complicación en el postoperatorio inmediato un paciente presentó sangrado a través de un trocar resuleto mediante punto simple y compresión y 8 presentaron seromas resueltos mediante tratamiento conservador.

Tras un seguimiento medio 10 meses (intervalo 3-22 meses), no registramos ningún caso de reintervención, reingreso, recidiva, complicaciones tardías ni dolor postoperatorio inmediato. Tan solo uno de los pacientes presentó dolor crónico en relación al material de fijación.

Conclusiones: La reparación de la hernia incisional laparoscópica ofrece un mejor enfoque que la reparación por vía abierta según los estudios revisados, ya que no requiere

una extensa disección del tejido subcutáneo y colocación de drenajes. El riesgo de infección es menor, al igual que la tasa global de complicaciones, con menor dolor postoperatorio y estancia hospitalaria más corta. La colocación de la malla en la capa interna de la pared abdominal (por debajo del peritoneo) parece ser el método más fisiológico de reparación de la hernia, ofreciendo menores tasas de recidivas.

Neumoperitoneo asintomático: importancia de un adecuado manejo clínico.

Reyes Moreno, Montserrat. Robayo Soto, Paul Sebastian. Calzado Baeza, Salvador. Plata Pérez, Ignacio. Martín Díaz, Manuel. Ferrer García, Juan Guillermo.

Hospital Básico Santa Ana de Motril (Granada)

Introducción: La presencia de aire libre en la cavidad abdominal generalmente implica la perforación de víscera hueca y como consecuencia de ello, una cirugía urgente. Sin embargo, a partir de la década del 50, se han descrito casos de neumoperitoneo sin ningún tipo de lesión intraabdominal aparente. Estos cuadros infrecuentes en la práctica médica diaria se han denominado neumoperitoneo espontáneo, benigno, idiopático o no quirúrgico. En ocasiones son producidos por patología extraabdominal, ocasionando una intervención quirúrgica innecesaria.

A continuación describimos un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril.

Caso clínico: Varón, 71 años, con AP de HTA, DM II, ACV, Insuficiencia cardíaca con FA, cardiopatía isquémica, neoplasia de próstata con tratamiento RT previo. Acude a Urgencias por cuadro de dolor torácico de dos horas de evolución, de características opresivas. En estudio radiológico se identifica neumoperitoneo, el paciente se encuentra asintomático desde el punto de vista abdominal. Analítica con leucocitosis, con desviación izquierda, elevación de la glucemia. TAC abdominal: importante neumoperitoneo con numerosas burbujas de aire en la grasa peritoneal, más numerosas en hemiabdomen superior. Numerosos divertículos por todo el marco cólico y sigma pero sin afectación de la grasa pericólica. No evidencia de líquido libre intraabdominal.

Dada la situación clínica del paciente se decide actitud conservadora, con ingreso por parte de Medicina Interna para control de descompensación cardíaca, el paciente es dado de alta por nuestra parte a los 15 días del ingreso.

Conclusiones: El hallazgo de una imagen radiológica sugestiva de neumoperitoneo habitualmente es una indicación quirúrgica de urgencia, pero no hay que olvidar que en algunos casos, poco frecuentes, no se asocia a signos peritoneales ni a enfermedades localizadas intraabdominales, pudiendo estar frente a un cuadro de neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico, en general no se detecta la causa o se debe a patología abdominal no quirúrgica o extraabdominal.

Las causas etiológicas pueden deberse a patología torácica, abdominal o del tracto genital femenino. Las de origen torácico se han descrito asociados a neumotórax, neumomediastino, neumonía, tuberculosis, asma, enfisema bulloso, car-

cinoma pulmonar, luego de maniobras de reanimación cardiopulmonar o por barotrauma asociado a ventilación mecánica.

Las de origen abdominales se deben en general a neumatosiis quística intestinal, entidad poco frecuente, que se caracteriza por la existencia de quistes de contenido aéreo a nivel de la submucosa o subserosa del sistema gastrointestinal; su localización más frecuente es a nivel de intestino delgado con predominio del sexo masculino.

Su etiología y el mecanismo de formación no se conocen por completo, pero se ha propuesto una teoría mecánica y otra bacteriana. Son más frecuentes, las formas de presentación secundarias asociadas a inmunosupresión (corticoides, quimioterapia), isquemia intestinal, enfermedad de Crohn, infección por CMV o rotavirus, colonoscopia.

Los pacientes pueden estar completamente asintomáticos o presentar síntomas clínicos que se asemejan al colon irritable. El diagnóstico suele ser dificultoso, comenzando los estudios con una radiografía de abdomen que a menudo detecta las formaciones quísticas llenas de gas, siguiendo con la tomografía axial computarizada y finalmente la colonoscopia, que es el método diagnóstico de elección.

Otras causas abdominales de neumoperitoneo no quirúrgico son los divertículos o procedimientos endoscópicos.

La importancia de esta entidad poco frecuente radica en poder tratar en forma conservadora aquellos casos en el que el paciente se encuentra clínicamente estable, con una gasometría arterial normal y un examen físico sin particularidades, evitando de esta forma una cirugía innecesaria.

Divertículo de Meckel como causa de hemorragia digestiva baja. A propósito de un caso

Corrales Valero, Elena; Ramos Muñoz, Francisco; Fernandez García, Francisco Javier; Monje Salazar, Cristina; Martos Rojas, Noemí; Satoyo Santoyo, Julio; Suarez Muñoz Miguel Ángel

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: El divertículo de Meckel constituye la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, presentándose en el 2% de la población. Constituye una expresión morfológica de la persistencia del conducto onfalomesentérico. Presenta de mucosa gástrica en el 50-75% de los casos sintomáticos y tejido pancreático entre el 25%. Las formas de presentación más frecuentes son hemorragia u obstrucción intestinal

Material y método: Paciente de 17 años que acude a urgencias por episodio de melenas el día previo seguido de episodios de rectorragia que produce debilidad y síncope. Antecedente de toma de Amoxicilina-C aunque niega diarrea ni otra sintomatología previa. Anemización de dos puntos en el transcurso de varias horas. EDA sin hallazgos y EDB con restos hemáticos hasta ciego sin evidenciar punto sangrante.

Se realiza AngioTAC y en fase arterial se observa estructura tubular dependiente de íleon distal con engrosamiento mural circunferencial e hiperdensidad intraluminal. Hallazgos compatibles con divertículo de Meckel con sangrado agudo contenido aparentemente no activo.

Resultados: Debido a la persistencia del sangrado junto con el descenso de Hb, así como la sospecha clínica de divertículo de Meckel se decide intervención urgente.

Como hallazgo se encuentra divertículo de Meckel dependiente de íleon distal, con signos de sangrado antiguo. Se realiza resección intestinal de segmento de íleon con anastomosis mecánica laterolateral. Buena evolución postquirúrgica, precisando trasfusión de dos concentrados de hematies con posterior estabilización analítica y buena recuperación clínica.

Conclusiones: La hemorragia suele presentarse de forma episódica e indolora, siendo poco frecuente la rectorragia masiva. El tratamiento del divertículo sintomático de Meckel se basa en la intervención quirúrgica inmediata con resección del divertículo o del segmento intestinal (como fue nuestro caso) indicado para los pacientes con hemorragia, puesto que el foco sangrante suele residir en la unión del divertículo con el íleon.

Experiencia en nuestro centro del uso de la analgesia epidural para el control del dolor postoperatorio en Cirugía Colorrectal.

Gonzalez Benjumea, Paz; Morales Martín, German; Perea Sanchez, María Jose; Martín García de Arboleya, Rocío; Becerra Gonzalez, Miguel; Beltrán Miranda, Pablo; Candón Vazquez, Juan; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: La analgesia epidural tiene efectos en la reducción de la incidencia y gravedad de los trastornos fisiológicos que ocasiona el dolor agudo, produciendo mejoras en la capacidad funcional, la función cardiovascular y gastrointestinal, y reduciendo la morbilidad pulmonar, ya que al proporcionar una mejor analgesia, disminuye la respuesta quirúrgica al estrés.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo que analiza el control del dolor mediante analgesia epidural en los paciente intervenidos de cáncer colorrectal en la Unidad de Coloproctología de nuestro centro entre Enero de 2014 y Diciembre de 2014. Dentro de las variables analizadas se incluyen el dolor postoperatorio a las 24 y 48 horas de la intervención según la EVA y la necesidad de analgesia complementaria y de rescate.

Resultados: Serie de 75 pacientes, 41 hombres y 34 mujeres, con edad media de 67,39 años (DS \pm 10,33) (mediana 69) a los que se administró analgesia epidural tras cirugía oncológica colorrectal. El 1,3% (n=1) presentaba un ASA I, el 41,3% (n=31) ASA II y el 57,3% (n=43) ASA III. Todos los pacientes (n=75) son intervenidos bajo anestesia combinada (general + locoregional) y se administra analgesia a través de un catéter epidural lumbar. El 50,7% (n=34) recibieron ropivacaina, un 43,3% (n=29) ropivacaina asociado a cloruro mórfico y el 6% restante (n=4) ropivacaina asociada a fentanilo. En cuanto al tipo de perfusión, el 68% (n=51) continua más PCA y el 30% (n=23) perfusión continua exclusivamente.

A las 24 horas el 66,7% presenta dolor leve (EVA<4), el 25% dolor moderado (EVA 4-6) y el 8,3% dolor intenso (EVA>6), siendo EVA=3 el valor más repetido con una frecuencia del

22,2%. A las 48 horas el 72% presenta dolor leve (EVA<4), el 21,7% dolor moderado (EVA 4-6) y el 5,8% dolor intenso (EVA>6), siendo EVA=2 el valor más repetido con una frecuencia del 24,6%.

El 92% (n=69) recibieron analgesia complementaria durante las 48h en las que se les administró analgesia epidural.

De estos 69 pacientes, al 72,47% se le administró analgesia complementaria pautada y al 27,53% analgesia de rescate. El 8% no recibió ningún tipo de analgesia complementaria.

En cuanto a los efectos adversos, se presentó sedación en un 13,3% de los casos, náuseas en el 9,3%, vómitos en un 14,7% y bloqueo motor en 34,7% de los pacientes.

Discusión: El dolor postoperatorio es multifactorial. La asociación de analgesia epidural (anestésicos locales y bajas dosis de opiáceos) con AINE y paracetamol, son fundamentales.

La eficacia dependerá de su manejo específico. Factores influyentes son el tipo de analgésico utilizado (los opioides proporcionan analgesia, pero los efectos fisiológicos son más ventajosos para los anestésicos locales), la concordancia de la localización con el dermatoma de la incisión quirúrgica, la duración de la analgesia epidural (retirada precoz disminuye sus efectos beneficiosos) y su uso como parte de una técnica multimodal.

Según nuestra experiencia y acorde con la bibliografía existente podemos decir que la analgesia epidural es un buen método para el control del dolor postoperatorio de la cirugía oncológica colorrectal.

Hernia de Amyand: apendicitis aguda en el interior del saco herniario inguinal

Morales Martín, Germán; Rodríguez Padilla, Ángela; Becerra González, Miguel; Escrotesca Suárez, Ignacio; Candón Vázquez, Juan; Bejarano González Serna, Daniel; Perea Sánchez, María José; Balongo García Rafael.

Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

Introducción: La hernia inguinal es quizás la patología quirúrgica más frecuente para el cirujano general; sin embargo, algunas veces la presentación clínica de esta enfermedad tiene algunas variables poco comunes, como es el caso de la hernia de Amyand. Se trata de una entidad clínica poco frecuente de la hernia inguinal y se asocia con la presencia del apéndice cecal dentro del saco peritoneal, el apéndice puede estar o no inflamado. La bibliografía mundial señala alrededor de 1% de prevalencia de esta condición y alrededor de 0,13% de apendicitis y hernia inguinal.

Objetivos: El objetivo de nuestra comunicación es presentar un caso de hernia de Amyand, en virtud de su baja prevalencia así como revisar las estrategias de corrección quirúrgica

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 56 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por tumoración inguinal derecha de meses de evolución, muy dolorosa, parcialmente reducible y de consistencia pétreo a la palpación. La exploración abdominal era anodina. Se acompaña de náuseas y vómitos. El tránsito intestinal estaba conservado. En el hemograma presentaba una discreta leucocitosis con neutrofilia. En la

bioquímica PCR 3 con LDH 333. Ante la exploración y los hallazgos analíticos se decide intervención quirúrgica urgente

Resultados: Se realiza un abordaje anterior de la hernia inguinal, hallando una dilatación del orificio inguinal profundo, con un saco herniario engrosado, con contenido de apéndice cecal, adherencias y parte del ciego. El apéndice cecal mostraba signos de apendicitis aguda incipiente, por lo que se decide realizar apendicectomía con invaginación del muñón apendicular en bolsa de tabaco, resección parcial del saco herniario e invaginación del mismo. Finalmente se optó por reparación del defecto mediante hernioplastia inguinal con malla de polipropileno según técnica de Liechtenstein. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, siendo dado de alta a los 3 días de la intervención y completando ciclo antibiótico durante 7 días. No se presentaron complicaciones durante el seguimiento postoperatorio.

Conclusiones: La prevalencia de la Hernia de Amyand es baja, la presentación de hernia inguinal asociada a cuadro clínico de apendicitis es aún menos frecuente (0,10% a 0,15%), cuando se detecta esta última condición, se obliga a resolver el cuadro agudo de apendicitis como prioridad quirúrgica y en segundo término el defecto de pared. La utilización de material protésico para la reparación de hernia inguinal de manera simultánea a la realización de apendicectomía es controvertido por el riesgo alto de infección de tejidos blandos y otro tipo de complicaciones.

Enfermedad de Castleman retroperitoneal sintomática.

José Luis Díez Vigil, Andrea Molina Raya, María Jesús Álvarez Martínez, Ana García Navarro, José Antonio Jiménez Ríos

Hospital Complejo hospitalario universitario de Granada

Introducción: La Enfermedad de Castleman (EC) se trata de un proceso linfoproliferativo ganglionar no neoplásico de etiología desconocida que se caracteriza por un importante crecimiento de los ganglios linfáticos.

Consta de dos formas claramente diferenciadas tanto en la extensión de la enfermedad, como en la histología y el pronóstico de las mismas. La EC unicéntrica es más frecuente en pacientes inmunocompetentes y tiene buen pronóstico; se suele localizar en mediastino en el 70% de los casos, siendo infrecuente la localización retroperitoneal (11%); suele ser asintomática. La forma difusa o EC multicéntrica, está asociada con un peor pronóstico y aparece en pacientes inmunodeprimidos.

Objetivos: Presentamos un caso infrecuente de E. de Castleman localizada retroperitoneal que debutó clínicamente por un cuadro de dolor lumbar irradiado a miembro inferior

Material y método: Paciente mujer de 24 años sin antecedentes personales de interés que consultó por dolor lumbar izquierdo de 6 meses de evolución, ocasionalmente irradiado hacia MII por la cara lateral de muslo. Dicho dolor se incrementaba con la actividad física y mejoraba con el reposo. En las últimas semanas además asociaba cojera.

Resonancia magnética: Masa en el espacio retroperitoneal

de unos 8cm de diámetro máximo cráneo-caudal, que se sitúa anteriormente a columna lumbar centrada sobre L5 y en relación con el psoas iliaco izquierdo. De bordes bien definidos. Compatible con paraganglioma u otras tumoraciones benignas de origen neurogénico como primera posibilidad diagnóstica.

TAC Abdómino pélvico con contraste: Masa retroperitoneal paravertebral izquierda a la altura de L5-S1 por detrás del músculo psoas izquierdo al cual desplaza anteriormente. Tiene unas dimensiones aproximadas de 7,9cmx 4,3 x 5,4. Los hallazgos son compatibles con tumor retroperitoneal probablemente primario y dado el patrón de realce de contraste y las calcificaciones podría corresponder a un paraganglioma sin poder descartar otro tipo de tumor neurogénico.

Con el diagnóstico probable de paraganglioma y dada la sintomatología de la paciente se decidió intervención quirúrgica evidenciando la existencia de la tumoración retroperitoneal izquierda y paravertebral, que se extendía desde la bifurcación aórtica hasta el conducto inguinal. Limitada medial y anteriormente por los vasos ilíacos y el uréter izquierdo. En íntima relación en su pared posterior con el nervio femoral homolateral. Se extirpó en bloque junto con linfadenectomía, respetando las estructuras vasculonerviosas circundantes.

Anatomía patológica: Hiperplasia angiofoliolar linfoide (Enfermedad de Castleman de tipo hialino vascular).

Resultados: Postoperatorio adecuado con desaparición del dolor y mejoría funcional. Alta al 2º día postoperatorio y en remisión completa clínica y radiológica (RNM-TAC) tras tres años de seguimiento.

Conclusiones: Aunque la enfermedad de Castleman localizada suele ser asintomática y se suele diagnosticar de forma casual, no fue así nuestro caso que debutó con dolor lumbar irradiado, provocado por efecto masa. Los signos radiológicos (TAC, RNM) son inespecíficos siendo difícil el diagnóstico diferencial preoperatorio con otros tumores retroperitoneales, en especial los sarcomas. EL diagnóstico definitivo se establece tras la extirpación completa de la tumoración que por otra parte constituye el tratamiento de elección de estos casos de EC localizada.

Rotura esofágica por sonda de Sengstaken-Blakemore

José Luis Díez Vigil, Mireia Domínguez Bastante, María Jesús Álvarez Martínez, Ana García Navarro, José Antonio Jiménez Ríos

Hospital Complejo hospitalario universitario de Granada

Introducción: La perforación del esófago es una de las complicaciones potenciales de la instrumentación esofágica, especialmente cuando ésta se realiza con fines terapéuticos. El sitio más habitual de rotura es el esófago cervical en la unión faringoesofágica. A veces, la sintomatología es muy poco específica, razón por la que debemos sospecharla en cualquier paciente con dolor torácico de inicio súbito y antecedente de instrumentación esofágica unas horas antes.

Objetivos: Abordar la actitud ante una perforación esofágica, cuadro de difícil manejo y evolución fatal.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 71 años, que presentaba como antecedentes de interés, el uso de sintrom por un cuadro de fibrilación auricular.

La paciente acudió a urgencias por cuadros de hematemesis de repetición de un día de evolución. A su llegada a urgencias la paciente presentaba una importante inestabilidad hemodinámica e impresionaba de gravedad, por lo que se trasladó a la unidad de cuidados intensivos.

Se le realizó una endoscopia digestiva alta de urgencia, previa intubación orotraqueal para aislar la vía aérea, que mostró un importante sangrado en jet a nivel subcardial. Se intentó esclerosis farmacológica de forma infructuosa en varias ocasiones, y dada la inestabilidad de la paciente, se le colocó una sonda de Sengstaken-Blakemore, con la cual cedió el sangrado y se consiguió estabilizar algo la gravedad del cuadro.

Pasadas unas doce horas del procedimiento, la paciente comienza con un importante empeoramiento del patrón respiratorio, motivo por el que se le realiza una escáner torácico, que evidencia la presencia de una perforación esofágica en el tercio distal, asociada a una neumonitis por aspiración asociada, que la hizo entrar en shock séptico. Ante esta situación se decide llevar a quirófano. Se accede mediante toracotomía izquierda, visualizando una perforación longitudinal del esófago torácico medio e inferior de unos 11 cm, desde el borde del cayado de la aorta hasta 1 cm por encima del diafragma.

Se realiza sutura primaria de la misma, lavado de la cavidad y revisión de la hemostasia, con colocación de esponja de colágeno con fibrina y trombina (TachoSIL) sobre la sutura. Se dejó un drenaje torácico.

Resultados: La paciente tras varios días en la unidad de cuidados intensivos, evolucionó satisfactoriamente. Fue dada de alta a los 30 días de ingreso hospitalario.

Conclusiones: Las características de los tejidos que rodean el esófago facilitan la diseminación rápida de la infección, lo que convierte a la perforación en una complicación muy grave y potencialmente fatal que exige un diagnóstico temprano.

El tratamiento depende del tipo de rotura y de la situación clínica del paciente.

Sarcoma silente mutilante

José Luis Díez Vigil, Carmen Ferrer, Andrea Vilchez Rabelo, María Jesús Alvarez, Ana García Navarro, José Antonio Jiménez Ríos

Hospital Complejo hospitalario universitario de Granada

Introducción: Los sarcomas son tumores relativamente raros, suponen el 1% del total de tumores malignos. Su malignidad depende de su extirpe histopatológica. La mayoría de casos no se asocian a factores predisponentes. La forma de presentación más habitual es la aparición de una tumoración, indolora y que crece rápidamente.

Objetivos: Destacar la importancia de la una buena anamnesis y exploración física para orientar y filiar este tipo de casos de presentación tan anodina y evolución fatal.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 29 años, que venía presentando desde hacía un año y medio, un

cuadro de lumbalgia refractaria a tratamiento farmacológico y rehabilitador.

Había sido sometida a dos resonancias magnéticas prescritas tanto por Neurocirugía como por Traumatología, una de rodilla y otra de la zona lumbosacra, las cuales descartaban cualquier patología de origen radicular.

La paciente presentaba ya una impotencia funcional casi total de la pierna derecha, la cual le había relegado a una silla de ruedas.

De forma concomitante presentó un cuadro de metrorragia, motivo por el que acudió a urgencias de Ginecología, donde al realizarle una ecografía abdominal, detectaron una tumoración abdominal de significado incierto, que se palpaba a nivel inguinal por lo que fue derivada para valoración por Cirugía General para descartar posible hernia crural.

Vista por Cirugía General, se descarta patología herniaria, pero dadas las características de la tumoración y su evolución se decide solicitar estudio de imagen urgente.

Resultados: -TAC abdomino-pélvico: Tumoración extraperitoneal a nivel de músculo psoas derecho de 10x10x16 cm que rechaza los vasos ilíacos y se extiende hacia el canal inguinal.

PET-TAC: Probable sarcoma retroperitoneal hemipélvico derecho. No otras captaciones.

RMN pelvis: Masa en fosa iliaca derecha, que surge en músculo psoas. Ganglios adyacentes y retroperitoneales con criterios morfológicos de infiltración.

DOPPLER venoso miembro inferior derecho: Trombosis oclusiva de la vena femoral derecha.

Punción aspiración con aguja fina: sarcoma pleomórfico

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: exéresis en bloque de la tumoración englobando el músculo psoas derecho, peritoneo en su cara antero-medial, nervio femoral y vena hipogástrica.

ANATOMÍA PATOLÓGICA: Liposarcoma que ha evolucionado a sarcoma pleomórfico.

La paciente actualmente se encuentra en tratamiento rehabilitador dadas las enormes secuelas del tumor, y en seguimiento por Oncología.

Conclusiones: La persistencia de una sintomatología no controlable debe ponernos alerta. Un buen examen físico y una adecuada exploración radiológica pueden orientarnos al diagnóstico. Un minucioso tratamiento quirúrgico inicial es fundamental para el devenir de la enfermedad.

Amiloidosis intestinal aislada. Un caso infrecuente.

José Luis Díez Vigil, Ana Vico, Andrea Vilchez Rabelo, María Jesús Alvarez, Ana García Navarro, José Antonio Jiménez Ríos

Hospital Complejo hospitalario universitario de Granada

Introducción: La amiloidosis es una entidad poco frecuente de etiología desconocida, que se caracteriza por el depósito de sustancia amiloide (cadenas ligeras de inmunoglobulinas) en los espacios extracelulares de diversos órganos y tejidos, condicionando alteraciones funcionales y estructurales según la localización la cantidad acumulada.

Es frecuente la afectación del tracto digestivo como parte

de una enfermedad sistémica, pero es rara la afectación aislada del mismo.

Objetivos: Describir un caso infrecuente de amiloidosis intestinal con el fin de aumentar el conocimiento de las enfermedades sistémicas en el tracto digestivo.

Material y método: Se describe el caso de una paciente de 77 años, sin antecedentes médicos de interés, que comenzó con cuadros de mucositis severas.

La paciente precisó ingreso en la unidad de Cuidados Intensivos dado la persistencia de los cuadros de sangrado, que la anemizaron e inestabilizaron hemodinámicamente.

Resultados: -TAC toraco-abdominal: No se observan signos sugerentes de sangrado abdominal

EDA: Lesiones erosivas en mucosa de ileon terminal.

Arteriografía selectiva: No sangrado activo

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: Resección intestinal de unos 50 cm de intestino delgado.

ANATOMÍA PATOLÓGICA: Amiloidosis intestinal

Conclusiones: Ampliar el campo de diagnóstico diferencial en el tracto digestivo a las enfermedades sistémicas. [El trabajo multidisciplinar permite el mejor abordaje de este tipo de patologías de difícil diagnóstico.](#)

Apendagitis Epiploica. Causa poco frecuente de dolor abdominal. Descripción de 4 casos.

Robayo Soto, Paúl; Calzado Baeza, Salvador; Reyes Moreno, Montserrat; Plata Pérez, Ignacio; Ferrer García, Guillermo.

Hospital Santa Ana. Motril. Granada.

Introducción: El abdomen agudo precisa de un diagnóstico diferencial precoz entre las distintas causas que lo pueden ocasionar para la instauración de un tratamiento. Entre las numerosas etiologías se encuentra la apendicitis epiploica primaria. Se estima que el 2% de las exploraciones realizadas por dolor abdominal con sospecha de diverticulitis y/o apendicitis aguda demuestran la presencia de una apendagitis epiploica

La apendagitis epiploica se produce por la torsión o trombosis del sistema venoso de drenaje de los pedículos apendiculares del colon, debutando con una clínica inespecífica ampliamente variable. El tratamiento analgésico suele ser de elección, siendo excepcional la necesidad de tratamiento quirúrgico en estos casos.

Presentamos 4 casos diagnosticados y tratados con tratamiento conservador

Material y método: CASO 1: Varón de 63 años con antecedentes de HTA, DM2, HBP. Acude a urgencia por dolor abdominal de 24 horas de evolución localizado en FID de inicio, fijo sin irradiación. Apirético, no presenta otra sintomatología asociada. A la exploración abdomen blando, depresible, con dolor y defensa a la palpación en FID. Hemograma sin alteraciones, Creatinina 1,3 mg/dl PCR 8,27 mg/dl. Coagulación normal. ECO/TAC de abdomen: Describe infiltración de la grasa en próxima a asa de intestino delgado y colon ascendente. Compatible con Apendagitis Aguda. Se mantiene en observación evolucionando de manera favorable siendo dado

de alta a domicilio con analgesia y control en consulta sin presentar nueva sintomatología

Caso 2: Mujer, 87 años, con antecedentes de HTA, TVP en tratamiento con Warfarina y Diabetes Mellitus tipo II, que consulta en el Servicio de Urgencias por presentar dolor en FII postprandial de dos días de evolución, acompañado de estreñimiento sin náuseas, vómitos o fiebre. A la exploración se aprecia dolor en FII irradiado al resto del abdomen con signo de rebote positivo a ese nivel. Ecografía/TAC abdominal: hallazgos compatibles con Apendagitis epiploica y Diverticulitis aguda leve. Evolución favorable durante su estancia en Urgencias tras recibir tratamiento analgésico. Tras resultados clínicos y analíticos la paciente recibe alta domiciliaria con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, con posterior revisión en consulta.

Caso 3: Mujer, 55 años, con antecedentes de HTA y cólicos renales de repetición, que acude a Consulta externa de cirugía derivada desde Urología por presentar dolor abdominal continuo irradiado a fosa lumbar derecha. A la exploración molestias abdominales en FID, signos de peritonismo. Análítica general incluyendo marcadores tumorales dentro de la normalidad. Ecografía/TAC abdominal: lesión en la grasa peritoneal en flanco derecho próximo a colon ascendente correspondiente con apendagitis epiploica. La paciente evoluciona favorablemente en domicilio con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, sin episodios nuevos de sintomatología abdominal.

Caso 4: Varón, 52 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por presentar dolor abdominal de 24 horas de evolución en hipogastrio y FID, sensación distérmica y estreñimiento. Exploración física: dolor a la palpación en FID con signos de peritonismo a dicho nivel. Análítica: sin alteraciones salvo PCR 1,6. Ecografía/TAC abdominal: hallazgos compatibles con apendagitis epiploica derecha. El paciente es dado de alta domiciliaria con antibioterapia y tratamiento antiinflamatorio y analgésico, encontrándose asintomático en controles posteriores en consulta.

Discusión: La apendagitis epiploica primaria se considera una entidad benigna inflamatoria de origen vascular secundaria a la torsión o trombosis de los sistemas venosos de drenaje de los pedículos apendiculares, más frecuente en adultos entre la cuarta y quinta década de la vida con incidencia similar entre sexos. Dichas estructuras suelen localizarse más habitualmente en zonas adyacentes a colon sigmoide.

El dolor en la zona inferior izquierda del abdomen de carácter súbito e intenso, suele ser la manifestación clínica más habitual, pudiendo simular una diverticulitis o una apendicitis en caso de presentarse en el lado derecho; sin acompañarse de alteraciones del hábito intestinal, fiebre o leucocitosis. Sin embargo, no es infrecuente la posibilidad de detectarla a lo largo de toda la extensión del colon, obligando a realizar diagnóstico diferencial con patologías como infarto omental, paniculitis mesentérica, mesenteritis esclerosante o tumores primarios metastásicos del mesocolon.

El diagnóstico se establece con la clínica descrita, descartando otras causas de abdomen agudo y realizando TAC abdominal como prueba complementaria de elección tal y como se realizó en nuestro caso, en el que se observó el apéndice epiploico como una imagen redondeada de densidad grasa de-

pendiente de la serosa del colon con resalte circunferencial del mismo y acompañado de engrosamiento del peritoneo parietal y/o pared del colon.

Al igual que en esta situación el tratamiento debe ser conservador con analgésicos y reposo, con tendencia a la resolución del cuadro sin necesidad de tratamiento quirúrgico. El pronóstico de esta entidad es excelente aunque se deben tener en cuenta posibles complicaciones como torsión apendicular, adherencia a víscera vecina pudiendo ocasionar un absceso u obstrucción intestinal, en cuyo caso se debe realizar tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: La apendigitis epiploica es una entidad benigna autolimitada del sistema venoso de los apéndices epiploicos del colon, más frecuentes en adultos con clínica inespecífica de dolor abdominal cuyo diagnóstico ha de establecerse con Ecografía y/o TAC abdominal. Su correcto diagnóstico puede evitar laparoscopias y/o laparotomías exploradoras innecesarias. El tratamiento de elección es con analgésicos y reposo durante siete - catorce días, siendo la necesidad de tratamiento quirúrgico de carácter excepcional.

Linfoma primario intestinal. Descripción de caso clínico

Robayo Soto, Paúl; Calzado Baeza, Salvador; Reyes Moreno, Montserrat; Plata Pérez, Ignacio; Martín Díaz, Manuel.

Hospital Santa Ana. Motril. Granada.

Introducción: Los tumores del intestino delgado son muy infrecuentes. Los linfomas son la tercera neoplasia primaria del intestino delgado. Constituyen la tercera neoplasia maligna en orden de frecuencia en intestino delgado y en una proporción del 15 al 20% de los tumores malignos de intestino delgado.

Caso Clínico: Varón de 32 años, boliviano con antecedentes de Enfermedad de Chagas, *Helicobacter pylori* +. Acude a urgencias por cuadro de mal estado general y peritonitis aguda. Analíticamente destaca leucocitosis con desviación a la izquierda y PCR elevada. Se le realiza TC abdominal con contraste IV que describe masa de 12 cm en raíz de mesenterio. Asa de intestino delgado dilatada con pared engrosada y neumoperitoneo en grasa adyacente. Tras pruebas complementarias se ingresa a quirófano y se practica laparotomía exploratoria con hallazgo de peritonitis generalizada secundaria a perforación intestinal localizada en yeyuno con masa tumoral en mesenterio. Se realiza resección y anastomosis con lavado de cavidad abdominal. Recibió antibiótico-terapia evolucionando de manera favorable siendo dado de alta a los 7 días del ingreso. El diagnóstico histológico fue de linfoma B difuso de células grandes. A los 3 meses de seguimiento no presenta recidiva.

Discusión: Un linfoma intestinal es un tumor de estirpe linfoide que afecta de manera exclusiva o primaria al tubo digestivo. Debe cumplir los criterios de Dawson: Ausencia de adenopatías periféricas ni mediastínicas, recuento leucocitario y biopsia de médula ósea normales, enfermedad confinada al intestino delgado sin afectación hepatoesplénica,

y si se identifican adenopatías durante la laparotomía, deben estar situadas en la zona locorreional. Debido al carácter inespecífico de los síntomas, el retraso diagnóstico es habitual. En un porcentaje elevado de pacientes asintomáticos o paucisintomáticos, el cuadro se inicia bruscamente mediante perforación como en nuestro caso descrito, obstrucción o hemorragia.

Conclusiones: Los linfomas primarios de intestino delgado son infrecuentes por lo que el diagnóstico suele ser tardío y la mayoría de veces en el contexto de una laparotomía a causa de una obstrucción, perforación o hemorragia. El tratamiento de los linfomas intestinales ha sido predominantemente quirúrgico. No obstante, en el momento actual, el abordaje terapéutico sobrepasa en mucho a la mera escisión seguida de terapia de consolidación, y es obligado que el tratamiento sea multidisciplinario.

sarcoma retroperitoneal gigante

Plata Pérez, Ignacio. Robayo Soto, Paul Sebastián. Reyes Moreno, Montserrat. Calzado Baeza, Salvador. Martín Díaz, Manuel. Ferrer García, Juan Guillermo

Hospital Santa Ana (Motril)

Introducción: Los sarcomas GIST son tumores pertenecientes a los sarcomas de partes blandas que pueden aparecer en cualquier parte del organismo. Lo más frecuente es en el tracto digestivo (más del 50 % son gástricos), aunque se han descrito a nivel de epiplón, retroperitoneo o vejiga. Suelen aparecer en varones entre 50 y 70 años, y debutan con dolor abdominal, hemorragia digestiva o masa abdominal. En cuanto a su origen, se postula que derivan de la transformación maligna de las células intersticiales de Cajal (CIC) o de un predecesor más inmaduro y pluripotencial.

Material y método: Paciente varón de 61 años con antecedentes de HTA que ingresa en medicina interna por problemas respiratorios, tos seca, febrícula mantenida y sensación de masa abdominal en HI. Presenta buen estado general, murmullo vesicular abolido en hemitórax izquierdo y masa palpable con matidez en hipocondrio derecho. La analítica presenta ligera anemia normocítica y elevación de reactantes de fase aguda. Ag tumoraes normales y elevación de la IgG. Se realiza TC toracoabdominal que muestra derrame pulmonar izquierdo con atelectasia compresiva y gran masa de 22x20 cm en HI que llega hasta retroperitoneo con presencia de vasos y nódulos heterogéneos que hablan a favor de su carácter sólido.

Resultados: Se decide realizar biopsia de la masa que es compatible con GIST retroperitoneal, se trató durante 10 semanas con mesilato de Imatinib (Glivec) sin buena respuesta al mismo, por lo que se decide intervención quirúrgica de carácter paliativo debido a que se considera un tumor de alto riesgo y tiene criterios de irresecabilidad. Se desciende ángulo esplénico con liberación de adherencias al diafragma y se realiza esplenectomía con tumoración. Se palpa además otra tumoración retroperitoneal de 5 cm adyacente a la otra tumoración que no se resecta por mala situación clínica del paciente en ese momento y por no ser una resección curativa. Tras la

cirugía la evolución resultó satisfactoria y se fue de alta con seguimiento por parte de oncología y QT adyuvante.

Discusión: El tratamiento del GIST reseccable es la cirugía completa con bordes amplios y libres (frecuentemente asociada a resecciones multiorgánicas en bloque); sin embargo a veces no es posible por el gran tamaño de la tumoración. En estos casos, así como en la enfermedad metastásica, el tratamiento es el mesilato de imatinib (Glivec). En la actualidad se están llevando a cabo ensayos clínicos de adyuvancia en pacientes con factores de mal pronóstico que, sin duda, nos permitirán un mejor abordaje de esta enfermedad. Como factores pronósticos encontramos el tamaño del tumor y el número de mitosis que expresa el mismo, considerándose tumores a partir de 10 cm o nº de mitosis > 10 x 50 CGA (campo de gran aumento) criterios absolutos de alto riesgo del tumor, por lo que se asocia a irreseccabilidad. En éstos casos está aceptado el tratamiento quimioterápico neoadyuvante y tras éste el tratamiento quirúrgico paliativo con el fin de disminuir la masa tumoral y aumentar las opciones de quimioterapia adyuvante.

Carcinoma ileal estenosante con metástasis

González Martínez, Selene; Álvarez Martín, María Jesús; Plata Illescas, Cristina; García Navarro, Ana; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Introducción: Los carcinoides son tumores neuroendocrinos (TNE) gastrointestinales bien diferenciados, suponen el 1,2-1,5 % de todas las neoplasias del tracto digestivo y el 25 % de ellos se localizan en intestino delgado. Su incidencia está en aumento y se encuentra en torno al 1,6-2/100,000 habitantes. Se originan en el sistema endocrino difuso gastrointestinal y tienen la capacidad de secretar péptidos y aminos bioactivas, aunque solo el 10% de los tumores carcinoides dan lugar al síndrome carcinoide, el cual se asocia en un 91% a la presencia de metástasis hepáticas.

La clínica de estos tumores puede ser poco florida o inespecífica, lo que provoca un retraso en el diagnóstico; aproximadamente el 20 % de los pacientes con TNE tienen afectación metastásica en el momento del diagnóstico.

Objetivos: Presentar un caso poco frecuente de tumor neuroendocrino en íleon estenosante con metástasis hepáticas.

Material y método: Mujer de 80 años que presenta clínica de dos meses de evolución consistente en dolor abdominal difuso postingesta, asociado a náuseas y vómitos con pérdida de hasta 15 Kg de peso. Se detecta en TC una masa mesentérica en FID que provoca angulación y estenosis crónica a nivel de íleon, asocia adenomegalias en meso y lesiones hepáticas bilaterales hipodensas que sugieren benignidad. Con la sospecha de tumor carcinoide se completa estudio con octreoscan, en el que se confirma un foco de captación en FID y otro en segmento III hepático (dudosa metástasis).

En quirófano se evidencia la tumoración ileal estenosante, además de múltiples pequeñas lesiones hepáticas bilaterales, se realiza resección segmentaria de íleon y biopsia de la lesión en segmento III.

La anatomía patológica confirma que se trata de un tumor neuroendocrino, de 2x1 cm (pT3, N1), el estudio inmunohistoquímico revela positividad para CKAE/AE3, cromogranina, sinaptofisina y CD56, con KI67 <2%. La lesión hepática fue positiva para metástasis de tumor neuroendocrino.

Resultados: Presentó una evolución postoperatoria favorable, a los 4 meses la paciente se encuentra asintomática, se realiza octreoscan en el que persisten focos en segmentos III, IV y VI sugerentes de metástasis y analítica con cromogranina A de 113. Se decide tratamiento con Lanreótide LAR.

Conclusiones: Los tumores carcinoides tienen una presentación clínica muy heterogénea, pueden ser asintomáticos, presentar clínica de obstrucción intestinal o síntomas derivados de la hipersecreción hormonal.

Son de crecimiento lento e indolente, incluso con metástasis la supervivencia es elevada, son factores predictivos el estadio tumoral, el grado de diferenciación, así como la tasa de proliferación (índice de positividad a KI67)

Las opciones terapéuticas en este tipo de tumores varían desde la cirugía del tumor primario, resección quirúrgica o ablación local de las metástasis, análogos de la somatostatina como el octeótride o lanreótide (que no solo son útiles en el tratamiento del síndrome hormonal, sino que han demostrado eficacia como tratamiento antitumoral), otras opciones son la quimioterapia y nuevos tratamientos en estudio como son los radionúclidos y los fármacos de nueva generación.

Neumatosis intestinal y gas portomesentérico

González Martínez, Selene; Álvarez Martín, María Jesús; Notario Fernández, Pilar; García Navarro, Ana; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Introducción: La neumatosis intestinal y la presencia de gas en el complejo venoso espleno-porto-mesentérico han sido característicamente relacionadas con la isquemia intestinal y con un desenlace fatal. Pero existen diversas causas que justifican estos hallazgos radiológicos y que no siempre implican mal pronóstico.

Objetivos: Presentar tres casos de neumatosis intestinal y/o presencia de gas espleno-portal de distinta etiología y evolución atendidos en nuestro hospital.

Material y método: El primer caso corresponde a un varón de 77 años, con antecedentes de EPOC, DM, FA, dislipemia y parkinson, anticoagulado con warfarina, que acude a urgencias por dolor abdominal difuso de dos semanas de evolución asociado a estreñimiento. Clínicamente presenta deterioro del estado general, oligoanuria, distensión abdominal y disminución de ruidos intestinales, sin signos de irritación peritoneal; analíticamente destaca leucocitosis con neutrofilia, deterioro de la función renal, aumento de LDH y acidosis láctica. La TC revela engrosamiento de un segmento de colon ascendente con gas intraparietal y disminución de la perfusión, sin defectos de replección en vasos ileocólicos.

En el segundo caso se trata de un varón de 87 años con antecedentes de hipertensión y bronquitis crónica, que refiere dolor abdominal difuso y vómitos de varios días de evolución;

a la exploración presenta leve distensión abdominal y disminución del peristaltismo. Analíticamente destaca leucocitosis, con neutrofilia y en la TC abundante gas portal y en eje esplénico, distensión generalizada de colon, sin defectos de replección en ramas arteriales mesentéricas.

Por último un varón de 54 años diagnosticado de carcinoma epidermoide de pulmón, en tratamiento con quimioterapia, portador de sonda de gastrostomía, al que durante el ingreso por cuadro de hemoptisis se realiza TC abdominal que revela neumatosi masiva de la pared de colon derecho y parte del transversal con pequeña cantidad de gas en ramas portales intrahepáticas. Presenta leve distensión abdominal y episodios diarreicos, y una analítica sin alteraciones relevantes.

Resultados: El primer paciente falleció al cabo de varias horas en el servicio de urgencias, sin posibilidad de llevar a cabo intervención quirúrgica.

En el segundo caso, ante la sospecha de colitis isquémica y sin mejoría clínica ni analítica, se realiza laparotomía exploradora, en la que no se encuentra patología orgánica. El paciente fue dado de alta y después de cuatro meses no ha presentado complicación ni recidiva del cuadro.

El último paciente fue valorado en varias ocasiones por el servicio de Cirugía, descartando en todo momento complicación quirúrgica, tras dos meses de ingreso falleció por complicaciones derivadas de su enfermedad neoplásica.

Conclusiones: La neumatosi intestinal y la presencia de gas espleno-portal son hallazgos radiológicos que pueden deberse a distintas causas (isquemia intestinal, procesos infecciosos, distensión intestinal...). Un 15% de los casos se consideran idiopáticos, habiéndose observado relación con trasplantes de órganos, enfermedades pulmonares, convulsiones y tratamientos con esteroides o citostáticos.

La clínica del paciente y el resto de pruebas complementarias deben orientarnos para llegar a un diagnóstico y tomar una decisión, que puede variar desde la intervención quirúrgica urgente a la abstención terapéutica.

Vaciamientos inguino-ilíacos

González Martínez, Selene; Álvarez Martín, María Jesús; Vico Arias, Ana Belén; García Navarro, Ana; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Introducción: La afectación ganglionar en el melanoma maligno es uno de los principales factores determinantes del pronóstico de la enfermedad y el manejo quirúrgico es la linfadenectomía terapéutica. Los ganglios inguinales son el primer sitio de afectación metastásica del melanoma de los miembros inferiores, en función de la extensión puede ser necesario realizar, además de la linfadenectomía inguinal, una linfadenectomía pélvica (cadena ganglionar ilíaca externa y obturador). Un 3,2% de los melanomas presentan directamente afectación metastásica ganglionar, con un tumor primario oculto, y el pronóstico en estos casos empeora considerablemente.

Objetivos: Presentar una serie de tres casos de vaciamientos

inguino-ilíacos por afectación metastásica de melanoma realizados en nuestro hospital.

Material y método: El primer caso corresponde a una mujer de 36 años con tumoración inguinal derecha de 10 x 8 cm, de rápido crecimiento, con PAAF compatible con metástasis de melanoma. Se realiza ecografía y PET-TC en los que se confirma la presencia de conglomerados adenopáticos a nivel inguinal y junto a vena ilíaca externa, se realiza exéresis en bloque de los mismos y cierre del defecto con malla de PTFE.

El segundo caso se trata de una mujer de 68 años que presenta tumoración inguinal izquierda de dos años de evolución, con un tamaño de 6 cm cuya biopsia informa como metástasis de melanoma. Se confirma por PET-TC y ecografía la presencia de conglomerados adenopáticos inguinal e ilíaco externo y se realiza exéresis de los mismos, pero presenta recidiva inguinal e ilíaca a los 3 meses, junto con satelitosis cutánea, decidiéndose rescate quirúrgico, por lo que se practica resección de lesiones cutáneas y vaciamiento inguino-ilíaco, cerrando el defecto con malla de doble cara.

Por último un varón de 54 años con antecedentes de extirpación de una lesión en muslo, no analizada, que presenta tumoración inguinal izquierda de varios meses de evolución y además recidiva de la lesión cutánea. La PAAF de la adenopatía es compatible con metástasis de melanoma y las pruebas de imagen describen una adenopatía inguinal de 2,5 cm. Intraoperatoriamente se confirma la existencia de conglomerado adenopático inguinal y otras tres adenopatías sobre arteria ilíaca externa que no presentaban actividad hipermetabólica en la PET, se realiza extirpación de todas las adenopatías y de la lesión cutánea en muslo.

El análisis anatomopatológico en los tres casos confirma la afectación metastásica ganglionar por melanoma maligno.

Resultados: La primera paciente recibió radioterapia local y quimioterapia, pasados 4 meses de la intervención no se evidencia recidiva, con PET-TC sin lesiones hipercaptantes.

En el segundo caso la paciente recibió también radioterapia y quimioterapia, pero a los 4 meses se detectan adenopatías inguinales contralaterales y letáldes, por lo que recibe tratamiento paliativo.

El último paciente también se encuentra en tratamiento paliativo, con metástasis hepáticas, óseas, esplénicas, pulmonares y cerebrales.

Conclusiones: El vaciamiento ganglionar combinado (inguino-ilíaco) es un procedimiento quirúrgico agresivo, que asocia una morbilidad no despreciable y se practica sólo en aquellos casos que presenten alta probabilidad de compromiso ganglionar pélvico locorregional, siempre y cuando no se detecte enfermedad metastásica diseminada. Estos pacientes, en los que a menudo no se ha detectado el tumor primario, presentan mal pronóstico. La presencia de adenopatías inguinales palpables con biopsia positiva para afectación metastásica y los resultados de pruebas complementarias de imagen son decisivos para plantear el tratamiento quirúrgico. La PET-TC es una prueba cada vez más usada en pacientes con melanoma maligno, de gran utilidad para determinar la extensión de la enfermedad.

Síndrome de la Vena Cava Superior secundario a bocio intratorácico. A propósito de un caso.

Rodríguez Padilla, Angela; González Benjumea, Paz; Bejarano González-Serna, Daniel; Perea Sánchez, María José; Candón Vázquez, Juan; Martín García de Arboleya, Rocio; Escobesa Suarez, Ignacio; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: El síndrome de la vena cava superior es el conjunto de síntomas y signos derivados de la obstrucción parcial o completa del flujo sanguíneo de la vena cava superior. La clínica se caracteriza por disnea, edema en esclavina, cianosis facial y circulación colateral toraco-braquial.

La causa más frecuente son los tumores malignos (75-85%), principalmente el cáncer de pulmón. La etiología benigna es infrecuente, siendo el bocio multinodular intratorácico una causa excepcional.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 77 años hipertensa y obesa que ingresa en el servicio de medicina interna por presentar masa cervical, mas prominente en el lado derecho, asociado a disnea, astenia y circulación colateral en el tórax.

A la exploración física se presenta eupneica en reposo, con audible estridor espiratorio de vías altas. Ensanchamiento de la base del cuello con edema en la región supraclavicular, sobre todo del lado derecho, y circulación colateral superficial bilateral, siendo más llamativa en el hemitórax superior derecho.

Resultados: TAC de cuello y tórax: gran aumento de tamaño difuso de la glándula tiroidea tanto en sentido caudal como craneal a expensas de ambos lobulos, que miden 9 y 10 centímetros de longitud máxima cráneo-caudal. no se observa infiltración de las estructuras vecinas. Compresión de ambas venas yugulares internas y significativo compromiso de la luz traqueal secundarios al gran aumento de tamaño de la glándula tiroidea que sugiere bocio multinodular.

Ante el diagnóstico de síndrome de la vena cava superior secundario a bocio multinodular compresivo se consulta con cirugía y se decide intervención quirúrgica.

Durante la intervención quirúrgica objetiva gran bocio multinodular con componente intratorácico. Se realiza tiroidectomía total previa identificación de ambos nervios laríngeos recurrentes y glándulas paratiroides.

Durante el postoperatorio inmediato la paciente se encuentra estable, tolerando dieta y sin alteraciones de la voz. Tetania negativa. calcio 8,2 ante el buen estado de la paciente se decide alta tras 48 horas de ingreso.

Diagnóstico anatomopatológico: hiperplasia multinodular

Conclusiones: El síndrome de vena cava superior (SVCS) es hoy un problema principalmente oncológico. Los pacientes suelen presentar disnea y plétora facial a los que pueden asociarse disfagia, cefalea, letargia y síncope. En el SVCS benigno de origen tiroideo el comienzo clínico suele ser insidioso y progresivo, salvo que existan factores precipitantes que determinen un aumento brusco del contenido intratorácico. Las pruebas de imagen como el TAC sin fundamentales para realizar el diagnóstico etiológico y planificar la estrategia terapéutica más indicada.

En el caso del SVCS secundario a bocio intratorácico el tratamiento definitivo suele ser la tiroidectomía total, revirtiendo

así los síntomas compresivos, aunque algunos autores postulan el uso previo de yodo radiactivo.

Tumores desmoides de la pared abdominal: Nuestra serie

Plata Illescas, Cristina; Álvarez Martín, María Jesús; Vico Arias, Ana Belén; Notario Fernández, Pilar; García Navarro, Ana; Mansilla Roselló, Alfonso; Segura Reyes, Manuel; Jiménez Ríos, Jose Antonio

Hospital Virgen de las Nieves. Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: Los tumores desmoides son neoplasias de los tejidos blandos infrecuentes, con una incidencia del 0,03%. Se caracterizan por ausencia de capacidad metastásica, agresividad local y elevada tasa de recurrencia. Aparecen en individuos entre los 15 y los 60 años, con un ligero predominio femenino y en el 5-15% de los casos están asociados a la Poliposis Adenomatosa Familiar, constituyendo el Síndrome de Gardner. Otros factores de riesgo son la historia familiar, el embarazo, traumatismo previo y la mutación en los genes relacionados con la beta-catenina.

Objetivos: Analizar los resultados en el tratamiento de los tumores desmoides de la pared abdominal en nuestro Centro.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro Centro entre los años 2003 y 2014 con diagnóstico histopatológico de tumor desmoide de la pared abdominal analizando diversas variables clínico-patológicas y de supervivencia.

Resultados: En dicho periodo, se intervinieron 34 pacientes, 27 mujeres y 7 varones, de edad media 36,5 años. Como antecedentes personales de interés: un caso estuvo asociado a Poliposis Adenomatosa Familiar, cuatro aparecieron tras el parto y dos de ellos tras un traumatismo en la pared abdominal. Ninguno apareció sobre cicatriz laparotómica previa. El signo clínico guía fue la tumoración abdominal (90%). La prueba de imagen diagnóstica más utilizada fue la ecografía (23 casos) seguida de la RNM (18). La que tuvo mayor concordancia con el diagnóstico histopatológico fue la RMN (83% de los casos). En 17 pacientes se realizó PAAF, existiendo concordancia con el diagnóstico definitivo en el 72%. En todos los casos, la cirugía fue resección local con margen macroscópico confirmado como Ro posteriormente. El tamaño medio del tumor fue de 4,84 cm. En la reconstrucción de la pared se usaron prótesis en 13 casos y en el resto se realizó cierre simple encontrando un índice de eventración posterior en ellos del 0% y 23% respectivamente. Tras un seguimiento medio de 55 meses, no se ha encontrado ninguna recidiva local clínica ni radiológica.

Conclusiones: Aunque los tumores desmoides representan el 3% de todos los tumores de tejidos blandos, deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial ante un paciente con tumoración en la pared abdominal. Los factores que influyen en su elevada tasa de recurrencia son la localización anatómica, el tamaño, el género, la edad y la resección de los márgenes quirúrgicos, aunque esto último sigue estando en controversia, ya que se ha demostrado que tanto la resección

con márgenes libres como con infiltración microscópica de los mismos tienen similares tasas de recidiva. Es necesario un seguimiento a largo plazo de los pacientes, dado el comportamiento impredecible de estos tumores. Se aconseja reparación de la pared colocando material protésico para evitar la aparición de eventraciones posteriores. En esta serie, la mayoría de los casos corresponden a mujeres en edad fértil, coincidiendo con las últimas revisiones, que apuntan al papel etiopatogénico de los niveles elevados de estrógenos. En nuestro medio, la RMN es la prueba que ha presentado mayor rendimiento diagnóstico, al igual que en el resto de las series.

Etiologías poco frecuentes en la colitis isquémica: colitis estercorácea.

Alcaide Lucena, M; Brea Gómez, E; Mirón Pozo, B; Romera López, A.L; Jiménez Ríos, J.A.

Complejo Hospitalario Universitario De Granada. H.u. San Cecilio.

Introducción: La colitis estercorácea describe un proceso inflamatorio que afecta a la pared colónica en relación con el aumento de la presión intraluminal por impactación de material fecal en el colon, siendo más frecuente en ancianos, asociándose fundamentalmente a estreñimiento crónico y grave, uso de opiáceos, antidepresivos tricíclicos y antiácidos basados en aluminio, los cuales producen enlentecimiento del tránsito intestinal. También se ha descrito en pacientes jóvenes con deficiencias neurológicas. El diagnóstico preoperatorio debido a la presentación clínica inespecífica es poco frecuente, y en su desarrollo clínico evoluciona con más frecuencia que otras causas de colitis isquémica hacia la perforación. De esta manera el diagnóstico debe ser siempre quirúrgico y precoz. Aunque las series recogidas son escasas en cuanto a número de muestra, en general se recomienda la resección segmentaria del colon afecto y colostomía proximal.

Material y método: Mujer de 78 años que acude a Urgencias por dolor, distensión abdominal, acompañado de ausencia de deposiciones en una semana. A la exploración presenta mal estado general, obnubilación, taquicardia, taquipnea, tiraje costal, apirética con tendencia a la hipotensión y oliguria; además se observó un abdomen muy distendido, timpánico, doloroso a la palpación de forma difusa, con signos de peritonismo, ruidos hidroaéreos abolidos, y área de celulitis en flanco izquierdo. El tacto rectal revela gran contenido de materia fecal impactada en el recto. Análíticamente destaca Hemograma: Leucocitos 25,000 Neutrófilos 90%. Bioquímica: urea 107, Cr 2,1, lactato 3,4, PCR 244. Gasometría arterial: acidosis metabólica grave. La radiografía de abdomen presenta dilatación de todo el marco cólico con gran contenido fecal en la ampolla rectal. En el TAC abdominal sin contraste iv informa colon distendido, diámetro aproximado a nivel de ciego de 9 cm y recto dilatado con heces en su interior no visualizando causa obstructiva, ni líquido libre ni adenomegalias intraabdominales. Dado el mal estado general de la paciente y la exploración patológica, se decide realizar laparotomía exploradora urgente hallando megacolon con placas de

necrosis en colon transversal hasta ángulo esplénico. Se realiza hemicolectomía izquierda y colostomía proximal.

La evolución de la paciente fue satisfactoria, permaneciendo afebril, con tránsito intestinal restablecido, colostomía funcionante y normalización de las cifras analíticas. [El resultado del estudio anatomopatológico está pendiente.].

Discusión: La colitis estercorácea es un proceso isquémico producido por impactación fecal. Provoca dilatación del colon proximal y aumento de la presión intraluminal. Ésta llega a ser mayor que la presión de perfusión capilar en la pared intestinal, lo que disminuye el aporte sanguíneo a esa zona produciéndose colitis isquémica, que puede provocar ulceración por necrosis si la impactación y la obstrucción no se resuelven. La forma de presentación es poco característica y con frecuencia resulta difícil realizar el diagnóstico etiológico preoperatorio. El tratamiento de elección debe ser siempre quirúrgico y precoz. Los hallazgos radiológicos mediante TC muestran engrosamiento de la pared del colon que representa el edema producido por la isquemia y estriación de la grasa pericolónica adyacente en el segmento isquémico. El tratamiento se basa en la reanimación preoperatoria, tratamiento quirúrgico y terapia antibiótica empírica de IIA, que deben ser lo más precoces y agresivos posible, a fin de disminuir la elevada mortalidad, que se debe fundamentalmente a la edad avanzada y la situación crítica de estos pacientes. Existen muy pocas series recogidas en la literatura y con escaso número de pacientes. En general se recomienda un procedimiento de Hartmann como la técnica más segura, ya que la dilatación del colon proximal, el edema de la zona que ocasiona diferencias en el calibre y la situación de compromiso isquémico hacen poco viable la realización de una anastomosis primaria. Se recomienda limpieza y extracción de escóbalos del resto del colon para evitar la perforación estercorácea como complicación postoperatoria tras colostomía. Se debe hacer diagnóstico diferencial de la perforación idiopática y espontánea con las que comparte ciertas características y de las perforaciones colónicas traumáticas o secundarias a patología isquémica o diverticular. Además esta entidad acoge otras causas de perforación producidas por la impactación de escóbalos en la pared, que pueden ocasionar úlceras de decúbito. Algunos artículos recientes muestran como algunos hallazgos en la TAC como la descamación y densidad de la mucosa, la rarefacción de la grasa y los defectos de perfusión pueden relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar perforación temprana.

Conclusiones: La colitis isquémica por impactación fecal es una patología poco frecuente, con presentación clínica inespecífica. Las dificultades en el diagnóstico preoperatorio hacen que sea un reto para los equipos quirúrgicos. Por este motivo, el retraso en el diagnóstico unido a la edad avanzada de los pacientes hacen que la tasa de mortalidad sea alta. Requiere un tratamiento quirúrgico precoz. Sin poder ser categóricos por el escaso número de pacientes, ante un enfermo con cuadro obstructivo por fecaloma, en el que el estado clínico y la exploración empeora de forma rápida el cirujano debe barajar la posibilidad de una colitis isquémica en relación con ésta. La alta probabilidad de perforación, más elevada que en otros tipos de colitis, nos debe inclinar a la realización de una laparotomía precoz. El procedimiento de Hartmann es en estos casos el más seguro. Nivel de evidencia III, grado

de recomendación C. Se necesitan más estudios con más número de pacientes para que estas recomendaciones estén avaladas por un mayor grado de evidencia.

Tumor fibroso solitario: a propósito de un caso

Plata Illescas, Cristina; Álvarez Martínez, María Jesús; Triguero Cabrera, Jennife; González Martínez, Selene; García Navarro, Ana; Segura Reyes, Manuel; Mansilla Roselló, Alfonso; Jiménez Ríos, Jose Antonio

Hospital Virgen de las Nieves. Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia poco frecuente, con una incidencia de alrededor de 0,2 /100,000 /año. Descrita inicialmente en relación con la pleura, posteriormente se ha relacionado con otras membranas serosas. Clásicamente se distinguen tres formas clínicas: pleural, meníngea y de tejidos blandos, las cuales representan el 2-3% de todos los tumores de partes blandas. La mayoría de los casos aparecen en adultos con una media de edad de 45 años, sin predominio de sexo, en forma de grandes masas indoloras y profundas, que pueden dar sintomatología compresiva o síndromes paraneoplásicos como la hipoglucemia.

El TFS se clasifica como «típico» o «maligno», según el número de mitosis, atipia celular, la presencia de necrosis e hiperplasia celular. Al menos en un 15-30% de los casos muestran un comportamiento maligno, y pueden «desdiferenciarse» a sarcomas de alto grado. Una de las características clínicas de estos tumores es la recurrencia tardía, que conduce a la expresión de marcadores patológicos de mayor agresividad.

Objetivos: Presentamos un caso de tumor fibroso solitario de partes blandas con un debut poco frecuente.

Material y método: Paciente de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus II y anemia, en estudio por cuadro de hipoglucemias asociadas a síndrome febril. En las pruebas de laboratorio destacaba elevación marcada de los reactantes de fase aguda (Hb 7,7, 47600 leucocitos con 95% PMN, PCR 40,PCT 25 y LDH1371). Colonoscopia: sin hallazgos patológicos. TAC toracoabdominal: gran masa en hemiabdomen izquierdo de unos 15 x 16,5 x 13,3 cm con realce periférico y extensa área necrótica central, en íntima relación con asas de delgado y colon descendente sin apreciarse plano de clivaje pero que no parece depender de la luz ya que no se evidencia obstrucción intestinal. Dados los hallazgos, se interviene quirúrgicamente realizándose extirpación en bloque de dicha tumoración retroperitoneal previa colocación de catéter doble J y resección del ángulo esplénico colónico dada su infiltración.

Resultados: La Anatomía-patológica informó de tumor fibroso solitario de 18 x 16,5 x 16 cm de diámetro, localizado en la serosa de intestino grueso, bien delimitado y con ausencia de infiltración de los márgenes quirúrgicos. El postoperatorio fue favorable y tras presentar el caso en comité oncológico se decidió seguimiento, sin evidencia de recidiva actual.

Conclusiones: El TFS es una enfermedad poco frecuente con un comportamiento impredecible. Están descritas re-

currencias y metástasis incluso en ausencia de criterios de malignidad.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa. De hecho, los patrones de recaída se asocian con las limitaciones quirúrgicas inherentes a la localización, como epidural, pleural, retroperitoneal o meníngea. En estos casos, la radioterapia adyuvante podría ser considerada, aunque no hay estudios concluyentes.

Es recomendable en estos pacientes un seguimiento a largo plazo, y más importante aún, tener en cuenta que un paciente podría presentar una recaída con un comportamiento agresivo de la enfermedad a pesar de que el tumor primario mostrara características «benignas» en la evaluación patológica.

Tumor pleomórfico angiectásico hialinizante: descripción de un caso y revisión de la literatura

Plata Illescas, Cristina; Álvarez Martín, María Jesús; Notario Fernández, Pilar; Triguero Cabrera, Jennifer; García Navarro, Ana; Mansilla Roselló, Alfonso; Segura Reyes, Manuel; Jiménez Ríos, Jose Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: El tumor pleomórfico angiectásico hialinizante es un sarcoma de grado intermedio de malignidad descrito inicialmente en 1996 por Smith. En el 84% de los casos se originan en el tejido celular subcutáneo, y el 16% restante proceden del músculo. Se localiza comúnmente en las extremidades inferiores (63%) de adultos de mediana edad, con un ligero predominio femenino. Otras localizaciones menos frecuentes incluyen el brazo, pared torácica, axila, fosa poplítea, glúteos, región inguinal, el perineo, la mucosa bucal y mama. Histológicamente se caracteriza por contener grandes vasos dilatados de los que se deriva el tejido hialino que forma la neoplasia y, que está infiltrado por células inflamatorias. Posee un crecimiento lento y es localmente agresivo, con unos altos índices de recidiva local (33 al 50%) tras su escisión quirúrgica, aunque sin capacidad metastásica a distancia.

Material y método: Paciente de 65 años con antecedentes de insuficiencia mitral severa pendiente de intervención e hipertensión arterial, derivado a nuestras consultas por presentar una tumoración en la pared abdominal a nivel de fosa ilíaca derecha de tres meses de evolución, con estreñimiento y pérdida ponderal asociados. Se le realiza colonoscopia sin hallazgos patológicos y una tomografía computerizada abdominal que muestra una masa abdominal heterogénea, que infiltra recto anterior del abdomen y omento. Se interviene quirúrgicamente hallándose una gran tumoración que parece surgir del musculo recto derecho y que sobrepasa la línea media, con la aponeurosis superficial intacta. Su cara interna esta recubierta por peritoneo parietal aparentemente intacto. Caudalmente se encuentra en íntimo contacto con cúpula vesical, y próxima a vasos ilíacos externos pero con plano de separación. Se realiza exéresis en bloque de la tumoración con pastilla vesical reseccando amplio margen de seguridad, y reconstrucción posterior de la pared abdominal con malla de PTFE. Anatomía Patológica: tumor pleomórfico angiectásico

hialinizante de bajo grado de 12 x 10 x 7 cm de diametro, que infiltra los músculos rectos del abdomen. Inmunohistoquímica positiva para CD34, factor de crecimiento endotelial vascular y CD99.

Tras presentar el caso en el comité multidisciplinar de tumores, se decidió seguimiento sin adyuvancia.

Resultados: El postoperatorio inmediato fue tórpido, con desarrollo de cuadro obstructivo de intestino delgado secundario a adherencias a la malla de PTFE que requirió adhesiolisis quirúrgica el octavo día postoperatorio. Posteriormente evolucionó favorablemente siendo dado de alta y sin evidencia de recidiva local ni a distancia tras 9 meses de seguimiento.

Conclusiones: Los tumores pleomórficos angiectásicos hialinizantes son neoplasias de tejidos blandos no metastatizantes que se originan en tejido celular subcutáneo y el músculo. Debido a su rareza, pueden ser erróneamente diagnosticados. El histiocitoma fibroso maligno y schwannoma deben considerarse en el diagnóstico diferencial siendo necesario el estudio inmunohistoquímico para su diferenciación. Debido a que suelen presentar un crecimiento lento e indoloro su diagnóstico suele ser tardío como fue nuestro caso.

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica con márgenes libres siendo necesario un seguimiento a largo plazo dados sus elevados índices de recidiva local a pesar de realizar resecciones radicales Ro.

La radioterapia a dosis bajas puede ser beneficiosa en casos de resección incompleta para evitar recurrencia.

Absceso de pared abdominal secundario a perforación intestinal por espina de pescado.

Hinojosa Arco, Luis Carlos; Martos Rojas, Noemí; Ramos Muñoz, Francisco; Hernández González, José Manuel; Gómez Pérez, Rocío; Torres Sierra, Juan Bautista; Santoyo Santoyo, Julio; Suárez Muñoz, Miguel Ángel.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños de forma accidental no es un hecho infrecuente en pacientes con prótesis dentales o alteraciones en la deglución. La mayoría de las veces transcurren a través del tracto gastrointestinal y son eliminadas sin producir daño, pero ocasionalmente se relacionan con perforación intestinal.

Objetivos: El objetivo de este artículo es el estudio etiológico de abscesos de pared abdominal en un paciente sin intervenciones previas.

Material y método: Se analiza el caso de una paciente de 83 años sin intervenciones previas ni antecedentes de interés que acude a urgencias por presentar una tumoración infraumbilical de tres días de evolución acompañada de fiebre que aumenta de tamaño de forma progresiva. Analíticamente destaca una leve leucocitosis con discreta elevación de PCR. No presenta alteraciones en el tránsito intestinal. Se realiza TC de Abdomen, que informa de la presencia de una colección de la pared abdominal de 6x5x4 cm, sin más hallazgos significativos.

Resultados: Se realiza drenaje quirúrgico bajo anestesia local. Se drena moderada cantidad de líquido purulento y se

aprecia, dentro de la colección, restos orgánicos correspondientes con una espina de pescado. Tras el drenaje se comprueba la ausencia de comunicación visible con la cavidad abdominal. Se coloca drenaje a través del cual no aparece salida de líquido intestinal en el postoperatorio. La paciente presenta evolución satisfactoria, con buena tolerancia y tránsito intestinal conservado. La herida cura por segunda intención. Durante el seguimiento posterior en consulta se realiza Enteroclistis, en la que no se aprecian alteraciones a nivel de asas intestinales.

Conclusiones: A pesar de la normalidad de las pruebas radiológicas, el caso orienta a la presencia de una perforación intestinal contenida con absceso de pared abdominal secundario. Presentamos este caso para mostrar la necesidad de un estudio gastrointestinal completo en casos de abscesos de pared abdominal de etiología no filiada.

Obstrucción intestinal secundaria a ingesta accidental de cuerpo extraño.

Plata Pérez, Ignacio. Calzado Baeza, Salvador. Reyes Moreno, Montserrat. Robayo Soto, Paul Sebastián. Martín Díaz, Manuel. Ferrer García, Juan Guillermo.

Hospital Santa Ana (Motril)

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños accidental en adultos supone un 20% del total de los casos, progresando satisfactoriamente el tracto gastrointestinal en la mayoría de ellos. La obstrucción intestinal supone una de las principales complicaciones en aquellos casos con evolución desfavorable.

A continuación se exponen dos casos diagnosticados y tratados en el Hospital Santa Ana de Motril.

Material y método: Caso 1: Mujer de 55 años, con antecedentes de osteoporosis y HTA, e intervenida de histerectomía con doble anexectomía hace 16 años y colecistectomía hace 2 años, acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal de tipo cólico y vómitos de varias horas de evolución. A la exploración presenta abdomen distendido, timpánico, doloroso de forma difusa, sin signos de peritonismo. El TC informa de dilatación gástrica y de asas de intestino delgado con cuerpo extraño densidad calcio con morfología de concha.

Caso 2: Varón de 79 años, con antecedentes de HTA, AIT y neoplasia de colon intervenida, que acude al Servicio de Urgencias por epigastralgia, dolor en FID y vómitos de repetición. Analítica: Leucocitos 12010 mil/ μ L, neutrófilos 85,9%, PCR 2,2. Exploración: dolor a la palpación en FID, con irritación peritoneal a ese nivel. TC abdominal: distensión gástrica y dilatación de asas de intestino delgado con contenido líquido en su interior, hasta flanco derecho, donde se observa rarefacción de la grasa e imagen nodular de 22 mm de densidad calcio (en ileon).

Resultados: Caso 1: Se instaura tratamiento de soporte con mala evolución clínica por lo que se interviene quirúrgicamente antes de 24 horas realizándose adhesiolisis y enterotomía longitudinal de borde antimesentérico del asa obstruida, extrayéndose valva de almeja. El postoperatorio cursa con absceso de herida operatoria a partir del 4º día, con mala evolución del mismo y creación de fístula enterocutánea que se

interviene a los 7 días del ingreso. Se encuentra dehiscencia de sutura entérica y se realiza adhesiolisis y resección segmentaria de íleon afecto, válvula ileocecal, apéndice y polo cecal. La herida operatoria se cierra parcialmente. La evolución resulta satisfactoria con curas diarias de herida y cierre de la misma por segunda intención. Fue dada de alta a los 42 días de su ingreso.

Caso 2: Se interviene quirúrgicamente, apreciándose síndrome adherencial e impactación de cuerpo extraño a nivel ileal (almeja), practicándose adhesiolisis y resección de segmento ileal afecto con reconstrucción del tránsito intestinal. El postoperatorio curso de forma tórpida, con cuadro de fuga anastomótica, que precisó reintervención quirúrgica, con realización de nueva anastomosis ileo-ileal e infección importante de la herida quirúrgica, que precisó curas locales. El paciente es dado de alta a los 58 días.

Discusión: La ingesta de cuerpos extraños es un motivo frecuente de consulta en Urgencias, más frecuente de origen accidental en la edad pediátrica o pacientes psiquiátricos así como el origen voluntario en pacientes adultos. En la mayoría de los casos (80 %) dichos cuerpos progresan satisfactoriamente a lo largo del tracto gastrointestinal. En determinados casos, no se produce dicha progresión, manifestándose como cuadros de abdomen agudo con obstrucción intestinal u otras complicaciones como perforación intestinal. La naturaleza de los cuerpos extraños más frecuentemente es alimenticia.

Clínicamente, los pacientes debutan con cuadro de dolor abdominal de corta evolución, acompañado en algunas ocasiones de vómitos sin fiebre. Entre las pruebas diagnósticas a realizar deben de incluirse la radiografía simple, que podrá ser de utilidad en la identificación de cuerpos radiopacos, la tomografía axial computarizada o la ecografía abdominal, comprobándose que es el intestino delgado el más afecto en los cuadros de obstrucción intestinal, a nivel de íleon terminal, como en nuestro caso.

Puede ser la cirugía el tratamiento de elección en aquellos casos de cuadros obstructivos con evolución desfavorable o ante la presencia de posibles complicaciones graves como la perforación intestinal.

Implantes metastásicos en puerto laparoscópico tras colecistectomía por colecistitis aguda.

Hinojosa Arco, Luis Carlos; Monje Salazar, Cristina; Corrales Valero, Elena; Martos Rojas, Noemí; Ramos Muñoz, Francisco; Cuba Castro, José Luis; Torres Sierra, Juan; Santoyo Santoyo, Julio; Suárez Muñoz, Miguel Ángel.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La cirugía laparoscópica aporta una amplia variedad de ventajas, siendo de elección en múltiples procesos como en la colecistectomía. Entre sus posibles inconvenientes se encuentra la aparición de implantes metastásicos en heridas de puertos de trócares tras intervenciones en las que ha habido contacto con células cancerígenas a nivel intraabdominal. La etiología se relaciona con la movilización y el lavado visceral, la presencia de perforación o contaminación,

e incluso con efectos de CO₂ usado para la creación del neumoperitoneo. La incidencia aumenta en casos en los que no es conocida la presencia de enfermedad neoplásica antes de la intervención.

Objetivos: Desglose de un caso clínico para el análisis de los factores implicados en la presencia de metástasis en puertos laparoscópicos.

Material y método: Se presenta un caso clínico de un paciente de 53 años sin antecedentes de interés que es intervenido por un cuadro de colecistitis aguda mediante colecistectomía laparoscópica. La intervención y el postoperatorio transcurren sin incidencias y el informe de anatomía patológica es compatible con colecistitis aguda gangrenosa. Dos meses tras la intervención el paciente acude a urgencias por presentar tumoración dolorosa a nivel de cicatriz de trócar de trabajo de hipocondrio izquierdo que hasta ese momento había pasado desapercibida. Se sospecha la presencia de una hernia laparotómica encarcelada, motivo por el que se interviene de urgencia.

Resultados: Se aprecia intraoperatoriamente tumoración infraaponeurótica que se extiende desde el peritoneo parietal, de la cual se toma biopsia que es informada como metástasis por adenocarcinoma de origen biliar. Se solicita TC de Abdomen, que informa de la presencia de imágenes nodulares intraperitoneales sugestivas de carcinomatosis y dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. Es valorado en consulta de Oncología, proponiéndose tratamiento quimioterápico con intención paliativa, que el paciente acepta. A pesar de ello, al terminar el segundo ciclo presenta episodio de trombosis subclavia y posterior fallecimiento.

Conclusiones: La presencia de implantes metastásicos en puertos de laparoscopia es un efecto adverso que presenta muy poca frecuencia pero no por ello carece de importancia. Es preciso mantener medidas de seguridad como protección de las heridas, evitando contacto de órganos y fluidos con las mismas. Aunque no ha podido ser demostrado, la presencia de implantes metastásicos parece ser superior en casos intervenidos mediante laparoscopia respecto a cirugía abierta, fundamentalmente en patología tumoral biliar. Por ello, se recomienda una valoración y estudio preoperatorio correcto de los pacientes y valorar la vía de elección más adecuada en cada caso.

Hernia Lumbar de Petit: Presentación de un caso clínico y opciones de tratamiento quirúrgico.

Martos Rojas, Noemí; Ramos Muñoz, Francisco; Monje Salazar, Cristina; Corrales Valero, Elena; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Cuba Castro, José Luis; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: La hernia lumbar de Petit es una rara hernia lumbar con menos de 300 casos descritos en la literatura, que aparece a través del triángulo lumbar inferior o de Petit, una zona de debilidad de la pared abdominal cuyos límites los constituyen el borde medial del músculo oblicuo externo del

abdomen lateralmente; el borde lateral del dorsal ancho medialmente y la cresta ilíaca como límite inferior.

Objetivos: Presentar un caso clínico sobre la reparación de la hernia de Petit, describir la técnica quirúrgica seleccionada para dicho caso y contrastar las opciones de tratamiento vigentes en la actualidad.

Material y método: Seleccionamos un caso clínico de una mujer de 57 años que acude a consulta por una tumoración posterolateral derecha, que tras realización de TAC se diagnostica como una hernia de Petit adquirida primaria. La técnica quirúrgica seleccionada fue la hernioplastia con fijación de malla plana de polipropileno Bard Mesh en el espacio preperitoneal.

Tras revisión de la literatura se describen las diferentes opciones de tratamiento quirúrgico que se proponen en el momento actual.

Resultados: Según la literatura, principalmente contamos con dos opciones para la reparación de las hernias lumbares.

La técnica clásica consiste en la cirugía abierta, considerando la fijación de malla plana preperitoneal la mejor de las opciones.

La técnica mínimamente invasiva consiste en la reparación por laparoscopia (con abordajes extraperitoneal o transabdominal intraperitoneal/retroperitoneal) que cuenta con las ventajas que caracterizan este tipo de cirugía, como son una menor morbilidad, menor estancia hospitalaria, menor consumo de analgésicos, etc.

Conclusiones: Nos encontramos ante una hernia poco común, en la que debemos individualizar el caso de cada paciente para seleccionar la técnica más adecuada, teniendo en cuenta las ventajas teóricas de cada una de ellas así como la experiencia del cirujano.

Linfoma folicular mesentérico, una localización infrecuente

Plata Illescas, Cristina; Álvarez Martín, María Jesús; González Martínez, Selene; Vico Arias, Ana Belén; García Navarro, Ana; Segura Reyes, Manuel; Mansilla Roselló, Alfonso; Jiménez Ríos, Jose Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: Los linfomas son un grupo de neoplasias malignas que se originan en los ganglios linfáticos, tejidos linfoides extraganglionares y el sistema celular monocito - macrófago. Pueden dividirse en Hodgkin y no Hodgkin (LNH), de acuerdo a la estructura y la composición de la patología tisular. El peritoneo, epiplón y mesenterio se afectan frecuentemente en los cánceres de ovario, estómago y colorrectal, sirviendo como indicadores pronósticos. Sin embargo, su participación en los linfomas es un fenómeno poco frecuente.

Objetivos: Presentamos el caso de una paciente con linfoma B difuso centrofolicular localizado a nivel de mesenterio y con infiltración de la subserosa intestinal.

Material y método: Paciente de 59 años diagnosticada de Linfoma Folicular mediante biopsia de adenopatía axilar, habiendo recibido tratamiento quimioterápico con 6 ciclos

de CHOP-R y posterior Rituximab de mantenimiento cada 2 meses. Persisten en los sucesivos PET/TAC de control una masa abdominal captante, con incremento progresivo del tamaño y la intensidad, así como un asa de yeyuno engrosada y con un SUV de 2,95. La paciente niega sintomatología abdominal. Dados los hallazgos, se interviene quirúrgicamente hallándose una masa mal delimitada infiltrativa en mesenterio yeyunal, de unos 10 x 6 cm, que se reseca junto a un segmento de unos 20 cm de ileon. Dada la evolución favorable la paciente fue dada de alta precozmente

Resultados: Anatomía Patológica: Linfoma B difuso de células grandes centrofolicular localizado a nivel de mesenterio y que infiltra la subserosa intestinal, con células neoplásicas positivas para CD 45, CD 20, CD79a, Bcl2, Bcl6 y CD10, con KI67 >40%. Posteriormente recibió 4 ciclos de bendamustina Rituximab, con último PET-TC de control que muestra la atenuación hasta valores no significativos de la intensidad metabólica de los focos apreciados en masa mesentérica y adenopatía retroperitoneal, que corresponde a respuesta metabólica completa al tratamiento. La desaparición del hipermetabolismo de las lesiones en el curso del tratamiento tiene utilidad pronóstica en el comportamiento evolutivo de la enfermedad.

Conclusiones: Los tumores primarios sólidos del mesenterio son raros, con una incidencia estimada de 1 caso por cada 200,000-350,000 habitantes. Los linfomas mesentéricos son poco frecuentes y generalmente se originan de un tumor primario gastrointestinal, ovárico o retroperitoneal. En la mayoría de los pacientes corresponden a linfomas difusos de linfocitos B, de células grandes en adultos y de tipo Burkitt en los pediátricos. El resto de los linfomas no Hodgkin y de Hodgkin son excepcionales.

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas debido a su localización intraabdominal, y frecuentemente secundarias a la invasión o compresión de órganos adyacentes. Se han observado algunos casos de linfomas mesentéricos en asociación con trombocitopenia inmune y la dermatitis herpetiforme.

El tratamiento del linfoma mesentérico es la quimioterapia. Sin embargo, la cirugía resulta útil tanto para establecer el diagnóstico definitivo en aquellos casos en los que se presenta como tumoración mesentérica de origen incierto como para la reducción del volumen tumoral y solventar los problemas secundarios a la infiltración locorregional.

Síndrome de Carney: caso infrecuente de neoplasias múltiples

Sánchez-Sánchez LF, Gómez-Rubio D, Ruíz-Juliá M.L, Ponce-Guerrero I, Martín-Balbuena R.

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: El Síndrome de Carney o «triada de Carney» es una entidad rara, que se caracteriza por la aparición concomitante o sucesiva de tres tumores diferentes: paragangliomas extraadrenales, tumores del estroma gastrointestinal (GIST) y condromas pulmonares. La etiología es desconocida y no se ha encontrado una base familiar o genética. Se trata de un síndrome de neoplasia múltiple que afecta principalmente a mujeres jóvenes (85%). Es extremadamente raro que los pa-

cientes presenten la triada completa, la presencia de dos de los tres tumores hacen el diagnóstico. Los tumores gástricos son los más frecuentes (99%), aparecen precozmente, con pocos síntomas locales y con tendencia a ser multicéntricos. Los condromas pulmonares (76%) crecen lentamente y son típicamente asintomáticos. Los paragangliomas (47%) son típicamente extraadrenales y funcionantes. La combinación de sarcoma gástrico y condroma pulmonar es la más frecuente.

Objetivos: Exponer el caso de un paciente con diagnóstico de S. Carney.

Materiales y métodos: caso clínico: Hombre de 39 años. AP: apendicectomía, lobectomía superior izquierda (hamartoma condroide) hace 10 años, Suprarenalectomía más exéresis de nódulo paraaórtico izquierdo (feocromocitoma y paraganglioma extraadrenal respectivamente) hace 8 años Fig 1. Remitido a nuestra consulta por tumor gástrico submucoso detectado en TAC de seguimiento Fig 2. TAC abdominal: Defecto de replección a nivel del estómago que mide 38,4 x 59,1 x 77,4 mm (T x AP x L). Eco-endoscopia: Tumoración antral de 3 cm de diámetro mayor, heterogénea, hipocóica, que se origina en la muscular de la mucosa, sin compromiso de capas profundas, compatible con tumor estromal.

Resultado: Intervención: Gastrectomía parcial. Abordaje: Laparotomía media supraumbilical. Duración: 2h: 30. Complicaciones: Ninguna. Hallazgos: Tumor en cara anterior de antro gástrico de aproximadamente 3 cm. Que se reseca mediante gastrectomía parcelar. Post-operatorio: Sin incidencias, alta al 6to día. Actualmente en seguimiento por Oncología y Cirugía, libre de enfermedad.

Conclusiones: Se debe tener en cuenta la posibilidad de este síndrome cuando se diagnostique uno de los tres tumores descritos en un paciente joven, sobre todo si es mujer. En tal caso, se debe realizar los estudios diagnósticos pertinentes en busca de los otros tumores.

Carcinoma paratiroideo con clínica de hiperparatiroidismo primario como debut. A propósito de un caso

Gonzalez P; Morales G; Escorcesca I; Candon J; Bejarano D; Perea M.J; Beltran P; Balongo R.

Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

Introducción: El carcinoma de paratiroides es un cáncer endocrino con una presentación infrecuente, descrito por primera vez en el año 1904 por Fritz De Quervain, siendo descritos en la literatura mundial un número bajo de casos, siendo el origen de menos del 1% de los casos de hiperparatiroidismo primario.

El objetivo de nuestra comunicación es la presentación de un caso clínico de Carcinoma Paratiroideo inferior derecho intervenido en el Hospital Juan Ramon Jimenez en el año 2014.

Material y método: Paciente mujer de 52 años.

DM tipo II en tto. con ADO.

HTA en tratamiento con 4 fármacos (Valsartán, Atenolol, Furosemida y Doxazosina) Fumadora de 1 paq/día desde los 20 años.

Remitida desde Nefrología por hiperparatiroidismo primario secundario a nódulo paratiroideo hiperfuncionante.

En las pruebas radiológicas se objetivan

Ecografía de Tiroides:

Caudal y posterior al polo inferior del lóbulo tiroideo derecho visualizamos formación redondeada hipocóica de aprox 15 x 9,4 mm compatible con agrandamiento de paratiroides bien por adenoma o hiperplasia, no otras alteraciones a destacar en el estudio.

GA de Paratiroides (Tc99m.MIBI).

SPECT-TC de Paratiroides (Tc99m.MIBI).

GA de Tiroides (Tc99m. Pertecnato Sódico)

Leve captación persistente en una discreta zona redondeada caudal al polo inferior del lóbulo tiroideo derecho.

La gammagrafía tiroidea con pertecnato no muestra alteraciones en la zona.

Los hallazgos combinados en el contexto del paciente sugieren tejido paratiroideo hiperfuncionante de localización inferior derecha, por lo que se le realiza como intervención quirúrgica reglada una paratiroidectomía inferior derecha.

Resultados: Anatomía Patológica: La neoplasia muestra amplia invasión capsular, bandas fibrosas en el seno de la lesión, atipia citológica y ocasionales figuras mitóticas. No se observa necrosis, invasión vascular ni extensión a los tejidos periglandulares. La tumoración se encuentra ajustada a los bordes quirúrgicos.

TC con Contraste I.V. de Cuello y torax (control postoperatorio)

Sin evidencia de lesiones focales en teórica situación anatómica de paratiroides, ni afectación ganglionar cervico-torácica (adenopatías que no alcanzan tamaño radiológico significativo), no metástasis pulmonares o alteraciones en esqueleto incluido.

Sin evidencia de lesiones focales en teórica situación anatómica de paratiroides, ni afectación ganglionar cervico-torácica (adenopatías que no alcanzan tamaño radiológico significativo), metástasis pulmonares o alteraciones en esqueleto incluido.

Conclusiones: El carcinoma de paratiroides es una neoplasia endocrina extremadamente rara. [Su presentación clínica suele ser consecuencia de los niveles elevados de calcio, recomendándose estudio de imagen para localizar con precisión el tumor.](#)

El tratamiento es quirúrgico, incluyendo la resección en bloque del tumor y de las estructuras circundantes si estuviesen involucradas. No hay evidencia de la eficacia clara de la quimioterapia adyuvante o radioterapia, sin embargo, algunos datos indican su utilidad, debiéndose adaptar la terapia al paciente.

Se asocia típicamente con un curso clínico prolongado, con múltiples recurrencias, (en la mayoría de los casos locales).

Debido al valor limitado de las terapias adyuvantes, el tratamiento recomendado para la recurrencia y metástasis también es la resección quirúrgica, si es técnicamente factible.

Invaginación Intestinal Transitoria Múltiple como causa de dolor abdominal crónico.

Ruiz Juliá, María Luisa; Aguilar Luque, José; Ponce Guerrero, Irene María; Sánchez Sánchez, Luis Fabricio; Martín Balbuena, Ramón; Martínez García, Pablo.

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La invaginación intestinal es una entidad rara, más frecuente en los niños y menos común en adultos, siendo una posible causa a descartar en caso de abdomen agudo. El mecanismo etiopatogénico podría corresponder a la presencia de una lesión intestinal que altera los movimientos peristálticos normales y sirve como un punto para la intususcepción. Sin embargo, el mecanismo de la entidad rara de Invaginación Intestinal Transitoria, como ocurre en el caso clínico que presentamos, no está bien descrita en la literatura médica y son con frecuencia idiopáticos, reduciéndose de forma espontánea sin precisar de ninguna intervención quirúrgica.

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente varón de 17 años apendicectomizado en abril de 2004 con diagnóstico intraoperatorio de divertículo de Meckel no extirpado, en estudio durante años por el Servicio de Digestivo por dolor abdominal cólico recurrente y ferropenia. Se decidió la realización de laparoscopia exploradora electiva diagnóstica y terapéutica para extirpación de divertículo de Meckel.

Material y método: Tras exploración minuciosa de todo el íleon terminal por vía laparoscópica sin encontrarse divertículo ni otro hallazgo sugestivo de patología en ese segmento, se decide conversión mediante mini-laparotomía mediante ampliación de la incisión utilizada para el trocar laparoscópico umbilical de 12 mm con el fin de examinar manualmente todo el intestino.

Resultados: Se objetivaron 11 segmentos de yeyuno proximal afectados por invaginaciones intestinales sin ninguna masa, pólipo ni otra lesión intraluminal o intramural a la palpación, como posible causa de las mismas. No dilatación de asas ni hallazgos sugestivos de obstrucción intestinal. Debido a la desinvaginación espontánea de dichos segmentos, no se llevó a cabo ningún otro gesto quirúrgico, siendo el paciente derivado al alta a las 48 horas del postoperatorio completamente asintomático.

Conclusiones: El diagnóstico de la invaginación intestinal transitoria en adultos puede constituir un reto ya que a menudo se presenta con síntomas y signos inespecíficos, e incluso en algunos casos completamente asintomáticos.

El tratamiento es casi siempre quirúrgico en adultos con invaginación intestinal como causa de abdomen agudo, con resección y anastomosis primaria del segmento afectado del intestino. Por el contrario, el tipo transitorio puede ser manejado de forma conservadora en ausencia de complicación aguda.

Aún no existen datos suficientes en la literatura para discutir cualquier terapia estándar o de seguimiento para esta entidad poco frecuente de invaginación intestinal.

TUMOR PRIMARIO INFRECIENTE DE LA MAMA: ANGIOSARCOMA

Calzado Baeza, Salvador Francisco; Reyes Moreno, Montserrat; Robayo Soto, Paul Sebastian; Plata Pérez, Ignacio; Ferrer García, Juan Guillermo.

Hospital Santa Ana, Motril.

Introducción: El angiosarcoma primario de la mama es extremadamente raro. Los hallazgos radiológicos son a menudo inespecíficos y pueden ser normales en un tercio de los casos. El pronóstico suele ser malo debido a las altas tasas de recidiva local y el desarrollo temprano de la metástasis.

Material y método: Paciente sin antecedentes de interés, en seguimiento por Servicio de Radiodiagnóstico por mastalgia por lo que se realizó ecografía mamaria que informa de aumento de densidad y trabeculación en mama izquierda de forma difusa con engrosamiento cutáneo y nódulo hipoecogénico sólido de 42mm en CSE MI compatible con mastitis y PAAF sin evidenciar malignidad de 1 año de evolución, es derivada a nuestra consulta por aumento de tamaño de la lesión y biopsia tras eco de control a los 6 meses compatible de angiosarcoma, para valorar tratamiento quirúrgico.

Resultados: Se realiza mastectomía con ayuda de ecografía y biopsia intraoperatoria para objetivar márgenes libres. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

El resultado de anatomía patológica informa de angiosarcoma de alto grado con expresión de CD34 y CD31 de forma masiva y alto índice de proliferación.

Conclusiones: El angiosarcoma de mama es un tumor muy infrecuente y con mal pronóstico, con una media de supervivencia tras su diagnóstico entre 1,9-2,1 años.

Entre los sarcomas primarios, el angiosarcoma es el más frecuente. Se presenta con mayor incidencia entre la tercera y la cuarta décadas de la vida y su etiología es desconocida.

Clínicamente se caracteriza por la aparición de una masa palpable, frecuentemente dolorosa, que no suele estar adherida a planos profundos ni a la piel y de crecimiento rápido. Hasta en un 35% de los pacientes la tumoración aparece como una lesión violácea en la piel.

La mamografía suele mostrar signos inespecíficos (engrosamiento de la piel y áreas de mayor densidad de la glándula) y el diagnóstico definitivo se realiza mediante la biopsia y estudio histológico con inmunohistoquímica (anticuerpos contra el factor VIII, Ulex Europeus, CD31 y CD34). El diagnóstico es difícil de establecer, incluso tras el análisis histológico de la pieza pues, en un primer momento, estas lesiones frecuentemente se consideran como benignas, y en ocasiones no se establece un diagnóstico definitivo hasta que aparece una recurrencia. Se estima hasta el 33% de falsos negativos. Por ello, es preferible considerar maligna a toda lesión vascular de la mama, aún con apariencia histológica benigna.

El tratamiento del angiosarcoma se basa en una completa escisión de la lesión con márgenes libres prefiriendo la mastectomía a la resección local del tumor por mayor tasa de márgenes libres. La resección del pectoral mayor sólo está indicada en casos de invasión de éste y la linfadenectomía axilar electiva no está justificada, por la baja frecuencia de metástasis ganglionares regionales. La recidiva local es frecuente y, aun-

que augura un mal pronóstico, no excluye un nuevo intento quirúrgico incluso con carácter curativo.

El papel de la radioterapia y la quimioterapia no está completamente definido y se recomienda en tumores grandes o con signos histológicos de agresividad.

perforación esofágica tratada de forma conservadora

Ferrer, Carmen; Vílchez rabelo, Andrea; Bustos Merlo, Andrea; Álvarez Martín María Jesús; Fundora Suarez, Yiliam; García Navarro Ana; Jimenez Rios, José Antonio.

Hospital Complejo Hospitalario de Granada

Introducción: está descrito que la ingesta tanto de espinas de pescado como de huesos de carne son responsables del 7 al 14% de todas las perforaciones esofágicas, y en muchos casos constituyen una emergencia quirúrgica.

Objetivos: presentamos el caso de una paciente con perforación esofágica secundaria a la ingesta accidental de espina de pescado, la cual se trató de forma conservadora con buenos Resultados: **Material y método:** Mujer de cincuenta y cuatro años, la cual acude a Urgencias tras la ingesta accidental por espina de pescado y comienzo de odinofagia, no refiere fiebre, disnea, disfagia ni disfonía. En el servicio de urgencias es valorada por otorrino y digestólogo, con realización de EDA y laringoscopia, sin visualización del cuerpo extraño, ante la persistencia del dolor, se realiza TC de tórax, donde se aprecia una imagen hiperdensa lineal (compatible con cuerpo extraño) en pared anterior de esófago proximal, no se aprecian colecciones asociadas. La paciente fue ingresada a cargo de Cirugía General, donde se inició antibioterapia iv y nutrición parenteral, ante la estabilidad hemodinámica de la paciente y la no presentación de complicaciones posteriores así como la desaparición de la odinofagia (fue evaluada clínica, radiológica y analíticamente de forma continuada), se inició tolerancia oral, la cual fue satisfactoria y se procedió al alta

Resultados: actualmente la paciente se encuentra en revisión por nuestra parte y completamente asintomática.

Conclusiones: las complicaciones más frecuentemente halladas en la literatura por perforación esofágica por espinas o huesos, son los abscesos, mediastinitis y fistulas. Las perforaciones por espina de pescado se producen más frecuentemente a nivel del ano siendo la frecuencia descrita a nivel esofágico del 5,8%, localizándose con mayor incidencia a nivel del esófago torácico. La clínica más frecuente es el dolor, disfagia, odinofagia, sensación de cuerpo extraño y sialorrea. Según la mayoría de los estudios la TC es el método más sensible y específico para el diagnóstico. En lo referente al tratamiento de la perforación contenida puede ser no quirúrgico, según describen muchas series, eliminando la fuente de infección, estableciendo una nutrición y antibioterapia iv y asegurando un drenaje adecuado.

Perforación estercorácea de colon, una rara e infravalorada entidad.

Molina Raya, Andrea; Vílchez Rabelo, Andrea; Bustos Merlo, Ana Belén; Álavarez Martín, María Jesús; García Navarro, Ana; Fundora Suarez Yiliam; Jimenez Rios, José Antonio.

Hospital Complejo Hospitalario de Granada

Introducción: la perforación estercorácea de colon es una entidad infravalorada y con muy pocos casos descritos en la literatura (según algunos trabajos, no más de 100)

Objetivos: describimos el caso de una paciente con perforación estercorácea a nivel de recto sigma de la cual hay muy pocos casos descritos en la literatura.

Material y método: mujer de 47 años, con parálisis cerebral, estenosis esofágica péptica sometida a dilataciones y estreñimiento crónico, la cual es traída a urgencias por dolor abdominal. Con exploración compatible con peritonismo y TC de abdomen diagnóstico de obstrucción intestinal secundaria a fecaloma, a nivel de recto-sigma, con colitis estercorácea complicada con perforación, apreciando gas extraluminal adyacente a sigma y en grasa del mesorrecto. Es intervenida de urgencias realizando operación de Hartmann. La paciente evolucionó de forma lenta pero satisfactoria y fue dada de alta con colostomía funcionante y buena tolerancia.

Resultados: La paciente actualmente se encuentra asintomática y en revisiones por nuestra parte.

Discusión: se describe en la literatura que la perforación estercorácea representa el 1,2% de los procedimientos de cirugía de urgencias a nivel colorrectal y el 2,3% de todas las perforaciones de colon. Está relacionada con el estreñimiento crónico, las alteraciones motoras intestinales y ciertas medicaciones.

La clínica de presentación es la propia de las perforaciones de colon, con peritonitis fecaloidea.

La mortalidad es alta y el tratamiento quirúrgico es la norma, siendo la intervención de Hartmann el gold estándar en la literatura.

Tumor de krukemberg con diagnóstico intraoperatorio

Calzado Baeza, Salvador Francisco; Robayo Soto, Paul Sebastian; Reyes Moreno, Montserrat; Plata Pérez, Ignacio; Ferrer García, Juan Guillermo.

Hospital Santa Ana, Motril.

Introducción: El tumor de Krukemberg supone el 30-40 % de los cánceres metastásicos al ovario y el 1-2 % los tumores malignos de ovario. Para su diagnóstico se requieren características histopatológicas específicas. El principal sitio de origen es el tracto gastrointestinal siendo su pronóstico muy desfavorable.

Material y método: Paciente con antecedentes de pirosis con endoscopia digestiva alta (EDA) en la cual no se evidencia patología, estudiada 4 meses más tarde por Servicio de Ginecología por dolor abdominal y hallazgo ecográfico de tumoración sólido-quística de 6-7cm en ovario derecho y

líquido libre. Se realiza RMN pélvica que informa de quiste 7x5x9cm sugestivo de fibrotecoma, completando con TC abdominal sin evidenciar lesiones focales en hígado y discreta esplenomegalia.

Resultados: Ginecología realiza histerectomía y doble anexectomía mediante laparotomía media infraumbilical, apreciando tumoración gástrica por lo que se contacta con Cirugía.

En el postoperatorio se completa estudio con EDA que visualiza úlceras fibrinadas en cara anterior de antro y curvatura menor gástrica con biopsia de adenocarcinoma pobremente diferenciado, y con TC abdomen con engrosamiento a nivel de curvatura menor gástrica con probable infiltración de ligamento gastro-hepático.

El estudio anatomopatológico de la pieza ginecológica informa de adenocarcinoma pobremente diferenciado de origen gástrico (CK7+, CEAI-3+, CK20+).

Tras reunirse la comisión de tumores se plantea neoadyuvancia para asegurar resecabilidad, siendo la respuesta favorable en estos momentos.

Conclusiones: Se define el tumor de Krukenberg como aquel que metastatiza a ovario procedente del tracto gastrointestinal, preferentemente de estómago o intestino grueso. La edad promedio de presentación es de 45 años. Suele cursar de forma asintomática o con síntomas inespecíficos como pérdida de peso, dolor abdominal o meteorismo.

La inmunohistoquímica es útil en la orientación del tumor de Krukenberg primario. Los tumores negativos para CK7 e inmunoreactivos para CEA o CK20 tienen más probabilidades de ser de origen colorrectal. Sin embargo, los tumores que son positivos a CK7 y CK20 son más propensos a ser de origen gástrico.

La anexectomía podría ser útil para prolongar la supervivencia de algunas pacientes con tumor de Krukenberg de origen gástrico, sobre todo en aquellos casos que cursan sin ascitis y con tumor primario. No se recomienda la metastasectomía ovárica si la lesión primaria estómago no hubiera sido resecada, o ascitis fue detectada.

La quimioterapia y la radioterapia no tienen ningún papel significativo en el curso clínico de los tumores de Krukenberg.

La supervivencia es del 12,1% a 5 años sin tratamiento quirúrgico.

Metástasis de carcinoma de mama triple negativo en cuero cabelludo

Sánchez-Sánchez L.F, Delgado-Jiménez M.C, Ruíz-Juliá M.L, Ponce-Guerrero I, Martín-Balbuena R.

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: El cáncer de mama triple negativo (CMTN) (RE-,RP-, HER2-) representa aproximadamente el 20% de todos los cánceres de mama, se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres de menos de 40 años en comparación con el cáncer de mama con receptores hormonales positivos y tiende a comportarse de manera más agresiva y con tasas de recidiva mayores que éstos. En cuanto al pronóstico, también éste es peor que el de los otros subtipos de cáncer de mama.

La quimioterapia citotóxica combinada, continua siendo el tratamiento estándar en los CMTN en estadio temprano asociado a cirugía y terapia de radiación.

Objetivos: Exponer un caso infrecuente de presentación de enfermedad metastásica de cáncer de mama.

Material y método: caso clínico: Mujer de 50 años. APP: DM tipo II, Cuadrantectomía supero externa de mama izquierda con ampliación de márgenes más linfadenectomía axilar por CDI triple negativo en 2011. pT3No. En seguimiento anuales por Oncología. Consulta por presentar lesión nodular en cuero cabelludo de 1 mes de evolución. Fig 1. Había realizado tratamiento antibiótico por sospecha de quiste sebáceo, sin obtener mejoría. Se realiza biopsia de la lesión informándose como metástasis de carcinoma de mama con patrón inmunohistoquímico (RE: Neg, RP: Neg, HER2: Neg.). TAC de extensión: lesión de aspecto neoplásico infiltrativo en mediastino (55x47x60 mm T, AP y L), lesiones de aspecto metastásico en TCS y cuero cabelludo de la región occipital.

Resultado: Paciente con antecedentes de Ca de mama Triple negativo intervenida hace 4 años, se diagnóstica de enfermedad metastásica se envía a Oncología para valoración y manejo. La paciente inicia quimioterapia a base de Paclitaxel más Bevacizumab.

Conclusiones: Actualmente el cáncer de mama metastásico se considera una enfermedad incurable, el manejo de estos pacientes es el tratamiento sistémico.

Perforación intestinal como debut de linfoma MALT

Calzado Baeza, Salvador Francisco; Reyes Moreno, Montserrat; Plata Pérez, Ignacio; Robayo Soto, Paul Sebastian; Ferrer García, Juan Guillermo.

Hospital Santa Ana, Motril.

Introducción: Los tumores de intestino delgado (ID) son neoplasias muy infrecuentes, siendo los linfomas la tercera neoplasia primaria (entre el 15 y el 20%), lo que implica una baja prevalencia en la práctica clínica habitual.

Material y método: Paciente sin antecedentes de interés, acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal de predominio postprandial de meses de evolución, intensificado en las últimas 24 horas junto a la aparición de náuseas y vómitos. A la exploración presenta abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación de forma generalizada y peritonismo. Análítica sanguínea sin alteraciones de interés. Se completa estudio con TC abdominal el cual informa de masa de 12 cm en raíz de mesenterio compatible con conglomerado adenopático junto a asa intestinal en pelvis dilatada y pared engrosada, cambios inflamatorios y neumoperitoneo en gasa adyacente compatibles con linfoma intestinal.

Resultados: Se interviene al paciente de urgencia mediante laparotomía media objetivando una peritonitis generalizada secundaria a perforación de asa yeyunal adyacente a tumoración en raíz de mesenterio de 10x15cm. Se resecta asa perforada y tumoración infiltrante con reestablecimiento de continuidad mediante anastomosis laterolateral mecánica.

El resultado anatomopatológico revela un linfoma B difuso de células grandes.

El postoperatorio resulta satisfactorio con alta hospitalaria al 7º día.

Conclusiones: La mayoría de los linfoma no hogkin (LNH) intestinales son linfomas B de grado intermedio o alto y la variante histológica más frecuente (55%) es el linfoma B difuso de células grandes.

La afectación secundaria por linfomas de otras localizaciones es más frecuente que los LNH primarios intestinales, los cuales se definen como aquel con síntomas primarios atribuibles a la afectación intestinal o la presencia de una masa, y debe de cumplir los criterios de Dawson: que no haya adenopatías periféricas ni mediastínicas patológicas, el recuento leucocitario y la biopsia de médula ósea deben ser normales, la enfermedad está confinada a ID sin afectación hepatoesplénica y, si se identifican adenopatías durante la laparotomía, deben estar situadas en la zona locorregional.

En cuanto a la clínica, el carácter inespecífico de los síntomas (dolor abdominal, pérdida ponderal, astenia, alteración del hábito intestinal) suele implicar un retraso en el diagnóstico, debutando como abdomen agudo por perforación intestinal en el 5-15% de los casos.

El diagnóstico se puede realizar mediante métodos de imagen (ecografía abdominal, resonancia magnética, TC, gammagrafía) siendo rentabilidad diagnóstica de todos ellos baja, o por técnicas endoscópicas. La cápsula endoscópica permite el estudio de la totalidad del intestino delgado con lo que es posible descartar una afectación multifocal del linfoma y permite efectuar controles durante el seguimiento.

La cirugía es el pilar central del tratamiento, consiste en la resección quirúrgica del segmento de ID, seguida de radioterapia y/o quimioterapia

Los parámetros que implican peor pronóstico son: el tamaño tumoral (mayor de 10 cm), un alto grado histológico, el estadio tumoral superior a IIE, la histología inmunoblástica, la aneuploidía, los linfomas T, la edad, la presentación como abdomen agudo (especialmente la perforación) y la multifocalidad.

Resolución mediante abordaje laparoscópico de las complicaciones de la banda gástrica.

Brea Gómez, Esther; Rubio López, José; Mirón Pozo, Benito; Romera López, Ana Lucía, Jiménez Ríos, José Antonio.

Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Objetivos: La gastroplastia mediante banda gástrica es una opción terapéutica en relativo auge dada su sencillez en cuanto a procedimiento, si la comparamos con otras técnicas en cirugía de la obesidad. Presenta una baja mortalidad (0,07%) y morbilidad a cortoplazo; algunas seires reflejan complicaciones a medio plazo de hasta un 9%, precisando reintervención en el 5% de los casos. Las complicaciones tardías más frecuentes son el deslizamiento y la migración intragástrica de la banda.

Material y método: Paciente mujer de 42 años, portadora de banda gástrica desde hace cuatro años, acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de tipo cólico y dificultad

para la tolerancia oral de meses de evolución. A la exploración presenta buen estado general, apirética, abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. Se realiza tránsito gastrointestinal y TAC que informan de malposición de banda gástrica, que se encuentra descendida con dilatación de tercio distal de esófago y del fundus craneal a la banda, sin evidenciar obstrucción al paso de contraste.

Resultados: La paciente se interviene realizándose laparoscopia exploradora de forma preferente. Se evidencia gran prolapso gástrico craneal con malposición de la banda. Existen múltiples adherencias que recubren el dispositivo casi en su totalidad. Se procede a realizar adhesiolisis y extracción cuidadosa de la banda tras su apertura. Tras la desconexión del reservorio se extrae directamente aprovechando uno de los trócares y con posterioridad se efectúa la exéresis del reservorio. Se comprueba correcto paso de fundus a cuerpo, a traés del anillo cicatricial que deja la banda como reacción a cuerpo extraño u se corrobora así mismo que no existe ningún defecto en ese anillo tras la retirada, mediante azul de metileno. El postoperatorio de la paciente es favorable, siendo dada de alta hospitalaria tolerando la vía oral el 4 día postoperatorio

Conclusiones: La gstroplastia mediante banda gástrica constituye una opción quirúrgica poco agresiva para los pacientes con obesidad mórbida, pero no por ello exenta de complicaciones que pueden precisar la reintervención; la mayoría de los casos permiten un abordaje laparoscópico para la resolución eficaz del cuadro y extracción de la bada con baja morbilidad, como es el caso que presentamos. En los casos de inclusión puede ser necesaria la realización de laparotomía.

Linfangioma quístico cervical tratado mediante inyección de OK-432, con buenos Resultados

Dominguez Bastante, Mireia; Vílchez Rabelo, Andrea; Díez José Luis; Torné Poyatos, Pablo; Álvarez Martín, María Jesús; García Navarro, Ana; Fundora Suarez, Yiliam; Jimenez Rios, José Antonio

Hospital Complejo Hospitalario de Granada

Introducción: el linfangioma quístico tratado mediante sustancias esclerosantes como alternativa a la cirugía es una opción a tener en cuenta en el tratamiento, ya que han sido reportados en la literatura algunos trabajos con buenos Resultados: **Objetivos:** presentamos el caso de un linfangioma quístico cervical, tratado con OK-432, con resolución completa del cuadro y sin efectos adversos.

Material y método: mujer de 44 años sin antecedentes de interés, la cual presenta un linfangioma quístico cervical, de unos quince centímetros de diámetro, el cual le ocasiona molestias desde hacía bastante tiempo, tratada inicialmente con cirugía con reproducción del mismo, por lo que posteriormente se realizó inyección de OK-432 (Picibanil), el cual produjo una rápida mejora del cuadro, sin efectos secundarios en la paciente, aunque a las 6 semanas, ocurrió una recidiva, por lo que fue administrado de nuevo otra dosis de OK-432, con resolución total del cuadro.

Resultados: La paciente no sufrió efectos adversos y actualmente se encuentra asintomática.

Conclusiones: Los linfangiomas son tumores benignos, generalmente asintomáticos, aunque su crecimiento puede producir ciertas molestias. En un 75% de los casos, la localización es cervical, y dentro de ésta, la localización más frecuente es el triángulo posterior.

El diagnóstico es clínico en muchos casos, aunque también se apoya de pruebas de imagen.

Clásicamente el tratamiento ha sido la cirugía, aunque no exenta de complicaciones, fundamentalmente por la localización del linfangioma, por lo que algunos autores recomiendan el uso de sustancias esclerosantes, entre ellas cabe mencionar el uso del OK-432 (Picibanil), del que hay descritos en la literatura resultados alentadores para el futuro tratamiento de este tipo de tumores.

Hernia inguinal encarcerada como forma de presentación de aneurisma de la arteria hipogástrica.

Brea Gómez, Esther; Molina Barea, Rocío, Aranaz Ostáriz, Verónica; Pérez Durán, Carmen; Romera López, Ana Lucía, Jiménez Ríos, José Antonio.

Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: La frecuencia del aneurisma de la arteria hipogástrica es del 0,4-1,9% de todos los aneurismas. Presentamos el hallazgo casual de esta patología en un paciente que acude con diagnóstico de hernia inguinal encarcerada.

Material y método: Paciente de 85 años, con antecedentes personales de HTA y dislipemia e intervenido de hernia inguinal izquierda, que acudió al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor inguinal derecho, asociado a náuseas, vómitos, ausencia de emisión de heces de varios días de evolución y tumoración inguinal derecha. A la exploración: abdomen anodino y hernia inguinal derecha dolorosa e irreductible. La analítica de sangre mostró leucocitosis de 12,500 con 85% de neutrofilia, resto sin alteraciones. Se realizó radiografía de abdomen sin hallazgos de interés. Se ingresó al paciente con diagnóstico de probable hernia inguinal encarcerada para intervención quirúrgica urgente. Antes de la intervención se reevaluó de nuevo al paciente, encontrándose asintomático, con completa reducción de la hernia inguinal, por lo que se decidió observación.

Resultados: Tras 12 horas asintomático, el paciente comenzó con dolor abdominal en fosa iliaca derecha, que se fue intensificando, presentando defensa a dicho nivel. Se solicitó nueva analítica y TAC abdominopélvico con contraste. La analítica mostró hemoglobina de 7,8 g/dL, como único hallazgo de interés. El TAC informó de dilatación aneurismática de aorta infrarrenal que se continúa hacia la derecha con paredes bien delimitadas, colección en espacio prerrenal hasta suelo pélvico, hernia inguinal derecha. El paciente presentó evolución tórpida, con dolor abdominal intenso, sensación de enfermedad, palidez mucocutánea, diaforesis, taquicardia y tensiones arteriales indetectables. Ante tales hallazgos se avisa a Cirujano Vascular de guardia y se decidió intervención quirúrgica urgente: inserción de endoprótesis y bypass femoro-femoral izquierdo derecho.

Durante la intervención el paciente requirió uso de drogas

vasoactivas así como politransfusión, precisando ingreso en UCI con muy mal estado y pronóstico, siendo exitus a las 3 horas de la intervención.

Conclusiones: La ruptura de aneurisma de la arteria hipogástrica se presenta con cuadros tan diversos como distensión abdominal, dolor en miembros inferiores, sangrado hemorroidal, incontinencia urinaria con hematuria, hernia inguinal encarcerada etc. Se trata de una patología muy infrecuente pero con una alta mortalidad que debería tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal con mala evolución inesperada.

Adenocarcinoma duodenal, una rara entidad

Vílchez Rabelo, Andrea; Villegas Herrera, María Trinidad; Díez José Luis; Domínguez Bastante, Mireia; Muffak Granero, Karim; Becerra Massare, Antonio; Fundora Suarez, Yiliam; Jimenez Rios, José Antonio

Hospital

Introducción: Neoplasia poco frecuente, según algunos autores, corresponde a < 0,5 % de todas las neoplasias malignas gastrointestinales. La mayoría de los tumores se presentan en la región periampular. Debido a su baja incidencia son pocos los estudios publicados y numerosos los puntos de controversia, tales como la extensión de la cirugía, incluyendo la extensión de la disección de los ganglios linfáticos y los factores pronósticos.

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente con adenocarcinoma duodenal, el cual fue tratado quirúrgicamente como primera opción terapéutica, para posterior tratamiento adyuvante.

Material y método: Paciente varón de 54 años, con antecedentes de úlcera duodenal en tratamiento con omeprazol e hiperuricemia, el cual es estudiado por cuadro de anorexia, náuseas, vómitos y pérdida de peso en los últimos meses. Se realizan EDA, TC abdominal y PET TC, hallando una neoplasia estenosante a nivel de segunda rodilla duodenal sin afectación vascular y sin metástasis asociadas. Se decide en Comité Multidisciplinar tratamiento quirúrgico realizándose duodenopancreatectomía cefálica con extirpación de adenopatías peripancreáticas. La Anatomía Patológica estableció un adenocarcinoma pobremente diferenciado con infiltración serosa duodenal y adenopatías positivas 3/19.

Resultados: El paciente evolucionó de forma favorable, sin incidencias, por lo que fue dado de alta. Actualmente se encuentra en seguimiento por parte de Oncología, decidiéndose tratamiento adyuvante.

Conclusiones: Neoplasia poco frecuente, pero siendo la neoplasia primaria más común del intestino delgado. En la mayoría de los casos se encuentra localizada en la segunda o tercera porción duodenal.

La presentación clínica más frecuente es el dolor abdominal y la pérdida de sangre, también se asocia con síndrome constitucional y masa abdominal palpable.

Para el diagnóstico las pruebas radiológicas son fundamentales para establecer el grado de invasión así como la Anatomía Patológica.

En lo que respecta a los factores pronósticos hay ciertas discrepancias, ya que algunos autores establecen que el estado de los ganglios linfáticos, la invasión del páncreas y el tamaño del tumor son predictores de supervivencia, por el contrario, otros estudios han informado de lo contrario.

Se han establecido tasas de supervivencia tras la resección en este tipo de tumores del 32% a los cinco años, siendo la DPC el tratamiento estándar para los adenocarcinomas de la parte primera y segunda del duodeno. Desafortunadamente, no hay opciones estándar disponibles en el tratamiento postoperatorio debido a la rareza de la malignidad y la ausencia de estudios prospectivos, siendo el tratamiento adyuvante de quimioterapia o quimio-radioterapia, basada en gran medida en los datos extrapolados de los ensayos clínicos de páncreas y los datos retrospectivos, la que se usa actualmente. En caso de recurrencia o enfermedad metastásica los datos son aún más escasos. En la enfermedad recidivante, la quimioterapia de primera línea con gemcitabina y cisplatino es ampliamente aceptada, pero sin gran nivel de evidencia. Por otra parte, no hay estudios con resultados evaluados en relación con el enfoque paliativo y control local.

En los últimos datos publicados al respecto en relación con el último Simposio ASCO de 2013 encontramos resultados prometedores con radioterapia así como el enfoque molecular con el gen- PCR 92.

Sin embargo son pocos pacientes en las distintas series publicadas actualmente para poder establecer un tratamiento gold estándar.

Necrosis gástrica secundario a dilatación gástrica aguda.

Roldán Ortiz, Susana; Bengoechea Trujillo, Ander; Fornell Ariza, Mercedes; Pérez Gomar, Daniel; Bazán Hinojo, M^a Del Carmen; Ayllón Gámez, Saray; Mayo Ossorio; M^a de los Ángeles; Castro Santiago, M^a Jesús; Pacheco García, Jose Manuel; Fernández Serrano, Jose Luis.

Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: La dilatación aguda del estómago es un trastorno poco frecuente, con notable gravedad y mortalidad. Existen muy pocos casos descritos en la literatura de dilatación gástrica aguda con necrosis por distensión, sin perforación y muerte de la paciente.

Material y método: Mujer de 52 años, con antecedentes de parálisis cerebral y oligofrenia congénita, acude por empeoramiento del estado general de 72h de evolución. Exploración abdomen blando, depresible y distendido, sin signos de irritación peritoneal. Presenta oliguria, hipotensión y deterioro función renal. Se solicita TAC abdominal informado de gran estómago de retención que se extiende hasta pelvis. Se coloca sonda nasogástrica y se realiza EDA con biopsia para Anatomía Patológica. Diagnóstico histológico de necrosis gástrica secundaria a gran estómago de retención. Evolución fulminante hacia éxitus.

Discusión: La dilatación aguda del estómago es una forma de íleo paralítico de aparición aguda con imposibilidad de evacuar contenido gástrico, que conduce a retención con

distensión progresiva. Tiene etiología y patogenia desconocidas, relacionándose con numerosas situaciones clínicas como: postoperatorio de cirugía abdominal y pélvica, diabetes mellitus, vagotomía, trastornos neurológicos, lesiones raquimedulares, intoxicaciones por fenotiazidas y antidepresivos, malnutrición y pacientes con trastornos de conducta alimentaria. En nuestro caso, presenta parálisis cerebral y oligofrenia congénita. Esta distensión gástrica condicionada por retención de jugos gástricos y restos alimentarios, se asocia a alteraciones hemodinámicas por compresión de VCI y disminución de retorno venoso al corazón, que conducen como en nuestra paciente a shock hipovolémico. A su vez, esta distensión gástrica provoca congestión por dificultad del retorno venoso e isquemia por mal aporte arterial, que ocasiona necrosis gástrica asociada o no a perforación. La clínica se inicia con molestias en epigastrio y distensión abdominal, con evolución a dolor intenso, vómitos, signos de deshidratación y shock. En diagnóstico es importante analítica y radiografía simple de abdomen. El tratamiento de inicio se basa en SNG, reposición de volemia y corrección hidroelectrolítica. Si la evolución no es correcta o existen signos de perforación o necrosis, el tratamiento es la gastrectomía total o parcial según el estado de la pared gástrica. Este cuadro está asociado a una elevada morbi-mortalidad.

Conclusiones: La dilatación aguda gástrica es una patología con escasa incidencia con múltiples causas que la desencadenan, con importante gravedad y morbi- mortalidad.

Perforación cecal secundaria a hernia inguinal izquierda con contenido sigmoideo.

Brea Gómez, Esther; Palomeque Jiménez, Antonio; Rubio López, José; Alonso García, Sandra; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Objetivos: La hernia inguinal es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes, con una prevalencia próxima al 5%, siendo más frecuente en hombres. La presentación clínica suele ser la de una tumoración inguinal, acompañada de molestias locales e incluso estreñimiento. La principal complicación es la incarceration y estrangulación, requiriendo una actuación urgente y precoz, evitando así la necesidad de resección intestinal. La presentación clínica con obstrucción intestinal del sigma y perforación cecal, como presentamos en nuestro caso, es algo mucho más infrecuente.

Material y método: Paciente de 61 años, con antecedentes personales de hernia de hiato, hiperplasia benigna de próstata y hernioplastia bilateral, pendiente de intervención quirúrgica por recidiva de hernia inguinal izquierda. Acude al Servicio de Urgencias por cuadro de 4 horas de evolución de dolor abdominal intenso localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, acompañado de náuseas sin vómitos. Exploración abdominal: abdomen distendido, doloroso a la palpación de manera generalizada, más intenso en hipocondrio derecho donde presenta signos de irritación peritoneal. Se palpa tumoración herniaria inguinal izquierda parcialmente reductible, no dolorosa. Analítica: Leucocitos 13600 µl, neutrófilos

85,9%, PCR 43,49 mg/L. TC de abdominopélvico: hernia inguinal izquierda que se prolapsa a través de malla quirúrgica con contenido intestinal en su interior, que provoca gran dilatación de colon y abundante neumoperitoneo.

Resultados: Ante la sospecha de perforación de víscera hueca e incarceration de la hernia inguinal izquierda, se decide intervención quirúrgica urgente, evidenciándose en la laparotomía gran dilatación de colon derecho con pared parcialmente necrosada y perforación puntiforme, que produce cuadro de peritonitis. El contenido herniario corresponde al sigma, que se reduce, sin presentar compromiso vascular. Se realiza hemicolectomía derecha y reconstrucción del tránsito intestinal. La hernia inguinal se decide reparar mediante el cierre del orificio inguinal interno, para evitar la posible contaminación de la malla utilizada en la reparación de la hernia. El postoperatorio del paciente es tórpido, presentando cuadro de íleo paralítico que mejora con administración de procinéticos, y seroma de la herida de laparotomía, que se evacua, siendo dado de alta a los 16 días de la intervención.

Discusión: La hernia inguinal es una patología muy frecuente, que operada de manera programada presenta un porcentaje bajo de morbimortalidad. Sin embargo, sin intervenir se pueden presentar complicaciones, como la incarceration, la estrangulación (en el 2,8% de los casos en los tres primeros meses tras el diagnóstico), o como en nuestro caso perforación de colon por incarceration de hernia inguinal recidivada, aunque es un hecho muy infrecuente. Ante la sospecha de estrangulación de hernia inguinal se debe dejar al paciente en dieta absoluta, colocar sonda nasogástrica sin presentar náuseas o vómitos, reponer líquidos, siendo el tratamiento de elección la reparación quirúrgica por vía inguinal urgente, si bien debe completarse con una laparotomía en caso de sospecha de perforación intestinal, como fue en nuestro caso.

Tratamiento quirúrgico de la pancreatitis aguda grave con necrosis infectada

Robayo Soto, Paúl; Reyes Moreno, Montserrat; Calzado Baeza, Salvador; Plata Pérez, Ignacio; Herrera Fernández, Francisco.

Hospital Santa Ana. Motril. Granada.

Introducción: La pancreatitis aguda presenta una incidencia de alrededor de 15000 casos anuales en España. Las causas más frecuentes de la pancreatitis son la colelitiasis y el abuso del alcohol. Cerca del 80% de las pancreatitis biliares cursan de manera leve y autolimitada. Sin embargo, el 20% de los casos siguen una evolución grave y causa una morbilidad y mortalidad significativas. La pancreatitis aguda grave continúa siendo una enfermedad con una alta mortalidad intrahospitalaria (10-50%). La infección de la necrosis pancreática es el principal acontecimiento determinante del mal pronóstico que presenta esta afección. No obstante, en los últimos años su incidencia ha disminuido con el empleo precoz de antibióticos de amplio espectro, generalmente al prevenir la infección por gérmenes gramnegativos. Una vez que se ha realizado el diagnóstico, habitualmente mediante punción-

aspiración con aguja fina guiada por ecografía o TAC, el tratamiento suele ser el desbridamiento quirúrgico y/o el drenaje externo con catéter bajo control radiológico.

Describamos dos casos de pancreatitis aguda con necrosis infectada

Caso 1: Mujer de 79 años con antecedentes de DMNID, HTA, IRC leve y Colelitiasis. Acude a urgencias por dolor abdominal en epigastrio con irradiación a hipocondrio derecho. Análítica sanguínea Leucocitos 33700 con desviación a la izquierda, bilirrubina total 1,4 mg/dl, GPT-ALT 112 U/L, LDH 406 U/L, glucosa 228 mg/dl, urea 75 mg/dl, Creatinina 2,1 mg/dl, amilasa 1211 mg/dl. Ecografía abdominal: Páncreas aumentado de tamaño compatible con pancreatitis aguda. Es ingresada en UCI por presentar criterios de gravedad, se instaura tratamiento antibiótico de amplio espectro y fluidoterapia. TAC abdominal compatible con pancreatitis aguda enfisematosa y al empeorar clínicamente se solicitan controles radiológicos en las que se evidenció pancreatitis aguda necrotizante, que se acompaña de sepsis y hemocultivo con PAAF positivo. Se decide realizar laparotomía exploradora con hallazgo de absceso subfrénico derecho e izquierdo y gas en transcauidad de epiplones que se tratan con drenaje y lavado. La evolución postquirúrgica fue favorable, con disminución de las colecciones en controles radiológicos, siendo posible el alta después de 8 semanas de ingreso.

Caso 2: Mujer de 71 años con antecedentes de HTA. Acude a urgencia por dolor abdominal en epigastrio con irradiación a espalda. Análítica sanguínea: Leucocitos 17,5. Bilirrubina total 0,4 mg/dl. GPT-ALT 41U/L, Calcio 4,49 mg/dl. Amilasa total 2734. Creatinina 1,2 mg/dl. Es ingresada con diagnóstico de pancreatitis aguda y se traslada a UCI por sepsis. Se instaura tratamiento antibiótico sin presentar mejoría. Se realiza TAC abdominal compatible con pancreatitis aguda necrotizante intra y peripancreática, se realiza PAAF que es positivo. Se interviene quirúrgicamente al presentar sepsis de origen pancreático.

Se realiza laparotomía con hallazgo de colección pancreática tabicada retrogástrica infectada que se trata con drenaje y lavado de colecciones, necrosectomía y colocación de sonda de yeyunostomía de alimentación. Tras la intervención evolución de forma favorable. TAC de control disminución de las colecciones peripancreáticas. Se recupera de la sepsis. Presenta como complicación acompañante derrame pleural izquierdo que se trató con drenaje torácico. Tras 9 semanas de la intervención quirúrgica fue dada de alta.

Discusión: En las pancreatitis agudas que presentan necrosis pancreática se debe diagnosticar la presencia o no de infección. La necrosis pancreática infectada se sospecha en pacientes que desarrollan signos clínicos de sepsis. Es necesario realizar en estos pacientes una punción-aspiración con aguja fina del tejido pancreático o peripancreático, radioguiada. La PAAF es un método fiable para diferenciar entre la necrosis estéril y la infectada. Tanto la presencia de necrosis pancreática infectada como el desarrollo de complicaciones sépticas secundarias a la infección pancreática son indicaciones para el tratamiento quirúrgico. En estos pacientes, la mortalidad es superior al 30%, y más del 80% de las defunciones en estos pacientes con pancreatitis se debe a complicaciones sépticas. Se considera que la cirugía debe realizarse lo más tardíamente

posible desde el inicio de la enfermedad. El principal razonamiento es la menor dificultad que existe para identificar en este período de la enfermedad el límite entre el tejido necrótico del parénquima pancreático viable. Estos datos son de gran importancia para limitar la extensión del desbridamiento quirúrgico. En pacientes con fracaso multiorgánico y sepsis, la cirugía convencional conlleva una mortalidad tan elevada que debe postergarse a la espera de la eficacia de los métodos de drenaje en la radiología intervencionista. El fracaso de esta técnica podría seguirse de una cirugía mínimamente invasiva para mejorar las condiciones generales del paciente. Este abordaje de acceso mínimo puede acompañarse de éxito, pero un fracaso de llevar a la necrosectomía abierta.

Conclusiones: El manejo inicial de la pancreatitis aguda es conservador indicando la cirugía cuando se demuestra la presencia de necrosis infectada y sepsis como en los casos descritos. Si se descubre una necrosis infectada en el seno de una pancreatitis aguda, las tasas de mortalidad se aproximan al 100% sin la cirugía. Para indicar el tratamiento quirúrgico es imprescindible distinguir la necrosis estéril de la infectada, para lo cual se recurre a la aspiración con aguja fina. La aspiración con aguja fina está indicada ante un paciente con insuficiencia orgánica progresiva, leucocitosis o deterioro del estado clínico, que con frecuencia sucede entre el día 10 y el día 14 del curso de la enfermedad. La mortalidad en la necrosis pancreática infectada se acerca, sin embargo, al 50% incluso con un tratamiento quirúrgico y antibiótico correcto

Carcinoma neuroendocrino rectal de células grandes: a propósito de un caso

Blanco Elena JA, Ruiz López M, Rodríguez Silva C, Mera Velasco S, González Poveda I, Carrasco Campos J, Toval Mata JA, Santoyo Santoyo J

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: Los tumores neuroendocrinos de colon y recto son un hallazgo poco frecuente pese a la amplia distribución de células enterocromafinas a lo largo de todos los segmentos del tubo digestivo. Habitualmente se diferencia entre tumores neuroendocrinos de bajo grado, o carcinoides, y tumores neuroendocrinos de alto grado, biológicamente más agresivos y con tendencia a la metastatización temprana. Las diferentes variedades de carcinomas neuroendocrinos, que suponen el 1-4% de las neoplasias malignas de recto y colon, no difieren en su presentación clínica de los adenocarcinomas de similar localización, siendo el dolor abdominal, el enlentecimiento del tránsito y la hematoquecia los síntomas más frecuentes. Aunque el tratamiento quirúrgico de estos tumores sigue los mismos principios técnicos que el resto de neoplasias malignas de intestino distal, el mayor estiaje al diagnóstico comporta un pronóstico ominoso en la mayoría de los casos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 75 años derivada a nuestra consulta por tumoración rectal sintomática palpable a punta de dedo a la exploración endoanal. En estudio colonoscópico se observa lesión irregular, de aspecto gelatinoso, ulcerada y friable a 4 cm del margen anal, que estenosa parcialmente la luz y se prolonga hasta 12 cm. Se

identifica una segunda lesión polipoidea, de similares características, a 15 cm. La biopsia informa de afectación mucosa por carcinoma neuroendocrino de células grandes. El estudio de extensión inicial fue negativo, siendo estadiada la enfermedad por ecografía endoanal como T₃N₁. Se procede a amputación abdominoperineal laparoscópica asistida por robot tres semanas tras la consulta inicial. Intraoperatoriamente se evidencian LOEs hepáticas múltiples. La estancia postoperatoria transcurrió sin incidencias y la paciente sigue en la actualidad tratamiento adyuvante con quimioterapia sistémica.

Discusión: Los tumores neuroendocrinos son neoplasias derivadas del sistema neuroendocrino difuso y pueden distribuidos por todo el organismo, tanto en pulmón, piel, sistema urogenital, en el tubo digestivo así como en el tiroides, paratiroides y suprarrenales. La localización más frecuente en el tracto digestivo es en el apéndice, íleon y recto, aunque también se hallan en el estómago, colon, esófago y duodeno. Los tumores neuroendocrinos del colon y recto son raros, agresivos con rápida tendencia a la invasión locoregional y a distancia. El diagnóstico precoz puede mejorar la supervivencia de los pacientes, siendo la cirugía el único tratamiento efectivo aunque nuevas líneas de quimioterapia están en desarrollo. Medidas paliativas como la cirugía, la confección de colostomías o los tratamientos radioterápicos deben ser evaluadas para mejorar la calidad de vida del paciente afecto de estos tumores.

Pioderma gangrenoso: análisis de una complicación periostomal infrecuente. Leiomioma ovárico: a propósito de un caso de resección con reconstrucción vascular

Blanco Elena JA, Montesinos Gálvez AC, Toval Mata JA, Mera Velasco S, González Poveda I, Ruiz López M, Carrasco Campos J, Santoyo Santoyo, J

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: Pioderma gangrenoso (PG) es una entidad cutánea caracterizada por la presencia de pústulas eritematosas únicas o múltiples que progresan rápidamente a úlceras necróticas con borde violáceo deprimido. Habitualmente se asocia a enfermedades autoinmunes, como la artritis reumatoide o la enfermedad inflamatoria intestinal.

Casos Clínicos: Caso 1. Mujer de 41 años con antecedente de enfermedad de Crohn fistulizante, proctitis persistente y adenocarcinoma rectal. Se realiza amputación abdominoperineal con infección severa de herida perineal con necesidad de plastia vaginal diferida como principal incidencia postoperatoria. Dos meses tras el alta comienza con lesiones cutáneas ulceradas muy dolorosas en la región cutánea cubierta por el disco del dispositivo de colostomía. Tras confirmación histológica de PG se inicia tratamiento con corticoesteroides tópicos con buena respuesta inicial, controlándose el cuadro tras el inicio de la terapia biológica con infliximab.

Caso 2: Mujer de 56 años con antecedente de colitis ulcerosa de 11 años de evolución, con colostomía tras colectomía total por megacolon tóxico. Comienza con pústulas cutáneas confluyentes y necrosis cutánea en vecindad de sistema de

colostomía 7 años tras la colectomía. El control sintomático inicial se realiza con esteroides y tacrolimus por vía tópica, asociándose infliximab con buen control de la enfermedad de base.

Conclusiones: El PG es una entidad asociada a EII hasta en el 50% de las ocasiones. La localización periestomal es, no obstante, excepcional y puede presentarse tanto a corto plazo como a la largo plazo tras la cirugía del colon. Su control con terapia biológica sistémica es habitualmente satisfactorio.

Pseudoaneurisma traumático de tronco celíaco: tratamiento endovascular

Blanco Elena JA, Titos García A, Aranda Narváez JM, González Sánchez AJ, Montiel Casado MC, Marín Camero N, Gámez Córdoba ME, Santoyo Santoyo J

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: Los aneurismas de las arterias esplánicas son una de las patologías vasculares menos frecuentemente descritas en la literatura, tanto por su baja prevalencia como por los escasos signos y síntomas asociados. La afectación del tronco celíaco ocurre tan sólo en un 4% de los casos. Su etiología puede ser múltiple, incluyendo displasia, aterosclerosis, traumatismo, infecciones, procesos inflamatorios y metabolopatías congénitas entre otras. Secundariamente a un traumatismo abdominal, tanto cerrado como abierto, se describe la presencia de pseudoaneurisma de tronco celíaco hasta en el 7% de los pacientes. La presentación clínica suele ser insidiosa, siendo la sintomatología muy tardía o asociada a complicación aguda del mismo. El diagnóstico se realiza tanto por angioTC como por arteriografía. En el tratamiento destaca el creciente papel de la Radiología Intervencionista.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 36 años que sufre traumatismo toracoabdominal cerrado por precipitación desde 7,5 metros. A su llegada de los servicios de Atención Prehospitalaria mantiene saturación de oxígeno y estabilidad hemodinámica. A su llegada al servicio de Urgencias de nuestro hospital se realiza panTC donde se evidencian diversas lesiones óseas y parenquimatosas, entre las que destacan contusión pulmonar derecha y laceración hepática de los segmentos IV, V, VI y VII con hematoma subcapsular grado III-IV y extravasación de contraste por pseudoaneurisma proximal de tronco celíaco. Se procede a embolización de arteria hepática izquierda con coils y de dos ramas distales de la arteria hepática derecha con esponjostán. A las 48 horas del traumatismo se procede a colocación de stent en tronco celíaco. Posteriormente el paciente precisó laparotomía por peritonitis biliar difusa por lesión secundaria, que se controló con sistema VAC de abdomen abierto.

Discusión: Las causas de pseudoaneurisma pueden ser múltiples y su manejo depende de la etiología, localización, morfología, tamaño y riesgo de ruptura del mismo, así como de la comorbilidad asociada de cada paciente. El éxito del procedimiento radica en la adecuada individualización del tratamiento en cada caso. El manejo endovascular de los pseudoaneurismas se puede llevar a cabo mediante dos modalidades de tratamiento: la embolización, con diversos

materiales, o la colocación de una endoprótesis. Con estos métodos el resultado obtenido es la exclusión circulatoria del pseudoaneurisma por intervención mínimamente invasiva, lo que redundará en una pronta recuperación del paciente y en una menor morbimortalidad asociada al proceso.

Déficit de factor XIII como causa infrecuente de hemorragia postoperatoria

Blanco Elena JA, Ruiz López M, Rodríguez Silva C, Mera Velasco S, González Poveda I, Carrasco Campos J, Toval Mata JA, Prieto-Puga Arjona T, Santoyo Santoyo J

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: El déficit congénito de factor XIII o factor estabilizador de la fibrina es un trastorno hereditario de la coagulación debido a una reducción del nivel y de la actividad del factor XIII. El déficit de factor XIII es uno de los déficits de factores de coagulación menos frecuentes con una prevalencia de las formas homocigotas que se estima en alrededor de 1/2,000,000. Se han descrito más de 200 casos en la literatura. Se caracteriza por una tendencia hemorrágica tardía después de traumatismos o de procedimientos intervencionistas. Frecuentemente también se asocia a abortos espontáneos y a anomalías de la cicatrización. Su confirmación requiere la cuantificación del factor XIII.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 39 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hiperuricemia, dislipemia e insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis hipertensiva maligna, en tratamiento con técnica de depuración extrarrenal. El paciente es remitido a nuestro centro por episodio de diverticulitis aguda perforada con importante reacción peritoneal. Se realiza lavado y drenaje quirúrgico laparoscópico sin evidenciarse perforación. El postoperatorio inicial cursa con fístula fecal exteriorizada por drenaje. Tras objetivarse neumatosis portal y en vasos cólicos izquierdos se indica reintervención para resección de sigma y confección de anastomosis. En 5º día de postoperatorio el paciente sufre shock hemorrágico exteriorizado por vía rectal y por herida quirúrgica. Tras hemostasia quirúrgica y tratamiento de soporte en UCI se diagnostica de déficit severo de factor XIII. Tras el inicio del tratamiento sustitutivo por parte de Hematología el paciente mejora y es alta en 86º día de ingreso.

Discusión: A pesar de ser rara la deficiencia del FXIII es un defecto importante por la gravedad de los sangrados con los que se manifiesta. No siempre se llega a un adecuado diagnóstico, debiendo sospecharse en pacientes con antecedente de sangrado anormal, con plaquetas y tiempos de coagulación en rango de normalidad y sin evidencia de trastorno en la función plaquetaria en los estudios de agregación. El antecedente de consanguinidad es muy importante y nos debe hacer pensar en trastornos hemorrágicos poco comunes.

Cirugía de la patología tiroidea. Análisis de nuestros Resultados: García del Pino, Beatriz; Rodríguez Padilla, Ángela; Cándón Vázquez, Juan; Bejarano González-Serna, Daniel; Escorcesca Suárez, Ignacio; Balongo García, Rafael

Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

Introducción: La tiroidectomía total se considera hoy en día la técnica de elección en el tratamiento quirúrgico de la patología tiroidea, excepto en el caso de los nódulos solitarios benignos, ya que proporciona una solución inmediata y permanente de la enfermedad, evitando así el riesgo de recidiva y reintervención.

A pesar de ser una intervención relativamente segura, no está exenta de complicaciones, siendo la hipocalcemia (transitoria o definitiva) derivada del hipoparatiroidismo secundario a lesión de las glándulas paratiroides, la lesión del nervio recurrente (disfunción transitoria o parálisis definitiva) y el hematoma sofocante las complicaciones más temidas.

Material y método: Presentamos un estudio observacional retrospectivo que analiza los resultados de la cirugía tiroidea realizada en nuestro centro entre Enero de 2014 y Diciembre de 2014. Se analizan variables tales como estudio preoperatorio, tipo de intervención, identificación y monitorización del NLR, diagnóstico anatomopatológico, régimen de ingreso y tasa de complicaciones.

Resultados: Serie de 60 pacientes, 7 hombres (11,7%) y 53 mujeres (88,3%). Edad media 53,62 años (DS±15,52) y mediana 56, a los que se le realiza intervención quirúrgica tiroidea.

Estudio preoperatorio: PAAF 66,7% (n=40), ecografía 98,3% (n=59), TAC 15% (n=9) y Gammagrafía 20% (n=12).

Durante los 12 meses que incluye el estudio se realizaron 11 hemitiroidectomías (18,3%) y 49 tiroidectomías totales (81,7%). Se realizaron 5 vaciamientos cervicales asociados (3 centrales y 2 centrales + laterales).

Durante la intervención quirúrgica se identificó el Nervio Laríngeo Recurrente en 47 pacientes (78,3%) y monitorización del mismo en 2 casos (4%) (ambos por patología maligna).

En cuanto al diagnóstico anatomopatológico un 50% corresponde a hiperplasia nodular (n=30), 23,3% carcinoma papilar (n=14), 16,7% adenoma folicular (n=10), 5% carcinoma folicular (n=3), 3,4% tiroiditis (n=2) y 1,7% linfoma B (n=1).

Respecto al régimen de ingreso, más de la mitad de los pacientes (55%) presentaron una estancia menor de 48h (régimen de corta estancia). El 45% restante presentan una estancia mayor de 48h.

Las alteraciones vocales (disfonía) aparecieron en 8 pacientes (todas durante las primeras 24h postoperatorias), de los cuales 5 casos se resolvieron antes del alta y los 3 presentaron parálisis de las cuerdas vocales por lesión del NLR objetivadas mediante laringoscopia. Se presentó hipocalcemia en 11 pacientes y seroma/hematoma en 3. No registramos ningún caso de hematoma sofocante. La tasa de mortalidad fue nula.

Conclusiones: La patología tiroidea es más prevalente en mujeres de mediana edad y la intervención más frecuentemente realizada para su resolución es la tiroidectomía total, datos que también se objetivan en nuestro estudio.

Respecto a las complicaciones postoperatorias, presentamos

incidencias de hipocalcemia y lesiones del Nervio Laríngeo Recurrente similares a las reportadas en la literatura.

En cuanto al régimen de ingreso, existen estudios que demuestran que, en casos seleccionados, la corta estancia (<48 horas) presenta un mayor rendimiento económico preservando la seguridad del paciente. En el análisis de nuestros resultados se muestra que es factible realizar cirugía tiroidea en régimen de corta estancia, aunque en la bibliografía no exista aún un consenso, sin embargo, la mejora del rendimiento económico no se debe anteponer a la seguridad del paciente y a las posibles complicaciones que puedan comprometer la salud del paciente.

Análisis de caso de impactación de bolo alimentario como causa de perforación esofágica

Moreno Arciniegas, Alejandra; De La Vega Olías, María del Coral; Díaz Godoy, Antonio; Falckenheiner Soria, Joshua Ernesto; Pérez Alberca, Carmen María; Díez, Núñez, Ana; Mendoza Esparrell, Gloria; Salas Álvarez, Jesús; Vega Ruíz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real

Introducción: La perforación esofágica en una patología de tratamiento urgente debido a la alta morbilidad y mortalidad que puede conllevar el retraso en su atención.

Objetivos: Presentar un caso de perforación esofágica por impactación de bolo alimenticio

Caso clínico: Paciente varón de 38 años con asma extrínseco como antecedente personal, que presenta mientras comía episodio de atragantamiento seguido de accesos de tos y valsalvas repetidos de forma autolimitada.

A las 24 horas acude al servicio de urgencias por clínica de tos, disnea, disfonía y dolor torácico opresivo con irradiación interescapular. A la exploración se observa obeso (IMC 35), mal estado general, enfisema subcutáneo en región cervical e hipoventilación en ambos hemitórax

Las pruebas complementarias muestran en la analítica leucocitosis y reactantes de fase aguda elevados al igual que las transaminasas. Los estudios radiológicos muestran en radiografía de tórax derrame pleural bilateral; esofagograma con bario muestra dilatación con defecto de repleción en el esófago distal permitiendo el paso de contraste a estómago. Ante la duda de extravasación del contraste se realiza TAC toracoabdominal que muestra extravasación del contraste en esófago distal con presencia de contraste en mediastino distal por delante de la aorta e imagen sugestiva de contenido impactado intraluminal en ésta localización.

Resultados: Se decide intervención quirúrgica urgente inicialmente con abordaje laparoscópico diseccionando esófago intraabdominal y apertura de crura y mediastino con salida de contenido necrótico en su interior. Ante la dificultad técnica se decide conversión de la intervención a laparotomía media, en ella se observa laceración lateral izquierda de esófago distal de 3,5cm de longitud con cuerpo extraño denso asociado compatible con fragmento de lomo de cerdo. Se realiza lavado del lecho quirúrgico y cierre primario de la laceración con

epiploplastia asociada, se realiza lavado de cavidad abdominal y se coloca una sonda de yeyunostomía de alimentación.

Debido alto riesgo de la intervención, el paciente permanece en UCI en el postoperatorio inmediato, en donde presentó sepsis causada por neumonía por *P. Aureginosa*, precisó hemodiafiltración por hipertermia y traqueostomía por intubación orotraqueal prolongada. Posteriormente presenta neuropatía del paciente crítico que requirió valoración y seguimiento por el servicio de rehabilitación

Tras 28 días de estancia en UCI se traslada al servicio de Cirugía Digestiva en donde se observa una buena evolución, con buena tolerancia a dieta y tránsito intestinal adecuado. Cardiopulmonarmente presentó atelectasias laminares derechas con buena mecánica respiratoria por lo que ante mejoría clínica y analítica se procede al alta hospitalaria al 33^a día de ingreso.

A los dos días el paciente reingresa por cuadro de disnea, dolor torácico súbito y taquicardia sinusal, con diagnóstico de TEP el cual es tratado con terapia fibrinolítica durante su ingreso y transfusión en una ocasión debido a anemia severa. Dado de alta al 13^a día del reingreso con tratamiento anticoagulante y continuando con antibioticoterapia

En el seguimiento el paciente presenta buena evolución, siendo asintomático en la actualidad

Conclusiones: La perforación esofágica presenta cierta dificultad diagnóstica debido a la clínica cardiorrespiratoria que puede enmascarar su diagnóstico

la perforación esofágica por impactación de bolo alimentario una causa infrecuente, siendo la principal causa el uso de técnicas endoscópicas.

En la impactación del bolo alimentario, el 70% se localizan en región cricofaríngea, y sólo un 10% en esófago distal, por lo que su presencia requiere una alta sospecha, como en el caso presentado. La necesidad del manejo inmediato de un paciente con ésta patología es debido a la alta tasa de mortalidad (20%)

Eventraciones cercanas a bordes óseos, manejo clínico.

Curado Soriano, A; Dominguez Sanchez, Cristina; Domínguez Amodeo, A; Valera Sanchez, Z; Naranjo Fernandez, JR; Jurado Marchena, J; Navarrete de Carcer, E.; Oliva Mompean, F; Padillo Ruiz, J

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: Las hernias localizadas cerca de prominencias óseas son un desafío quirúrgico para el cirujano de pared, que debe obtener una reparación sin tensión y un solapamiento de la malla adecuado. Presentamos los resultados de los casos intervenidos de hernias incisionales próximas a prominencias óseas por la Unidad de Pared Abdominal de un Hospital Regional.

Material y método: Diseño observacional y descriptivo mediante serie de casos, en el que se incluyeron 23 pacientes 15 mujeres, 8 hombres; entre 35 y 85 años (media 62 años). Se incluyeron 5 pacientes intervenidos de hernia lumbar, 2 eventraciones subxifoideas, 14 subcostales y 2 eventraciones

suprapúbicas. El defecto herniario variaba entre 3 y 15 cms. Se realizó un seguimiento al mes, a los 6 meses y a los 12 meses (2012-2015).

En nuestra unidad todas las reparaciones se llevaron a cabo mediante una técnica sublay, utilizando en la mayoría de los casos un abordaje convencional (19), con aproximación de bordes o bridging si éste no era posible.

Las variables estudiadas son complicaciones, estancia hospitalaria y recurrencia.

Resultados: La estancia hospitalaria media en los casos de cirugía convencional fue de 4 días, frente a 1,5 días de estancia del abordaje laparoscópico. La tasa de complicaciones fue del 13%: 1 seroma supra-aponeurótico (4,3%), 1 hematoma de la herida quirúrgica (4,3%) y un íleo prolongado. Ninguna recidiva hasta la fecha,

Conclusiones: Las hernias más frecuentes en nuestra muestra poblacional son las subcostales derechas, en relación a colecistectomías convencionales previas. A falta de estudios más amplios y aleatorizados, en nuestra experiencia, el abordaje abierto con colocación de malla sublay nos proporciona una reparación eficaz sin recidivas hasta la fecha, con unos resultados estéticos y una tasa de complicaciones aceptables.

Diverticulitis cecal solitaria como causa de dolor en fosa iliaca derecha

Moreno Arciniegas, Alejandra; Camacho Ramírez Alonso; Díaz Godoy, Antonio; Vega Ruíz, Vicente; Falckenheiner Soria, Joshua Ernesto; Pérez Alberca, Carmen María; Díez Núñez, Ana; Mendoza Esparrell, Gloria; Salas Álvarez, Jesús

Hospital Universitario de Puerto Real

Introducción: El dolor en fosa iliaca derecha es el motivo de consulta más frecuente al que se enfrenta el médico especialista para diagnosticar y tratar un dolor abdominal agudo

Objetivos: Presentar un caso de dolor abdominal con cuadro clínico y pruebas complementarias indistinguibles de una apendicitis aguda, cuyo diagnóstico definitivo fue intraoperatorio.

Caso clínico: Mujer de 48 años, sin antecedentes patológicos previos, que presenta cuadro clínico de dolor tipo cólico en fosa iliaca derecha de varios días de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología de origen gastrointestinal. A la exploración se observa con buen estado general, afebril, con abdomen doloroso en fosa iliaca derecha y signos de irritación focal. La analítica de urgencias muestra parámetros en rangos dentro la normalidad.

Se decide realizar ecografía abdominal que describe signos sugestivos de apendicitis con plastrón inflamatorio asociado.

Ante estos hallazgos clínicos y ecográficos se decide intervención quirúrgica mediante incisión de McBurney, donde objetivamos un apéndice cecal de características normales. Encontramos un divertículo a nivel de ciego con importantes signos inflamatorios y edema local, en dirección opuesta a la válvula ileocecal. Se decide realizar diverticulectomía con posterior apendicectomía.

Resultados: La paciente evoluciona de forma favorable en el

postoperatorio y es dada de alta al 4^a día de estancia hospitalaria. El resultado anatomopatológico confirmó la sospecha diagnóstica intraoperatoria de diverticulitis cecal sin signos de malignidad histológica.

Discusión: La diverticulitis cecal es una patología poco frecuente en la población occidental, con una incidencia de 2,1%. La etiología en la actualidad es atribuida a un origen congénito, y es una causa inusual de abdomen agudo. Debido a su poca frecuencia y las manifestaciones clínicas que pueden semejar a una apendicitis aguda, su diagnóstico en la mayoría de los casos es intraoperatorio.

El tratamiento una vez diagnosticado de forma preoperatoria puede ser semejante al esquema terapéutico de una diverticulitis aguda en colon sigma, siendo en la diverticulitis no complicada tratamiento antibiótico y fluidoterapia. En la actualidad no hay consenso del tratamiento de esta patología una vez diagnosticada de forma intraoperatoria, pudiendo ser aceptado desde una apendicectomía exclusivamente, una diverticulectomía como en el caso de la paciente presentada o incluso una cecostomía o hemicolectomía derecha. Se describe que se debe realizar cirugía resectiva si existe sospecha diagnóstica de patología tumoral, o en situaciones de proceso inflamatorio con perforación y peritonitis asociada.

Conclusiones: Se debe considerar ésta la diverticulitis cecal solitaria en situaciones de clínica de dolor en fosa iliaca derecha y como diagnóstico diferencial de enfermedad inflamatoria intestinal o apendicitis aguda, siendo indistinguible de ésta última en pruebas complementarias realizadas en urgencias como la ecografía abdominal. Su diagnóstico pre vs intraoperatorio es de suma importancia para dar tratamiento de forma adecuada de acuerdo a la situación clínica en la que se presenta el paciente.

Resultados del tratamiento quirúrgico implante/ retirada decateteres peritoneales de diálisis continua ambulatoria en un hospital general de especialidades

Moreno Arciniegas, Alejandra; Vega Ruíz, Vicente; Ocampo Arévalo, Marta Carolina; Quirós Ganga, Pedro; Calvo Duran, Antonio Enrique

Hospital Universitario de Puerto Real

Objetivos: Analizar los resultados de la implantación y retirada de catéteres peritoneales en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), en pacientes con Insuficiencia renal crónica (IRC), en un Hospital General de Especialidades

Material y método: Durante un periodo de tres años (2011 al 2014) se han intervenido 48 pacientes integrantes del programa DPCA. Las etiologías de la IRC terminal fueron: nefropatía diabética (50%), síndromes cardiorrenales (12%), nefropatía de causa inflamatoria (10%), nefropatía con causa pendiente a filiar (10%), nefropatía de origen vascular (8%), nefropatía familiar (4%), nefropatía proteinúrica (2%) y nefropatía de causa obstructiva (2%). Con referencia al motivo de inclusión en el programa de DPCA: el 81% se incluyeron por elección del paciente, 13 % por agotamiento de accesos venosos para hemodiálisis y 6 % por presentar comorbilidades

que contraindican la hemodiálisis. El 38% de los pacientes requirieron hemodiálisis previa inclusión al programa DPCA.

Resultados: La media de la edad de los pacientes intervenidos es de 58 años (rango de 19 - 79), relación masculino: femenino 1,2:1. La media de creatinina al momento de inserción del catéter es de 5,7 (rango 1 - 11,5) y niveles de albúmina es de 4,5 (rango 1,5 a 6). La media de IMC de los pacientes es de 26,6 y de los pacientes que se inserta vía abierta de 27,9.

Se han realizado 37 implantes de catéteres peritoneales según técnica estándar (diseción de pared abdominal por planos), en 14 casos (37%) se ha asociado una o varias intervenciones sobre la pared abdominal por presencia de hernias. De estas: 13 correcciones de hernias umbilicales, una eventroplastia, una hernioplastia inguinal y una herniorrafia epigástrica.

Hubo 6 recolocaciones de catéteres por mal función evolutiva, el 66% vía laparoscópica y el 33% vía abierta; de éstos pacientes el 50% tenían previa inserción percutánea y el 50% previa inserción vía abierta. La causa de reintervención es 50% por mal posicionamiento y 50% por atrapamiento epiploico.

La morbilidad postquirúrgica por complicaciones fue del 14% (n= 7): 4 fugas autolimitadas, 2 atrapamientos epiploicos, 1 granuloma de cuerpo extraño y 1 hidrotórax por comunicación pleuroperitoneal. De los pacientes con atrapamiento epiploico, 1 paciente es reintervenido por posterior complicación de hemoperitoneo.

Se realizaron 16 extracciones de catéteres peritoneales. El motivo de retirada fue: trasplante (56%), 19 % infección tardía de catéter, 6% por persistencia de malfuncionamiento, 6 % por persistencia de atrapamiento epiploico, 6% por comunicación pleuro-peritoneal, 6% por hemoperitoneo.

En el postoperatorio inmediato presentamos sólo un exitus por comorbilidades causales del ingreso del paciente. En la actualidad sólo un paciente reintervenido presentó hernia incisional por puerto de laparoscopia.

Conclusiones: Los pacientes del programa DPCA son complejos por sus características inherentes y comorbilidades, necesitan un equipo multidisciplinar del cual el cirujano es partícipe tanto para inicio como finalización del programa, como también parte del tratamiento en las complicaciones. La presencia de hernias asociadas es frecuente y precisan de su corrección en el mismo acto o previa al implante del catéter para asegurar el buen funcionamiento del mismo

Isquemia intestinal aguda de origen venoso.

José Luis Díez Vigil, Andrea Molina Raya, Elena Romero Muñoz, Andrea Vilchez Rabelo, Carmen Ferrer, Míreia Domínguez, José Antonio Jiménez Ríos

Hospital Complejo hospitalario universitario de Granada

Introducción: La isquemia intestinal es la condición clínica que aparece cuando el flujo sanguíneo del territorio mesentérico resulta insuficiente para satisfacer los requerimientos del intestino. Su prevalencia ha aumentado debido al envejecimiento progresivo de la población.

La trombosis venosa mesentérica, incluye tres variantes: aguda, subaguda y crónica. Sólo la primera de ellas se comporta clínicamente como una isquemia mesentérica aguda y

representa el 10% de los casos. Las formas subagudas cursan con dolor abdominal, pero la velocidad con que se forma el trombo permite el desarrollo de colaterales que evitan el infarto intestinal. Las formas crónicas suelen ser indoloras y a menudo se descubren accidentalmente o en el curso de una hemorragia digestiva por varices esofagogástricas. La trombo-sis puede ser primaria (30%), cuando se debe a un trastorno de coagulación y secundaria (60%), como ocurre en los procesos intraabdominales asociados a pyleflebitis.

Objetivos: Realizar y manejar un buen diagnóstico diferencial de la patología vascular intestinal.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de origen africano, de unos 47 años, que acude a urgencias por intenso dolor abdominal de una semana de evolución, asociado a fiebre de hasta 38°C.

El paciente había estado visitando a su familia en Senegal hacía dos meses.

A su llegada a urgencias presentaba un abdomen agudo con tendencia a la inestabilidad hemodinámica, por lo que se trasladó a la unidad de cuidados intensivos.

Análisis: Destacaba leucocitosis de 20000, con desviación izquierda y PCR de 20. TAC abdominal con contraste IV: Trombosis de porta, vena esplénica y mesentéricas con signos de isquemia en asas de intestino delgado. Test de gota gruesa: Negativo. Intervención quirúrgica urgente: Resección de unos 50 cm de asas de intestino delgado isquémicas. Estudio de coagulación especial: Heterocigoto para hemoglobinopatía C y heterocigoto para la mutación del gen del factor XII. Anatomía patológica: Signos histológicos compatibles con isquemia intestinal.

Resultados: El paciente evolucionó satisfactoriamente de la intervención quirúrgica. Fue valorado por Hematología quien le prescribió enoxaparina de 100 mg sc cada 12 horas hasta nueva revisión en sus consultas. Actualmente está en tratamiento con acenocumarol. En los controles radiológicos persiste una trombosis crónica de la vena porta y de la mesentérica superior.

Conclusiones: Los procesos isquémicos intestinales suelen ser más frecuentes en personas de más edad y debido a procesos intraabdominales asociados a pyleflebitis, pero debemos saber realizar un buen diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes sin factores de riesgo aparentes, siendo en estos casos fundamental el estudio hematológico y su consecuente tratamiento médico, como complemento a la eventual actitud quirúrgica.

Adenocarcinoma originado sobre páncreas ectópico

Sánchez Sánchez L.F, Parra-Membrives P, Ruíz Juliá M.L, Ponce Guerrero I, Martín Balbuena R

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: El páncreas ectópico o heterotópico se define como tejido pancreático desarrollado sobre otro órgano y que carece de comunicación vascular, neural o proximidad anatómica con el páncreas normal. Es raro, normalmente asintomático y las localizaciones más frecuentes son estómago (25-60%) y duodeno (30%), habiéndose descrito, también,

en yeyuno, vesícula biliar, divertículo de Meckel, ampolla de Vater y esófago. La transformación maligna del páncreas heterotópico es considerada extremadamente rara, siendo el adenocarcinoma ductal de tipo pancreático el tumor más usual.

Objetivos: Comunicar un caso infrecuente de un adenocarcinoma que se origina sobre páncreas ectópico.

Materiales y métodos: caso clínico: Hombre de 72 años. AP: EPOC. Consulta por síndrome emético de carácter alimentario de 3 sem de evolución, acompañado de pérdida de peso (5Kg) en los últimos 2 meses. PPCC: analíticamente destaca únicamente una ligera alcalosis metabólica, pH:7,47, BT: 1,4. Endoscopia: lesión mamelonada, firme, estenosante, a nivel de la 2da porción duodenal. Fig 1. TAC abdominal: engrosamiento mural en la segunda porción duodenal, heterogénea, que oblitera la luz. Sin afectación de la grasa adyacente. Fig 2.

Resultados: Intervención: Duodenopancreatectomía cefálica. Abordaje: Laparotomía subcostal bilateral. Duración: 5h: oo. Complicaciones: Ninguna

Hallazgos: Tumor en 2da porción duodenal de aproximadamente 4 cm.

AP: Adenocarcinoma ductal infiltrante de tipo pancreatobiliar, moderadamente diferenciado originado sobre páncreas ectópico (tipo II de heinrich) en pared duodenal con infiltración de la misma, márgenes quirúrgicos libres.

Post-operatorio: Evoluciona con insuficiencia respiratoria severa a las 72horas, que requirió reingreso en UCI y asistencia ventilatoria mecánica por 5 días, además se evidenció una colección intraabdominal que se drenó percutáneamente. Alta al 12vo día.

Conclusiones: Los criterios que deben ser registrados para el diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas sobre páncreas ectópico son: el tumor debe presentarse dentro o adyacente al tejido pancreático ectópico, debe identificarse transición entre el páncreas no neoplásico y el carcinoma; y el tejido pancreático no neoplásico debe estar constituido por las correspondientes estructuras histológicas (acinos, islotes y/o estructuras ductales). En nuestro caso solamente hemos observado acinos y ductos (Heinrich tipo II).

Perforación intestinal causada por una almeja: presentación de un caso infrecuente

Ramos Muñoz, F , Corrales Valero, E; Sanchez Barron MT; Hinojosa Arco, LC; Cuba Castro, JL; Soler Humanes R; Santoyo Santoyo, J; Suárez Muñoz, MA.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: La ingestión de cuerpos extraños, ya sea de manera voluntaria o accidental, recorren el tracto intestinal sin incidencia en la mayoría de las ocasiones, ocasionando perforaciones intestinales en menos del 10% de los casos. Las zonas anatómicas de impactación de los objetos extraños son las zonas de estrechez, angulación o fondos de saco (Píloro, Angulo de Treitz, Ileon distal o unión rectosigmoidea), pero también pueden localizarse en zonas de bridas o en zonas de anastomosis quirúrgicas.

Objetivos: Los estudios radiológicos, aunque son esenciales para identificar la localización y complicación de cuerpos extraños, a menudo no son suficientes para llegar a un diagnóstico preciso de esta patología infrecuente

Material y método: Mujer de 48 años acude a Urgencias por dolor abdominal continuo en hipogastrio de una semana de evolución tras episodio de gastroenteritis. A la exploración presenta abdomen con dolor en hipogastrio y signos de peritonismo

Análítica con 7800 Leucocitos (73,8% neutrófilos), PCR 405 TC Abdominal con contraste: neumoperitoneo, liquido libre, colección con gas e imágenes de densidad calcio compatible con perforación intestinal en Ileon terminal en probable relación a cuerpo extraño no definido

Resultados: Se realiza laparotomía exploradora urgente ante empeoramiento clínico y dichos hallazgos, y se observó una Peritonitis purulenta con perforación intestinal a nivel de ileon terminal secundaria por la concha de una almeja.

Se realiza resección de los últimos 20 cm de ileon terminal englobando área de perforación y anastomosis ileo-cólica mecánica latero-lateral isoperistáltica, con apendicectomía profiláctica, lavado abundante y drenajes. La paciente evolucionó de forma satisfactoria tras la intervención.

Conclusiones: La perforación intestinal por concha de almeja es una afección poco frecuente, y el abordaje quirúrgico urgente ofrece una solución terapéutica y diagnóstica ante esta patología. La demora en la intervención quirúrgica origina una mayor morbimortalidad y la técnica quirúrgica empleada depende de la localización de la perforación, de las condiciones locales y del tiempo de evolución de la misma.

¿Se puede mejorar la comunicación en quirófano con el lenguaje de signos?

Sanchiz Cárdenas, Elena; Gomez Gonzalez, Sandra; Tellez Iñiguez, Carmen; Perez Lara, Francisco Javier; Hernandez Carmona, Juan; Del Rey Moreno, Arturo; Oliva Muñoz, Horacio.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Comarcal de Antequera. Málaga

Introducción: El lenguaje de signos está organizado en base a movimientos estructurados cuyo objetivo es la comunicación. Tiene las mismas propiedades que el oral, pero con expresión visual. De hecho, el empleo de signos junto con el lenguaje hablado fomenta el aprendizaje y enriquece la comunicación.

Objetivos: Proponemos el empleo de una serie de signos que representen al material quirúrgico empleado por el cirujano general.

Material y método: Los signos propuestos no han sido elegidos arbitrariamente, sino que guardan cierta similitud con el instrumento o con el movimiento que el cirujano le asocia instintivamente (como aproximación del dedo índice y pulgar para pedir un clamp, o cerrar el puño en el caso de la grapadora)

Resultados: Cuando el cirujano y el instrumentista están familiarizados con estos signos, puede mejorar la comunicación en quirófano, ya sea con solo un gesto o para enfatizar el lenguaje oral.

Sin ser consciente de ello, podemos prescindir de la vía cortical (pensar el nombre del instrumento y luego pronunciarlo) en momentos de tensión cuando el córtex está centrado en el campo operatorio. Entonces, la capacidad de comunicación cambia por una más primitiva (gesto instintivo) que está relacionado con el área límbica, sin que por ello dejen de entenderse el cirujano y su instrumentista.

Conclusiones: El sistema de signos propuesto es básico ya que solo un movimiento define el gesto descrito. Con esto pretendemos facilitar su aprendizaje para que el personal implicado en el acto quirúrgico pueda sentirse más cómodo tanto si la comunicación es solo gestual o asociada al lenguaje verbal.