

PÓSTERES

Neumoperitoneo No quirúrgico

Sánchez Bautista, Wilson M. Rivero Hernández, Iosvani. Domínguez Reinado, Rosario. Medina achirica, Carlos. Mateo Vallejo, Francisco. García Molina, Francisco.

Hospital General de Jerez de la Frontera, Cádiz

Resumen: La presencia de aire en la cavidad peritoneal o neumoperitoneo es una entidad que frecuentemente conduce a laparotomías de urgencia. La mayoría de las ocasiones su causa es la perforación de una víscera hueca. Sin embargo, en el resto de las circunstancias es denominado neumoperitoneo no quirúrgico, asintomático, benigno o idiopático, dando lugar a un dilema diagnóstico y terapéutico.

Presentamos el caso de un varón de 59 años Pluripatológico que tras permanecer 34 días en UCI donde ingresó con insuficiencia respiratoria y disminución de conciencia precisando ventilación mecánica, Una vez estabilizado es trasladado a planta de medicina interna, donde por importante distensión abdominal y timpanismo se le realizó radiografía de abdomen en bipedestación donde se evidencia mediante el signo de Rigler. La presencia de neumoperitoneo importante motivo por el cual se solicita valoración de Cirugía General. En la exploración física (se apreció): paciente con apetito, se evidencia gran distensión abdominal así como timpanismos importante, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, RHA conservados, hábito intestinal normal.

Se solicita TC: donde se evidencia la presencia de importante neumoperitoneo sin signos de perforación de víscera hueca. Tras la valoración del examen físico, resultados de las pruebas complementarias y los antecedentes del paciente. Se decide tratamiento conservador y vigilancia estrecha con evolución favorable tras revaloraciones a las 24 y 48 horas y resolución completa del cuadro en al alta. Dado estos resultados. Así, como la evolución del cuadro creemos como más probable el origen del neumoperitoneo halla sido causado por la ventilación mecánica –barotrauma.

El diagnóstico de neumoperitoneo es clínico y radiológico. La radiografía simple de abdomen es diagnóstica, aunque la tomografía es más sensible y permite descartar perforación visceral. Otra herramienta útil es la radiología con contraste hidrosoluble.

Dependiendo del compromiso clínico o evidencia de perforación las opciones terapéuticas en el neumoperitoneo secundarios a barotraumas son varias : cámara hiperbárica, punción evacuación de la cámara peritoneal, actitud expectante con dieta absoluta y nutrición parenteral, o intervención quirúrgica. No existe un protocolo establecido sobre su manejo. es que si no existe evidencia de perforación de víscera hueca, no

existen otras manifestaciones de barotrauma y situación clínica lo permite es preferible el manejo conservador / expectante, como se realizo con el paciente que nos ocupa.

Tratamiento endovascular en el pseudoaneurisma arterial yatrogénico.

Rodríguez Silva, Cristina; Rodríguez Morata, Alejandro; Blanco Elena, Juan Antonio; Reyes Ortega Juan Pedro; Merino Sanz, Rocío; Romacho López, Laura; Gómez Medialdea, Rafael; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: Debido al auge de los procedimientos terapéuticos endoluminales, relacionados con el uso de introductores de mayor diámetro, agentes trombolíticos y la asociación de sustancias anticoagulantes, en los últimos años se ha experimentado un aumento del número de pseudoaneurismas yatrogénicos, generalmente ocasionados por una compresión y hemostasia deficientes tras una punción arterial. Su incidencia oscila entre el 1-7%, siendo la localización más frecuente a nivel femoral, no obstante, también pueden aparecer en otros territorios. Existen múltiples modalidades de tratamiento, aunque es indiscutible como primera elección la inyección de trombina dentro del saco aneurismático. Otras formas terapéuticas son la reparación quirúrgica o la compresión directa mantenida.

Material y método: Presentamos dos técnicas distintas con el objetivo de revisar otras opciones en su tratamiento de forma endovascular, en pacientes no subsidiarios de cirugía, por presentar una alta morbilidad sobreañadida.

Caso 1: Mujer de 74 años con pseudoaneurisma arterial tras QT sistémica intraarterial por metástasis de melanoma. Se realizó inyección intraaneurismática de trombina tras ocluir con una endoprótesis el cuello del pseudoaneurisma, por vía contralateral.

Caso 2: Mujer de 66 años, que presenta pseudoaneurisma femoral derecho tras realización de cateterismo diagnóstico. Se realizó inyección de trombina + contraste junto a oclusión del cuello aneurismático mediante balón de angioplastia.

Conclusiones: El tratamiento endovascular supone una menor morbilidad, siendo una técnica efectiva, rápida, segura, bien tolerada y con un menor coste. No obstante, posee riesgos tales como trombosis intraarterial, nuevo acceso vascular, anafilaxis, y la dificultad para el cálculo exacto de la dosis. Por todo ello, en paciente de alto riesgo quirúrgico donde persista permeable el pseudoaneurisma a pesar del tratamiento con trombina convencional, podemos considerarlo como la siguiente alternativa terapéutica.

Tratamiento de la hemorragia digestiva alta tras bypass gastroyeyunal en el obeso mórbido: acceso inusual al estómago excluido

Rodríguez Silva, Cristina; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Rodríguez Cañete, Alberto; Blando Elena, Juan Antonio; Romacho López, Laura; López Rueda, Blas; Bondía Navarro, Jose Antonio; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: El bypass gastroyeyunal laparoscópico es el procedimiento quirúrgico más utilizado en el tratamiento de la obesidad mórbida. Su elevada complejidad técnica requiere de cirujanos experimentados en cirugía laparoscópica avanzada. La hemorragia digestiva alta durante el postoperatorio precoz del obeso mórbido, representa un desafío para el cirujano, tanto desde el punto de vista diagnóstico como del tratamiento, debido a la dificultad de acceso al estómago excluido, así como los riesgos asociados a la realización de una endoscopia digestiva alta durante el postoperatorio precoz.

Caso clínico: Presentamos a un varón de 52 años, en tratamiento con anticoagulante oral debido a un tromboembolismo pulmonar hace 1 año, obeso mórbido (IMC 46), intervenido de bypass gastroyeyunal laparoscópico standard. A las 48 horas el paciente experimenta deterioro del estado general, asociando taquipnea, taquicardia y exteriorización de líquido de aspecto biliar a través del drenaje. Ante la sospecha de dehiscencia de sutura se realiza laparoscopia exploradora evidenciando una peritonitis biliar de moderada cuantía debido a una fuga anastomótica a nivel de la anastomosis del pie de asa, que se reseca y se realiza nueva anastomosis yeyuno-yeyunal mecánica así como lavado abundante de todos los cuadrantes. Posteriormente, en el 6º día postoperatorio, el paciente experimenta una dilatación aguda del remanente gástrico, precisando de gastrostomía percutánea radiológica para descompresión del tubo digestivo. En el 14º día postoperatorio, coincidiendo con la reintroducción de anticoagulación a dosis terapéutica, el paciente experimenta una hemorragia digestiva alta, en forma de hematemesis, exteriorización de material de aspecto hemático brillante a través de sonda de gastrostomía así como rectorragia. Con el objetivo de descartar que la hemorragia se originara en el estómago excluido se realizó una endoscopia a través del orificio de gastrostomía, utilizando un fibroscopio de 6 mm, progresando hasta la zona del pie de asa de la Y de Roux, en la que se evidenció un sangrado arterial a nivel de la línea de grapas, resuelto tras inyección submucosa de adrenalina y aplicación de clips metálicos. Posteriormente el paciente tuvo una evolución satisfactoria, siendo alta domiciliaria con la sonda de gastrostomía cerrada.

Conclusiones: La incidencia de hemorragia digestiva alta tras bypass gastroyeyunal laparoscópico parece ser mayor que en la vía abierta, alcanzando hasta el 3,2 %. Los lugares más frecuentes de origen del sangrado por orden de frecuencia son: la anastomosis gastroyeyunal, el reservorio gástrico, la anastomosis yeyuno-yeyunal y la línea de grapas del estómago excluido. En aquellos casos en los que el sangrado tiene un difícil acceso, la endoscopia digestiva a través del estómago

excluido representa una alternativa diagnóstico/terapéutica excelente, que evita en muchos casos una nueva cirugía.

Perforación de divertículo de meckel secundaria a cuerpo extraño: inusual causa de abdomen agudo

Rodríguez Silva, Cristina; Ruiz López, Manuel; González Poveda, Iván; Carrasco Campos, Joaquín; Prieto-Puga Arjona, Tatiana; Toval Mata Jose Antonio; Mera Velasco, Santiago; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita del tracto gastrointestinal más prevalente, afectando al 2% de la población, de predominio en el varón. Su localización más frecuente es en ileon distal a nivel del borde antimesentérico. En su mayoría contienen mucosa gástrica heterotópica. La tasa de complicaciones oscila entre el 4-16%, siendo la hemorragia la más frecuente, de tal forma, que existen muy pocos casos descritos en la literatura sobre la perforación de un Meckel secundaria a cuerpo extraño.

Caso clínico: Mujer de 49 años sin antecedentes, acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de horas de evolución asociado a distensión abdominal, náuseas y vómitos biliosos. En TC de abdomen se evidencia un cuerpo extraño a nivel de yeyuno distal-ileon que atraviesa pared con cambios inflamatorios en la grasa adyacente. Ante los hallazgos, se realiza laparotomía exploradora en la que se identifica Diverticulitis de Meckel con fibrina alrededor, coincidiendo con un fragmento de hueso puntiagudo, formando un plastrón. Se realiza resección intestinal segmentaria y anastomosis manual laterolateral isoperistáltica. Evolución postoperatoria satisfactoria. El análisis anatomopatológico de la pieza confirmó la perforación del divertículo.

Discusión: La perforación del divertículo de Meckel secundaria a un cuerpo extraño representa una rara complicación, que puede conllevar un mal pronóstico en casos de retraso diagnóstico, generalmente debido a que el propio paciente no recuerda la ingestión del mismo, siendo descubierto tras los estudios radiológicos pertinentes o incluso durante el mismo acto operatorio. El mecanismo de perforación obedece a una combinación de inflamación local debido a irritación directa por el cuerpo extraño y necrosis por presión del mismo, estimulando un aumento del peristaltismo intestinal.

Conclusiones: Por tanto, es una patología más a contemplar en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, cuyo tratamiento es eminentemente quirúrgico.

Intususcepción intestinal como causa de oclusión intestinal en sdme de Peutz-Jeghers

Rodríguez Silva, Cristina; Toval Mata, Jose Antonio; Jiménez Mazure, Carolina; Ruiz López, Manuel; Carrasco Campos, Joaquín; García Albiach, Beatriz; González Poveda, Iván; Mera Velasco, Santiago; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: El síndrome de Peutz-Jeghers, de herencia autosómica dominante, afecta a 1 de cada 120.000 nacimientos, se caracteriza por manchas mucocutáneas y pólipos intestinales, de localización más frecuente en: intestino delgado, colon y estómago. Sus manifestaciones clínicas son dolor abdominal recurrente, generalmente causado por intususcepción, y/o las derivadas de sangrado gastrointestinal.

Caso clínico: Mujer de 46 años, diagnosticada de síndrome de Peutz Jeghers con 2 resecciones intestinales previas (hace años). Acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal asociado a náuseas con vómitos alimentarios, de una semana de evolución. En TC de abdomen se evidencia una imagen de invaginación yeyuno-yeyunal, con cabeza de invaginación próxima al ángulo de Treitz, con una marcada dilatación. Presencia de líquido libre en espacio subhepático, ambas goteras y pelvis menor. Ante los hallazgos, se decide laparotomía exploradora en la que se identifica invaginación de la primera asa yeyunal secundaria a una tumoración voluminosa de intestino delgado, que engloba unos 40 cm, realizándose resección de todo el segmento mencionado y anastomosis laterolateral manual bicapa a nivel del ángulo de Treitz. La anatomía patológica del segmento reseccionado se informó como múltiples pólipos hamartomatosos de tipo Peutz-Jeghers. El curso postoperatorio fue favorable.

Discusión: El diagnóstico precoz de la intususcepción en el contexto del Peutz-Jeghers es crucial en el enfermo adulto, para ello, es imprescindible una historia clínica detallada y examen físico, apoyado por las técnicas radiológicas. El TC de abdomen, asociado a la ecografía abdominal son las exploraciones de mayor precisión en el diagnóstico de la intususcepción. El tratamiento recomendado es la resección quirúrgica, no obstante, se recomienda seguimiento y control de los pacientes.

Perforación de divertículo de meckel secundaria a cuerpo extraño: inusual causa de abdomen agudo

Rodríguez Silva, Cristina; Ruiz López, Manuel; González Poveda, Iván; Carrasco Campos, Joaquín; Prieto-Puga Arjona, Tatiana; Toval Mata Jose Antonio; Mera Velasco, Santiago; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita del tracto gastrointestinal más prevalente, afectando al 2% de la población, de predominio en el varón. Su localización más frecuente es en ileon distal a nivel del borde antimesentérico. En su mayoría contienen mucosa gástrica heterotópica. La tasa de complicaciones oscila entre el 4-16%, siendo la hemorragia la más frecuente, de tal forma, que existen muy pocos casos descritos en la literatura sobre la perforación de un Meckel secundaria a cuerpo extraño.

Caso clínico: Mujer de 49 años sin antecedentes, acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de horas de evolución asociado a distensión abdominal, náuseas y vómitos biliosos. En TC de abdomen se evidencia un cuerpo extraño a nivel de yeyuno distal-ileon que atraviesa pared con cambios

inflamatorios en la grasa adyacente. Ante los hallazgos, se realiza laparotomía exploradora en la que se identifica Diverticulitis de Meckel con fibrina alrededor, coincidiendo con un fragmento de hueso puntiagudo, formando un plastrón. Se realiza resección intestinal segmentaria y anastomosis manual laterolateral isoperistáltica. Evolución postoperatoria satisfactoria. El análisis anatomopatológico de la pieza confirmó la perforación del divertículo.

Discusión: La perforación del divertículo de Meckel secundaria a un cuerpo extraño representa una rara complicación, que puede conllevar un mal pronóstico en casos de retraso diagnóstico, generalmente debido a que el propio paciente no recuerda la ingestión del mismo, siendo descubierto tras los estudios radiológicos pertinentes o incluso durante el mismo acto operatorio. El mecanismo de perforación obedece a una combinación de inflamación local debido a irritación directa por el cuerpo extraño y necrosis por presión del mismo, estimulando un aumento del peristaltismo intestinal.

Conclusiones: Por tanto, es una patología más a contemplar en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, cuyo tratamiento es eminentemente quirúrgico.

Malrotación intestinal: debut en el adulto

Rodríguez Silva, Cristina; Carrasco Campos, Joaquín; González Poveda, Iván; Ruiz López, Manuel; Romacho López, Laura; Toval Mata, Jose Antonio; Mera Velasco, Santiago; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: La malrotación intestinal es una anomalía congénita de la rotación y fijación intestinal, comprendiendo una serie de anomalías posicionales del intestino durante la etapa del desarrollo fetal, afectando a 1 de cada 6000 recién nacidos vivos. La mayoría se diagnostican durante el primer año de vida. La presentación clínica en adultos varía entre el dolor abdominal recurrente y la oclusión intestinal. En algunas ocasiones, se asocia a otras anomalías anatómicas: situs inversus, duplicaciones, poliesplenia

Caso clínico: Mujer de 35 años, sin antecedentes de interés. Consulta por cuadros de dolor abdominal de tipo cólico de varios años de evolución, asociando vómitos biliosos, agravándose durante su último embarazo, precisando ingreso hospitalario y nutrición parenteral. Se realizó ecografía evidenciándose anomalía posicional de los vasos mesentéricos superiores así como distensión de asas, hallazgos confirmados tras tránsito intestinal. En TC de abdomen se observa que el duodeno no cruza hacia el lado izquierdo, conservando el ciego en FID. Ante los hallazgos, se realiza laparotomía exploradora en la que se identifican asas de yeyuno en flanco derecho así como tractos fibrosos desde ileon terminal a la inserción del Treitz, asociando importante ingurgitación venosa a dicho nivel. Se procede a la sección de todos los tractos fibrosos y colocación de todo el paquete intestinal en su posición anatómica. El curso postoperatorio fue satisfactorio, siendo dada de alta el 4º día postoperatorio.

Discusión: La malrotación intestinal se trata de un cuadro raro en el adulto, con sintomatología abdominal recurrente.

Siendo la sospecha clínica fundamental para su diagnóstico, confirmado mediante radiología, tal es así que el tránsito intestinal, enema baritado y el TC abdominal presentan una especificidad del 80%. Su tratamiento es quirúrgico mediante la técnica de Ladd (lisis de bandas peritoneales y reducción del vólvulo). En asintomáticos, se recomienda hacer seguimiento.

Trasplante hepático en insuficiencia hepática aguda post-cirugía bariátrica

Rodríguez Silva, Cristina; Fernández Aguilar, Jose Luis; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; Gámez Córdoba, María Esther; Blanco Elena, Juan Antonio; Sánchez Pérez, Belinda; Pérez Daga, Jose Antonio; León Díaz Francisco Javier; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: La obesidad mórbida es una patología en aumento en la sociedad occidental, constituyendo la esteatohepatitis no alcohólica una entidad frecuente en obesos mórbidos, aumentando como causa de trasplante hepático en el mundo. Esto ha provocado un aumento de los procedimientos quirúrgicos destinados al control del peso y el síndrome metabólico. No obstante, se ha observado un deterioro de la función hepática en determinados enfermos, la mayoría sometidos a procedimientos puramente malabsortivos como el Scopinaro, suscitando controversia en cuanto a la necesidad de revertir la cirugía bariátrica practicada así como el momento más indicado.

Caso clínico: Varón de 35 años, obeso mórbido (IMC previo 65 kg/m²) intervenido de derivación biliopancreática hace 12 meses (técnica de Scopinaro), con importante pérdida ponderal posterior y desnutrición asociada (IMC actual 18 kg/m²). Es trasladado a la UCI de nuestro centro por hepatitis aguda no filiada con deterioro clínico, presentando insuficiencia hepática progresiva, con MELD 40, indicándose trasplante hepático en situación de código cero. Se realiza trasplante hepático ortotópico de donante cadáver, decidiéndose revertir la derivación biliopancreática previa con objetivo de conseguir un adecuado aporte nutricional así como la correcta absorción de la medicación inmunosupresora. Durante postoperatorio inmediato destaca hemoperitoneo masivo, evidenciado a través de drenajes, siendo necesaria laparotomía exploradora urgente, en la que se objetiva punto sangrante a nivel de anastomosis yeyuno-yeyunal, comprobándose resto de anastomosis sin objetivar sangrado activo. Inicialmente, presentando adecuada función del injerto con flujos normales, presentando posteriormente fracaso renal con necesidad de hemofiltración e importante ascitis. En 8º día, presenta edema agudo de pulmón, precisando drogas vasoactivas, reingresando en UCI en situación de shock séptico, con necesidad de ventilación mecánica y hemofiltración. En ECO/TAC se comprobó la ausencia de causas intraabdominales, así como normalidad del injerto hepático. En cultivo de líquido ascítico se evidencia enterococo faecium multiresistente, asimismo, se objetiva *Candida glabrata* en broncoaspirado. Finalmente el paciente fallece en 18º día, en situación de shock séptico refractario. La anatomía patológica de la pieza explantada reveló necrosis he-

pática submasiva con marcados signos regenerativos así como severa esteatosis macro-microvesicular.

Discusión: Las técnicas de cirugía bariátrica malabsortiva como el procedimiento de Scopinaro conllevan un riesgo potencial de fallo hepático. Asimismo, consideramos indicada la reversión simultánea del procedimiento bariátrico en enfermos que se someten a trasplante hepático con un doble Objetivo: optimización desde el punto de vista nutricional y mejora de la absorción de medicación inmunosupresora. Por todo ello, actualmente se realizan procedimientos restrictivos como la gastrectomía vertical, que aminoran las alteraciones metabólicas asociadas y las alteraciones histológicas propias de la esteatohepatitis.

Papel del tratamiento endovascular en la hemobilia tras cpre

Rodríguez Silva, Cristina; Titos García, Alberto; Aranda Narváez, Jose Manuel; Prieto-Puga Arjona, Tatiana; García Albiach, Beatriz; González Sánchez, Antonio Jesús; Montiel Casado, Custodia; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: La hemobilia es una patología que aparece cuando se genera una comunicación anormal entre el árbol vascular hepático y el biliar. Descrita por primera vez en 1654 por Francis Glisson, inicialmente constituía una manifestación clínica poco frecuente, no obstante, con el auge de los diversos procedimientos invasivos a nivel hepatobiliar, su incidencia está en constante aumento.

Caso clínico: Varón de 55 años pluripatológico (fumador, enolismo severo, hipertenso, diabético, hepatopatía crónica, cardiopatía isquémica), remitido por ictericia obstructiva en el contexto de pancreatitis crónica. Se realizó estudio CPRE con esfinterotomía y colocación de prótesis plástica. Al mes ingresó en el hospital por disfunción de la prótesis asociada a ictericia y vómitos hemáticos, identificando en CPRE emisión de sangre y coágulos a través de orificio papilar, por lo que se recambió la prótesis plástica por una metálica parcialmente recubierta. Días más tarde debutó con hematemesis y rectorragia importantes, con anemia progresiva y repercusión hemodinámica, realizándose nueva CPRE en la que se objetivó migración de la prótesis al tubo digestivo y sangrado a través de la papila. Dada la gravedad del evento hemorrágico se decide la realización de un angioTC sin observar un sangrado activo y posteriormente, ante la sospecha de un falso negativo, se realizó una arteriografía en la que se evidenció un aneurisma a nivel de arteria hepática derecha con sangrado activo. Se decidió realizar tratamiento endovascular del mismo mediante embolización con coils y cianoacrilato. Tras la embolización el paciente no volvió a presentar recurrencia hemorrágica lo que permitió el alta domiciliaria.

Discusión: La hemobilia constituye una de las complicaciones más graves tras la realización de una CPRE, con una considerable morbimortalidad asociada. Habitualmente el sangrado procede de la papila tras la realización de la esfinterotomía y la resolución suele ser vía endoscópica. Sin embargo, en casos como el mencionado, donde se objetiva un

sangrado masivo procedente del interior de la vía biliar cuyo control no es posible mediante procedimientos endoscópicos, el tratamiento endovascular vía radiología intervencionista es una excelente opción de tratamiento con muy buenos resultados, apoyada en un alto índice de sospecha y manejo precoz.

Diverticulitis aguda perforada con debut clínico atípico: osteomielitis iliaca

Rodríguez Silva, Cristina; Titos García, Alberto; González Sánchez, Antonio Jesús; Aranda Narváez, Jose Manuel; Romacho López, Laura; Blanco Elena, Juan Antonio; Montiel Casado, Custodia; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: La enfermedad diverticular representa una patología frecuente en la práctica clínica diaria, siendo asintomática en la mayoría de pacientes, no obstante, puede presentarse con complicaciones asociadas potencialmente fatales como la perforación y el absceso paracólico, pudiendo establecer en ocasiones fistulización con las vísceras adyacentes, la pared abdominal y en raras ocasiones estructuras óseas.

Caso clínico: Mujer de 57 años pluripatológica, ingresada en el Servicio de Medicina Interna por lesión cutánea indurada a nivel de pala iliaca izquierda de 1 semana de evolución asociado a fiebre, que ha ido aumentando de tamaño progresivamente, pese a antibioterapia empírica. A la exploración física presentaba una placa de unos 7 cm de diámetro, indurada, localizada a nivel de pala iliaca izqda., con un orificio central a través del cual drenaba material de aspecto purulento. Negaba dolor abdominal ni alteración del hábito intestinal. Analítica con leucocitosis, neutrofilia y elevación de PCR. Se solicitó RMN en la que se identificaba lesión de trayecto anfractuoso a nivel de zona glútea izquierda, afectando a la musculatura glútea, y que se comunicaba con un foco de osteomielitis a nivel del hueso iliaco izquierdo como causa probable del cuadro. Tras comprobar el cultivo del exudado, con crecimiento de E. Coli resistente y C. Albicans, y con la intención de descartar foco intra-abdominal se decidió realizar un TAC abdominopélvico identificándose engrosamiento y realce de pared de colon descendente y sigma con divertículos e infiltración de la grasa adyacente, y un trayecto fistuloso extendiéndose hasta psoas iliaco, grasa subcutánea y piel, compatible con diverticulitis aguda con fistulización a piel. Se decidió instaurar antibioterapia dirigida según cultivo para mejorar las condiciones locales y cirugía diferida a los 10 días. Los hallazgos intraoperatorios fueron: masa inflamatoria diverticular de colon sigmoide adherida a 2 asas de yeyuno y ovario izquierdo, con infiltración inflamatoria a nivel retroperitoneal localizándose un trayecto fistuloso extraperitoneal de contenido purulento. Se realizó una sigmoidectomía y resección de asas de yeyuno implicado, liberación de ovario izquierdo y legrado de todo el trayecto fistuloso, asociando una anastomosis colorrectal mecánica y una anastomosis de intestino delgado manual biplano. La evolución postoperatoria fue favorable. La anatomía patológica se informó como diverticulitis aguda perforada.

Discusión: La diverticulitis aguda es una patología pre-

valente en nuestro medio, cuyas manifestaciones son fundamentalmente abdominales. No obstante, en pacientes pluripatológicos, inmunosuprimidos, enolismo crónico o corticoterapia prolongada, pueden debutar con otro tipo de manifestaciones, más infrecuentes, como es el caso que hemos relatado, siendo imprescindible un elevado índice de sospecha clínica, apoyado por estudios radiológicos como el TC abdomen y la RMN. El tratamiento es combinado, aunando antibioterapia dirigida según cultivo y cirugía en un segundo tiempo. Por todo ello, aunque inusual, la diverticulitis perforada con fistulización ósea, es una de las posibles complicaciones que pueden acaecer durante el curso clínico de la enfermedad, siendo necesario un elevado índice de sospecha, para procurar un correcto diagnóstico y consecuentemente, tratamiento precoz.

La colecistitis xantogranulomatosa: un desafío diagnóstico

Rodríguez Silva, Cristina; Ruiz López, Manuel; Carrasco Campos, Joaquin; García Albiach, Beatriz; González Poveda, Iván; Toval Mata, Jose Antonio; Mera Velasco, Santiago; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: La colecistitis xantogranulomatosa es una rara variante caracterizada por intensa actividad inflamatoria crónica con formación de xantogranulomas y severa fibrosis. A menudo simula un carcinoma de vesícula biliar, siendo su diagnóstico preoperatorio dificultoso, siendo importante su despistaje preoperatorio.

Caso clínico: Varón de 79 años con antecedentes de HTA, DM2, EPOC, cardiopatía isquémica, que acude a Urgencias por dolor abdominal en HCD de 5 días de evolución asociado a fiebre y síndrome constitucional. A la exploración el paciente se encuentra febril y estable hemodinámicamente. Presenta plastrón doloroso palpable y Murphy +, siendo el resto del abdomen anodino. Analítica con leucocitosis y neutrofilia, perfil hepático sin alteraciones importantes y PCR elevada. En ECO/TC abdomen identificamos vesícula aumentada de tamaño con engrosamiento difuso de la pared. Colección perivesicular de 5 x 6 cm, localizada lateralmente al antro gástrico comprimiéndolo y desplazándolo. Colédoco dilatado hasta su porción más distal sin objetivarse la causa, todos ellos, hallazgos compatibles con colecistitis xantogranulomatosa Vs neoplasia vesicular. En colangioRMN se confirma dilatación de la vía biliar hasta la papila, sin objetivarse causa obstructiva. Se instauró tratamiento médico, estando la evolución marcada por vómitos de mal control inicialmente, confirmándose en EGD estenosis de segunda porción duodenal secundaria a compresión extrínseca. Se solicitaron marcadores tumorales, siendo negativos. En TC de control se objetivó una disminución del tamaño de la colección perivesicular, secundaria a fistulización de ésta hacia duodeno. Asimismo, se solicitaron marcadores tumorales, siendo negativos. La evolución posteriormente fue satisfactoria, encontrándose asintomático al alta.

Discusión: La colecistitis xantogranulomatosa es una enti-

dad poco frecuente que simula una neoplasia vesicular tanto en los estudios radiológicos como en los hallazgos intraoperatorios, por ello, la confirmación histológica es necesaria para el enfoque del paciente. Su incidencia es variable, siendo más frecuente en India y Turquía. Asimismo aparece generalmente en mujeres de edad media y ancianos. Su presentación clínica es similar a una colecistitis aguda, no obstante, la radiología nos permite caracterizarla, describiéndose en la ECO abdomen bandas hipoecoicas asociadas a adelgazamiento de la pared y colelitiasis. Asimismo, se pueden visualizar adherencias, sdme Mirizzi, abscesos y fistulas. Se ha publicado en algunas series la coexistencia de colecistitis xantogranulomatosa y neoplasia vesicular (hasta en el 10% en Japón), por lo que realiza la importancia del diagnóstico histopatológico, cobrando especial utilidad las técnicas de inmunohistoquímica y la biopsia por congelación, que diferencian ambas entidades. Se recomienda la cirugía precoz con objeto de prevenir la aparición de complicaciones. Si no existe sospecha de neoplasia, la colecistostomía percutánea puede ser una opción terapéutica eficiente en el tratamiento inicial de casos graves, permitiendo una posterior colecistectomía electiva con excelentes Resultados: Conclusiones: La colecistitis xantogranulomatosa es un inusual proceso inflamatorio destructivo caracterizado por severa fibrosis y adelgazamiento de la pared vesicular, con frecuente formación de adherencias y abscesos, que suele presentarse como una masa en hipocondrio derecho, pudiendo simular una neoplasia vesicular. Por todo ello, el diagnóstico preoperatorio sigue constituyendo un desafío, apoyándonos fundamentalmente en la radiología y marcadores tumorales, siendo el diagnóstico histopatológico imprescindible para su enfoque clínico.

Caso clínico de sangrado en pseudoquiste desde la arteria esplénica

Gila Bohórquez Antonio, López Ruiz José Antonio, Cintas Catena Juan, Sánchez Moreno Laura, López Pérez José, Oliva Mompeán Fernando, Padillo Ruíz Javier.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Resumen: Paciente varón de 57 años de edad, bebedor en exceso, teniendo como antecedente personal, un cuadro de pancreatitis aguda enólica en el año 2012. Acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal de dos días de evolución, localizado en epigastrio y ambos hipocondrios, en cinturón, con picos febriles termometrados de 38°C, orinas colúricas y hábito intestinal conservado. A la exploración el paciente presenta buen estado general, consciente, orientado, bien perfundido e hidratado, sin cambios mucocutáneos, con dolor abdominal a la palpación, siendo el abdomen blando y depresible. Sin signos de irritación peritoneal. Sin objeción de masas o megalias. En la analítica se aprecia hemoglobina de 10 mg/dl. Leucocitos y discreta neutrofilia. Coagulación normal. Excepto PCR en 186 u/dl.

Se decide realización de angioTAC, objetivándose pseudoquiste en cola pancreática con extravasación del contraste a su interior desde el área de la arteria esplénica. Se considera inicialmente manejo conservador contactando con el Servicio

de Hemodinámica quienes logran tutorizar la arteria esplénica colocándose endoprótesis en el punto de sangrado. La evolución posterior del enfermo cursó sin complicaciones teniendo un total de días de estancia hospitalaria de 5 días.

La manifestación clínica está caracterizada por la tríada de dolor epigástrico, sangrado digestivo o anemia ferropénica junto a elevación de las enzimas pancreáticas. El diagnóstico del mismo se consigue con tomografía computarizada con contraste intravenoso, que informa de las características anatómicas del páncreas y de la arteria aunque la prueba más específica para la valoración de la causa del hemocuscus pancreaticus es la arteriografía del tronco celíaco y de la esplénica documentando la lesión y su topografía, permitiendo objetivar la comunicación entre la arteria y los ductos pancreáticos si se realiza durante un episodio de dolor. El tratamiento de elección es el manejo conservador mediante embolización o colocación de stent o endoprótesis. En caso de fracaso o no disponibilidad de los mismos, se recurrirá a la cirugía.

Cirugía de control de daños en el paciente politraumatizado

Tatiana Prieto-Puga Arjona, Antonio Gonzalez Sanchez, Jose Manuel Aranda Narvaez, Beatriz Garcia Albiach, Juan Antonio Blanco Elena, Alberto Titos Garcia, Custodia Montiel Casado,, Julio Santoyo Santoyo. Unidad de Urgencias y Politraumatismo.

HRU Regional de Málaga

Introducción: La cirugía del control de daños en el paciente traumatizado se reconoce como el procedimiento de elección cuando fracasa la fisiología normal. El cierre del abdomen temporal se considera como el gesto quirúrgico final, y aunque existen varias técnicas, el empleo de presión negativa parece ser que aporta ventajas. No obstante, el cierre del abdomen temporal asocia complicaciones inherentes, fundamentalmente la hernia ventral masiva y la fistula enteroatmosférica.. En un intento de mejorar la tasa del cierre fascial primario se ha identificado distintas técnicas, entre otras la tracción fascial con malla de polipropileno^{1,2,3}.

Caso clínico: Presentamos un caso de un varón de 31 años que fue trasladado a nuestro centro, tras sufrir herida por arma de fuego abdominal. A su llegada se evidenció hipotensión no respondedora a volumen además de una herida abdominal con pérdida de sustancia y evisceración, por lo que se realizó laparotomía de emergencia. Los hallazgos intraoperatorios mostraron estallido del borde inferior del segmento III hepático, del colon transversal y de intestino delgado y hemoperitoneo de aproximadamente 2litros. Ante la severidad de las lesiones y shock se realizó cirugía de control de daños completándose la sección de colon transversal y delgado, hemostasia del mesenterio y packing hepático; sin realizar anastomosis se realizó el cierre del abdomen temporal con terapia de presión negativa (ABThera KCI). Tras estabilización en UCI, se realizó la primera exploración a las 48 horas comprobándose la hemostasia hepática y la ausencia de otras lesiones, se realizó la reconstrucción de la continuidad digestiva y se colocó una malla de tracción fascial de polipropileno

como complemento a la terapia de presión negativa. Durante las distintas revisiones quirúrgicas se evidenció contenido biliar en el área gastrohepática, cambiando el apósito abdominal con presión negativa por cura de herida con presión negativa (esponja de polivinilo sobre paquete visceral KCI) y desestimando el cierre fascial primario. Finalmente la fistula biliar cerro de forma espontánea y una vez granulado el paquete visceral, se cubrió el defecto cutáneo con un injerto cutáneo libre. Tras la recuperación completa del paciente fue intervenido para reparar la gran hernia laparotómica con separación fascial de aproximadamente 15cm; realizándose una reparación por componentes modificado. El postoperatorio curso sin incidencias y finalmente pudo ser dado de alta definitiva desde consulta externas con excelente resultado estético y funcional.

Discusión: La cirugía de control de daños es parte fundamental en la asistencia quirúrgica al paciente politraumatizado grave, ya que permite el tratamiento de las lesiones amenazantes para la vida de forma rápida. El cierre del abdomen temporal es parte inherente del procedimiento, existiendo cada vez mas evidencia de que la aplicación de terapia de presión negativa mejora el pronóstico. Cuando surgen complicaciones como la fistula enteroatmosférica, el adecuado cuidado de la herida y la correcta elección de los tiempos quirúrgicos se muestran fundamentalmente para el éxito terapéutico. La hernia ventral planeada debe considerarse entonces de elección. Para su posterior reparación las técnicas de separación por componentes es segura y eficaz, con excelentes resultados funcional y estético^{1,2,3}.

Reconstrucción mediante prótesis sustitutiva tras exeresis de vena cava inferior

Tatiana Prieto-Puga Arjona, Beatriz García Albiach, Laura Romacho López, Esther Gámez Córdoba, Miguel Ángel Suárez Muñoz, Belinda Sánchez Pérez, Francisco Javier León Díaz, José Luis Fernández Aguilar, José Antonio Pérez Daga, Julio Santoyo Santoyo. Unidad Hepatobiliopancreático.

HRU Carlos Haya. Málaga.

Resumen: Las situaciones clínicas que requieren una resección de la vena cava inferior (VCI) son raras. Las principales son las lesiones traumáticas o iatrogénicas, postrombóticas y neoplasias¹. Los tumores retroperitoneales son diagnosticados en estadios avanzados cuando ya están involucradas estructuras adyacentes debido a la ausencia de síntomas iniciales². Los tumores malignos retroperitoneales que con más frecuencia producen invasión de la VCI son de origen renal y los sarcomas³.

Caso clínico: Presentamos una serie de cuatro casos intervenidos en nuestro hospital de tumores infiltrantes de VCI para cuya exeresis fue necesaria la resección vascular y su reconstrucción mediante prótesis. Una mujer de 63 años con un cáncer suprarrenal derecho, un varón de 63 años con una neoplasia sarcomatoide renal derecha, un varón de 61 años diagnosticado y tratado de un cáncer de pulmón microcítico derecho, que en el seguimiento se detecta una metástasis su-

prarrenal derecha y hepática en segmento VII que se decide intervención tras la buena respuesta a la quimioterapia y una mujer de 72 años con un leiomioma de vena cava inferior. En nuestra serie hubo 2 exitus, uno el paciente de la metástasis suprarrenal de pulmón, el cual falleció al año de la cirugía por progresión de su enfermedad y el segundo, la paciente del leiomioma de vena cava inferior falleció a los 4 años por un fallo hepático refractario al 5º día postoperatorio en la UCI tras una segmentectomía lateral izquierda por metástasis del leiomioma previamente intervenido; los otros dos pacientes actualmente se encuentran vivos y libre de enfermedad tumoral.

Discusión: La afectación tumoral se puede clasificar en infrahepática y retrohepática; estandarizar cuales son los criterios para la reconstrucción de la VCI es complejo, dado que la baja incidencia de estos casos, no permite realizar estudios prospectivo o comparaciones de grandes series⁴.

La afectación vascular tradicionalmente era considerada un factor limitante o incluso una contraindicación relativa para su exeresis debido a los pobres resultados pronósticos a largo plazo y el alto riesgo quirúrgico^{1,2}. Sin embargo en la últimas décadas algunos estudios han demostrado resultados prometedores tras la exeresis tumoral y vascular asociada en diferentes localizaciones², en cuanto a los localizados en VCI, la resección en bloque del tumor y de la vena es esencial para el tratamiento ya que la quimioterapia o radioterapia por si solas son ineficaces³.

La reconstrucción tras la resección venosa es controvertido^{1,3,5}, si existe una obstrucción completa de la VCI, normalmente la circulación colateral permite el suficiente drenaje venoso; sin embargo, en resecciones retroperitoneales extensas a veces se interrumpe la circulación colateral formada, por lo que la reconstrucción es útil en la mayoría de los pacientes¹.

En conclusión; la reconstrucción de la VCI mediante prótesis tiene buenos resultados oncológicos, de supervivencia y calidad de vida, asociados a una baja morbimortalidad por lo que en manos expertas es la técnica de elección para aquellos tumores que provengan o infiltren la VCI.

Perforación intestinal secundaria a gastrinoma esporádico.

Tatiana Prieto-Puga Arjona, Beatriz García Albiach, José Antonio Toval Mata, José Luis Fernández Aguilar, Esther Gámez Córdoba, Carolina Jiménez Mazure, Belinda Sánchez Pérez, Santiago Mera Velasco, Julio Santoyo Santoyo.

HRU Regional de Málaga

Resumen: Introducción: El síndrome de Zollinger-Ellison (SZE) se caracteriza por la aparición de úlceras yeyunales, hipersecreción de ácido gástrico y tumores de células no beta pancreáticas. A diferencia de la enfermedad ulcerosa péptica típica, este síndrome se caracteriza por la aparición de úlceras pépticas, frecuentemente progresivas, recurrentes e incluso a veces mortales (1-2). La incidencia de esta patología es desconocida (1-2), y probablemente infraestimada porque muchas

de estas úlceras son tratadas como causadas por helicobacter pilory o antiinflamatorios (1).

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer sin antecedentes de interés que se intervino de urgencias en nuestro hospital por un abdomen agudo perforativo, los hallazgos intraoperatorios fueron una perforación a nivel de las primeras asas yeyunales próxima al ángulo de Treitz con una peritonitis difusa de contenido intestinal, realizándose una resección intestinal y una anastomosis manual biplano. El postoperatorio curso sin incidencias. Dada la localización inusual de la perforación se sospechó un SZE por lo que se solicitó una analítica con gástrica y cromogranina A, encontrando un valor de 3780 mg/dl y 375 ng/dl, respectivamente. En el TC abdominal se observa una lesión de 1,5 en antro hipervascular compatible con el gastrinoma. La paciente no refiere antecedentes familiares de síndrome endocrino múltiple, siendo este descartado por parte de endocrinología; y por tanto se programó para intervención, realizándose una resección de un nódulo en pared gastroduodenal, piroloplastia y linfadenectomía curvatura menor, arteria hepática, vena porta y retroduodenal. Durante el postoperatorio no se observa ninguna complicación y ya se evidencia una normalización tanto de la gástrica como la cromogranina A.

Discusión: Este síndrome se observa frecuentemente entre los 20-50 años (1-2), con discreta preferencia por el sexo femenino (2). Puede ser esporádico en un 80% o asociado al MEN tipo I (1-2).

El 70% de los gastrinomas aparecen en el duodeno y el resto, con raras excepciones, en el páncreas.

El dolor abdominal (75%) y la diarrea (73 %) fueron las quejas iniciales más frecuentes. El 90% de los pacientes cursan con enfermedad ulcerosa péptica.

En el momento del diagnóstico un tercio de los pacientes presentan metástasis, siendo el hígado el lugar más frecuente. (1)

Para el diagnóstico del gastrinoma se mide la concentración de gastrina sérica un valor de gastrina sérica mayor de 1000 pg / ml es prácticamente diagnóstico de la enfermedad (1-2).

Tras diagnosticar el SZE, el gastrinoma debe ser localizado antes de someterse a la cirugía (1-2). El role de la cirugía en el SZE es erradicar el tumor primario, controlar y prevenir la invasión metastásica.

La mayoría de los gastrinomas son tumores de crecimiento lento, y aquellos menores de 2 cm raramente producen metástasis, pero si estas aparecen empeora el pronóstico y la supervivencia (2-3).

En conclusión, es importante destacar que ante un paciente con perforación digestiva con una forma de presentación no habitual tanto por su localización o forma, deberíamos recordar hacer el despistaje del SZE.

Tumores retrorectales: presentación de 2 casos

Tatiana Prieto-Puga Arjona, Beatriz García Albiach, Joaquín Carracos Campos, Manuel Ruiz López, Ivan González Poveda, Jose Antonio Toval Mata, Santiago Mera Velasco, Julio Santoyo Santoyo,

HRU Regional de Málaga

Resumen: Introducción: Los tumores retrorectales son poco frecuentes, en niños el más frecuente es el teratoma y en adultos los quistes embriogénicos. La clasificación de estos tumores según Uhlig y Johnson se divide en 5 grupos: congénitos, inflamatorios, neurogénicos, óseos y miscelánea.

Casos clínicos: Presentamos dos casos; el primero es una mujer de 41 años con un tumor presacro como hallazgo radiológico: lesión solido-quística de 11 × 9 × 7 cm; se realizó exéresis de la tumoración por vía abierta con resultado anatomopatológico de schwannoma, siendo dada de alta en el 4º día postoperatorio.

El segundo caso es un varón de 74 años cardiópata conocido, se llevó a cabo exéresis de la tumoración por vía abierta (A.P.: schwannoma), presentando en el postoperatorio un infarto de miocardio que prolongó su estancia hospitalaria, siendo alta el 35º día postoperatorio.

Conclusiones: El teratoma es el tumor benigno más frecuente en niños, su pronóstico es excelente si es resecado completamente. En los tumores malignos es difícil establecer un pronóstico dado los escasos datos publicados.

Los schwannomas normalmente tienen un comportamiento benigno, apareciendo entre la 4º y la 6º década de la vida, siendo asintomáticos y de crecimiento lento. Son diagnosticados de forma incidental, cuando aparecen síntomas son secundarios al efecto masa o por sobreinfección.

Para el diagnóstico de estos tumores se usa de forma conjunta TC y RMN, ya que nos ayuda a plantear el abordaje quirúrgico más apropiado.

El tratamiento debe ser quirúrgico siempre, la vía de abordaje depende de la localización con respecto al sacro, tamaño y su relación con las vísceras pélvicas. Las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas pueden utilizarse en tumores benignos.

La tasa de supervivencia de los tumores benignos es casi del 100%, pero la tasa de recurrencia alcanza el 70% cuando no se extirpa de forma completa.

Utilidad de la alfetoproteína en el seguimiento y recurrencia de los tumores papilares de vesícula

Rodríguez Silva, Cristina; Blanco Elena, Juan Antonio; Sánchez Pérez, Belinda; Prieto-Puga Arjona, Tatiana; Romacho López, Laura; Fernández Aguilar, Jose Luis; Pérez Daga, Jose Antonio; León Díaz, Francisco Javier ; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: La alfetoproteína (FP) es un marcador clínicamente útil para el carcinoma hepatocelular, hepatoblastomas y tumores testiculares no seminomatosos. Su utilidad en el cáncer de vesícula biliar (CVB) es excepcional. Sin embargo, en una veintena de casos se ha descrito su elevación asociado fundamentalmente a carcinoma de células claras, papilares, hepatoide y carcinosarcoma. En estos casos, el brusco descenso de los niveles de FP tras la cirugía, nos permite su uso clínico como claro marcador de seguimiento y recaída.

Caso clínico: Mujer de 69 años sin antecedentes personales de interés, en estudio por cólicos biliares de repetición. A la exploración se palpaba masa en hipocondrio derecho. ECO ABD: Vesícula de 15 x 7cm, con contenido sólido vascularizado en su interior (Fig. nº1). TAC ABD: vesícula muy distendida con masa en su interior y posible infiltración del lecho hepático, produciendo impronta sobre la vena porta así como a nivel de la vía biliar, no se evidencian adenopatías locorreregionales (Fig. nº2). Se objetivó perfil hepático sin alteraciones y serología viral negativa, destacando FP de 775 ng/ml, resto de marcadores tumorales dentro de la normalidad. Ante el diagnóstico de CVB, se realizó colecistectomía y bisegmentectomía IVb-V mediante abordaje convencional. La anatomía patológica fue informada como carcinoma papilar con componente infiltrativo que alcanza la capa muscular (Tib No). Segmentos hepáticos con inflamación crónica portal y focos de dilatación sinusoidal. Bordes de resección libres de neoplasia (Fig. nº3). En el postoperatorio presentó fístula biliar de bajo débito que se solventó con tratamiento conservador siendo alta el 10º PO. Los niveles de FP descendieron progresivamente: 5º, 15º, 30º y a los 45 días PO: 315ng/ml, 70ng/ml, 35ng/dl y 5nd/dl. La paciente lleva un año en seguimiento sin elevación de FP y con pruebas de imagen negativas.

Discusión: La utilidad de los marcadores tumorales en diagnóstico preoperatorio de CVB, pero sobre todo en el seguimiento y como indicadores de recurrencia es, al menos, dudoso. La incidencia de CVB productoras de FP es excepcional (solo se han descrito una veintena de casos en la literatura) y relacionándose fundamentalmente con carcinomas papilares y de células claras. Sin embargo, se ha observado un descenso brusco de la FP tras la resección completa de la neoplasia y elevación de la misma con la recidiva de la enfermedad. Por ello, la monitorización de la FP en éste contexto, constituye una excelente alternativa de seguimiento y vigilancia de la recurrencia.

Complicaciones a largo plazo del bypass gástrico. Fallo hepático fulminante

De Los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García, Mercedes Fornell Ariza, Susana Roldan Ortiz, Daniel Perez Gomar, Ander Bengoechea Trujillo, M^a Carmen Bazan Hinojo, María Sanchez Ramirez, M^a Dolores Casado Maestre, M^a Jesus Castro Santiago, José Luis Fernandez Serrano.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Resumen: Objetivo: La obesidad mórbida es un factor de riesgo para numerosas enfermedades incluidas las enfermedades hepáticas. Aunque el tratamiento quirúrgico es eficaz en la reducción del peso, sus efectos sobre el hígado no se han establecido convincentemente. El fallo hepático agudo (FHA) es una enfermedad poco común pero catastrófica, con una mortalidad de hasta el 85%. Presentamos 2 casos de pacientes intervenidas de cirugía bariátrica y que presentaron un fallo hepático fulminante a largo plazo con resultado de muerte.

Material y método: Desde enero de 2005 a enero de 2014 se

han intervenido 315 pacientes de obesidad morbidita. 77% mujeres y 23% hombres, con edad media de 39,55(20-60) e Índice de masa corporal (IMC) medio de 50,49(35-73). Se realizaron 140 Bypass distales y 84 proximales, 30 Bypass gástrico de una Anastomosis y 61 gastrectomias verticales. De estos pacientes presentaron fallo hepático fulminante 2 pacientes con Bypass gástrico distal. Caso clínico nº 1: Mujer de 36 años intervenida de obesidad en 1995 con gastroplastia vertical anillada con IMC 52,5 que tras reganancia ponderal posterior se realiza cirugía de revisión en 2009 realizándose by-pass gástrico distal. Caso clínico nº2: Mujer de 42 años intervenida de obesidad en 2009 mediante Bypass gástrico distal con IMC de 51 y colocación de malla de composix. A los 3 años con buena pérdida ponderal presenta absceso de pared por fístula enterocutanea y se interviene quirúrgicamente extrayéndose la malla, identificándose dos fístulas en asa alimentaria y común que se extirpan y se realizó nueva Anastomosis.

Resultados: Caso clínico nº1: a los 2 meses de la cirugía de revisión inicia cuadró de vómitos secundarios a estenosis de Anastomosis gastroyeyunal que se trata mediante dilatación, y cuadro de ictericia progresiva, ascitis y encéfalopatía por fallo hepático fulminante con resultado de muerte. Caso clínico nº2: En el postoperatorio inmediato inicia incremento del débito del drenaje así como ascenso de enzimas de citolisis hepática y coagulopatía. Se reinterviene por sospecha de fuga anastomotica y Sepsis abdominal, desarrollando fallo hepático fulminante con coagulopatía y encéfalopatía que se trata mediante sistema MARS, falleciendo a las 4 horas de la instauración de la terapia. La mortalidad por fallo hepático fulminante en nuestra serie fue de 0,6 (2 casos)

Conclusiones: Si bien las técnicas de cirugía bariátrica actuales se consideran, seguras se han presentado casos de fallo hepático, sin estar claro si esto se relacionaría con la progresión de una esteatohepatitis preexistente, o bien a otros factores favorecedores relacionados con la cirugía. De los tratamientos disponibles, el trasplante hepático ortotópico de emergencia es una de las mejores intervenciones. Han aparecido nuevos métodos de soporte hepático extracorpóreo y que se conocen como hígados bioartificiales. En el caso de nuestras pacientes la evolución fue fatal desencadenando la muerte de ambas. En ambos casos presentaron shock séptico con cultivos de líquido ascítico positivo a multiresistentes, y ambas presentaron cirugías de revisión. Lamentablemente se desconocen los factores que pueden influir en que ocurran este tipo de complicaciones, y probablemente será motivo de estudios futuros.

Gastrectomía vertical laparoscópica en pacientes obesos con hipertensión intracraneal benigna

De Los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García, Susana Roldan Ortiz, Daniel Perez Gomar, Ander Bengoechea Trujillo, Mercedes Fornell Ariza, M^a Carmen Bazan Hinojo, Amparo Valverde Martinez, Eva Sancho Maraver, M^a Jesus Castro Santiago, José Luis Fernandez Serrano.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Resumen: Objetivo: La hipertensión intracraneal benigna (HIB) es una enfermedad de etiología incierta. Existe una clara asociación con la obesidad y el sexo femenino. Aproximadamente el 70% de los pacientes con HIB son clínicamente obesos con un índice de masa corporal (IMC) de > 30 kg/m². La pérdida de peso ha demostrado tener un efecto positivo en algunos estudios observacional. Presentamos dos casos de pacientes con HIB intervenidas de obesidad mórbida mediante Gastrectomía vertical (GV) laparoscópica en nuestra unidad.

Material y método: Caso clínico nº 1: Mujer de 36 años con AP de HII, HTA, hipotiroidismo. Peso 130 kg, talla 170 cm, IMC 44,9. Hábito hiperfago. En tratamiento con Metamizol, torasemida, ac. ascorbico, ac. aspártico, potasio, bicarbonato, omeprazol, amitriptilina, acetazolamida, clortalidona, loracepam, paracetamol, eutirox, duloxetina. Caso clínico nº 2: mujer de 46 años, con AP: HTA, DLP, HII, Síndrome metabólico. Histerectomía por miona uterino. Síndrome ansioso depresivo. Cefaleas. Peso 108 kg, talla 160, IMC 41. En tratamiento con: Lanzoprazol, simvastatina, amitriptilina, candesartán, torasemida, clorzepato dipotásico, paroxetina, topiramina, hierro, sulfato.

Ambas pacientes presentaban clínica de cefalea y son remitidas por el servicio de neurología para valoración de cirugía bariátrica por mal control terapéutico. Se les realizó una gastrectomía vertical laparoscópica calibrada con sonda de 34 fr.

Resultados: Caso clínico nº1: La evolución es favorable iniciando tolerancia oral a las 48 horas de la cirugía sin incidencias y es dada de alta al tercer día. En revisiones posteriores el paciente refiere mejora de los niveles de tensión arterial, disminución de las cefaleas con menor necesidad de analgésicos y adecuada pérdida ponderal y buena tolerancia oral.

Caso clínico nº2: La evolución es favorable iniciando tolerancia oral a las 48 horas de la cirugía sin incidencias y es dada de alta al tercer día. Tras revisiones sucesivas la revisión presenta pérdida ponderal adecuada con disminución de las cefaleas y necesidades analgésicas así como buena tolerancia oral.

Conclusiones: La hipertensión intracraneal idiopática (HIB) se ve característicamente en mujeres jóvenes y obesas. Existe evidencia en la literatura de que la cirugía bariátrica puede tener efectos beneficiosos en la mejora de los síntomas. La gran mayoría de esos documentos informan sobre los efectos beneficiosos del bypass gástrico. Entre las técnicas restrictivas solo existe referencia en la literatura respecto a la banda gástrica, pero no sobre la Gastrectomía vertical. Existe además cierta controversia en cuanto al abordaje laparoscópico en los pacientes con HIB, ya que el neumoperitoneo puede ocasionar un incremento de la presión intracraneal. En el caso de nuestras pacientes no hubo complicaciones intraoperatorias, ni postoperatorias inmediatas ni tardías. Ambas presentaron una adecuada pérdida ponderal. Fueron dadas de alta al 3º día postoperatorias y en ambos casos redujeron el tratamiento médico y el número de episodios de cefaleas. Por tanto pensamos que la GV laparoscópica representa un tratamiento eficaz y seguro para la hipertensión intracraneal idiopática asociada a obesidad.

Manejo conservador de la infección de mallas de pared abdominal con terapia V. A. C. Análisis de nuestros casos

CentrHospital Universitario Virgen del Rocío/Virgen del Rocío

Resultados: Autor Sojo Rodríguez, V; Perea del Pozo, E; Pareja Ciuró, F; Flores Cortés, M; López Bernal, F; Martín García, C; Alarcón del Agua, I; Jiménez Rodríguez, RM; García Cabrera, AM; Sacristán Pérez, C; Padillo Ruíz, FJ.

Resumen: Introducción: La infección de las mallas de la pared abdominal, colocadas para la reparación de una hernia, es un problema clínico con difícil manejo, que frecuentemente conlleva a la extirpación de dicha malla, con el consecuente defecto de pared abdominal. El objetivo de esta revisión es analizar la efectividad de la terapia V.A.C. para el tratamiento de la infección de pared abdominal con malla.

Material y método: Entre enero de 2013 y abril de 2014, todos los pacientes que presentaron infección de malla de pared abdominal en la Unidad de Urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío fueron tratados con terapia V.A.C. Los principales parámetros evaluados son la tasa de éxito del tratamiento, entendiéndose como éxito en el tratamiento la posibilidad de cierre de la pared abdominal sin necesidad de exéresis de material protésico, y el tiempo de cierre de la herida de la pared abdominal.

Resultados: En este periodo, 6 pacientes con sospecha clínica de infección de malla de pared abdominal, con posterior confirmación diagnóstica mediante estudio microbiológico, fueron tratados con terapia V.A.C. La edad media de los pacientes fue de 60 años. El 50% tenían una malla de polipropileno supraaponeurótica y el otro 50% una malla compuesta intraperitoneal. A todos los pacientes se les aplicó terapia V.A.C. Ultra, con instilación de suero, y 2 de ellos pudieron terminar el tratamiento con sistema ActiV.A.C., realizando una terapia domiciliar y evitando de este modo prolongar la estancia hospitalaria. La tasa de éxito del tratamiento fue del 83,3% (5/6 pacientes), pudiendo realizar un cierre de la pared abdominal en 19,3 días de media, con un promedio de 5,2 cambios de esponja. Sólo un paciente requirió exéresis quirúrgica de la malla, y se trataba de una prótesis compuesta intraperitoneal, en concreto una PTFEe. No apareció ninguna fístula entero-cutánea, ni otra morbilidad asociada al tratamiento.

Conclusiones: La terapia V.A.C. permite el manejo conservador de la infección de mallas de la pared abdominal, sin necesidad de exéresis de la misma, con un alto porcentaje de éxito y sin morbilidad asociada.

Absceso perianal persistente como presentación de diverticulitis aguda. Manejo Conservador

de los Reyes Lopera N, Gil Alonso L, Naranjo Fernández JR, Oliva Mompeán F, Padillo Ruiz FJ

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

Resumen: La diverticulitis aguda es una entidad que suele presentarse como dolor abdominal agudo, de predominio en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda.

Dependiendo de su severidad, que se basa en la clasificación de Hinchey, puede llegar a requerir desde tratamiento conservador con antibioterapia intravenosa y medidas de soporte, pasando por drenaje percutáneo de colección intraabdominal, hasta una eventual cirugía de urgencia.

Pero en ocasiones puede presentarse de manera subaguda como enfermedad fistulizante a localizaciones vecinas.

A continuación presentamos un caso inusual que debutó como absceso perianal y que fue tratado con éxito de manera conservadora.

Método Paciente de 55 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos. Acude a urgencias por absceso perianal a las 9 horas en posición genupectoral que fue drenado con sedación sin incidencias.

Acude de nuevo a urgencias un mes más tarde por persistencia de drenaje purulento a través de la incisión y extensión a la fosa isquiorrectal contralateral. Se realiza TAC pélvico con contraste intravenoso para descartar extensión en profundidad. Se evidencian múltiples divertículos sigmoideos, con inflamación de uno de ellos en localización distal, con microperforación hacia retroperitoneo, que origina una colección por debajo de la reflexión peritoneal y que se comunica con absceso isquirrectal en herradura.

Se realiza nuevo drenaje quirúrgico bajo sedación, con la apertura de la incisión previa y realización de contraincisión en la fosa isquiorrectal contralateral. El paciente es dado de alta un día después tras evolución favorable con tratamiento antibiótico oral.

Resultados: En el seguimiento en consulta el paciente presenta desaparición del absceso, con muy escasa supuración a través de orificio fistuloso externo en la región perianal izquierda. Se realiza estudio mediante TAC de control y colonoscopia a los 3 meses.

TAC pélvico de control: desaparición de la colección previamente descrita, con trayecto fibroso desde mesosigma distal, por debajo de la reflexión peritoneal hasta el espacio isquiorrectal izquierdo, discurriendo por ambos espacios pararectales.

Colonoscopia: múltiples divertículos en colon sigmoideos. Signos de diverticulitis residual en uno de ellos a 15 cms del margen anal. No otros hallazgos.

Actualmente el paciente se encuentra asintomático y pendiente de nueva revisión al año en consulta de Cirugía General.

Conclusiones: La diverticulitis aguda Hinchey I y II suele tratarse de manera conservadora si las condiciones generales del paciente lo permiten a fin de evitar la realización de un Hartmann. En los casos en los que presenten una colección intraabdominal accesible de entidad suficiente, puede realizarse un drenaje percutáneo de la misma como medida adicional.

En nuestro caso la enfermedad se presentó de manera subaguda como un absceso perianal que fue drenado vía perineal sin incidencias. Unido al correspondiente tratamiento antibiótico, constituyó un manejo conservador de una diverticulitis aguda Hinchey II sin implicación intraabdominal.

El absceso perianal constituye una manifestación de debut muy inusual de diverticulitis aguda, y debe sospecharse ante

aquellos abscesos perianales que persistan pese a correcto drenaje perineal del mismo.

Tumores neuroendocrinos; novedades conceptuales y revisión de los casos en los últimos 5 años en un hospital de 3º nivel

Zambudio N; Pineda N; Villegas T; Muffak K; Fundora Y; Becerra A; Garrote D; Ferrón JA.

Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Resumen: Presentación de una actualización bibliográfica conceptual de los tumores neuroendocrinos pancreáticos y revisión los datos de nuestro centro en los últimos 5 años.

Análisis retrospectivo de los últimos 5 años (2008-2012) de los tumores neuroendocrinos del páncreas intervenidos, constituyendo un total de 14 pacientes. Dividimos la serie en tumores pancreáticos funcionantes y no funcionantes. Se registraron una serie de variables por paciente incluyendo: edad, diagnóstico pre-operatorio, clasificación anatomopatológica, tipo de intervención quirúrgica, complicaciones post operatorias y estancia global.

Se han obtenido un total de 14 pacientes, que representan un 8% de todos los tumores pancreáticos intervenidos en nuestro centro:

4 casos eran tumores funcionantes de páncreas (3 insulinoomas y 1 asociado a MEN I de tipo gastrinoma). El 100% eran mujeres con una edad media de 52 años. El diagnóstico preoperatorio era correcto en el 100% de los casos. Se realizó enucleación de los insulinoomas, mesopancreatectomía central en el caso de hiperinsulinismo con sospecha de nódulo en cuello pancreático, en el caso del gastrinoma asociado a MEN I se realizó pancreatectomía corporocaudal (PCC), vaciamiento ganglionar del triángulo del gastrinoma y enucleación de múltiples microgastrinomas duodenales por transiluminación endoscópica. Complicaciones presentadas: hipocalcemia transitoria y fístula pancreática de bajo débito tratada conservadoramente. La estancia media global fue de 9 días.

10 casos eran tumores no funcionantes y sus características principales eran:

Un 60% de mujeres con una edad media de 50 años. El diagnóstico preoperatorio de tumor endocrino de páncreas estaba establecido en 5 casos (4 de ellos confirmados por PAAF preoperatoria y 1 con octreoscán positivo). Ser realizó enucleación en 3 casos, PCC en 5 casos (3 de ellos con esplenectomía asociada) y dos Whipple (una de ellas con hepatectomía derecha por metástasis hepática). Aparecieron 2 fístulas pancreáticas que se trataron de manera conservadora y se realizó una reintervención por dehiscencia de la anastomosis pancreático-yeyunal. Se produjo un éxito por insuficiencia hepática. La estancia media fue de 12 días

Recientemente se ha producido un cambio en la clasificación de los tumores endocrinos del páncreas con el objeto de lograr homogeneizar los criterios, y de esta manera permitir extrapolar los resultados de estudios diferentes y realizar comparaciones entre ellos. LA clasificación de la Organización Mundial de la Salud de 2010 divide los tumores en G1, G2 (bien diferenciados) y G3 (pobremente diferenciados) depen-

diendo del número de mitosis y del índice de proliferación. La Sociedad Europea de Tumores Neuroendocrinos propone el sistema de clasificación basado en el TNM (Tamaño, afectación ganglionar y metástasis a distancia) En nuestra serie, el porcentaje de estos tumores se mantiene similar al de series de mayor tamaño, así como la tasa de complicaciones.

Hemorragia digestiva alta aguda como presentación clínica de una fistula aorto-duodenal

Tinoco J, Perea E, Ramallo IM, Álamo JM, Arroyo Q, Prendes E, Padillo FJ.

Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción: Las fistulas aortoentéricas secundarias (FAEs) a cirugía aórtica se producen por decúbito de un asa sobre la prótesis en su cuerpo o sus ramas (fistula paraprotésica) o sobre la línea de sutura aórtica. Es una complicación poco frecuente y su curso natural es el fallecimiento por hemorragia y/o sepsis, a menos que un rápido diagnóstico y un tratamiento quirúrgico adecuado eviten el fatal desenlace.

Caso clínico: Varón de 74 años con antecedente de infarto de miocardio y múltiples factores de riesgo cardiovascular. Intervenido de un aneurisma de aorta abdominal endovascular mediante by-pass aortobifemoral dos años atrás. Ingresa por episodios incontrolables de melenas que anemizan y descompensan al paciente. Se realiza endoscopia urgente hasta tercera porción duodenal, donde se observa sangre que proviene de distal. Ante la inestabilización del paciente se procede a intervención quirúrgica objetivándose hemorragia a nivel de rodilla duodenal hacia la cuarta porción. Se realizó una exclusión duodenal tras suturar cerrar la fistula por transfixión.

El paciente pasa a UCI con una evolución favorable. A partir del día 13 de desarrolla marcado empeoramiento y reasenso de reactantes de fase aguda y fiebre con gran repercusión hemodinámica y respiratoria. Este empeoramiento lleva a shock séptico con aislamiento de microorganismos multiresistentes, cuadro febril con curva térmica mantenida a 39°C que termina propiciando una PCR y exitus.

Discusión. La FAEs supone menos del 1% de la forma de presentación de patología aguda aórtica. La comunicación de la aorta con la tercera o cuarta porción duodenal representa la forma más frecuente. La clínica habitual consiste en: dolor abdominal (63%), masa pulsátil en abdomen (48%) y hematemesis (40%) o melena (50%) que, generalmente no ocasionan repercusión hemodinámica en sus episodios iniciales, lo que explica que el 32% de los pacientes permanezcan vivos a la semana del primer sangrado. Tan sólo en un 5% de los casos el episodio inicial ocasiona shock hipovolémico. El diagnóstico clínico es difícil y en más de la mitad de los casos se llega a él en el propio quirófano, como en nuestro caso. Entre las pruebas complementarias la esofagogastroduodenoscopia es inefectiva hasta en el 30% de los casos. Para la TAC de alta resolución con contraste intravenoso se describe una sensibilidad diagnóstica del 94% y una especificidad del 83%. En la angiografía, la demostración de la fistula es limitada (30%) y debe reservarse a aquellos casos en los que el paciente esté estable y con vistas a planificar el tipo de operación quirúrgica

o embolización percutánea. El único tratamiento eficaz demostrado hasta el momento es la cirugía. Los procedimientos quirúrgicos van destinados a controlar el sangrado, reparar las lesiones intestinales, eliminar la infección si existe, y restaurar la circulación arterial. En los casos en los que la fistula no se asocia a patología aneurismática, está indicada la reparación directa, mediante sutura, de los defectos aórtico y duodenal e incluso la embolización percutánea. El pronóstico es desalentador. Sin cirugía la mortalidad es del 100%, la mayoría por shock hipovolémico. El 51% de los pacientes fallecen durante cirugía y el 46% tras esta por hipovolemia.

Conclusiones: La FAEs es una entidad infrecuente, con un diagnóstico dificultoso, por lo que los antecedentes personales junto a una alta sospecha, ante melenas o hematemesis en pacientes con prótesis endovasculares aórticas, son de vital importancia. La cirugía es la única opción terapéutica una vez conformada la sospecha con altas tasas de fracaso tanto por hipovolemia como por sepsis.

Caso inusual de rechazo agudo humoral en el trasplante hepático

Tinoco J, Perea E, Bernal C, Ramallo IM, Álamo JM, Suárez G, Marín LM, Serrano J, Padillo J, Gómez MA.

Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción: El rechazo agudo humoral (RAH) es una forma poco frecuente de lesión y posterior disfunción del injerto, mediada principalmente por anticuerpos y complemento, pudiendo ocurrir inmediatamente (hiperagudo) o durante las primeras semanas (agudo) postrasplante. Estos anticuerpos estarían preformados o bien se producirían como anticuerpos donante-específico que se desarrollarían después del trasplante hepático (TOH).

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 53 años diagnosticada de cirrosis biliar primaria sometida a TOH ABO compatible en 2004, sin incidencias quirúrgicas en el postoperatorio. A los 4 días la paciente comienza con signos analíticos sugerentes de rechazo agudo, sometiéndose a biopsia percutánea para su confirmación. El resultado anatomopatológico fue necrosis hemorrágica y coagulativa extensa atribuibles a RAH. Se trató con bolos de esteroides, incremento de la dosis de micofenolato y OKT3 de rescate, presentando una evolución favorable. En el seguimiento a 10 años, la paciente desarrolla un síndrome linfoproliferativo, además de un rechazo crónico ductopéptico.

Discusión. Es difícil atribuir el daño del injerto hepático a anticuerpos preformados, en gran parte, debido a la dificultad de documentar el rechazo humoral en el hígado en comparación con aloinjertos renales o cardíacos. Además, muchas complicaciones «no inmunológicas», tales como lesiones de preservación, hipotensión o sepsis, también pueden producir un síndrome clínico-patológico bastante similar al RAH. El primer mecanismo que se describe como potencialmente productor de RAH en aloinjertos hepáticos fue el sistema principal de isoaglutininas de grupo sanguíneo ABO. Si bien, cruzando los grupos sanguíneos ABO en el TOH se evita generalmente el RAH.

Los anticuerpos dirigidos a antígenos del endotelio vascular son potencialmente los más destructivos, desencadenando la cascada de la coagulación, trombosis microvascular y posterior vasoespasmio arterial, todos los cuales actúan para destruir la microvasculatura y provocar la necrosis hemorrágica. El hígado presenta una resistencia conocida para el RAH debido a la secreción de antígenos solubles de MHC I, la fagocitosis de células de Kupffer de anticuerpos citotóxicos, complemento, complejos inmunes y agregados de plaquetas activadas; el doble suministro de sangre a través de la arteria hepática y la vena porta, y la microvasculatura hepática sinusoidal única, que está desprovista de una membrana basal convencional.

Conclusión: El RAH en el TOH es muy infrecuente, siendo necesario una alta sospecha clínica junto con hallazgos histopatológicos compatibles para llegar al diagnóstico, como hipertrofia endotelial arterial, engrosamiento de la media arterial con vacuolización de miocitos asociado a hallazgos de isquemia del parénquima, como inflamación hepatocelular centrolobulillar o necrosis franca.

Hepatocarcinoma: recidiva en el trasplante hepático

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

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.

Objetivos: Determinar las tasas de recurrencia del CHC en pacientes cuyo explante cumple con los criterios de Milán y en los que no, su relación con el tiempo desde el trasplante (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 óbitos o último seguimiento. 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 (+/- 1,8) y la recidiva tardía restante de 40 meses (+/-35meses). El análisis de la recidiva, según la etiología, no arroja resultados significativos (p=0,95).

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.

Alfafetoproteína y grados de edmonson como indicadores de mal pronóstico ante la recidiva del hepatocarcinoma

Tinoco J, Perea E, Bernal C, Ramallo IM, Álamo JM, Suárez G, Marín LM, Serrano J, Padillo J, Gómez MA.

Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción: El grado histológico del carcinoma hepatocelular (CHC) es un importante factor pronóstico que condiciona la supervivencia de los pacientes tras el trasplante hepático ortotópico (THO). La alfafetoproteína es el marcador tumoral más utilizado para el diagnóstico y seguimiento del carcinoma hepatocelular, su valor parece 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 y de los niveles de alfafetoproteína del estudio pretrasplante.

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 según haya aparecido o no recidiva. 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, 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 (+/- 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 ($P=0,74$)

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 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 si la presentan.

Protésis de origen animal para la reparación de eventraciones contaminadas

Tinoco J, Ramallo I, Bustos M, Perea E, Martín JA, Tamayo MJ, Jordan C, Padillo FJ

Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción: La aparición de mallas biológicas ha supuesto una revolución en el campo de la reconstrucción de defectos de pared abdominal. La principal ventaja que han aportado ha sido la posibilidad de emplearlas en terrenos infectados, disminuyendo la tasa de rechazo

Objetivo: Demostrar la versatilidad y eficacia de esta malla para el cierre de la pared abdominal en situaciones complejas-contaminadas.

Material y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a hernioplastia con malla biológica para reparar eventraciones complejas-contaminadas en nuestra Unidad desde 2009 a 2013. Se ha realizado una base

de datos con las variables demográficas de los pacientes, diámetro máximo, recidivas en el seguimiento, tipo de fijación y complicaciones peroperatorias.

Los datos continuos se han informado como medianas. Las estimaciones de supervivencia 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 19 pacientes a los que se le implanta. La edad media fue de $57,00 \pm 15,00$ años. La distribución por sexo fue de 13 varones y 6 mujeres en la muestra. El riesgo anestésico según el ASA fue igual o menor a 2 en el 42,1%, frente al 57,9% de los casos. Se utilizó la anestesia epidural en el 36,8% (7) de los pacientes, y anestesia sistémica en el 63,2% (12). El tamaño medio del defecto (diámetro mayor) fue de $20,26 \pm 7,85$ cm. El 42,1% (8) de los pacientes tenían un anillo único, 10,5% (2) dos anillos y el 47,3% (9) 3 o más. La indicación de reparación de la eventración compleja fue por recidiva de una hernia o fístula previa en 9 casos (47,3%), frente a 10 casos (52,6%) que se intervenían la primera vez. 5 pacientes (26,5%) fallecieron en el seguimiento y 12 de ellos mostraron complicaciones (63,2%). Al mes, 3 y 6 meses la supervivencia fue del 84,25%; a los 12 meses y 2 años del 72,6%; el porcentaje de recidiva fue del 0%. 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.

Conclusiones: La malla biológica para el cierre en casos de eventraciones complejas con fístulas o contaminación, y en manos experimentadas, ofrece un perfil de recidiva bastante seguro y fiable. Ha de tenerse en cuenta, que la indicación de esta prótesis se reserva para abdomenes catastrófico, en pacientes con tendencia a la aparición de fístulas (y sus potenciales consecuencias), por lo que se eleva la de complicaciones.

Paciente con colitis ulcerosa que presenta hemorragia digestiva baja como debut de linfoma b de células grande

Begoña De Soto Cardenal, Juan Cintas Catena, Jose Lopez Ruiz, Laura Sanchez Moreno, Jose Lopez Perez, Fernando Oliva Mompean, Javier Padil

H. U. Virgen Macarena, Sevilla

Resumen: Presentamos el caso de un varón de 46 años de edad que ingresa por un brote de Colitis Ulcerosa que no responde a tratamiento médico.

El paciente ingresa por cuadro de dolor abdominal y fiebre realizándose rectoscopia con toma de biopsia donde se objetiva gran ulceración a unos 10 cm del margen anal de material fibrino-leucocitario compatible con fondo de úlcera sin displasia. Se realiza RMN de pelvis con hallazgo de marcado engrosamiento circunferencial del recto compatible con proceso inflamatorio. Durante el ingreso el paciente comienza con rectorragia franca por lo que se realiza Angio-Tac visualizándose engrosamiento circunferencial del recto con extravasación activa de contraste intravenoso secundario a la úlcera decidiéndose tratamiento conservador debido a la estabilidad

que presentaba el paciente. El paciente cursa con mejoría clínica por lo que se inicia tratamiento médico con Adalimumab presentando tras la tercera dosis del mismo Hemorragia digestiva baja severa que obliga a intervención quirúrgica urgente en la que se identifica gran úlcera perforada en cara anterior de recto pegada a vejiga realizándose panproctocolectomía total con ileostomía tipo Brooke.

Los resultados de la anatomía patológica fueron de Linfoma No Hodgkin de Células B grandes perforado y linfadenitis reactiva. El estudio inmunohistoquímico reveló células tumorales CD20 que no expresaban citoqueratina CKAE1/AE3. Índice de proliferación celular (Ki-67) aproximado del 60%.

La evolución del paciente fue tórpida presentando absceso pélvico y fístula entero-vesical por infiltración linfomatosa que obligó a resección intestinal con anastomosis primaria tras lo cual el paciente inició tratamiento quimioterápico R-CHOP previo al alta.

Los linfomas No Hodgkin primarios localizados a nivel gastrointestinal son muy poco frecuentes representando solo el 1-4% de los tumores malignos gastrointestinales, siendo el recto como lo es el caso de nuestro paciente una afectación muy poco frecuente dentro de ellos, tan solo un 2% lo que representa un 0,3% de los tumores malignos gastrointestinales..

Entre los factores de riesgo para esta patología se encuentran la infección por *Helicobacter pylori*, enfermedades autoinmunes, celiaquía, enfermedades inflamatorias intestinales, e inmunosupresión estando presentes en nuestro paciente estos dos últimos factores de riesgo.

El diagnóstico se realiza mediante colonoscopia con toma de biopsia.

No existe un tratamiento consensuado por lo que debe individualizarse según el paciente, aunque el tratamiento más empleado es el tratamiento quirúrgico asociado a tratamiento quimioterápico con una supervivencia del 27-55% a los 5 años.

Protocolo de actuación ante una hemorragia digestiva baja

Begoña De Soto Cardenal, Juan Cintas Catena, Jose Lopez Ruiz, Laura Sanchez Moreno, Jose Lopez Perez, Fernando Oliva Mompean, Javier Padil

Hospital Universitario Virgen Macarena Sevilla

Resumen: Presentamos un proyecto de protocolo de actuación a seguir ante una hemorragia digestiva baja que hemos desarrollado tras realizar una revisión de la literatura hasta Marzo de 2014.

Para el desarrollo de este protocolo hemos realizado una revisión de la literatura en bases de datos como han sido UpToDate y Pubmed utilizando para la búsqueda términos como lower gastrointestinal bleeding, y revisando las últimas guías clínicas publicadas acerca de su manejo.

La hemorragia digestiva baja es una patología con una mortalidad global asociada del 4% y con una incidencia creciente en los últimos años debido al envejecimiento progresivo de la población.

El manejo de esta patología va a depender de la situación hemodinámica del paciente y de los medios de los que dispon-

gamos, siendo importante descartar en la evaluación inicial del paciente la hemorragia digestiva alta, debido a que es la causa responsable en un porcentaje importante de pacientes.

La evidencia científica sobre su manejo es muy limitada. No se disponen de estudios terapéuticos comparativos y se han publicado pocas recomendaciones o guías clínicas acerca de su manejo.

¡Doctor, algo se mueve dentro de mí! Presentación de un caso de miasis forunculoide por dermatobia hominis

Grasa González F., Elmalaki Hossain L., Gómez Sánchez T., Sánchez Relinque D., Garcia Romero E.

Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cadiz)

Resumen: La miasis es la infestación de órganos y tejidos de vertebrados por dípteros, habitualmente moscas. Los casos descritos en España suelen ser importados. Las dos especies que destacan por su frecuencia son la *Dermatobia hominis* (Iberoamérica) y la *Cordylobia anthropophaga* (África)

Caso clínico: Varón de 35 años sin antecedentes de interés ni alergias medicamentosas. Antecedentes de estancia en Bolivia durante 2 meses en misión humanitaria en una ONG y regreso hace 4 semanas. Inmunizado frente a fiebre amarilla, tifoidea y virus de la hepatitis A. Profilaxis con cloroquina. Presenta desde su regreso 2 lesiones vesiculopustulosas en hombro izquierdo y un absceso axilar derecho de 2,5 cm, duro, caliente, con orificio 1mm y exudado purulento, sensación de quemazón y prurito ocasional. Se realiza cura en su Centro de Salud y se toma muestra del exudado, que resulta estéril. La evolución del absceso axilar es tórpida a pesar de tratamiento antibiótico empírico y curas locales. Tras varias curas ambulatorias el paciente acude al Servicio de Urgencias, tras referir que encontrándose en su domicilio sufrió una sensación de que «algo se movía en su interior». Se realiza exploración física completa, sin evidencia de ninguna lesión añadida a la axilar, excluyéndose lesiones de rascado. El estudio complementario no muestra hallazgos patológicos, exceptuando eosinofilia discreta y PCR 1,56. Se realiza drenaje de las lesiones vesiculopustulosas, evidenciándose la salida de 3 larvas con forma de tonel con ganchos oscuros en la parte cefálica seguidos de varias hileras de espinas que rodeaban el cuerpo. Se envían a estudio diferido siendo informadas como larvas de *Dermatobia hominis*. El paciente es dado alta hospitalaria en el mismo día, derivado al Servicio de Enfermedades Infecciosas y curas en su Centro de Salud.

Discusión: En la *D. hominis* la mosca hembra adulta captura a otros dípteros hematófagos (principalmente mosquitos del género *Psorophora*) que actúan de huéspedes temporales, depositando sobre su abdomen los huevos que quedan fijados (foresis). Los huevos eclosionan al notar la presencia del huésped y penetran en la piel produciendo dolor y una pequeña lesión con un orificio en su centro por donde respira la larva. En el interior de la piel las larvas prosiguen su desarrollo hasta alcanzar un tamaño de hasta 25 mm de longitud, entre 6 y 12 semanas. Posteriormente salen y se transforman en pupa o crisálida, para dar lugar a la mosca adulta en 20-60

días y convertirse en adultos, que morirán entre los 8 y 9 días, completando así el ciclo (3 a 5 meses).

Conclusiones: El hombre es un huésped accidental. Las lesiones cutáneas consisten en nódulos subcutáneos aislados o agrupados, migratorios, eritematosos, dolorosos y en algunas ocasiones muy pruriginosos, pudiendo producir agitación e insomnio en el huésped, además de la sensación de movimiento bajo la piel. El tratamiento consiste en la extracción de las larvas mediante presión o realizando una incisión bajo anestesia local.

Cirugía de la Apendicitis Aguda. Evolución de la indicación de cirugía Laparoscópica en nuestro Servicio.

Grasa González F, Sánchez Relinque D., Gómez Sánchez T., Elmalaki Hossain L., García Romero E.

Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cadiz)

Objetivo: Valorar la evolución del número de intervenciones y la indicación de Cirugía Laparoscópica de la Apendicitis aguda

Material y método: estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de los pacientes intervenidos de Apendicitis aguda en el Servicio de Cirugía General y Ap. Digestivo del Hospital Punta de Europa en el periodo enero2004 a diciembre2013. Se dividieron en dos grupos, grupo A, enero2004 a diciembre2008; y grupo B, de enero2009 a diciembre2013. Coincidiendo con la incorporación de Residentes a las Guardias y a la contratación de varios Adjuntos formados en Laparoscopia Avanzada.

Resultados: Del total de pacientes intervenidos (1435), el 12% fueron por vía laparoscópica (171) y el 88% vía abierta (1264). En el grupo A, el número por vía laparoscópica fue de 8 y abierta de 611. En el grupo B, el número por vía laparoscópica fue de 163 y abierta de 653. Del total de apendicetomías laparoscópicas, el 95,3% (163) se realizaron en el grupo B. El número de apendicetomías abiertas se mantuvo similar en ambos grupos, con 611 y 653 respectivamente. El tiempo quirúrgico medio en el grupo A para apendicetomías abiertas fue de 117 minutos y en el grupo B, de 65 minutos. El tiempo quirúrgico medio para la apendicetomía laparoscópica, en el grupo A fue de 82 minutos y en el grupo B de 67 minutos. La distribución en cuanto al sexo y edad no evidencia distinciones. El número de cirugía por Laparoscopia, desglosada por años, pone de manifiesto un incremento progresivo; en el grupo A, en 2004 se intervino 1 paciente, 2005 (2), 2006 (1), 2007 (1), 2008 (3); en el grupo B, en 2009 se intervinieron 5 pacientes, 2010 (21), 2011 (44), 2012 (50) y en 2013 (43). El número de apendicetomías por vía abierta se ha visto mantenido en el tiempo, con una media de 126 apendicetomías/año.

Discusión: Aunque la indicación de la vía laparoscópica no debe ser modificada por el tipo de patología, sino que debe ser considerada como una vía de abordaje complementaria a la vía clásica, debemos asumir que ésta ha sufrido un incremento en la patología del apéndice cecal en los últimos años. En nuestra experiencia, el apoyo de la literatura científica

que ha aumentado las indicaciones y disminuido las contraindicaciones; asociado a la incorporación de Cirujanos formados en Laparoscopia Avanzada y de Residentes, que no sólo consideran esta técnica como una de las primeras experiencias laparoscópicas, sino que suponen un «Cirujano» más en el acto quirúrgico, ha provocado un incremento en el número total de apendicetomías laparoscópicas, independientemente del sexo, edad y comorbilidades. En nuestra serie, el número de apendicetomías laparoscópicas ha sufrido un incremento del 0,55% (8 de 1435) al 11,35% (163 de 1435). Suponiendo la vía laparoscópica en el grupo A un 1,29% (8 de 619) y en el grupo B el 20% (163 de 816). A todos estos datos debemos añadir que el número de complicaciones postquirúrgicas de cualquier grado Clavien, se vieron reducidos en el grupo por vía laparoscópica.

Dolor abdominal en un cazador. Cirugía laparoscópica como vía de abordaje.

Grasa González F, Elmalaki Hossain L., Gómez Sánchez T., Sánchez Relinque D., García Romero E.

Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cadiz)

Introducción: Dentro del diagnóstico diferencial del dolor abdominal inespecífico hay que tener en cuenta los cuerpos extraños intraabdominales, que pueden ser un hallazgo casual relacionado con una sintomatología inespecífica. En ocasiones, los pacientes pueden requerir tratamiento quirúrgico como parte del diagnóstico/tratamiento de su sintomatología.

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 36 años sin antecedentes personales de interés, que practica la caza de forma habitual. Acude en reiteradas ocasiones a su Centro de Salud en el último mes, presentando dolor abdominal difuso mal controlado con analgésicos domiciliarios, no asociado a fiebre ni alteración del tránsito intestinal. Análisis sin hallazgos patológicos. Se realiza Radiografía abdominal, encontrándose imagen sugestiva de cuerpo extraño metálico en fosa iliaca derecha, lineal y vertical. Se completa estudio radiológico con TAC abdominopélvico con informe compatible con múltiples imágenes redondeadas radiopacas en el interior del apéndice cecal sin otros hallazgos asociados. Se completa preoperatorio y se realiza apendicetomía laparoscópica programada, recuperándose alrededor de 15 perdigones del interior del apéndice cecal y leves fenómenos inflamatorios subserosos y leve reacción mesotelial. Postoperatorio se presenta sin complicaciones y se da el alta hospitalaria. Controles por Consultas externas y Centro de Salud sin incidencias

Conclusiones: En el manejo de los cuerpos extraños intraabdominales es clave la correcta anamnesis y exploración física, así como asociar diferentes pruebas complementarias que nos permitan llegar al diagnóstico definitivo. La cirugía programada y por vía laparoscópica debe ser contemplada debido a su menor tasa de complicaciones y morbimortalidad.

Cirugía de la Vesícula Biliar. Evolución de la indicación de cirugía Laparoscópica en nuestro Servicio.

Grasa González F., Elmalaki Hossain L., Sánchez Relinque D., Gómez Sánchez T., García Romero E.

Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cadiz)

Objetivo: Valorar la evolución del número de intervenciones y la indicación de Cirugía Laparoscópica de la Vesícula Biliar en nuestro Servicio.

Material y método: estudio observacional, longitudinal y retrospectivo en el periodo de enero 2004 a diciembre 2013.

Resultados: Del total de pacientes intervenidos (1112) entre el periodo de enero2004 y diciembre2013, el 95,5% fueron por vía laparoscópica (1062), con un 1,17% de reconversión (13) y el 4,5% vía abierta (50). En el grupo A, Cirugía Abierta. Del total de 50 pacientes intervenidos, en el periodo enero2004-diciembre2008 se intervinieron 39 pacientes (83%) y en el de enero2009-diciembre2013 fueron 8 pacientes (17%). De todos ellos, 4 (8 %) fueron por abdomen agudo; 18 (45%) por asociar exploración de la vía biliar; 31 (62%) asociaron otra cirugía como esplenectomía (1 caso, 2%) o eventraciones (5 casos, 10%); el resto, 16 casos (32%) se intervinieron en el periodo de enero2004-diciembre2008. El tiempo medio de la cirugía fue de 104 minutos, sin distinción por género ni edad. En el grupo B, Cirugía Laparoscópica. Se incluyen un total de 1062 pacientes. En el periodo de enero2004 diciembre2008, se intervinieron 432 pacientes (40,67%), y en enero2009-diciembre2013, 630 (59,3%). Lo que demuestra el incremento de casi el 20% entre ambos periodos de 5 años. El tiempo medio quirúrgico fue de 84 minutos, sin distinción por género ni edad. La cirugía de la vesícula biliar se ha asociado a otras patologías, hernia umbilical (12), revisión vía biliar (2), hernia inguinal (1), biopsia hepática (1), apendicectomía (1), histerectomía (1), eventración recidivada (2), cáncer colorrectal (3). La tasa de complicaciones no muestra diferencias entre la vía abierta y laparoscópica

Discusión: Aunque la indicación de la vía laparoscópica no debe ser modificada por el tipo de patología, sino que debe ser considerada como una vía de abordaje complementaria a la vía clásica, debemos asumir que ésta ha sufrido un incremento en la patología de la vesícula biliar, convirtiéndose en el abordaje gold-standar. En nuestra experiencia, el apoyo de la literatura científica que ha aumentado las indicaciones y disminuido las contraindicaciones; asociado a la incorporación de Cirujanos formados en Laparoscopia Avanzada y de Residentes, que no sólo consideran esta técnica como una de las primeras experiencias laparoscópicas, sino que suponen un «cirujano» más en el acto quirúrgico, ha provocado un incremento en el número total de colecistectomías laparoscópicas, independientemente del sexo, edad y comorbilidades de los pacientes. En nuestra serie, el número de colecistectomías por vía abierta ha sufrido un descenso del 3,5% al 0,72%, de 39 a 8 pacientes entre los periodos enero2004-diciembre2008 y enero2009-diciembre2013. El tasa de cirugías por vía laparoscópica se ha mantenido similar en ambos periodos, con tasas de más del 98% de las cirugías de la vesícula biliar. El empleo de la laparoscopia en la cirugía de la vía biliar se ha visto implementado por el descenso de las contraindicaciones, el descenso de las complicaciones postquirúrgicas de cualquier

índole (infección del sitio quirúrgico, evisceración, dolor postquirúrgico) así como la estancia media hospitalaria.

Perforación múltiple de intestino delgado secundaria a metástasis de linfoma cutáneo.

Inmaculada Lendínez Romero, Antonio Palomeque Jiménez, Ágata Szuba, Verónica Aranaz Ostariz, José Antonio Jiménez Ríos.

Hospital Universitario San Cecilio.Granada.

Introducción: El linfoma difuso de células grandes (LBDCG) es el tipo más frecuente de linfoma (30-40% de todos los linfomas del adulto). Los pacientes presentan un crecimiento rápido de masas ganglionares y extraganglionares (médula ósea, hígado, bazo, testículo, piel). En un tercio de los pacientes, el LBDCG afecta inicialmente a órganos que no pertenecen al sistema linfático, siendo el tubo digestivo la localización más frecuente, pudiéndose producir cuadros de dolor y obstrucción intestinal, siendo la aparición de hemorragia y perforación intestinal menos frecuente.

Material y método: Varón de 87 años con linfoma folicular cutáneo intervenido por Dermatología hace 4 años. El la última revisión en Oncología se detectan lesiones a nivel supraclavicular izquierdo y cervico-dorsal alta, con biopsia que confirman una recaída del linfoma folicular, con transformación a linfoma B de células grandes. El paciente acude al Servicio de Urgencias hospitalarias por cuadro de dolor abdominal agudo localizado en fosa ilíaca derecha. Exploración: defensa abdominal y adenopatía de 3 x 3cm en la ingle derecha. TC abdominal: neumoperitoneo, con aumento de la densidad de la grasa en fosa ilíaca derecha y pequeña cantidad de líquido libre junto a asas intestinales dilatadas y agrupadas, lo que sugiere un proceso inflamatorio en FID con perforación de víscera hueca, sin poder descartar afectación ileocecal del proceso linfoproliferativo del paciente.

Resultados: Se realiza laparotomía urgente, encontrando un cuadro de peritonitis purulenta difusa y varios nódulos tumorales distribuidos por toda la cavidad abdominal. Se evidencian dos perforaciones de intestino, una de pequeño tamaño y otra que produce la sección completa del asa intestinal, en relación a la infiltración por las lesiones tumorales. Se realiza resección de dos segmentos de intestino y se restituye el tránsito intestinal. El postoperatorio cursa favorablemente y el paciente es dado de alta en el décimo día postoperatorio. Estudio anatomopatológico: infiltración mural de yeyuno e íleon por linfoma B difuso de células grandes. Paciente fallece un mes después de la cirugía por la progresión de la enfermedad.

Conclusiones: Las neoplasias de intestino delgado son infrecuentes, siendo generalmente tumores primarios. El linfoma constituye, aproximadamente, el 20% de total de las neoplasias, con buenos resultados terapéuticos, siendo potencialmente curables con la quimioterapia. La perforación del tracto digestivo se observa sólo en el 10% de estos paciente, generalmente como debút de la enfermedad o después del inicio de la quimioterapia. La aparición del linfoma en el tracto digestivo como progresión de la enfermedad ya conocida, de otra localización y presentación, y sus metástasis es muy

infrecuente y presentan muy mal pronóstico. Señalar que la presencia de múltiples tumoraciones en el tracto digestivo, metastásicas de linfoma y de otros tipos de tumores, aumenta el riesgo de la perforación intestinal. Habitualmente, la presencia del proceso maligno a nivel intestinal suele conllevar una sintomatología inespecífica y, por tanto, provocar un diagnóstico tardío. La presentación clínica de las metástasis intestinales de los linfomas como perforación intestinal suele ocurrir en casos aislados y suelen asociarse con una morbi-mortalidad no despreciable. El diagnóstico se basa en la exploración clínica, presentando el paciente un cuadro de peritonismo, y en las diferentes pruebas de imagen que van a ayudar al diagnóstico final, como son la radiología simple de abdomen, la ecografía y la TC abdominal. El tratamiento de los cuadros de perforación intestinal es quirúrgico, realizándose la resección de los segmentos intestinales afectados por la perforación y el lavado de la cavidad abdominal, completándose posteriormente con un tratamiento oncológico. Los resultados desfavorables de la cirugía se asocian con la edad avanzada del paciente, la peritonitis presente a la hora del diagnóstico, los niveles bajos de albuminas y con el estado terminal de la enfermedad que suele representar la situación clínica que se expone.

Perforación duodenal tras realización de cppe terapéutica. Una urgencia grave con manejo conservador.

Esther Brea Gómez, Antonio Palomeque Jiménez, Ágata Szuba, Inmaculada Lendínez Romero, José Antonio Jiménez Ríos.

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: La CPRE fue introducida en 1968 y se ha convertido en un instrumento imprescindible y de gran utilidad en el diagnóstico y tratamiento de gran número de enfermedades del área biliopancreática. Aunque se trata de una técnica segura en manos de gastroenterólogos expertos, no está exenta de posibles complicaciones. Inicialmente, la resolución de estas complicaciones era quirúrgico, mientras que el manejo conservador y endoscópico ha ido sustituyendo al quirúrgico en la actualidad, con buenos resultados en muchos de los casos.

Material y método: Mujer de 71 años con antecedentes personales de HTA, colecistectomizada y episodios de repetición de coledocolitiasis con 5 CPRE previas, que ingresa en el servicio de digestivo por cuadro de dolor abdominal localizado en epigastrio e irradiado en cinturón de una semana de evolución, e ictericia. Se confirma nuevo cuadro de coledocolitiasis mediante colangiorresonancia nuclear magnética, realizándose nueva CPRE, en la que se amplía la papilotomía previa y se extraen varios cálculos y barro biliar. A las 24 horas de la realización de la CPRE la paciente comienza con dolor abdominal intenso en hemiabdomen derecho y leve defensa abdominal a la palpación de dicha zona, sin alteraciones hemodinámicas. Analítica: bilirrubina total (1,04 mg/dl), PCR (17,8 mg/l) y una neutrofilia (87%) con leucocitos normales. TC abdomen con contraste iv y oral: abundante re-

troneumoperitoneo y neumoperitoneo, con paso de contraste oral al espacio retroperitoneal, formando una colección de 3 × 2 × 3,5 cm.

Resultados: Ante la estabilidad hemodinámica, los datos analíticos, la mejoría clínica y la exploración abdominal sin un cuadro de peritonismo difuso, se decide un tratamiento conservador, con colocación de sonda nasogástrica, dieta absoluta, nutrición parenteral y antibioterapia de amplio espectro, evolucionando satisfactoriamente, siendo dada de alta a los 14 días.

Conclusiones: La CPRE es un instrumento de gran utilidad, tanto diagnóstica como terapéutica, con tasa baja de complicaciones en manos expertas. La incidencia de complicaciones presenta valores del 4-10% y mortalidad del 0,4%. Las posibles complicaciones, menores en CPRE diagnósticas, son variadas e incluyen pancreatitis (1,3-5,4%), complicaciones hemorrágicas (0-75-3%), colangitis (0,78-1%) y perforación (0,3-2,1%). La presentación clásica de la perforación duodenal, con dolor intenso en epigastrio que progresivamente evoluciona a generalizado y vómitos, se ve sólo en una minoría de los casos, siendo la presentación clínica inicial de los pacientes con perforación inespecífica. Es importante la sospecha y el diagnóstico precoz, aumentando las posibilidades de éxito del tratamiento conservador. La TC de abdomen es la prueba de elección para el diagnóstico. El tratamiento puede y debe ser inicialmente conservador, incluyendo también el tratamiento endoscópico, basándose este tratamiento conservador en el reposo digestivo, colocación de sonda nasogástrica, sueroterapia, antibioterapia y control minucioso de las constantes del enfermo, indicándose la cirugía en aquellos casos de no respuesta de las medidas anteriores y empeoramiento del estado clínico del enfermo.

Fibrohistiocitoma maligno gigante lumbar.

Inmaculada Lendínez Romero, Antonio Palomeque Jiménez, Esther Brea Gómez, Sandra Cecilia Alonso García, José Antonio Jiménez Ríos.

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: El fibrohistiocitoma maligno (FHM) es el sarcoma de tejidos blandos más frecuente durante la edad adulta media y tardía. Más frecuente en tejidos profundos y músculo estriado e infrecuente la localización cutánea (<10%). Presenta un mal pronóstico. Factores de mal pronóstico: tamaño, grado histológico y márgenes quirúrgicos afectados. La cirugía sigue siendo la primera opción terapéutica, junto a la quimioterapia, aunque los beneficios de esta última están en discusión. Se presenta un caso de FHM gigante, de localización lumbar, diagnosticado y tratado en nuestro hospital, discutiendo los datos epidemiológicos, los aspectos clínicos más relevantes y diagnósticos, y el manejo terapéutico óptimo.

Material y método: Varón de 71 años, con antecedentes personales de HTA y amputación de MMII izquierdo (enfermedad de Hansen), que consulta por tumoración de varios meses de evolución en región lumbar izquierda de varios meses de evolución, crecimiento progresivo, mayor en úl-

timo mes y que produce dolor leve esporádico como única sintomatología. Exploración: tumoración de gran tamaño, de consistencia pétreo, no dolorosa, fija y adherida a planos profundos en región lumbosacra izquierda. TC con contraste i.v.: masa de 10 × 6 cm, dependiente de tejido celular subcutáneo, que produce efecto de masa en músculo cuadrado lumbar izquierdo sin invadirlo. Analítica normal.

Resultados: Se interviene quirúrgicamente, objetivándose tumoración de 20 cm, que parece proceder del músculo cuadrado lumbar izquierdo, íntimamente adherido, así como a las aponeurosis paravertebrales posteriores. Se realiza exéresis en bloque de la lesión. Evolución postoperatoria sin complicaciones siendo alta a los 4 días. AP: fibrohistiocitoma maligno, tipo células gigantes GIII, con positividad para CD68 y AML, y negatividad para Caldesmon, desmina, smotelina, P-S100, Melan A y citoqueratina AE1-AE3. Ki67(75%). Tras someter el caso en el comité multidisciplinar, se decide tratamiento radioterápico, existiendo recidiva tumoral extensa tras el mismo, no considerándose posible la resección quirúrgica, derivándose a cuidados paliativos.

Discusión: El fibrohistiocitoma maligno (HFM) ó sarcoma pleomórfico indiferenciado es un sarcoma de tejidos blandos, derivado de las células mesenquimales poco diferenciadas que derivan a líneas fibroblásticas e histiocíticas. Es un tumor infrecuente, sin embargo, es el sarcoma más común que aparece durante la 6^a-7^a década de la vida, predominando en el sexo masculino. Localización: extremidades (miembros inferiores 49%, miembros superiores 19%), retroperitoneo (16%) y cavidad peritoneal (5%-10%). De causa desconocida, considerándose factores etiológicos la exposición a fenoxi-ácidos y la inducción por radiación. Los MFH se clasifican en cuatro subtipos morfológicos (OMS 2002): estoriforme-pleomórfico o de alto grado, de células gigante, tipo mixoide y tipo inflamatorio. Las variantes inflamatoria y de células gigantes son infrecuentes, como ocurre en nuestro caso. La sintomatología depende de la localización y presentan, generalmente, un crecimiento rápido. Tienen alto riesgo de metástasis (más frecuente en pulmón) y de recurrencia local. El diagnóstico se basa en la TC y la RNM y el tratamiento de elección es la resección quirúrgica extensa, acompañado de radioterapia y quimioterapia. FHM son tumores de supervivencia reducida (59%-67%, a 5 años), y la tasa de recurrencia local es del 16% al 31%. Los factores pronósticos predictores de recurrencia local y a distancia incluyen la edad superior a 60 años, el tamaño tumoral mayor de 5 cm, la localización profunda de la neoplasia, un alto grado histológico y márgenes quirúrgicos afectados, como ocurrió en nuestro paciente. Ante recidiva, si la cirugía es posible, está indicada la misma, acompañada de RT si no se empleó previamente.

Manejo del traumatismo abdominal cerrado. Importancia del estado hemodinámico del paciente.

Esther Brea Gómez, Antonio Palomeque Jiménez, Ágata Szuba, Jesús García Rubio, José Antonio Jiménez Ríos.

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: El traumatismo abdominal cerrado es una emergencia quirúrgica de primer orden. Sus causas principales son debidas al tráfico como causa más frecuente, pero también a accidentes laborales y a precipitados. En conjunto, constituyen el 10% de todas las muertes por traumatismos. El mecanismo de lesión es debido tanto a fuerzas de compresión como a fuerzas de desaceleración. Los órganos más afectados son el bazo (40%), hígado (25%), riñones (10%) y páncreas (7%).

Material y método: Presentamos un caso de un varón de 30 años que sufre traumatismo abdominal, torácico y creneoencefálico tras experimentar una caída practicando snowboard. A la exploración del ingreso en Urgencias destaca estabilidad hemodinámica, dolor abdominal difuso sin peritonismo y leve hematuria. Analítica: Hg 12,6 g/dl al ingreso. TC abdominal con contraste iv: contusión pulmonar, laceración grado III en el segmento V hepático, gran hematoma perirrenal derecho en relación con fractura del tercio medio/inferior derecho, sin identificar lesión vascular, y un hematoma periduodenal. Ante la estabilidad clínica y analítica, se decide realizar un manejo conservador del paciente, pasando el paciente a UCI. La evolución es favorable, continuando observación en la sala de Urología. En el séptimo día postingreso se realiza control radiológico con TC, objetivando el mismo grado de la laceración renal pero sin apreciar el hematoma periduodenal y con disminución de la laceración hepática. En el duodécimo día de su ingreso, tras la movilización, el paciente sufre inestabilización hemodinámica y anemización secundaria a hematuria franca (Hg 10 g/dl). Se realiza urografía, donde se aprecia laceración renal derecha con extravasación de contraste. Ante los hallazgos, se decide intervención quirúrgica, realizando reparación quirúrgica mediante sutura polar inferior del riñón derecho. El postoperatorio cursa sin incidencias, siendo dado de alta al mes del ingreso.

Conclusiones: El traumatismo abdominal cerrado es una emergencia quirúrgica de primer orden. Se ha producido en los últimos años un cambio de tendencia en el manejo de estos pacientes, el tratamiento conservador gana terreno frente a la laparotomía exploradora. Actualmente la tendencia es hacia un manejo conservador del paciente con traumatismo abdominal cerrado, basado en la estabilidad hemodinámica del, reservando la cirugía para aquellos casos en los que no se consigue dicha estabilización hemodinámica o la exploración abdominal y/o las pruebas diagnósticas sugieren un cuadro de peritonitis secundario a una perforación de víscera hueca asociada. El traumatismo abdominal cerrado y las lesiones en víscera sólida se pueden clasificar mediante escalas como la de la American Association for the Surgery of Trauma Splenic, entre otras, que describen los hallazgos radiológicos de menor a mayor gravedad. En este cambio de tendencia, el papel del radiólogo ha sido fundamental, gracias al desarrollo de la TC helicoidal y de la radiología intervencionista. Los resultados han sido satisfactorios, llegando al 90% de éxitos en algunas series.

Hemoperitoneo y hemorragia digestiva como manifestación clínica de un tumor del estroma gastrointestinal de intestino delgado.

Esther Brea Gómez, Antonio Palomeque Jiménez, Inmaculada Lendínez Romero, José Antonio Jiménez Ríos.
Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal, aunque representan únicamente el 0,1-3% de los tumores gastrointestinales. La primera vez que se usó este término fue en 1983, por Mazur y Clark. En 1998, Hirota descubrió la mutación del protooncogén c-kit en los GIST. Las localizaciones más comunes son la pared gástrica y el intestino delgado, pero pueden ocurrir en cualquier porción del tubo digestivo que tenga músculo liso y, ocasionalmente (< 5%), en el omento y el peritoneo. La presentación clínica es variada, siendo más común el dolor abdominal, las masas abdominales palpables con anemia asociada y el sangrado tumoral digestivo, siendo más infrecuente el hemoperitoneo. Presentamos un caso de GIST en el que la clínica inicial fue la de sangrado digestivo y hemoperitoneo.

Material y método: Varón de 75 años con antecedentes personales de HTA, dislipemia y cardiopatía isquémica, que ingresa en el servicio de digestivo por astenia y episodio de hemorragia digestiva baja de meses de evolución. Analítica: leucocitos 12000/ μ L, hemoglobina 7,5 g/dl (previa de 10,6), PCR 9,5 mg/l. Se realiza endoscopia digestiva alta en la que no se aprecian hallazgos de interés. Se realiza cápsula endoscópica, que informa de posible tumoración yeyunoileal. Durante el ingreso, el paciente vuelve a presentar episodio de sangrado digestivo bajo, acompañado de hipotensión (97/50) y pérdida de 4,3 puntos de hemoglobina, con una exploración abdominal en la que presenta dolor difuso y signos de irritación peritoneal. Resultados. Ante la inestabilidad hemodinámica del paciente, se decide intervención quirúrgica urgente, encontrándose un hemoperitoneo moderado junto a dos tumoraciones, la mayor de 10 x 15 cms, de aspecto cerebroide, adheridas a mesenterio e intestino delgado, múltiples implantes en epiplón, peritoneo visceral y parietal. Se realiza resección de ambas tumoraciones incluyendo el segmento intestinal afecto y restitución del tránsito intestinal. Postoperatorio sin incidencias, siendo dado de alta a los 12 días. AP definitiva: GIST maligno con implantes mesentéricos y en epiplón. Positividad para CD117 y DOG2. Ki67 15-20%. Actualmente, en seguimiento por Oncología y en tratamiento con Imatinib.

Conclusiones: Los GIST malignos son los sarcomas más frecuentes del tracto gastrointestinal, derivando de las células de Cajal o de sus precursoras y suponen el 5% de todos los sarcomas. Los síntomas de presentación más comunes son dolor abdominal, masas abdominales palpables con anemia asociada y sangrado tumoral. El 15-50% presenta metástasis en el momento del diagnóstico; la diseminación intraabdominal es la más frecuente. Los GIST pueden aparecer en cualquier tramo del tubo digestivo, aunque la localización más frecuente es el estómago (50-60%) seguida del intestino delgado (20-30%), el intestino grueso (10%), el esófago (5%) y el peritoneo (< 5%). Valorar el potencial maligno de los GIST es difícil.

Son criterios ampliamente aceptados de mal pronóstico: a) el tamaño mayor de 3-5 cm, b) el índice mitótico elevado: más de 5 mitosis por campo indican malignidad y 20-50 mitosis por campo indican alto grado de malignidad, y c) la presencia de metástasis y/o recidiva local. Otros autores señalan, como factores de mal pronóstico, la mala diferenciación tumoral, la localización (mejor pronóstico para los gástricos) y la cirugía incompleta y/o la rotura tumoral en el acto quirúrgico. El diagnóstico se basa en la endoscopia, la TC y el PET. El tratamiento principal es la cirugía. Un importante avance supuso la aparición en 2000 del imatinib mesilato, que actúa como inhibidor competitivo en algunas tirosincinasas, incluida la asociada a c-kit7 y que supone una mejora en el pronóstico de estos pacientes, principalmente de los que presentan una enfermedad diseminada.

La criptorquidia en el diagnóstico diferencial de la hernia inguinal incarcerada en el adulto

Inmaculada Lendínez Romero, Antonio Palomeque Jiménez, Ana Allegue Alonso, Ágata Szuba, José Antonio Jiménez Ríos.

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: La criptorquidia es la malformación congénita más frecuente de los genitales externos masculinos y se define como la ausencia de, al menos, uno de los testículos en el escroto. En el 85% de los casos la presentación es unilateral, siendo el derecho el más frecuentemente afectado (70% de los casos unilaterales). La etiología de esta patología puede estar relacionada con diversos factores: familiares, gestacionales, perinatales o fetales (síndromes malformativos, parálisis cerebral, retraso mental). El diagnóstico diferencial debe hacerse con las adenopatías inguinales, el testículo en ascensor y los procesos herniarios de la región inguino-crural. Presentamos un caso en el que el diagnóstico de criptorquidia se realizó en una intervención por una sospecha de hernia inguinal incarcerada.

Material y método: Varón de 19 años, con antecedentes personales de parálisis cerebral, epilepsia sintomática y derivación ventrículo-peritoneal por hidrocefalia, dependiente para todas las actividades y que vive con sus progenitores desde el nacimiento. Acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por referir los familiares la aparición de una tumoración, no existente previamente según ellos, localizada en región inguinal izquierda de dos días de evolución, asociada a dolor local, sin acompañarse de otra sintomatología. Exploración: buen estado general, afebril y constantes mantenidas. A nivel inguinal izquierdo, se palpa una tumoración pequeña, dura, con signos externos inflamatorios, muy dolorosa a la palpación. Analítica: PCR 13, hemoglobina 8 mgr/dl, AP 38,4%. Radiología simple de abdomen: sin alteraciones. RESULTADOS. Con la sospecha de hernia inguinal incarcerada, se decide intervención quirúrgica urgente, evidenciándose la no existencia de una hernia inguinal y la presencia de una tumoración que parece corresponder con un teste atrófico, con signos isquémicos. Se procede a realizar exéresis del mismo por vía inguinal. Postoperatorio sin complicaciones, siendo

dado de alta a las 24 horas. AP: infarto testicular con congestión vascular.

Conclusiones: La criptorquidia es la malformación congénita más frecuente de los genitales externos masculinos, siendo excepcional su diagnóstico en la edad adulta. En los niños nacidos a término, el descenso quirúrgico del testículo no descendido se puede completar en los primeros 6 meses de vida, pudiéndose retrasar hasta los 12 meses en los recién nacidos prematuros. Lo más frecuente es que el testículo criptorquídico se localice a lo largo del trayecto habitual de descenso desde el abdomen hasta el saco escrotal, siendo la localización más frecuente la inguinal. La criptorquidia se considera un factor de riesgo (X4) de desarrollar un cáncer de testículo en el adulto (seminoma en el 70%). El diagnóstico es clínico, tras la confirmación de la ausencia de testículo en la bolsa escrotal, pudiendo ser de utilidad el uso de la ecografía. El diagnóstico diferencial debe hacerse con las adenopatías inguinales, el testículo en ascensor y los procesos herniarios de la región inguino-crural. Su manejo quirúrgico antes de los 12 meses evita complicaciones frecuentes en estos casos, como la infertilidad o malignización, y tiene tasa de éxito del 95% en el caso de testículos localizados por debajo del anillo inguinal externo.

En nuestro caso, el diagnóstico ocurrió en un paciente con parálisis cerebral, lo que dificultó el diagnóstico de criptorquidia en una edad temprana, diagnosticándose, finalmente, tras una complicación y provocó un diagnóstico erróneo de hernia inguinal incarcerada.

Invaginación intestinal en el adulto: serie de caso

Ramallo Solis IM, Tinoco González, Sojo Rodriguez V, Lopez Bernal F, Jimenez Rodriguez RM, Flores Cortés M, Sacristán Pérez C, Martín García C, Pareja Ciuró F, Padillo Ruiz FJ.

Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción: La invaginación intestinal es una causa poco frecuente de dolor abdominal en adultos. Ocurre en menos del 1% de obstrucción intestinal de delgado.

En adultos la mayoría de los casos son el resultado de una lesión intestinal; la invaginación idiopática es extremadamente rara. Los síntomas son los de un cuadro obstructivo mecánico completo o parcial; en estos últimos, la evolución puede ser intermitente o crónica. En el adulto, la invaginación, es un proceso potencialmente grave que, por su infrecuencia fuera de la infancia. Presentamos una serie reciente 4 de casos cuyo diagnóstico se obtuvo preoperatoriamente.

Pacientes y métodos. Se han analizado los registros de todos los pacientes mayores de 18 años con el diagnóstico postoperatorio de invaginación intestinal tratados en nuestra institución entre 2009 y 2014.

Resultados: En 5 años se intervinieron 4 pacientes, con una edad media de $47 \pm 17,3$ años. En 3 de los pacientes se presentaron datos clínicos de obstrucción intestinal completa o parcial, y en uno cuadro de dolor crónico con suboclusiones recidivantes. El diagnóstico preoperatorio etiológico se efectuó en todos casos, gracias a la realización de tomografía

computarizada. Todos los pacientes fueron intervenidos, 3 de forma urgente y 1 con carácter programado. Durante el acto quirúrgico se identificaron las lesiones causantes de la invaginación, 3 que involucraban la región ileocecal (2 por lesiones en ileon terminal y 1 en ciego) y otra en ileon proximal. Las lesiones fueron una metástasis de melanoma en el caso de intususcepción íleo-ileal, y en las ileocecales 1 GIST y un adenocarcinoma sobre pólipo, siendo el resultado de la biopsia de la cuarta lesión una intususcepción idiopática, sin hallar cabeza de invaginación. Se practicaron 1 hemicolectomía derechas, 1 resecciones ileal, y 2 ileocequectomías. No existió mortalidad. Hubo como complicación postoperatoria dehiscencia anastomótica en 2 casos (paciente con 70 años y adenocarcinoma en ciego; y en la invaginación idiopática en paciente de 26 años) con recuperación satisfactoria.

Conclusiones: Por su infrecuencia, la invaginación intestinal en el adulto, debe considerarse como una patología potencialmente grave, con riesgos de complicación. La tomografía computarizada demuestran ser los métodos de diagnósticos preoperatorios más efectivos. En el adulto, más de la mitad de los casos se deben a una enfermedad maligna, por lo que la resección es el procedimiento de elección.

Suturas barbadas y obstrucción intestinal en cirugía laparoscópica inframesocólica

Juan José Segura Sampedro, Antonio Navarro Sánchez, Hutan Ashrafian, Alberto Martínez-Isla

Sevilla

Resumen: Revisar y esclarecer los factores de riesgo comunes a los distintos casos comunicados y publicados en relación a cuadros obstructivos en cirugías en las que se hizo uso de suturas barbadas.

Revisión de la literatura en PubMed, EMBASE, Google Scholar y the Cochrane Central Register of Controlled Trials que arrojó hasta 13 casos, sumados a los 2 que detectamos en nuestra unidad. Análisis de variables comunes a los mismos: sexo, edad, día de presentación del cuadro, campo quirúrgico, cirugía realizada, requerimiento de reintervención, abordaje laparoscópico de la misma, necesidad de resección y solución propuesta por los autores.

Cabe destacar que en todos los casos la cirugía realizada fue inframesocólica. En todos los casos fue necesaria una reintervención que pudo realizarse por vía laparoscópica en 9 de los 15 casos. La resección de un segmento intestinal tan sólo fue necesaria en un caso. Los hilos utilizados fueron Vloc® y Quill® reabsorbibles.

Resaltamos que, aunque las suturas barbadas constituyen un medio para facilitar el desarrollo laparoscópico permitiendo una sutura más rápida y sencilla, deben ser utilizadas con precaución en cirugía inframesocólica. El cabo final debe ser cortado a ras del tejido o enterrado, para evitar adherencias a intestino delgado. Las adherencias a suturas barbadas deben ser consideradas como una complicación, aunque inusual, de potencial gravedad en el postoperatorio precoz.

Histiocitoma fibroso maligno gigante del músculo iliopsoas

S. Roldán Ortiz; A. Valverde Martínez; M. Fornell Ariza; Ander Bengoechea Trujillo; Daniel Pérez Gomar; M. C. Bazán Hinojo; M. Á. Mayo Ossorio; J. M. Pacheco García; M. J. Castro Santiago; J. L. Fernández Serrano.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Resumen: Los sarcomas retroperitoneales son un grupo de neoplasias heterogéneas e infrecuentes de origen mesenquimal. Presentan variabilidad de localización anatómica, siendo retroperitoneales en el 15% de los casos, y su pronóstico es peor que el de los sarcomas de tejidos periféricos debido a su gran tamaño, diagnóstico tardío y dificultad de obtención de márgenes quirúrgicos libres.

Varón de 46 años de edad que acude a nuestra consulta por tumoración en región inguinal izquierda de unos meses de evolución que se acompaña de hipoestesia en cara anterior de muslo. En el TC y RM abdominal se observa una gran tumoración sólida de 12,5 x 6 cm de diámetro que depende del músculo iliopsoas izquierdo compatible con sarcoma. Se realiza PAAF ecodirigida que informa de sarcoma indiferenciado pleomórfico de alto grado. El estudio de extensión es negativo para enfermedad a distancia, por lo que se decide intervención quirúrgica programada, con abordaje mediante incisión longitudinal pararectal izquierda prolongada hasta cara anterior de muslo izquierdo. Se realiza una extirpación completa del músculo iliopsoas donde asienta el tumor. La anatomía patológica es informada de histiocitoma pleomórfico maligno. Actualmente el paciente se encuentra en tratamiento adyuvante con radioterapia y libre de enfermedad.

Los sarcomas retroperitoneales son tumores con mal pronóstico dada la inespecificidad de los síntomas y por diagnóstico tardío. Debe tener manejo multidisciplinar, no obstante, la cirugía continúa siendo el tratamiento primario de los sarcomas retroperitoneales y su resección completa es esencial para el control local de la enfermedad.

El sarcoma retroperitoneal primario presenta una incidencia del 0,3 %-0,4% por 100000, siendo más comunes los liposarcomas, leiomiomas, histiocitoma fibroso maligno, schwannomas y paragangliomas. Más frecuente entre la quinta- sexta década de la vida y en varones. Dada la clínica inespecífica de estos tumores el diagnóstico suele ser tardío. El TC y la RNM son fundamentales para el diagnóstico y estadificación del tumor. El rol del PET está aún por definir aunque sí parece ser útil en los sarcomas de partes blandas. Actualmente se recomienda biopsia con abordaje retroperitoneal, ya que presenta menor riesgo de diseminación. El tratamiento de elección se basa en la cirugía radical con obtención de márgenes quirúrgicos libres. Los principales factores pronósticos de recurrencia local son la localización y tamaño del tumor, la invasión de estructuras vecinas, el grado histológico y la cirugía radical con márgenes quirúrgicos libres. Aproximadamente el 11% de los pacientes presentan en el momento del diagnóstico enfermedad metastásica, siendo ésta más frecuente en el pulmón e hígado.

Abdomen agudo por metástasis ovárica de carcinoma ductal de mama

S. Roldán Ortiz; A. Bengoechea Trujillo; M. Sánchez Ramírez; Mercedes Fornell Ariza; D. Pérez Gomar; I. Serrano Borrero; M. C. Bazán Hinojo; María Jesús Castro Santiago; J. M. Pacheco García; J. L. Fernández Serrano.

Hospital Universitario Puerta del Mar

Resumen: El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer. El tipo ductal corresponde al 85-90% de los carcinomas mamarios infiltrantes y el lobulillar al 10% restante. De estos tumores, el 9-14 % presentan extensión metastásica al diagnóstico.

Paciente de 39 años intervenida por Carcinoma ductal infiltrante de mama derecha (pT2pN1Mx) con realización de mastectomía radical modificada y reconstrucción mamaria inmediata en 2007 más tratamiento hormonal adyuvante. Acude a Servicio de urgencias por dolor abdominal progresivo de 12 horas de evolución, de inicio brusco en hipogastrio y FID, afebril, sin náuseas, vómitos ni diarrea. En exploración física muestra estabilidad hemodinámica, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en FID, sin signos de irritación peritoneal. Análítica: Hb 11,3 g/dl, Leucocitos 5150 (73 %N). PCR 143,0mg/l. Ecografía abdominal: Apéndice aumentada de tamaño con abundante líquido libre. Ante estos hallazgos y duda diagnóstica se realiza laparoscopia exploradora, encontrándose el apéndice cecal sin signos macroscópicos de afectación, hemoperitoneo moderado en pelvis, útero y anejo izquierdo normales, y anejo derecho con masa de 60 mm irregular y friable con sangrado activo. Se realiza anexectomía derecha, hemostasia, lavado y drenaje de cavidad. El estudio Anatómico-patológico informa de infiltración masiva del ovario por carcinoma compatible con origen mamario. Actualmente la paciente está en tratamiento y seguimiento por Oncología.

El abordaje laparoscópico resultó óptimo para diagnóstico y tratamiento de esta paciente.

Diversos estudios muestran que el patrón de metástasis entre ambos tipos de neoplasias es diferente según su tipo histológico. El tipo ductal infiltrante metastatiza con más frecuencia a ganglios linfáticos, pulmón y hueso, y los carcinomas lobulillares al tracto gastrointestinal (colon-recto, estómago, intestino delgado y esófago), a órganos ginecológicos, peritoneo y retroperitoneo. La frecuencia de metástasis ováricas es de 21-37% para carcinoma lobulillar y el 2,6-11 % en carcinoma ductal. El riesgo de metástasis se asocia con varios factores pronósticos como tamaño tumoral, tipo histológico y grado nuclear, edad, extensión ganglionar, receptores hormonales, factor Ki-67, protooncogén c-erb-2, etc. El intervalo entre el diagnóstico de cáncer de mama y la aparición de metástasis presenta mayor incidencia entre los 4 y 5 años. Por lo cual, ante el hallazgo de una masa anexial o pélvica en paciente con antecedentes de cáncer de mama, se debe sospechar metástasis, ya que presenta frecuencia hasta 6- 13%. La presentación clínica de estas metástasis es inespecífica pudiendo ser diagnosticada como hallazgo incidental en estudio de extensión o como cuadro de abdomen agudo inespecífico como en el caso de nuestra paciente. Así como, el periodo libre de enfermedad

oscila entre 12 meses y 11 años, en nuestro caso el periodo libre de enfermedad fue 4 años.

Abdomen agudo por mielolipoma suprarrenal gigante con colapso de vena cava

Susana Roldán Ortiz; Ander Bengoechea Trujillo; Daniel Pérez Gomar; Mercedes Fornell Ariza; María del Carmen Bazán Hinojo; María Dolores Casado Maestre; María de los Ángeles Mayo Ossorio; José Manuel Pacheco García; María Jesús Castro Santiago; José Luis Fernández Serrano
Hospital Universitario Puerta del Mar

Resumen: El mielolipoma adrenal es un tumor benigno de la corteza suprarrenal, infrecuente, no funcionante, compuestas por tejido adiposo y elementos hematopoyéticos de las tres series.

Varón de 46 años, monorroño izquierdo (agenesia renal derecha) sin otras patologías conocidas, que acude a Servicio de Urgencias por dolor abdominal súbito de 6 horas de evolución en ambos flancos e irradiado a espalda, refiriendo caída accidental de la cama 48 horas previas al inicio del cuadro, sin otra sintomatología acompañante. A la exploración estaba taquicárdico, TA 110/60 mmHg, sudoroso, con abdomen doloroso a la palpación de forma difusa. Hemograma: Hb 14,3 g/dl, 18760 Leucocitos, neutrofilia (84%). TC abdominal: Ocupación de espacio retroperitoneal derecho con masa de 12,2 x 15,6 x 14,3 cm de densidad heterogénea alternando con áreas grasas con hematoma asociado y datos de sangrado activo, acompañado de colapso parcial de vena cava inferior. Se decide intervención quirúrgica urgente encontrando tumoración en retroperitoneo, en teórica región renal derecha con compresión de VCI, de 15 cm que se extirpa junto a hematoma asociado. El paciente presenta evolución postoperatoria favorable siendo dado de alta al 8º día. Estudio anatomopatológico informa de mielolipoma con áreas de hemorragia reciente.

El mielolipoma suprarrenal es una neoplasia benigna, poco frecuente, de tamaño variable, siendo la mayoría silente, diagnosticada como hallazgo casual ante la realización de una prueba de imagen por otra causa. Su tratamiento es conservador salvo sangrado retroperitoneal por rotura, como en nuestro caso.

El mielolipoma es un tumor raro con una incidencia de 0,08-2%. Descrito inicialmente por Gierke en 1905. Su localización más frecuente es glándula suprarrenal, pero se han descrito casos extraadrenales en región presacra, pulmón, mediastino, hígado, estómago y leptomeninges. Aparece con más frecuencia entre cuarta y sexta década de la vida, con similar distribución por sexos. Generalmente, es unilateral con tamaño variable, más frecuentemente menores a 6 cm, aunque hay descritos de hasta de 34 cm, con mayor probabilidad de complicación. La mayoría son asintomáticos, diagnosticándose de forma incidental mediante pruebas de imagen por otra causa. Los síntomas más frecuentes que presentan son dolor abdominal, masa palpable y anemia. Los dos primeros junto a shock hipovolémico constituyen la triada de Lenk presente en 30% de pacientes. La complicación más significativa es el sangrado retroperitoneal por rotura, con dolor de inicio agudo

como en nuestro caso, siendo muy infrecuente el colapso de vena cava. Con respecto al diagnóstico, el TC abdominal constituye la prueba de elección y el tratamiento va a depender del estado hemodinámico del paciente y tamaño de la lesión. Generalmente es manejo expectante, excepto en inestabilidad hemodinámica, riesgo de hemorragia retroperitoneal masiva compresión de estructuras adyacentes donde se indica manejo quirúrgico urgente, como en nuestro caso.

Síndrome del desfiladero torácico

Tinoco González J, Ramallo Solís IM, Manresa Manresa F, Villar Jiménez S, Castilla Carretero JJ, Sanchez Rodriguez JM, Bataller De Juan E, Sanchez Guzmán AR, Canalejo Raya MA, Gómez Ruiz FT.

Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción: El Síndrome del desfiladero torácico (SDT) es una entidad clínica difícil de evaluar. Tiene una incidencia aproximada del 8% de la población y afecta más a mujeres que a hombres. Se define como un conjunto de entidades clínicas complejas características como dolor, parestesias, debilidad y malestar en la extremidad superior, que se agrava con la elevación de las extremidades o con movimientos exagerados de cabeza y cuello. Las estructuras que se ven afectadas principalmente son la arteria y vena subclavia y el plexo braquial.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 25 años que debuta meses atrás con parestesias y entumecimiento en cintura escapular derecha con irradiación hasta la mano. La clínica no se relaciona con los esfuerzos, apareciendo sobre todo durante el sueño. A la exploración se encuentra normocardica y eupneica, con pulsos cervicales presentes y sin soplos. Los pulsos radiales son simétricos y rítmicos, que desaparecen con la abducción mas allá de los 90º de forma bilateral. La tensión arterial es simétrica en ambos miembros. La radiografía de tórax no muestra alteraciones, ni objetiva costillas cervicales accesorias. La eco-doppler en abducción comprueba la desaparición de la curva trifásica con esta maniobra. Se solicita TC en abducción donde se aprecia un estrecho óseo ente la primera costilla y la clavícula a nivel del arco axilar, reducido a 5 mm., con paso de contraste por la subclavia, aunque se reduce el calibre vascular. El lado izquierdo es normal. Se decidió tratamiento conservador mediante medicina física y rehabilitación, evitando la abducción en la medida de lo posible. La evolución es favorable.

Discusión. Las estructuras que se ven afectadas principalmente en el SDT son la arteria y vena subclavia y el plexo braquial (especialmente las raíces inferiores). Dependiendo de la estructura afectada se establece la clasificación del SDT en: SDT neurológico (75%-90% de los casos), SDT vascular (que puede ser arterial o venoso), y SDT no específico. Las regiones de posible compresión de estas estructuras son: el triángulo interescalénico, el espacio costoclavicular y el espacio retropectoral. La etiología más frecuente es la combinación de alteraciones anatómicas congénitas (costilla cervical, elongación transversa de C7, variaciones anatómicas de la inserción de los escalenos, escalenos supranumerarios, arco muscular axilar) con un episodio traumático, de sobrecarga o postural adquirido (hipertonía de escalenos, fracturas clavícula

o 1ª costilla, hipertrofia de pectoral menor). La sintomatología más habitual del SDT neurológico son las parestesias en la extremidad superior en el trayecto cubital, éstas aparecen con frecuencia durante la noche, aunque también se desencadenan durante la realización de actividades de la vida diaria. Tiene una relación directa con la actividad laboral. La afectación motora predomina en la musculatura dependiente del nervio mediano (musculatura tenar e interóseos, principalmente). El tratamiento suele ser conservador, aunque en casos de isquemia crónica de la extremidad superior o sintomatología nerviosa invalidante se puede recurrir a la exéresis del primer arco costal.

Conclusiones: El SDT no es una entidad tan infrecuente, pero requiere de un alto índice de sospecha para su diagnóstico. El subtipo más frecuente es el neurológico, que a su vez, es el que mejor respuesta al tratamiento conservador presenta. La necesidad de cirugía es excepcional.

Actinomicosis de pared abdominal

Mercedes Fornell Ariza; Ander Bengoechea Trujillo; María Dolores Casado Maestre; Susana Roldán Ortiz; Daniel Pérez Gomar; María del Carmen Bazán Hinojo; Amparo Valverde Martínez; José Manuel Pacheco García; María Jesús Castro Santiago; José Luis Fernández Serrano.

Hospital Universitario Puerta del Mar

Resumen: La actinomicosis es una infección granulomatosa crónica, supurativa producida por el *actinomyces israelii*. La actinomicosis primaria de pared abdominal es una entidad clínica infrecuente, más frecuente en hombres de mediana edad.

Presentamos el caso clínico de un varón de 64 años de edad, diabético, sin antecedentes quirúrgicos, que debuta clínicamente con fiebre de un mes de evolución y síndrome constitucional. A la exploración física presenta una tumoraición en flanco derecho de aproximadamente 6 cm, sin que se evidencien signos inflamatorios externos. Se realiza TAC abdominal que describe una lesión de 10X3,7X3 cm trabeculada, que afecta a músculo oblicuo externo e interno y que no se extiende a cavidad abdominal. La PAAF no es diagnóstica. Durante la intervención quirúrgica se realiza la resección de la lesión con márgenes amplios. El paciente presenta un postoperatorio favorable y tras el diagnóstico de actinomicosis de pared abdominal es tratado con penicilina G intravenosa. Actualmente en seguimiento, con prueba de imagen postquirúrgica negativa y asintomático.

El *actinomyces* es un colonizador de la mucosas, siendo responsable de una infección granulomatosa que afectará más frecuentemente a región cervicofacial, pudiendo también encontrarse a nivel abdominal. La localización primaria en pared abdominal no es frecuente, siendo su tratamiento la combinación de antibioterapia y resección quirúrgica.

La actinomicosis es una infección causada por bacterias del género *Actinomyces*, siendo la más frecuente el *A. israelii*. Se tratan de bacilos grampositivos, anaeróbicos o microaerofílicos, no formadores de esporas, que son colonizadores de la mucosa de la cavidad oral, bronquial y tracto gastrointestinal;

y en tracto genital en mujeres que son portadoras de DIU. Su localización primaria a nivel de pared abdominal es una entidad clínica muy infrecuente, con pocos casos recogidos dentro de la literatura médica.

A nivel abdominal afecta más frecuentemente a hígado y colon, presentándose como un absceso o una masa en cuyo diagnóstico diferencial habría que incluir las neoplasias malignas, tuberculosis intestinal, amebiasis, ileitis por enfermedad de Crohn, y también pueden ser causa de dolor crónico en fosa ilíaca derecha.

A nivel de pared abdominal la infección cursa como una masa de crecimiento lento que puede ser confundida con un tumor muscular o de tejidos blandos, asociado o no a sintomatología general. Puede existir antecedente de traumatismo, o bien que la vía de transmisión sea hematogena. La TC es la técnica de elección para la detección pero el diagnóstico definitivo es anatomopatológico, con visualización directa de los característicos granos de azufre. El tratamiento de elección consiste en la combinación de la antibioterapia intravenosa inicialmente y el tratamiento quirúrgico en caso de abscesificación o dudas diagnósticas. Es de elección la penicilina G intravenosa durante 4 a 6 semanas, seguida de la vía oral durante los 6 a 12 meses. El tratamiento quirúrgico está indicado para eliminar el tejido necrótico y drenaje en caso de presentar contenido purulento; también sirve para conseguir un diagnóstico definitivo.

Hepatectomía derecha por hepatocarcinoma gigante en hepatitis crónica por VHC tras respuesta viral sostenida

Carla Olivia García Rivera, Carmen Cepeda Franco, Carmen Bernal López Bellido, Gonzalo Suárez Artacho, José María Álamo Martínez, Luis Miguel Marín Gómez, Juan Serrano Díez-Canedo, Miguel Ángel Gómez Bravo.
HUVR, Sevilla

Resumen: La hepatitis crónica por virus C (VHC) es un problema de salud mundial. En España, la prevalencia de la hepatitis C es de aproximadamente un 1,6-2,6% siendo la causa más frecuente de cirrosis hepática, hepatocarcinoma (HCC) y trasplante hepático (TH). El objetivo del tratamiento antiviral es alcanzar la respuesta viral sostenida (RVS), definida como la negatividad del RNA-VHC seis meses tras la finalización del mismo. La incidencia de HCC en pacientes con RVS es del 1,05% frente al 3,3% en aquellos sin RVS. Los factores de riesgo para el desarrollo de HCC en pacientes con RVS son el grado de fibrosis avanzada antes del tratamiento, edad, esteatosis hepática, género masculino, diabetes y consumo de alcohol.

Presentamos el caso de un paciente varón de 47 años con VHC tratada en el 2006 con doble terapia (Interferon pegilado y Ribavirina) alcanzado RVS en el 2008, derivado a nuestras consultas desde Digestivo con el diagnóstico de HCC. El paciente acude a la consulta por dolor en hipocondrio derecho y pérdida de peso. A la exploración presenta buen estado general, estigmas de hepatopatía y hepatomegalia izquierda de 3 traveses de dedo. En la analítica destaca una hipertransa-

minasemia leve y un CA 19,9 de 249. Las pruebas de imagen sugieren la presencia de un HCC de 14cm sin hallazgos morfológicos de cirrosis y sin signos de enfermedad extrahepática. Se decide el ingreso del paciente para tratamiento quirúrgico programado previa embolización de la rama portal correspondiente a los segmentos inferiores del lóbulo hepático derecho con infusión de células madre procedentes del mismo paciente en rama portal izquierda. Tras comprobarse mediante TAC con volumetría que el volumen del parénquima izquierdo remanente es de aproximadamente 30% del total (793cc correspondientes a segmentos I-IV) se decide llevar a cabo la intervención.

En la intervención se halla una gran tumoración en lóbulo hepático derecho (posteriormente la anatomía patológica confirma el diagnóstico de HCC de 23 cm de diámetro y bordes de resección libres) realizándose hepatectomía derecha tras descartar, mediante biopsia intraoperatoria, la presencia de fibrosis grado 3-4. El postoperatorio del paciente cursa sin incidencias destacables y al mes de la cirugía persiste asintomático.

Aunque las guías europeas actuales señalen que aquellos pacientes con RVS con transaminasas normalizadas tras las 48 semanas de tratamiento pueden ser dados de alta (grado de recomendación C2); nuestro caso y la literatura revisada, ponen de manifiesto que el riesgo de desarrollo de HCC -aunque bajo- no desaparece en estos pacientes, por lo que el número de años de seguimiento necesarios para asegurar la curación, están aún por estudiar. La infusión con células madres en el futuro remanente hepático es una opción reconocida para evitar la insuficiencia hepática en grandes resecciones aunque aún se precisan más estudios para establecerla como un procedimiento de rutina.

Hepatectomía derecha por hepatocarcinoma gigante en hepatitis crónica por vhc tras respuesta viral sostenida

Carla Olivia García Rivera, Carmen Cepeda Franco, Carmen Bernal López Bellido, Gonzalo Suárez Artacho, José María Álamo Martínez, Luis Miguel Marín Gómez, Juan Serrano Díez-Canedo, Miguel Ángel Gómez Bravo.

HUVR, Sevilla

Resumen: La hepatitis crónica por virus C (VHC) es un problema de salud mundial. En España, la prevalencia de la hepatitis C es de aproximadamente un 1,6-2,6% siendo la causa más frecuente de cirrosis hepática, hepatocarcinoma (HCC) y trasplante hepático (TH). El objetivo del tratamiento antiviral es alcanzar la respuesta viral sostenida (RVS), definida como la negatividad del RNA-VHC seis meses tras la finalización del mismo. La incidencia de HCC en pacientes con RVS es del 1,05% frente al 3,3% en aquellos sin RVS. Los factores de riesgo para el desarrollo de HCC en pacientes con RVS son el grado de fibrosis avanzada antes del tratamiento, edad, esteatosis hepática, género masculino, diabetes y consumo de alcohol.

Presentamos el caso de un paciente varón de 47 años con VHC tratada en el 2006 con doble terapia (Interferon pegilado y Ribavirina) alcanzado RVS en el 2008, derivado a nuestras

consultas desde Digestivo con el diagnóstico de HCC. El paciente acude a la consulta por dolor en hipocondrio derecho y pérdida de peso. A la exploración presenta buen estado general, estigmas de hepatopatía y hepatomegalia izquierda de 3 traveses de dedo. En la analítica destaca una hipertransaminasemia leve y un CA 19,9 de 249. Las pruebas de imagen sugieren la presencia de un HCC de 14cm sin hallazgos morfológicos de cirrosis y sin signos de enfermedad extrahepática. Se decide el ingreso del paciente para tratamiento quirúrgico programado previa embolización de la rama portal correspondiente a los segmentos inferiores del lóbulo hepático derecho con infusión de células madre procedentes del mismo paciente en rama portal izquierda. Tras comprobarse mediante TAC con volumetría que el volumen del parénquima izquierdo remanente es de aproximadamente 30% del total (793cc correspondientes a segmentos I-IV) se decide llevar a cabo la intervención.

En la intervención se halla una gran tumoración en lóbulo hepático derecho (posteriormente la anatomía patológica confirma el diagnóstico de HCC de 23 cm de diámetro y bordes de resección libres) realizándose hepatectomía derecha tras descartar, mediante biopsia intraoperatoria, la presencia de fibrosis grado 3-4. El postoperatorio del paciente cursa sin incidencias destacables y al mes de la cirugía persiste asintomático.

Aunque las guías europeas actuales señalen que aquellos pacientes con RVS con transaminasas normalizadas tras las 48 semanas de tratamiento pueden ser dados de alta (grado de recomendación C2); nuestro caso y la literatura revisada, ponen de manifiesto que el riesgo de desarrollo de HCC -aunque bajo- no desaparece en estos pacientes, por lo que el número de años de seguimiento necesarios para asegurar la curación, están aún por estudiar. La infusión con células madres en el futuro remanente hepático es una opción reconocida para evitar la insuficiencia hepática en grandes resecciones aunque aún se precisan más estudios para establecerla como un procedimiento de rutina.

Abordaje endoscópico y videoasistido: recidiva adenoma paratiroides

Verónica Pino Díaz, Virginia Durán Muñoz-Cruzado, Marina Pérez Andrés, Cristina Sacristán Pérez, Juan Manuel Martos Martínez, Francisco Javier Padillo.

HUVR, Sevilla

Resumen: Una adecuada elección de la estrategia quirúrgica puede hacer que casos a priori complejos se puedan resolver de forma sencilla y con mínimo daño para el paciente mediante abordajes endoscópicos y videoasistidos en la cirugía de tiroides y paratiroides.

Presentamos un caso que ilustra esta afirmación.

Caso clínico: mujer de 68 años sometida a tiroidectomía y paratiroidectomía total en 2002 con ERC estadio V con cólicos nefríticos de repetición e HTA

Ingresa por cuadro de hipercalcemia sintomática y solicitan TAC: se informa de nódulo sugestivo de adenoma de paratiroides de 40,5 × 12,7 × 23 mm, retroesofágico, a nivel D1 a D3. Como hallazgo incidental, se evidencia una tumoración

redondeada, con aspecto de agresividad intermedia en región posterior de paladar duro, que se biopsia por los maxilofaciales.

Por las circunstancias de la paciente, la cirugía previa y la localización del adenoma, es una candidata ideal para un abordaje mínimamente invasivo.

Realizamos un abordaje endoscópico puro con 3 trócares, uno de 11 mm, para la extracción, aunque con óptica de 5mm, y dos trócares de 2,8 mm, todos sobre el reborde del esternocleidomastoideo derecho y colocándolos con visión directa.

Se inicia la disección retroesofágica digitalmente y una vez identificado el plano se prosigue por videoscopia. Se localiza, disecciona y extrae el adenoma sin incidencias.

El estudio anatomopatológico confirmó un adenoma. La biopsia de paladar se informó como lesión benigna de células gigantes compatible con tumor pardo del hiperparatiroidismo.

Aunque no somos defensores del empleo generalizado de los abordajes endoscópicos y videoasistidos en la cirugía de tiroides y paratiroides, entendemos que existe un grupo de pacientes que sí pueden beneficiarse claramente de estas técnicas. En este caso, especialmente, pues se resolvió la patología de la paciente con menos de 2 cm de incisión en total y con una disección mínima.

Régimen de cma en el abordaje tep para el tratamiento de la hernia inguinal bilateral

Marina Infantes Ormad, Antonio Curado Soriano, Zoraida Valera Sanchez, Antonio Dominguez Amodeo, Juan Ramon Naranjo Fernandez, Alfonso Ruiz Zafra, Enrique Navarrete De Carcer, Fernando Oliva Mompean

Hospital Universitario Virgen De La Macarena, Sevilla.

Resumen: Presentamos nuestra experiencia en el abordaje de la hernia inguinal bilateral mediante TEP (técnica totalmente extraperitoneal) en régimen de CMA.

Revisión de nuestra serie de 51 pacientes intervenidos entre 2010 y 2013 por hernia inguinal bilateral (L1 /L2 P) mediante abordaje TEP con alta hospitalaria en menos de 12 horas, y un seguimiento mínimo de 12 meses.

Variables a estudio: dolor postoperatorio, seroma, hematoma y recidiva.

Realizamos la técnica quirúrgica bajo anestesia general, mediante tres puertos, uno infraumbilical óptico de 10mm y dos puertos de trabajo de 5mm en línea media infraumbilical. Utilización de malla preformada de bajo peso molecular que se fija con tackers reabsorbibles.

No se han registrado complicaciones mayores, salvo un hematoma que requirió una exploración quirúrgica de urgencias. El 88,3% de los pacientes no precisaron analgesia a partir del 4º día postoperatorio, y el 96% refieren un adecuado control del dolor sin necesidad de analgesia a los 7 días. 2 pacientes (3,9%) persistían con dolor leve al mes de la cirugía, sin repercusión en su actividad diaria. La tasa de seromas es del 7,8% (4 pacientes) y la de hematomas del 5,8% (3 pacientes). Tan solo hemos tenido un caso de recidiva herniaria unilateral (1,9%).

El abordaje TEP para el tratamiento de la hernia inguinal bilateral en régimen de CMA, es una técnica segura y con una

baja tasa de complicaciones postoperatorias, siendo recomendable su empleo por parte de equipos debidamente formados en cirugía laparoscópica de la hernia inguinal

Métodos de fijación en el abordaje laparoscópico de la hernia inguinal

Marina Infantes Ormad, Antonio Curado Soriano, Antonio Dominguez Amodeo, Zoraida Valera Sanchez, Juan Ramon Naranjo Fernandez, Alfonso Ruiz Zafra, Enrique Navarrete De Carcer, Fernando Oliva Mompean
Hospital Universitario Virgen De La Macarena, Sevilla.

Resumen: Presentamos nuestros resultados con diferentes tipos de fijación en hernioplastias con abordaje TEP (abordaje totalmente extraperitoneal).

Revisión retrospectiva sobre una base prospectiva de 97 pacientes, divididos en tres grupos homogéneos, con ASA II, hernias inguinales L1, usando malla preformada de bajo peso molecular, intervenidos entre 2010 y 2012, mediante abordaje TEP por cinco cirujanos especializados en pared abdominal.

Dividimos los pacientes en tres grupos: fijación con cola de fibrina (Tissucol®), fijación con tackers reabsorbibles y no fijación. Comparamos la incidencia de dolor y de recidiva entre los tres grupos tras dos años de seguimiento.

De los 97 pacientes incluidos en el estudio, se realizó fijación con tackers en el 36,1% (35 pacientes), con Tissucol® en el 29,9% (29 pacientes) y no fijación en el 34% (33 pacientes). Se han registrado tres casos de recidiva herniaria (3%), una en el grupo de Tissucol® (3,4%) y uno en el grupo de tackers (3,4%). El 95% de los pacientes no presentaron dolor postoperatorio a los 7 días de la cirugía, cediendo el consumo de analgésicos en todos los grupos entre el 3º y el 5º día postoperatorio. El 5% restante representa a 3 pacientes fijados con Tissucol® con dolor que cede al mes de la intervención y dos pacientes con inguinodinia dentro del grupo de fijación con tackers.

Nos llama la atención en nuestra serie que no tenemos ninguna recidiva en el grupo de no fijación, existiendo las dos recidivas en la fijación con tacker y con cola de fibrina, por lo que no objetivamos diferencia entre la fijación con cola de fibrina y la fijación con tacker. En cuanto al dolor postoperatorio, tenemos constatadas dos inguinodinias sin repercusión para las actividades de su vida diaria en el grupo de fijación con tackers.

Afirmamos en nuestra serie que la no fijación no influye en una mayor recidiva herniaria y mejora el dolor postoperatorio.

Neumoperitoneo no quirúrgico

G Jiménez-Riera, E Perea, Q. Arroyo, JM Vázquez, RM Jiménez, JM Díaz Pavón, JL Gollonet, C Palacios, AM García Cabrera, F de la Portilla de Juan, FJ Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío - Sevilla

Resumen: El neumoperitoneo frecuentemente conlleva a una intervención quirúrgica urgente. Hasta un 95% se debe a perforación de una víscera hueca. El resto, que no responderá a una disrupción del tubo digestivo, se denomina neumope-

ritoneo no quirúrgico, asintomático, benigno o idiopático (NNQ). Presentamos un caso de una paciente en la que tras hallazgo de neumoperitoneo no se evidenció perforación de víscera hueca y analizamos las causas de NNQ.

Mujer de 60 años, con antecedentes de psoriasis, cirrosis enólica, trasplantada hepática hace 10 años (en tratamiento con tacrolimus), sometida a eventroplastia posteriormente recidivada, que acudió a urgencias por decaimiento y dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo de abdomen. A la exploración mostraba buen estado general, estabilidad hemodinámica, ausencia de fiebre; abdomen globuloso, blando y depresible, dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda sin signos de irritación peritoneal; eventración subcostal derecha no complicada. La analítica no revelaba elevación de reactantes de fase aguda. La radiografía de tórax no mostró neumoperitoneo; la de abdomen mostró dilatación generalizada de asas intestinales y signos sugerentes de vólvulo de colon, por lo que se solicitó TC de abdomen con contraste: voluminoso neumoperitoneo sin que se pueda determinar la causa del mismo; mínima cantidad de líquido libre. Sospechando perforación de víscera hueca se decide laparotomía exploradora urgente, no objetivándose una perforación intestinal. Se observó un proceso inflamatorio que afectaba a íleon terminal y ciego. Se realizó lavado de la cavidad peritoneal con suero salino y colocación de drenaje abdominal.

La paciente fue trasladada a UCI para vigilancia. El postoperatorio cursó de forma lenta pero favorable. Se mantuvo afebril y con buen estado general en todo momento. Desarrolló fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida que cedió con antiarrítmicos, insuficiencia cardiaca diastólica e infección de herida quirúrgica que se manejó con un sistema de presión negativa.

Cuando el neumoperitoneo se acompaña de signos de peritonitis, la indicación quirúrgica es clara. Ante dolor abdominal leve, ausencia de signos de irritación peritoneal, fiebre o leucocitosis y una historia clínica compatible debe pensarse en una causa de NNQ. Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos gastrointestinales son la causa más frecuente (endoscopias, gastrostomías percutáneas, catéteres de diálisis peritoneal). La neumatosis quística intestinal es la segunda causa más frecuente. Caracterizada por la presencia de quistes gaseosos en la pared intestinal, sobre todo en íleon terminal. Es de etiología desconocida, aunque se relaciona con la enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades del colágeno, trasplantes o inmunodeficiencias adquiridas. La ventilación mecánica, broncoscopias, maniobras de Valsalva o traumatismos cerrados son las causas de origen torácico. El origen ginecológico es muy infrecuente: procedimientos diagnósticos, enfermedad pélvica inflamatoria, relaciones sexuales o duchas vaginales.

Las causas de NNQ deben ser consideradas para un correcto manejo de los pacientes, evitando maniobras agresivas innecesarias. Sin embargo, ante la morbimortalidad asociada al retraso el tratamiento quirúrgico de una perforación intestinal, supone un reto evitar la exploración quirúrgica urgente. De hecho, la mayoría de los casos publicados en la literatura de NNQ fueron explorados quirúrgicamente

El tratamiento de la fístula enteroatmosférica en el abdomen abierto: un reto para el cirujano

Romacho López, Laura; González Sánchez, Antonio Jesús; Prieto-Puga Arjona, Tatiana; Aranda Narváez, Jose Manuel; Montiel Casado, Custodia; Titos García, Alberto; Gámez Córdoba, M^o Esther; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: El cierre de abdomen temporal forma parte de la cirugía de control de daños, pero añade complicaciones inherentes. La aparición de una fístula enteroatmosférica es la más difícil y temida para los cirujanos.

La mortalidad de esta patología es muy elevada y, además, supone un reto para el personal responsable de su asistencia.

Caso clínico: Paciente de 60 años sometida a una cirugía de la carcinomatosis peritoneal con citorreducción quirúrgica completa y quimioterapia hipertérmica intraperitoneal por un adenocarcinoma apendicular en 2012.

Tras identificarse nueva recidiva, se decide cirugía de rescate. Durante el procedimiento, se identifica un PCI de 14. Debido a la presencia de una lesión que obligaba a una exenteración pélvica se decidió solo citorreducción; se realizó una resección ileal y anastomosis íleocólica y una hemicolectomía izquierda con colostomía terminal.

En el 4^o día postoperatorio, comenzó con débito por el drenaje abdominal de contenido fecal sin repercusión clínica inicial. En el 8^o día, la paciente empezó con inestabilidad hemodinámica, fiebre y alteraciones analíticas, lo que obligó a reintervenirla.

Presentaba una severa peritonitis fecaloidea generalizada causada por una necrosis de la anastomosis ileo-cólica. Se llevó a cabo la resección del segmento necrótico, colectomía total y lavado abundante de la cavidad. Las condiciones locales y la presencia de SIRS con fracaso hemodinámico, obligaron a realizar un cierre de abdomen temporal con terapia de presión negativa (Abthera, KCI).

En el tercer cambio, se evidenció contaminación intestinal en la cavidad abdominal por una fuga de yeyuno medio que se suturó y se realizó una ileostomía terminal. En la siguiente revisión, se objetivó la presencia de una fístula enteroatmosférica lateral.

Ante esta eventualidad y con el fin de evitar que la secreción de la fístula se vertiera a cavidad, utilizamos el sistema de presión negativa VAC (KCI) y, aprovechándonos del mismo, conseguimos tutorizarla utilizando:

Una sonda de Foley, excluyendo la punta; se seccionó un segmento con una longitud ligeramente superior a la distancia existente desde la fístula a la pared abdominal.

Pasta de colostomía.

Al colocar las esponjas, recortamos el espacio exacto para que la sonda de Foley pudiera atravesarlas, la ubicamos y pusimos a su alrededor pasta de colostomía con efecto aislante.

Al poner la lámina adhesiva sobre las esponjas, se realizó una doble apertura: la necesaria para aplicar el succionador y una nueva para sacar la sonda de Foley. Entre el plástico y la sonda de Foley, también aplicamos pasta de colostomía una vez se había establecido el vacío, limitando la apertura del plástico para evitar fuga alrededor de la sonda.

Utilizamos una bolsa colectora para recoger el débito de la fistula, consiguiendo una recogida efectiva sin pérdidas.

Con cada cambio de VAC cada 48-72h, repetimos el procedimiento.

Discusión: Presentamos el método empleado para controlar una fistula enteroatmosférica tras una cirugía de control de daños por una sepsis abdominal grave. Este procedimiento, permite aislar la fistula hasta alcanzar las condiciones idóneas para cerrar la pared abdominal, momento en el cual se realizará un tratamiento definitivo de la misma.

Absceso subfrénico de repetición por litiasis biliar intraabdominal abandonada tras colecistectomía laparoscópica

Romacho López, Laura; González Sánchez, Antonio Jesús; Prieto-Puga Arjona, Tatiana; Aranda Narváez, Jose Manuel; Montiel Casado, Custodia; Titos García, Alberto; Gámez Córdoba, M^o Esther; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: La colecistectomía es el tratamiento de elección de la colelitiasis y sus complicaciones. En los últimos años se ha reconocido la litiasis biliar abandonada en la cavidad como causa de infección de órgano/espacio recurrente. La elevada incidencia de la patología de la vesícula biliar ha convertido, a la cirugía de la misma, en el principal procedimiento quirúrgico realizado por un cirujano general. Actualmente, la colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección para el tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda. Se trata de una técnica segura y eficaz, de baja complejidad técnica, rápida y con una baja conversión a laparotomía. El índice de complicaciones es algo superior respecto al de cirugía abierta, a expensas del riesgo de lesión de la vía biliar principal. En este trabajo señalamos, una complicación poco descrita y en la que hay que pensar cuando existe una desviación en el curso clínico postoperatorio habitual.

Caso clínico: Presentamos a un paciente varón de 69 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa, hipertensión arterial, diabetes mellitus, síndrome de apnea del sueño y cardiopatía isquémica. Intervenido de by-pass gástrico proximal 10 años atrás. Fue sometido a colecistectomía laparoscópica en abril de 2012 por colecistitis aguda. Tras la cirugía biliar, el paciente presentó abscesos subfrénicos en 2 ocasiones, octubre 2012 y diciembre 2012, este último complicándose con un empiema pleural derecho debido a la formación de una fistula peritoneo-pleural. En ambos casos, se recurrió a un tratamiento conservador (drenaje percutáneo y antibioterapia). Tras este último ingreso, se sospechó la presencia de una litiasis biliar abandonada en espacio subfrénico tras la realización de un TC, pero se desestimó la laparotomía por el alto riesgo quirúrgico. El paciente vuelve a acudir al servicio de urgencias de nuestro hospital en una tercera ocasión (abril 2013), con un cuadro de fiebre de una semana de evolución de predominio nocturno (máxima 39°C) junto con aumento de su disnea habitual sin expectoración.

Análítica al ingreso refleja ligera trombocitosis, neutrofilia con leucocitos normales y una PCR de 116 mg/L.

Ecografía abdominal: persiste colección subfrénica derecha entre diafragma y pared lateral del hígado organizada de 61 × 33mm. Pequeño derrame pleural derecho asociado.

Se realizó un tratamiento conservador inicial que, permitió la estabilización del paciente para un abordaje quirúrgico posterior.

Mediante una laparotomía exploradora localizamos una litiasis biliar de 1cm (posteriormente confirmada por anatomía patológica) en el seno de la colección subfrénica. Se realizó un destechamiento del absceso con extracción de la litiasis y exéresis parcial de las paredes de la cavidad con legrado de éstas.

Postoperatorio favorable con buena evolución clínica y radiológica que permitió el alta al 9º día tras la intervención.

Discusión: La liberación de los cálculos biliares en el interior de la cavidad abdominal puede ocurrir cuando se perfora la vesícula biliar durante la colecistectomía laparoscópica. Dichos cálculos son causa potencial de complicaciones futuras y, por ese motivo, no deben ser ignorados. Cuando se liberan en el contexto de una colecistectomía, se han de realizar todos los esfuerzos posibles para su rescate.

Síndrome compartimental abdominal por hematoma en la vaina de los músculos rectos

Romacho López, Laura; González Sánchez, Antonio Jesús; Prieto-Puga Arjona, Tatiana; Aranda Narváez, Jose Manuel; Montiel Casado, Custodia; Titos García, Alberto; Rodríguez Silva, Cristina; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: La presión intraabdominal (PIA) normal es de 5mm Hg. Se habla de hipertensión intraabdominal cuando dicha presión se mantiene por encima de 12mm Hg. Solo cuando hay síntomas de disfunción orgánica, en presencia de una PIA elevada, es cuando podemos hablar de síndrome compartimental abdominal (SCA). La mortalidad asociada al SCA es muy elevada, incluso instaurando el tratamiento indicado. El hematoma de la vaina de los rectos es una causa poco frecuente, pero posible, de SCA.

CASO CLÍNICO Presentamos a una paciente de 74 años en tratamiento con anticoagulantes orales con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, nefropatía, cardiopatía (válvula mitral y tricuspídea protésicas metálicas) con necesidad de marcapasos VVI.

Tras caída accidental sobre el costado derecho, la paciente sufre una descompensación de su patología cardíaca de base, con posible neumonía basal derecha e IRC reagudizada, y es hospitalizada. Durante su ingreso en el servicio de cardiología, experimentó un cuadro de hipotensión mantenida con anemia progresiva junto a dolor abdominal y vómitos. Se realizó una ecografía que reveló la presencia de un hematoma multiseptado en la pared abdominal inferior izquierda de 16 × 12 × 9cm con efecto hematocrito que provocaba el desplazamiento del paquete intestinal. La paciente es trasladada al servicio de intensivos donde es transfundida. Ante la inestabilidad de la paciente y el aumento del perímetro abdominal, se realizó una arteriografía que evidenciaba áreas de extravasación en la arteria epigástrica izquierda que fue embo-

lizada con éxito. Tras el procedimiento percutáneo, la PIA era de 20 mm de Hg y se encontraba en insuficiencia renal aguda mantenida. Presentaba un SCA establecido, motivo por el cual se procedió al drenaje quirúrgico. Se realizó una incisión pararectal izquierda infraumbilical con apertura del subcutáneo y de la vaina anterior del recto.

Existía un gran hematoma organizado contenido por la vaina posterior del recto que había disecado el espacio preperitoneal. Se procedió al drenaje y desbridamiento junto con lavado abundante del campo, dejando un tubo de tórax. La PIA postoperatoria fue de 10 mm de Hg. A pesar del abordaje quirúrgico la paciente falleció, tras 11 días de postoperatorio en el servicio de intensivos, por un cuadro de isquemia intestinal masiva evidenciado por una TC con imágenes de neumatosis intestinal generalizada del intestino delgado. Durante esos días, la paciente requirió drogas vasoactivas para mantener tensiones sin mejoría de su función renal, precisando hemofiltración.

Conclusiones: En pacientes con presión abdominal elevada y fallo orgánico refractarios al tratamiento médico y de soporte, la descompresión quirúrgica es el tratamiento de elección. El aumento de los tratamientos antitrombóticos y anticoagulantes ha hecho que el hematoma de la vaina de los rectos sea una patología en ascenso. Se produce de forma secundaria al sangrado de la arteria epigástrica inferior y podría causar un síndrome compartimental abdominal.

La evolución del SCA puede ser deletérea. Por esa razón, ante la presencia de causas que puedan desencadenar un SCA debe establecerse un tratamiento rápido y, sobretodo, agresivo. La monitorización de la PIA en pacientes de riesgo es fundamental para su control y prevención.

Angioleiomioma quístico apendicular en anciana apendicectomizada en la infancia

Romacho López, Laura; León Díaz, Francisco Javier; Aranda Narvaéz, Jose Manuel; Jironda Gallegos, M^o Concepción; González Sánchez, Antonio Jesús, Montiel Casado, Custodia; Titos García, Alberto; Gámez Córdoba, Esther; Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: Los tumores apendiculares suponen entre el 0,4-1% de los tumores gastrointestinales, siendo diagnosticados en el 0,8% de los pacientes sometidos a una apendicectomía. Suelen aparecer en la quinta década de la vida a excepción del tumor carcinoide, el más frecuente, que aparece en torno a los 30 años. Su incidencia es mayor en mujeres.

Los tumores primarios pueden clasificados en estirpe epitelial(cistoadenoma mucinoso, cistoadenocarcinoma mucinoso y adenocarcinoma) y en no epitelial, como son los tumores mesenquimales (GIST, leiomiomas, leiomiomasarcomas, neuromas, sarcoma de kaposi), linfomas, adenocarcinoide y carcinoide . Este último representa el 50% del conjunto de tumores apendiculares.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer de 80 años con antecedentes de diabetes mellitus, y temblor esencial. Había sido apendicectomizada, colecistectomizada,

histerectomizada con doble anexectomía y sometida a una laparotomía por perforación gástrica de origen péptico. Durante el estudio de su enfermedad diverticular colónica mediante TAC, se halló de forma incidental una tumoración de aspecto quístico en la región apendicular sugestiva de mucocèle. Se decidió laparotomía exploradora.

Intraoperatoriamente, se aprecia una lesión sólidoquística de 12,5cm x10, blanquecina-azulada y pediculada del muñón apendicular. Se realizó una hemicolectomía derecha junto con resección del peritoneo parietal adherido a la lesión, dado que no podía ser descartada malignidad.

Buena evolución postoperatoria permitiendo el alta a los 7 días del ingreso.

Tras el estudio anatomopatológico, la lesión es calificada como angioleiomioma quístico apendicular.

Métodos: LOGÍA

Realizamos una búsqueda bibliográfica avanzada y sistemática en Pubmed utilizando como palabras clave: angioleiomioma apendicular, appendiceal tumors, appendiceal stump tumors and apendicectomy.

Resultados: El Angioleiomioma es un tumor frecuentemente doloroso y benigno del tejido celular subcutáneo o de la dermis profunda compuesto por células de músculo liso maduro que rodean y cruzan entre los canales vasculares.

Suelen aparecer entre los 30-60 años, con mayor incidencia en mujeres. Su localización más frecuente es el miembro inferior, pero en los hombres es más común en el superior y, especialmente, en la cabeza y el cuello.

Tras revisión sistemática se evidencia como muy infrecuente la existencia de tumores del muñón apendicular en pacientes apendicectomizados, siendo llamativo en nuestro caso la extirpe histológica del mismo dado que no es ni la ubicación ni la clínica habitual del angioleiomioma. Se trata de una localización no descrita previamente en la literatura.

Utilidad de la gastrostomía descompresiva en pacientes con derivación bariátrica biliopancreática

Romacho López, Laura; Montiel Casado, Custodia; Aranda Narvaéz, Jose Manuel; González Sánchez, Antonio Jesús; Titos García, Alberto; Moreno Ruiz, Javier; Rodríguez Sliva, Cristina; Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: La obesidad se ha convertido en la mayor pandemia del siglo XXI. Su tratamiento ha recibido múltiples enfoques sin conseguir su objetivo hasta la llegada de la cirugía bariátrica.

La primera intervención de obesidad mórbida fue un bypass intestinal que tuvo lugar en 1967 y fue realizado por Masson and Ito.

Debido a la idiosincrasia de estos pacientes, las complicaciones postoperatorias pueden ser potencialmente graves.

Caso clínico: Presentamos a una paciente de 47a con obesidad mórbida por la cual fue intervenida en 2011 realizándose una Y de Roux derivativa en otro centro. Además, había sido apendicectomizada y sometida a 2 cesáreas previamente. La paciente presentó un cuadro de obstrucción intestinal, clínica

y radiológicamente confirmado, con importante dilatación de asas de intestino delgado y líquido libre, que tuvo lugar el segundo día postoperatorio tras una cirugía de artrodesis lumbar.

Se le realizó una laparotomía exploradora que evidenció una brida dependiente de un apéndice epiploico de sigma que provocaba un fenómeno de asa cerrada en el extremo biliopancreático. La falta de viabilidad de parte de dicha asa requirió resección intestinal y anastomosis ileal latero-lateral.

Al tercer día de la intervención abdominal, la paciente empezó con importante dolor en hipocondrio izquierdo y afectación hemodinámica, motivo por el cual solicitamos la realización de un TC abdominal. Se apreció una importante dilatación del remanente gástrico asociada al íleo postquirúrgico, que resultó favorecida por la resección segmentaria en el asa biliopancreática.

Ante la imposibilidad de conseguir un drenaje del asa no alimentaria con una sonda nasogástrica, se realizó una gastrostomía percutánea guiada por TC que facilitó la descompresión intestinal y permitió el alta de la paciente cuando toleró el cierre de la misma.

Durante el seguimiento en consulta, el catéter de gastrostomía fue retirado por ausencia de sintomatología asociada al mismo. Fue dada de alta de forma definitiva.

Discusión: La gastrostomía puede ser utilizada dentro del arsenal terapéutico existente para conseguir la correcta descompresión del remanente gástrico en pacientes con cirugía derivativa que sufran un íleo postoperatorio. No solo en el postoperatorio inmediato de la cirugía metabólica, donde está descrito de forma profiláctica, sino también en las sucesivas cirugías o complicaciones que puedan conducir a un cuadro de oclusión en estos pacientes.

Síndrome de Chilaiditis

Rivero Hernández Iosvany, Sánchez Bautista Wilson M., Reinado Domínguez Rosario, García Molina Francisco, Zurera López Manuel

Hospital General de Jerez de la Frontera, Cádiz

Resumen: El signo de Chilaiditi fue descrito en 1910 por el radiólogo vienés Dimitrius Chilaiditi y consiste en la interposición de intestino entre el hígado y el hemidiafragma derecho. En la mayor parte de los casos se trata del ángulo hepático del colon. Se trata de un hallazgo radiológico, generalmente casual, sin que provoque en el paciente sintomatología alguna. Se define como síndrome de Chilaiditi a la asociación del signo radiológico con manifestaciones clínicas, que usualmente serán digestivas

Presentamos el caso de un varón de 73 años, sin antecedentes personales patológicos de interés, apendicectomizado, que acude a urgencias con episodio de dolor abdominal de 12 horas de evolución, que comenzó en región umbilical e irradiándose a fosa iliaca derecha y que ha ido en aumento, asociado a náuseas y vómitos en cuatro ocasiones. A la exploración clínica: Abdomen blando, compresible, doloroso a la palpación en epigastrio y región umbilical, con ausencia de signo de irritación peritoneal. Se palpa hernia umbilical

reducible con la exploración. Ruidos hidroaéreos presentes y presencia de cicatriz quirúrgica en fosa iliaca derecha

En la radiografía de Tórax y simple de abdomen se observa interposición de aire entre la superficie del hígado y el hemidiafragma derecho con sobre elevación del mismo. Se solicita un TC de abdomen donde se descarta la presencia de neumoperitoneo y se identifica el signo de Chilaiditis. Tras la valoración del examen físico, antecedentes del paciente y resultados de las pruebas complementarias y con el diagnóstico de Síndrome de Chilaiditi se recomienda manejo conservador del paciente.

El signo de Chilaiditis es un hallazgo radiográfico con una incidencia 0,02 a 0,2% en telerradiografías de tórax, tiene mayor prevalencia en hombres que en mujeres en una relación 4:1 y es más frecuente encontrarlo en pacientes mayores de 65 años. Se diagnostica clínicamente al encontrarse pérdida de la matidez hepática a la percusión, la cual es sustituida por timpanismo.

El diagnóstico diferencial es con neumoperitoneo, absceso subfrénico, neumatosis intestinal, quiste hidatídico infectado y tumoración hepática.

El tratamiento del síndrome dependerá de la etiología. Lo más frecuente es recurrir a medidas no quirúrgicas que alivien la sintomatología, tales como reposo, hidratación, enemas, dieta rica en fibra y descompresión nasogástrica. Los pacientes suelen responder muy bien al tratamiento conservador. En caso de existir complicaciones la opción terapéutica será quirúrgica. Hay pacientes que requieren colectomía o colonopexia laparoscópica. La principal complicación es la obstrucción o pseudoobstrucción (síndrome de Ogilvie) y la formación de vólvulos colónicos

Esplenectomía por esplenomegalia masiva dolorosa secundaria a linfoma B esplénico de linfocitos vellosos

R. J.M. Avella, Dra M.J. Alvarez, Dra Monica Mogollon G, Dr M. Segura R, Dra Ana Garcia N. Dr J.A.Ferron O.

Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Resumen: El linfoma esplénico con linfocitos vellosos (LELV) es un síndrome linfoproliferativo B recientemente descrito, con rasgos hematológicos e histológicos diferenciados. Predomina en varones de avanzada edad, se presenta con un número variable de linfocitos «vellosos» circulantes en sangre periférica, que también infiltran el bazo y la médula ósea, y el curso es habitualmente crónico, con una supervivencia a 5 años de alrededor del 80%. Debido a este curso indolente y a la avanzada edad en que se diagnostican, el tratamiento tiene que ser altamente individualizado. En algunos casos la abstención terapéutica es una buena opción, mientras que en otros se requiere esplenectomía para corregir la anemia y la trombocitopenia además de proporcionarnos el diagnóstico.

Objetivo: Presentar un caso infrecuente de esplenectomía por esplenomegalia masiva secundaria a linfoma B esplénico de linfocitos vellosos provocaba intenso dolor abdominal.

Material y método: Varón de 57 años con antecedentes personales de ser Testigo de Jehova, HTA, DMII, Diagnosti-

cado de Tricoleucemia variante en 2012, recibió tratamiento con FC con toxicidad hematológica grado IV por lo que se suspendió. Se nos remite desde su Hospital de referencia para esplenectomía por esplenomegalia dolorosa. Tras informar al paciente, aunque acepta la intervención rechaza cualquier tipo de transfusión debido a sus creencias religiosas. A la exploración presentaba regular estado general, abdomen globuloso, distendido, hernia umbilical, se tocaba una gran esplenomegalía que ocupaba todo hemiabdomen derecho desde la línea media hasta pala iliaca, de consistencia leñosa, dolorosa al tacto. Analítica: Leucocitos 4900, HB 13,6, plaquetas de 58000. Ecografía y TAC toracoabdominal: Imágenes aisladas nódulares axilares izquierdas de 8 mm y múltiples imágenes nódulares retroperitoneales periaorticas. Esplenomegalia masiva y difusa de 28 x 25 cm y dos nódulos en hilio esplénico compatibles con bazos accesorios.

Dado el gran tamaño del bazo, el elevado riesgo de sangrado y que la paciente no aceptaba transfusión sanguínea alguna se decidió intervención mediante laparotomía media. Se evidenció un bazo de 35 x 29 x 14,5 cm de dimensiones máximas y color pardo rojizo así como dos bazos accesorios, uno de 5 cm en epiplón mayor y otro de 4 cm en pedículo esplénico. Se realizó esplenectomía reglada con extirpación de ambos bazos accesorios. Durante la intervención presentó sangrado difuso en el área de la reflexión peritoneal, que requirió hemostasia con electrocauterio, puntos y colocación de surgicel.

Anatomía patológica: Esplenomegalia de las dimensiones antes referidas con un peso de 4950 gr. Infiltración masiva por Linfoma/ Leucemia esplénica de células B no clasificable (OMS 2008). En este caso, la mayoría de los parámetros inmunohistoquímicos apoyan el primer diagnóstico de linfoma difuso de la pulpa roja esplénica (linfoma B esplénico de linfocitos vellosos).

Resultados: Postoperatorio adecuado salvo anemia, Hb 6, por pérdida de volemia intraoperatoria, sin poder transfundir sangre por sus creencias religiosas, que fue recuperando con la administración de hierro iv, hasta conseguir una HB de 8, manteniéndose hemodinámicamente estable y siendo dado de alta al 9º día tras la intervención.

Conclusiones: La esplenectomía laparoscópica (EL) ha llegado a considerarse la aproximación estándar para la mayoría de los casos de esplenectomía por enfermedad hematológica; estableciéndose en la conferencia de consenso de la Asociación europea de cirugía endoscópica (EAES) en Mayo del 2007 una serie de recomendaciones: -La EL está indicada en la mayoría de las indicaciones por enfermedad hematológica tanto malignas como benignas, independientemente de la edad y peso corporal.-En casos de esplenomegalia masiva (>20cm) la técnica mano-asistida debe considerarse para evitar la conversión a cirugía abierta y reducir el porcentaje de complicaciones.-El panel de expertos aún considera contraindicada la esplenectomía laparoscópica (EL) en los casos de hipertensión portal y comorbilidades médicas mayores. En nuestro caso dado que la paciente presentaba una esplenomegalia muy masiva y además era testigo de Jehova no creímos indicada la EL por el elevado riesgo de sangrado intraoperatorio.

La esplenectomía en este caso además de aliviar la sintomatología de la paciente, dolor, y la plaquetopenia fue la que proporcionó el diagnóstico definitivo de su enfermedad.

Patología anorrectal: hallazgo infrecuente de melanoma

Jacob Motos Micó. Almudena Moreno Serrano. Manuel Ferrer Marquez. Angel Reina Duarte. Rafael Rosado Cobián

Hospital Torrecardenas. Almería

Resumen: El melanoma anorrectal representa el 1% de todas las neoplasias anorrectales malignas y el 1-2% de todos los melanomas.

Presentamos el caso de una mujer de 57 años con rectorragia y nódulo hemorroidal de 8 meses de evolución. Se realiza una biopsia escisional del nódulo hemorroidal carnoso cuya anatomía patológica informa de melanoma maligno invasivo, ulcerado (pT4b, Nx, Mx. Estadío IIC) cuyos bordes quirúrgicos laterales están en contacto con la lesión. Esto motiva a posteriori, una ampliación de márgenes quirúrgicos de melanoma anal cuya anatomía patológica informa de hiperplasia melanocítica focal con presencia aislada de algún melanocítico atípico intraepidérmico con ausencia de neoplasia en la muestra evaluada.

El melanoma anal fue descrito por primera vez por Moore hace 150 años. Al igual que el melanoma cutáneo, tiene su origen en la transformación maligna de los melanocitos del canal anal que posteriormente invaden el plano escamoso, expresando una serie de proteínas inmunespecíficas para el melanoma como son la HMB-45, la S-100 y la vimentina. A diferencia del melanoma cutáneo, un número desproporcionadamente alto de los melanomas anorrectales son «amelanocíticos». Se desconoce si esta característica va a tener o no implicaciones en el pronóstico de la enfermedad. La sintomatología puede ser atribuible a otras entidades anorrectales benignas más comunes destacando la sensación de masa, tenesmo y, de forma más esporádica, prurito, cambio de hábito intestinal o proctalgia.

La confusión del melanoma anorrectal con la patología hemorroidal tiene un impacto negativo estadísticamente significativo en la supervivencia. En una amplia revisión del memorial Stoa-Kettering Cancer Center (MSKCC), el 8% de los diagnósticos de melanoma anorrectal se realizaron tras estudio anatomopatológico de las piezas quirúrgicas después de la hemorroidectomía. La confusión del melanoma anorrectal con la patología hemorroidal tiene un impacto negativo estadísticamente significativo en la supervivencia. La anuscopia y una exploración anal minuciosa, junto con un alto índice de sospecha son fundamentales para determinar el tamaño, la localización y las características de la lesión. La amputación abdominoperineal debe reservarse sólo para aquellos pacientes en los que la resección local no sea técnicamente posible. Dado que la mayoría de los melanomas anorrectales alcanzan un grosor > de 4mm y que, en el momento de presentación, un alto porcentaje de pacientes tienen metástasis ganglionares y a distancia, quizá la decisión deba ser individualizada. La mayoría de autores consideran una resección Ro si el margen de resección es superior a 10mm. La indicación sistemática de una linfadenectomía inguinal, que no está exenta de complicaciones, no parece aconsejable en estos pacientes El

melanoma anorrectal es una patología con un elevado índice de mortalidad. Las cifras son desalentadoras: un 12-15% de supervivencia a los 5 años, un 80% de recurrencia tras cirugía «curativa» y una mediana de supervivencia de 17-20 meses.

Hemotorax iatrogenico tras toracostomía

Jacob Motos Micó. Almudena Moreno Serrano. Manuel Ferrer Marquez. Angel Reina Duarte. Rafael Rosado Cobián

Hospital Torrecardenas. Almería

Resumen: El hemotórax iatrogénico es una complicación poco frecuente tras la colocación de un tubo de toracostomía. Es causado principalmente por la lesión de los vasos intercostales

Presentamos el caso de un paciente varón de 21 años fumador de 1 paquete/día que acude a urgencias por referir dolor torácico súbito punzante en el lado derecho y disnea. A la exploración, consciente y orientado, y hemodinámicamente estable. La auscultación pulmonar objetiva un descenso del murmullo vesicular en la base de hemitórax derecho, sin evidenciar ingurgitación yugular. En la radiografía AP de tórax se aprecia un importante hidroneumotórax derecho con un colapso pulmonar moderado y un nivel hidroaéreo que llega a campo medio pulmonar derecho. Se inserta un tubo de drenaje torácico nº20 en hemitórax derecho a nivel de 5º espacio intercostal en línea axilar anterior con drenaje de aire y menos de 100 mL seroso no hemorrágico. Antes de ingresar en planta, se comprueba radiológicamente que el tubo está bien colocado y el pulmón derecho reexpande adecuadamente. A las 24 horas, el paciente refiere empeoramiento del estado general con abolición del murmullo vesicular en hemitórax derecho, una tensión arterial 90/60, drenaje de más de 800 mL hemático y más de 400mL por hora hemático. Se realiza una TAC torácico con contraste endovenoso en el que se objetiva un neumotórax derecho con tubo de drenaje y un voluminoso nivel líquido (Hemoneumotórax) que provoca atelectasia compresiva del lóbulo inferior derecho. La cavidad de neumotórax muestra un tracto compatible con bridas sin identificar el foco hemorrágico.

Se completa el estudio con Embolización Arterial Intercostal y ante la sospecha de que el origen del sangrado sea las arterias intercostales que limitan el espacio intercostal por el que el tubo de drenaje entra a la cavidad torácica, se decide embolización de la parte distal de las mismas. El débito total es de 2100 mL hemático y analíticamente presenta una hemoglobina de 8,6 g/dL, precisando de transfusión sanguínea y reposición de la volemia. Durante su postoperatorio, el paciente evoluciona favorablemente tanto desde el punto de vista radiológico como clínico, siendo retirado el tubo a los 10 días.

La embolización angiográfica nace como una alternativa efectiva a la toracotomía en pacientes seleccionados, pues evita complicaciones postoperatorias y una alta mortalidad. El manejo conservador consiste en observación, colocación de tubo de tórax, reposición de volemia, control analgésico y, en ocasiones, soporte ventilatorio. En las últimas dos décadas

la técnica de angiografía selectiva con localización del vaso sangrante y embolización subsecuente ha sido aceptada y recomendada como tratamiento alternativo en el manejo de pacientes que continúan sangrando pero que responden a reposición volémica. La reciente utilización de AngioTAC combinado con TAC con contraste endovenoso permite precisar de forma no invasiva el lugar de sangrado y puede ser seguida por tratamiento quirúrgico o endovascular. En conclusión, en el hemotórax iatrogénico la radiología intervencionista contribuye a un abordaje mínimamente invasivo asociada a bajas complicaciones y una elevada tasa de éxito en pacientes hemodinámicamente estables.

Complicaciones de la diverticulosis yeyunoileal

Jacob Motos Micó. Almudena Moreno Serrano. Manuel Ferrer Marquez. Angel Reina Duarte. Rafael Rosado Cobián

Hospital Torrecardenas. Almería

Resumen: La diverticulosis de intestino delgado y en particular de yeyuno, es una entidad clínica infrecuente y generalmente asintomática. Sin embargo, puede causar síntomas inespecíficos crónicos y rara vez da lugar a una presentación aguda.

Presentamos un caso de abdomen agudo causado por la perforación de un divertículo yeyunal en una paciente de 89 años con A.P. de artrosis, deterioro cognitivo y síndrome anémico crónico no filiado atendida en nuestro centro. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 72 horas de evolución asociado a náuseas, vómitos y estreñimiento. A la exploración física, abdomen globuloso, distendido y doloroso con signos de irritación peritoneal. Analíticamente se objetiva una elevada leucocitosis con neutrofilia. La Rx simple de abdomen muestra signos de obstrucción intestinal. La TAC abdominopélvica con contraste IV objetiva en hipogastrio rarefacción de la grasa adyacente a asas de intestino delgado junto con gas extraluminal en relación con perforación de la misma (en el momento actual contenida) probablemente secundaria a cuerpo extraño debido a que se visualiza una imagen lineal hiperdensa que da la impresión que atraviesa asa intestinal.

Ante los hallazgos descritos se decide laparotomía urgente en la que se observa una perforación yeyuno-ileal con peritonitis localizada. Se realiza resección intestinal de unos 10 cm de yeyuno distal y anastomosis yeyunoileal laterolateral mecánica. La anatomía patológica describe numerosos divertículos, identificando una estructura filiforme y angulada, correlacionable con espina de pescado (Figura 2), insertada en uno de los divertículos con perforación del mismo, observando en vecindad un absceso peridiverticular, necrosis tisular, reacción gigante-celular tipo cuerpo extraño asociada a material fecal, y marcados signos inflamatorios de la grasa mesentérica y serosa intestinal. Durante su postoperatorio, la paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta a los 10 días.

La diverticulitis yeyunal se produce en aproximadamente el 2-6% de los casos y tiene una tasa de mortalidad de casi el 24%. Se asocia frecuentemente con trastornos de la motilidad intestinal, como la esclerosis sistémica progresiva, neuropatías

viscerales o miopatías. La diverticulosis yeyunal es un trastorno difícil de diagnosticar, pues carece de pruebas de diagnóstico verdaderamente confiables. Las radiografías de abdomen y tórax pueden mostrar evidencia de perforación, como aire libre bajo el diafragma o aire libre peritoneal; evidencia de obstrucción intestinal, o evidencia de íleo, incluyendo niveles hidroaéreos y dilatación de asas de intestino delgado. La diverticulosis yeyunoileal y sus complicaciones asociadas son raras. Su diagnóstico preoperatorio es difícil, pero debe ser considerado en casos de síntomas abdominales inexplicables y peritonitis. Dada la alta tasa de mortalidad de diverticulitis yeyunal, un diagnóstico preciso seguido de una intervención adecuada es fundamental.

Colitis fulminante secundaria a infección por Clostridium difficile. Presentación de un caso y revisión de la literatura.

R. Gómez Pérez, M.T Sánchez Barrón, J. Rivera Castellano, J.M Hernández González, R. Soler Humanes, E. Sanchiz Cárdenas, L. Ocaña Whilhelmi, J. Roldán de la Rúa, M.A Suárez Muñoz, J. Santoyo Santoyo.

H. U. Virgen de la Victoria, Málaga

Resumen: Solo el 3-5% de los casos de infección por Clostridium difficile van a desarrollar una colitis fulminante. Se han descrito cifras de mortalidad en torno al 38-80%. El diagnóstico precoz, la de detección de pacientes con factores de riesgo, la interrupción del tratamiento previo y el inicio precoz de vancomicina oral junto a metronizadol intravenoso u oral son los pilares del tratamiento. El 20% van a precisar cirugía urgente, clásicamente una colectomía subtotal con ileostomía terminal. Presentamos un caso de colitis fulminante por C. difficile.

Caso clínico: Mujer de 70 años que acude a urgencias por dolor abdominal de 3 días de evolución, malestar general, fiebre y congestión nasal sin otra clínica digestiva. Como antecedentes personales destacan: estenosis aórtica, insuficiencia mitral, FA, HTA, DM, hipotiroidismo y fumadora, apendicectomía y esplenectomía previas. A la exploración: soplo sistólico, crepitantes en base derecha, abdomen blando y depresible con dolor en hipocondrio derecho, sin peritonismo. Leucocitosis de 20.000, Hb 9,3. En la radiografía de tórax un posible infiltrado basal derecho y en la ecografía una vesícula distendida. Ingresa con diagnóstico de neumonía e inicia tratamiento con ceftriaxona y flevofloxacino. Al quinto día presenta deterioro con distensión abdominal e hipotensión. Leucocitosis (42.100). En el TAC: dilatación generalizada del colon, engrosamiento de las paredes y líquido libre; compatible con proceso inflamatorio-infeccioso vs isquémico. Sin neumoperitoneo. Es trasladada a UCI donde requiere drogas vasoactivas y se inicia tratamiento con vancomicina tras confirmar toxina de C. difficile en heces.

Al cuarto día de ingreso en UCI presenta empeoramiento, requiriendo intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Se decide cirugía urgente objetivándose un megacolon, sin isquemia ni perforación. Se realizó una colectomía subtotal con ileostomía terminal. La paciente fallece a las pocas horas por shock refractario. La dificultad en estos casos es reconocer los

factores de riesgo que pueden contribuir a desarrollar una colitis fulminante en el contexto de una infección por C. difficile.

En la revisión que hacen Klobuka et al o Butala et al. destacan como factores de riesgo la edad por encima de 65, la leucocitosis, elevación del lactato sérico, la terapia antimicrobiana de amplio espectro, inmunosupresión, etc. En la revisión de Carchmar et al. Recomiendan cirugía en caso de diagnóstico colitis por C. difficile (toxina positiva, pseudomembranas en colonoscopia o hallazgos en TC compatibles) junto con uno de los siguientes criterios: peritonitis, perforación, sepsis, distensión/dolor abdominal, fallo del tratamiento tras 5 días, intubación, necesidad de vasopresores, cambios mentales, deterioro clínico inexplicable, fallo renal, lactato mayor de 5 mmol/l, leucocitosis (>50.000) o Sd compartimental abdominal. Actualmente contamos con la fidaxomicina como alternativa terapéutica. Recientes artículos como el de Ann K, proponen una ileostomía temporal con lavados del colon con polietilenglicol y enemas vancomina, además del metronizadol intravenoso, aunque existe poca experiencia al respecto.

La colitis fulminante por C. difficile es una entidad muy grave en la que hay que pensar. Reconocer pacientes con factores de riesgo e indicar la cirugía en el momento adecuado puede disminuir su morbimortalidad.

Hallazgo incidental en cuadro obstructivo por bezoar: ganglioneuroma retroperitoneal.

Piñán Diez, Julia; Sánchez Moreno, Laura; López Ruiz, José Antonio; Cintas Catena, Juan; Díaz Milanés, Juan Antonio; Infantes Ormad, Marina; López Pérez, José; Oliva Mompeán, Fernando; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Virgen Macarena Sevilla

Resumen: El ganglioneuroma es un tumor poco frecuente derivado de las células del sistema nervioso simpático siendo el mediastino posterior su localización más habitual. Presentamos el caso clínico del hallazgo incidental de un ganglioneuroma retroperitoneal en una paciente con cuadro obstructivo intestinal por bezoar.

Paciente mujer de 59 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal irradiado a espalda acompañado vómitos y ausencia de emisión de gases y deposiciones de 48 horas de evolución. Como antecedentes personales destacan hipertensión arterial y artrodesis vertebral L3-S1. A la exploración física se aprecia distensión abdominal con dolor a la palpación en todo el hemiabdomen izquierdo. Analíticamente presentó leucocitosis con desviación a la izquierda y aumento de la proteína C reactiva. En TAC abdominal urgente se evidencia cuadro de obstrucción intestinal por bezoar enclavado en ileón distal. Como hallazgo incidental, en hipocondrio izquierdo se observa una masa de 5,6 x 4 cm de bordes bien definidos. Ante la exploración física y las pruebas complementarias expuestas se decide intervención quirúrgica urgente.

La paciente es sometida a una laparotomía media exploradora en la que se resuelve el cuadro oclusivo mediante extracción de bezoar a través de enterotomía. A su vez, tras explorar el resto de la cavidad abdominal y movilización de hemicolon izquierdo, se realiza exéresis de masa retroperito-

neal que se encontraba inferior de cuerpo de páncreas y en íntimo contacto con la aorta abdominal. El espécimen es remitido al servicio de Anatomía Patológica para su estudio siendo catalogado como ganglioneuroma de 7 x6 x4 cm con inmunohistoquímica positiva para CD56, cromogranina y S-100.

El ganglioneuroma es un tumor benigno infrecuente (1% de los tumores espinales y paraespinales) que se origina de las células nerviosas del sistema nervioso simpático. Es de crecimiento lento y su localización más frecuente es el mediastino posterior seguido del retroperitoneo. Su hallazgo suele ser incidental durante el estudio y tratamiento de otra patología. El diagnóstico diferencial se debe hacer entre otros tipos de tumores como GIST, linfomas o incluso lipomas y liposarcomas, sobre todo en el caso de que presentase células lipomatosas (existe una rara variedad de ganglioneuroma lipomatoso). Se debe realizar exéresis completa del mismo manteniendo la integridad de la cápsula. En la literatura se pueden encontrar casos descritos de exéresis mediante abordaje laparoscópico .

Complicación de la cirugía del rectocele: migración intrarrectal de malla de polipropileno

Piñán Díez, Julia; Cintas Catena, Juan; López Ruiz, José Antonio; Sánchez Moreno, Laura; Díaz Milanés, Juan Antonio; Infantes Ormad, Marina; López Pérez, José; Oliva Mompéán, Fernando; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Virgen Macarena Sevilla

Resumen: El uso de materiales sintéticos como son las prótesis, es cada vez más común a la hora de tratar el prolapso de los órganos pélvicos. Presentamos el caso de una paciente que requiere intervención quirúrgica por migración intraluminal a recto de malla tras reparación de rectocele por vía perineal.

Paciente mujer de 53 años que acude a revisión tras reparación de rectocele con colocación de malla de polipropileno por vía perineal. Refiere tenesmo rectal y expulsión de material purulento a través de ano y vagina. Como antecedentes personales destacan histerectomía vaginal y reparación de cistocele con colocación de malla. A la exploración (tacto bimanual) se identifica cuerpo extraño de consistencia dura y alargada a unos 4 cm del margen anal, compatible con migración a la luz rectal de la malla colocada en el tabique rectovaginal. Se realiza colonoscopia que objetiva cuerpo extraño (malla) a unos 3-4cm del esfínter anal protruyendo hacia el recto. Se comprueba movilidad de la misma a excepción de un extremo, donde se identifica orificio en la mucosa rectal de aproximadamente 1cm de diámetro.

La paciente es sometida a intervención quirúrgica mediante abordaje perineal. Se identifica malla a las 5 horas en posición de litotomía, tras extracción de la misma se identifica trayecto fistuloso rectovaginal que se reseca. Se realiza cierre de orificios vaginal y rectal, y plicatura del tabique rectovaginal. La pieza extraída se manda a Anatomía Patológica que identifica la misma como material inorgánico de 6 x 2cms.

La colocación de prótesis en el tabique rectovaginal para

reparación de rectoceles es cada vez más común, tanto por abordaje perineal como por abordaje laparoscópico. También son usadas ampliamente en la reparación de los prolapso vaginales y vesicales. La erosión de la pared del recto o colon por la prótesis es una complicación no poco frecuente, tanto de las cirugías del prolapso y suelo pélvico, como de las cirugías de las hernias de la pared abdominal por vía laparoscópica. La incidencia de migración de mallas es muy variable a rigor de las series publicadas. La retirada de la prótesis por vía intraluminal o incluso abdominal es la norma, aunque existen casos descritos en la bibliografía de expulsión espontánea de la prótesis a través del ano sin complicaciones posteriores.

Hernia diafragmática tras hepatectomía derecha

Martín Cano, Javier, Motos Micó, Jacob, Moreno Serrano, Almudena, García Balart, Leandro, Rosado Cobián, Rafael.

Hospital Torrecárdenas Almería

Resumen: Las hernias diafragmáticas adquiridas son generalmente secundarias a un traumatismo toracoabdominal penetrante, o una lesión iatrogénica que ocurren con mayor frecuencia tras reparación de la hernia hiatal. La hernia diafragmática iatrogénica posthepatectomía es una complicación muy rara.

Presentamos el caso de una paciente de 63 años con antecedentes patológicos de epilepsia, toxoplasmosis y quiste hidatídico necrosado, ulcerado y abscesificado con intensa reacción granulomatosa que precisó una hepatectomía derecha reglada. Acude a urgencias de nuestro hospital por referir cuadro de dolor abdominal de 48h de evolución asociado a estreñimiento, náuseas y vómitos. A la exploración, abdomen distendido, doloroso a la palpación de forma generalizada, sin defensa, ni peritonismo. Análíticamente se objetiva leucocitosis con desviación izquierda. Presenta una TC toracoabdominopélvica con contraste endovenoso que informa de obstrucción intestinal en relación con herniación de colon a través de defecto en diafragma derecho. Se pauta sonda nasogástrica con abundante contenido intestinal, sueroterapia y antibioterapia de amplio espectro.

La paciente es intervenida de urgencia a través de la incisión subcostal derecha previa, objetivando líquido seroso turbio en moderada cantidad, adherencias firmes en lecho de cirugía previa y orificio herniario diafragmático de unos 4 cm a través del cual se reduce laboriosamente el saco herniario que contenía colon transversal dilatado, que recupera coloración y peristaltismo. Se realiza herniorrafia diafragmática derecha. La paciente evoluciona favorablemente, iniciando tolerancia oral y recuperando tránsito intestinal al 3º día. Normalización de parámetros analíticos, herida subcostal con buena evolución. Es dada de alta al 5º día postoperatorio.

Las hernias diafragmáticas adquiridas son generalmente secundarias a un traumatismo toracoabdominal penetrante. La lesión diafragmática secundaria a hepatectomía derecha es un hallazgo muy infrecuente.

En ausencia de obstrucción o estrangulamiento de vísceras, el principal motivo de consulta es el dolor crónico, náuseas, vómitos, o reflujo con o sin cambios respiratorios.

La TC helicoidal computarizada con reconstrucción coronal y sagital es la mejor prueba para establecer el diagnóstico definitivo.

La cirugía es obligatoria en caso de hernia diafragmática con obstrucción intestinal o perforación. El abordaje para la reparación de la hernia diafragmática puede ser transabdominal o transtóraco.

Cuando la cirugía se lleve a cabo en estrecha proximidad al diafragma se deberá verificar siempre y muy meticulosamente la integridad del mismo.

Fístula iliaco-entérica: a propósito de un caso

Martin Cano, Javier, Motos Micó, Jacob, Moreno Serrano, Almudena, García Balart, Leandro, Rosado Cobián, Rafael.
Hospital Torrecárdenas Almería

Resumen: La dificultad para el diagnóstico de una rectorragia viene dada fundamentalmente por la falta de una información clínica objetiva sobre la misma. Las razones de esta falta de información son: el amplio abanico de diagnósticos diferenciales, las diferentes intensidades de sangrado, las causas de sangrado difíciles de identificar y la ausencia de un patrón de referencia para el estudio diagnóstico de la rectorragia.

Presentamos el caso de un paciente de 48 años con antecedentes patológicos de DM tipo II, mutación del factor V de Leyden, apendicetomizada, colecistectomizada, nefrostomía derecha e histerectomía radical con doble anexectomía hace 2 años por carcinoma de cervix, precisando posteriormente tratamiento adyuvante (radioterapia, quimioterapia y braquiterapia). Acude a urgencias de nuestro hospital, trasladada por equipo de urgencias, por presentar cuadro de dolor abdominal, mareo y rectorragia. A la llegada a urgencias nuevo episodio de rectorragia cuantiosa con hipotensión y taquicardia, por lo que es trasladada a la UCI en situación de shock hemorrágico (analítica HB:2,5gr/dl) Es valorada por cirugía indicando laparotomía urgente.

La paciente es intervenido de urgencia, objetivando una fístula hipogástrica-cólica con sangrado activo arterial. Se realiza un taponamiento y sutura de la misma, lográndose el control de la hemorragia. Colectomía subtotal de emergencia e ileostomía terminal. Se observa también una proctitis actínica por lo que se deja en el muñón rectal una sonda de Foley y tres drenajes en la cavidad.

La paciente presentó un postoperatorio tórpido en UCI. Preciso en total 26 concentrados de hemáties, 19 de plasma fresco y 3 pool de plaquetas. Hizo un fracaso renal, respiratorio y hepático, una peritonitis fecaloidea por perforación intestinal, precisando nueva laparotomía y resección intestinal. También presentó isquemia en miembro inferior derecho con ausencia de pulso femoral y poplíteo derecho. Se realizó angio-TAC en el que se identificó defecto de repleción de manera segmentaria en íliaca externa derecha desde su origen hasta el inicio de la femoral comun ipsilateral. Arteria íliaca

común e iliaca interna, femoral comun superficial, profunda, poplíteo, tibial posterior y peronéa derecha permeable. Se objetivó defecto de llenado en segmento distal de tibial anterior derecha. Con estos hallazgos cirugía vascular realizó un Bypass fémoro-femoral ID y faciotomía cerrada. Mala evolución, por lo que precisó una amputación supracondílea de miembro inferior derecho.

La evolución en la planta de cirugía fue lenta y complicada, presentando a su llegada infección de heridas quirúrgicas y drenajes purulentos que evolucionaron favorablemente con tratamiento antibiótico y curas diarias. Ileostomía funcionando. Fue dada de alta a los 90 días.

La etiología diagnóstica de una rectorragia masiva resulta muy dificultosa. Resulta bastante raro el origen de una fístula iliaca-entérica como consecuencia de un tratamiento adyuvante con radioterapia.

Complicaciones graves de la hernioplastia inguinal

Martin Cano, Javier, Motos Micó, Jacob, Moreno Serrano, Almudena, García Balart, Leandro, Rosado Cobián, Rafael.
Hospital Torrecárdenas Almería

Resumen: La hernioplastia inguinal es una de las intervenciones más frecuentes realizadas en cirugía general. Las complicaciones suelen ser raras y más aún la perforación colónica producida por la malla.

Presentamos el caso de un paciente de 77 años con antecedentes patológicos de HTA, diverticulosis, cardiopatía valvular aórtica y mitral, hipertrofia benigna de próstata, blefaritis seborreica e intervenido de hernioplastia inguinal derecha hace 12 meses, presentando recidiva de la misma. Acude a urgencias de nuestro hospital por referir cuadro de dolor abdominal de 8h de evolución, localizado en hemiabdomen inferior asociado a náuseas. A la exploración, abdomen distendido, doloroso a la palpación de forma generalizada con defensa y peritonismo. Se palpa tumoración inguinal derecha reductible parcialmente. Análíticamente se objetiva leucocitosis con desviación izquierda. Presenta una TC toracoabdominopélvica con contraste endovenoso que informa de signos de perforación de víscera hueca, no quedando claro el origen de la misma. Se pauta sonda nasogástrica (con salida abundante de contenido intestinal), sueroterapia y antibioterapia de amplio espectro. Se indica laparotomía urgente.

El paciente es intervenido de urgencia, objetivando peritonitis fecaloidea por perforación a nivel de ciego, el cual se encontraba en íntimo contacto con el tapón de polipropileno usado en la hernioplastia. Se realiza hemicolectomía derecha con anastomosis íleo-cólica látero-lateral mecánica, lavado abundante de cavidad abdominal, herniorrafia y colocación de drenajes. La evolución el paciente es tórpida, presentando en el postoperatorio neumonía y dehiscencia de la anastomosis al 5ª día, precisando reintervención en la que se realiza ileostomía y fístula mucosa.

La hernioplastia inguinal es una de las cirugías más frecuentes realizadas por nuestra especialidad. Las complicaciones suelen ser raras y más aún la perforación colónica.

Neoplasia adrenocortical de potencial maligno intermedio

Mercedes Fornell Ariza; Susana Roldán Ortiz; Daniel Pérez Gomar; Ander Bengoechea Trujillo; María del Carmen Bazán Hinojo; María Dolores Casado Maestre; María de los Ángeles Mayo Ossorio; José Manuel Pacheco García; María Jesús Castro Santiago; José Luis Fernández Serrano.

Hospital Universitario Puerta del Mar

Resumen: El carcinoma suprarrenal es una patología endocrina infrecuente. La neoplasia adrenocortical de malignidad intermedia supone un espectro de clasificación para aquellos tumores suprarrenales cuyo diagnóstico anatomopatológico es incierto (< 3 criterios de Weiss).

Paciente de 65 años con síndrome constitucional e hiper-cortisolismo severo, importante hipopotasemia que precisó de estancia en UCI por episodios de fibrilación ventricular. No otros antecedentes médicos de interés salvo hipertensión refractaria al tratamiento. No clínica a nivel abdominal, con exploración sin hallazgos. En la TC se observa masa suprarrenal izquierda de 9,5X8,5X9 cm con microcalcificaciones, con áreas de necrosis y/o hemorragia, bien delimitada, que no infiltra órganos adyacentes, sin enfermedad a distancia. PET-TAC con metomidato-11C donde no se observan fijaciones anormales en el radiotrazador. Suprarrenalectomía izquierda abierta con abordaje anterior donde se observó gran masa suprarrenal que desplazaba bazo y cola pancreáticas, sin evidencias de infiltración, sin adenopatías. Anatomía patológica lesión con densa proliferación celular de tipo cortical, con septos fibrosos incompletos, células con nucleolo amplio, con no más de 2 mitosis por 50 campos de gran aumento, con moderado número de focos necróticos, sin invasión vascular ni capsular, con un ki67 del 30%; positividad para vimentina, CD56, Melan A y sinaptofisina. Todos los marcadores epiteliales, incluido el EMA, fueron negativos, así como cromogranina, HMB45, proteína S100 y NSE. Todo ello lleva al diagnóstico de una neoplasia adrenocortical de potencial de malignidad incierto. Durante el postoperatorio la paciente presenta una crisis de insuficiencia suprarrenal que es tratada con reposición intravenosa corticoidea y posteriormente oral con buena respuesta clínica.

El carcinoma suprarrenal de malignidad incierta supone una nueva categoría en aquellos tumores de difícil clasificación.

El carcinoma suprarrenal tiene una incidencia baja, 0,1%, pico de incidencia alrededor de los 50 años, siendo los no funcionantes más frecuentes en el sexo masculino y los funcionantes en el femenino, dentro de los cuáles el más frecuente es el secretor mixto. Suponen un 2-5% de los incidentalomas suprarrenales. Suele presentarse al diagnóstico como un tumor localmente avanzado o con metástasis (a hígado, pulmón, ganglios retroperitoneales y hueso). Pueden presentar clínica debida a la hiperproducción hormonal; o bien ser tumores no funcionantes. El carcinoma suprarrenal plantea una gran dificultad a la hora del diagnóstico anatomopatológico, e incluye como diagnóstico diferencial a otros tumores abdominales. Así mismo la distinción entre adenoma corticoadrenal y carcinoma suprarrenal resulta en ocasiones difícil, por lo que se ha definido un espectro de categoría intermedia denominado neoplasia adrenocortical de malignidad intermedia. Se obtiene

valorando los criterios de Weiss siendo necesario al menos 3 de estos últimos para el diagnóstico de carcinoma suprarrenal. Esta categoría posee un bajo riesgo de recidiva a nivel local y/o metástasis, pero necesita de un seguimiento estrecho. El carcinoma suprarrenal va a presentar un mal pronóstico, con una supervivencia en los estadios I, II y III en torno al 38-45% a los 5 años, siendo en estadio IV de tan solo el 10%.

Metástasis esplénica solitaria de melanoma

Mercedes Fornell Ariza; Ander Bengoechea Trujillo; Susana Roldán Ortiz; Daniel Pérez Gomar; María del Carmen Bazán Hinojo; María de los Ángeles Mayo Ossorio; María Sánchez Ramírez; José Manuel Pacheco García; María Jesús Castro Santiago; José Luis Fernández Serrano

Hospital Universitario Puerta del Mar

Resumen: Los tumores metastásicos de bazo son poco frecuentes, siendo el melanoma el tercero en frecuencia. Suelen ser lesiones múltiples de pequeño tamaño, y suponen un mal pronóstico

Paciente de 68 años, diagnosticado en el año 2007 de melanoma en pie derecho, con resección y posterior tratamiento con interferón. En el año 2009 presenta recidiva a nivel de cicatriz, se realiza nueva cirugía y tratamiento quimioterápico posterior junto a anticuerpos monoclonales (lambrolizumab) hasta noviembre de 2013, siendo diagnosticado en el transcurso de este tratamiento de LOE esplénica, que aumenta progresivamente de tamaño. Es ingresado en nuestro hospital por síndrome febril prolongado y deterioro del estado general, hemocultivos, baciloscopia y coprocultivos negativos, TAC tórax y médula ósea sin hallazgos. TAC abdominal LOE esplénica de 11X8 cm con área central de necrosis en su interior que condiciona esplenomegalia, compatible con metástasis. Se realiza esplenectomía donde se observa lesión esplénica abscesificada y esplenomegalia. La anatomía patológica describe una tumoración necrosada y abscesificada con doble población celular de apariencia sarcomatoide y epiteliodes, con inmunotinción positiva a vimentina, S-100 y negativa para Melan-A, citoqueratinas, CK7, CK20, CD68, CD34 y CD31, actina y desmina, con diagnóstico de metástasis de melanoma. El paciente presentó un postoperatorio favorable.

Las metástasis esplénicas de melanoma son infrecuentes, generalmente en pacientes con estadio avanzado, con mal pronóstico y cuyo tratamiento de elección es la esplenectomía para mejorar la calidad de vida.

Los tumores localizados en bazo son infrecuentes, de los cuáles las metástasis suponen un 2-6% del total. Con mayor frecuencia van a ser debidos a cáncer de mama, de pulmón y a melanoma, aunque debido al incremento en el uso de las técnicas de imagen cada vez se realizan más diagnósticos casuales por otro tipo de tumores sólidos como el carcinoma endometrial, gástrico o colorrectal. La mayoría de los pacientes con lesiones metastásicas por melanoma presentan dolor abdominal inespecífico causado por la esplenomegalia, y más raramente abdomen agudo por rotura espontánea de bazo debido a invasión capsular, infarto esplénico o hematoma subcapsular por alteraciones tromboticas propias de la enfermedad neoplásica

primaria. Suelen presentarse como pequeñas lesiones múltiples y con menor frecuencia como lesiones de mayor tamaño únicas. El paciente con melanoma metastásico tiene un mal pronóstico. La esplenectomía junto a un tratamiento posterior con quimioterapia ha demostrado tasas de supervivencia a los 5 años en torno al 15-30%, dependiendo del Breslow de la lesión primaria y del estadio y presencia de otras metástasis en el momento del diagnóstico de la lesión esplénica, con una supervivencia media de 13 meses en el melanoma estadio IV. El tratamiento quirúrgico se recomienda en pacientes con buenas condiciones clínicas como paliación de los síntomas y para proporcionar mejor calidad de vida, con una aceptable morbilidad. En caso de lesión metastásica solitaria en bajo la cirugía parece que podría prolongar el tiempo de supervivencia libre de enfermedad, aunque en la actualidad se desconocen porcentajes de supervivencia a 5 años y de remisión.

Enfermedad de paget perianal primaria

Mercedes Fornell Ariza; Ander Bengoechea Trujillo; María del Carmen Bazán Hinojo; Susana Roldán Ortiz; Daniel Pérez Gomar; Amparo Valverde Martínez; María Jesús Castro Santiago; José Luis Fernández Serrano

Hospital Universitario Puerta del Mar

Resumen: La enfermedad de Paget primaria extramamaria es un carcinoma epidérmico de diferenciación apocrina que se origina en la epidermis. Suele presentarse en mujeres a partir de la 5ª década

Mujer de 52 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, con lesión pruriginosa de aspecto eritematoso y eccematoso en región perianal izquierda de 6 meses de evolución, que no ha mejorado con tratamientos tópicos. A la exploración se apreciaba una placa de 2X4,5 cm en margen anal izquierda, de bordes bien definidos, sin ulceración, ni lesiones satélites o adenopatías regionales. La biopsia informa de Enfermedad de Paget extramamaria. Tras estudio de extensión que incluye TC tórax y abdomen, endoscopia, colonoscopia y mamografía todas dentro de la normalidad se realiza la resección de la lesión con márgenes de 1 cm. Anatomía patológica confirma diagnóstico de Enfermedad de Paget extramamaria limitada a epidermis que no invade la membrana basal, positividad inmunohistoquímica para CEA, EMA, CK7 y CAM 2 y 5. La evolución de la paciente fue favorable y actualmente se encuentra en revisión

La enfermedad de Paget extramamaria perianal constituye la segunda en frecuencia, siendo más frecuente en mujeres de mediana edad, con lesiones típicas eccematiformes, cuyo tratamiento de elección es la cirugía con márgenes asociado o no a radioterapia

La enfermedad de Paget extramamaria tiene dos formas de presentación: la primaria, como en nuestro caso, consiste en un adenocarcinoma de las glándulas apocrinas de la epidermis que puede extenderse a través del sistema linfático o sanguíneo; y la secundaria consecuencia de un tumor en las cercanías de la lesión, con diseminación por células tumorales epidermotropas. La enfermedad de Paget extramamaria supone un 6,5% del total, la más frecuente se encuentra a nivel vulvar, siendo la enfermedad perianal la segunda en frecuencia con un

20%. Clínicamente se caracteriza por prurito y/o ardor anal. Haremos diagnóstico diferencial con otras enfermedades eccematosas. Es importante también su implicación pronóstica, puesto que dependiendo de las series, hasta en el 50% de los casos puede encontrarse asociada a una neoplasia anorrectal. Histológicamente, se presenta como una infiltración epidérmica difusa por células de Paget, con positividad para CEA, citoqueratinas de bajo peso molecular (CK20 y 7). El tratamiento de elección es la cirugía, con márgenes de ampliación radicales. La radioterapia es un tratamiento mejor tolerando pero presenta índices de recurrencia de hasta un 50% según las series y las dosis empleadas (menores a 50 Gy no son eficaces), y estarían indicadas en pacientes que rechacen la cirugía, en recurrencias, o como adyuvancia en caso de afectación de los márgenes tras la cirugía. Otros tratamientos tópicos como el imiquimod, el interferon 2-alfa o la fotodinámica no están estandarizados. No existen estudios que demuestren que la quimioterapia sistémica es eficaz. El pronóstico de la enfermedad es bueno cuando es diagnosticado en fases precoces, limitados a epidermis y sin que se sobrepase membrana basal en el caso de las primarias, con supervivencias del 90% a los 5 años

Quistes mesentéricos. Revisión de nuestra experiencia

Mercedes Fornell Ariza; Ander Bengoechea Trujillo; Susana Roldán Ortiz; Amparo Valverde Martínez; Daniel Pérez Gomar; María del Carmen Bazán Hinojo; María de los ángeles Mayo Ossorio; José Manuel Pacheco García; María Jesús Castro Santiago; José Luis Fernández Serrano.

Hospital Universitario Puerta del Mar

Resumen: Los quistes mesentéricos son tumoraciones muy poco frecuentes, 1%, más frecuentes en el sexo femenino, entre los 30-50 años. Cursan de manera asintomática y su diagnóstico suele ser incidental, aunque en ocasiones pueden cursar con molestias abdominales inespecíficas

Caso clínico 1: Mujer de 33 años sin antecedentes de interés con masa palpable a nivel de flanco derecho no dolorosa. TAC: masa hipoecoica de pared fina dependiente de meso de colon. Intervención quirúrgica: quiste de contenido quíloso. Anatomía patológica: linfangioma quístico.

Caso clínico 2: Mujer de 54 años con tumoración quística mesentérica incidental TAC abdominal por estudio de diverticulosis colónica. TAC: masa dependiente de meso de colon derecho hipoecoica y con calcificaciones, sin vascularización compatible con teratoma quístico. Intervención quirúrgica: quiste de coloración blanquecina y móvil, adherido al apéndice que se extirpa junto con la pieza. Anatomía patológica: teratoma quístico dermoide.

Caso clínico 3: Mujer de 60 años en estudio por dolor abdominal inespecífico. TAC: masa dependiente de meso ileal hipoecoica, sin vascularización, bien definida. Intervención quirúrgica: quiste móvil de contenido claro. Anatomía patológica: quiste mesotelial simple

Los quistes mesentéricos son tumoraciones infrecuentes, generalmente de diagnóstico incidental, cuyo tratamiento de elección es el quirúrgico.

Los quistes mesentéricos son tumoraciones muy infrecuentes que pueden localizarse a cualquier nivel desde el duodeno al recto, siendo más frecuentes en ileon y colon derecho. Pueden clasificarse según su origen en quistes mesoteliales simples (los cuáles son los más frecuentes), quistes de origen linfático o linfangiomas, quistes entéricos o de duplicación intestinal, quistes de origen urogenital, quistes dermoides o teratomas quísticos maduros y pseudoquistes traumáticos o infecciosos. El linfangioma quístico es un tumor benigno resultado de un error en el desarrollo del sistema linfático que ocasiona malformaciones vasculares linfáticas. Aunque son considerados benignos pueden producir compresión e infiltrar estructuras vitales, lo que determinará la clínica. Son tumores raros, cuya localización abdominal representa aproximadamente un 2-5% del total, de predominancia en la infancia y es más rara su aparición en los adultos. Los teratomas quísticos son tumores benignos consecuencia de un error embriológico durante el desarrollo, procedentes de las células pluripotenciales de las tres capas germinales, siendo su localización en el mesenterio extremadamente rara. Generalmente son asintomáticos y su diagnóstico, en la mayor parte de los casos, incidental. El potencial de malignización del quiste dermoide es bajo, presentando una incidencia de un 1-2%. La etiología del quiste mesotelial simple es desconocida, se piensa que son lesiones reactivas a procesos traumáticos o inflamatorios a nivel abdominal, sobre todo cirugía pélvica previa, enfermedad pélvica inflamatoria o endometriosis, en mujeres de edad media con historia de dolor abdominal previo. El tratamiento de elección de los quistes mesentéricos es la exéresis quirúrgica incluso en los casos asintomáticos, por la posibilidad de crecimiento del quiste y por tanto de las complicaciones derivadas del mismo. La técnica de elección sería el abordaje laparoscópico, del que están descritos buenos resultados, dependiendo del tamaño del quiste y de la experiencia quirúrgica.

Hallazgo infrecuente: tumor mulleriano mixto

Juan Carlos Navarro Duarte. Jacob Motos Micó. Juan Torres Melero. Rafael Rosado Cobián

Hospital Torrecardenas. Almería

Resumen: Los tumores müllerianos mixtos malignos son neoplasias poco frecuentes y altamente agresivas que suelen presentarse en pacientes mayores de 60 años, generalmente en forma de metrorragia posmenopáusica y/o presencia de masas uterinas. Entre los factores de riesgo reconocidos está descrita la historia de irradiación previa del área pélvica.

Presentamos a una paciente de 59 años con antecedentes personales de hipotiroidismo, histerectomía y doble anexectomía y radioterapia adyuvante por adenocarcinoma endometriode en 2004, rectosigmoiditis actínica y colitis postradiación en 2006, intervenida de tumoración infraumbilical cuya anatomía patológica informa de tumor mulleriano mixto maligno con elementos mesenquimales heterólogos y cuya inmunohistoquímica muestra positividad para Queratina 7, Vimentina y CD-10. En 2013 se realiza resección de 2 nódulos pulmonares metastásicos.

La paciente en seguimiento por Servicio de Oncología se

detecta un nódulo que ha crecido de tamaño (de 0,8 a 1,2 cm en 3-4 meses por TAC abdominal) sugerente de implante metastásico a nivel del mesenterio próximo al ángulo de Treitz. Tras ser valorada en Comité de Tumores y por nuestra Unidad de Carcinomatosis Peritoneal, se interviene a la paciente realizándose resección del implante en mesenterio en las proximidades del ángulo de Treitz, con resección R0, cirugía completa y cumpliendo criterios de HIPEC: Sugarbaker 42°C + 60 minutos, sin incidencias. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a los 10 días de la intervención.

Los tumores müllerianos mixtos malignos son tumores muy agresivos de baja incidencia. De los componentes de este tipo de tumores, el carcinomatoso suele estar muy poco diferenciado y en el componente sarcomatoso pueden existir elementos homólogos o heterólogos; estos últimos pueden contener uno o más de los siguientes elementos en orden de frecuencia: rhabdomyosarcoma, condrosarcoma, osteosarcoma y liposarcoma. Las técnicas inmunohistoquímicas ayudan a la caracterización de estos tumores ya que las células tumorales suelen presentar inclusiones con tinción positiva para vimentina, queratina, mioglobina o el antígeno de membrana epitelial. La irradiación pélvica previa puede tener efectos carcinogénicos y es un precursor reconocido de los tumores müllerianos del endometrio. El periodo de latencia entre la irradiación y la aparición del tumor es variable. La evolución de estos tumores suele ser desfavorable a pesar de ser diagnosticados y tratados en fases precoces, ya que tienen una mayor tendencia a la diseminación linfática precoz y a la recurrencia pélvica o abdominal que otras neoplasias de endometrio. El tratamiento de estos tumores es fundamentalmente quirúrgico, dependiendo el tipo de intervención del estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico. La valoración y el tratamiento de este tipo de pacientes en unidades especializadas de Carcinomatosis Peritoneal como en nuestro caso, permiten obtener una cirugía completa.

Biliotorax: a proposito de un caso

Juan Carlos Navarro Duarte. Jacob Motos Micó. Juan Torres Melero. Gabriel Lopez Ordoño. Rafael Rosado Cobián

Hospital Torrecardenas. Almería

Resumen: La fistula biliopleural es una complicación rara pero potencialmente fatal, más aún cuando se asocia a intervención quirúrgica y lesión diafragmática. La presencia de bilis en un derrame pleural es patognomónico de fistulas biliopleurales.

Presentamos a una paciente de 67 años con antecedentes personales de síndrome depresivo, fibromialgia, hipertensión arterial, anemia ferropénica en estudio, hernia hiatal, signoidectomía por adenocarcinoma estenosante de sigma en 2013. Es diagnosticada de LOE hepática única de unos 6 cm y valorada en Comité de Tumores decidiendo tratamiento quimioterápico neoadyuvante. Ingresó de forma programada para intervención quirúrgica por LOE hepática derecha para realización de hepatectomía derecha. La TAC abdominal informa de metástasis hepática única de 7 cm en segmento 7 hepático. Se realiza hepatectomía derecha con ligadura previa del pedículo hepático y sección de Vena Porta

derecha y suprahepática derecha, previa a transección hepática sin maniobra de Pringle. La paciente evoluciona favorablemente, a pesar de edemas en miembros inferiores que se resuelven siendo dada de alta a los 14 días de la intervención. La paciente acude de nuevo a urgencias a los 10 días del último ingreso por dolor abdominal en hipocondrio derecho, disnea y fiebre. En la Radiografía de tórax se objetiva infiltrado pulmonar derecho y derrame pleural derecho.

La TAC torácica informa de derrame pleural masivo derecho con atelectasia compresiva del pulmón adyacente y colección subdiafragmática perihepática de 8x 5,5x 2,5cm en lecho de hepatectomía requiriendo de colocación de tubo de drenaje pleural derecho con débito abundante biliopurulento. Durante su estancia, requiere nuevamente de tubo de drenaje torácico debido a empiema bilioso. La ColangioRMN aprecia un trayecto fistuloso entre el borde de resección hepático y pleural. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica ha sido inefectiva como tratamiento alternativo. Actualmente la actitud es conservadora con antibioterapia y drenaje torácico.

Las fistulas biliopleurales y el derrame pleural bilioso son una complicación poco común y sus causas tienen como origen: trauma hepático, enfermedad hepática parasitaria, tumores, ablaciones por radiofrecuencia, absceso sub-frénico, obstrucción biliar, causas iatrogénicas; migración de stent biliar, colecistectomía abierta y laparoscópica, biopsia hepática, y drenaje biliar percutáneo transhepático. Se ha demostrado que la presencia de bilis tiene un efecto corrosivo sobre pulmón y el espacio pleural. La morbimortalidad es alta, pero se puede disminuir si se realiza un diagnóstico precoz y se realiza un tratamiento adecuado en forma temprana. El método de elección para la localización de la fistula colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Durante este procedimiento se puede efectuar la esfinterotomía y/o la colocación de un stent biliar, como alternativa de tratamiento. Un enfoque conservador con tubo de drenaje torácico adecuado y antibióticos se ha revelado exitoso hasta en un 60% de los casos. A pesar de la endoscopia y la radiología intervencionista y la evolución de las técnicas quirúrgicas, no existe un consenso en el manejo terapéutico de estas fistulas. Se sugiere reservar el manejo quirúrgico para las fistulas que no responden al tratamiento conservador y/o fistulas complicadas, instaurando así un tratamiento precoz para evitar una mayor morbimortalidad.

Pancreas heterotopico: hallazgo infrecuente

Juan Carlos Navarro Duarte. Jacob Motos Micó. Elisabet Vidaña Marquez. Teresa Alves Conceicao. Rafael Rosado Cobián

Hospital Torrecardenas. Almería

Resumen: El páncreas heterotópico se define como un hallazgo de tejido pancreático y sin continuidad anatómica y vascular con el páncreas normal. Se trata de una rara condición difícil de diagnosticar y con el manejo clínico controvertido.

Presentamos a paciente mujer de 33 años sin antecedentes de interés derivada del servicio de Digestivo por clínica de gastritis y diagnóstico endoscópico de nódulo submucoso gástrico con crecimiento progresivo. La ecoendoscopia informa de

nódulo submucoso gástrico en unión cuerpo-antro gástrico, hacia curvatura mayor, dependiente de la tercera capa gástrica de tamaño 24 x 13mm. La PAAF objetiva material de punción de fondo proteináceo con escasos linfocitos y hematíes.

Se realiza resección laparoscópica gástrica parcial con exéresis de nódulo. La anatomía patológica informa de páncreas heterotópico tipo I de topografía submucosa, muscular propia y serosa, además de gastritis crónica folicular asociada a H. Pylori. La paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta a los 4 días de la intervención.

Dado que el páncreas heterotópico es una condición poco común, a diferencia de los GIST, raramente se considera una hipótesis diagnóstica. La mayoría de los pacientes con páncreas heterotópico están asintomáticos; cuando está presentes, los síntomas incluyen dolor abdominal, a nivel epigástrico, sangrado, náuseas y vómitos. En ocasiones los síntomas se relacionan con complicaciones tales como la oclusión mecánica - intususcepciones y la obstrucción del intestino delgado, ictericia obstructiva y estenosis pilórica. Otras complicaciones son: pancreatitis, pseudoquiste, carcinomas, tumores de células de los islotes y pseudotumores inflamatorias. La mayoría de los casos de páncreas heterotópico gástricos son hallazgos incidentales durante la cirugía, examen gastrointestinal o autopsia como en nuestro caso. El diagnóstico definitivo requiere de confirmación histológica. El manejo de esta condición es controvertido. La mayoría de los casos se someten a una cirugía debido a la incertidumbre de diagnóstico. Razones para el tratamiento quirúrgico dependen de la presencia de los síntomas, así como la necesidad de un diagnóstico definitivo, con exclusión de malignidad o complicaciones. El diagnóstico diferencial incluye GIST, tumor del nervio autónomo gastrointestinal (GANT), carcinoide, linfoma o carcinoma gástrico que puede ser mal interpretado en los estudios radiológicos o exámenes endoscópicos.

Diagnostico diferencial de tumoracion quistica retroperitoneal

Juan Carlos Navarro Duarte. Jacob Motos Micó. Diego Rodriguez Morillas. Elisabet Vidaña Marquez. Rafael Rosado Cobián

Hospital torrecardenas. Almería

Resumen: Los tumores retroperitoneales representan menos del 0,2% de todos los tumores. Los tumores mucinosos retroperitoneales primarios son extremadamente raros y pueden ser subdivididos en benignos, borderline o cistoadenocarcinomas. La paciente que presentamos fue diagnosticada de un cistoadenoma mucinoso retroperitoneal primario de naturaleza benigna.

Paciente mujer de 31 años sin A.P. de interés que es diagnosticada de forma casual de tumoración quística abdominal tras acudir a urgencias por cuadro de vómitos y diarrea. A la exploración, abdomen blando, depresible, palpando tumoración de consistencia blanda, móvil y redondeada a nivel del flanco derecho. La ecografía abdominal confirma una lesión intraabdominal quística y simple inferior y ligeramente medial e independiente al riñón derecho y anterior al psoas derecho

de 10X7cm en probable relación con quiste mesentérico. La TAC abdominal objetiva un quiste voluminoso de 9,5 X 6,5 X 7,5 cm de aspecto simple (pared fina sin polos sólidos y contenido líquido homogéneo) que contacta con el reborde inferior del hígado, polo inferior de riñón derecho, asas intestinales, colon, psoas y musculatura abdominal de los que no parece depender.

La paciente es programada para intervención, realizando laparotomía exploradora, exéresis de la tumoración quística, apendicectomía y drenaje. La anatomía patológica informa de quiste naturaleza benigna compatible con quiste peritoneal con tapizamiento epitelial mülleriano (focalmente mucinoso), probable cistoadenoma mucinoso retroperitoneal primario. Presenta un posoperatorio favorable, siendo dada de alta a los 6 días de la intervención.

La primera descripción de cistoadenoma mucinoso retroperitoneal primario de naturaleza benigna se llevó a cabo por Handfield-Jones en 1924 en su estudio sobre quistes retroperitoneales. Dado que no hay células epiteliales en el retroperitoneo, el hallazgo de este tipo de tumor es inusual. Los cistoadenomas mucinosos se localizan con mayor frecuencia en el páncreas y ovario, por lo que el origen de cistoadenomas mucinosos en el retroperitoneo está ampliamente discutido. Una teoría habla de la siembra de tejido ovárico ectópico en el retroperitoneo. Los cistoadenomas mucinosos retroperitoneales primarios son histológicamente similares a cistoadenomas mucinosos de localización ovárica. Otra teoría sugiere el desarrollo de un teratoma retroperitoneal con la proliferación de epitelio mucinoso. Alternativamente se formula la hipótesis de que estos tumores pueden surgir a partir de células mesoteliales multipotenciales que quedan atrapadas en el retroperitoneo durante el desarrollo embrionario. El diagnóstico temprano de los tumores retroperitoneales es importante ya que la mayoría son malignos. El diagnóstico diferencial incluye fibrosarcomas, liposarcoma, leiomyofibromas, leiomyosarcomas fibrohistiocitomas malignos, neurofibromas y rhabdomyosarcomas. Con respecto a la radiología, la ecografía carece de especificidad, mientras que la tomografía computarizada de la zona puede resultar beneficiosa para la diferenciar entre teratoma quístico y cistoadenoma a través de la detección de calcificaciones dentro del quiste. La resonancia magnética nuclear en general ofrece una descripción óptima del tumor en relación a los tejidos blandos y la evidencia radiológica de origen tumoral. La laparoscopia y la laparotomía pueden proporcionar adecuadas funciones de diagnóstico y terapéuticos, sin embargo, la resección radical es el tratamiento de elección.

Doble mucocele apendicular más tumor neuroendocrino sincrónico. Presentación de un caso.

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Corrales Valero, E; Monje Salazar, C; Cuba Castro, JL; Hinojosa Arco, LC; Cabrera Serna, I; Bravo Arenzana, LM; Suárez Muñoz, MA.

H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: Los tumores del apéndice cecal constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias con evolución y pronóstico

variable. Tienen una baja incidencia, aproximadamente el 0,5% de todas las neoplasias gastrointestinales y se encuentran en el 1% de las apendicectomías. La mayoría son diagnosticados como hallazgo en el estudio anatomopatológico tras una intervención quirúrgica por apendicitis aguda.

Se presenta el caso de una paciente de 29 años, que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución de inicio en epigastrio y posteriormente focalizado en fosa iliaca derecha.

En las pruebas complementarias realizadas destaca en la analítica una elevación de la PCR y en el TCAbdomen: apéndice cecal engrosado (1,2cm)

Con estos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente, realizándose apendicectomía.

El estudio anatomopatológico del apéndice revela: tumor neuroendocrino, bien diferenciado (con patrón mixo) G2, con un diámetro de 1,5cm localizado en la zona proximal (base) afectando al borde de resección. Índice mitótico 10mitosis por 50 campos de gran aumento. El tumor infiltra todas las capas, afectando a la serosa (peritoneo visceral). En el resto del apéndice se evidencian 2 focos de cistoadenoma mucinoso.

Posteriormente se realiza estudio de extensión incluyendo niveles de cromogranina A, 5 hidroxindol acético en orina, colonoscopia, gammagrafía con octeótride y valoración ginecológica, siendo todos negativos y se realiza hemicolectomía derecha electiva.

En la mayoría de los enfermos, el diagnóstico de un tumor apendicular se realiza en forma incidental en el estudio anatomopatológico después de una apendicectomía por sospecha de apendicitis aguda.

El carcinoma neuroendocrino (también llamado carcinoide) es el tumor apendicular más frecuente. Entre los tumores benignos, los más frecuentes son los cistoadenomas mucinosos.

Pecoma de colon como hallazgo de laparotomía exploradora por abdomen agudo.

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Hinojosa Arco, LC; Cuba Castro, JL; Monje Salazar, C; Corrales Valero, E; Bravo Arenzana, LM; Suárez Muñoz, MA.

H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: Los PEComas (tumores de células epiteliales perivasculares) son neoplasias mesenquimales raras. Afecta predominantemente adultos jóvenes, siendo más frecuente en mujeres. Presentan inmunorreactividad variable para marcadores melanocíticos y musculares.

Se presenta el caso de un paciente varón de 42 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor y distensión abdominal de 48 horas de evolución, asociado a sensación de tenesmo rectal y miccional y fiebre. A la exploración abdomen moderadamente distendido, doloroso a la palpación de forma generalizada, sobre todo en flanco derecho e hipocondrio izquierdo, con defensa asociada. En las pruebas complementarias realizadas:

-Analítica: leucocitosis con neutrofilia, coagulación normal, PCR 167.

-TCAbdomen: gran masa abdominal, de aprox 21 cm (lat-

lat) x 13 cm (AP) x 23 cm (CC), extendiéndose desde hipocondrio izquierdo a pelvis, sólido-quística y lobulada, que asocia trabeculación de la grasa adyacente, ocupando desde el ciego hasta el colon izquierdo, contactando con sigma y vejiga y de la que no se puede establecer órgano dependencia.

Con estos hallazgos y la exploración compatible con abdomen agudo se decide laparotomía exploradora urgente.

Se evidencia una gran tumoración doble, de aspecto sólido quístico, de 10-12 cm de diámetro máximo cada una, dependientes entre sí y a su vez dependientes de cara antero-lateral del ciego. Además un implante de aspecto similar a la tumoración a nivel de la raíz del meso. Se realiza hemicolectomía derecha y exéresis de implante en raíz del meso. El postoperatorio transcurre de forma favorable, siendo dado de alta al quinto día.

La anatomía patológica es compatible con un PEComa con al menos 3 criterios de alto riesgo (elevada celularidad y pleomorfismo, tamaño > de 5 cm y patrón de crecimiento infiltrante) por lo que correspondería a un PEComa maligno. Sin embargo el índice mitótico es muy escaso (1 mitosis/ 50 cga) y aunque existe amplia hemorragia y quistificación, no se observa realmente necrosis. Tampoco se aprecia invasión vascular.

Actualmente el paciente se encuentra sin tratamiento y libre de enfermedad 6 meses después desde la cirugía.

Los PEComas son tumores raros, caracterizados por su diferenciación melanocítica. A nivel del colon hay muy pocos casos descritos. Se estima una incidencia <0,1% de las neoplasias de colon.

El comportamiento biológico de estos tumores no es bien conocido. Los criterios histológicos indicativos de malignidad no están claros, en parte, porque la información sobre la historia natural a largo plazo de las lesiones intestinales no se conoce. No obstante, los de comportamiento maligno suelen ser grandes (más de 5 cm), contienen áreas de necrosis coagulativa y también tienen una alta tasa de mitosis. Otros criterios importantes sugestivos de malignidad incluyen: infiltración de los bordes de resección tumoral, alto grado de celularidad e invasión vascular.

Carcinoma mucinoso de colon. Metástasis retroperitoneales tras 8 años de resección del tumor primario.

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Monje Salazar, C; Corrales Valero, E; Hinojosa Arco, LC; Cuba Castro, JL; Del Fresno Asensio, A; Lobato Bancalero, L; Suárez Muñoz, MA.

H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: En relación con los subtipos histológicos de cáncer de colon, el adenocarcinoma es el más común de todos ellos, representando el 95 %. El adenocarcinoma mucinoso representa el 17 %. En un reciente metaanálisis, parecen estar más asociados a neoplasias de colon derecho y son más frecuentes en mujeres que en varones.

Paciente de 64 años intervenido hace 8 años de hemicolectomía derecha por adenocarcinoma mucinoso de ciego. En seguimiento por Oncología se detecta en TCAbdomen a nivel

retroperitoneal imagen hipodensa precava con calcificaciones en su pared, que muestra crecimiento con respecto a estudio previo compatible con linfangioma o adenopatía. Se completa estudio con PET-TC: lesión retroperitoneal en región interaortocava (21mm) sin captación significativa del trazador y con calcificaciones periféricas de probable origen residual.

Es presentado en Comité Multidisciplinar, decidiéndose intervención quirúrgica.

Se realiza linfadenectomía de adenopatías interaortocavas, con resultado anatomopatológico: Metástasis de Adenocarcinoma Mucinoso (compatible con origen intestinal, sin evidencia de tejido linfoide residual).

El 40% de los pacientes con adenocarcinoma mucinoso de colon presentan afectación ganglionar al diagnóstico. Llama la atención la recidiva ganglionar exclusiva de este caso, tan tardía y no captante en PET.

Metástasis cutánea de melanoma. Papel de la cirugía. A propósito de un caso.

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Corrales Valero, E; Monje Salazar, C; Hinojosa Arco, LC; Cuba Castro, JL; Díaz Rodríguez, JM; Suárez Muñoz, MA.

H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: Las metástasis cutáneas son tumores malignos que comprometen la piel sin mantener una relación de contigüidad con la neoplasia que les da origen. Las células que se desprenden del tumor primario llegan a la piel a través de vasos linfáticos o venosos. En pacientes con neoplasias de órganos internos se estima una prevalencia global cercana al 5%. La principal causa es el cáncer de mama, y el melanoma le sigue en orden de frecuencia. Este último es el tumor con mayor potencial para generar metástasis en la piel.

Varón de 44 años sin antecedentes médicoquirúrgicos de interés, diagnosticado de melanoma de extensión superficial de células epiteloides (10 mitosis por mm²; Breslow de 5 mm, Clark IV) en cuero cabelludo hace 24 meses y reintervenido tres meses más tarde por recidiva ganglionar laterocervical izquierda con mts ganglionar (en 1 de 15 gg aislados) Desde entonces en tratamiento con interferón. Diez meses después, acude por tumoración supraclavicular de crecimiento rápido en aproximadamente un mes hasta alcanzar 4-5cm, vascularizada, con base de implantación ancha y ulcerada en su superficie.

En TC cervical se observa masa sólida y heterogénea a nivel supraclavicular izquierdo de 5 x 4,3 cm sugestiva de recidiva tumoral, con adenopatía satélite de 1cm.

Se interviene realizando incisión en huso englobando la tumoración. Debido al tamaño no pueden aproximarse por completo los bordes de la piel, por lo que queda parcialmente abierto y cierra por segunda intención.

La anatomía patológica es compatible con metástasis de melanoma en dos de los tres ganglios linfáticos aislados. Actualmente, 10 meses después de la cirugía, el paciente se encuentra sin tratamiento y libre de enfermedad.

La mayoría de las lesiones metastásicas cutáneas adopta una morfología nodular. Existen además variantes bien

caracterizadas como las metástasis en coraza, las metástasis erisipeloides y las metástasis telangiectásicas, entre otras. Para confirmar el diagnóstico se requiere el estudio histopatológico. En el mismo se observa la presencia de células neoplásicas que comprometen la dermis o hipodermis. En ocasiones las lesiones son poco diferenciadas y suele ser necesaria la utilización de marcaciones inmunohistoquímicas para llegar al diagnóstico etiológico. La presencia de metástasis cutáneas implica un mal pronóstico. No obstante, los pacientes con melanoma y cáncer de mama suelen tener una supervivencia relativamente mayor.

Goretex vs propileno en el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal. Aleatorización de una serie de 50 casos

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Hinojosa Arco, LC; Cuba Castro, JL; Monje Salazar, C; Corrales Valero, E; Arias González, A; Baca Pérez-Brian, JJ; Suárez Muñoz, MA.

H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: Las hernias inguinales suponen una de las patologías más frecuentes que requieren de la cirugía para su corrección, tanto de forma programada como urgente. Actualmente la tasa de recidiva tras la cirugía es muy baja, de tal manera que las complicaciones postoperatorias se enfocan hacia las comorbilidades de la propia intervención quirúrgica, como son el dolor, las parestesias, la inflamación, el seroma, el hematoma, la infección de la herida quirúrgica y en muy raras ocasiones el rechazo de la malla o la recidiva.

Se ha realizado un estudio prospectivo aleatorizando 50 pacientes de edades comprendidas entre los 20 y 80 años de la provincia de Málaga, mediante tablas de aleatorización generadas con el programa estadístico SPSS, para la utilización de malla de propileno o de malla de goretex. En todos los casos la reparación de la hernia inguinal se ha llevado a cabo con la técnica de Lichtenstein y añadiendo sobre la malla sellante de fibrina humana (Tissucol®).

En ningún caso se ha dejado drenaje y los puntos de sutura se han retirado entre 10 y 12 días desde la intervención quirúrgica. La antibioticoterapia perioperatoria se llevó a cabo con Cefminox 1gr.

Todas las intervenciones se han realizado en régimen de cirugía mayor ambulatoria, en el Hospital Marítimo de Torremolinos, dando de alta al paciente en el mismo día. Todos los pacientes fueron intervenidos por el mismo equipo de cirujanos.

De los pacientes incluidos en el estudio, el 96% fueron hombres y un 4% mujeres.

El grado de inflamación fue significativamente menor en los pacientes en que se utilizó la malla de goretex, tanto en el postoperatorio inmediato como tardío.

La malla de goretex estimula menos reacción inflamatoria postoperatoria tanto a medio como a largo plazo.

No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al dolor, parestesias o recidiva herniaria.

Papel de la cirugía en la recidiva local del carcinoma colorrectal. Presentación de un caso.

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Hinojosa Arco, LC; Cuba Castro, JL; Corrales Valero, E; Monje Salazar, C; Fresno Asensio, A; Marqués Merelo, E; Suárez Muñoz, MA.

H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: La recidiva del cáncer colorrectal es la causa de la mayoría de las muertes tras cirugía con intención curativa. Los factores asociados a la recidiva locorregional se relacionan fundamentalmente con las características histopatológicas y el grado de invasión tumoral.

Paciente de 52 años diagnosticado de dos tumores adenocarcinomas sincrónicos en ciego T3-4 No Mo (estadío II) y ángulo esplénico T3-No-Mo (estadío II). Tratado quirúrgicamente y con quimioterapia adyuvante con capecitabina.

Nueve meses después de la cirugía comienza con dolor abdominal en hipogastrio y fosa iliaca derecha.

Se realiza RMN Abdomen donde destacan cambios postquirúrgicos con sutura en sigma y discreta arefacción de la grasa adyacente sin evidencia de nódulo sólido, con discreto engrosamiento de la pared que realza con el contraste. En fosa iliaca derecha, en relación con la pared abdominal se observa artefacto metálico por los clips metálicos, que se acompaña de cierto componente de partes blandas en posible relación con reacción a cuerpo extraño, sin poder descartar otra etiología. Todo ello en íntima relación con las asas de intestino delgado. Se decide toma de biopsia de tumoración: compatible con fragmentos de adenocarcinoma

Con diagnóstico de recidiva tumoral es presentado en Comité Multidisciplinar y programado para cirugía electiva. Durante la intervención: Tumoración de consistencia pétreo a nivel de fosa iliaca derecha, sobre vasos ilíacos y que infiltra por cara anterior la musculatura. Adenopatías en cara posterior de vasos ilíacos. Existe otra tumoración pélvica en relación con anastomosis ileo-rectal previa y en cara lateral derecha del mesorrecto. Se realiza disección de tumoración a nivel de fosa iliaca derecha, dificultosa por estar íntimamente adherida en cara posterior a vasos ilíacos, y en cara inferior llegar hasta canal inguinal. La tumoración infiltra dos asas de intestino delgado (yeyuno medio-distal) que se resecan junto a la pieza. Posteriormente se continúa la disección de vasos ilíacos, reseca varias adenopatías, la mayor de aprox. 2cm, apoyada sobre vena iliaca externa. Disección de masa pélvica, que parece corresponder a dos implantes, uno en zona de anastomosis ileorrectal previa y otro inferior, en relación con la cara lateral izquierda del mesorrecto. Las biopsias de la pieza, así como de las adenopatías en cadena iliaca fueron: infiltración por adenocarcinoma.

Una vez diagnosticada o sospechada la recidiva locorregional, la cirugía ofrece las mayores posibilidades de curación.

La confirmación de recidiva pelviana es, en muchos casos, difícil ya que los medios diagnósticos habituales tienen dificultades para diferenciarla de los cambios originados por la cirugía o la radioterapia previas. La mayoría de los pacientes sometidos a amputación abdominoperineal desarrollan una

masa fibrótica presacra y la radiación causa una reacción inflamatoria de los tejidos pelvianos que provoca un engrosamiento de los tejidos perirrectales.

Metástasis de cáncer de mama en mucosa oral. Presentación de un caso tras 20 años de resección del tumor primario.

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Monje Salazar, C; Corrales Valero, E; Cuba Castro, JL; Hinojosa Arco, LC; Roldán de la Rúa, J; Bravo Arenzana, LM; Suárez Muñoz, MA.

H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: Las lesiones metastásicas a la cavidad oral corresponden al 1 % de todos los tumores de la boca, por lo que son consideradas extremadamente raras, aunque se ha evidenciado una mayor frecuencia de estas lesiones en las autopsias realizadas a pacientes con cáncer metastático.

Debido a lo poco frecuente de esta patología, su diagnóstico puede ser difícil y debe realizarse y diferenciarse de lesiones inflamatorias y reactivas que son mucho más comunes en esta área. Generalmente estas metástasis provienen de órganos como pulmón, mama, riñón y próstata, y se ubican más frecuentemente en los tejidos óseos de la boca en comparación con los tejidos blandos.

Mujer de 69 años con antecedentes de Cáncer de mama diagnosticado en 1983 y tratado con mastectomía más linfadenectomía axilar y con quimioterapia y RT adyuvante.

En seguimiento por Endocrinología por incidentaloma suprarrenal izquierdo de 1,5 cm diagnosticado hace 3 años. En TCAbdomen control aparición de múltiples metástasis en hígado, páncreas, pulmón e implantes peritoneales. Así mismo la paciente refiere tumoraciones en encía de varios meses de evolución, motivo por el que se remite a Cirugía.

Dados los hallazgos se decide tomar biopsia de uno de los nódulos en mucosa oral siendo éste compatible con adenocarcinoma de origen mamario (CK7+, CK34, Beta E12negativo, RP positivo débil en eventuales núcleos).

Las metástasis en las partes blandas de la cavidad oral son extraordinariamente raras, representando el 0,1 % de todas las neoplasias a este nivel, afectándose principalmente el reborde alveolar (54 %), lengua (22,5 %), labios, la mucosa bucal y la del paladar duro

Suelen ser asintomáticas y son detectadas en forma incidental; otras pueden presentarse con síntomas como: dolor, tumor, sangrado, infección, disfagia, parestesia, alteración de la sensibilidad del nervio alveolar inferior, movilidad o pérdida de dientes e inclusive fracturas patológicas.

En las mujeres, el cáncer de mama ocupa el primer lugar de origen de las metástasis tanto óseas como de partes blandas.

En el estudio sistemático de toda lesión de la cavidad oral debe incluirse el estudio anatomopatológico con una biopsia incisional o extirpación completa de la masa, con evaluación de inmunohistoquímica o microscopía electrónica para aclarar el diagnóstico.

Abdomen agudo por hernia obturatriz. Presentación de un caso.

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Cuba Castro, JL; Hinojosa Arco, LC; Corrales Valero, E; Monje Salazar, C; Daza González, JJ; Roldán de la Rúa, J; Suárez Muñoz, MA.

H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: La obstrucción intestinal secundaria a hernia obturatriz es rara y generalmente ocurre en pacientes ancianos. El diagnóstico preoperatorio suele ser difícil, por lo que asocia una alta tasa de morbimortalidad.

Se presenta el caso de una paciente de 94 años que acude a Urgencias por dolor abdominal, náuseas y vómitos de 48 horas de evolución. A la exploración el abdomen está moderadamente distendido, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

En las pruebas complementarias realizadas:

-Analítica: destaca discreta leucocitosis con neutrofilia, PCR 55.

-TCAbdomen: compatible con obstrucción intestinal por hernia obturatriz.

Con estos hallazgos se realiza laparotomía media infraumbilical evidenciando asa de delgado que se introduce por orificio obturatriz. Se reduce la misma a cavidad abdominal, que se encuentra necrosada y se realiza resección intestinal y anastomosis primaria.

Debe considerarse la posibilidad de hernia obturatriz en el diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal en personas ancianas y delgadas, especialmente mujeres.

Por su sintomatología inespecífica el diagnóstico es difícil y sólo el 10-30% se diagnostican preoperatoriamente.

La TC puede usarse para el diagnóstico por su alta sensibilidad.

Carcinoma colorrectal localmente avanzado. Importancia de una cirugía r0.

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Cuba Castro, JL; Hinojosa Arco, LC; Monje Salazar, C; Corrales Valero, E; Fresno Asensio, A; Marqués Merelo, E; Suárez Muñoz, MA.

H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: El cáncer de colon es la segunda causa de muerte por neoplasia, con una mediana de edad al diagnóstico de 69 años. En el momento del diagnóstico aproximadamente el 58% presentan enfermedad localmente avanzada o metastásica. La cirugía es el pilar fundamental en el tratamiento, con el objetivo de lograr una resección Ro.

Se presenta el caso de un paciente de 76 años que consulta por dolor abdominal en fosa iliaca derecha de un mes y medio de evolución y anemia.

A la exploración presenta dolor a la palpación en fosa iliaca derecha y defensa a ese nivel.

Se realiza estudio por parte de Digestivo diagnosticándose de neoplasia de colon derecho localmente avanzada, que infiltra pared abdominal

Se realiza Hemicolectomía Derecha con resección de pared

abdominal y reconstrucción de la misma con colocación de malla en zona del defecto de pared.

El paciente evoluciona favorablemente durante su estancia en planta, siendo dado de alta al séptimo día postoperatorio.

El estudio anatomopatológico fue compatible con un adenocarcinoma de bajo grado que infiltra toda la pared y la grasa periintestinal, extensamente necrosado con focos de abscesificación de la pared que se extiende al tejido muscular esquelético adherido por inflamación, sin evidencia de infiltración del mismo. No afectación vascular ni perineural. Se resecan 26 ganglios, sin evidencia de metástasis. Con estos hallagos se remite al paciente a Oncología para tratamiento adyuvante.

El objetivo en el tratamiento quirúrgico del cáncer de colon localmente avanzado es lograr una resección completa, Ro. Para ello, en ocasiones es necesario asociar resección visceral o de pared abdominal como en este caso.

Metástasis de cáncer de mama en mucosa oral. Presentación de un caso tras 20 años de resección del tumor primario

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Monje Salazar, C; Corrales Valero, E; Lavado Fernández, AI*; Cuba Castro, JL; Hinojosa Arco, LC; Roldán de la Rúa, J; Bravo Arenzana, LM; Suárez Muñoz, MA

*H.U. Virgen de la Victoria. Málaga, *Servicio de Anatomía Patológica*

Resumen: Las lesiones metastásicas a la cavidad oral corresponden al 1 % de todos los tumores de la boca, por lo que son consideradas extremadamente raras, aunque se ha evidenciado una mayor frecuencia de estas lesiones en las autopsias realizadas a pacientes con cáncer metastático.

Debido a lo poco frecuente de esta patología, su diagnóstico puede ser difícil y debe realizarse y diferenciarse de lesiones inflamatorias y reactivas que son mucho más comunes en esta área. Generalmente estas metástasis provienen de órganos como pulmón, mama, riñón y próstata, y se ubican más frecuentemente en los tejidos óseos de la boca en comparación con los tejidos blandos.

Método: Mujer de 69 años con antecedentes de Cáncer de mama diagnosticado en 1983 y tratado con mastectomía más linfadenectomía axilar y con quimioterapia y RT adyuvante.

En seguimiento por Endocrinología por incidentaloma suprarrenal izquierdo de 1,5 cm diagnosticado hace 3 años. En TC abdomen control aparición de múltiples metástasis en hígado, páncreas, pulmón e implantes peritoneales. Así mismo la paciente refiere tumoraciones en encía de varios meses de evolución, motivo por el que se remite a Cirugía.

Dados los hallazgos se decide tomar biopsia de uno de los nódulos en mucosa oral siendo éste compatible con adenocarcinoma de origen mamario (CK7+, CK34, Beta E2 negativo, RP positivo débil en eventuales núcleos).

Las metástasis en las partes blandas de la cavidad oral son extraordinariamente raras, representando el 0,1 % de todas las neoplasias a este nivel, afectándose principalmente el reborde alveolar (54 %), lengua (22,5 %), labios, la mucosa bucal y la del paladar duro

Suelen ser asintomáticas y son detectadas en forma inci-

dental; otras pueden presentarse con síntomas como: dolor, tumor, sangrado, infección, disfagia, parestesia, alteración de la sensibilidad del nervio alveolar inferior, movilidad o pérdida de dientes e inclusive fracturas patológicas.

En las mujeres, el cáncer de mama ocupa el primer lugar de origen de las metástasis tanto óseas como de partes blandas.

En el estudio sistemático de toda lesión de la cavidad oral debe incluirse el estudio anatomopatológico con una biopsia incisional o extirpación completa de la masa, con evaluación de inmunohistoquímica o microscopía electrónica para aclarar el diagnóstico.

Caso de pared abdominal complicada

Moreno-Marín P, Navarro Duarte JC, Belda Lozano R, Rubio Gil F, Reina Duarte A, Rosado Cobián R.

Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Comentamos el caso de un paciente con pared abdominal complicada tras eventroplastia con malla intraperitoneal complicada con infección de malla y fístulas enterocutáneas en paciente muy joven tras abdomen abierto por perforación duodenal.

Paciente de 24 años sin antecedentes de interés con síndrome de Cushing por adenoma suprarrenal.

Antecedentes de perforación yatrógena de duodeno con abdomen abierto y macroeventración a largo plazo. Se realiza eventroplastia con malla intraperitoneal, siendo dado de alta sin incidencias.

Pocos meses después, el paciente presenta supuración crónica a través de la herida de la eventroplastia, siendo diagnosticado posteriormente de fístula enterocutánea. Se realiza nueva cirugía programada, con resección de intestino delgado responsable de la fístula y anastomosis primaria. Durante el seguimiento en consulta, se vuelve a evidenciar una supuración crónica a través de la herida, con posterior producción de una nueva fístula intestinal. Por último, el paciente se somete a una nueva cirugía, en la que se realiza exéresis de toda la malla intraperitoneal y resección de fragmento de intestino delgado implicado en la fístula enterocutáneo.

Como resultado de esta cirugía, el paciente presenta un gran defecto de pared abdominal que precisa de la colaboración del cirujano plástico para realizar una técnica de separación anatómica de componentes para conseguir el cierre primario de la pared abdominal sin la necesidad de interponer ningún material protésico.

El paciente presenta un postoperatorio favorable y es dado de alta con la pared abdominal continente y sin evidencia de supuración al exterior.

El tratamiento de elección de la infección de malla de hernioplastia, es en principio conservador, ya que hasta el 70% pueden presentar buena evolución. En el caso del paciente anteriormente comentado, con infección de la herida resistente al tratamiento antibiótico, y más aún, asociada a una fístula entero-cutánea, lo indicado es la retirada del material protésico. El principal problema de estos pacientes es la posibilidad de recurrencia tardía debido a la reactivación de bacterias alojadas en el material protésico.

Estos pacientes, en los que es necesaria la retirada de la

mallá, presentan un aumento muy acentuado del riesgo de infección de una eventual nueva mallá en la nueva cirugía, por lo que se recomienda la utilización de materiales protésicos biológicos o el uso de reparaciones funcionales.

Insuficiencia respiratoria por hidatidosis masiva

Moreno Serrano A, Navarro Duarte JC, Moreno Marín P, Ortega Ruiz S, Belda Lozano R.

Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Resumen: La hidatidosis se trata de una enfermedad endémica originada por el parásito *Echinococcus granulosus*. Generalmente, se localiza en el hígado, y en muchos casos es asintomática durante largos períodos, hasta que el crecimiento y la expansión de la lesión quística originan la clínica, por lo general, de dolor abdominal crónico.

Varón 28 años, natural de Marruecos, vive en España desde hace 7 años. Acude a urgencias por cuadro de disnea, epigastralgia y diarrea. Se le realiza un tac abdominal donde se observa una hidatidosis hepática y peritoneal masiva. Es valorado por el Servicio de Infecciosas quien pauta albendazol y praziquantel. Tres días después se interviene de urgencias por cuadro de inestabilidad hemodinámica, realizándose una minilaparotomía descompresiva, con salida de 13 litros de hidátides y líquido purulento. El paciente mejora clínicamente. Una semana después se interviene de forma programada, realizándose omentectomía, quistectomía cerrada de gran quiste peritoneal y periquistectomía abierta de quistes situados en segmento II y III. En el postoperatorio, el paciente presenta una fistula intestinal que es tratada con nutrición parenteral y evoluciona favorablemente.

El tratamiento de la hidatidosis se basa en tres tipos de métodos: cirugía, punción-aspiración-inyección-reaspiración (PAIR) y uso de antiparasitarios. El tratamiento de elección para la hidatidosis hepática es la cirugía, que está indicada ante la presencia de quistes de gran tamaño, quistes infectados, de localización anatómica vital, quistes superficiales con riesgo de rotura o cuando presentan efecto «masa». La técnica quirúrgica fundamental es la quistoperiquistectomía total. Otras alternativas quirúrgicas serían la quistoperiquistectomía parcial y las hepatectomías.

El trasplante hepático sólo queda reservado para casos excepcionales con complicaciones graves con comunicación biliar. El tratamiento médico con los antiparasitarios mebendazol y albendazol no es suficiente para la erradicación del quiste hidatídico. El tratamiento de elección es el albendazol en dosis elevadas, siendo más efectivo que el mebendazol en el tratamiento de la hidatidosis. El tratamiento médico puede ser exclusivo en las formas diseminadas, o asociado a la cirugía o PAIR.

Durante el seguimiento de los pacientes, la respuesta al tratamiento se valora mediante ecografía, TAC y RMN, a intervalos trimestrales, durante 3 años o más. La titulación periódica de anticuerpos estaría recomendada en aquellos pacientes a los que se les realizó cirugía radical con éxito, la elevación de los mismos sugeriría la presencia de quistes hidatídicos secundarios. En pacientes tratados con quimioterapia

y PAIR, el control serológico no ha demostrado gran utilidad. En los pacientes en tratamiento con albendazol o mebendazol se recomienda monitorizar las enzimas hepáticas, recuento de hematíes y hemoglobina de manera mensual, debido a la posible toxicidad de los fármacos

Shock hemodinámico secundario a traumatismo hepático

Moreno Serrano A, Navarro Duarte JC, Moreno Marín P, Ortega Ruiz S, Belda Lozano R.

Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Resumen: El hígado es el órgano que se afecta más frecuentemente en el traumatismo cerrado de abdomen. Los pacientes que ingresan con inestabilidad hemodinámica deben ser intervenidos de inmediato. El 80-90% de los pacientes son susceptibles de manejo no operatorio. Se han explorado diferentes factores de riesgo para seleccionar los pacientes candidatos a manejo no operatorio del traumatismo hepático

Paciente de 25 años que tras sufrir accidente de moto presenta pérdida de conocimiento cuatro horas después. Ingresó en Urgencias en Observación, presenta evolución desfavorable con tendencia a la hipotensión y dolor marcado en hipocondrio derecho. Analíticamente, se anemiza de forma progresiva. Se le realiza un Tac donde se identifica hematoma subcapsular, a nivel hepático inferior de unos 95 x 80mm, observándose punto de sangrado activo sin identificar el lugar. Se interviene de forma urgente, encontramos un hematoma en la pared de la vesícula y un sangrado que proviene de la arteria cística. Se realiza colecistectomía, lavado y drenaje. El paciente evoluciona sin incidencias y es dado de alta al 5 día postoperatorio.

El manejo del traumatismo hepático cerrado ha cambiado drásticamente en las últimas décadas, siendo actualmente aceptado el manejo no operatorio como el estándar. Los avances en los estudios de imagen han logrado una clasificación del grado de traumatismo hepático permitiendo que se realicen cada vez menor cantidad de laparotomías no terapéuticas y disminuyendo la morbimortalidad asociada a este hecho. El empaquetamiento perihepático es un método altamente recomendado para el manejo inicial de pacientes con traumatismo hepático severo que requieren manejo quirúrgico inmediato por la disminución de la pérdida sanguínea, la reducción de tiempos quirúrgicos, la disminución de la mortalidad y la posibilidad de reanimación adecuada en la Unidad de Cuidados Intensivos. Sin embargo, en la literatura se reconoce que no está exento de complicaciones, dado que si no se realiza adecuadamente el paciente puede requerir una reintervención temprana, o si no se retira en el tiempo ideal aumenta la probabilidad de complicaciones infecciosas o de resangrado. El protocolo institucional es de retiro del empaquetamiento entre las 48 a 72 h.

La resección hepática ha sido criticada en el contexto de los pacientes con traumatismo hepático severo por sus altas tasas de morbimortalidad, sin embargo estudios recientes han sugerido que personal con entrenamiento específico en cirugía hepatobiliar puede tener tasas de éxito mayores en este escenario. El protocolo de la Universidad de Pittsburgh recomienda

como indicaciones para las resecciones hepáticas: a) lesión venosa hepática; b) destrucción masiva de tejido hepático; y c) fistula biliar de conductos principales. Sin embargo, de ser consideradas, debe ser en pacientes seleccionados y no necesariamente en la primera intervención quirúrgica.

Enucleación Pancreática: una opción terapéutica para la neoplasia intraductal mucinosa de rama secundaria

M^a Esther Gámez Córdoba, Belinda Sánchez Pérez, Laura Romacho López, Cristina Rodríguez Silva, Tatiana Prieto-Puga Arjona, Juan Antonio Blanco Elena, José Luís Fernández Aguilar, José Antonio Pérez Daga, Francisco Javier León Díaz, Julio Santoyo Santoyo

Hospital Regional Carlos Haya

Introducción: El diagnóstico radiológico de Neoplasias Intraductales Papilares Mucinosas de rama secundaria (NIPM-B) de pequeño tamaño (< 3cm) localizadas en cabeza del páncreas y proceso uncinado es cada día más frecuente. Las últimas Guías de Práctica Clínica de 2012 recomiendan el seguimiento en lesiones menores de 3 cm. No obstante, la clínica recurrente (pancreatitis) y la probabilidad de malignización (6 – 46%) obligan a considerar una actitud quirúrgica. Sin embargo, la elevada morbilidad de las resecciones pancreáticas regladas (DPC, pancreatectomías centrales) aconseja realizar técnicas más conservadoras como la enucleación pancreática (EP), ya sea por vía abierta o laparoscópica.

Caso clínico: Paciente varón 37 años que presentó tres episodios de pancreatitis aguda no filiada (Junio 2012 – Grado C, Noviembre 2013- Grado D y Agosto 2013 – Grado C). El TAC abdominal mostraba una Tumoración quística pancreática de 1,8 cm en proceso uncinado compatible con cistoadenoma seroso. Sin embargo, la RM evidenció una lesión quística polilobulada de 2,5 cm en proceso uncinado compatible con NIPM-B (Fig. nº1). La eco-endoscopia mostro un tumor quístico compuesto por múltiples quistes septados menores de 1 cm compatible con cistoadenoma seroso. Ante la presencia de tumoración quística, sintomática y con sospecha de NIPM-B no invasiva se planteó enucleación pancreática por vía laparotómica. Intraoperatoriamente, se localizó la lesión y su relación con el Winsurg mediante eco io. Se realizó la enucleación mediante electrobisturi y disección roma suave, separando de la vena mesentérica superior donde se apoyaba lateralmente (Fig. nº2). Se realizó biopsia io por congelación siendo negativa. La cavidad se rellenó con cola sellante sintética y se dejó un drenaje aspirativo de silicona. El paciente presentó fistula pancreática de bajo débito (Grado A) que se resolvió con tratamiento inhibitorio. Fue alta el 10 día postoperatorio. AP: NIPM con displasia leve. Bordes de resección no afectos.

Discusión: La enucleación pancreática se define como la exéresis tumoral sin resección parenquimatosa adyacente, que en el caso de las NIPM, debe incluir identificación y sutura del conducto pancreático. Inicialmente, esta técnica, se utilizó para tumores neuroendocrinos y tumoraciones quísticas benignas. Sin embargo, hoy en día se plantea como alterna-

tiva quirúrgica frente a resecciones pancreáticas regladas para la NIPM. Es necesario descartar preoperatoriamente ausencia de dilatación del Winsurg y capacidad de preservar el mismo, así como de signos de malignidad (engrosamiento parietal localizado, proliferación endoquística y masa tisular). Intraoperatoriamente es necesario objetivar un plano de separación individualizable para evitar la lesión del conducto principal, así como identificación de metástasis ganglionares o biopsia io positiva. Así mismo, es imprescindible disponer de ECO io para la perfecta localización de la lesión, el conducto principal y la relación entre ambos. De igual manera, es estrictamente necesaria la biopsia por congelación para descartar afectación de los márgenes de resección. La EP aporta como ventaja una mortalidad < 1% aunque asocia un riesgo significativo de fistula pancreática (30 – 51%) que están ampliamente justificado por las bajas tasas de recidivas, el riesgo casi nulo de insuficiencia pancreática endocrina y exocrina y la ausencia de problemas digestivos a corto y largo plazo.

Liposarcoma retroperitoneal a propósito de 1 Caso clínico:

R. J.M. Avella, Dra M.J. Alvarez, Dra Noelia Pineda, Dra Monica Mogollon G., Dra Ana Garcia N. Dr J.A. Ferron O.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Introducción: Los tumores retroperitoneales suponen el 0,07- 0,2% de todas las neoplasias del organismo. Un 85% son malignos, representando los sarcomas de partes blandas el 35% de este grupo, en el que destaca el liposarcoma como variedad histopatológica más frecuente del retroperitoneo. Es un tumor de origen mesodérmico derivado del tejido adiposo. Debido a su localización profunda, su crecimiento lento y expansivo, más del 20% de los tumores son > 10 cm en el momento del diagnóstico, y puede alcanzar dimensiones extremadamente gigantes con compromiso de los órganos vecinos hasta en un 80% de los casos. Objetivo: Presentar un caso de liposarcoma retroperitoneal gigante que precisó de extirpación del riñón izquierdo, cola del páncreas y bazo para conseguir una resección Ro.

Material y método: Mujer de 50 años con antecedentes de hipotiroidismo, anemia microcítica, fumadora habitual. Consulta de urgencias por cuadro de fiebre, sudoración, sensación de plenitud gástrica, saciedad precoz y sensación de distensión abdominal de 1 mes de evolución. Al examen físico se palpaba una masa con superficie nodular que ocupa todo el hipocondrio izquierdo y región suprapúbica, sobrepasando 1-2 cm la línea media. No dolorosa. Analítica al ingreso: Hb de 8,6 Leuc 6680 con 65% de PMN 65%, Pla 373000. RX de abdomen: desplazamiento de asas intestinales hacia la derecha por posible masa en hemiabdomen izquierdo. TAC abdominopélvico: Gran tumoración sólida de contornos relativamente bien definidos y de densidad grasa, que surge del retroperitoneo con un tamaño de 24 × 15 × 10 cm. Desplaza al riñón izquierdo hacia adelante.

Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica realizando resección en bloque de dicha tumoración asociando nefrectomía izquierda, extirpación de la cola de páncreas y

esplenectomía por afectación de dichos órganos. Anatomía Patológica: Liposarcoma de tipo mixto que combina patrón mixoide y de células redondas, bien diferenciado y pleomorfo. Se extiende hasta la superficie del páncreas, bazo, R. izquierdo y Glándula suprarrenal sin infiltrarlos en profundidad, adenopatías negativas.

Resultados: Evolución postoperatoria adecuada, sin evidencia de fistula pancreática ni alteración en la función renal, por lo que fue dada de alta al 8º día de la intervención.

Conclusiones: Dada la dificultad para un diagnóstico precoz, debido a la inexpresividad clínica del retroperitoneo, es fundamental la exploración abdominal cuidadosa en pacientes con determinados síntomas inicialmente inespecíficos, puesto que «la masa abdominal palpable» es el dato exploratorio más frecuente en este tipo de tumores. La TAC y sobre todo la resonancia (RNM) permiten valorar la extensión de la neoplasia, la afectación de otros órganos y la propia estructura tumoral, orientando su naturaleza histológica. Así los liposarcomas tienden a aparecer en la RNM como tumores bien delimitados, de contorno lobulado y el refuerzo que adquieren tras la administración de contraste depende del grado de diferenciación y de la variante histológica. El tratamiento de elección es su resección completa, incluyendo los órganos adyacentes afectos, dado que aunque es escasa su capacidad metastásica posee un alto índice de recidiva local (20%-85% de los casos) y presenta una pobre respuesta en líneas generales a la quimio y radioterapia.

A propósito de un caso: lipoma gigante supraclavicular

M^a Teresa Sánchez Barrón, Javier Rivera Castellano, Luis Carlos Hinojosa Arco, Luis Tomás Ocaña Wilhemi, Enrique Glückmann Maldonado, Jorge Francisco Roldán de la Rúa, Miguel Ángel Suárez Muñoz.

H. U. Virgen de la Victoria (Málaga)

Resumen: Los lipomas son tumores benignos formados por tejido adiposo maduro y constituyen los tumores mesenquimales más frecuentes. Se definen en relación a un tamaño mayor de 10 cm o a un peso mayor de 1000 g. La gran mayoría se producen superficialmente y se clasifican como lipomas subcutáneos. Por el contrario, los lipomas en otras localizaciones como intratorácicos o, en nuestro caso, supraclaviculares son mucho menos prevalentes y se han reportado esporádicamente en la literatura. Aunque presentan un crecimiento lento y habitualmente son asintomáticos, pueden causar disfunción mecánica, dolor y alteración de la sensibilidad debido a su tamaño y a la compresión de estructuras vecinas.

Presentamos el caso de una paciente de 42 años, con antecedentes de HTA, dislipemia, obesidad y depresión, que es derivada por Cirugía Vasculare ante lipoma gigante que se extiende desde la región supraclavicular hasta la axila. A la exploración la paciente presenta una tumoración de consistencia elástica y rodadera que protruye a nivel supraclavicular-cervical izquierdos, con linfedema importante a nivel de brazo izquierdo e impotencia funcional que le impide realizar las actividades básicas de la vida diaria. Se realiza TC con contraste/angioTC

de troncos supraaórticos en posición de reposo y stress sobre la entrada torácica, apreciando lesión en el hueco supraclavicular izquierdo con afectación supra e infraclavicular de 13 × 8 × 4,5 cm., que desplaza la arteria y comprime la vena subclavia, sobre todo en stress, presentando una compresión sobre la vena axilar izquierda. Se completa el estudio realizando doppler que informa de venas yugular, subclavio-axilar y sistemas venosos del miembro superior izquierdo totalmente permeables y colapsables. Con estos resultados la paciente es sometida a cirugía programada para exéresis de la lesión con doble abordaje cervical y axilar.

Tras la cirugía la paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al 2º día postoperatorio con una importante mejoría clínica. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de fibrolipoma.

Los lipomas son los tumores mesenquimales más frecuentes. Es necesaria la realización de pruebas de imagen para una correcta localización anatómica y establecer relaciones con las estructuras vecinas. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica, con una planificación quirúrgica exquisita para garantizar la conservación tanto de la función como de la estética. Es de vital importancia hacer diagnóstico diferencial con los liposarcomas debido a su agresividad y diferente tratamiento.

Endometrioma como causa infrecuente de abdomen agudo

M^a Teresa Sánchez Barrón, Javier Rivera Castellano, Rocío Soler Humanes, Luis Lobato Bancalero, Jorge Francisco Roldán de la Rúa, Miguel Ángel Suárez Muñoz.

H. U. Virgen de la Victoria (Málaga)

Resumen: La endometriosis es la presencia de tejido endometrial ectópico. La endometriosis de localización extrapélvica, aunque es poco común, puede formar una masa conocida como endometrioma. Los endometriomas pueden surgir por transferencia de células endometriales en una herida quirúrgica, a menudo después de una cesárea y en otras ocasiones tras procedimientos invasivos abdominopélvicos (como amniocentesis) y tras procedimientos quirúrgicos como episiotomías, herniorrafias inguinales, procedimientos laparoscópicos y apendicectomías, como en el caso que presentamos. El diagnóstico diferencial del endometrioma incluye el absceso, hernia incisional, hematoma, lipoma, granuloma, sarcoma, tumor desmoide, linfoma o enfermedad metastásica.

Presentamos el caso de una mujer de 45 años, con alergia a la metoclopramida y antecedentes de asma bronquial, artropatía degenerativa, síncope vasovagales y cefaleas tensionales. Intervenido de histerectomía, apendicectomía y menisectomía. Acude a urgencias de nuestro hospital por cuadro de dolor abdominal de 8 días de evolución, de comienzo insidioso, localizado en hemiabdomen derecho, de carácter punzante. Náuseas con algún episodio de vómito alimenticio y diarrea de 2-3 días sin productos patológicos. A la exploración presenta un abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación y con defensa a nivel de mesogastrio-vacio derecho. Se realiza estudio, presentando una analítica sin alteraciones

salvo 12000 leucocitos y un TC de abdomen que informa de lesión lobulada de 3 x 3,4cm a nivel de la grasa mesentérica, en contacto con la pared abdominal anterior, y asociada a engrosamiento del músculo transverso del abdomen, sin objetivar clara dependencia del colon ascendente. La paciente ingresa inicialmente para tratamiento analgésico intravenoso y completar estudio, pero ante la no mejoría clínica, se decide laparoscopia exploradora. En la cirugía se evidencia una tumoración de 3cm y coloración violácea, dependiente de epíplon mayor y adherida a pared abdominal. Se realiza resección de la tumoración y de epíplon.

La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta al tercer día postoperatorio. El resultado de la anatomía patológica informó de nódulo endometriósico.

El diagnóstico preoperatorio de la endometriosis puede ser dificultoso y requiere un alto grado de sospecha. La evaluación preoperatoria incluye la ecografía, la TC, para determinar la extensión de la enfermedad, y la RMN. También es posible realizar la aspiración con aguja fina guiada por ultrasonografía o tomografía.

El tratamiento médico ha mostrado un éxito limitado, por lo que actualmente el tratamiento de elección es la cirugía. Para disminuir la recurrencia, deben conseguirse márgenes libres de al menos 1 cm.

Igualmente, resaltar el papel de la laparoscopia exploradora como prueba diagnóstica, y no solo terapéutica, cuando existen dudas en la etiología, permitiendo explorar toda la cavidad abdominal y una recuperación más rápida con menor número de complicaciones.

Hernia paraestomal con fístula enterocutánea en ureteroileostomía tipo Bricker

M^a Teresa Sánchez Barrón, Javier Rivera Castellano, Rocío Gómez Pérez, Eduardo Marqués Melero, Jorge Francisco Roldán de la Rúa, Miguel Ángel Suárez Muñoz.

H. U. Virgen de la Victoria (Málaga)

Resumen: La hernia paraestomal es una hernia incisional asociada al estoma. Su incidencia varía entre el 0 y el 52%, en función de los criterios clínicos y/o radiológicos utilizados para su diagnóstico y la variabilidad en la duración del seguimiento. Se han descrito una serie de factores de riesgo como la obesidad, la desnutrición, la medicación inmunosupresora, la cirugía de urgencia, las enfermedades que aumentan la presión intraabdominal, la edad avanzada, la infección, una enfermedad maligna de base o una enfermedad inflamatoria intestinal, la no implicación del estomaterapeuta y que el cirujano no tenga una dedicación específica a la coloproctología. Es importante también la técnica quirúrgica, pues la ubicación inadecuada del estoma y el diámetro excesivo de la apertura de la pared abdominal también representan factores de riesgo conocidos.

Presentamos el caso de un varón de 49 años con antecedentes de paraplejía por accidente de tráfico en el año 1987, vasculitis leucocitoclástica, gammapatía monoclonal IgA y vejiga neurógena intervenida en 2009 mediante cistectomía radical con ureteroileostomía tipo Bricker. Presenta una

hernia paraestomal de larga evolución, con necesidad de ingreso hospitalario por cuadro suboclusivo tratado de manera conservadora. Acude a urgencias por aparición de celulitis paraestomal derecha con pequeño orificio por donde drena material espeso maloliente. El paciente ingresa para tratamiento conservador con nutrición parenteral y antibioterapia, y tras una buena respuesta inicial posteriormente reaparece la fístula enterocutánea. Se realiza TC de abdomen que informa de hernia paraestomal con asas de delgado con signos inflamatorios, engrosamiento de la piel del flanco derecho y edema y trabeculación de la grasa subcutánea con colección líquida a ese nivel con burbujas de gas. Dadas las características del paciente y de la fístula, en el contexto de hernia irreductible, se decide cirugía programada. Durante la misma se evidencia fístula a nivel de ileon y se realiza resección ileocecal con anastomosis L-L mecánica y hernioplastia paraestomal.

El paciente evoluciona favorablemente tolerando dieta, con tránsito conservado, buen funcionamiento del estoma urinario y pequeño seroma con buena evolución posterior de la herida quirúrgica.

La anatomía patológica informa de trayecto fistuloso en zona de unión ileo-cecal, tapizado por tejido de granulación y con cambios inflamatorios inespecíficos.

La fístula enterocutánea en el contexto de una hernia paraestomal es una complicación poco frecuente que produce una disfunción del estoma y una sepsis local. Requiere tratamiento quirúrgico, con liberación del estoma de la pared abdominal y resección intestinal. Para la reparación de la hernia paraestomal existen varias opciones quirúrgicas que incluyen la reparación local, la reubicación del estoma, el empleo de mallas y el abordaje laparoscópico. El empleo de mallas cada vez se aconseja más. Una revisión sistemática reciente de la literatura concluye que su utilización para reparar la hernia paraestomal reduce de una manera significativa la recurrencia, con una baja tasa de infecciones.

Ileo biliar como causa de obstrucción intestinal

M^a Teresa Sánchez Barrón, Javier Rivera Castellano, José Manuel Hernández González, Resi de Luna Díaz, José Rivas Becerra, Jorge Francisco Roldán de la Rúa, Miguel Ángel Suárez Muñoz

H. U. Virgen de la Victoria (Málaga)

Resumen: El íleo biliar es una complicación mecánica del tubo gastrointestinal causada por impactación de cálculos biliares dentro de la luz intestinal. Estos cálculos emigran del árbol biliar al intestino por el paso natural a través del colédoco y la papila o, más frecuentemente, a través de una fístula biliodigestiva. Es una afección poco frecuente con incidencia de 1 a 4% de las oclusiones intestinales, que puede incrementarse a 25% en pacientes mayores de 65 años, siendo más común en sujetos con patología biliar previa. La presentación clínica es a menudo vaga e inespecífica. El diagnóstico preoperatorio no siempre es posible y varía de 13 a 74% en las mejores series. El retraso en el diagnóstico, la edad adulta y

las enfermedades crónico-degenerativas asociadas son factores que contribuyen a la elevada morbimortalidad.

Presentamos el caso de un paciente de 74 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia, sin intervenciones quirúrgicas previas, que acude a urgencias por cuadro de vómitos y distensión abdominal de 4 días de evolución, asociado a ausencia de deposiciones y escaso ventoseo. A la exploración presenta un abdomen distendido, timpanizado y doloroso a la palpación profunda. Analíticamente presenta 13000 leucocitos con neutrofilia, hemoglobina normal, creatinina 3,3 mg/dl, hiponatremia y PCR 107. En la radiografía simple de abdomen se visualiza dilatación de asas de intestino delgado y el TC abdomen se aprecia gran distensión gástrica así como de duodeno y yeyuno, donde se aprecia un asa con patrón en miga de pan por contenido retenido, justo en la zona previa a donde se aprecia un cambio de calibre, con una imagen que puede corresponder a una invaginación, con algún pequeño ganglio en el meso adyacente. Vesícula sin alteraciones ni colelitiasis. El paciente es intervenido de urgencias, realizando una laparoscópica exploradora que evidencia microperforación a nivel de borde mesentérico de asa yeyunal y obstrucción intestinal secundaria a ileo biliar. Se realiza resección intestinal con anastomosis L-L mecánica extracorpórea.

El paciente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta al 6º día postoperatorio. La anatomía patológica informa de pieza de yeyuno con necrosis isquémica transmural focal, edema, congestión e intensa inflamación aguda que se extiende al tejido adiposo, y peritonitis aguda asociada.

La cirugía es el tratamiento de elección en el íleo biliar. Un tiempo quirúrgico que involucra una colecistectomía y una reparación de la fístula tiene una mortalidad elevada, mientras que una simple enterotomía tiene una mortalidad del 11%. Se debe realizar revisión de las asas intestinales en busca de otros cálculos y en la actualidad no es aconsejable la maniobra de Kopel (traspasar el lito manualmente a través de la válvula de Bauhin) por riesgo a lesionar la pared intestinal o producir obstrucción a nivel del colon.

La laparoscopia es una vía de abordaje válida y segura que ayuda a disminuir la gran morbilidad asociada a esta patología por la infección de herida, perforación y fístula intestinal, evisceración e ileo paralítico prolongado.

Paratiroidectomía subtotal en el hiperparatiroidismo terciario

M^a Teresa Sánchez Barrón, Javier Rivera Castellano, Rocío Soler Humanes, Luis Tomás Ocaña Wilhemi, Enrique Glückmann Maldonado, Jorge Francisco Roldán de la Rúa, Miguel Ángel Suárez Muñoz.

H. U. Virgen de la Victoria (Málaga)

Resumen: El hiperparatiroidismo terciario (HPTT) no es común y ocurre en menos del 8% de los pacientes con hiperparatiroidismo secundario después de un trasplante exitoso de riñón. En pacientes con hiperparatiroidismo secundario debido a un fallo renal crónico, el HPTT se produce por una proliferación autónoma de las glándulas paratiroides

y una hipersecreción de la hormona paratiroidea (PTH) después de un trasplante. El HPTT da lugar a síntomas y complicaciones metabólicas, especialmente en pacientes que están bajo terapia inmunosupresora postrasplante, y el tratamiento curativo es la paratiroidectomía. Algunos estudios establecen que del 2,6% al 32% del HPTT puede deberse a un adenoma único o doble, hallazgo con implicaciones importantes para el abordaje quirúrgico. Hay consenso sobre que los pacientes con hiperparatiroidismo secundario o terciario deberían tener una exploración del cuello bilateral con una paratiroidectomía subtotal o total y autotransplante. En caso de pacientes con hiperparatiroidismo primario esporádico, quienes usualmente (85%) tienen adenomas únicos, se está usando un abordaje quirúrgico focalizado (ej, paratiroidectomía mínimamente invasiva, paratiroidectomía videoendoscópica, exploración unilateral del cuello). Algunos pueden, por lo tanto, considerar que hasta un tercio de pacientes con HPTT pueden ser candidatos para un abordaje limitado.

Presentamos el caso de un paciente de 30 años con antecedentes de insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía intersticial en diálisis desde octubre 2002, AIT de origen hemodinámico, neumonía bilateral en 2007 que precisó ingreso en UCI y ventilación asistida y trastorno adaptativo mixto en seguimiento por psiquiatría. Intervenido de reflujo vesicoureteral con 1 mes, trasplante renal en julio 2003 (con rechazo agudo en agosto 2004), trasplantectomía en mayo 2008 y segundo trasplante renal en junio 2011 que fracasa por trombosis venosa. Ingresa para cirugía programada previa a nuevo trasplante renal. Analíticamente presenta 4900 leucocitos, Hb 10,8g/l y 157.000 plaquetas, una coagulación normal y una bioquímica con creatinina 9,89mg/dl, TSH 0,790UI/ml y una filtración glomerular estimada 6,63 ml/min.

El paciente es sometido a una paratiroidectomía subtotal con exploración cervical bilateral, con confirmación intraoperatoria de exéresis de 3 glándulas paratiroides (superior derecha, superior izquierda e inferior izquierda) y determinaciones seriadas de PTH con resultados de 1303 (preoperatoria), 688 (intraoperatoria) y 190pg/ml (postoperatoria), confirmando un descenso de más del 50%.

El paciente sufre una crisis de tetania el 2º día postoperatorio, con cifras de calcio de 7,8mg/dl, requiriendo administración intravenosa de gluconato cálcico. Posteriormente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta al 3º día con cifra de calcio de 8,6mg/dl y asintomático.

La anatomía patológica informa de paratiroides superior izquierda y superior derecha sin alteraciones y paratiroides inferior izquierda sugestiva de adenoma.

La mayoría de los pacientes con HPTT tienen glándulas paratiroides hiperplásicas múltiples. Los estudios de localización y las mediciones intraoperatorias de HPT no han demostrado seguridad suficiente para seleccionar pacientes candidatos a una exploración focalizada y la causa principal de HPTT persistente o recurrente es una exploración incompleta en la operación inicial, por lo que debería hacerse la exploración bilateral del cuello.

Utilidad de la esplenectomía en el tratamiento del linfoma veloso de bazo.

Adela Saez Zafra, Cristina González Callejas, Antonio Palomeque Jimenez

Hospital La Inmaculada, Granada

Resumen: El linfoma primario de bazo es una forma de presentación muy rara de los linfomas, pues se calcula su incidencia en 1% de los mismos. Afecta a pacientes de mayor edad y son considerados como linfomas de células B. La esplenectomía está indicada en estos casos para conseguir una corrección de la citopenia hematopoyética reduciendo el número de ingresos necesarios para ello.

Paciente mujer de 83 años sin antecedentes de interés en seguimiento por el Servicio de Hematología por linfoma B veloso de bazo. A nivel abdominal la paciente presenta esplenomegalia con eje mayor de 23 cms y sección transversa de 16 x 8. Anemia crónica que precisa de múltiples ingresos para normalización de cifras de hemoglobina. Se presenta el caso a Nuestro Servicio para valorar intervención quirúrgica. Es intervenida realizándose esplenectomía. El postoperatorio cursa sin complicaciones por lo que es dada de alta el 5º día postoperatorio. Durante el seguimiento posterior se produce una normalización de los parámetros sanguíneos desapareciendo la anemia.

El linfoma esplénico con linfocitos vellosos es un síndrome linfoproliferativo B con rasgos hematológicos e histológicos diferenciados. La enfermedad predomina en varones de avanzada edad (media 70 años) y el curso es habitualmente crónico y benigno. En muchas ocasiones puede tratarse de un hallazgo casual de laboratorio. El recuento linfocitario es moderadamente elevado. Otros hallazgos pueden ser la anemia y la trombocitopenia (menos del 20% de los pacientes), así como una gammapatía monoclonal que puede encontrarse en el 30% de los casos.

El pronóstico de los pacientes con LELV es bueno, con una supervivencia a 5 años de alrededor del 80%, según se describe en las series más amplias. Debido a este curso indolente y a la avanzada edad en que se diagnostican, el tratamiento tiene que ser altamente individualizado. En algunos casos la abstención terapéutica es una buena opción, mientras que en otros se requiere esplenectomía, como en nuestro caso, para corregir la anemia y la trombocitopenia reduciendo el número de ingresos por esta causa.

Tratamiento del liposarcoma de bajo grado

Adela Saez Zafra, Cristina González Callejas, Antonio Palomeque Jimenez

Hospital La Inmaculada, Granada

Resumen: El término liposarcoma hace referencia a un conjunto de neoplasias con un comportamiento muy variable. Forma parte de un conjunto de tumoraciones de partes blandas, los sarcomas, que suponen un 1% de todas las neoplasias diagnosticadas. Su importancia radica en que el tratamiento

quirúrgico constituye el tratamiento definitivo de estas lesiones.

Paciente varón de 67 años con antecedentes de hematoma cerebeloso que acude a Nuestro Servicio por tumoración en región dorsal de gran tamaño (10 x 8 cms) de años de evolución. El paciente refiere que comenzó siendo de pequeño tamaño y en el último año ha evolucionado más rápidamente. No dolor ni otra sintomatología. En los meses previos a acudir a la consulta se realiza toma de biopsia con resultado de liposarcoma. El paciente es intervenido realizándose extirpación completa con márgenes amplios. El postoperatorio cursa sin complicaciones por lo que es dado de alta al día siguiente de la intervención. La anatomía patológica informa de liposarcoma de bajo grado por lo que se consulta con el Servicio de Oncología que considera la extirpación quirúrgica curativa.

El liposarcoma es una neoplasia propia de pacientes adultos, cuyo pico de incidencia se sitúa entre los 40 y los 60 años, y muestra una ligera prevalencia por el sexo masculino. La localización más frecuente son las extremidades (más del 50%). Los pacientes consultan por tumoración indolora de consistencia variable. Los datos que deben hacer sospechar malignidad en una masa de nueva aparición son: tamaño superior a 5 cm, localización profunda, y adhesión a estructuras subyacentes. Ante la sospecha de malignidad la prueba de imagen indicada es la RMN. La realización de una biopsia es crucial, ya que permite un diagnóstico definitivo. El liposarcoma es una neoplasia de tratamiento esencialmente quirúrgico. El objetivo principal de la cirugía es extirpar completamente el tumor y prevenir recaídas. Esto se consigue con mayor probabilidad realizando una resección de tipo amplio o radical.

El término liposarcoma hace referencia a un conjunto de neoplasias cuyo comportamiento depende del subtipo histológico. Las directrices principales del tratamiento son, sin embargo, esencialmente idénticas a las de otros sarcomas de partes blandas. En términos generales incluyen una combinación de cirugía y radioterapia, con o sin quimioterapia. Es fundamental en estas neoplasias realizar un riguroso examen del paciente a fin de descartar cualquier signo de recaída ya, que puede cursar con patrones de diseminación y recidiva inusuales.

Feocromocitoma Roto: causa inusual de abdomen agudo.

Sánchez Sánchez L.F, Gómez Rubio D, Claro Alves B, Ruíz Juliá M.L, Ponce Guerrero I, Martín Balbuena R.

Hospital Universitario Ntra. Sra. De Valme, Sevilla

Resumen: El feocromocitoma es un tumor productor de catecolaminas que se origina en las células cromafines del sistema simpatoadrenal. La ruptura tumoral con hemorragia severa que pueda conducir a un síndrome abdominal agudo es raro. La necrosis hemorrágica aguda del feocromocitoma puede dar lugar a la liberación masiva de catecolaminas, originando crisis hipertensivas, disfunción miocárdica e incluso desencadenar un shock cardiogénico. El tratamiento es quirúrgico, y el momento de la cirugía depende de la estabilidad

del paciente, de ser posible se recomienda manejo conservador inicial e intervención quirúrgica diferida.

Presentamos el caso de un hombre de 61 años. APP: DM tipo II. Consulta por dolor abdominal en cuadrante superior izquierdo e hipotensión ortostática. TAC abdominal: hematoma retroperitoneal secundario a ruptura de masa suprarrenal de 8 x 9 x 7,5 cm Tr x AP x CC. Se decide tratamiento inicial conservador, y cirugía programada. Alta hospitalaria al 12vo día. PPCC: Normetanefrina, Metanefrina y Ac. Valnilmandélico en orina elevados. Screening para MEN 2A negativo. Se programa intervención quirúrgica a los dos meses del cuadro inicial, reingresa una semana antes de la intervención para bloqueo A-adrenérgico con fenoxibenzamina.

Intervención: Suprarrenalectomía izquierda. Abordaje: Laparotomía subcostal izquierda. Duración: 3h: 30. Complicaciones: Ninguna. Hallazgos: Tumor suprarrenal de 9 cm de diámetro. Post-operatorio: Sin incidencias, alta al 5to día. Histología: Feocromocitoma con rasgos histológicos potencialmente malignos. Actualmente en seguimiento por Oncología. Pronóstico incierto en lo que respecta a recidiva de la enfermedad, dado las características histológicas del tumor y la forma de presentación.

El feocromocitoma de los pacientes con abdomen agudo que se presenta concomitante con inestabilidad hemodinámica. El manejo de esta entidad siempre es quirúrgico, y el momento de la cirugía está condicionado por la situación clínica del paciente. Es necesario indicar que la mortalidad de la cirugía de urgencia en estos casos es alta; por lo que un manejo adecuado perioperatorio por un equipo multidisciplinar formado por un internista, cirujano, anestesista, y un especialista en cuidados intensivos aumentará el éxito de la intervención.

Tumor neuroendocrino de intestino delgado a propósito de un caso

R. J.M. Avella, M.J. Alvarez, Noelia Pineda, Mónica Mogollón G., Ana García N., J. A. Ferron O.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Introducción: Los tumores neuroendocrinos surgen en muchos órganos y comparten características patológicas comunes. En 2010, la OMS publicó una nueva clasificación de los tumores neuroendocrinos con un sistema de tres niveles que aplica los términos tumor neuroendocrino de grado 1, tumor neuroendocrino de grado 2, y carcinoma neuroendocrino. Los grados tumorales se basan en su tasa mitótica y el índice Ki-67. La prevalencia de los tumores neuroendocrinos intestinales, también conocidos como tumores carcinoides, se ha incrementado significativamente en los últimos tres decenios. Los tumores del intestino delgado distal (intestino medio) son a menudo indolentes, pero se caracterizan por un alto potencial de metástasis en el mesenterio del intestino delgado y el hígado. Los pacientes con metástasis a distancia son propensos al desarrollo del síndrome carcinoide de, una constelación de síntomas que incluye, enrojecimiento intenso de la cara, cuello, y parte superior del tórax diarrea y enfermedad cardíaca valvular. El síndrome carcinoide es causado

por la secreción de serotonina y otras sustancias vasoactivas en la circulación sistémica. Las opciones de tratamiento para la TNE metastásicos se han expandido en los últimos años. De particular importancia ha sido el desarrollo de terapias somatostatina-analógicos. Análogos de la somatostatina se introdujeron originalmente para la paliación del síndrome carcinoide.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 67 años, con antecedentes de HTA, DM II, ulcus duodenal hace 40 años en tratamiento habitual con valsartan/hidroclorotiazida-vidagliptina/metformina, que acude al servicio de urgencias en tres ocasiones por dolor abdominal de unos 4 días de evolución de predominio hipogastrio y fosas iliacas, que se exacerba tras la ingesta, no síndrome constitucional. En la exploración lo único que destaca es dolor en hipogastrio y fosas.

Análítica destaca 12460 leucocitos. TAC abdominopélvico: imagen de morfología ovoidea con excrecencias lobulares en raíz de mesenterio y en contacto con ID y no parece depender de él. Tamaño de 5 x 3,5 x 3 cmt, adenopatías de pequeño tamaño.

Intervención: Resección de 1 metro aproximadamente de yeyuno en borde antimesentérico, de aspecto infiltrativo. Exeresis de lesión de aspecto ganglionar en raíz de mesenterio de unos 5 Cmts.

Resultados: Buena evolución clínica dándosele de alta al 5ª día del postoperatorio, siendo revisado en consulta, remitiéndose oncología. AP: Carcinoma neuroendocrino bien diferenciado (CKAE 1/AE3+, Cromogranina +, CD 56 +, índice de proliferación KI 67 < 2%). En pared intestinal 4 lesiones todas infiltrando pared muscular y alcanzando la serosa el de mayor tamaño. Metástasis de Ca NET en dos ganglios del meso.

Conclusiones: La cirugía es el único tratamiento que puede curar al paciente con, los tumores neuroendocrinos (NET) y carcinomas neuroendocrinos (NEC) y siempre debe ser considerado como tratamiento de primera línea si se logra una resección Ro/R1. El seguimiento a lo largo de la vida se debe realizar en casi todos los pacientes en un centro especializado de NET.

Inestabilidad hemodinámica por hemorragia de GIST yeyunal

Moreno Serrano A, Ortega Ruiz S, Ferrer Márquez M, Moreno Marín P, Navarro Duarte JC, Motos Mico J, Belda Lozano R.

Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Resumen: Los tumores del estroma gastrointestinal, se definen como tumores mesenquimales del tracto gastrointestinal, compuestos por células ahusadas, epitelioides o pleomórficas que expresan la proteína KIT. El KIT (c-KIT o CD117), es un enzima con actividad tirosinkinasa relacionado con el desarrollo de las células intersticiales de Cajal.

Paciente de 78 años con antecedentes de HTA, cardiopatía, FA. Derivada del o61 por cuadro de deterioro del estado general de inicio brusco e inestabilidad hemodinámica. En la

exploración llama la atención un abdomen distendido, timpanizado, doloroso de forma generalizada. En la analítica se aprecia Hb 5,1. Se le realiza un TAC donde se aprecia una masa de 5,7 x 6,5 x 8,7 cm en asa de intestino delgado distal y sangrado activo de una rama arterial ileal de mesentérica superior. Se realiza laparotomía de urgencia y se observa una masa que depende del intestino delgado y gran cantidad de contenido hemático en su interior. Se reseca ese segmento de intestino delgado y anastomosis latero-lateral. La paciente evoluciona bien, presenta varios episodios de melenas autolimitados pero es dada de alta al 7 día postoperatorio. La anatomía patológica es de tumor Gist ileal.

Los GIST habitualmente se localizan en el estómago (50%), intestino delgado (25%), intestino grueso (10%) o esófago (5%). Sin embargo, el 10% tienen localización extragastrointestinal: mesenterio, epiplón, apéndice, vesícula biliar o páncreas.

El único tratamiento curativo de los GIST consiste en la extirpación quirúrgica con márgenes libres (resección R0), sin linfadenectomía dado el bajo índice de diseminación ganglionar. La resección R0 es posible en 85% de los casos, aunque recidivan la mitad. La reaparición de la enfermedad se relaciona con el tamaño tumoral, alto grado histológico, rotura del tumor y localización a nivel del intestino delgado.⁵ Suele manifestarse como metástasis hepáticas o peritoneales.

El 90% de los GIST esconden mutaciones que activan el KIT. Éstas favorecen la proliferación celular y deprimen la apoptosis en el tumor. El imatinib es un inhibidor del KIT. Estudios prospectivos han mostrado que 50% de los pacientes responden al imatinib y 80% mantienen la enfermedad estable, aunque la respuesta completa es infrecuente.

Un caso raro de Linfoma Colorrectal

Moreno Serrano A, Navarro Duarte JC, Ortega Ruiz S, Moreno Marín P, Navarro Duarte JC, Motos Mico J, Alves Concenciao T.

Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Resumen: El linfoma colorrectal es una entidad extremadamente infrecuente, representando menos del 0,5% del total de las neoplasias colorrectales primarias. La localización colorrectal supone el 15–20% del total de los linfomas gastrointestinales, tras el estómago y el intestino delgado. Debido a la inespecificidad de los síntomas, la enfermedad suele estar avanzada en el momento del diagnóstico. Primordial interés tienen los criterios de Dawson para diferenciar la afectación colorrectal primaria de la afectación del tracto gastrointestinal secundaria a un linfoma sistémico, dadas sus diferentes connotaciones pronósticas y terapéuticas

Paciente de 56 años que consulta por dolor en epigastrio relacionado con la ingesta y síndrome constitucional de 3 meses de evolución. Se realiza estudio completo y en el TAC abdominal se observa una masa cavitada de 7,2 x 5,5 cm a nivel mesentérico en flanco izquierdo, de probable origen intestinal (GIST), con probable extensión locoregional. Se interviene de forma programada, realizándose exeresis de la masa que englobaba varias asas yeyunales y colon izquierdo, por lo que

realizamos una resección segmentaria de i. delgado y anastomosis y de colon afecto con anastomosis primaria. La paciente evoluciona sin complicaciones. La anatomía patológica definitiva viene informada como Linfoma No Hodgkin B Difuso de célula grande con infiltración, necrosis y ulceración de la pared yeyunal y de pared sigmoidea. Pasa a cargo de Hematología y comienza tratamiento citorreductor seguido de QT correspondiente a R-CNOP.

La afectación colónica por un linfoma puede acontecer como afectación primaria, esto es, un LPC, o bien como una manifestación asociada a un linfoma sistémico. El tracto gastrointestinal es la localización extranodal más frecuentemente afectada por el linfoma no hodgkiniano y representa, el colon y el recto, el 10–20% del total de los casos. La localización primaria más frecuente en el tubo digestivo es la gástrica, seguida del intestino delgado y, finalmente, el colon(recto-sigma es el segmento menos frecuentemente afectado).

No existe un tratamiento uniformemente consensuado para el LPC, por lo que debe individualizarse a las características del paciente, y es en general una combinación de cirugía y quimioterapia. En general, el tratamiento inicial del LPC debe ser quirúrgico pues la resección da información pronóstica, al evaluar la afectación de los ganglios regionales, evita las complicaciones (hemorragia, perforación, etc.) y en algunos casos permite la curación de la enfermedad. Se aconseja la realización de una resección que incluya las estructuras linfovasculares, además de la toma de una biopsia hepática intraoperatoria para el estadificación. El pronóstico de los LPC es en general peor que los de afectación gástrica o intestinal, con una supervivencia global tras cirugía y quimioterapia adyuvante a los 5 años entre el 27–55%. Como factores de mal pronóstico se han descrito el estadio avanzado de la enfermedad, el tamaño y grado tumoral, la resección quirúrgica incompleta y la presentación clínica en forma de perforación abdominal.

Carcinoma escamoso primario de ma

Guerra JA, Acedo F, Candil D, Mendizabal L, Muñoz JL.
Hospital de la Merced (Osuna, Sevilla)

Introducción: El carcinoma escamoso primario de mama (CE) representa sólo el 0,04–0,075% de las neoplasias malignas de mama. Su diagnóstico precisa el cumplimiento de determinadas condiciones, por lo que no es suficiente el predominio de células mataplásicas de tipo escamoso. Su histogénesis tampoco está aclarada, pero se acepta la progresión provocada por una serie de estímulos hormonales o inflamatorios sobre un estado de metaplasia escamosa previo. Afecta fundamentalmente a mujeres de edades medias postmenopáusicas. Suele presentarse como un nódulo de 5cm asintomático, o como un absceso mamario de evolución tórpida. En tratamiento óptimo no está estandarizado, y el pronóstico es controvertido. Presentamos un caso de carcinoma escamoso primario de mama tratado en nuestro hospital.

Caso clínico: Mujer de 87 años con antecedentes de HTA, cirrosis por VHC, y carcinoma de mama izquierda intervenida hace 15 años mediante tumorectomía ampliada y linfadenectomía axilar, con radioterapia posterior (ca. medular de 1cm con

ganglios negativos). Durante ingreso hospitalario por descompensación hidrópica, es detectada tumoración sobre cuadrantes internos de la mama izquierda, por la que la paciente no ha consultado previamente. Sigue revisiones bianuales, normales. La TAC de ingreso revela nódulo mamario sospechoso de neoplasia y es enviada a nuestra Unidad de Patología Mamaria con diagnóstico inicial de recidiva.

En la exploración presenta tumoración excrecente de más de 4cm de diámetro a nivel de cicatriz con celulitis y área costrosa que simula absceso drenado. La mamografía describe zona de aumento de densidad mal definida pero bien delimitada que infiltra piel y llega hasta plano muscular (BIRADS 5). En la ecografía se describe nódulo de 4cm bien definido, lobulado, con áreas de diferente ecogenicidad. Se practica PAAF donde se demuestran células neoplásicas. Se practica mastectomía simple, reseca fascia del músculo pectoral mayor, que no se encuentra infiltrado. En informe histológico revela carcinoma de células escamosas de 4,1cm, moderadamente diferenciado, ulcerado e infiltrante que contacta con el plano de resección profundo.

Discusión: El diagnóstico de CE debe cumplir tres condiciones: ausencia de elementos neoplásicos mesenquimatosos o ductales, ser independiente de las estructuras dérmicas adyacentes y exclusión de neoplasia escamosa extramamaria. La teoría citogenética más aceptada es la modificación metaplásica maligna del epitelio ductal mamario, secundario a estímulos como quistes dermoides, abscesos crónicos, tumor Phyllodes, inyecciones/prótesis de silicona, o radiación previa como podría ser nuestro caso. La edad media de presentación suele ser los 55 años y como cualquier otro tumor mamario, aunque a veces lo hace como un absceso por su tamaño y la tendencia a la degeneración quística central. Radiológicamente suelen ser indistinguibles de otras neoplasias de mama, excepto cuando se presenta como absceso que aparenta una masa mixta, circunscrita y con paredes irregulares. El diagnóstico preoperatorio es infrecuente (PAAF controvertida), siendo la biopsia postoperatoria definitiva al existir predominio de diferenciación escamosa en más del 90% del tumor, cavidades quísticas con áreas hemorrágicas o necróticas revestidas de nidos de células poliedricas y disqueratóticas poco diferenciadas, y con elevado número de mitosis. En la inmunohistoquímica predomina la positividad para citoqueratinas CK5 y CK34betaE12, y c-erbB-2, y negatividad para vimentina y receptores de estrógenos y progesterona. El tratamiento recomendado es la tumorectomía/mastectomía con linfadenectomía axilar, ya que existen metastasis axilares hasta en el 22% de las pacientes. Los receptores negativos dificultan la adyuvancia. La recurrencia es del 25% y las metástasis a distancia del 50%.

Hemoperitoneo secundario a perforación de vesícula biliar

Guerra JA, Mena J, Hernández ME, Arcos C, Muñoz JL.

Hospital de la Merced (Osuna, Sevilla)

Introducción: La perforación de la vesícula biliar ocurre entre el 3-10% de los casos de colecistitis aguda. El hecho de

que suceda presentándose espontáneamente como un cuadro agudo de hemoperitoneo es muy poco frecuente, habiéndose registrado menos de 50 casos en la literatura, muchos de los cuales tras necropsia. La localización de la perforación suele ser en fundus o en la bolsa de Hartmann por impactación de cálculos, y el sangrado posterior por ruptura de la arteria cística o una de sus ramas, fístula colecistohepática por rotura transhepática o sangrado de los márgenes de la perforación por necrosis de la mucosa.

Caso clínico: Varón de 78 años con el único antecedente de colangitis aguda litiasica un año antes con rechazo de estudio y tratamiento posterior, que ingresa por dolor en hipocondrio derecho y leve ictericia de 24 horas de evolución, con buena evolución inicial hasta inicio de la ingesta, apareciendo entonces dolor intenso en hemiabdomen derecho, vómitos y febrícula. En la exploración inicial de objetivan signos de peritonismo, sudoración y progresiva distensión abdominal. La analítica destaca leucocitosis de 20.000 y PCR de 123. La hemoglobina al ingreso de 15,5 desciende a 11,5. En la ecografía abdominal urgente se evidencia disrupción de la pared vesicular y líquido libre perivesicular. Tras laparotomía urgente se evidencia placa necrótica perforada en fundus vesicular con abundante hemoperitoneo de sangre venosa, realizándose colecistectomía, lavado y drenaje de la cavidad. Evolución postoperatoria favorable. Se completa estudio al alta y se realiza extracción de cálculos por CPRE de forma ambulatoria.

Discusión: En los casos en los que se describe la presencia de hemoperitoneo, frecuentemente masivo, como consecuencia de la perforación de la vesícula biliar, generalmente se asocia a un antecedente traumático (trauma abdominal cerrado) o yatrogénico (punción lavado peritoneal, biopsia hepática). El hecho de que la perforación sea espontánea es extremadamente raro y se presenta en un número no desdeñable de pacientes como muerte súbita. Los dos grupos de pacientes de riesgo de desarrollar este infrecuente proceso son los inmunodeprimidos y la colecistitis aguda del anciano asociada a otra enfermedad sistémica, favorecidos ambos casos por los trastornos de la coagulación, aunque se ha descrito esta entidad en pacientes con cáncer de vesícula, colecistitis aguda durante la gestación y rotura de vena varicosa intravesicular en paciente cirrótico. Un pequeño porcentaje de estos casos se acompaña de hemofilia. La presentación clínica suele ser de abdomen agudo en paciente con signos de inestabilidad hemodinámica. El dato radiológico más importante es la presencia de líquido libre intraabdominal, y el diagnóstico es intraoperatorio casi siempre. El estado general del paciente habitualmente nos lleva a tratar las complicaciones asociadas como la coledocolitiasis de forma diferida.

Quiste de inclusión epidérmica sobre fibroadenoma de mama

Acedo F, Guerra JA, Candil D, De Abajo F, Retamar M, Muñoz JL.

Hospital de la Merced (Osuna, Sevilla)

Introducción: El quiste de inclusión epidérmica (QIE) se origina generalmente en la dermis por implantación y prolife-

ración de elementos epidérmicos. Su localización en el parénquima mamario es infrecuente, ya sea a causa de traumatismos o instrumentación que provocan implantación de tejido epidérmico en profundidad, o bien desarrollándose sobre focos de metaplasia escamosa como sucede en el caso que presentamos, formando parte de un fibroadenoma.

Caso clínico: Mujer de 40 años sin antecedentes de interés que consulta por nódulo palpable en mama izquierda. A la palpación se objetiva una tumoración de 5-6cm de diámetro mayor, polilobulada, móvil y de consistencia quística-elástica, en cuadrante superointerno. No secreción mamaria ni adenopatías axilares. La mamografía muestra varias tumoraciones bien circunscritas de densidad homogénea, y la ecografía describe varios nódulos hipocóicos nódulo y de bordes bien delimitados, el mayor de ellos de 32mm en la unión de cuadrantes inferiores. En control ecográfico a los seis meses este último nódulo ha aumentado hasta los 54mm manteniendo contornos lisos y siendo más ancho que alto. Se decide exéresis-biopsia con resultado definitivo de fibroadenoma de 70 × 55 × 37mm que presenta una cavidad quística de 7mm de diámetro de contenido untuoso blanquecino correspondiente a quiste de inclusión epidérmico.

Discusión: El QIE se define como quistes por inclusión de epitelio escamoso queratinizado, generalmente en la dermis, presentándose como protusiones nodulares cutáneas blandas fijas a la piel. En su presentación cutánea, incluida la piel de la región mamaria, adoptan un tamaño variable, no mayor de 5cm habitualmente. Cuando se desarrollan en el parénquima mamario, y debido a la elasticidad del tejido glandular y graso, pueden manifestarse como tumoraciones quísticas mamarias de gran tamaño que precisan de diagnóstico diferencial con lesiones de origen glandular o mesenquimal, benignas o malignas. Además pueden ponerse de manifiesto como una complicación como rotura o infección. La etiopatogenia propuesta va desde la obstrucción de folículos pilosos, implantes de fragmentos de epidermis en profundidad como consecuencia de traumatismos o intervencionismo, hasta su desarrollo en focos de metaplasia escamosa en las células columnares normales en el interior de zonas de ectasia ductal en el contexto de mastopatía fibroquística o en el que nos interesa, el fibroadenoma. El desarrollo de cambios malignos en los quistes de inclusión epidérmica originados en tejido mamario es más frecuente que en los de naturaleza dérmica. En diagnóstico definitivo suele ser postoperatorio.

Schwannoma de mama

Candil D, Acedo F, Guerra JA, Jimenez J, De Abajo F, Moalla AK, Muñoz JL.

Hospital de la Merced (Osuna, Sevilla)

Introducción: El Schwannoma es una neoplasia benigna originada en las células de Schwann de la vaina de los nervios periféricos, responsables de la formación de mielina. Aparece de forma esporádica o bien formando parte de una neurofibromatosis, pero la localización de este tumor en la mama es excepcional (menos del 3% de todos los schwannomas), ha-

biéndose comunicado menos de 30 casos en la literatura. Presentamos un caso intervenido en nuestro hospital comarcal.

Caso clínico:

Mujer de 76 años con antecedentes de HTA, cardiopatía isquémica y EPOC que acude a consulta para revisión rutinaria. En la exploración física se detecta tumoración en cola axilar de mama derecha de unos tres centímetros de diámetro. En la senografía, además de calcificaciones groseras bilaterales se visualiza un nódulo de alta densidad de bordes lobulados y unos 33mm de diámetro. Axila negativa. La ecografía evidencia un nódulo a este nivel, hipocóico y con áreas anecogénicas en su interior probablemente por necrosis, bordes bien definidos y 31mm de eje mayor. Se cita para BAG, con estudio histológico compatible con Schwannoma, con expresión inmunohistoquímica intensa y difusa de S100. Se practica tumorectomía amplia. Postoperatorio sin incidencias. El estudio AP definitivo confirma el diagnóstico previo.

Discusión: Las células de Schwann pueden dar dos tipos de tumores benignos: el neurofibroma y el neurilemoma o schwannoma. Este último aparece con mayor frecuencia entre la tercera y la sexta década de la vida con igual probabilidad en ambos sexos. Evidentemente la localización mamaria es más frecuente en la mujer, pero no exclusivo. En su presentación es un tumor de crecimiento lento, pudiendo provocar fundamentalmente sintomatología neurálgica al alcanzar grandes dimensiones. Aunque habitualmente no sobrepasa los 4 o 5 centímetros, se ha publicado algún caso de hasta 20cm. Preoperatoriamente sigue el curso clínico y radiológico del fibroadenoma, con el que se debe de relizar el diagnóstico diferencial. Puede asentar en el parénquima mamario o en el tejido celular subcutáneo. El diagnóstico definitivo es histopatológico y frecuentemente postquirúrgico, caracterizándose por ser una neoplasia encapsulada con áreas de células homogéneas con núcleos fusiformes en empalizada o «cuerpos de Verocay» (áreas de Antoni A) y áreas de matriz colágena acelular (áreas de Antoni B). Inmunohistoquímicamente es casi constante la expresión positiva de Proteína s-100.

Cirugía Reconstructora de la mama: Utilidad del Colgajo toraco-epigástrico.

Sandra C. Alonso García, Ángela X. Argote Camacho, Esther Brea Gómez, Adela Sáez Zafra, Eusebio Gómez Valverde, José A. Jiménez Ríos.

H. Universitario San Cecilio. Granada.

Resumen: La cirugía reconstructora de la mama ha evolucionado considerablemente desde la Introducción: del colgajo músculo-cutáneo de recto abdominal transversal (TRAM) de Hartrampf. A partir de entonces se han desarrollado otras técnicas como el colgajo ahorrador de músculo, el de la arteria perforante epigástrica inferior profunda (DIEP) y el de arteria epigástrica inferior superficial (SIEA). Esto ha sido posible gracias al avance en el conocimiento de la vascularización abdominal inferior, a la mejora en los injertos libres y en la disección de los vasos perforantes, con una disminución de la morbilidad en el sitio donante. Presentamos un caso clínico donde nos fue útil la utilización

del colgajo toraco-epigástrico (derivado de la SIEA) para la creación de una neo mama con resultados estéticos muy aceptables.

Paciente mujer de 59 años de edad sin antecedentes médicos de interés, remitida del servicio de Oncología para tratamiento quirúrgico de Carcinoma inflamatorio de mama izquierda localmente avanzado en estadio T4NoMo de 10 años de evolución (Imagen 1); ha recibido previamente tratamiento con quimioterapia neoadyuvante. Se realiza Mastectomía ampliada+ Disección axilar izquierda con reconstrucción con colgajo dermograso toraco-epigástrico debido al gran defecto cutáneo que impide el cierre quirúrgico (imagen 2 y 3); la cirugía transcurrió sin incidencias.

La paciente es dada de alta a los 7 días de su ingreso hospitalario, con la herida quirúrgica sin signos de infección o necrosis. El resultado de la anatomía patológica: respuesta patológica grado 5 de Miller y Payne, con ausencia de carcinoma infiltrante y con focos muy aislados microscópicos de carcinoma intraductal residual, ausencia de carcinoma en las adenopatías aisladas (pNo). Actualmente la paciente se encuentra con tratamiento con Trastuzumab+ Radioterapia adyuvante. El resultado estético de la cirugía y el grado de satisfacción de la paciente han sido muy buenos.

La utilización de un tipo de colgajo u otro se basa en las preferencias del cirujano, en las características del sitio donante y en la morbilidad que suponga. En el preoperatorio se evalúa la región abdominal inferior de la paciente. El angio TAC es útil en la valoración de los vasos perforantes de la pared abdominal. La selección del colgajo adecuado en base a la disponibilidad de vasos receptores y a la vascularización en el sitio donante se hace de forma intraoperatoria. Basándonos en el sistema epigástrico superficial se desarrolla el Colgajo toraco epigástrico, indicado en pacientes mastectomizadas con poco tejido torácico redundante y con escaso pániculo adiposo que no desean la reconstrucción con tejido autólogo. Es una técnica de rápida ejecución, con una corta estancia hospitalaria, comparándola con otros colgajos (TRAM dorsal ancho). No requiere de una importante infraestructura. Su morbimortalidad es muy baja. Excluidas las complicaciones agudas, cabe destacar que pueden producirse aéreas necróticas en el colgajo (sobre todo en pacientes radiadas) y seromas. Las complicaciones tardías vienen determinadas por el implante; principalmente es la contractura capsular que también destaca en pacientes radiadas.

Absceso de pared torácica

E. Calcerrada Alises, T. Gallart Aragón, A.P. Martínez Domínguez, C. González Puga,
Jefe de servicio: J.A. Jiménez Ríos. Servicio de Cirugía General Hospital Clínico Universitario San Cecilio (Granada)
Hospital Universitario San Cecilio Granada

Resumen: El *Staphylococcus aureus* es un agente bacteriano capaz de causar un amplio espectro de patologías en muchas ocasiones poco relevantes pero en otras graves si no se diagnostican y tratan a tiempo.

Presentamos el caso de un varón de 57 años con dolor en hombro derecho que tras realizar pruebas de imagen se descubre un absceso en pared torácica.

Presentamos el caso de un hombre de 57 años con antecedentes personales de neumonía asociada a la comunidad que precisó tubo de toracostomía, flemón periamigdalino con ingreso, diabetes mellitus y síndrome parkinsoniano mixto, y en tratamiento con rasagilina y ropinirol.

Acude a urgencias por un cuadro de dolor en hombro derecho de diez días de evolución. Había acudido en dos ocasiones por el mismo motivo, diagnosticándose de capsulitis y dado de alta con analgesia. Tiene dolor, impotencia funcional y tumefacción a nivel pectoral ipsilateral, taquipnea y disminución del murmullo vesicular en base derecha. En un TAC se aprecia una colección de 74 x 29 x 57 mm con burbujas aéreas en su interior, localizada detrás del pectoral mayor, en el interior del pectoral menor, con pequeño derrame pleural ipsilateral. Se realiza una incisión infraclavicular, drenando 200 cc de aspecto purulento. En cultivo se aísla *Estafilococo aureus* meticilin sensible, desescalando de un antibiótico de amplio espectro a cloxacilina iv y posteriormente a moxifloxacino oral. Un ecocardiograma descarta endocarditis. Tras dos semanas y con buena evolución, el paciente es dado de alta.

El *Staphylococcus aureus* se ha establecido como agente de múltiples enfermedades infecciosas. Algunas formas clínicas de presentación más frecuentes, como las infecciones superficiales, no ofrecen habitualmente dificultades diagnósticas. Otras menos frecuentes, como los abscesos de localización profunda, son formas menos conocidas donde el diagnóstico no es sencillo y existe riesgo de tratamiento tardío lo cual contribuye a una mayor carga de morbimortalidad por este agente.

Los abscesos son acumulaciones de pus en los tejidos, encontrándose como infecciones superficiales o profundas en cualquier órgano interno. En la práctica clínica identificar abscesos superficiales no genera habitualmente dificultades diagnósticas. Por el contrario, los abscesos profundos son menos conocidos, quizás por su menor frecuencia, y se presentan con clínica inespecífica, lo cual contribuye al diagnóstico tardío aumentando la probabilidad de complicaciones locales y sistémicas.

La piomiositis es una infección bacteriana espontánea de los músculos esqueléticos, que no es secundaria a una infección de tejidos contiguos (piel, huesos, etc.). Existen diversos factores predisponentes para la misma, que incluyen la diabetes mellitus, neoplasias, conectivopatías, infección por virus de la inmunodeficiencia humana, o cirugía/traumatismos previos. En un tercio de los casos no existe un factor predisponente.

La ecografía, TC y la resonancia magnética (RM) son muy útiles para el diagnóstico. Una punción-aspiración o biopsia de los músculos afectados, con cultivos del pus obtenido, confirma el diagnóstico. La enfermedad puede ser tratada sólo con antibióticos o con drenaje quirúrgico o la aspiración del pus junto con el tratamiento antibiótico intravenoso según clínica.

Mucocele apendicular

E. Calcerrada Alises, T. Gallart Aragón, F. García Padial,
Jefe de servicio: J.A. Jiménez Ríos

*Servicio de Cirugía General Hospital Clínico Universitario
San Cecilio (Granada)*

Resumen: Un mucocele del apéndice es el resultado de la obstrucción del orificio apendicular con distensión del apéndice que se debe a una acumulación intraluminal de material mucoso. Suelen diagnosticarse anatomopatológicamente tras la intervención.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 23 años con clínica de apendicitis aguda que tras la intervención y revisión anatomopatológica de la muestra se descubre un mucocele apendicular.

Presentamos el caso de una mujer de 23 años con antecedentes personales de colecistectomía laparoscópica que acude a urgencias por un cuadro clínico de 8 días de dolor a nivel de fosa iliaca derecha, asociado a náuseas y diarrea, sin fiebre. A la exploración el abdomen es doloroso a nivel de fosa iliaca derecha, pero el Blumberg es negativo. En la analítica no aparecen leucocitosis ni neutrofilia. Se decide solicitar un TAC abdomino-pélvico, que informa de la presencia de un apéndice retrocecal, de diámetro aumentado, sin líquido libre intra-abdominal, sugiriendo un proceso inflamatorio apendicular agudo. Se interviene de urgencia realizando apendicectomía abierta, que transcurre sin incidencia, encontrándose un apéndice flemonoso retrocecal. La muestra es enviada a anatomía patológica, que informa de una formación quística en la punta del apéndice con contenido gelatinoso grisáceo, es decir, un mucocele apendicular.

Un mucocele es el resultado de la acumulación de material mucoso a nivel intraluminal. Se encuentra en el apéndice y no suele diagnosticarse durante la intervención, siendo su diagnóstico anatomopatológico. Por tanto la clínica suele ser la de una apendicitis aguda. Si este es diagnosticado durante o antes de la intervención debe intentar mantenerse intacto durante su extracción para evitar la diseminación por la cavidad abdominal de las células epiteliales que contiene.

Los tumores primarios del apéndice son poco frecuentes. Suelen diagnosticarse tras el estudio anatomopatológico de un apéndice extirpado por una posible apendicitis. De entre todas las neoplasias apendiculares los más frecuentes son los tumores mucinosos del apéndice.

Pueden encontrarse diversos cambios histológicos en la mucosa de los mucocelos apendiculares, desde epitelio benigno a cambios invasores de un adenocarcinoma mucinoso. Mucocelos intactos de menos de 2 cm son benignos casi siempre. Mucocelos de mayor tamaño tienen más probabilidades de ser neoplásicos. El apéndice es el punto de origen más frecuente

Resumen: La neoplasia endocrina múltiple tipo I es un poliendocrinopatía hereditaria, autosómica y dominante que incluye fundamentalmente tumores paratiroides (95%), hipofisarias (30%) y pancreáticas (60%).

El HPTP, además de la más frecuente suele ser la primera manifestación del síndrome.

Recientemente hemos tenido ocasión de tratar a una paciente afecta de HPTP y diagnosticada de MEN 1. Referimos el caso y comentamos consideraciones a tener en cuenta a la luz de la literatura.

Caso clínico: Mujer de 33 años remitida por Endocrinología tras varios episodios de cólicos nefríticos por Hiperparatiroidismo Primario con cifras de calcio corregido por encima de 11 mg/dl y PTH 202, un estudio genético que muestra una mutación compatible con MEN1 (c.1227C>G) y una gammagrafía MIBI compatible con adenoma inferior izquierdo. Se descarta patología asociada en hipófisis y páncreas.

Se realiza exploración cervical bilateral que muestra glándula inferior izquierda aumentada de tamaño y las otras tres de aspecto normal y de tamaño normal pequeño. Se practica exéresis del adenoma y de dos glándulas paratiroides de pequeño tamaño no patológicas, manteniendo intacta una cuarta glándula superior derecha que se marca con un clip metálico. La biopsia intraoperatoria confirma tejido paratiroideo con pesos de 535,12 y 11 mg. La cirugía se completó con timectomía transcervical

La PTH intraoperatoria descendió de 216 a 30 pg/ml. El postoperatorio transcurrió sin incidencias con cifras de calcio dentro de la normalidad.

Clásicamente se han propuesto dos opciones terapéuticas:

Parotidectomía subtotal resecaando al menos tres glándulas y dejando la cuarta o un remanente estimado en 50 mcg si está aumentada.

Parotidectomía total con autotransplante braquial.

Parece que actualmente la balanza se inclina a favor de la primera (1,2), por la menor tasa de hipoparatiroidismo definitivo

Consideraciones generales: Historia clínica y familiar exhaustiva en el HPTP sobre todo en mujeres jóvenes, con estudio genético si se sospecha MEN 1

Procedimientos más conservadores de la Parotidectomía Subtotal van seguidos de mayor tasa de recidivas y más precoces. Exploración cervical bilateral y confirmación histológica de las glándulas paratiroides mediante biopsia, asociando timectomía transcervical para obviar dejar glándulas supernumerarias. Marcar remanente o glándula paratiroides que se mantiene. Seguimiento de por vida del HPTP y despistaje de patología tumoral endocrina en otras localizaciones

Análisis del uso de prótesis en cáncer colorrectal sintomático en Hospital universitario de Puerto Real en periodo de tres años

Moreno Arciniegas A, Camacho Ramirez A, Diaz Godoy A, Falckenheiner Soria JE, Pérez Alberca CM, Díez Núñez A, Calvo Duran AE, Balbuena García M, De la Vega Olias MC, Martínez Vieira A, Vega Ruiz V

H. U. Puerto Real, Cádiz

Manejo quirúrgico del Hiperparatiroidismo en los pacientes MEN1. A propósito de un caso.

Martín Balbuena R., Gómez Rubio D., Claro Alves B., Ruiz Juliá ML., Ponce Guerrero I., Sánchez Sánchez LF.

Hospital Nuestra Señora de Valme - Sevilla

Resumen: Mostrar la experiencia acumulada y los resultados globales tras la aplicación de prótesis colónica en paciente sintomático por cáncer de colon y unión recto-sigma.

Los datos clínicos de los pacientes se han extraído de manera retrospectiva partir del programa informático DIRAYA (2010-2014). Los informes y resultados de las colonoscopias se extrajeron de la base de datos del Servicio de Digestivo-Exploraciones especiales. Los pacientes seleccionados han sido aquellos con cuadro de obstrucción clínica de colon y unión recto-sigma

Se han reclutado un total de 26 pacientes, 18 con intención paliativa y 8 como puente para la cirugía. La edad media ha sido de 72 años (53-95 años), con 20 hombres y 6 mujeres. La localización de las lesiones fueron: tres en transversal, dos contiguas a ángulo esplénico, cinco en descendente, diez en sigma y tres en unión recto-sigma.

Los pacientes paliativos, por alto riesgo quirúrgico seis y doce por enfermedad evolucionada. En diez pacientes la prótesis se aplicó en ingresos posteriores al diagnóstico, en siete de ellos por clínica se aplicó durante el primer ingreso. La prótesis se aplicó sin complicaciones en quince pacientes (83%), cuatro de ellos (26 %) necesitó segunda prótesis. Complicaciones en este grupo han sido: dos pacientes (11%) ha necesitado cirugía por ineficacia en uno de ellos y uno por perforación, un paciente (5,5%) tras dos intentos no consintió un tercero y un cuarto paciente (5,5%) en doce horas tras la colocación de la prótesis desarrollo sepsis fulminante con muerte.

Las prótesis como puente a la cirugía han sido ocho, todas con éxito (100 %) y cirugía a posteriori de manera programada, en un caso (12,5%) fue necesario una segunda prótesis. En siete se aplicó la prótesis en el primer ingreso, uno en un ingreso posterior. El tiempo entre prótesis y cirugía fue de 25 días (10-41), excepto en uno que fue a los 142 días debió a la aplicación de neoadyuvancia por tratarse de cáncer de recto (tercio superior)

Nuestro centro no cuenta con endoscopista de guardia, lo cual obliga a realizar el procedimiento en día laborable, dificultando esta situación las decisiones a tomar.

El uso de las prótesis ha permitido la cirugía programada en aquellos que fueron candidatos con disminución de la comorbilidad de la urgencia y en los paliativos evitar la ostomía de descarga y sus riesgos perioperatorios

Cirugía de pared abdominal en hospital de tercer nivel. Experiencia de los últimos 3 años

Juan José Segura Sampedro, Violeta Camacho Marente, Carlos Maya Aparicio, Julio Reguera Rosal, Javier Padillo Ruiz, Fernando Docobo Durántez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Sevilla.

Objetivos: Analizar los resultados respecto a patología herniaria en nuestra unidad de gestión clínica.

Se realiza la actividad en dos niveles: en régimen de cirugía sin ingreso en una unidad independiente con apertura a las 8

horas y cierre a las 20 horas y en régimen de corta estancia con ingreso hospitalario

Material y Método: Analizamos durante el periodo 2011-2013 nuestra serie de forma retrospectiva los siguientes parámetros: Hernioplastia o herniorrafia, estancia media, ambulatorización.

Resultados: El porcentaje de ambulatorización (alta el mismo día) en hernias de pared abdominal fue del 76,5% en 2011 al 68% en 2013. En el caso de las hernias de pared abdominal la estancia fue inferior a 3 días en el 94% todos los años. En el caso de las eventraciones la estancia media fue inferior a 7 días en aproximadamente el 95%.

Alrededor del 65% de las reparaciones de pared abdominal se realizaron con colocación de malla protésica.

Conclusiones: La patología herniaria en nuestro centro se realiza sin ingreso hospitalario.

En el periodo analizado y debido a la patología asociada han aumentado las intervenciones con estancias menores a 24 horas pero con una noche de estancia.

En la mayoría de las intervenciones se utiliza material protésico, la patología urgente y el tamaño inferior a 3 cms conforman la mayoría de los pacientes sin la utilización de protesis

Cirugía mayor ambulatoria en España. Evolución histórica

Juan José Segura Sampedro, Violeta Camacho Marente, Carlos Maya Aparicio, Julio Reguera Rosal, Javier Padillo Ruiz, Fernando Docobo Durántez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Sevilla.

Resumen: Objetivos: Analizar la evolución histórica de la Cirugía Mayor Ambulatoria a nivel nacional de los principales procesos quirúrgicos contemplados en la guía de Cirugía Mayor Ambulatoria del Ministerio de Salud, Consumo e Igualdad.

Material y Método: Analizamos los datos de ambulatorización de las principales procesos quirúrgicos (Colecistectomía laparoscópica, hernioplastia inguinal y hemorroidectomía en el periodo 2004-11 recogidos en las bases del Ministerio de Salud, Consumo e Igualdad

Resultados: La hernioplastia en régimen de CMA ha pasado desde el 30% en 2004 al 47,4% en 2011.

En este mismo periodo la hemorroidectomía en régimen de CMA ha pasado del 26,86% a 40,1%.

La colecistectomía laparoscópica ha aumentado del 2,49% en 2004 al 5,57% en 2011.

Conclusiones: Pese al aumento del régimen de CMA en estos últimos años aun existe un amplio margen de mejora.

A nivel mundial existe una clara progresión hacia la cirugía mayor ambulatoria en el tratamiento de la hernia. En España todavía estamos lejos de las tasas de países como Suecia en que se operan en este régimen hasta el 75% de la patología herniaria.

Colecistectomía laparoscópica de vesícula biliar intrahepática

Juan José Segura Sampedro, Antonio Navarro Sánchez, Hutan Ashrafián, Violeta Camacho-Marente, Alberto Martínez-Isla

Northwick Park and St Mark's Hospital, North West London Hospitals NHS Trust, Watford Road, Harrow, Middlesex, London, Londres. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Sevilla.

Resumen: Describir técnica de abordaje laparoscópico de la colelitiasis sobre vesícula intrahepática

Material y Método: Presentamos el caso de una mujer de 53 años aquejada de dolor en hipocondrio derecho. Es diagnosticada de colelitiasis mediante ecografía abdominal que no reportó otras anormalidades.

Realizamos un abordaje laparoscópico en posición francesa con 4 puertos. El triángulo de Calot se disecó según técnica habitual ya que tanto bolsa de Hartman como conducto cístico y arteria cística se encontraban extrahepáticos y visibles. Tras la exposición de la visión crítica realizamos hepatotomía y disección cuidadosa del lecho vesicular.

Resultados: La paciente fue dada de alta en menos de 24h sin complicaciones.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica permanece como el gold standar, siendo segura y constituyendo la técnica de elección también en la vesícula biliar intrahepática, facilitando a los mismos en estos pacientes, que pueden beneficiarse de las ventajas que brinda el abordaje laparoscópico de la vesícula biliar.

Colecistectomía laparoscópica de vesícula biliar intrahepática

Juan José Segura Sampedro, Antonio Navarro Sánchez, Hutan Ashrafián, Violeta Camacho-Marente, Alberto Martínez-Isla

Northwick Park and St Mark's Hospital, North West London Hospitals NHS Trust, Watford Road, Harrow, Middlesex, London, Londres. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Sevilla.

Resumen: Describir técnica de abordaje laparoscópico de la colelitiasis sobre vesícula intrahepática

Material y Método: Presentamos el caso de una mujer de 53 años aquejada de dolor en hipocondrio derecho. Es diagnosticada de colelitiasis mediante ecografía abdominal que no reportó otras anormalidades.

Realizamos un abordaje laparoscópico en posición francesa con 4 puertos. El triángulo de Calot se disecó según técnica habitual ya que tanto bolsa de Hartman como conducto cístico y arteria cística se encontraban extrahepáticos y visibles. Tras la exposición de la visión crítica realizamos hepatotomía y disección cuidadosa del lecho vesicular.

Resultados: La paciente fue dada de alta en menos de 24h sin complicaciones.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica permanece como el gold standar, siendo segura y constituyendo la téc-

nica de elección también en la vesícula biliar intrahepática, facilitando a los mismos en estos pacientes, que pueden beneficiarse de las ventajas que brinda el abordaje laparoscópico de la vesícula biliar.

Colgajo fasciomiotómico ALT para reconstrucción esofágica transtorácica

Juan José Segura Sampedro, Alejandro Ruiz Moya, Antonio Vázquez Medina, Francisco Ibañez Delgado, Emilio Prendes Sillero, Francisco Carvajo Pérez, Javier Padillo Ruiz, Eduardo Domínguez-Adame Lanuza

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

Resumen Objetivo: Reconstrucción esofágica transtorácica mediante colgajo fasciomiotómico ALT con monitorización externa.

Material y Método: Paciente de 62 años, con historia previa de enfermedad inflamatoria intestinal cirrosis hepática alcohólica y hepatocarcinoma embolizado, recibió un trasplante hepático en abril de 2012. Sufre sangrado masivo por varices esofágicas, precisando la colocación de una sonda de Sengstaken sufrió una perforación esofágica como complicación isquémica de la sonda que motivó su reintervención para esofagectomía subtotal, con esofagostomía cervical y cierre del extremo caudal a nivel del cardias. Tras fracaso de gastroplastia tubular se plantea reconstrucción con colgajo fasciomiotómico al descartarse otras opciones por sus enfermedades de base.

Se levantó un colgajo ALT (Antero Lateral Thig) derecho quimera basado en una perforante de buen calibre, con una paleta fasciocutánea de 16 × 8cm y un fragmento de vasto lateral de 3 × 2 × 1cm y se realizó tubulización del mismo con pedículo vascular anastomosado a paquete cervical transversal derecho.

Resultados: Buena evolución postoperatoria sin detectarse fístula ni estenosis al año con buena ingesta que permite tolerancia a líquidos y sólidos.

Conclusiones: El colgajo ALT quimera es una opción a tener en cuenta cuando fracasa la reconstrucción esofágica primaria y cuando no están disponibles o fracasan las reconstrucciones secundarias intestinales, ya que permite la reconstrucción de segmentos largos y una buena longitud de pedículo, así como la posibilidad de monitorización externa de la viabilidad del neoesófago.

Injerto miocutáneo para la reconstrucción esofágica. Estudio de 4 casos

Juan José Segura Sampedro, Alejandro Ruiz Moya, Francisco Ibañez Delgado, Antonio Vázquez Medina, Auxiliadora Cano Matías, Francisco López Bernal, Eduardo Domínguez-Adame Lanuza, Javier Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Resumen: Revisión de los resultados de nuestra unidad

en pacientes tratados mediante esofagoplastia miocutánea y comparación de nuestros resultados con la literatura

Introducción:

La esofagoplastia miocutánea es el último recurso reconstructivo cuando la tubulización gástrica y la coloplastia no son posibles. Revisamos la experiencia de nuestra unidad en esta cirugía durante los últimos 6 años.

Material y Método: Se revisaron las esofagoplastias miocutáneas realizadas entre 2008 y 2014, 4 pacientes. Las indicaciones, técnica quirúrgica y resultados son comparados con los descritos en la literatura.

Resultados: Tres mujeres y un hombre con una edad media de 46,75 años (37-62) fueron sometidos a una esofagoplastia miocutánea, en todos los casos por lesiones benignas. No hubo morbilidad perioperatoria, ni dehiscencia ni fístula. No se existieron casos de necrosis del injerto, sin que hubiera necesidad de reintervenciones precoces. Como complicaciones tardías, dos pacientes desarrollaron estenosis que respondieron bien a dilataciones periódicas. Y una paciente requirió reintervención al cabo de dos años por cuadro suboclusivo.

Conclusiones: La esofagoplastia miocutánea es una buena alternativa al tubo gástrico y a la coloplastia con buenos resultados y buen funcionamiento a largo plazo.

Trasplante hepático en adulto tras portoenterostomía de Kasai. Serie de casos

Juan José Segura Sampedro, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Sevilla-Violeta Camacho Marente, Carmen Bernal Bellido, Luis Miguel Marín Gómez, Gonzalo Suárez Artacho, Juan Serrano Díez-Canedo, José María Álamo Martínez, Javier Padillo Ruiz, Miguel Ángel Gómez Bravo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Sevilla

Resumen: Analizamos los resultados de nuestra serie de 4 casos de pacientes sometidos a trasplante hepático en edad adulta tras la portoenterostomía de Kasai.

Material y Métodos: La atresia biliar, una colangiopatía neonatal de origen desconocido es una de las razones más frecuentes para el trasplante hepático en el niño. La técnica de Kasai permite la supervivencia del hígado nativo, aunque el trasplante hepático continua siendo el único tratamiento definitivo. En contadas ocasiones esta técnica permite demorar el trasplante hepático definitivo hasta la edad adulta.

Revisamos nuestra base de datos que consta de 4 casos transplantados en edad adulta por atresia biliar tratada en todos los casos mediante derivación portoentérica de Kasai.

Resultados: Proporción 1:1 en la distribución del sexo. La edad media en el momento del trasplante hepático fue de 21 años. En todos los casos se realizó la técnica de Kasai con una edad media de 3,6 meses. El periodo de supervivencia medio del hígado nativo fue de 20,7 años. La técnica de implante realizada fue la misma en los 4 casos: PiggyBack con reconstrucción de vía biliar mediante hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. El tiempo medio de estancia postoperatoria fue de 17,3 días. Las complicaciones en el postoperatorio precoz fueron de infección de herida quirúrgica en el 50%, íleo paralítico en un

caso y rechazo agudo moderado en un caso. Para el tratamiento médico se utilizaron tacrólimus mofetil micofenolato y esteroides en todos los casos siendo suspendido el micofenolato en un caso por plaquetopenia. La supervivencia postrasplante fue del 75%. Un fallecido a los 15 años del trasplante hepático, continúan sin requerir nuevas actuaciones con un periodo de seguimiento actual de 2, 8 y 9 años. Una de las pacientes ha presentado gestación a término sin incidencias.

Conclusiones: Nuestra serie refrenda los resultados que arroja la literatura respecto a la técnica de Kasai, que permite prolongar la supervivencia del hígado nativo y demorar el trasplante hepático definitivo hasta la edad adulta con buenos resultados, una evolución postoperatoria precoz y tardía muy buena. La técnica de PiggyBack asociada a hepaticoyeyunostomía ha mostrado buenos resultados en nuestra serie de acuerdo también a la literatura.

Abdomen agudo secundario a diverticulitis yeyunal. Manejo conservador

de los Reyes Lopera N, Gil Alonso L, Sánchez Moreno L, Naranjo Fernández JR, Torres Arcos C, Oliva Mompeán

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

Resumen: Los divertículos a nivel de intestino delgado son muy infrecuentes, siendo el colon, y especialmente el sigma, el lugar más frecuente de aparición.

La diverticulitis de intestino delgado es aún más rara, y se manifiesta con clínica abdominal inespecífica. A continuación presentamos un caso que simuló una perforación intestinal y que fue tratado de manera conservadora.

Método Varón de 78 años, con antecedentes de HTA, miocardiopatía hipertensiva, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus tipo 2 y artritis reumatoide.

Acude a urgencias por dolor mesogástrico y distensión abdominal de 48 horas de evolución, acompañado de fiebre y náuseas con dos episodios de vómitos biliosos.

A la exploración presenta distensión abdominal y timpanismo, con dolor y defensa a la palpación en el flanco izquierdo, con signo de Blumberg positivo. La analítica muestra elevación de los reactantes de fase aguda, y la radiografía simple de abdomen muestra pequeña cámara de neumoperitoneo.

Ante la sospecha de una perforación intestinal, con probable origen en divertículo de colon sigmoideos, se realiza TAC de abdomen urgente.

TAC: asa de yeyuno en flanco izquierdo con signos inflamatorios en su pared. Presencia de un divertículo yeyunal inflamatorio en contacto con epiplón mayor y con burbujas aéreas de pequeño tamaño extraluminales en torno al mismo. Compatible con diverticulitis yeyunal con perforación contenida.

Resultados: Debido al buen estado general del paciente, a la edad, comorbilidades, y al encontrarnos ante una diverticulitis yeyunal con perforación contenida, no se indica cirugía de urgencia. Se instaura tratamiento conservador con dieta absoluta, sueroterapia y antibioterapia intravenosa con piperacilina-tazobactam.

El paciente evoluciona favorablemente, sin llegar a desarrollar un absceso intraabdominal que requiriese de drenaje

percutáneo del mismo, siendo dado de alta una semana después. Actualmente se encuentra asintomático en revisión en consultas externas.

Conclusiones: No todos los casos de abdomen agudo se benefician de intervención quirúrgica de urgencia como primera opción. En ocasiones, y si el estado general del paciente lo permite, debe llegarse primero a un diagnóstico, ya que esto puede motivar el cambio de la indicación de la cirugía.

La enfermedad diverticular del intestino delgado es muy infrecuente, y su sintomatología muy inespecífica, por lo que es necesaria una alta sospecha clínica para realizar su diagnóstico. Este suele realizarse en la mayoría de las ocasiones durante el transcurso de una intervención quirúrgica, generalmente por otros motivos.

El manejo es similar a la diverticulitis de colon, optándose por un manejo conservador en los casos en los que el paciente presente buen estado general y el proceso inflamatorio sea focal.

Tumor hipofisario como origen de síndrome hipertension intraabdomin.

Perea del Pozo E., Navas Cuellas JA., Arroyo Martínez Q., Jiménez R.M., Martín C., López F., Alarcón I., Pareja F., Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: La Hipertension Intraabdominal (HIA) es una medida elevada de la presión intraabdominal (PIA) de curso agudo, hiperaguda, subaguda o crónica, de origen multifactorial en pacientes críticos. El origen endocrino de este proceso puramente mecánico es excepcional, más aun proviniendo de un síndrome tan poco frecuente como la insuficiencia suprarrenal aguda motivada por un infarto hipofisario.

Caso clínico: Paciente varón de 66 años, sin antecedentes médicos de interés valorado en urgencias por un cuadro de cefalea y mareos intensos de comienzo súbito la noche anterior. Tras valoración inicial comienza con tendencia al sueño, desorientación, nivel de conciencia fluctuante y agitación por lo que se decide ingreso en UCI.

Los estudios de imagen muestran una colección hemorrágica a nivel supraselar que ocupa y dilata el espacio teórico del tercer ventrículo que se extiende a la cisterna quiasmática y la cisura interhemisférica. El estudio se complementa con una arteriografía cerebral donde se identifica una posible malformación arterial subyacente a un tumor hipofisario.

La evolución del cuadro se caracteriza por un cuadro de poliuria mantenida de >200 ml/hr durante varias horas y con empeoramiento de hipernatremia e hiperosmolaridad sanguínea. En la exploración destaca un abdomen distendido, timpanizado con peristaltismo presente.

Se realizan TAC abdominal urgente donde se diagnostica un íleo paralítico midiéndose una PIA de 34 cm H₂O a pesar de medidas instauradas complicándose con Síndrome prerrenal. Se procede a una laparotomía exploradora con aspirado de cavidad y revisión de vísceras sin hallazgos patológicos. Colocación de sistema de cierre temporal ABTHERA.

La evolución postoperatoria es torpida y a pesar del manejo

con aminas, el paciente desarrolla una Acidosis metabólica hiperlactacidemia con shock distributivo motivado por la crisis adrenal siendo exitus a las 48h.

Conclusiones: El aumento de la presión intraabdominal asociado a disfunción orgánica puede tener como consecuencia un síndrome compartimental que requiera la descompresión quirúrgica. Las causas más frecuentes son las peritonitis difusas, obstrucción intestinal, las hemorragias intraabdominales por rotura de aneurisma o postraumáticas. Pero en la bibliografía científica no ha sido descrito antes un origen endocrino como detonante de este caso.

Alteraciones y desbalances electrolíticos tales como la hiponatremia, hipopotasemia e hipofosfatemia, pero también hipernatremia pueden provocar un íleo paralítico que condicione el aumento de la PIA. La medición precoz y el tratamiento mediante descompresión abdominal es imprescindible, siendo recomendable según los últimos estudios la colocación de sistemas de presión negativa y no el cierre primario de la herida.

Variante cribiforme del cáncer de tiroides papilar y la poliposis adenomatosa familiar

E. Perea del Pozo, G. Jiménez-Riera, J. Reguera de la Rosa, C. Ramírez Plaza, M. Pérez Andrés, A. Razak Munchef, I. García González, J.M. Martos Martínez, F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: Es conocida la asociación entre los síndromes polipósicos, especialmente la poliposis adenomatosa familiar (PAF), y los carcinomas hamartomatosos en diferentes regiones anatómicas. El riesgo relativo y absoluto de padecer estos cánceres no ha podido ser determinado.

Los principales tumores extraintestinales asociados a la PAF son los tiroideos, suprarrenales, pancreáticos y biliares. Especialmente curioso es el carcinoma papilar cribiforme de tiroides pobremente diferenciado. Dos tercios de estos carcinomas tiroideos son descubiertos tras diagnosticar el síndrome polipósico.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 42 años, diagnosticada de PAF, que fue sometida a colectomía subtotal con anastomosis ileorrectal, y exéresis de tumor desmoides mesentérico. Como antecedentes familiares destacan: madre fallecida por tumor intestinal y diagnosticada de bocio nodular, y abuela materna fallecida por tumoración cervical de origen desconocido.

2006 presentó una recurrencia del síndrome en la región ampular por pólipos con displasia severa, una ampulectomía.

Es remitida a consultas de Cirugía Endocrina por presentar bocio multinodular con un nódulo tiroideo de un tamaño de 3,5 cm en la ecografía, con PAAF compatible con carcinoma papilar de tiroides (según la clasificación de Bethesda).

Resultados: Se somete a tiroidectomía total. En el postoperatorio desarrolló disnea y disfonía por parestesia de nervio laríngeo recurrente que evolucionó favorablemente con tratamiento médico conservador. Al alta la paciente mostraba una adecuada fonación, respiración y tolerancia oral.

El estudio histológico de la pieza quirúrgica mostró un

carcinoma papilar cribiforme morular multifocal, bilateral y exclusivamente intratiroideo, cuyo mayor nódulo fue de 3,5 cm. El estudio inmunohistoquímico reveló positividad para TTF α , citoqueratina y beta catenina. Discusión: El carcinoma papilar cribiforme, variante modular, es una entidad morfológica rara. En 1968, Camiel et al. Fueron los primeros en sugerir la relación del carcinoma tiroideo con la PAF. En 1994 Harack et al. señalaron que el carcinoma de tiroides asociado a PAF tenían características histológicas que los distinguen del carcinoma papilar común.

Aunque la PAF se transmite como un rasgo autosómico dominante con penetrancia similar en ambos sexos, el carcinoma de tiroides se encuentra casi exclusivamente en mujeres (94,3 %), especialmente prevalente durante la tercera década de la vida.

Las lesiones son encapsuladas. Mientras que las formas esporádicas generalmente aparecen como tumores aislados, los casos asociados con FAP son a menudo multifocales, debido a las diferentes mutaciones somáticas añadidas a las mutaciones de línea germinal.

Como se muestra en las figura 1 y 2, el estudio histológico muestra núcleos estriados y arquitectura papilar características del carcinoma papilar, lo que dificulta el diagnóstico diferencial en muchos casos.

Presenta un mejor pronóstico que las otras variantes agresivas del carcinoma papilar de tiroides, como la forma folicular difusa y el carcinoma pobremente diferenciado.

Debido a la alta frecuencia de carcinoma papilar multifocal, la posibilidad de metástasis y la mortalidad asociada en pacientes jóvenes, aquellos sujetos diagnosticados de PAF y sus familiares deben ser sometidos de forma periódica a palpación cervical, ecografía y, si es necesario, punción- aspiración con aguja fina (PAAF).

Hepatocolangiocarcinoma como hallazgo casual tras trasplante hepatic

Perea del Pozo E, Jimenez-Riera G, Navas Cuellar JA, Marín Gómez LM, Álamo Martínez JM, Bernal Bellido C, Padillo Ruiz FJ, Gómez Bravo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: El hepatocolangiocarcinoma combinado (HCC) es un raro tumor hepático epitelial, con una incidencia de 0,4-14,2%, que está aumentando durante los últimos 10 años. Tiene características compartidas de hepatocarcinoma y colangiocarcinoma. La patogenia continúa siendo desconocida. El primer caso fue descrito en 1903 por Wells. Desde entonces se han utilizado varias clasificaciones. La más reciente y actualmente vigente es la propuesta por la OMS (Figura 1). Nuestro objetivo es presentar el caso de un trasplante hepático (TH) con hallazgo incidental de HCC en el explante, que desarrolla recidiva tumoral y éxitus antes del año.

Material y métodos: Varón de 54 años con diagnóstico de cirrosis hepática con datos de hipertensión portal (MELD 11), con antecedentes de diabetes (insulina), dislipemia (atorvastatina), tabaquismo y enolismo ocasional, sometido a faquectomía bilateral. Durante el estudio de extensión (TC,

RMN) se descubre una LOE de 2cm en S8 compatible con hepatocarcinoma. Se incluye en lista de espera de TH. Como tratamiento puente se realiza ablación por radiofrecuencia y quimioembolización con respuesta parcial. En el seguimiento se objetivan nuevos focos hipercaptantes (S3, S4a y S7; 14, 7 y 12mm) cuyo comportamiento radiológico no era típico de hepatocarcinoma. Durante todo el proceso pretrasplante mantuvo niveles de AFP y Ca 19,9 normales. El paciente es trasplantado, sometiéndose a tratamiento con Advagraf + MMF + PDN.

Resultado: En el postrasplante inmediato no se desarrolló rechazo agudo ni sobreinmunodepresión, manteniendo niveles de tacrolimus en rango terapéutico. La AP del explante informa de nódulo necrosado de 3cm en S8, y otro nódulo de 1,8 cm en S6 de HCC moderadamente diferenciado con invasión vascular y cirrosis hepática de etiología alcohólica. Tras el hallazgo de HCC con datos de infiltración vascular como factor predictor de mal pronóstico (como lo son además el tamaño tumoral y la presencia de lesiones satélites) se decide modificar la inmunosupresión de tacrolimus a everolimus el tercer mes postrasplante. Una elevación de la GOT con rangos de inmunosupresión óptimos evidenciada a los 6 meses, lleva a solicitar AFP y Ca 19,9 (normales) y TC de abdomen: dos adenopatías interaortocavas de 18 y 15 mm, que en PET-TC se muestran metabólicamente activas y sugestivas de malignidad. La evidencia actual sugiere que los HCC tienen tendencia a la infiltración vascular y a la metástasis linfática, y que la linfadenectomía tiene potencialidad curativa. Decidimos la realización de linfadenectomía aórtica izquierda, interaortocava, resección de vena cava inferior con reparación de parche de pericardio bovino. El

estudio histológico confirmó la presencia de HCC pobremente diferenciado con invasión venosa, linfática y neural. Dado el alto riesgo de recurrencia de esta entidad, se propone tratamiento adyuvante (gemcitabina+cisplatino+radioterapia) que no puede ser iniciado por deterioro clínico.

Posteriormente se documenta recidiva hepática, pleural y ganglionar, falleciendo el paciente a los 10 meses postrasplante por insuficiencia respiratoria.

Conclusiones: El HCC es un tumor de difícil diagnóstico y mal pronóstico.

En este caso, la supervivencia postrasplante no fue satisfactoria. El estudio pretrasplante no diagnosticó el HCC que, de haber sido detectado, hubiese contraindicado el TH.

Sistema vac en el abdomen abierto. Presentación de 13 casos

Delgado Estepa, Rafael ; Reguera Teba, Antonio; Llácer Pérez, Carmen; Medina Cuadros, Marcelino

Complejo hospitalario de Jaén

Resumen: Analizamos nuestra experiencia y los resultados obtenidos con el uso del vacuum assisted closure (VAC $^{\circ}$) en el manejo del abdomen abierto

Material y métodos: Revisamos de forma retrospectiva las laparotomías realizadas entre abril 2011 y abril 2014 usando la terapia VAC $^{\circ}$ en el Complejo Hospitalario de Jaén.

Resultados: Incluimos a 13 pacientes en los que se usó el VAC® en un abdomen abierto por distintas indicaciones. 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 5 abscesos intraabdominales (38%), 4 fístulas o dehiscencias de suturas (25%) y 1 evisceración (7%).

Conclusiones: La terapia VAC® es de manejo sencillo con una aceptable tasa de complicaciones, con una mortalidad reducida y permite acortar la estancia hospitalaria en los pacientes indicados. De los diversos sistemas disponibles para el cierre diferido de un abdomen, el VAC® supone un progreso considerable en estos últimos años gracias a su material adaptable y sus numerosas ventajas. Posiblemente su uso aumentará en el futuro.

Mesotelioma quístico peritoneal. Diagnóstico diferencial de masa abdominal

Delgado Estepa, Rafael ; Reguera Teba, Antonio; Llácer Pérez, Carmen; Medina Cuadros, Marcelino

Complejo hospitalario de Jaén

Resumen: El mesotelioma quístico peritoneal es una lesión caracterizada por la formación de múltiples quistes de tamaño variable que adoptan la forma de masas abdominales preferentemente pelvianas. Aparecen con más frecuencia en mujeres en edad reproductiva, lo que provoca dolor abdominal y masa palpable. El tratamiento más eficaz es quirúrgico, aunque presentan gran tendencia a la recidiva local. Su etiopatogenia es discutida: neoplásica, hormonal o secundaria a cirugía abdominal.

Caso clínico: Mujer de 33 años, sin antecedentes de interés. Consultó por dolor abdominal de 6 meses de evolución localizado en la fosa ilíaca izquierda, más intenso en los días previos a la menstruación. En la exploración se palpaba una masa blanda en la fosa ilíaca izquierda, no adherida al plano superficial. Las pruebas de laboratorio fueron normales incluidos los marcadores tumorales. La ecografía abdominal identificó una masa hipoecogénica en la fosa ilíaca izquierda, y la ecografía ginecológica fue normal. La tomografía axial computarizada (TAC) abdominopelviana demostró la presencia de una masa bien definida, de 8 x 4 cm, quística y multiloculada, en el estrecho superior de la pelvis, sin relación con el útero ni los anejos, que no comprimía ni infiltraba órganos vecinos.

En la intervención quirúrgica se encontró una masa pelviana, dependiente del epiplón mayor, localizada en la fosa ilíaca izquierda, formada por múltiples formaciones quísticas. Se practicó omentectomía, con extirpación de la masa y de los pequeños quistes visibles. El postoperatorio cursó sin complicaciones.

Pancreatitis esclerosante. Diagnóstico diferencial en la tumoración pancreática

Delgado Estepa, Rafael ; Reguera Teba, Antonio; Llácer Pérez, Carmen; Medina Cuadros, Marcelino

Complejo hospitalario de Jaén

Resumen: La pancreatitis esclerosante o pancreatitis autoinmune es una entidad rara, se define como una inflamación crónica del páncreas causada por mecanismos autoinmunes, con presencia de niveles altos de IgG y con adecuada respuesta a esteroides. Puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes. Un diagnóstico podría haber evitado la cirugía

Caso clínico: Presentamos un caso de un paciente varón de 49 años ingresado por presentar ictericia BT 15 mg/dL y pérdida de peso de varios meses de evolución. A la exploración se aprecia masa en hipocondrio derecho. En TAC abdominal seguida de RMN presenta masa en cabeza de páncreas con dilatación de vía biliar principal

Con la sospecha de malignidad se decide intervención quirúrgica, apreciando tumoración pancreática de 5 cm cuya biopsia intraoperatoria, informa de atipias celulares en el contexto de proceso de proceso inflamatorio no descartando cáncer por lo que se realiza DPC, siendo el informe patológico de pancreatitis esclerosante. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y en la actualidad no presenta tratamiento médico alguno

Gastritis enfisematosa por ingesta de cáusticos

Machuca Chiriboga, Pablo; Reguera Teba, Antonio; Llácer Pérez, Carmen; Medina Cuadros, Marcelino

Complejo hospitalario de Jaén

Resumen: El gas en la pared del estómago es una condición infrecuente. Esta situación es posible en 2 condiciones: el enfisema gástrico y la gastritis enfisematosa. Las 2 condiciones son diferentes en la etiología, el tratamiento y el pronóstico. La gastritis enfisematosa es una grave condición con alta mortalidad. Nuestro propósito es presentar un caso de gastritis enfisematosa con tratamiento médico inicial y cirugía posterior para las secuelas del proceso inflamatorio en la pared gástrica y hacer una discusión sobre el tema.

Caso clínico: Paciente mujer de 39 años de edad, con antecedentes psiquiátricos que consulta en el servicio de urgencias de nuestro hospital por dolor abdominal tras ingesta de lejía hace unas 3 horas por intento de autolisis. A la exploración la paciente se encontraba estable hemodinamicamente, con defensa abdominal. En TAC abdominal destaca importante gas parietal en pared gástrica. Endoscopia informa de esofagitis grado II y necrosis de la mucosa gástrica. Se decide tratamiento médico mediante antibioticoterapia y nutrición parenteral, evolucionando satisfactoriamente, siendo alta a los 10 días del ingreso. Al mes reingresa por vómitos. En el control endoscópico la mucosa esofagogástrica es normal apreciando estenosis pilórica por lo que se realiza gastroenteroanastomosis de manera programada, tolerando dieta oral siendo alta a la semana de la intervención

Pioderma gangrenoso periestomal

Machuca Chiriboga, Pablo; Reguera Teba, Antonio; Llacer Perez, Carmen; Medina Cuadros, Marcelino

Complejo hospitalario de Jaén

Resumen: El pioderma gangrenoso es una de las manifestaciones extraintestinales más severas de la colitis ulcerosa. Las lesiones se presentan más frecuentemente en la piel de las extremidades inferiores y el tronco. Es infrecuente la presentación del pioderma gangrenoso rodeando una ileostoma. Presentamos una paciente con colitis ulcerosa que desarrolla pioderma gangrenoso periestomal. El diagnóstico se llevó a cabo por la clínica y las biopsias de la lesión. El tratamiento con base en corticoesteroides e infliximab tópico fue exitoso. La evolución fue satisfactoria sin presentar recidiva a los 12 meses de seguimiento.

Profilaxis de eventos tromboembólicos en pacientes portadores de cateter venoso central (port-a-cath)

Machuca Chiriboga, Pablo; Reguera Teba, Antonio; Llacer Perez, Carmen; Medina Cuadros, Marcelino

Complejo hospitalario de Jaén

Resumen: La implantación del PORT-A-CATH implica un breve procedimiento quirúrgico con anestesia local, el cual consiste en introducir un extremo del catéter en una vena, mientras que en el otro extremo se conecta al portal, que está colocado completamente debajo de la piel

Los Port-a-Cath son comúnmente empleados en pacientes oncológicos. Como complicación del PAC se describen eventos trombo-embólicos (ETV), ya sean sintomáticos o asintomáticos y son múltiples los factores que influyen y no existe unanimidad en el manejo y profilaxis

Se analizan los distintos estudios que hay en la bibliografía en cuanto al riesgo de trombosis siendo mayor en pacientes con catéteres inferiores y cuando las concentraciones de heparina sódica son inferiores a las recomendadas (100 UI/ml). Así mismo influye el abordaje desde el lado derecho y una correcta técnica quirúrgica son las mejores herramientas para prevenir la ETV

El uso de anticoagulantes sistémicos (HBPM, warfarina, HN) no ha mostrado disminuir la incidencia de trombosis asociada a catéter; por tanto, la profilaxis de forma rutinaria con anticoagulantes no está recomendada para pacientes oncológicos con CVC

El uso rutinario de lavado salino del CVC para prevenir la formación de fibrina está recomendado

No hay datos suficientes para recomendar el uso rutinario de urokinasa y/o otros trombolíticos para prevenir la oclusión del catéter.

Síndrome de Bouveret. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura

Majano Gimenez, F. Eduardo; Reguera Teba, Antonio; Llacer Perez, Carmen; Medina Cuadros, Marcelino

Complejo hospitalario de Jaén

Objetivo: Presentar un caso raro de obstrucción duodenal, causada por un cálculo gigante impactado en el duodeno (síndrome de Bouveret) y discutir cuál es la mejor opción terapéutica para su tratamiento. **Introducción:** El síndrome de Bouveret es la variedad menos común de presentación de un íleo biliar. Es más frecuente en mujeres de edad avanzada y los síntomas principales simulan un cuadro de estenosis pilórica, presentándose náusea, vómitos, dolor epigástrico, y en ocasiones hematemesis por erosión de la mucosa duodenal. El diagnóstico se realiza por endoscopia y la litotricia endoscópica (mecánica o mediante láser) debe ser la primer línea de tratamiento; sin embargo, la cirugía está indicada cuando ésta falla o por complicaciones durante el procedimiento, con tasas de mortalidad y morbilidad altas.

Caso clínico: Paciente femenino de 75 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión, que ingresa con un cuadro de una semana de evolución con náuseas, vómitos, y dolor abdominal. La paciente fue sometida una vez estable a endoscopia, encontrando obstrucción duodenal por impactación de un cálculo biliar grande. Los intentos de extracción endoscópica no fueron exitosos, por lo que la paciente fue sometida a cirugía realizándose duodenotomía y extracción del cálculo con cierre en dos planos con adecuada evolución postoperatoria, siendo alta a la semana de la intervención

Conclusiones: El síndrome de Bouveret es una rara variedad de íleo biliar y debe de ser tomada en cuenta como diagnóstico diferencial en caso de obstrucción del vaciamiento gástrico.

Tratamiento tópico de la fisura anal crónica mediante diltiazem 2% comparado con nitroglicerina. Estudio prospectivo

Majano Giménez, F. Eduardo; Reguera Teba, Antonio; Capitán Vallvey, Jose María

Complejo hospitalario de Jaén

Resumen: Analizar el tratamiento médico tópico mediante diltiazem 2% y nitroglicerina en el tratamiento de fisura anal en pacientes tratados en la Unidad de CMA entre los meses de septiembre de 2013 y febrero de 2014

Se incluyeron 40 pacientes con fisura anal crónica de los cuales se hicieron dos grupos. Un primer periodo de 20 pacientes tratados con nitroglicerina tópicos y un segundo periodo de tiempo el resto fueron tratados con diltiazem. Se hizo control telefónico al mes y revisión en consulta a los dos meses. Presentaron mejoría 11 pacientes del grupo de NTG (55%) frente a 12 del grupo de DTZ (60%). Como principal complicación presentaron cefaléa 14 pacientes del grupo de NTG (70%) frente a 6 pacientes tratados con DTZ

Aunque el tratamiento médico presenta mayor tasa de recidiva que la cirugía, presenta una oportunidad para evitar la cirugía en pacientes con fisura crónica. Aunque no hay diferencias significativas en cuanto a curación comparando el uso de nitroglicerina versus diltiazem. El uso de diltiazem presenta menores efectos secundarios por lo que consideramos de elección

Prescripción electrónica en el servicio de cirugía general del complejo hospitalario de Jaén

Majano Gimenez, F. Eduardo; Reguera Teba, Antonio; Llacer Perez, Carmen; Medina Cuadros, Marcelino

Complejo hospitalario de Jaén

Objetivo: Valorar la implantación y el diseño de un sistema informático de Prescripción Electrónica (PE) en el servicio de Cirugía General de nuestro hospital

En el ámbito hospitalario los errores de medicación son los suficientemente relevantes como para que sea necesario implantar medidas que las minimicen.

La PE nos permite prescribir el tratamiento directamente en un programa informático eliminándose la transcripción del fármaco y la de enfermería. La PE asegura la validación inmediata por parte del farmacéutico y la legibilidad de la hoja de administración por enfermería. Este programa informático tiene la posibilidad de incorporar una serie de ayudas de soporte y protocolos que simplifican el proceso

La PE realizada por el médico y la posterior validación y seguimiento por parte del farmacéutico proporciona calidad y seguridad

La implantación de un sistema de PE permite disminuir errores de medicación debidos a la prescripción manual y mejorar la adherencia a la guía farmacoterapéutica del hospital. Además, el sistema de PE facilita la interacción entre profesionales médicos, farmacéuticos y enfermería, pudiendo hacer un seguimiento exhaustivo del perfil de administración de medicamentos.

La PE nos facilita información sobre interacciones entre medicamentos, enfermedades que requieran ajuste de dosis y dosificaciones especiales para fármacos con estrecho margen terapéutico. Así la PE evita problemas relacionados con los medicamentos y facilita el proceso de conciliación de la medicación.

La PE se ha implantado con éxito en el servicio de Cirugía General ya que ha sido bien aceptada por los facultativos y la totalidad de prescripciones se realizan a través de este sistema. Nuestra experiencia es que este sistema contribuye a disminuir errores de transcripción ya que las órdenes médicas son más claras y legibles. Hemos comprobado que la PE aumenta el uso de terapia secuencial y acorta el tiempo de tratamiento, tanto por vía parenteral como por vía oral.

La PE garantiza una comunicación eficaz y rápida de información relacionada con el medicamento entre equipo médico y farmacéutico en el momento exacto de la prescripción

Conclusiones: PE es una herramienta efectiva, sencilla, segura y eficaz que contribuye a disminuir los errores de medicación que puedan llegar al paciente, mejorando así la seguridad del paciente y la calidad

Abdomen agudo por vólvulo mesentérico-axial en paciente con hernia paraesofágica gigante

Vico Arias Ana B, Álvarez Martín María Jesús, Plata Illescas Cristina, Notario Fernández Pilar, Mogollón González

Mónica, Triguero Cabrera Jenifer, González Martínez Selene, Ferrón Orihuela J. Anton

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Resumen: Los vólvulos gástricos son entidades infrecuentes, que se caracterizan por la rotación de 180° del estómago, ya sea sobre su eje longitudinal (órgano-axial, 60% de los casos), bien sobre su eje trasversal (mesentérico axial 1/3 casos), o mixto (combinación de ambos y mucho menos frecuente, 2%). Pueden instaurarse de forma crónica o aguda, siendo en estos últimos vital el diagnóstico y tratamiento precoz para evitar complicaciones como hemorragias, perforaciones o isquemia gástrica. Suelen ocurrir entre la cuarta y sexta década de la vida, y en cuanto a su etiología, se pueden dividir en primarios (no se asocian a patología) o secundarios a la rotura diafragmática por traumatismo, hernias diafragmáticas congénitas, o siendo lo más frecuente, asociadas a hernias hiatales.

Método: Presentamos el caso de una paciente de 85 años, con antecedentes de DM, HTA, diverticulosis, dislipemia, que acudió a urgencias por presentar cuadro de dolor abdominal epigástrico de 2 días de evolución, asociado a vómitos y febrícula vespertina. Aceptable estado general aunque con taquicardia y taquipnea. En la analítica destacaba una leucocitosis con neutrofilia, HB de 8,9. A la exploración clínica presentaba dolor a la palpación profunda en epigástrico e hipocondrio izquierdo sin signos de peritonismo. Se le realizó una TAC que informó de importante dilatación de estómago con abundante contenido de líquido y gas en su interior y una disposición anormal del mismo, estando el píloro en posición craneal. Con el diagnóstico de vólvulo gástrico agudo se intenta su desvolvulación mediante EDA evidenciando gran cantidad de contenido alimentario que imposibilita la visualización del píloro y aunque se intenta repetidamente maniobras de rectificación, ésta resulta ser ineficaz.

Por ello se decidió intervención quirúrgica urgente. Mediante abordaje laparoscópico hallamos un gran defecto en el hiato con una hernia paraesofágica y vólvulo gástrico en el eje mesentérico-axial encontrando el píloro en posición craneal, además de un coágulo organizado sobre hipocondrio izquierdo. Se realizó desvolvulación gástrica con reducción del estómago y extirpación de todo el saco herniario, cierre de pilares, que quedaron sin tensión y funduplicatura tipo Nissen. Debido a que al final de la intervención la paciente se descompensó por gran retención de carbónico y tras aspiración del coágulo de hipocondrio izquierdo se evidenciaba sangrado activo sin distinguir su origen, se convierte a abierta, realizando una laparotomía supraumbilical y hemostasia de un vaso sangrante de curvatura mayor.

Resultados: Evolución quirúrgica satisfactoria, dada de alta 48h después, sin observar clínica sugerente de recurrencia en el seguimiento posterior en consulta

Conclusiones: Es fundamental la detección precoz de las situaciones agudas para evitar complicaciones tales como la isquemia, hemorragia, perforación o necrosis gástrica, que lleven a una posible resección gástrica. En vólvulos secundarios, el tratamiento de elección sería actuar sobre el agente causante, en estos casos sobre la hernia hiatal, realizando una reducción de la hernia, desvolvulación, cierre de pilares y funduplicatura, sin ser necesario la gastropexia,

opción relegada a aquellos pacientes con comorbilidades mayores y mal estado general basal. El abordaje laparoscópico ha demostrado ser la mejor opción para el tratamiento del vólvulo tanto agudo como crónico. La EDA sería la primera opción terapéutica, tanto por su efectividad al desvolvular, como por, si esta fuera ineficaz, permitir la descompresión gástrica que mejora notablemente el estado del paciente

Quiste mesentérico gigante en paciente de 30 años

Vico Arias Ana B., Álvarez Martín María Jesús, Notario Fernández Pilar, Plata Illescas Cristina, Mogollón González Mónica, González Martínez Selene, Triguero Cabrera Jenifer, Ferrón Orihuela J. Antoni

Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)

Resumen: Los quistes mesentéricos son entidades poco frecuentes, con una incidencia en la población de 1/150000-250000 hospitalizaciones en el adulto. En cuanto a la edad de presentación parece ser más frecuente entre la cuarta y quinta década de la vida, con predominio en el sexo femenino 2:1. Se pueden diferenciar dos tipos: QM de origen linfático (endotelio laminar, espacios y tejido linfático y musculo liso) y QM de origen mesentérico (endotelio cuboideo, sin espacios linfáticos ni musculo liso), denominados quiste mesotelial o mesotelioma (benigno o maligno respectivamente). No se conoce muy bien su etiología pero la etiopatogenia más aceptada es la proliferación benigna y /o proliferación de vasos linfáticos ectópicos en el mesenterio, sin comunicación con el resto de la circulación linfática. Es frecuente que los QM se diagnostiquen de forma accidental tras la realización de una prueba de imagen por cualquier otro motivo, puesto que no suelen dar síntomas, y cuando los dan, éstos suelen ser de carácter inespecífico y crónico, siendo muy infrecuente la presentación como abdomen agudo (por rotura o sangrado).

Material y método: Presentamos el caso de una mujer, 30 años, que tras ser estudiada por la Unidad de Reproducción de nuestro Hospital, encuentran como hallazgo casual en Ecografía, una tumoración quística de contornos nítidos situada por delante del polo inferior del riñón izquierdo que tiene un tamaño aproximado de 10 x 8 cm. En su interior se observan septos y su contenido es ecogénico y móvil (hemorragia, líquido con alto contenido en proteínas). La lesión quística descrita presenta características aparentemente benignas, no observándose una órgano dependencia clara de la misma. A la exploración, el abdomen era blando y depresible, palpándose masa en FII, blanda, móvil, no adherida a otros tejidos. Tras estos hallazgos se decide realizar RMN que informa de masa localizada en hipogastrio de 10 x 9 x 12 cm, redondeada, con fino tabique, intraperitoneal que no realza tras la administración de contraste. La paciente se interviene quirúrgicamente, realizando laparotomía media infraumbilical, hallando masa quística en mesenterio yeyunoileal. Se realiza apertura de la hoja mesentérica posterior, y resección completa del quiste, cerrando de nuevo la hoja mesentérica, sin necesidad de resección intestinal.

Resultados: La paciente es dada de alta al 2º día postoperatorio, con una AP que informa de quiste mesentérico

Conclusiones: La prueba de imagen más usada para el diagnóstico es la ecografía, si bien la TAC o la RMN determinan con mayor precisión su localización y tamaño

El tratamiento óptimo de los QM es su extirpación completa, pudiéndose realizar mediante cirugía mínimamente invasiva. No se aconseja su extirpación parcial o aspiración del contenido, por el riesgo de recidiva

Debe plantearse el diagnóstico diferencial con otros quistes abdominales (ováricos, del uraco, pancreático así como con aneurismas aórticos, tumores carcinoides, metástasis o ascitis.

Cirugía r0 en neoplasia de ángulo hepático infiltrante a duodeno e hígado.

Javier Rivera Castellano, Rocio Soler Humanes, María Teresa Sánchez Barron, Antonio del Fresno Asensio, Eduardo Marques Merelo, Miguel Ángel Suárez Muñoz

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: En pacientes con patología tumoral se define cirugía con intención curativa cuando no queda tumor residual macroscópico después de realizada la intervención, lo cual puede suponer aumento de la tasa de supervivencia de dichos paciente. La mejoría en las técnicas, instrumental y en la destreza del equipo quirúrgico juegan un papel fundamental en los casos de neoplasias de gran tamaño o infiltrantes a órganos vecinos.

Presentamos el caso clínico de un paciente de 67 que ingresa en el servicio de Medicina Interna por cuadro constitucional, vómitos y dolor a nivel de hipocondrio derecho. Durante el estudio es diagnosticado de neoplasia de ángulo hepático con infiltración de 3ª porción duodenal y cara inferior del borde medial hepático.

Durante la cirugía se realiza hemicolectomía derecha asociada a exéresis de pastilla tumoral en 2ª-3ª porción duodenal por infiltración así como infiltración a nivel hepática. Dada la localización de la infiltración duodenal se decide canalización de vía biliar para referenciar ampolla de Vater y evitar lesiones y colocación de tubo en T y posterior duodenoplastia para cierre del mismo con refuerzo con Tissucol

La anatomía patológica posterior confirmó la resección con márgenes libres de tumor. El paciente evolucionó favorablemente durante su estancia hospitalaria y abandonó el hospital asintomático con tubo de Kehr pinzado y en sucesivas revisiones por parte de cirugía se ha confirmado que se encuentra libre de enfermedad tumoral, se le ha retirado tubo de Kehr y no presenta complicaciones postquirúrgicas.

La importancia del acto quirúrgico de la resección primaria de un tumor de colon es tal que el pronóstico del paciente gravita directamente en relación con éste. Es por ello sumamente importante la necesidad de un diagnóstico y estadiaje preciso, para lograr resección completas y curativas.

Hemorragia digestiva masiva por angiodisplasia de yeyuno: hallazgo intraoperatorio

Javier Rivera Castellano, María Teresa Sánchez Barron, Rocio Gómez Pérez, Luis Tomás Ocaña Wilhemi, Miguel Ángel Suárez Muñoz

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: La hemorragia digestiva de intestino delgado es una patología poco frecuente y que supone un gran reto para el médico. Alrededor del 30-40% de las hemorragias digestivas localizadas en el intestino delgado son debidas a la angiodisplasia, una malformación vascular.

Presentamos el caso de una paciente de 76 años que ingresa en el servicio de Medicina Interna por cuadro compatible con GEA. Presentando en el ingreso episodio de inestabilización y deterioro ingresa en UCI y con TC de abdomen con hallazgo de hernia crural incarcerada pasa a cargo de cirugía, donde se realiza cirugía urgente (hernioplastia crural). En el postoperatorio en planta comienza con hemorragia digestiva baja masiva con importante repercusión hemodinámica, EDA normal hasta 2ª porción y EDB con restos hemáticos en colon derecho, lo que hacía sugerir la localización del sangrado a nivel de intestino delgado. Ante el empeoramiento de la paciente y la incapacidad de traslado para exploraciones complementarias se decide laparotomía exploradora, objetivándose plastrón inflamatorio de asas de delgado (yeyuno) a trompa derecha y abundante sangre endoluminal a nivel yeyunal con hallazgos macroscópicos de angiodisplasia a dicho nivel. Se realiza resección amplia de dicho segmento que posteriormente fue informado por anatomía patológica como hallazgos histopatológicos de angiodisplasia de intestino delgado.

Finalmente la paciente evoluciona lenta pero favorablemente siendo dada de alta asintomática y sin nuevos episodios de sangrado.

La hemorragia digestiva de origen intestinal (más concretamente intestino delgado) es una patología compleja por la dificultad de su localización. A pesar de la resolución de este caso, hoy en día existen varias pruebas diagnósticas para localización de la misma (técnicas radiológicas, angiografías, exámenes de medicina nuclear, EDA, enteroscopia) así como abordajes terapéuticos alternativos a la cirugía como son el endoscópico y el farmacológico.

Abdomen agudo por drenaje intraabdominal migrado tras cirugía bariátrica

Javier Rivera Castellano, María Teresa Sánchez Barron, Jose Luis Cuba Castro, Jose Rivas Becerra, Jose Rivas Marín, Luis Tomas Ocaña Wilhemi, Miguel Ángel Suárez Muñoz

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: La cirugía bariátrica es cada vez es más frecuente y cada vez son más los pacientes intervenidos. El volumen de pacientes intervenidos crece año tras año, y con ello la posibilidad de que los pacientes acudan a urgencias por complicaciones relacionadas con la cirugía que se les ha practicado.

Presentamos el siguiente caso de abdomen agudo de una paciente de 38 años intervenida de obesidad mórbida - IMC

60 (Gastrectomía vertical laparoscópica) en nuestro centro que acude al servicio de urgencias de Hospital Comarcal al 8º día postoperatorio por dolor abdominal súbito a nivel de hemiabdomen inferior - hipogastrio, que no cede con analgesia potente sin otra clínica acompañante. La paciente se encontraba taquicárdica, normotensa, sin náuseas ni vómitos, analítica sin alteraciones reseñables y a la exploración signos de irritación peritoneal a nivel de hemiabdomen inferior. Ante esta sintomatología y los hallazgos del TC de abdomen es remitida a nuestro Hospital para valoración quirúrgica.

El TC informaba de cambios postquirúrgicos en área gástrica evidenciando burbujas de aire libre adyacentes a área postquirúrgica, al lóbulo hepático izquierdo y colon izquierdo, de difícil caracterización en cuanto a si se trata de residual o de otra etiología. No colecciones, ni liquido libre, drenaje intraabdominal en flanco izquierdo.

La radiografía de abdomen, realizada en nuestro centro, aportaba un dato de suma importancia, mostrando la migración del drenaje intraabdominal (situado durante la cirugía a lo largo de la curvatura mayor con la punta en el ángulo de Hiss) hacia la pelvis.

Dicha migración del drenaje obligó a la retirada del mismo lo que condujo a la mejoría de la paciente que pudo ser dada de alta asintomática a los 2 días.

El dolor abdominal tras cirugía bariátrica puede tener distintas causas, pero debemos intentar buscar inicialmente las que pueden ser consecuencia de ella y que podrían poner en peligro la vida del paciente si existe un retraso diagnóstico y terapéutico. Estos cuadros de abdomen agudo pueden desencadenarse por complicaciones de la propia técnica quirúrgica, sin olvidar otros cuadros abdominales. Estamos ante un caso muy infrecuente de dolor abdominal 2º a migración del drenaje intraabdominal que provoca un cuadro de abdomen agudo y que requiere de una sospecha diagnóstica para la resolución del problema.

Cecopexia En El Tratamiento Urgente Del Vólvulo De Ciego

Javier Rivera Castellano, Cristina Monje Salazar, María Teresa Sánchez Barron, Luis Tomas Ocaña Wilhemi, Miguel Ángel Suárez Muñoz

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: El vólvulo del ciego es una condición clínica infrecuente y representa solamente el 2 a 3% de los casos de oclusión intestinal en el adulto. El vólvulo intestinal se produce por la torsión de un segmento móvil del colon alrededor de su eje mesentérico. La localización, por orden de frecuencia es: un 80% en sigma, un 15% en ciego y un 5% en colon transversal. En este caso se presenta un paciente de 22 años, sin antecedentes de interés que consulta por cuadro de obstrucción intestinal junto con dolor abdominal en hipocondrio izquierdo, analítica anodina, exploración con defensa y peritonismo a nivel de hipocondrio izquierdo y TAC de abdomen compatible con vólvulo de ciego. Se realizó laparotomía exploradora, con los hallazgos de vólvulo de ciego, que se reparo y se fijo a parietocólico derecho mediante cecopexia.

En este caso obtamos por desvolución y cecopexia a parietocólico por la edad del paciente, el buen estado general del mismo, y el buen estado del intestino afectado. El paciente tuvo un postoperatorio dentro de la normalidad y tras meses de la cirugía el paciente se encuentra asintomático y sin nuevos episodios obstructivos, y sin complicaciones relacionadas con la cirugía.

El vólculo de ciego es una afección a tener en cuenta como causa de obstrucción intestinal. Son más raros que los del colon izquierdo y no presentan una distribución geográfica ni étnica definida. Existen varias variantes en el tratamiento, desde tratamiento conservadores (tasas de recidivas más elevadas), hasta tratamientos quirúrgicos más o menos agresivos (cecopexias, cecostomías, hemicolectomías derechas)

Fistuloclis

Javier Rivera Castellano, María Teresa Sánchez Barron, Rocio Soler Humanes, Antonio del Fresno Asensio, Juan Jose Daza González, Eduardo Marques Merelo, Miguel Ángel Suárez Muñoz

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: Uso de orificio fistuloso distal, como orificio para introducir una sonda para alimentar distalmente. Se trata de una opción nutricional complementaria y valida en determinados tipos de pacientes. En este caso presentamos un paciente de 70 años, intervenido de neoplasia de ángulo esplénico y nódulo pulmonar metastásico, que durante el seguimiento y control se descubre en TAC y se corrobora con PET-TAC, de nódulo hipercaptante sugestivo de recidiva a nivel de ligamento esplenocólico. Tras realización de cirugía de rescate donde se reseca dicha lesión en el postoperatorio el paciente sufre fistula intestinal junto con evisceración y tras evolución tórpida y manejo del paciente con abdomen abierto, se desarrollan 2 orificios fistulosos. Desde ese momento se continua con manejo nutricional, NP, NE, y nutrición a través de orificio fistuloso distal.

El paciente evolucionó de manera favorable, siguiendo revisiones sistemáticas con el servicio de Endocrinología y Nutrición para manejo nutricional (aportes orales, NE por fistula, NE oral)

En ciertos pacientes seleccionados con fistulas enterocutáneas establecidas y con dificultad para el manejo nutricional del mismo (necesidad de NPT, NE, episodios de Insuficiencias renales, deshidratación, desnutrición), se puede utilizar el orificio fistuloso distal para apoyar el manejo nutricional del paciente (desde hidratación a nutrición enteral)

Resección Abdominoperineal En Prono Jackknife: Experiencia De 6 Meses En Hospital De 2º Nivel

Javier Rivera Castellano, María Teresa Sánchez Barron, Jose Luis Cuba Castro, Antonio del Fresno Asensio, Juan Jose

Daza González, Luis Lobato Bancalero, Eduardo Marques Merelo, Miguel Ángel Suárez Muñoz

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: La amputación abdominoperineal de recto descrita por Ernest Miles en 1908, ha sido considerada la técnica de elección para el tratamiento quirúrgico del cáncer de tercio inferior de recto, aun así la técnica ha sido progresivamente modificada y simplificada, realizando la resección en un solo tiempo quirúrgico, sin cambiar la posición del paciente.

Actualmente los nuevos estándares de calidad de la resección quirúrgica propuestos inicialmente por Heald y por Quirke, han condicionado que se vuelva a realizar esta intervención en 2 tiempos, con modificaciones técnicas para la reconstrucción y cierre del periné (mallas, colgajos), para conseguir una correcta exéresis del tumor, con menor tasa de perforaciones tumorales, disminuyendo así la tasa de recidivas locales.

Presentamos nuestros primeros resultados (desde mayo de 2013 hasta mayo 2014) en el Hospital Virgen de la Victoria, de amputaciones abdominoperineales con abordaje perineal en prono y colocación de malla biológica para reconstrucción perineal

Pacientes con neoplasia rectal inferior candidatos a AAP (incontinencia previa, infiltración tumoral de esfínteres, imposibilidad técnica)

Desde mayo 2013 a mayo 2014 han sido intervenidos un total de 10. pacientes. Varones (8), mujeres (2), edad media (68 años), distancia media al margen anal (4,2cm). La cirugía en todos los pacientes se ha realizado tras las 8 semanas de RT neoadyuvante. Abordaje laparoscópico (60%), abierta (40%).

No ha existido ningún caso de perforación tumoral con esta técnica, como complicaciones registradas 1 caso de infección de herida perineal, 1 caso de sangrado de la cápsula prostática controlado intraoperatoriamente, 1 caso de lesión ureteral incompleta a su entrada en la vejiga por infiltración tumoral del mismo, que se soluciono igualmente intraoperatoriamente con catéter ureteral. La estancia media ha sido de 12,8 días

Creemos que la amputación abdominoperineal con resección perineal en prono «Jackknife» es una técnica segura, que facilita el abordaje perianal al mejorar la exposición de la disección, se obtiene así una pieza más cilíndrica, lo cual aumenta el volumen tisular alrededor del tumor y, por tanto, conseguimos de esta manera reducir los márgenes de resección circunferencial positivos (este parámetro es un factor pronóstico independiente). Así mismo según literatura previa se observan mejores resultados en cuanto a tasas de infecciones de las heridas perineales.

Frácturas óseas múltiples como debut de síndrome de cushing por adenoma suprarrenal

Javier Rivera Castellano, Cristina Monje Salazar, María Teresa Sánchez Barron, Enrique Glückmann Maldonado, Luis Tomas Ocaña Wilhemi, Miguel Ángel Suárez Muñoz

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: El síndrome de Cushing comprende los síntomas y signos asociados con una exposición prolongada a

unos niveles inapropiadamente elevados de glucocorticoides. La gran mayoría (60-70%) se debe a un adenoma hipofisario; conocido como enfermedad de Cushing. Otras causas son los tumores o anomalías en las glándulas suprarrenales y secreción ectópica de ACTH. La osteoporosis es muy frecuente en los pacientes con síndrome de Cushing. El deterioro funcional y estructural del hueso es causa importante de morbilidad y discapacidad en estos pacientes, los cuales tienen un mayor riesgo de fracturas, fundamentalmente a nivel vertebral.

Presentamos el caso de una paciente de 41 años, HTA de reciente descubrimiento, e intervenida meses antes de cifoplastia vertebral L5 por fractura vertebral patológica/osteoporótica, detectada en el contexto de dolor lumbar. Ingresa en Servicio de Medicina Interna por dolor lumbar y en ambos MMII. Destaca a la exploración los rasgos cushingoides (piel fina, seca, atrófica, leve hirsutismo), labilidad emocional, obesidad centrípeta y la importante impotencia funcional por dolor de la charnela lumbar, con dolor a la movilización de la cadera y dificultad para la deambulacion. Analíticamente presentaba cifras de Hb, coagulación normales. La densitometría ósea realizada era compatible con osteoporosis en columna lumbar (T-score -4,34). La gammagrafía ósea informaba de focos hipercaptante a nivel de D9 y L5 altamente osteogénica con morfología compatible con aplastamientos. Hiperosteogénesis difusas de ambas sacroiliacas. Ante estos hallazgos de completa perfil analítico junto con hormonas. Cortisol 41,13 µg/dl, ACTH <1 pg/ml, cortisol en orina 800 µg, PRL 11,7, FSH 2,5, LH 0,09, estradiol <11,8, PRG 0,02, TSH 0,52, T4 0,71. Tras la realización de test de frenación fuerte con 8mg dexametasona < 5, junto con los hallazgos hormonales se diagnostica de síndrome de Cushing independiente de ACTH. En este contexto clínico se le realiza TC de abdomen donde se informaba de 2 lesiones nodulares a nivel de suprarrenal izquierda (uno de 1cm y otro 3 x 2,5 cm). A nivel óseo aplastamiento vertebrales múltiples (desde T10 hasta L4) que se confirma en resonancia magnética junto con fracturas incompletas por insuficiencia en ambos cuellos femorales.

Se recomendó en este momento derivación de la paciente a cirugía para realización de suprarrenalectomía izquierda laparoscópica. La anatomía patológica informó de adenoma suprarrenal izquierdo. La paciente evolucionó favorablemente siendo dada de alta bajo control por parte de endocrinología y traumatología.

Aunque la osteoporosis es frecuente en el síndrome de Cushing, las fracturas espontáneas constituyen una forma de presentación excepcional. Revisando la literatura previa son muy infrecuentes los casos de fracturas múltiples asociadas a adenoma suprarrenal. El tratamiento habitual del adenoma suprarrenal es quirúrgico, siendo la suprarrenalectomía unilateral electiva la técnica de elección. Existe consenso en la literatura en que se debería descartar la existencia de enfermedad/síndrome de Cushing en todos los pacientes jóvenes con osteoporosis y/o fracturas de estrés.

Carcinomatosis peritoneal por tumor desmoplásico de células redondas y pequeñas

Javier Rivera Castellano, María Teresa Sánchez Barron, Luis Carlos Hinojosa Arco, Luis Tomás Ocaña Wilhemi, Jose Rivas Marín, Miguel Ángel Suárez Muñoz

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen: El tumor desmoplásico de células pequeñas y redondas es un tumor extremadamente poco frecuente y agresivo que afecta a varones jóvenes. Se presenta típicamente en las superficies serosas del peritoneo pélvico o abdominal. Sólo unos pocos cientos de casos han sido referidos en todo el mundo desde la primera descripción en 1989.

Presentamos el caso de un paciente de 43 años que consulta en su médico de atención primaria por dolor abdominal inespecífico, síndrome constitucional y palpación de tumoración abdominales. A la exploración presenta un abdomen con sensación y palpación de múltiples masas abdominales que son confirmadas por TC de abdomen como múltiples masas intraabdominales e implantes peritoneales en relación a carcinomatosis peritoneal. En el BAG informa de infiltración por carcinoma (+) para CK AE1/AE3, CK CAM5,2, EMA y CD 10. Ante estos hallazgos y la necesidad de diagnóstico más certero se decide biopsia quirúrgica de las masas intraabdominales, que se realiza sin complicaciones. La anatomía patológica definitiva informa de tumor desmoplásico de células redondas y pequeñas (+) para desmina y enolasa.

El paciente evolucionó favorablemente de la cirugía, y pudo ser dado de alta a domicilio, donde continúa su seguimiento por unidad de oncología médica de nuestro centro.

TDCPR es una neoplasia poco frecuente que afecta principalmente a pacientes adultos jóvenes con predominio por el sexo masculino. El diagnóstico se basa en los signos clínicos, exámenes endoscópicos (laparoscopia) y/o técnicas de imagen (radiografía, tomografía computarizada tóraco-abdomino-pélvica). La biopsia de la masa tumoral muestra nidos de células poco diferenciadas pequeñas y redondas con escaso citoplasma y núcleos hipercromáticos rodeados de un estroma desmoplásico. El diagnóstico se confirma por su fenotipo inmunológico (células tumorales que expresan varias citoqueratinas (KLI, AE1/AE3), desmina y enolasa neurona-específica), y por la identificación molecular. El tratamiento combinado de quimioterapia, radioterapia y cirugía ha demostrado los mejores resultados. Hay estudios prospectivos en curso para evaluar el efecto de la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC), la quimioterapia de mantenimiento y la terapia dirigida. El pronóstico es malo. La supervivencia global media es de 17 meses y menos del 20% de los pacientes viven más de 5 años después del diagnóstico.

Recidiva pélvica de cáncer de recto. ¿El crecimiento exofítico prolonga la supervivencia?

F.J. Pérez Lara, H. Oehling de los Reyes, J.M. Mata, A. del Rey Moreno, H. Oliva Muñoz.

Hospital de Antequera. Málaga.

Objetivo: El cáncer colorrectal es uno de los más frecuentes

con una estimación de 1,23 millones de nuevos casos a nivel mundial durante el 2008. La recidiva local después de la cirugía curativa para el cáncer rectal ocurre en 4-33% de los casos. Para muchos pacientes, el diagnóstico de recidiva local se realiza en la etapa tardía de la enfermedad debido a la alta tasa de pacientes asintomáticos.

Material y Métodos: Presentamos el caso de una paciente mujer de 41 años que 7 años antes es intervenida por cáncer de recto. Hace 4 años y medio se interviene por recidiva pélvica no resecable por presentar pelvis congelada (se trata con quimioterapia y radioterapia paliativa). En la evolución de la enfermedad precisa nefrectomía percutánea por hidronefrosis y posteriormente presenta absceso presacro que infiltra muslo derecho tratado con drenaje y debridamiento. En su evolución la paciente presenta masa exofítica a través de la vagina con infecciones de repetición y sangrado. Finalmente se detectan metástasis hepáticas y pulmonares culminando con fallo multiorgánico y éxitus.

Resultado: La recidiva local de cáncer de recto potencialmente resecable supone una dificultad técnica adicional para la cirugía, con tasas de resección Ro entre 37% y 57% cuando la recidiva se produce en un intervalo menor a 12 meses se considera un factor predictivo negativo para la supervivencia libre de enfermedad y global.

Tradicionalmente, la afectación tumoral de la pared lateral pélvica ha sido una contraindicación absoluta para la exenteración pélvica con intención curativa debido a su mal pronóstico y la dificultad de lograr un resection Ro. El número de sitios pélvicos invadido parece ser un factor predictivo para la supervivencia global y libre de enfermedad y la presencia de al menos dos puntos de fijación pélvico (anterior, posterior o lateral) representa un factor pronóstico negativo.

En el caso que presentamos el tumor sólo ha presentado metástasis al final de su evolución natural y la mayor parte del crecimiento ha tenido lugar a nivel local, a lo que se suma que ha encontrado una vía externa de crecimiento a través de la vulva por lo que se ha retrasado la compresión de estructuras nobles pélvicas, por esto pensamos que la evolución de la pelvis congelada hasta el éxitus en este caso ha sido tan larga (4 años y medio), teniendo en cuenta que no se han comunicado supervivencias superiores a los 3 años para las recidivas locales de cáncer de recto sin tratamiento curativo y la mediana de supervivencia esperada es de entre 3 a 6 meses.

Conclusión: Por tanto en este caso se ha superado en un 50% la supervivencia máxima descrita en la literatura, lo que nos hace reflexionar y aunque puedan estar implicados también otros factores, dejamos en el aire la pregunta de si en la recidiva local de cáncer de recto el crecimiento exofítico del tumor puede prolongar la supervivencia.

Colocación de malla biológica sobre parche epiploico como alternativa en los grandes defectos del hiato

F.J. Pérez Lara, H. Oehling de los Reyes, J. Doblas Fernández, A. Del Rey Moreno, H. Oliva Muñoz
Hospital de Antequera. Málaga.

Objetivo: La colocación de mallas en las grandes hernias de hiato se ha hecho imprescindible en los últimos años. El problema que plantean estos implantes es la alta tasa de complicaciones a este nivel (erosión esofágica, perforación, fistul. Planteamos como posible solución al problema la colocación de una malla sintética reabsorbible apoyada en un colgajo de epiploón.

Material y método: Intervenimos mediante abordaje laparoscópico a una mujer de 54 años con un gran defecto en el hiato (9 cm) mediante la colocación de malla sintética reabsorbible y apoyo de la misma en un colgajo epiploico.

Resultados: La intervención se ha realizado con éxito, con alta al segundo día postoperatorio y sin signos de recidiva ni complicaciones en la revisión a los 18 meses postoperatorio.

Conclusiones: La colocación de una malla reabsorbible apoyada en colgajo de epiploón puede ser una solución para el problema de los grandes defectos del hiato esofágico, no obstante hacen falta estudios con un mayor número de casos y seguimiento a largo plazo.

Cáncer medular de colon: diagnóstico reciente e infrecuente. Tres casos en nuestro centro.

Gámez Córdoba ME, Jironda Gallegos MC, Ruiz López M, González Poveda I, Toval Mata JA, Carrasco Campos J, Mera Velasco S, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: El carcinoma medular (CM) es una variante infrecuente de cáncer colorrectal reconocido desde el año 2000 como tipo histológico independiente en la clasificación de neoplasias epiteliales colorrectales de la OMS. Presenta muy baja incidencia (0,03 % carcinomas colorrectales esporádicos). Existen escasas series publicadas. Presentamos 3 casos intervenidos en nuestra unidad con este diagnóstico y una revisión de la literatura.

Caso 1: Varón de 84 años intervenido de urgencia en abril 2007 por tumoración de ciego perforada con peritonitis generalizada (pT3No). Tuvo mala evolución postoperatoria con disfunción multiorgánica siendo éxitus el tercer día postoperatorio. **Caso 2:** Varón de 73 años intervenido de urgencia en septiembre 2009 por obstrucción intestinal secundaria a neoplasia de colon derecho localmente avanzada con infiltración peritoneal y tejido graso retroperitoneal (Estadio IIIC). Recibió quimioterapia adyuvante y un año después debutó con una recidiva local que se trató con radioterapia con respuesta parcial. Dos años después presentó una obstrucción intestinal por progresión de la enfermedad decidiéndose bypass digestivo paliativo. **Caso 3:** Varón de 46 años ex-politoxicómano y cirrótico virus C. Intervenido en octubre 2013 por neoplasia de colon derecho de gran tamaño con afectación de pared abdominal, uréter y fascia de Gerota (pT3No - Estadio IIa). El postoperatorio cursó con descompensación hepática severa, evisceración y colección intraabdominal. En todos se realizó una hemicolectomía derecha oncológica y el informe anatomopatológico describía cáncer medular infiltrante sin afectación ganglionar.

Discusión: El CM se caracteriza histologicamente por cre-

cimiento sincitial, células con grandes núcleos y nucleólos prominentes, y un importante infiltrado linfocitario peritumoral. Existen pocos trabajos sobre su perfil inmunohistoquímico, donde parecen característicos la positividad a MUC-1 (67 %), MUC 2 (60 %), CDX2 (15-20 %) y calretinina (73 %). Se asocia a inestabilidad de microsátelites (MSI) y negatividad MLH1 (80-100%). Suele presentarse en pacientes de edad avanzada (69-75 años), con mayor incidencia en mujeres (66-87 %) en las que aparece en edades más tempranas (media 64 años), en colon derecho (60-74 %), tumores de gran tamaño (media 7cm), con infiltración local (T₃ 48 %), y sin afectación ganglionar (No 60 %). Presentan mayoritariamente estadios IIA, siendo característico de los varones presentar estadios más avanzados. Se acompañan de elevación del CEA un 40%. Su pronóstico es favorable (supervivencia al año 92,7 %, 5 años 60 %). El 100% de nuestros pacientes con CM eran varones, con tumores de gran tamaño con infiltración local (T₃) que se localizaban en colon derecho.

Conclusiones: El MC es un tipo infrecuente de carcinoma colorrectal de reciente incorporación como tipo histológico independiente. Debido a ello existe poca información disponible en la literatura. Son necesarios nuevos avances en inmunohistoquímica y series con un mayor número de casos para conocer mejor la etiopatogenia del CM y optimizar los resultados de su tratamiento médico-quirúrgico.

Utilización de localizador magnético orientable para la extracción de cuerpo extraño en tejidos blandos

F.J. Pérez Lara, H. Oehling de los Reyes, R. Marín Moya, A. Del Rey Moreno, H. Oliva Muñoz

Objetivo: La extracción de objetos metálicos en tejidos blandos a menudo suele ser frustrante y consumir mucho tiempo de cirugía. A pesar del uso de preoperatorio de radiografías y radioscopia intraoperatoria, la localización estos objetos metálicos puede ser extremadamente difícil. Nos planteamos que la utilización de un imán orientable para la localización del cuerpo extraño podría ser útil en estos casos.

Material y método: Paciente mujer de 19 años sin antecedentes personales de interés y como antecedente familiar de interés para el caso clínico destaca que su padre es carpintero. Consulta por presentar en los últimos meses molestias a nivel de hipocondrio izquierdo en zona cercana a parrilla costal, no recuerda ningún antecedente traumático. Se realiza radiografía de abdomen donde se observa cuerpo extraño en la zona afecta, confirmando en TAC que se localiza en pared abdominal. Se explora en consulta comprobando que se trata de un objeto metálico con afinidad por el imán. Se interviene utilizando un localizador magnético para la ubicación del cuerpo extraño, extrayendo fragmento metálico de lo que parece una puntilla. Se vuelve a explorar la zona detectando el imán actividad y se explora zona señalada por el localizador magnético extrayendo un segundo fragmento. Volvemos a explorar sin detectar en este caso actividad magnética, descartando que queden mas fragmentos. La evolución postoperatoria es satisfactoria, con alta ambulatoria y la radiografía de control confirma la extracción completa del cuerpo extraño.

Resultado: La incrustación de cuerpos extraños de tejidos blandos es algo que puede suceder con relativa frecuencia y su extracción bastantes veces se convierte en un autentico reto por la dificultad que supone la localización de los mismos.

Se han descrito numerosas opciones técnicas para ayudarnos a localizar el objeto, como intensificadores de imagen, detectores de metales, imanes, fluoroscopia, e, aunque con un porcentaje de éxito poco satisfactorio.

Nosotros hemos usado en este caso un potente imán con la capacidad de orientarse hacia la dirección del objeto metálico como un péndulo, de manera que cuando se encuentre en la posición neutra estamos justo encima del objeto. El dispositivo es simple y barato, consiste en un imán en contacto con la cabeza de una puntilla, y ésta en contacto con la cabeza de un clavo, de tal manera que se crea un campo magnético que mantiene las tres piezas unidas y además donde se unen la puntilla y el clavo la movilidad es absoluta como si fuera una articulación universal, lo que va a permitir que la puntilla se oriente hacia cualquier objeto que sea atraído por el imán.

Conclusiones: En resumen con todo lo anteriormente expuesto, pensamos que en los casos de incrustación de objetos metálicos en tejidos blandos puede ser muy útil la utilización de un imán para su localización y extracción, siendo éste un método inocuo y barato. El uso del imán en un dispositivo como el que hemos descrito en este caso nos aporta un plus de comodidad en la búsqueda, facilitando la localización, ya que vamos a tener una orientación espacial tridimensional gracias a su capacidad de señalar la zona de atracción magnética y de esta manera se pueden resolver casos complejos de pequeños objetos metálicos perdidos en zonas profundas difíciles de localizar.

Cáncer medular de colon: diagnóstico reciente e infrecuente. Tres casos en nuestro centro.

Gámez Córdoba ME, Jironda Gallegos MC, Ruiz López M, González Poveda I, Toval Mata JA, Carrasco Campos J, Mera Velasco S, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: El carcinoma medular (CM) es una variante infrecuente de cáncer colorrectal reconocido desde el año 2000 como tipo histológico independiente en la clasificación de neoplasias epiteliales colorrectales de la OMS. Presenta muy baja incidencia (0,03 % carcinomas colorrectales esporádicos). Existen escasas series publicadas. Presentamos 3 casos intervenidos en nuestra unidad con este diagnóstico y una revisión de la literatura.

Caso 1: Varón de 84 años intervenido de urgencia en abril 2007 por tumoración de ciego perforada con peritonitis generalizada (pT₃N₀). Tuvo mala evolución postoperatoria con disfunción multiorgánica siendo exitus el tercer día postoperatorio. **Caso 2:** Varón de 73 años intervenido de urgencia en septiembre 2009 por obstrucción intestinal secundaria a neoplasia de colon derecho localmente avanzada con infiltración peritoneal y tejido graso retroperitoneal (Estadio IIIC). Recibió quimioterapia adyuvante y un año después debutó con una recidiva local que se trató con radioterapia con respuesta

parcial. Dos años después presentó una obstrucción intestinal por progresión de la enfermedad decidiéndose bypass digestivo paliativo. CASO 3: Varón de 46 años ex-politoxicómano y cirrótico virus C. Intervenido en octubre 2013 por neoplasia de colon derecho de gran tamaño con afectación de pared abdominal, uréter y fascia de Gerota (pT3No - Estadío IIa). El postoperatorio cursó con descompensación hepática severa, evisceración y colección intraabdominal. En todos se realizó una hemicolectomía derecha oncológica y el informe anatomopatológico describía cáncer medular infiltrante sin afectación ganglionar.

Discusión: El CM se caracteriza histológicamente por crecimiento sincitial, células con grandes núcleos y nucleólos prominentes, y un importante infiltrado linfocitario peritumoral. Existen pocos trabajos sobre su perfil inmunohistoquímico, donde parecen característicos la positividad a MUC-1(67%), MUC 2(60%), CDX2(15-20%) y calretinina(73%). Se asocia a inestabilidad de microsatélites (MSI) y negatividad MLH1(80-100%). Suele presentarse en pacientes de edad avanzada (69-75 años), con mayor incidencia en mujeres (66-87%) en las que aparece en edades más tempranas (media 64 años), en colon derecho (60-74%), tumores de gran tamaño (media 7cm), con infiltración local (T3 48%), y sin afectación ganglionar (No 60%). Presentan mayoritariamente estadíos IIA, siendo característico de los varones presentar estadíos más avanzados. Se acompañan de elevación del CEA un 40%. Su pronóstico es favorable (supervivencia al año 92,7%, 5 años 60%). El 100% de nuestros pacientes con CM eran varones, con tumores de gran tamaño con infiltración local (T3) que se localizaban en colon derecho.

Conclusiones: El MC es un tipo infrecuente de carcinoma colorrectal de reciente incorporación como tipo histológico independiente. Debido a ello existe poca información disponible en la literatura. Son necesarios nuevos avances en inmunohistoquímica y series con un mayor número de casos para conocer mejor la etiopatogenia del CM y optimizar los resultados de su tratamiento médico-quirúrgico.

Uso del músculo dorsal ancho en cirugía reconstructiva mamaria

Sofía Ortega Ruiz, Pablo Moreno Marín, Juan Carlos Navarro Duarte, Ángel Reina Duarte, Rafael Rosado Cobián

Hospital Torrecárdenas, Almería

Resumen: La reconstrucción parcial de la mama con colgajos musculocutáneos constituye una alternativa entre los procedimientos conservadores y radicales de la mama. Se realiza, casi de forma exclusiva, a partir de un colgajo del músculo dorsal ancho por dos razones principales: accesibilidad y baja incidencia de complicaciones. A pesar de dichas características, y de tener unos resultados oncológicos y estéticos aceptables, no está universalmente aceptada.

Presentamos dos mujeres, de 37 y 55 años, con una neoplasia primaria y recidivada, respectivamente, en las que la reconstrucción parcial con dorsal ancho ha permitido conservar la mama y reconstruirla en un solo tiempo obteniendo buenos

resultados tanto estéticos como oncológicos. Ambas neoplasias se encontraban situadas en el cuadrante superior interno, lo que imposibilitaba la realización de técnicas oncoplasticas como una mamoplastia horizontal con elevación del complejo areola-pezones o una extirpación simple.

El uso de esta técnica es controvertido, y más aún en casos de recidiva tumoral, donde la mastectomía se considera la técnica de elección. Según nuestros resultados, en casos de tumores y recidivas situadas en los cuadrantes superiores internos o unión de cuadrantes superiores, donde hay poco parénquima mamario, y además zonas muy visibles, esta técnica representa una buena herramienta para realizar una cirugía con resultados oncológicos óptimos y además solucionar las grandes deformidades estéticas tras una cirugía conservadora.

Abdomen agudo quirúrgico con plastrón inflamatorio ileocecal como resultado de infección parasitaria.

Gil Alonso L, De los Reyes Lopera N, Valdés Hernández J, Del Río Lafuente F, Cañete Gómez J, Oliva Mompeán F, Capitán Morales

Hospital Virgen Macarena, Sevilla

Resumen: La anisakiasis es una infección parasitaria producida por la ingestión de la larva del gusano Anisakis, que puede estar presente en el pescado crudo o poco cocinado. Un elevado porcentaje de estas infecciones cursan asintomáticas y en otras ocasiones se manifiestan como clínica de hipersensibilidad (mediada por IgE). No obstante, cuando este parásito produce afectación local de ciertos segmentos del intestino, puede ser responsable de cuadros de abdomen agudo cuya clínica simule una apendicitis aguda, brote de EII, obstrucción intestinal, etc.

A continuación se presenta un caso de anisakiasis intestinal que simula cuadro compatible con apendicitis aguda.

Mujer de 17 años, con antecedentes de hipotiroidismo, que presenta dolor abdominal difuso de 6 días de evolución, con posterior focalización en fosa ilíaca derecha acompañado de fiebre y náuseas. Niega otra sintomatología. A la exploración la paciente presenta dolor selectivo en fosa ilíaca derecha, con signo de Blumberg positivo. Se palpa plastrón en dicha zona.

En cuanto a las pruebas complementarias, la paciente presenta un TAC en el que se observa una masa heterogénea de unos 4cm en posición posteroinferior al ciego. También se aprecia imagen en sacacorchos sugestiva de invaginación íleo-ileal distal, así como varias adenopatías y líquido libre en fondo de saco de Douglas. La analítica urgente realizada no muestra leucocitosis, pero sí elevación de PCR.

Se decide intervención quirúrgica urgente.

Se realiza laparoscopia exploradora, hallando tumoración de unos 6cm que afecta principalmente a ciego y región de válvula ileocecal, con probable origen en el apéndice. Por dificultades técnicas y al no poder localizar claramente el apéndice se decide convertir a McBurney y se realiza ileocecectomía con exéresis del meso de íleon terminal y mesocolon, en el que se aprecian varias adenopatías. Se practica anastomosis ileocólica latero-lateral manual y lavado de cavidad.

La paciente cursa con un postoperatorio sin incidencias, con restablecimiento del tránsito intestinal y siendo dada de alta 5 días después.

En el estudio anatomopatológico se aprecia importante infiltrado de eosinófilos y células plasmáticas de la pared intestinal con reacción fibrosa periapendicular intensa. Dichos hallazgos sugieren apendicitis aguda cronicada probablemente secundaria a infección por parásitos.

En seguimiento al alta en consultas de Digestivo, ante dichos hallazgos, se le realiza test de parásitos en heces, que es negativo.

En el caso presentado, la paciente presentaba un cuadro compatible con apendicitis aguda que indicó cirugía urgente. Los hallazgos intraoperatorios obligaron a cambiar el manejo inicial debido a la importante afectación de la pared intestinal de la región ileocecal causada por dicho parásito.

En nuestro caso, en el estudio anatomopatológico no se pudo evidenciar la presencia del parásito, dado que frecuentemente el organismo del huésped lo destruye y sólo se aprecia el infiltrado eosinofílico residual. El test de huevos en heces no es útil, puesto que rara vez el parásito alcanza la madurez en el huésped humano. La analítica de sangre también es inespecífica, y en muy pocos casos se presenta eosinofilia periférica.

Es muy infrecuente que la anisakiasis se presente como un cuadro de abdomen agudo. Puede presentarse con una clínica muy variada e inespecífica. Por esta razón, es importante tener un alto índice de sospecha para llegar a su diagnóstico.

Absceso perianal persistente como presentación de diverticulitis aguda. Manejo Conservador

De los Reyes Lopera N, Gil Alonso L, Naranjo Fernández JR, Oliva Mompeán

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

Resumen: La diverticulitis aguda es una entidad que suele presentarse como dolor abdominal agudo, de predominio en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda.

Dependiendo de su severidad, que se basa en la clasificación de Hinchey, puede llegar a requerir desde tratamiento conservador con antibioterapia intravenosa y medidas de soporte, pasando por drenaje percutáneo de colección intraabdominal, hasta una eventual cirugía de urgencia.

Pero en ocasiones puede presentarse de manera subaguda como enfermedad fistulizante a localizaciones vecinas.

A continuación presentamos un caso inusual que debutó como absceso perianal y que fue tratado con éxito de manera conservadora.

Método Paciente de 55 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos. Acude a urgencias por absceso perianal a las 9 horas en posición genupectoral que fue drenado con sedación sin incidencias.

Acude de nuevo a urgencias un mes más tarde por persistencia de drenaje purulento a través de la incisión y extensión a la fosa isquiorrectal contralateral. Se realiza TAC pélvico con contraste intravenoso para descartar extensión en profundidad. Se evidencian múltiples divertículos sigmoideos, con inflamación de uno de ellos en localización distal, con micro-

perforación hacia retroperitoneo, que origina una colección por debajo de la reflexión peritoneal y que se comunica con absceso isquiorrectal en herradura.

Se realiza nuevo drenaje quirúrgico bajo sedación, con la apertura de la incisión previa y realización de contraincisión en la fosa isquiorrectal contralateral. El paciente es dado de alta un día después tras evolución favorable con tratamiento antibiótico oral.

Resultados: En el seguimiento en consulta el paciente presenta desaparición del absceso, con muy escasa supuración a través de orificio fistuloso externo en la región perianal izquierda. Se realiza estudio mediante TAC de control y colonoscopia a los 3 meses.

TAC pélvico de control: desaparición de la colección previamente descrita, con trayecto fibroso desde mesosigma distal, por debajo de la reflexión peritoneal hasta el espacio isquiorrectal izquierdo, discurriendo por ambos espacios pararectales.

Colonoscopia: múltiples divertículos en colon sigmoideos. Signos de diverticulitis residual en uno de ellos a 15 cms del margen anal. No otros hallazgos.

Actualmente el paciente se encuentra asintomático y pendiente de nueva revisión al año en consulta de Cirugía General.

Conclusiones: La diverticulitis aguda Hinchey I y II suele tratarse de manera conservadora si las condiciones generales del paciente lo permiten a fin de evitar la realización de un Hartmann. En los casos en los que presenten una colección intraabdominal accesible de entidad suficiente, puede realizarse un drenaje percutáneo de la misma como medida adicional.

En nuestro caso la enfermedad se presentó de manera subaguda como un absceso perianal que fue drenado vía perineal sin incidencias. Unido al correspondiente tratamiento antibiótico, constituyó un manejo conservador de una diverticulitis aguda Hinchey II sin implicación intraabdominal.

El absceso perianal constituye una manifestación de debut muy inusual de diverticulitis aguda, y debe sospecharse ante aquellos abscesos perianales que persistan pese a correcto drenaje perineal del mismo.

Enfermedad de Buschke-Löwenstein.

Romero Gallego Jd., Gómez Sánchez T., Ramos Duran Jm., Grasa González F., Elmalaki Hossain L., Sánchez Relinque D., Salas Díaz S.

Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz

Resumen: La enfermedad de Buschke-Löwenstein o Condiloma acuminado gigante, es un tumor de estirpe epitelial histológicamente benigno aunque con capacidad de malignizar dependiendo de factores paciente-dependientes. Clínicamente presenta bastante agresividad e interfiere de forma importante en la calidad de vida del paciente.

Paciente varón de 69 años con lesión de aspecto vegetante de 9 meses de evolución circunscrita a toda la región perianal hasta línea media dentada. Rectoscopia negativa para lesiones endoanorrectales.

Se practicó una exéresis completa de la lesión junto a anomicoplastia. El estudio histopatológico revela formación papilomatosa de 10 cm con hiperqueratosis en superficie orto y paraqueratosis y coilocitosis. Aumento de la capa granulosa. No displasia epitelial. No infiltración estromal. Compatible con condiloma acuminado gigante. Paciente libre de enfermedad tras 6 meses después de la cirugía.

La enfermedad de Buschke-Löwenstein es un condiloma acuminado gigante, más frecuente en el varón que suele localizarse en el pene o en la región anorrectal. A pesar de ser histologicamente benigno obliga a tratamiento quirúrgico por su tamaño y por la posible malignización.

Diverticulitis apendicular. A propósito de un caso.

Ramos Durán Jm., Romero Gallego Jd., Sáenz De Tejada Valdivia P., Gómez Sanchez T., Grasa González F., Elmalaki Hossain L., Sánchez Relinque D.

Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz

Resumen: La diverticulitis apendicular es un proceso poco frecuente que clínica y radiológicamente puede ser indistinguible de una apendicitis aguda. Suele presentarse a partir de los 30 años, más en el varón y en ocasiones se ha asociado a fibrosis quística. Su importancia radica en que la perforación apendicular es cuatro veces más frecuente que en la apendicitis aguda y multiplica por treinta la mortalidad.

Paciente de 46 años con HTA sin otros antecedentes de interés que presenta dolor abdominal difuso que posteriormente se ha focalizado en FID de 48 horas de evolución. No fiebre. No náuseas ni vómitos. No clínica miccional. A la exploración se aprecia dolor abdominal difuso con defensa muscular a nivel de FID, Blumberg +, Rovsing -. Leucocitosis sin desviación a la izquierda. Ecografía de abdomen compatible con apendicitis aguda asociada a absceso periapendicular y líquido periapendicular.

Se realiza apendicectomía laparotómica de McBurney apreciándose apéndice cecal muy engrosado y flemonoso con presencia de líquido purulento. Ciego y revisión de íleon terminal sin hallazgos significativos. Como resultado de anatomía patológica se recibe apéndice de 6 x 0,7 cm con presencia de un divertículo y una cavidad de 0,7 cm en el tejido adiposo periapendicular ocupada por material fecaloideo concluyendo en diverticulitis aguda secundaria a diverticulosis apendicular. El paciente es dado de alta en 48 horas y se encuentra asintomático en la actualidad.

La enfermedad diverticular del apéndice o diverticulitis aguda apendicular es una entidad poco frecuente y que puede confundirse con una apendicitis aguda debido a la similitud en su presentación clínica. Su diagnóstico es importante y debe ser uno de los diagnósticos diferenciales a priori debido a las comorbilidades que presenta como es la perforación apendicular en un 50% de los casos y su asociación a neoplasias.

Hamartoma myoide: un tumor atípico

Romero Gallego Jd., Ramos Durán Jm., Santos Martínez J., Grasa González F., Elmalaki Hossain L., Gómez Sánchez T., Sánchez Relinque D.

Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz

Resumen: Presentamos un caso y la bibliografía al respecto sobre un tumor de estirpe poco frecuente como es el Hamartoma Myoide de la mama. Tumor raro y de patogénesis desconocida con una incidencia del 0,1 al 0,7% del que se han publicado muy pocos casos. Puede definirse vulgarmente como «una mama dentro de una mama» y su peculiaridad radica en que presenta componente estromal fibroso, tejido glandular mamario, tejido adiposo y además tejido muscular liso.

Paciente mujer de 35 años que presenta en mama izquierda nódulo palpable, de consistencia sólida, móvil, no adherido a planos profundos a nivel de cuadrante supero-externo a unos 2 cms del complejo areola-pezones. La paciente refiere molestias y crecimiento del mismo con respecto al ciclo menstrual, éste ha ido en aumento en un periodo de 3 meses. No otra sintomatología asociada. Se realiza mamografía no concluyente y ecografía con resultado de nódulo circunscrito y denso, de márgenes definidos, de ecogenicidad mixta de unos 2 cm compatible con fibroadenoma.

Se realiza biopsia escisional por las molestias y el rápido crecimiento. El estudio anatomopatológico revela nódulo de 2,5 cm de diámetro máximo compuesto por parénquima mamario, no encapsulado, con estroma fibroconectivo de aspecto fibroadenomatosoide y en extensas áreas presencia de fibras musculares lisas. Áreas de metaplasia apocrina, adenosis esclerosante y tejido adiposo maduro. No atipia.

El hamartoma myoide es un tumor de estirpe benigna de la mama sobre el cual se han publicado muy pocos casos y se desconoce su patogénesis, su peculiaridad radica en la presencia de diferentes tipos de estirpes celulares dentro del mismo tumor. Su diagnóstico debe ser realizado mediante biopsia escisional, siendo este además su tratamiento definitivo.

Abdomen abierto y cierre diferido con sistema vacuum-assisted closure (v.A.C.-Abthera®) en el tratamiento de pancreatitis aguda.

Ramos Durán Jm., Romero Gallego Jd., Ramírez Soriano A., Salas Díaz S.,

Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz

Resumen: La laparostomía es una técnica que puede ser utilizada en la cirugía de control de daños tras un traumatismo abdominal severo, peritonitis secundarias (perforación intestinal, dehiscencia anastomótica o pancreatitis) o en el tratamiento y prevención del síndrome compartimental abdominal (SCA) cuando se precisan repetidas laparotomías para comprobar la viabilidad intestinal.

Pancreatitis aguda necrohemorrágica grave de origen biliar en varón de 36 años, febril desde el inicio, con pauta antibioterapia empírica. Evolución con fiebre continua, PCR elevada, fracaso respiratorio necesitando VMI en UCI y SCA

con presión intraabdominal elevada. En TC realizado a las tres semanas se objetiva mayor necrosis pancreática con respecto al control previo y colecciones organizadas con gas en su interior sugestivas abscesos infectados.

Se realiza laparotomía subcostal bilateral y necrosectomía de cabeza y cuerpo de páncreas y tejidos retroperitoneales, con drenaje de 3000 cc de líquido seropurulento. Se decide técnica de abdomen abierto y cierre temporal abdominal con sistema VAC, curas, lavados y esfacleotomías cada 72 h. Formación de tejido de granulación y cierre progresivo de la herida. A los 27 días se aproximan los bordes de la herida consiguiendo cierre primario de la pared abdominal. Alta de UCI a los 40 días de terapia VAC. Hoy en día hace vida normal con cierre abdominal sin eventraciones.

Una alternativa quirúrgica es el sistema abdominal vacuum assisted closure (V.A.C.) que permite una cobertura parietal hermética y aspirativa, en contacto con el paquete intestinal. Es un sistema de cierre temporal no invasivo, utiliza una presión negativa controlada intermitente o continua, sobre la herida para promover la cicatrización, aporta sangre al tejido de granulación y disminuye la colonización bacteriana. Facilita la aproximación de los bordes de la fascia y mejora la estabilidad hemodinámica y respiratoria del paciente

Quiste epidermoide esplénico gigante en paciente joven

Rodríguez González R; Arteaga Peralta V; Ruiz de Adana Garrido A; Flores Arcas A; Fuentes Martos R; Gómez Arroyo A; Granda Páez R; Sánchez Pascual AM; Moya Vázquez

San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)

Resumen: Los quistes epidermoides esplénicos son una entidad poco común dentro de las tumoraciones quísticas esplénicas, siendo más frecuentes en niños y adultos jóvenes. Generalmente son asintomáticos y su hallazgo es incidental. Presentamos el caso de un quiste epidermoide esplénico gigante en una paciente de 17 años.

Paciente 17 años, sin antecedentes de interés, que es estudiada en Consultas Externas por presentar masa abdominal de gran tamaño, a nivel de flanco izquierdo, con cuadro de plaquetopenia (96.000) y leucopenia (2.670) con fórmula normal, asociado a molestias inespecíficas y distensión abdominal.

En la radiografía de abdomen se aprecia desplazamiento de asas de delgado, y en la ecografía abdominal se describe una esplenomegalia de 16,7cm con una masa adyacente al bazo, anterior a la cabeza del páncreas, de 20 × 12,5cm. La RMN evidencia un gran quiste esplénico de 16 × 15 × 12cm, con esplenomegalia de 22cm, que desplaza el páncreas y el estómago.

Se intervino quirúrgicamente realizando una laparotomía media supraumbilical, apreciando una gran masa quística a nivel del bazo, siendo preciso realizar una esplenectomía total. La Anatomía Patológica fue de quiste epidermoide esplénico. La evolución postoperatoria fue favorable. A los dos meses de la intervención la leucopenia se había corregido, presentando

una leve trombocitosis secundaria a la esplenectomía, sin presentar ninguna otra complicación.

Los quistes esplénicos son una entidad rara en la práctica clínica habitual, pudiendo ser de origen congénito, neoplásico, vascular, inflamatorio o post-traumático.

Generalmente son asintomáticos, pudiendo presentar molestias abdominales inespecíficas, distensión abdominal, sensación de plenitud, e siendo frecuentemente descubiertos de forma incidental.

Los quistes epidermoides (congénitos) constituyen el 10% del total de quistes esplénicos, y son más comunes en niños y adultos jóvenes, siendo una entidad de buen pronóstico.

El tratamiento tradicional es la esplenectomía, aunque actualmente se propugna intentar realizar esplenectomías parciales, para evitar las complicaciones a largo plazo derivadas de la esplenectomía, lo cual en muchos casos no es posible.

Arteritis de Takayasu como causa de dolor abdominal. Trombosis de tronco celiaco y ams . A propósito de un caso.

Elmalaki Hossain, L; Grasa Gonzalez, F; Sanchez Relinque, D. Romero Gallego, J

Hospital Punta Europa. Algeciras. Cádiz

Introducción: La trombosis del tronco celiaco es una causa rara de dolor abdominal así mas asociada a la trombosis de la AMS. Supone una patología con una importante morbimortalidad si se retrasa el diagnóstico y el tratamiento. Esta frecuentemente asociado a eventos cardiovasculares. La etiología más comun es la aterosclerosis y entre el 20-30% esta asociado a síntomas de isquemia mesentérica crónica. El objetivo del tratamiento es restablecer el flujo mesentérico/celiaco para evitar la isquemia de órgano. La arteritis de Takayasu es una enfermedad inflamatoria idiopática de las grandes arterias elásticas, que ocurre en pacientes jóvenes sobretodo mujeres (8-1) principalmente en la aorta y sus ramas inmediatas. Cuando aparecen las estenosis aparecen la sintomatología.

Caso clínico: : Mujer de 38 años con antecedentes de IAM inferior hace 5 años, psoriasis, 2 abortos. Iq previas: Teratoma quístico, 2 cesáreas.

Paciente que ingresa por dolor abdominal difuso de 4 meses de evolución, que precisa ingreso por exacerbación acompañado de náuseas, vómitos y pérdida ponderal de 13 kg (por disminución de la ingesta)

En la exploración física; paciente con aceptable estado general, caquética. Las constantes vitales son normales. Abdomen: cicatriz de laparotomía, blando y depresible distendido, no masas ni megalias, dolor a la palpación de hipogastrio e HD, sin signos de irritación peritoneal. RHA++.

Pruebas Complementarias: Hemograma, bioquímica y coagulación son normales al igual que la ecografía abdominal. AngioTAC y AngioRMN: Oclusión de aspecto crónico de tronco celiaco en su origen, así como de la AMS, repermeabilizándose a través de circulación colateral dependiente de AMI por arcada de Riolo y arcada pancreatoduodenal. Estenosis de iliaca común derecha. Hipoperfusión de asas de I. delgado en relación a isquemia.

Remitida al servicio de Radiología intervencionista de referencia para arteriografía terapéutica, colocando doble stent en AMS, con buen control angiográfico posterior.

Tras el procedimiento se produce una colecistitis aguda perforada con bilioperitoneo que precisa laparotomía exploradora urgente con colecistectomía. Buena evolución postoperatoria, y dada de alta tras mejoría clínica evidente actualmente en estudio ambulatorio por Medicina Interna, por vasculitis de Takayasu, así como enfermedad celiaca confirmada.

La isquemia mesentérica es un cuadro clínico a tener en cuenta al evaluar un paciente con dolor abdominal, sobre todo ante factores de riesgo asociados e historia clínica compatible con angor intestinal, y alteraciones cardiovasculares. La angiografía sigue siendo el gold standard y permite el tratamiento endovascular. Un diagnóstico y tratamiento a tiempo evitan resecciones viscerales. El diagnóstico etiológico se puede realizar tras el tratamiento de la trombosis y la mejoría de los síntomas.

Causa infrecuente de hemoperitoneo: cordón varicoso epiploico

Calzado Baeza S, Reyes Moreno M, Robayo Soto P, Herrera Fernández F, Martín Díaz M, Ferrer García G

Hospital Santa Ana, Motril (Granada).

Resumen: Aunque la formación de varices esofágicas y dilataciones varicosas intraabdominales es frecuente en la cirrosis hepática, la rotura espontánea de estas últimas es una complicación excepcional y más aún si se trata de pacientes no cirróticos. El hemoperitoneo espontáneo secundario a la rotura de varices intraabdominales es un cuadro grave de evolución incierta, frecuentemente mortal y por su escasa frecuencia no hay gran experiencia y menos aún conductas definidas para su adecuado manejo.

Varón de 65 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de inicio brusco de deterioro del estado general, dolor abdominal con defensa generalizada e hipotensión y taquicardia. Analíticamente destaca leucocitosis sin neutrofilia y una anemia normocítica y normocrómica con hemoglobina de 8'8 g/dl. El estudio se completa con TC abdominal que informa de abundante líquido perihepático y periesplénico evidenciando un vaso procedente de la arteria esplénica como probable causa del sangrado. Mediante laparotomía media exploradora se objetiva cordón varicoso en epiploon mayor el cual se liga y reseca. La anatomía patológica informa de epiploon con áreas de hemorragia e infiltración inflamatoria crónica y pared vascular con cambios degenerativos. El paciente fue dado de alta al 4 día postoperatorio, sin presentar complicación alguna.

En 1958 se describió por primera vez el caso de un hematoma retroperitoneal y hemoperitoneo espontáneo secundario a la rotura de varices intraperitoneales en un paciente con cirrosis hepática, sin que consten referencias bibliográficas sobre el tema en pacientes no cirróticos. Dada la rareza de esta entidad y la mayor frecuencia de otros cuadros abdominales agudos que pueden presentarse con síntomas similares, el diagnóstico

se basa principalmente en las pruebas de imagen como la ecografía y la TC abdominal que pueden mostrar una colección intraabdominal o incluso signos de sangrado activo en caso de emplearse contraste intravenoso.

El tratamiento requiere la cirugía urgente como en el caso anteriormente descrito, no quedando clara la actitud a seguir si se tratase de un paciente cirrótico, ya que algunos aconsejan en ellos un manejo conservador.

Pseudoquiste pancreático secundario a traumatismo quirúrgico

Calzado Baeza S, Reyes Moreno M, Robayo Soto P, Martín Díaz M, Ferrer García G.

Hospital Santa Ana, Motril (Granada).

Resumen: El pseudoquiste pancreático se define como una colección de jugo pancreático desarrollada a partir del páncreas, de más de 4 semanas de evolución con una pared constituida por los órganos vecinos. Dentro de su etiología las más frecuentes son la pancreatitis crónica y la aguda, siendo los traumatismos sobre el páncreas la tercera causa de pseudoquistes. Dada su menor frecuencia y que el diagnóstico preoperatorio puede ser extremadamente difícil debido a la clínica tardía e inespecífica que ocasionan, presentamos un caso de este tipo.

Varón de 62 años con antecedentes de hepatopatía crónica enólica y hemicolectomía derecha por adenoma tubular en colon ascendente con sangrado intraoperatorio procedente de tronco gastrocólico, acude por cuadro de epigastralgia irradiada a ambas fosas renales y fiebre de 39°C junto con ictericia cutáneo-mucosa. El abdomen es blando, depresible, no doloroso y sin masas, megalias, peritonismo ni ascitis. Hemograma con leucocitosis de 25000/mm³ y neutrofilia (89%), actividad de protrombina de 52%, LDH 300U/L, bilirrubina total 7'5 mg/dl a expensas de directa de 2'17 mg/dL y PCR de 6'5 mg/dl. Se procede a ingreso hospitalario para estudio, realizándose una ecografía y TC abdominales que informan de signos de hepatopatía crónica y colección líquida de 9 cm que se localiza en retroperitoneo, en íntimo contacto con la cabeza del páncreas asociada a cambios inflamatorios en la grasa adyacente que se extienden hasta el flanco derecho.

Durante las siguientes horas se produce un empeoramiento del estado general del paciente y signos peritonismo, objetivándose en un TC urgente la disminución de dicha colección y la presencia de abundante líquido libre. Se realiza laparotomía exploradora evidenciando una cavidad en el antiguo lecho quirúrgico yuxtapancreático, correspondiente a un pseudoquiste pancreático. Se realiza drenaje y lavado de la cavidad. Tras la intervención, se traslada a UCI por shock séptico y disfunción multiorgánica, sufriendo éxitus 48 horas más tarde.

El diagnóstico preoperatorio del pseudoquiste es complejo, ya que las pruebas complementarias rutinarias son de escasa utilidad, produciéndose la elevación de la amilasa en suero sólo en un 60-70% de los casos, condicionando un retraso diagnóstico y terapéutico que determinan una elevada mortalidad (20-30%). El TAC abdominal es la prueba de elección para detectar lesiones parenquimatosas y colecciones, pudien-

do completar el estudio con RMN para visualizar el conducto pancreático. La evolución natural es a la resolución espontánea en el 60% de los casos. Las indicaciones del drenaje son: la persistencia del pseudoquiste con aumento de tamaño más de 6 semanas y la aparición de síntomas o complicaciones como infección, fístulas o hemorragia. El drenaje puede realizarse de forma percutánea, endoscópica o por cirugía derivativa, atendiendo a la localización de la lesión y el estado del paciente.

Invasión intestinal: dos causas de un cuadro infrecuente

Calzado Baeza S, Reyes Moreno M, Robayo Soto P, Herrera Fernández F, Martín Díaz M, Ferrer García G
Hospital Santa Ana, Motril (Granada).

Resumen: Sólo el 5% de las invaginaciones intestinales ocurren en el adulto, siendo la gran mayoría secundarias a un proceso patológico subyacente, mientras que el 95% ocurren en niños y su etiología más frecuente es la idiopática (90% de los casos). Se presentan a continuación dos casos de invaginación de intestino delgado.

Varón de 49 años en estudio por anemia ferropénica, dolor abdominal inespecífico ocasional y síndrome constitucional, se le realiza una gastroscopia y colonoscopia sin hallazgos relevantes y una TC abdominal que informa de masa en intestino delgado con contornos bien definidos de 8,7 × 5,6 cm, la cual produce una estenosis casi completa de la luz intestinal con dilatación de las asas proximales compatible con suboclusión intestinal. El paciente es sometido a una resección intestinal abarcando dicha tumoración, objetivando en dicho procedimiento una intususcepción de unos 10 cm de intestino delgado. El resultado anatomopatológico es de leiomiomas moderadamente diferenciados de origen intestinal. El postoperatorio transcurrió satisfactoriamente, siendo dado de alta al 4º día.

Mujer de 14 años con antecedentes de dolor abdominal inespecífico en estudio, acude al Servicio de Urgencias por presentar epigastria irradiada a espalda junto con náuseas y vómitos. En la exploración física solo destaca dolor a la palpación en epigastrio sin signos peritonismo y sin alteraciones analíticas de interés. Se realiza una ecografía y TC abdominal que revelan una imagen *en diana* a nivel de hipogastrio sugyente de invaginación intestinal. Se practica una laparotomía media exploradora en la cual se aprecia una mal rotación de asas de íleon sobre el eje mesentérico que provoca un estasis venoso y una invaginación de íleo-ileal, procediendo a la devolvulación y colocación del eje mesentérico en el sentido correcto. La paciente fue dada de alta al 3º día postoperatorio.

La invaginación intestinal es la Introducción: de un segmento proximal del intestino en un segmento distal adyacente, en adultos estas suponen el 1% de todas las causas de obstrucción intestinal. Hasta en el 75-80% de los casos afectan a intestino delgado y suelen debutar con clínica inespecífica de dolor abdominal y vómitos con un curso agudo o crónico dependiendo de la etiología. En el adulto las causas más frecuentes son adherencias quirúrgicas, hernias y neoplasias mientras que en la edad pediátrica responden a etiologías

diferentes: atresia, estenosis congénitas, hernias inguinales... El diagnóstico se realiza mediante ecografía abdominal que muestra una imagen característica en diana en el corte transversal y múltiples capas delgadas en el corte longitudinal con una sensibilidad del 100% y especificidad del 88%, o mediante la TC con tres patrones diagnósticos de invaginación intestinal: lesión en diana, masa reniforme o áreas alternantes de baja y alta atenuación. No obstante en última instancia la confirmación diagnóstica es intraoperatoria, realizándose normalmente una resección intestinal por la alta probabilidad de lesión maligna subyacente, especialmente en personas de edad avanzada mientras que en niños se opta por la reducción hidrostática mediante enema con contraste (éxito 60-80% de los casos).

Hematoma gigante de pared abdominal tras eventroplastia laparoscópica

Calzado Baeza S, Reyes Moreno M, Robayo Soto P, Herrera Fernández F, Martín Díaz M, Ferrer García G.
Hospital Santa Ana, Motril (Granada).

Resumen: Los hematomas espontáneos de pared abdominal son una entidad clínica poco frecuente. Suele originarse por rotura de la arteria epigástrica inferior o de pequeños vasos del músculo recto del abdomen. Presentamos el caso de una mujer que debutó con este cuadro 24 horas tras de la intervención.

Mujer de 61 años con obesidad mórbida y antecedente de hernia umbilical multirrecidivada con material protésico preperitoneal y supraumbilical, esta última desde apófisis xifoides a pubis. Consulta por nueva recidiva que se confirma mediante TAC abdominal, el cual informa de eventración entre músculos rectos del abdomen con grasa preperitoneal y colon transversal en su interior con una solución de continuidad de 3 × 2 cm y sin cambios inflamatorios. Se decide colocación de malla intraabdominal y fijación con doble corona de tackers irreabsorbibles, procedimiento que transcurrió con éxito. A las 24 horas la paciente debutó con hipotensión arterial (TA 76/58 mmHg), taquicardia y aparición de una tumoración dolorosa en hemiabdomen izquierdo. En el hemograma destaca anemia con descenso de tres puntos en los niveles de hemoglobina (H 4-8 g/dl) y el TAC abdominal urgente revela una colección de 20 × 12 × 5 cm en la mitad izquierda de la pared abdominal compatible con hematoma abdominal agudo.

Se realizó tratamiento conservador con analgesia, transfusión de 3 concentrados de hematíes y sueroterapia, con evolución favorable y observando la progresiva reabsorción del hematoma en las revisiones en consulta.

La aparición de hematomas tras la cirugía abdominal se ha relacionado con una hemostasia inadecuada y el tratamiento anticoagulante. Clínicamente se manifiestan como una masa abdominal palpable y dolor abdominal llegando incluso a presentar signos de irritación peritoneal. El diagnóstico se realiza mediante una prueba de imagen siendo de elección la ecografía y el TC abdominal.

Se resuelve generalmente con medidas conservadoras: reposo, antiinflamatorios y el uso de vendajes compresivos. La

cirugía se reserva para casos en los que el sangrado produzca inestabilidad hemodinámica, y como alternativa a ésta se puede plantear la embolización endovascular.

Hibernoma Retroperitoneal

Carla Olivia García Rivera, Carmen Bernal Bellido, Carmen Cepeda Franco, Gonzalo Suárez Artacho, José María Álamo Martínez, Luis Miguel Marín Gómez, Juan Serrano Díez-Canedo, Miguel Ángel Gómez Bravo

Hospital universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Resumen: Los hibernomas son tumores benignos de grasa parda, muy poco frecuentes, constituyendo el 1,6% de los tumores lipomatosos benignos y aproximadamente el 1,1% de todos los tumores adiposos. Se presentan generalmente en adultos, con un pico de incidencia entre la tercera y cuarta década con ligera predominancia en varones. Las localizaciones más frecuentes son muslos, hombros, espalda, cuello, mediastino y retroperitoneo. Son generalmente, bien definidos, blandos, móviles y de crecimiento lento. La clínica más frecuente –cuando la presenta– es en forma de masa palpable indolora y los síntomas suelen ser secundarios a la compresión de las estructuras adyacentes, pudiendo alcanzar grandes tamaños. Cuando esto sucede, el tratamiento indicado es la resección quirúrgica completa del tumor, siendo éste curativo sin necesidad de tratamiento adyuvante debido a falta de potencial maligno y de recidiva. En la TC con contraste, el realce se aprecia dentro de los tabiques y puede también estar presente difusamente dentro de la masa. Estos resultados, además, son sugerentes de otros tumores lipomatosos, tales como el liposarcoma bien diferenciado, siendo el estudio anatomopatológico el elemento de certeza diagnóstica. Los hibernomas son lesiones indistinguibles, tanto clínica como radiológicamente, de los tumores malignos lo que hace muy importante tenerlos en cuenta a la hora de plantear el diagnóstico diferencial a pesar de su baja incidencia.

Presentamos el caso de un paciente varón de 58 años sin antecedentes de importancia a destacar que fue derivado a nuestras consultas desde Medicina Integral tras el hallazgo de una tumoración no dolorosa en flanco izquierdo en un chequeo de la empresa, se le realizó un TC de abdomen evidenciándose un voluminoso lipoma retroperitoneal en espacio pararenal anterior izquierdo, subtotalmente típico, aunque con algunas leves atípicas que predominan en su polo craneal, sin alteraciones analíticas ni de marcadores tumorales. En nuestras consultas se indicó la resección de la tumoración ante la sintomatología y la imposibilidad de descartar su malignidad.

En la intervención se halló una gran masa retroperitoneal izquierda de aproximadamente 20 cm. Posteriormente la anatomía patológica informó, masa de 1315gr y 18,5 × 12 cm, lisa, y pseudoencapsulada; superficie de corte lisa, de aspecto adiposo, sin evidencia de necrosis o hemorragia. Histológicamente, tejido adiposo maduro vascularizado, áreas con adipocitos poligonales con citoplasmas multivacuolados y núcleos redondos centrales. Se realizó técnica FISH para amplificación de gen MDM2 con resultado negativo. Se hizo el diagnóstico de hibernoma. La intervención cursó sin incidencias así como

el postoperatorio, siendo dado de alta al segundo día postoperatorio. Hasta la última consulta (abril 2014) el paciente sigue encontrándose asintomático.

Aunque la incidencia del hibernoma es baja, queremos enfatizar la importancia de tener presente esta entidad a la hora de hacer el diagnóstico diferencial del liposarcoma, sobre todo, debido a las muchas similitudes clínicas y radiológicas. Así mismo, el diagnóstico certero de hibernoma evitará posteriores tratamientos agresivos sobre el paciente, ya que la resección total de la pieza es curativa sin precisar de adyuvancia y seguimiento.

Manejo multidisciplinar del pie diabético en el hospital universitario virgen del rocío: experiencia de un año.

Carla Olivia García Rivera, Cristobalina Martín García, Mercedes Flores Cortés, Francisco López Bernal, Isaías Alarcón del Agua, Ana M^a. García Cabrera, Felipe Pareja Ciuró.

Resumen: La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que constituye un problema de salud individual y pública de primer orden. Afecta a un porcentaje importante de la población, con una tendencia creciente. Las complicaciones del pie diabético están entre las más serias y costosas de la diabetes mellitus. La prevalencia de úlcera en el pie en pacientes diagnosticados de diabetes oscila entre el 4 y el 10 % pudiendo llegar la incidencia de ésta al 25 % a lo largo de sus vidas. Por otro lado se estima que más del 85 % de las amputaciones en pacientes diabéticos se precedieron de úlceras. Las infecciones del pie que afectan a la piel, tejidos blandos y hueso, con o sin repercusión sistémica, son la causa más frecuente de hospitalización de los diabéticos (25%).

Según el Consenso Internacional sobre Pie Diabético, una estrategia que incluya prevención, educación del personal sanitario, tratamiento por un equipo multidisciplinar de las úlceras en pies diabéticos, así como una monitorización estrecha podría reducir el número de amputaciones entre un 49-85 %. Idealmente el equipo para el cuidado del pie diabético debería constar de Diabetólogo, Cirujano, Podólogo, Educador y Ortésico, en estrecha colaboración con Cirujano Ortopeda, Cirujano Vascular y Dermatólogo.

En el Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) la coordinación de la atención al pie diabético se lleva a cabo por la Unidad de Gestión de Endocrinología y Nutrición en régimen de Hospital de Día de Endocrinología y en hospitalización en camas de dicha unidad en el caso de ser necesario, desde el año 2013. La unidad de Gestión de Cirugía General y del Aparato Digestivo ha pasado a formar parte del equipo multidisciplinar de atención al pie diabético desde mayo del 2013. La participación en el tratamiento de esta patología ha consistido en la valoración de pacientes conjuntamente con Endocrinólogos y personal de enfermería en Hospital de Día una vez a la semana, la valoración en el área de urgencias o en planta de hospitalización de pacientes con posible indicación quirúrgica, así como el tratamiento quirúrgico en el caso estar indicado.

Desde mayo de 2013 hasta Abril de 2014 se han intervenido 37 pacientes diabéticos, de los cuales 29 han sido sometidos a amputación menor, dos a desbridamiento y un paciente tuvo que ser sometido a amputación mayor. Todos los pacientes han sido ingresados en planta de hospitalización de endocrinología y derivados al alta a Unidad de Día de Endocrinología para seguimiento conjunto (Endocrinología, Enfermería y Cirugía).

Cirugía General puede tener un papel importante en el tratamiento del paciente con pie diabético. La integración del cirujano en el equipo multidisciplinar puede aportar una valoración más rápida y una correcta derivación de los pacientes, sobre todo, en aquellos centros donde no hay cirujano vascular o bien en turnos en los que no se cuenta con dicho especialista ayudando a disminuir el número de amputaciones y la morbimortalidad de estos pacientes.

Rotura esofágica espontánea. A propósito de un caso

Ander Bengoechea Trujillo, Carmen Bazán Hinojo, Daniel Pérez Gomar, Susana Roldán Ortiz, Mercedes Fornell Ariza, María Dolores Casado Maestre, Amparo Valverde Muñoz, María Sánchez Ramírez, José Manuel Pacheco García, M^o Jesús Castro Santiago, José Luis Fernández Serrano

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Resumen: Llamamos síndrome de Boerhaave a la ruptura espontánea del esófago que resulta de un aumento de la presión intraesofágica producida en la mayoría de los casos por vómitos violentos. Presentamos el caso de un varón intervenido en nuestro servicio por este síndrome.

Método / Caso clínico: Varón de 56 años, con antecedentes personales de intervención de hernia inguinal y crural que acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor torácico brusco tras cuadro de náuseas y vómitos intencionados tras transgresión dietética.

En el momento de llegada se encuentra sudoroso, palidez mucocutánea, estable la hemodinámica.

Entre los estudios solicitados se realiza rx de tórax donde se observa derrame pleural derecho y neumomediastino, ECG compatible con la normalidad salvo por taquicardia, rx abdomen sin alteraciones. Análíticamente leucocitosis con neutrofilia y aumento de PCR.

Ante la sospecha por el derrame pleural y neumomediastino de perforación esofágica se realiza Tc Tórax que informa de neumomediastino desde cayado aórtico hasta unión gastroesofágica con engrosamiento esofágico a ese nivel. Derrame pleural izquierdo con áeras condensadas.

Se administra para confirmar perforación esofágica estudio gastroduodenal con gastrografin observándose extravasación de contraste a nivel esofágico inferior. Ante hallazos se coloca tubo de tórax y se realiza laparotomía confirmándose desgarro esofágico a nivel distal junto con mediastinitis. Realizándose cierre simple y funduplicatura a lo Dor. El paciente mantiene un buen postoperatorio con tolerancia progresiva a dieta y estudios complementarios que evidencian la resolución del cuadro hasta producirse el alta al 14 día.

Conclusiones: DISCUSIÓN: La rotura esofágica espontánea fue descrita por primera vez por el Dr. Boerhaave en Leiden en 1724. Es una entidad poco común producida por un aumento súbito de la presión intraesofágica la mayoría de las veces por vómitos súbitos y violentos. Suele producirse la mayoría de las veces sobre una base patológica esofágica como esofagitis, esófago de Barret y neoplasia de esófago.

Clínicamente se caracteriza por dolor torácico, vómitos, fiebre, taquicardia y taquipnea, odinofagia y signos de shock.

Entre los estudios diagnósticos destacan la radiografía de tórax y abdominal, la Tc torácica donde se evidencia signos de neumomediastino, mediastinitis y signos indirectos de perforación como engrosamiento mural o aire libre paraesofágico.

Se debe de confirmar con la realización, si cabe duda diagnóstica, de un esofagograma con gastrografin con sensibilidad alrededor del 90% en donde se evidenciaría la fuga del mismo.

La realización de endoscopia es controvertida por la posibilidad de ampliación de la perforación y el posible aumento de la contaminación.

El manejo consiste la mayoría de las veces en la cirugía con desbridamiento mediastínico y lavado abdominal, junto con la sutura simple del esófago en las roturas precoces en las primeras doce horas u otras técnicas más agresivas como la exclusión esofágica o esofagectomía en las de mayor evolución. Este tratamiento debe ser implementado con antibioterapia y nutrición parenteral. A pesar de realizar un tratamiento rápido se describen tasas de mortalidad del 10% llegando al 50% en casos de mayor evolución.

Rotura vesicular como causa de Hemoperitoneo

Ander Bengoechea Trujillo, M^o Jesús Castro Santiago, Daniel Pérez Gomar, Susana Roldán Ortiz, Mercedes Fornell Ariza, M^a de los Ángeles Mayo Ossorio, Carmen Bazán Hinojo, María Sánchez Ramírez, José Manuel Pacheco García, José Luis Fernández Serrano.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Resumen: El desarrollo de un hemoperitoneo masivo por perforación espontánea de vesícula biliar es un cuadro clínico extremadamente infrecuente con un total de 45 casos publicados.

Método/caso clínico: Varón de 43 años con antecedentes personales de Cirrosis Hepática enólica en lista de espera para Trasplante Hepático, VHB, VHC, Anemia por gastropatía de HTP, Trombosis Mural de Porta intrahepática, EPOC y Epilepsia. Acude a Urgencias por dolor abdominal en epigastrio brusco. En la exploración física: Hipotensión arterial, distensión abdominal, dolor difuso sin peritonismo y hernia umbilical reducible. CHILD-PUGH B8. MELD14.

Análíticamente presenta hemoglobina 7,1 g/dl; leucocitos 2,390, plaquetas 50000, I.N.R 1,73; actividad de protrombina 50%. GOT 106/ GPT 74, gamma-GT 61 U/l, FA 77 U/l, BT 2,58 mg/dl, Albúmina 2,84.

Ecografía abdominal: importante líquido libre, marcada distensión de vesícula biliar con contenido en su interior, aumento del calibre del eje esplenoportal y esplenomegalia.

TC Abdomen: importante cantidad de líquido libre de alta

atenuación que sugiere hemoperitoneo. Marcada distensión de la vesícula biliar con contenido hiperdenso. Ante estos hallazgos se decide realizar TC Dinámica de hígado para descartar hepatocarcinoma sangrante, observando extravasación de contraste desde el interior de la vesícula hasta la pared en relación con sangrado activo.

En el contexto de shock hipovolémico, se realiza laparotomía urgente hallando vesícula biliar perforada con sangrado mucoso completándose colecistectomía produciéndose un sangrado masivo del lecho por vasos varicosos que se realiza hemostasia con monofilamento y material hemostático.

En el postoperatorio presentó CID que obliga a transfusión de hemoderivados, complejo protrombínico, factor VII y soporte hemodinámico corrigiéndose la CID.

El resultado anatomía patológica: áreas hemorrágicas que van desde la mucosa a la serosa sin observarse actividad inflamatoria.

Conclusiones: DISCUSIÓN: La perforación espontánea de la vesícula biliar como manifestación clínica en pacientes afectos de colecistitis y coledocistitis conocidas son infrecuentes, en nuestro caso el paciente no presentaba patología de la vesícula biliar, ni proceso inflamatorio de la misma. En las series analizadas (Whitaker et al. en 1970 y Lefevre et al. en 1998) se definen dos grupos de pacientes de riesgo para el desarrollo de perforación espontánea vesicular biliar y hemoperitoneo en los casos de coledocistitis y colecistitis: por una parte, pacientes inmunodeprimidos y, por otra, pacientes con colecistitis aguda con enfermedad sistémica.

Así mismo, Lacconi et al. en 1991 recogen un caso de rotura espontánea de vesícula biliar con hemoperitoneo en un paciente sometido a anticoagulación y Hellerich et al en 1991 un caso de muerte súbita en un varón afecto de cirrosis hepática macronodular, secundario no a un proceso litiasico, sino a hemorragia intravesicular masiva consecutiva a sangrado incoercible de una vena varicosa en el lecho mucoso vesicular pudiendo estar en consonancia con nuestro caso, ya que nuestro paciente estaba sometido a tratamiento anticoagulante por trombosis portal y padecía cirrosis hepática macronodular, procesos que pudieran contribuir a la hemorragia de mucosa y de toda la pared vesicular y con ello distensión de vesícula biliar provocando su ruptura y el colemoperitoneo asociado. El único tratamiento de esta manifestación clínica es el tratamiento quirúrgico urgente.

Bezoar ileal como causa de obstrucción intestinal

Melero Brenes, Sandra; Méndez García, Cristina; Díaz Oteros, Mercedes; Domínguez Reinado, Rosario y García Molina Francisco

Hospital de Jerez. Cádiz

Introducción: Un bezoar es un cuerpo extraño constituido por un conglomerado de fibras vegetales, pelos u otras sustancias que se forma en la cámara gástrica. La presencia de un bezoar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal a nivel ileal, con una incidencia descrita en torno al 5%. En esos casos se manifiesta con dolor y distensión abdominal asociada a vómitos, el diagnóstico de este cuadro es eminentemente

clínico y se apoya en la radiología evidenciándose dilatación de asas, niveles hidroaéreos y en ocasiones el propio cuerpo extraño.

En la mayoría de los casos la cirugía es el tratamiento definitivo.

Pacientes y método: Estudio descriptivo retrospectivo de 21 pacientes intervenidos de obstrucción intestinal por bezoar entre junio de 2005 y marzo de 2014. Para ello se han revisado las historias clínicas y estudios de imagen de dichos pacientes y se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la literatura publicada al respecto.

Resultados: 21 pacientes, 19 hombres y 6 mujeres con una media de edad de 60,09 años. El 80% de los casos tenían antecedentes de cirugía gástrica, por patología ulcerosa. El 76% fueron intervenidos mediante laparotomía con enterotomía y extracción del bezoar, salvo en 5 casos (24%) que se resolvieron con fragmentación del bezoar y evacuación hacia colon. En el 14% de los pacientes el abordaje fue laparoscópico.

Sólo un caso precisó reintervención por una fístula enterocutánea. El resto evolucionó favorablemente con una estancia postoperatoria media de 11,38 días.

Discusión: Habitualmente, los bezoares se alojan en la cámara gástrica, donde pueden cursar de forma asintomática o manifestarse como plenitud postprandial, flatulencia, dispepsia e hiperemesis. En los casos en que el bezoar supera la válvula pilórica o en su defecto la gastroenteroanastomosis, puede progresar a lo largo del tubo digestivo hasta impactarse en un asa de delgado o en la válvula ileocecal, dando lugar a un cuadro de obstrucción intestinal.

Entre los factores de riesgo se encuentran, antecedentes de cirugía gástrica (generalmente asociando vagotomía), exceso de fibras vegetales en la alimentación, problemas en la dentición o masticación, trastornos psiquiátricos o retraso mental.

En cuanto al tratamiento, la mayoría de los estudios publicados abogan por la fragmentación y evacuación del bezoar hacia ciego, reservando la enterotomía con extracción del bezoar para cuando esto no sea posible.

Conclusiones: La impactación de un bezoar es una causa de obstrucción intestinal distal con una incidencia no despreciable. La dieta rica en vegetales con hebras constituye un factor etiológico añadido en determinadas áreas geográficas.

Es preciso tener un diagnóstico de sospecha para orientar el tratamiento de estos pacientes ya que en la mayoría de los casos van a precisar una actuación quirúrgica con carácter urgente.

Hernia obturatriz: causa infrecuente de obstrucción intestinal

Juan Luis Esteban Ramos, Sandra Melero Brenes, Maria Lourdes Carrasco Fernandez, Francisco J. García Molina

Hospital de Jerez, Cádiz

Introducción: La hernia obturatriz suele presentar gran dificultad en su diagnóstico temprano debido a la falta de manifestaciones externas. Su confusa forma de presentación y su escasa sospecha clínica, dada la baja incidencia que posee, no ayudan a su diagnóstico temprano. Aparece con más fre-

cuencia en personas ancianas de sexo femenino y no obesas. La obstrucción intestinal es su forma más frecuente de presentación, aunque como su incidencia es muy baja sólo supone el 0,4% de los cuadros obstructivos. Cursan con una elevada mortalidad (10%-50%) debido a su tendencia a la estrangulación, el retraso en su correcto diagnóstico y el estado debilitado de la mayoría de las pacientes. Debido a la anatomía del canal obturador, el índice de incarceration y estrangulación es elevado. El signo de Howship- Romberg, aunque específico de hernia obturatriz estrangulada, aparece con poca frecuencia.

La tomografía axial computadorizada (TAC) abdomino-pélvica es la técnica de elección en el manejo

preoperatorio de la hernia obturatriz al definir con exactitud los distintos elementos musculares y óseos del agujero obturador. El tratamiento es siempre quirúrgico mediante laparotomía o laparoscopia.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 67 años, delgada, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado de 24 horas de evolución, que se acompaña de náuseas y vómitos sin fiebre.

Presenta abdomen blando y sin defensa abdominal a la palpación, sin evidenciarse defectos herniarios inguinales y sin apreciarse el signo de Howship- Romberg. Leucocitosis 12240.

TAC abdomen: Divertículos en Sigma y colon descendente. Hernia de intestino delgado entre músculo pectíneo y obturador derecho.

Se realiza laparotomía media exploradora urgente, apreciándose hernia obturatriz derecha con asa estrangulada que obliga a la resección de asa intestinal de I. Delgado con anastomosis.

La paciente evoluciona de forma satisfactoria siendo alta a la semana.

Conclusiones: La hernia obturatriz es muy poco frecuente lo que dificulta su diagnóstico temprano.

El perfil clínico del paciente tipo suele corresponder a mujer anciana delgada. La obstrucción intestinal aguda es la forma más frecuente de comienzo clínico en la hernia obturatriz.

El signo de Howship-Romberg aunque es patognomónico de hernia obturatriz estrangulada (consiste en dolor y parestesia en la cara interna del muslo que se irradia a la rodilla), sólo aparece en el 25% de los casos.

La TAC es la prueba de imagen de elección en la valoración preoperatoria de obstrucción intestinal por sospecha de hernia obturatriz estrangulada, al acelerar el diagnóstico, reducir la morbimortalidad y ayudar al cirujano en la elección del abordaje quirúrgico.

El tratamiento es siempre quirúrgico.

Doble lesión de la vía biliar y reparación laparoscópica intraoperatoria

Juan Luis Esteban Ramos, Sandra Melero Brenes, María Lourdes Carrasco Fernandez, Francisco Mateo Vallejo, Francisco J. García Molina

Hospital de Jerez (Cádiz)

Introducción: Desde la generalización de la colecistectomía

laparoscópica a principios de los noventa, se ha producido un importante aumento en el número de colecistectomías.

Sin embargo, esta cirugía no está exenta de complicaciones, aunque con una morbilidad pequeña (0-8%) y una mínima mortalidad (0,03%).

Dentro de las complicaciones, la lesión de la vía biliar es una de las más graves y de mayor trascendencia.

La mayor parte de las lesiones de la vía biliar ocurren en colecistectomías laparoscópicas consideradas «sencillas».

En la mayoría de los casos las lesiones son debidas a la mala identificación de la anatomía, por anomalías anatómicas, por procesos inflamatorios locales o por errores técnicos. La lesión más frecuente es confundir el colédoco con el cístico, ligarlo y cortarlo.

Lo ideal es reconocer la existencia de la lesión en el mismo acto quirúrgico, porque la reparación precoz se asocia con una disminución significativa de la morbi-mortalidad.

Caso clínico: Paciente varón de 77 años, que tras episodio de pancreatitis aguda biliar se somete a colecistectomía laparoscópica programada. En ecografía abdominal se aprecia «vesícula colapsada con litiasis. Vía biliar normal».

Durante la intervención, se aprecia una vesícula esclero-atrótica con retracción de la vía biliar, produciéndose durante la disección una lesión parcial del conducto hepático derecho y otra lesión similar del conducto hepático izquierdo.

Se procede a la reparación laparoscópica intraoperatoria de las lesiones, con reparación primaria sobre el conducto hepático derecho y drenaje biliar (tubo de Kehr) del conducto hepático izquierdo. Se dejó drenaje tipo Blake en lecho subhepático que se retiró a los 5 días.

La Colangiografía transKehr fue normal al quinto día, retirándose el drenaje de Kehr a las tres semanas.

Conclusiones: La mayor parte de las lesiones de vía biliar ocurren en vesículas consideradas «sencillas».

En la mayoría de los casos las lesiones son debidas a mala identificación - visualización de la anatomía.

El mejor tratamiento es la prevención.

El reconocimiento precoz de la lesión no es suficiente, lo importante es el tratamiento que se realice.

Los mejores resultados se obtienen en reparaciones inmediatas o precoces.

Abordaje quirúrgico de los tumores de 3ª y 4ª porción duodenal mediante maniobra de Cattell-Braash y duodenectomía segmentaria

Juan Luis Esteban Ramos, Rosario Dominguez Reinado, Sandra Melero Brenes, Wilson Sanchez Bautista, Iosvany Rivero, Juan De Dios Franco Osorio, Francisco Mateo Vallejo, Francisco J. García Molina

Hospital de Jerez (Cádiz)

Objetivos: La complejidad anatómica del duodeno, derivada de su relación con el páncreas, los vasos mesentéricos superiores, la vena porta y la vía biliar principal, dificulta mucho su abordaje quirúrgico. Este trabajo muestra nuestra experiencia en el abordaje quirúrgico de las porciones duodenales distales.

Material y método: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro servicio por afectación tumoral de las porciones duodenales 3ª y 4ª de forma consecutiva entre 2008-2012. Se analizan los aspectos técnicos, los resultados perioperatorios (morbimortalidad hospitalaria a 30 días) y la supervivencia.

Resultados: La serie consta de 8 pacientes, 5 mujeres y 3 hombres, con una edad media de 62,5 años (47-70 años). Cinco fueron operados por uno de los autores (F.J.G.M.). Seis casos se abordaron siguiendo la técnica de Cattell y Braash: movilización completa del colon derecho y sección de la raíz del mesenterio desde la válvula ileo-cecal hasta el ángulo de Treitz, descruzándose finalmente la cuarta porción duodenal y parte distal de la tercera por detrás de los vasos mesentéricos superiores. En siete se realizó una verdadera resección segmentaria con anastomosis duodeno-yeyunal manual (terminal-terminal en 6 pacientes y latero-terminal en uno) y en un caso una resección en cuña de la pared intestinal. En ningún paciente se asoció pancreatomectomía. En cinco casos la tumoración resultó un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de entre 2,5 y 18 cm, y en los 3 restantes un adenocarcinoma duodenal primario, una metástasis de un adenocarcinoma pulmonar y una infiltración local por un adenocarcinoma de sigma, respectivamente. El tiempo medio quirúrgico fue de 200 minutos (rango 80-285 min) y el sangrado intraoperatorio 162 ml (rango 100-400 ml). Cinco pacientes no tuvieron ninguna complicación postoperatoria y un paciente ASA IV falleció. No se objetivó ningún fallo anastomótico. La estancia media postoperatoria fue de 9,7 días (rango de 7 a 28 días). La paciente con adenocarcinoma falleció a los 12 meses por metástasis hepáticas. Los cinco pacientes con GIST están vivos sin recidiva (seguimiento medio de 55 meses). También lo está el paciente de la tumoración metastásica a los 35 meses de la intervención.

Conclusión: Pensamos que la resección segmentaria de las porciones duodenales 3ª y 4ª es segura y factible en una gran variedad de situaciones clínicas sin necesidad de una pancreatomectomía asociada. La maniobra de Cattell y Braasch proporciona la exposición óptima para dicha resección.

Linforragia cervical tras vaciamiento cervical izquierdo: a propósito de un caso.

Hinojosa Arco, L; Corrales Valero, E; Soler Humanes, R; Cuba Castro, J; Monje Salazar, C; Fernández García, F; Ocaña Wilhelmi, L; Rivas Marín, J;

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).

Resumen: La incidencia de linforragia por lesión del conducto torácico como complicación en la cirugía cervical oscila entre un 1-2%, siendo más frecuente en intervenciones sobre el lado izquierdo. En función del momento del diagnóstico el abordaje terapéutico de la misma será diferente. Presentamos un caso de linforragia cervical en el postoperatorio de vaciamiento cervical izquierdo que obliga a reintervención.

Se expone el caso clínico de una paciente de 33 años con antecedente de Carcinoma Papilar Tiroideo que precisó Tiroi-

dectomía Total en 2011. Dos años más tarde es diagnosticada de recidiva ganglionar a nivel cervical izquierdo. Se programa para intervención quirúrgica, en la cual se realiza vaciamiento ganglionar de los niveles II, III y IV izquierdos, en Agosto de 2013. Presenta un postoperatorio sin incidencias, y es dada de alta tres días después de la intervención. Posteriormente vuelve a urgencias seis días tras el alta por inflamación y aumento de tamaño a nivel cervical anterior, apreciándose salida de material blanquecino a través de la herida quirúrgica.

Se decide ingreso y reintervención urgente en la que se visualiza abundante líquido blanquecino en el lecho quirúrgico procedente de la encrucijada yugulosubclavia izquierda, compatible con fistula linfática, sin identificarse claramente el punto de origen. Se realiza lavado y aspiración de todo el lecho, aplicándose cinco centímetros cúbicos de sellador de fibrina (Tissucol) sobre dicha encrucijada y colocándose drenaje tipo Redon nº10 en espacio vascular izquierdo y en subcutáneo. Tras la intervención la paciente permanece ingresada instaurándose nutrición parenteral, somatostatina y dieta con triglicéridos de cadena media. En las primeras cuarenta y ocho horas tras la cirugía aún se aprecia débito de aspecto linfático a través del drenaje, en escasa cantidad, que se torna seroso y en mínima cantidad con la progresión de los días. Presenta evolución satisfactoria, siendo dada de alta seis días después de la intervención.

El diagnóstico de linforragia en el postoperatorio de cirugía cervical nos debe hacer pensar en una fistula del conducto torácico, siendo la prevención la mejor medida para no lesionarlo. Si la fistula se identifica durante la cirugía está indicada la ligadura del conducto torácico. Si se detecta en el postoperatorio inmediato se debe optar por un tratamiento conservador, manteniendo drenajes, y medidas médicas adecuadas (nutrición parenteral, ácidos grasos de cadena media, somatostatina). En nuestro caso, debido a que la fistula se manifestó una vez se habían retirado los drenajes fue necesaria la reintervención para lavado y colocación de drenajes acompañado de las medidas médicas oportunas, con buena evolución clínica.

Obstrucción cólica por litiasis vesicular: Presentación de un caso y revisión de la bibliografía

Vladimir Arteaga Peralta; Roberto de la Plaza Llamas*; Rubén Rodríguez González; Alberto Ruiz de Adana Garrido; Arturo Gómez Arroyo; Antonia María Sánchez Pascual; Elvira Pérez Cuenca**, Restituto Javier Moya Vázquez

* *Servicio de Cirugía Hospital Universitario, Guadalajara;*

** *Servicio de Radiodiagnóstico Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda*

Resumen: La fistula colecistocólica (FCC) es una complicación tardía de la enfermedad de cálculos biliares y se encuentra en aproximadamente 1 de cada 1000 colecistectomías. Es la segunda fistula colecistoentérica más frecuente después de la colecistoduodenal. Presentamos un caso de FCC, su iconografía y revisión de la literatura. Realizamos una búsqueda en PubMed hasta marzo de 2014 en todos los idiomas con las palabras claves (MeSH): Biliary fistula, Gallbladder, Colon,

Fístula. Se analizaron aquellos artículos y las referencias que incluyeran casos.

Varón de 82 años con antecedentes médicos E.P.O.C., insuficiencia aórtica leve, fibrilación auricular, miocardiopatía hipertrófica y colelitiasis de 20 años de evolución. En estudio por diarrea crónica de 1 año de evolución.

Acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal mesogástrico de 5 días de evolución. Ausencia de tránsito a heces. A la exploración abdominal, presenta distensión abdominal con timpanismo en los cuatro cuadrantes, dolor en mesogastrio a la palpación profunda de moderada intensidad, no signos de reacción peritoneal. En la analítica presenta leucocitos $10,25 \times 1000/\mu\text{l}$, neutrófilos 79,4%, Hb 15 g/dl, Creatinina 2 mg/dL. En la radiografía de abdomen se observa dilatación de marco cólico hasta el tercio inferior de colon descendente. Se amplía el estudio con T.A.C. abdominal que objetiva suboclusión cólica de sigma, secundarias a cuerpo extraño cálcico impactado y probable fístula colecistocólica.

Se decide exploración mediante colonoscopia que es incompleta por mala preparación cólica sin encontrar cuerpo extraño, por lo que se decide cirugía urgente. Se realiza LMSIU con dilatación importante de marco cólico hasta sigma, donde se aprecia un cambio de calibre. En su interior se palpa un lito de aproximadamente de 4 x 5 cm. Se intenta progresar el lito hacia recto, sin conseguirlo, por lo que se decide colotomía proximal y extracción del lito, cierre del colon monopiano. Durante la intervención se explora la vesícula biliar, que presenta plastrón con colon transverso. Se determina realizar la colecistectomía en un segundo tiempo. Durante la intervención quirúrgica presenta inestabilidad hemodinámica con FA con respuesta ventricular rápida, dado lo cual el postoperatorio transcurre en UCI. Durante su estancia en UCI, presenta empeoramiento progresivo con fallo cardíaco y fallece a las 48 horas.

La incidencia estimada de la FCC es de 0,1 a 0,5 % en autopsias y 1,2 a 5,0 % en series de colecistectomías. La relación mujer / hombre es de 2,47 / 1. La edad media de los pacientes al momento del diagnóstico es 68,9 años. Como etiología FCC, se deduce que el mecanismo patogénico más común descrito es la inflamación crónica de la vesícula biliar causada por litiasis biliar. La FCC es la causa del 4,5 % de los casos de íleo biliar. El sitio de impactación en el colon es casi exclusivamente el sigma. Se han descrito otros factores asociados con FCC en casos esporádicos como la cirugía previa, cirugía gástrica, colecistostomía, heridas abdominales traumáticas o iatrogénicas. La clínica de la FCC se asocia en mayor medida con malestar epigástrico y diarrea. Dolor en hipocondrio derecho, ictericia o fiebre son más raramente comunicados como síntomas relevantes en el inicio de la FCC. Solo en un caso de cada cinco los pacientes con FCC presentan oclusión por íleo biliar. El diagnóstico de la FCC se consigue antes de la operación en sólo 7,9 % de los pacientes en los casos no complicados. No existen pruebas diagnósticas de elección. El signo radiológico patognomónico de neumbilia (signo de fístula bilioentérica) en la radiografía simple se encuentra a menudo ausente. En la bibliografía se recomienda la desobstrucción del colon extrayendo la litiasis, aunque no existe un abordaje ni tipo de cirugía de elección para la FCC complicada. Se encuentra en debate aún realizar la colecistectomía en un segundo tiempo.

Si se descubriera incidentalmente durante la cirugía la FCC, se recomienda explorar la región biliar y llevar a cabo exámenes intraoperatorios (colangiografía). Se debe realizar una completa exploración del tracto gastrointestinal. No se ha descartado su asociación con el cáncer de vesícula biliar, por lo que se recomienda tomar biopsias de la zona. Los pacientes ancianos son malos candidatos para la cirugía, ya que la mortalidad asociada con la operación puede variar de 10 a 20 %, en comparación con menos del 1 % en colecistectomías sin patologías asociadas.

Cáncer gástrico difuso hereditario: Gastrectomía profiláctica

Bustos AB, Álvarez MJ, San Miguel C, Vilchez A, Valdivia J, García A, Ferrón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Resumen: El cáncer gástrico es la cuarta causa más común de cáncer en todo el mundo; siendo la segunda causa de muerte a nivel mundial. Un estimado 1,3% de los casos, se deben a cáncer gástrico difuso hereditario. Los pacientes que heredan la mutación genética del gen CDH1, encargado de la codificación de la proteína E-cadherina (responsable de la adhesividad y cohesividad del tejido epitelial) presentan un alto riesgo de desarrollar cáncer gástrico a temprana edad. Se estima que tres de cada cuatro portadores de la mutación del gen CDH1, desarrollarían cáncer gástrico, con un promedio de edad de 38 años al momento del diagnóstico. El 60% de las mujeres con mutaciones de este gen, desarrollan un carcinoma lobular de mama, y algunos portadores desarrollan cáncer colorrectal.

Paciente de 38 años, portador de la mutación del gen CDH1, con antecedentes familiares de cáncer gástrico; padre y abuelo diagnosticados a los 45 y 43 años respectivamente. Derivado a nuestras consultas para valorar intervención quirúrgica. En endoscopia digestiva alta, se evidenció gastritis y bulboduodenitis erosiva, sin otros hallazgos. Se decidió conjuntamente, gastrectomía total profiláctica, realizándose vía laparoscópica junto reconstrucción del tránsito digestivo mediante anastomosis esofagoyeyunal con CEEA. La Anatomía Patológica informó de la ausencia de células neoplásicas en los múltiples cortes efectuados.

En el postoperatorio, el paciente presentó una fístula de bajo débito en anastomosis esófago-yeyunal tratada y resuelta conservadoramente. Evolución favorable, con adecuada tolerancia oral.

El cáncer gástrico difuso hereditario es una enfermedad autosómica dominante que se asocia a mutaciones del gen CDH1 en alrededor del 40% de las familias que padecen este síndrome. Histológicamente son siempre de tipo difuso, con expresión anormal o ausente de E-cadherina.

La realización de un interrogatorio detallado, en donde se incluyan los antecedentes familiares es clave para su sospecha clínica.

En los portadores de la mutación, las alternativas son la gastrectomía profiláctica o la vigilancia endoscópica. La indicación de la gastrectomía profiláctica se basa en la evidencia

de focos microscópicos de cáncer gástrico difuso en la pieza quirúrgica de pacientes sometidos a dicha intervención, a pesar de que no se observaron lesiones mucosas en el estudio endoscópico. La decisión de la gastrectomía requiere de una evaluación cuidadosa, multidisciplinaria y debe ser realizada por equipos quirúrgicos con experiencia en la técnica, con índices de mortalidad menores al 1%. La vigilancia endoscópica sería la mejor alternativa en las familias donde existen criterios clínicos pero la mutación no ha sido identificada, o en aquellos que la cirugía no sea aceptada o realizable.

Cirugía del Divertículo de Zenker, anestesia local y sedación

Bustos AB, Álvarez MJ, San Miguel C, Vilchez A, Valdivia J, García Ana, Ferrón JA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen: El divertículo de Zenker o cricofaríngeo es una herniación de la mucosa esofágica a través de una zona relativamente débil de la pared posterior de la faringe, «triángulo de Killian», situada entre las fibras oblicuas del músculo constrictor inferior de la faringe, y las fibras horizontales del músculo cricofaríngeo. La sintomatología es variable; siendo lo más común la aparición de disfagia. Otros síntomas son la regurgitación de alimentos, halitosis, pérdida de peso así como la presencia de una tumoración a nivel cervical. El tránsito esofagogástrico es de gran utilidad para su confirmación diagnóstica. El tratamiento está indicado con el fin de aliviar los síntomas discapacitantes de disfagia y de regurgitación orofaríngea, así como evitar complicaciones de riesgo vital como la neumonía por aspiración y los abscesos pulmonares.

Paciente de 77 años con antecedentes de insuficiencia respiratoria parcial, bronquiectasias bibasales, EPOC GOLD IV con oxígeno domiciliario e infecciones respiratorias de repetición. En estudio por disfagia a sólidos y líquidos de varios meses de evolución, asociada a síndrome constitucional. Se realizó TAC cervico-torácico, evidenciándose masa esofágica estenosante sugerente de neoplasia en primer lugar; y endoscopia digestiva alta, que sin embargo, sugería la presencia de un gran divertículo de Zenker. Se confirmó la existencia del mismo mediante tránsito gastroduodenal con bario; decidiéndose intervención quirúrgica. Se realizó una incisión oblicua laterocervical izquierda sobre borde anterior de músculo esternocleidomastoideo.; confirmándose divertículo de unos 8 x 5 cms a nivel de pared posterior de esófago, caudal al músculo constrictor inferior de la faringe. Sección del mismo mediante GIA 60, y miotomía del músculo cricofaríngeo. El procedimiento se llevo a cabo, debido a los antecedentes respiratorios del paciente, bajo sedación (fentanilo y midazolam) y un bloqueo cervical superficial (levobupivacaína al 0,25% junto mepivacaína al 1%, 12ml).

La evolución en el postoperatorio fue favorable, sin evidencia de complicaciones. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, con adecuada tolerancia oral, sin problemas de disfagia ni regurgitación.

La miotomía del músculo cricofaríngeo ha sido tradicio-

nalmente la base del tratamiento quirúrgico, siendo discutida la necesidad de diverticulectomía versus diverticulopexia. En la actualidad, la incorporación de técnicas endoscópicas están modificando las estrategias quirúrgicas. La utilidad de la anestesia local, en casos seleccionados, nos permite ampliar la indicación de cirugía en pacientes de edad avanzada con patología concomitante, como sucedió en nuestro caso. Las ventajas de una intervención quirúrgica bajo anestesia local, especialmente en pacientes de edad avanzada, que presentan con frecuencia enfermedad cardíaca o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se basan en la reanudación más precoz de funciones como la alimentación oral, así como un menor riesgo de neumonía por aspiración, una mayor aceptación del paciente del tratamiento quirúrgico, y un menor coste hospitalario debido a la menor estancia hospitalaria entre otros.

Sd. Paget Schroetter: serie de 2 casos clínicos.

Reyes Moreno, M. Robayo Soto, PS. Calzado Baeza, SF. Martín Díaz, M. Ferrer García, JG.

Hospital Santa Ana de Motril. Granada

Resumen: La trombosis venosa profunda de la extremidad superior se refiere a la trombosis de las venas axilares o subclavas. Cuando se produce de manera primaria se conoce como síndrome de Paget-Schroetter o trombosis de esfuerzo, es un raro desorden (2 por cada 10000 personas al año).

Presentamos una serie de dos casos diagnosticados y tratados en el Hospital Santa Ana de Motril.

Caso 1: Varón, 25 años, sin antecedentes de interés. Acude por dolor, edema y cianosis, de miembro superior derecho, de una semana de evolución, ha notado marcada dificultad para realizar la flexión del brazo. No traumatismo previo, no toma ningún medicamento, y no hay historia familiar de trombosis venosa. Exploración física: Aumento del perímetro y temperatura del MSD, de aspecto congestivo y circulación colateral prominente principalmente en tercio proximal del mismo. Analítica: Leucos 15,88, Neutrófilos 93,8 % Linfocitos 3,4 Coagulación: Dímero D: 2,79 mg/L. Ecografía venosa: Imágenes compatibles con trombosis venosa profunda de axilar derecha con extensión a subclavia proximal y humeral proximal. Se ingresó para tratamiento clínico anticoagulante y medidas de soporte. Se le realizó TAC de tórax, sin identificarse alteraciones significativas mediastínicas ni pulmonares a excepción del aumento del diámetro de las venas axilar y subclavia derechas sin repleción. Evolucionó satisfactoriamente sin presentar complicaciones y fue dado de alta a domicilio a los 6 días con seguimiento por consulta.

Caso 2: Mujer, 64 años, con antecedentes personales de apendicectomía y amigdalectomía, que acude a Urgencias por presentar inflamación de MSI, edema y enrojecimiento del mismo, no dolor. No traumatismo previo, picadura de insectos o antecedentes de trombosis familiar. A la exploración aumento del perímetro de MSI, con enrojecimiento, aumento de la temperatura local. Pulsos radial y humeral presentes. Analítica: leucocitos 7,8 Mi/μL, Neutrófilos 77,5%, linfocitos 8,5%. Coagulación: Dímero D 1,34 mg/L. Ecografía venosa de miembro superior izquierdo: se observan ecos internos y

falta de señal doppler a nivel de vena yugular, parcialmente en subclavia izquierda y que se extiende por vena basilica homolateral. Se procede a ingreso en planta para estudio trombotico y tratamiento anticoagulante con acenocumarol y enoxaparina sódica, con buena evolución clínica y radiológica, siendo dada de alta a los cinco días, con seguimiento en consulta externa de cirugía.

El síndrome de Paget Schroetter se produce por la trombosis venosa profunda de la vena axilar o subclavia asociada al esfuerzo, siendo un trastorno infrecuente que afecta principalmente a personas jóvenes que realizan actividades deportivas, tiene una alta probabilidad de morbilidad y mortalidad por la posible re-trombosis, embolia pulmonar y síndrome post trombótico. El diagnóstico inicial temprano junto con la instauración de anticoagulantes sigue siendo el tratamiento de elección. Se deben descartar alteraciones de la coagulación o anomalías anatómicas como el desfiladero torácico.

Sd. Paget Schroetter: serie de 2 casos clinicos.

Reyes Moreno, M. Robayo Soto, PS. Calzado Baeza, SF. Martín Díaz, M. Ferrer García, JG.

Hospital Santa Ana de Motril. Granada

Resumen: La trombosis venosa profunda de la extremidad superior se refiere a la trombosis de las venas axilares o subclavias. Cuando se produce de manera primaria se conoce como síndrome de Paget-Schroetter o trombosis de esfuerzo, es un raro desorden (2 por cada 10000 personas al año).

Presentamos una serie de dos casos diagnosticados y tratados en el Hospital Santa Ana de Motril.

Caso 1: Varón, 25 años, sin antecedentes de interés. Acude por dolor, edema y cianosis, de miembro superior derecho, de una semana de evolución, ha notado marcada dificultad para realizar la flexión del brazo. No traumatismo previo, no toma ningún medicamento, y no hay historia familiar de trombosis venosa. Exploración física: Aumento del perímetro y temperatura del MSD, de aspecto congestivo y circulación colateral prominente principalmente en tercio proximal del mismo. Analítica: Leucos 15,88, Neutrófilos 93,8 % Linfocitos 3,4 Coagulación: Dímero D: 2,79 mg/L. Ecografía venosa: Imágenes compatibles con trombosis venosa profunda de axilar derecha con extensión a subclavia proximal y humeral proximal. Se ingresó para tratamiento clínico anticoagulante y medidas de soporte. Se le realizó TAC de tórax, sin identificarse alteraciones significativas mediastínicas ni pulmonares a excepción del aumento del diámetro de las venas axilar y subclavia derechas sin repleción. Evolucionó satisfactoriamente sin presentar complicaciones y fue dado de alta a domicilio a los 6 días con seguimiento por consulta.

Caso 2: Mujer, 64 años, con antecedentes personales de apendicectomía y amigdalectomía, que acude a Urgencias por presentar inflamación de MSI, edema y enrojecimiento del mismo, no dolor. No traumatismo previo, picadura de insectos o antecedentes de trombosis familiar. A la exploración aumento del perímetro de MSI, con enrojecimiento, aumento de la temperatura local. Pulsos radial y humeral presentes. Analítica: leucocitos 7,8 Mi/μL, Neutrófilos 77,5%, linfocitos

8,5%. Coagulación: Dímero D 1,34 mg/L. Ecografía venosa de miembro superior izquierdo: se observan ecos internos y falta de señal doppler a nivel de vena yugular, parcialmente en subclavia izquierda y que se extiende por vena basilica homolateral. Se procede a ingreso en planta para estudio trombotico y tratamiento anticoagulante con acenocumarol y enoxaparina sódica, con buena evolución clínica y radiológica, siendo dada de alta a los cinco días, con seguimiento en consulta externa de cirugía.

El síndrome de Paget Schroetter se produce por la trombosis venosa profunda de la vena axilar o subclavia asociada al esfuerzo, siendo un trastorno infrecuente que afecta principalmente a personas jóvenes que realizan actividades deportivas, tiene una alta probabilidad de morbilidad y mortalidad por la posible re-trombosis, embolia pulmonar y síndrome post trombótico. El diagnóstico inicial temprano junto con la instauración de anticoagulantes sigue siendo el tratamiento de elección. Se deben descartar alteraciones de la coagulación o anomalías anatómicas como el desfiladero torácico.

Mujer, 64 años, con antecedentes personales de apendicectomía y amigdalectomía, que acude a Urgencias por presentar inflamación de MSI, edema y enrojecimiento del mismo, no dolor. No traumatismo previo, picadura de insectos o antecedentes de trombosis familiar. A la exploración aumento del perímetro de MSI, con enrojecimiento, aumento de la temperatura local. Pulsos radial y humeral presentes. Analítica: leucocitos 7,8 Mi/μL, Neutrófilos 77,5%, linfocitos 8,5%. Coagulación: Dímero D 1,34 mg/L. Ecografía venosa de miembro superior izquierdo: se observan ecos internos y falta de señal doppler a nivel de vena yugular, parcialmente en subclavia izquierda y que se extiende por vena basilica homolateral. Se procede a ingreso en planta para estudio trombotico y tratamiento anticoagulante con acenocumarol y enoxaparina sódica, con buena evolución clínica y radiológica, siendo dada de alta a los cinco días, con seguimiento en consulta externa de cirugía.

Fístula enterocutánea tardía en gestante: a propósito de un caso.

Reyes Moreno, M. Calzado Baeza, SF. Robayo Soto, P. Martín Díaz, M. Ferrer García, JG.

Hospital Santa Ana de Motril. Granada

Resumen: La fístula enterocutánea es una patología frecuente, siendo la causa más habitual la reparación intestinal postoperatoria (75-80%), haciendo que la incidencia general oscile entre el 0,8 y el 2%. La radioterapia, el cáncer y la enfermedad de Crohn representan prácticamente el 15-25% restante. La aparición tardía de las mismas es un hallazgo mucho más inusual.

A continuación se describe un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril, de gran interés dado su peculiar presentación.

Mujer, 38 años, gestante de 34 semanas, antecedentes personales de reimplantación ureteral bilateral por reflujo y duplicidad pielouretral izquierda a los 2 años, presentando absceso intraabdominal secundario a perforación sigmoidea en

el postoperatorio inmediato, colostomía transversa con cierre de la misma pasados 2 meses. Alergia a las penicilinas. Acude a Urgencias en la semana 33 de embarazo, por dolor agudo en tercio superior de la cicatriz laparotómica, no fiebre. La paciente vuelve a consultar por persistencia del dolor y tumorción fluctuante. Analítica: Hb 9,9 y Hcto 29,7 y elevación de PCR. Se realiza drenaje, se inician curas locales y clindamicina. Nueva consulta en Urgencias: refiere salida espontánea de pus. A la exploración presenta dolor abdominal, sin signos de peritonismo, orificio fistuloso eritematoso en tercio superior de cicatriz media con salida de gas y escaso débito de material de aspecto fecaloideo (cultivo). Analítica: Hb de 10,5g/dl, PCR 1,27. Ecografía abdominal: existencia de trayecto fistuloso a nivel supraumbilical con colección subyacente de 15 x 7 mm, con probable trayecto secundario hacia asas intestinales próximas. Se pauta tratamiento antibiótico domiciliario con Clindamicina y Eritromicina, con evolución favorable del cuadro y disminución del débito de la misma. Cultivo: crecimiento de E. Coli sensible a la antibioterapia pautada. En la semana 41 + 3, se realiza cesárea por fracaso de inducción.

Posteriormente realización de un TC con contraste: confirma la presencia de un trayecto fistuloso bien definido que comunica el colon transverso subyacente con la pared abdominal a través de un punto de debilidad de la misma, propiciada por una zona de eventración. Actualmente la paciente está en seguimiento clínico en la consulta de cirugía general donde se confirma la persistencia de salida de material con débito muy escaso o prácticamente nulo aunque con salidas ocasionales de gas a través del orificio fistuloso cutáneo, por lo que se ha programado a la paciente para la exéresis quirúrgica de dicho trayecto.

Las fístulas enterocutáneas son una patología frecuente, especialmente tras intervenciones quirúrgicas intestinales, o tras tratamientos radioterápicos, como complicaciones de cáncer o enfermedad de Crohn. En nuestro caso, el origen de la fístula no está del todo filiado puesto que en ningún momento se ha manifestado signo alguno, hasta pasados años desde la intervención quirúrgica. El antecedente de anastomosis intestinal en la infancia, junto con la aparición de dicha fístula sobre la zona de reparación intestinal hace pensar en la aparición de una fístula tardía secundaria al proceso primario. Así pues, la confluencia de debilidad en pared intestinal, el aumento de presión intraabdominal y la aproximación de las asas intestinales a la piel producidas por el paulatino incremento del tamaño uterino podrían ser factores predisponentes para la aparición de la comunicación enterocutánea descrita. La ecografía abdominal ha sido el método diagnóstico de sospecha mientras que la resonancia magnética nuclear sería el método diagnóstico de elección para confirmar el trayecto de la misma durante la gestación. Si bien es cierto que la técnica de elección sería la TC con contraste oral y la fistulografía para delimitar el trayecto exacto y la posible presencia de colecciones intraabdominales, al contrario que éstas, tanto la ecografía como la RMN tienen la ventaja de no ser invasivas para la madre ni nocivas para el feto, pudiendo posponer por tanto, la fistulografía hasta la finalización de la gestación. En lo concerniente al manejo clínico, hasta un tercio de las fístulas enterocutáneas ceden espontáneamente o con tratamiento médico, por lo que se ha optado por la actitud conservadora,

ya que madre y feto han permanecido estables y el débito obtenido a través del trayecto fistuloso ha sido bajo en todo momento, por lo que se ha permitido la normoevolución del embarazo y no se ha precisado emplear medidas más agresivas. Tras el parto se ha realizado seguimiento médico evidenciándose disminución de la salida del material purulento, pero no se ha logrado la remisión completa, por lo que tras descartar afectación peritoneal, se ha optado por el seguimiento clínico y el abordaje quirúrgico como tratamiento definitivo.

Importancia, manejo y pronóstico de la presencia de gas portal. A propósito de un caso.

Reyes Moreno, M. Robayo Soto, PS. Calzado Baeza, SF. Martín Díaz, M. Ferrer García, JG.

Hospital Santa Ana de Motril. Granada

Resumen: La presencia de gas venoso portal se asocia a procesos benignos y malignos con pronóstico nefasto que requieren cirugía de urgencias. La causa más frecuente es la isquemia intestinal, no obstante, también se presenta en cuadros no isquémicos.

A continuación, se presenta un caso clínico, diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril, revisando la bibliografía publicada sobre la importancia, significado, manejo y pronóstico de esta entidad.

Varón, 83 años, antecedentes personales de HTA, que acude a Urgencias por presentar cuadro de dolor abdominal, estreñimiento de 10 días y vómitos de coloración oscura. Exploración física: abdomen distendido, doloroso, con defensa. Analítica: leucocitosis, con desviación izquierda, LDH en aumento (valor máx. 1560), PCR elevada. Rx simple de abdomen: signos de obstrucción intestinal. TAC abdominal: dilatación de asas de intestino delgado así como del colon, hasta ángulo esplénico, donde se aprecia lesión estenosante. Neumatosis intestinal en asas de delgado dilatadas, así como presencia de gas en venas mesentéricas y a nivel venoso portal hepático. Metástasis hepáticas extensas. Metástasis pulmonares. Ante el diagnóstico de isquemia intestinal, probablemente secundaria a dilatación de asas, neoplasia obstructiva de colon en situación terminal, se procede a laparotomía exploradora y realización de colostomía transversa sobre varilla con carácter paliativo. El paciente evoluciona favorablemente tras la intervención, encontrándose actualmente en seguimiento por la Unidad de Cuidados Paliativos.

La presencia de gas venoso portal en el adulto se ha asociado a numerosas patologías, entre las que cabe destacar por su frecuencia: la isquemia intestinal (43%), dilatación del tracto digestivo (12%), abscesos intraabdominales o retroperitoneales (11%) o la enfermedad inflamatoria intestinal. Las tasas de mortalidad varían en función de la etiopatogenia del mismo.

La fisiopatología de esta entidad es aún incierta, aunque se atribuyen varios fenómenos a la aparición de la misma, entre los que se encuentran el aumento de la presión intraluminal y la alteración de la mucosa parietal que permite el paso del gas en el sistema portal a través de la vascularización mesentérica. En algunas ocasiones puede ir asociado a neumatosis intestinal.

Para realizar un diagnóstico puede emplearse radiografía simple, ultrasonografía o tomografía computarizada, siendo más eficaz esta última, permitiendo detectar estadios precoces de la enfermedad. Cuando los hallazgos se detectan en radiografía simple sugieren un mal pronóstico y se asocia a isquemia intestinal. Algunos de los signos radiológicos son engrosamiento e la pared, dilatación de asas intestinal, edema mesentérico, ascitis, neumatosis intestinal, etc, que no son considerados específicos pero sí, sugerentes isquemia mesentérica. Dichos hallazgos se correlacionan, según su magnitud con la gravedad del cuadro.

La presencia de factores predisponentes, como la edad, la arritmia cardíaca, hipercoagulabilidad, un postoperatorio, situación de enfermedad grave, acompañada de clínica de dolor abdominal, con o sin signos de irritación peritoneal o acidosis metabólica inexplicada, pueden hacernos sospechar una isquemia intestinal. En estos casos, el tratamiento aconsejado es la realización de una laparotomía exploradora con la posterior resección intestinal. En algunas ocasiones, ante el diagnóstico de cuadro no isquémico, pero con algún signo de complicación como podría ser la obstrucción intestinal se recomienda cirugía urgente exploradora.

Carcinoma papilar de tiroides y embarazo ¿Cuándo operar?

Sánchez Sánchez L.F, Gómez Rubio D, Claro Alves B, Ruíz Juliá M.L, Ponce Guerrero I, Martín Balbuena R.

Hospital Universitario Ntra. Sra. De Valme - Sevilla

Resumen: El cáncer diferenciado de tiroides es el segundo tumor maligno más frecuente diagnosticado durante el embarazo por detrás del cáncer de mama. El manejo del cáncer diferenciado de tiroides durante la gestación implica una serie de retos para la madre y el feto. Recientemente hemos tenido la ocasión de tratar dos casos clínicos de ca papilar de tiroides durante el embarazo. Nos parece interesante comunicar nuestra actitud diferente en ambos, y las líneas maestras que consideramos se deben seguir cuando ambos procesos coinciden tras revisión exhaustiva de la bibliografía.

Caso 1: A.L.B. 33 a. 12 semana de gestación. AP: Sin interés. Anamnesis: Consulta por haberse notado nódulos laterocervicales derechos submandibulares, por lo demás asintomática. E. Física: Nódulos nivel II derecho no dolorosos. Tiroides normal a la palpación. ECO cervical: Tiroides con múltiples nódulos sugestivos de tiroiditis autoinmune. Nódulo en lóbulo derecho polo superior de 0,6 cm calcificado, múltiples adenopatías niveles II, III y IV derechos. PAAF de adenopatías nivel II tejido tiroideo sugestivo de metástasis ca papilar. BAG: Tejido adiposo y musculoesquelético

Caso 2: A.R.O. 24 a., 14 semana de gestación. AP: Sin interés. Consulta por nódulo tiroideo izquierdo, asintomático. EF: Nódulo tiroideo izquierdo de 3 cm y consistencia firme. No adenopatías palpables. ECO: Nódulo tiroideo izquierdo de 33 mm de diámetro máximo sospechoso de malignidad. No adenopatías. PAAF: Ca papilar (T6).

Caso 1: Se indica cirugía preferente que se lleva a cabo en la semana 18 de gestación, AP: ca papilar de tiroides derecho en

biopsia IO, practicándose tiroidectomía total y linfadenectomía central. Postoperatorio sin incidencias en paciente y feto, remitiéndose a Endocrinología para control evolutivo con dosis supresoras de levotiroxina.

Caso 2: Se indica tratamiento médico y diferir cirugía a los 15 días del parto si evolución favorable.

El pronóstico del ca diferenciado de tiroides no empeora durante el embarazo.

Habitualmente la cirugía se difiere al postparto, no pareciendo empeorar el pronóstico.

Se indica cirugía durante el embarazo en tumores de gran tamaño, agresivos, de rápido crecimiento o con metástasis ganglionares u a otros órganos.

El momento para llevar a cabo la intervención quirúrgica de forma más segura es el 2º trimestre.

Se realiza ecografía en cada trimestre. Si en la semana 24 hay aumento ecográfico del tumor del 50% en volumen y 20% en dos diámetros se indica cirugía inmediata, sin embargo, si el tamaño se mantiene estable o si el diagnóstico es hecho en la segunda mitad del embarazo, la cirugía se difiere al postparto inmediato, administrando hormona tiroidea para mantener TSH entre 0,1-1,5 mU/L(4 y 5).

Técnica de ligadura de vena portal con transección hepática (ALPPS) para el tratamiento de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal.

Gómez Luque, I, Ayllón Terán, MD., Ciria Bru, R., Morales Martín, G.; Valverde Martínez, A.; Luque Molina, A., López Cillero, P., Briceño Delgado, J.

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (Córdoba)

Resumen: Existen distintas técnicas para inducir la hipertrofia del parénquima hepático residual (FLR) para el tratamiento de metástasis hepáticas por cáncer colorrectal (CRLM) en principio irresecables, como son la ligadura de la vena porta (PVL) o su embolización (PVE). Nuestro objetivo es mostrar que la técnica conocida como Associating liver partition and portal vein ligation for staged hepatectomy (ALPPS) en los últimos 2 años está tomando gran importancia en el manejo de las CRLM. Esta técnica consiste en la ligadura portal derecha con Split hepático in situ, para en un segundo tiempo realizar la hepatectomía completa. Esta técnica permite una mayor hipertrofia del FLR, en menor tiempo; y con ello un menor riesgo de progresión tumoral.

Presentamos un paciente de 48 años. Diagnosticada de neoplasia de sigma a 17 cm del margen anal con metástasis hepáticas. Se diagnosticaron múltiples LOEs hepáticas de diferente tamaño hasta 6-7 cm distribuidas por el lóbulo derecho, una lesión de 45 mm en el segmento IVb y una lesión milimétrica dudosa en segmento III. Realizando estudio volumétrico se observa un parénquima hepático residual menor del 20%. Tras presentación en comité multidisciplinario se decide realización de la técnica ALPPS. En la primera cirugía se realiza ligadura de vena porta con transección hepática a la derecha del ligamento falciforme. Se coloca esponja de fibrinógeno y trombina humana (Tachosil ®) en ambas superficies de corte, colocando el hemihígado derecho en una bolsa de plástico.

A los 6 días se realiza volumetría obteniendo un FLR mayor del 30%. En la segunda intervención no se objetivaron datos de fistula biliar ni colecciones completando la hepatectomía derecha ampliada y resección de tumor primario. La paciente no presentó complicaciones quirúrgicas, como colecciones o fallo hepático.

Con esta técnica conseguimos un FLR suficiente para realizar el segundo tiempo de la intervención quirúrgica, trisectomía, en una semana. Gracias a ella, evitamos el problema del desarrollo de colaterales y la necesidad de mayor tiempo para la hipertrofia y con ello un alto riesgo de progresión de enfermedad como ocurre con otras técnicas.

El riesgo del ALPPS es la alta tasa de morbi-mortalidad que presenta en las series publicadas hasta ahora. Con la colocación de la esponja de trombina y fibrinógeno humano (Tachosil[®]) conseguimos evitar el desarrollo de fistula biliar y por consiguiente de colecciones, complicación frecuente en esta intervención.

Mujer, 64 años, con antecedentes personales de apendicectomía y amigdalectomía, que acude a Urgencias por presentar inflamación de MSI, edema y enrojecimiento del mismo, no dolor. No traumatismo previo, picadura de insectos o antecedentes de trombosis familiar. A la exploración aumento del perímetro de MSI, con enrojecimiento, aumento de la temperatura local. Pulsos radial y humeral presentes. Analítica: leucocitos 7,8 Mi/ μ L, Neutrófilos 77,5%, linfocitos 8,5%. Coagulación: Dímero D 1,34 mg/L. Ecografía venosa de miembro superior izquierdo: se observan ecos internos y falta de señal doppler a nivel de vena yugular, parcialmente en subclavia izquierda y que se extiende por vena basilíca homolateral. Se procede a ingreso en planta para estudio trombotico y tratamiento anticoagulante con acenocumarol y enoxaparina sódica, con buena evolución clínica y radiológica, siendo dada de alta a los cinco días, con seguimiento en consulta externa de cirugía.

Traumatismo abdominal CERRADO pediátrico. Duodenopancreatectomía cefálica como única opción de tratamiento.

Gómez Luque, I., Bethancourt, J., Gallardo Herrera, AB., Ayllón Terán, MD., Cabrera Bermon, J., Ciria Bru, R., Luque Molina, A., López Cillero, P., Briceño Delgado, J.
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (Córdoba)

Resumen: El traumatismo abdominal (TA) representa la tercera causa de traumatismo tras el craneoencefálico y torácico. La indicación de tratamiento quirúrgico será la elección cuando alguna de las pruebas complementarias lo indiquen o se presente lesión estructural del paciente. Nuestro objetivo es mostrar como la duodenopancreatectomía cefálica puede presentarse como única opción terapéutica en el traumatismo abdominal en edad pediátrica.

Varón de 11 años que presenta traumatismo abdominal cerrado por contusión con el manillar de su bicicleta sin inestabilidad hemodinámica. Derivado de otro centro tras laparotomía exploradora donde se observó sección de cabeza de páncreas. Se completó estudio con TAC ABDOMINAL y

Colangio/Pancreato-RM las cuales solo mostraban traumatismo de cabeza pancreática (desestructuración del parénquima pancreático) con mínima cantidad de líquido libre. Tras dos días de observación hospitalaria se objetiva contenido biliar en el drenaje abdominal por lo que se decide realizar laparotomía exploradora programada. En la cirugía se encontró sección lineal, limpia y completa de la cabeza pancreática con rotura de colédoco a nivel intrapancreático y del wirsung al mismo nivel con papila totalmente desinsertada. Ante estos hallazgos se decidió realizar duodenopancreatectomía cefálica tipo whipple con reconstrucción en doble asa. El paciente evolucionó de forma favorable, sin presentar ninguna complicación postoperatorio y fue dado de alta a los siete días posteriores a la cirugía.

El tratamiento del traumatismo pancreático pediátrico es un tema muy debatido en la actualidad. La idea principal y la línea que siguen la mayoría de los centros es mantener una actitud lo mayor conservadora posible.

En nuestro caso, la presencia de perforación traumática de la primera porción duodenal, sección completa del colédoco, cabeza de páncreas y la sección del conducto pancreático nos llevaron a tomar la decisión de realizar una cirugía poco común en la edad pediátrica pero necesaria en este paciente.

Causa de obstrucción intestinal: Bezoar

Juan Carlos Navarro Duarte . Ricardo Belda Lozano Javier Martín Cano. Miguel Vargas Fernandez. Rafael Rosado Cobi

H. Torrecárdenas. Almería

Resumen: Los bezoar gástricos son raros, con una clínica inespecífica, de años de evolución, y cuyo hallazgo suele ser de forma incidental.

Generalmente se clasifican en 3 tipos: fitobezoar, tricobezoar, fármacobezoar.

Los síntomas más comunes suelen ser: dolor abdominal, náuseas, vómitos, saciedad precoz, pérdida de peso y cuadros obstructivos de repetición.

Caso clínico: Presentamos a un paciente de 81 años de edad, con antecedentes personales de hemorragia digestiva alta hace años, e intervenido de úlcus duodenal hace 7 años.

Acude a urgencias por intenso dolor abdominal, de varios días de evolución acompañado de vómitos, pérdida de peso y apetito, y ausencia de deposiciones en los últimos días.

A la exploración presenta un abdomen blando, poco distendido, no doloroso a la palpación, ruidos hidraéreos de lucha.

Se realiza una TC donde se halla, cuadro obstructivo a nivel de intestino delgado adyacente a íleon terminal, con patrón en miga de pan, de unos 4 x 3 cm, con probable relación con bezoar.

Se decide intervención quirúrgica, donde además del bezoar encontrado a nivel de íleon terminal, también hallamos un bezoar de unos 6 cm de diámetro en antro-cuerpo gástrico. Se realiza lisis manual de bezoar a nivel de íleon terminal con buen paso a ciego, y gastrografía con extracción de bezoar gástrico.

El paciente evoluciona de forma favorable dándose de alta a los 10 días de la intervención

Conclusiones: Los cuadros obstructivos de intestino delgado en el adulto por bezoar, son muy poco frecuentes, con una incidencia estimada de 0,3 % hallados por endoscopia digestiva alta.

Son típicos de pacientes hombres entre los 40-50 años, siendo los tricobezoar más frecuentes en la mujer joven alrededor de los 20 años.

En la actualidad, su fisiopatología se asocia más a la composición del bezoar, que a los antecedentes de cirugía previa como vagotomía y piloroplastia, o trastorno de la motilidad gástrica.

No suelen asociarse a complicaciones digestivas graves.

Aunque hoy en día, se usa cada vez más el tratamiento mediante disolución química con agentes que degraden el bezoar, en nuestro caso dada la clínica del paciente se optó por la cirugía.

Mastoplastia de reducción en cirugía conservadora de la mama

Carlos Navarro Duarte . Sofía Ortega Ruiz. Pablo Moreno Marín. Miguel Lorenzo Campos. Rafael Rosado Cobi

H. Torrecárdenas. Almería

Resumen: El tratamiento conservador del cáncer de la mama cada vez está más en auge. Aunque existen diferentes técnicas, dado que, en este tratamiento siempre asociamos radioterapia, en mamas voluminosas, tendemos a realizar una mastoplastia de reducción y simetrización de la mama contralateral.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 37 años con hipertrofia mamaria, diagnosticada de cáncer de mama en el límite inferior del cuadrante superior de la mama derecha.

Tras realización de mamografía y RMN, se diagnostica de lesión BI-RADS 5 de 2,5 cm en mama derecha.

Se decide realizar una mastoplastia de reducción, cuyos aspectos más significativos fueron:

Patrón de Wise, diseño del colgajo dermoglandular, extirpación del tumor y marcaje para el patólogo, estudio del ganglio centinela, simetrización contralateral

Conclusiones: Clásicamente las mujeres con mamas muy voluminosas no se han considerado candidatas para la cirugía conservadora de la mama por su mala respuesta del tejido graso a la radioterapia, y necesidad de mayor dosis para penetrar en un tejido mamario mayor.

Aunque es un tema controvertido en nuestra experiencia creemos que la mastoplastia de reducción debe formar parte de la cirugía conservadora del cáncer de mama, ya que nos permite un buen control de la enfermedad con márgenes amplios al mismo tiempo que obtenemos un mejor resultado estético

Enfermedad de Mondor: a propósito de un ca

Juan Carlos Navarro Duarte . Ricardo Belda Lozano Javier Martin Cano. Miguel Lorenzo Campos. Rafael Rosado Cobi

H. Torrecárdenas. Almería

Resumen: La enfermedad de Mondor es una entidad muy poco frecuente, benigna y autolimitada, caracterizada por una tromboflebitis o flebitis de las venas superficiales de la pared anterior y lateral del tórax.

La mayoría de los casos se presentan en mujeres entre la segunda y quinta década de la vida.

Caso clínico: Presentamos a una paciente de 45 años, intervenida de cáncer de mama con colocación de prótesis en mama derecha en agosto de 2013.

La paciente acude a urgencias por dolor y hallazgo de una lesión palpable a nivel submamario derecho de 3 meses de evolución.

A la exploración presenta una tumoración, cordón palpable lineal de unos 3 cm de longitud, eritematosa, dolorosa a la palpación, sin signos de infección.

Se avisa a cirugía de guardia ante la rareza del cuadro y antecedentes de la paciente

Discusión: La enfermedad de Mondor, es una enfermedad rara y muy poco conocida, lo que hace difícil su diagnóstico, el cual es fundamentalmente clínico.

Es una vasculopatía de causa desconocida, relacionada con traumatismos locales, picaduras de artrópodos, cirugía (prótesis mamarias, biopsias), ejercicio físico excesivo e incluso como signo primario hasta en un 12% de pacientes con cáncer de mama.

Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y se complementa con mamografía y ecografía para descartar malignidad.

El tratamiento es sintomático con antiinflamatorios con una duración media de 2-10 semanas

Rotura esplénica atraumática.

Carlos Navarro Duarte . Ricardo Belda Lozano Javier Martin Cano. Guillermo Verdejo Lucas. Rafael Rosado Cobián.

H. Torrecárdenas. Almería.

Resumen: La rotura espontánea del bazo, es un hallazgo clínico muy raro, con muy pocos casos descritos en la literatura.

Los casos revisados en la literatura son consecuencia de alguna coagulopatía, enfermedad sistémica o infecciosa.

Si además asociamos este raro hallazgo, a una mujer joven con clínica de shock hipovolémico, hemoperitoneo y dolor abdominal espontáneo, hace nuestro caso prácticamente único y singular.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 26 años de edad sin antecedentes de interés, la cual acude a urgencias por intenso dolor brusco de horas de evolución a nivel abdominal, con náuseas y confusa.

A la exploración presenta un abdomen muy distendido, mate a la percusión, y doloroso a la palpación superficial, ade-

más presenta un deterioro hemodinámico muy rápido por lo que se realiza una TC urgente con los siguientes hallazgos:

Se observa una arteria y vena esplénica ingurgitadas arremolinadas y torsionadas hacia pelvis, donde se halla un área hipoatenuada y heterogénea, parcialmente delimitada de unos 12x 10 x 15 cm, que corresponde a un bazo ectópico torsionado y roto.

Además se observa un gran hemoperitoneo.

Ante los hallazgos de la TC y deterioro clínico, se interviene de urgencia a la paciente, realizándose esplenectomía urgente y lavado de cavidad peritoneal con colocación de drenaje tipo Penrose.

La paciente evoluciona de forma favorable, dándose de alta a los 7 días postesplenectomía, totalmente asintomática.

Conclusiones: La ruptura atraumática del bazo es un hallazgo inusual, los casos descritos en la literatura son debidos a procesos infecciosos como la fiebre del Dengue, procesos víricos como la mononucleosis, abuso de drogas intravenosas o procesos hematológicos malignos y metastásicos.

Solo hay un 7 % de casos registrados en una revisión sistemática sobre ruptura atraumática del bazo de forma idiopática sobre un total de 845 pacientes.

En nuestro caso se optó por el tratamiento quirúrgico urgente, dada la inestabilidad hemodinámica de la paciente, aunque hoy en día, cada vez, está más en auge el manejo y tratamiento conservador de la rotura esplénica y abordaje laparoscópico.

Nuestro caso es muy singular dada su rareza ante una paciente sin antecedentes de interés y una clínica aguda con repercusión hemodinámica.

GIST Gástrico gigante a propósito de un caso.

Carlos Navarro Duarte .Diego Rodríguez Morillas.Teresa Alves Conceição . Rafael Rosado Cobián.

H. Torrecárdenas. Almería.

Resumen: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo, cuyo órgano más frecuentemente afectado es el estómago.

La gran mayoría de estos tumores vienen definidos por un patrón inmunohistoquímico casi patognomónico, ya que generalmente son positivos para el CD 117 (c-kit).

Más raras son sus localizaciones a nivel a nivel extra gastrointestinal, como en epiplon, mesenterio, pelvis y retroperitoneo.

Caso clínico: Presentamos a un paciente de 67 años, como antecedentes personales presenta, DM, hipercolesterolemia, cáncer de colon intervenido en 1986 portador de colostomía.

Acude a urgencias en 3 ocasiones por deposiciones melénicas, con repercusión hemodinámica en su última consulta a urgencias. Además refiere digestiones más lentas con algún vómito en los últimos meses, sin síntomas constitucionales (pérdida de peso, pérdida de apetito..)

Tras su ingreso se realiza endoscopia digestiva alta: sin hallazgos patológicos, y una TC que describe una gran masa de unos 19 x 11 cm, sólida, vascularizada, con captación heterogé-

nea situada entre cara anterior gástrica, antro-cuerpo gástrico y lóbulo hepático izquierdo (LHI), con impronta en la submucosa de la luz gástrica. Se plantea el diagnóstico diferencial de GIST gástrico VS tumor dependiente del LHI.

Se decide realizar intervención quirúrgica dados los criterios de reseccabilidad y alta sospecha de GIST gástrico.

Se realiza una gastrectomía distal con resección completa del tumor, resección de 20 cm de yeyuno proximal, y gastroyeyuno anastomosis en Y de Roux.

Su evolución fue lenta pero favorable, dándose de alta a los 20 días de su intervención.

La anatomía patológica confirma el diagnóstico de sospecha, describiendo un tumor del estroma gastrointestinal (GIST), de alto riesgo de malignidad de la clasificación de Fletcher.

Según la anatomía patológica es un tumor con unas dimensiones de 19 x 11 cm con un peso de 1891 gr, con necrosis tumoral < 50%, con células fusiformes, número de mitosis < 5 mitosis/50 cga, con bordes de resección libres. C-kit: positivo, CD34: positivo, actina: negativa, desmina: negativa, p100: negativa, Ki 67: < 2%.

Conclusiones: La presentación clínica de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), es muy diversa y a veces incluso, se descubren de forma incidental tras realización de una TC por otra razón.

El 95% de dichos tumores presentan un c-kit positivo, y como factores pronósticos se usa el Ki67(en nuestro caso es muy bajo) y el tamaño tumoral.

En nuestro caso, la clínica fue de una hemorragia digestiva alta, de meses de evolución.

El tratamiento realizado coincide con lo aportado en la literatura sobre estos casos, realizándose siempre que sea posible su reseccabilidad, una cirugía radical como tratamiento primario.

En nuestro caso, se ha reseccado con márgenes libres, y tras deliberación con equipo multidisciplinar y paciente se optó por seguimiento.

Reporte de caso: Fístula Cologástrica en paciente con enfermedad de Crohn.

Jean Carlo Gamero Huamán, Cristina Torres Arcos, Begoña de Soto Cardenal, Luisa Castro Laria, Juan Galán Álvarez, Fernando Oliva Mompeán, Francisco Javier Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

Resumen: Se realiza el estudio de una paciente de 37 años con enfermedad de Crohn, con afectación colónica y perianal (A1L2B3+p), que consulta por molestias gástricas, pérdida de peso y aliento fétido. Exploración física sin alteraciones, entre los estudios de imagen destaca un enema de bario con estenosis de colon transverso, fístula cologástrica y reflujo gastroesofágico.

Ante el diagnóstico de fístula colo-gástrica, se programa intervención quirúrgica donde se reseca en bloque el segmento colónico afectado y el orificio fistuloso gástrico, sin estar éste estar afectado por la enfermedad de Crohn.

Material y Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 37 años diagnosticada de enfermedad de Crohn colónica y perianal desde hace casi 20 años (A1L2B3+p), que consulta por molestias y pesadez epigástricas, aliento fétido y pérdida de peso. La exploración es normal, y en la analítica destacan una Hemoglobina de 8,5 gr/dL, y una disminución de prealbúmina con albúmina y proteínas totales en rango normal. Se realiza una ecografía abdominal donde se visualiza engrosamiento y edema de pared de colon transversal, por lo que se realiza colonoscopia, la cual visualiza una «lesión concéntrica y ulcerada a 90 cm del margen anal, estenosante, que no permite el paso del endoscopio. Resto del colon respetado hasta ampolla rectal». Se toman biopsias: «colitis crónica activa con ulceración, compatible con Enfermedad Inflamatoria Intestinal». Para completar el estudio del colon se realiza un Enema Opaco, que identifica «en colon transversal un segmento con disminución de calibre de unos 5 cm, en relación con una estenosis, paso del contraste del colon transversal al estómago, y un reflujo gastroesofágico».

Con el diagnóstico de Enfermedad de Crohn con fístula colo-gástrica, se programa intervención quirúrgica, realizándose previamente una valoración y tratamiento nutricional consistente en dieta pobre en residuos y suplementos orales hiperproteicos.

Resultados: Se realiza laparotomía exploradora, hallándose el segmento de colon transversal estenótico y fistulizando a curvatura mayor gástrica. El resto de colon transversal en sentido proximal y el colon derecho se hallan afectados por la enfermedad. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada hasta margen macroscópicamente sano, anastomosis ileo-transversal latero-lateral mecánica, y resección en bloque del trayecto fistuloso. Se revisa la mucosa gástrica que no está afectada por la enfermedad de Crohn, y se realiza un cierre simple. El postoperatorio es favorable, siendo alta al séptimo día postoperatorio.

Conclusiones: Aunque la cirugía en la Enfermedad de Crohn no es curativa, es la opción más recomendable cuando aparecen complicaciones, siendo una de ellas las fístulas entre distintos órganos. En estos casos, debe researse el segmento originario de la fístula, con márgenes macroscópicamente sanos, mientras que si el órgano diana de la fístula no está afectado por la enfermedad es suficiente con realizar un cierre simple tras resear el trayecto fistuloso.

La preparación prequirúrgica, como el soporte nutricional y mejora de condiciones sépticas, es un pilar fundamental para el éxito, mejorando las condiciones del paciente para realizar una cirugía con anastomosis en el mismo acto.

Aunque las fístulas son una complicación frecuente en la Enfermedad de Crohn, la fístula colo-gástrica es una forma muy poco frecuente de éstas, conociéndose únicamente 37 hasta la actualidad, motivo por el que nos parece interesante nuestro caso.

Presentación atípica de perforación colónica

Eva Martín Orta, José Antonio López Ruíz, Marina Infantes Ormad, Laura Sánchez Moreno, Juan Cintas

Catena, José López Pérez, Fernando Oliva Mompeán, Javier Padillo Ruíz.

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)a).

Resumen: Una forma de presentación atípica de las perforaciones colorrectales es mediante fiebre de origen desconocido y abscesos intrabdominales, retroperitoneales, hepáticos o a nivel de la pared abdominal.

Presentamos el caso de un paciente varón de 86 años de edad y pluripatológico, que acude a urgencias por presentar sensación de masa a nivel de fosa iliaca- región inguinal derecha de aproximadamente una semana de evolución. Refiere empeoramiento de su estado general con astenia y sensación febril no termometrada, sin otra sintomatología acompañante.

A la exploración se objetiva tumoración que se extiende desde flanco- fosa iliaca derechos hasta región inguinal, fluctuante a la palpación con crepitación de la zona. Presenta celulitis cutánea a dicho nivel.

En la analítica extraída a su llegada a urgencias se objetiva leucocitosis con elevación de PCR, por lo que ante estos hallazgos se decide solicitar una prueba de imagen complementaria que nos ayude a orientar el diagnóstico.

Se realiza una TAC de abdomen sin contraste intravenoso en la que se objetiva una gran colección líquida con componente de aire/gas en su interior. Dicha colección se sitúa a nivel extraperitoneal, desplazando anterior y medialmente al riñón derecho. Se extiende desde la altura del polo superior del riñón derecho hasta el canal inguinal y a nivel de la fosa iliaca derecha desplaza medialmente el ciego, objetivándose una zona del mismo que no presenta plano de clivaje con la colección. Se objetiva enfermedad diverticular del colon, así como enfisema subcutáneo y celulitis a nivel de la pared abdominal adyacente...

Se establece la sospecha de diverticulitis extraperitoneal perforada/ apendicitis.

Ante la situación de estabilidad del paciente, su pluripatología, y tras la corrección de los tiempos de coagulación se decide intervención quirúrgica urgente realizándose drenaje de una gran colección retroperitoneal con salida de abundante débito purulento y colocación de drenaje.

Tras las primeras 24 horas del postoperatorio, el paciente comienza a presentar abundante débito fecaloideo a través de la herida quirúrgica, reforzándose la sospecha diagnóstica de perforación colónica.

Tras mejorar la situación clínica del paciente al drenar la colección retroperitoneal, se procede a una cirugía definitiva, realizándose hemicolectomía derecha con ileostomía terminal tras objetivar perforación en colon ascendente durante la laparotomía exploradora.

La anatomía patológica de la pieza quirúrgica informa de ausencia de tejido tumoral, identificándose únicamente signos de peritonitis aguda.

En el cultivo se aíslan *Pseudomonas Aeruginosa*, *Enterobacter aerogenes* y *Proteus Mirabilis*

Los abscesos retroperitoneales constituyen una forma de presentación atípica de una perforación colónica. El tratamiento se basa en el drenaje del absceso y la resección del segmento cólico afectado, que pueden realizarse en uno o en dos tiempos, en función del estado general del paciente.

Seno uracal sobreinfectado como causa de dolor abdominal.

González Benjumea, P. Martín García de Arboleya, R. Rodríguez Padilla, A. Rada Morgades, R. Royo Balbontín, A. Balongo García, R.

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Resumen: El uraco es un tracto fibroso que se origina de la involución del canal alantoideo. Se extiende desde la cúpula vesical hasta el ombligo.

Una regresión incompleta (total o parcial) del conducto uracal tras el 5º mes de gestación puede originar anomalías uracales.

Las afecciones uracales son poco frecuentes y muy raras en la edad adulta. Generalmente permanecen asintomáticas. Si aparecen complicaciones la más frecuente es la infección.

Presentamos el caso de un varón de 19 años, con antecedentes personales de asma persistente, estenosis hipertrófica de píloro intervenida en el periodo neonatal y apendicectomía, que acude al servicio de urgencias en repetidas ocasiones por presentar dolor abdominal de localización periumbilical irradiado a FID de un mes de evolución. No refiere fiebre, alteraciones del hábito intestinal ni pérdida de apetito. A la exploración física el paciente presenta un buen estado general con dolor a la palpación abdominal y dudoso peritonismo a nivel periumbilical.

Analítica: 13.500 leucocitos con 70,6% segmentados. PCR 2,4. Resto del estudio normal. Sistemático de orina negativo.

Pruebas de imagen:

Ecografía de abdomen: Estructura con gas en su interior que protruye en región umbilical y que parece corresponder a asa intestinal a posible hernia umbilical incarcerada.

TAC abdomen: Colección de contenido heterogéneo (3,3 × 2,3 × 8,2cm) identificándose 2 burbujas de aire, con captación periférica de contraste e importante reacción inflamatoria de la grasa circundante, que se localiza en línea media anterior, por detrás de los rectos anteriores extendiéndose caudalmente hasta el nivel de la bifurcación aórtica. Hallazgos compatibles con seno uracal sobreinfectado.

Ante la clínica y los hallazgos radiológicos del paciente se decide intervención quirúrgica.

Vía de abordaje: comienzo laparoscópico y conversión, realizándose laparotomía media infraumbilical.

Hallazgos: Plastrón inflamatorio abarcando trayecto uracal y epiplón.

Técnica: Liberación de la adherencias y resección en bloque del trayecto fistuloso onfalovesical con signos importantes de inflamación y salida de pequeña cantidad de contenido purulento. Ligadura de ambos extremos del uraco, sutura invaginante en cúpula vesical y comprobación de la estanqueidad.

Anatomía patológica: trayecto fistuloso tapizado por fibrosis con inflamación mixta y extensas áreas de abscesificación. No se aprecian signos de malignidad.

Las anomalías uracales en la edad adulta son una entidad poco frecuente. El seno uracal es el tipo más raro de este grupo de patologías. Su presentación es atípica, siendo su clínica muy inespecífica. Las pruebas de imagen son un importante soporte para poder realizar un diagnóstico certero. El trata-

miento se basa en antibioterapia asociada a escisión del trayecto uracal con o sin incluir cúpula vesical.

Familiarizarnos con su clínica y características radiológicas, así como tenerlas presente en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal sobre todo en los casos en los que se asocie a tumoración periumbilical, puede acelerar el diagnóstico y el tratamiento definitivo. Además, la realización de ecografías ante la supuración umbilical crónica permite descartar patología uracal, evitando así la aparición de complicaciones y la necesidad de cirugía urgente.

Resultado del tratamiento de laparotomía media infectada con terapia VAC VeraFlo con instilación de uroquinasa.

Eva Martín Orta, José Antonio López Ruíz, Marina Infantes Ormad, Juan Cintas Catena, Laura Sánchez Moreno, José López Pérez, Fernando Oliva Mompeán, Javier Padillo Ruíz..

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)a).

Resumen: La infección severa de herida quirúrgica en grandes laparotomías constituye un problema importante, que pone en peligro la indemnidad del cierre de la cavidad, así como un aumento de la estancia hospitalaria y de los costes. Presentamos el caso de un varón de 61 años que fue intervenido por perforación prepilórica y que tuvo que ser reintervenido por evisceración.

Durante la cirugía de urgencias se apreció además una dehiscencia de la sutura a nivel del cierre simple a nivel prepilórico. Se realizó una exclusión duodenal y reparación de la pared mediante técnica de separación de componentes y colocación de malla en posición retromuscular. Durante el postoperatorio se evidencia infección importante de la herida quirúrgica con necrosis cutánea a nivel de los bordes de la misma así como abundantes esfacelos a nivel del lecho, siendo necesario realizar Friedrich de los bordes y limpieza exhaustiva en quirófano.

Se decide colocar terapia VAC con instilación de Uroquinasa, objetivándose una importante y progresiva mejoría del aspecto de la herida en un breve periodo de tiempo.

Tras el primer cambio del dispositivo, se evidencia una importante disminución de esfacelos así como la aparición de abundante tejido de granulación, siendo posible su retirada a los catorce días de iniciarse la terapia.

La uroquinasa es una enzima producida a nivel renal con actividad trombolítica, cuyo uso más común es a nivel parenteral y está indicado para la lisis de los émbolos pulmonares, los trombos de las arterias coronarias causantes de los infartos transmurales y la eliminación de oclusiones en los catéteres intravenosos. También se recomienda la aplicación tópica de Uroquinasa en lesiones tórpidas con tejido desvitalizado que precisen desbridamiento tópico (no quirúrgico) y en heridas tróficas infectadas desbridadas quirúrgicamente. Se ha objetivado una mejoría evidente en la evolución de las heridas infectadas tratadas con sistemas de presión negativa tipo VAC, cuyo beneficio se potencia claramente con las terapias instiladoras que se están introduciendo recientemente en el ámbito hospitalario.

Hernia en espacio de retzius como causa de obstrucción intestinal

Gil Alonso L, De los Reyes Lopera N, Naranjo Fernández JR, Sánchez Moreno L, Torres Arcos C, Oliva Mompeán F.

Hospital Virgen Macarena.

Resumen: Las hernias primarias en el espacio preperitoneal son una patología infrecuente. Debido a su localización pueden pasar más desapercibidas, siendo más difícil su diagnóstico y en ocasiones sólo son detectadas como hallazgo en pruebas de imagen o cuando son causa de patología urgente.

Presentamos un caso de una paciente con un cuadro de obstrucción intestinal por herniación de un asa de delgado en el espacio de Retzius.

Mujer de 45 años, con antecedentes de colecistectomía, que acude a Urgencias por un cuadro de dolor abdominal de 12 horas de evolución, acompañado náuseas y vómitos. A la exploración presenta abdomen distendido, con timpanismo difuso y doloroso a la palpación profunda. No se aprecian signos de irritación peritoneal ni se palpan tumoraciones ni hernias.

Se le realiza un TAC de abdomen en el que se objetiva dilatación de asas de delgado proximal con cambio de calibre a nivel de pelvis menor. No se objetiva una causa clara del cuadro, posiblemente adherencial. Inicialmente se instaura tratamiento conservador, con inserción de sonda nasogástrica y dieta absoluta, pero debido a la evolución desfavorable clínico-radiológica del cuadro obstructivo se plantea urgente.

Se le realiza una laparotomía exploradora en la que se aprecia dilatación de asas de intestino delgado objetivándose asa de delgado que se introduce a través de orificio herniario a través del peritoneo en el espacio de Retzius presentándose como una herniación con estrangulación del asa. Tras ampliación del anillo herniario peritoneal se reduce el asa a cavidad pero sin viabilidad debido a que presenta cambios isquémicos precisando resección del segmento afectado con resección y anastomosis latero-lateral mecánica de unos 15 cm de intestino delgado.

Durante el postoperatorio inmediato la paciente realiza un cuadro de íleo parético que se resuelve de manera conservadora. Posteriormente evoluciona de manera favorable y puede ser dada de alta 10 días después.

Las hernias en localizaciones habituales cuando presentan complicación con incarceration, estrangulación, cursan con tumoración palpable, tensa y dolorosa, asociadas o no a obstrucción intestinal, y son fácilmente identificables por el clínico. En este caso, la herniación del asa intestinal en el espacio de Retzius, por el contrario, al presentar indemnidad de la pared abdominal, se presenta como hallazgo tras pruebas de imagen y en caso de complicación en el estudio y tratamiento quirúrgico del cuadro clínico por abdomen agudo obstructivo.

Metástasis inguinales de carcinoma espinocelular de talón.

Eva Martín Orta., José Antonio López Ruíz, Marina Infantes Ormad, Laura Sánchez Moreno, José López Pérez, Fernando Oliva Mompeán, Javier Padillo Ruíz.

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)a).

Resumen: En la mayoría de los pacientes diagnosticados de carcinoma espinocelular, la afectación queda limitada a la piel, consiguiéndose buenos resultados con el tratamiento local: exéresis de la lesión, su destrucción o irradiación de la lesión primaria.

Sin embargo, hasta en un 5% de los pacientes se detectan metástasis locorregionales o a distancia, lo cual supone un aumento del riesgo de mortalidad y la necesidad de un tratamiento alternativo.

Presentamos un caso de un paciente varón de 65 años con antecedente de amputación transtibial de miembro inferior izquierdo el año anterior por diagnóstico de carcinoma espinocelular que se origina en talón del pie izquierdo.

Acude a urgencias por nódulos dolorosos a nivel de región inguinal izquierda, sin otra sintomatología acompañante.

A la exploración de objetivan formaciones nodulares de consistencia pétreas a nivel de región inguinal izquierda y raíz de muslo, algunas sobreabscesificadas.

Ante la sospecha de que se trate de adenopatías metastásicas en relación a su antecedente de carcinoma espinocelular de talón, se ingresa al paciente al objeto de completar el estudio de su patología.

Se realizan TAC de tórax y abdomen y gammagrafía ósea, en los que no se evidencian imágenes de afectación metastásica, así como RNM de pelvis y muslos con contraste.

En la RNM se identifican, a nivel de la región inguinal izquierda, anterior a los vasos femorales externos, dos lesiones en íntima relación (de unos 6,7 cm x 5,7 cm y 4,7 cm x 6, 4 cm) y de bordes mal definidos. Presentan zonas de necrosis central y bordes gruesos con intenso realce de sus paredes tras la administración de gadolinio. Resultan hallazgos compatibles con metástasis de su carcinoma espinocelular.

Ante estos hallazgos se decide someter al paciente a intervención quirúrgica, realizándose linfexéresis inguinal izquierda, objetivándose masa elíptica que infiltra fascia del músculo sartorio, paquete vascular superficial y safena mayor, procediéndose a su exéresis en bloque.

La anatomía patológica confirma la recidiva de su patología.

Una amplia variedad de factores histopatológicos y clínicos se han propuesto como indicadores de aumento del riesgo de metástasis del carcinoma espinocelular, como el tamaño mayor de 2 cm, profundidad de la invasión que supere los 6 mm, invasión perineural o la inmunosupresión.

Sin embargo, no existe un consenso acerca de que características definen un carcinoma epidermoide de alto riesgo.

Los ganglios linfáticos son la localización más frecuente de las metástasis de este tumor, por lo que independientemente de que los pacientes con este diagnóstico presenten o no factores de riesgo, se recomienda la palpación sistemática en busca de afectación adenopática regional en el momento del diagnóstico y durante el seguimiento.

Miotomía de Heller laparoscópica asociada a funduplicatura anterior de Dor en el tratamiento de las Acalasias. Experiencia de nuestro cent

Morales Martín G., González Benjumea P., Martín García de Arboleya R., Molina García D., Cuadrado Vigaray J., Balongo García R.

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Resumen: Entre los tratamientos disponibles para el manejo de la Acalasia se encuentra la miotomía de Heller laparoscópica, presentando en las series disponibles unos porcentajes de resultados postoperatorios como son la presencia de RGE (2-26%), y la disfagia persistente (3-10%) así como unas tasas de complicaciones operatorias como son la perforación esofágica (1-7%) y la lesión esplénica (1-5%)

El objetivo de este estudio descriptivo es la recogida de resultados postoperatorios de los pacientes intervenidos de mediante abordaje laparoscópico realizándose miotomía de Heller en nuestro centro una vez alcanzada la curva de aprendizaje con una comparativa con los resultados de estudios actuales.

Entre los años 2010-2013 se han intervenido un total de 10 pacientes con Acalasia primaria sintomática, realizándose en todas las intervenciones Miotomía de Heller con funduplicatura anterior de Dor por vía laparoscópica.

El 70% de los pacientes intervenidos han sido varones con una media de edad de 45,14 años, el 30% mujeres con una media de edad de 46 años. La mediana de estancia hospitalaria ha sido de 4 días presentando un total de 2 complicaciones intraoperatorias 1 conversión a vía abierta por intensa fibrosis y 1 paciente con microperforación esofágica reparada intraoperatoriamente.

En revisiones postoperatorias al primer mes postoperatorio un paciente refiere persistencia de los síntomas de reflujo gastroesofágico con necesidad de IBP mientras otro refiere episodios aislados de disfagia a líquidos, el resto de los pacientes refiere mejoría clínica de su sintomatología con remisión de los episodios de disfagia.

La cardiomiectomía anterior extramucosa de Heller elimina el obstáculo creado por el defecto de relajación del esfínter esofágico inferior, siendo el acceso abdominal mediante laparoscopia el procedimiento quirúrgico de referencia en la actualidad, presentando nuestro centro una tasa de resultados iniciales acorde a los datos aportados por la literatura actual. No presentando lesiones viscerales operatorias graves y con resultados de mejoría de clínica de disfagia y reflujo en un 80% de los pacientes intervenidos

Metástasis mamaria de adenocarcinoma gástrico de células en anillo de sello simulando un carcinoma inflamatorio

A. Rodríguez Padilla, J. Rodríguez Rodríguez, P. González Benjumea, R. Jurado Marchena, M.M. García Millán, R. Balongo García

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

Resumen: Las metástasis tumorales en la mama son poco

frecuentes. Su incidencia varía desde 1,7 a 2,7%. Las más comunes son melanoma, pulmón, tumores carcinoides, ovario y riñón, siendo excepcionales las metástasis gastrointestinales. En estos casos habría que hacer diagnóstico diferencial con una lesión primaria de la mama.

El objetivo de nuestra comunicación es presentar el caso clínico de una paciente con metástasis mamaria de adenocarcinoma gástrico de células en anillo de sello, analizando sus características y abordaje terapéutico.

Presentamos el caso de una mujer de 49 años con antecedentes personales de tumor de Krukenberg de origen gástrico tratados mediante doble anexectomía laparoscópica y quimioterapia paliativa por implantes peritoneales y hepáticos.

En la TAC control se observa un engrosamiento difuso de la pared gástrica a nivel de cuerpo-antro con afectación de la grasa peritoneal sin signos de progresión de la enfermedad y una lesión dérmica homogénea e hipercaptante de 2 x 2 cm localizada en mama derecha a nivel del surco inframamario, motivo por el cual nos consultan.

A la exploración de la mama derecha se aprecia en unión de cuadrantes inferiores un nódulo excrecente, de coloración violácea, no doloroso, de localización subcutánea, adherido a planos profundos, rodeado de un área mal delimitada de piel de naranja.

El diagnóstico diferencial debemos realizarlo entre carcinoma inflamatorio de la mama y metástasis.

Se realiza biopsia escisional mediante incisión submamaria con anestesia local en régimen ambulatorio. Cierre con sutura reabsorbible en un plano y sutura intradérmica para la piel.

El estudio anatomopatológico confirma metástasis de adenocarcinoma de células en anillo de sello de origen gástrico.

Las células en anillo son características de adenocarcinomas de estómago, colorrectal, tracto urinario, mediastino y pulmón. Los lugares más comunes de metástasis son peritoneo y nódulos linfáticos, otras localizaciones menos frecuentes son hígado, huesos y pulmón. Las metástasis en mama son muy infrecuentes, siendo la presencia conjunta de metástasis ovárica (tumor de Krukenberg) extremadamente rara y favoreciendo un peor pronóstico.

Clínicamente, las lesiones metastásicas pueden simular un tumor primario de la mama. Lesión palpable, generalmente localizada en un cuadrante o bien difusa, con clínica de dolor, calor local e inflamación, con aspecto rojizo de la mama, simulando un carcinoma inflamatorio e incluso una mastitis.

El estudio inmunohistoquímico con CK20 y CEA positivos y ER, PR y CK7 negativos, descartan un tumor primario de la mama, apoyando el diagnóstico de adenocarcinoma metastásico de células en anillo de sello de origen gastrointestinal.

Su diferenciación es importante, sobre todo en la planificación de la estrategia de tratamiento.

Fístula del conducto torácico como complicación de una tiroidectomía total con linfadenectomía por carcinoma papilar de tiroides

A. Rodríguez Padilla, J. Candón Vázquez, G. Morales Martín, J.M. López Medel,

J.A. Lucero Santamaría, R. Balongo García

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

Resumen: La fístula quilosa por lesión del conducto torácico 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 a través del conducto torácico, 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.

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.

Mujer de 53 años, diabética e hipertiroidea de larga evolución en seguimiento por Endocrinología. En la ecografía control se aprecia bocio multinodular con un área sólida 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. A las 24 de la intervención se aprecia alto débito (650 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 p 7,68, 1290mg/dl de triglicéridos con 200 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 el débito por el drenaje a la mitad en las siguientes 24 horas tras el inicio del tratamiento.

La fístula quilosa se produce por una lesión inadvertida del conducto torácico durante la disección cervical. El diagnóstico se realiza por el aspecto y análisis del líquido, con cifras de triglicéridos y colesterol elevadas. El débito diario 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 octeótride ayuda a reducir el débito en las primeras 24-48 horas, acortando la estancia hospitalaria y disminuyendo la morbilidad.

Metástasis mamaria de carcinoma de células de Merkel

A. Rodríguez Padilla, J. Salas Murillo, B. García del Pino, M. Vidal Pino, J. Rebollo López, R. Balongo García

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

Resumen: El carcinoma de células de Merkel es una neoplasia neuroendocrina maligna muy infrecuente. Se origina en la epidermis y suele presentarse en individuos de raza blanca entre la sexta y la séptima década de la vida. De carácter muy agresivo y elevada mortalidad, presenta destacada tendencia a la recidiva local y aparición de metástasis linfáticas y a distancia, sobre todo a pulmón, hígado, hueso y cerebro, siendo excepcionales las metástasis a la mama.

Clínicamente aparece una lesión nodular eritematosa e indolora, de crecimiento rápido. Se localiza principalmente en áreas fotoexpuestas como cabeza, cuello y brazos, existiendo una asociación a la exposición solar, luz ultravioleta, estados de inmunosupresión (VIH, trasplantados LLC, linfoma no Hodgk y exposición a arsénico).

El objetivo de nuestra comunicación es presentar el caso de una paciente con metástasis de carcinoma de células de Merkel de localización atípica, analizando sus características y abordaje terapéutico.

Presentamos el caso de una mujer de 77 años diagnosticada hace 2 años de carcinoma de células de Merkel en pierna derecha tratado mediante resección y radioterapia, que se estudia de forma ambulatoria por lesión nodular hipoecoica, con bordes bien definidos, de aproximadamente 2 x 3cm, localizada en la unión de los cuadrantes inferiores de la mama derecha.

Se realiza resección del nódulo mamario mediante incisión periareolar, accediendo vía subcutánea. Cierre con sutura reabsorbible en dos planos y sutura intradérmica para la piel.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica se corresponde con una tumoración de patrón difuso o dispuesto en nidos sólidos, constituida por una población de células de aspecto indiferenciado, de núcleos grandes, redondeados, con varios nucléolos y escasos citoplasmas basófilos. El índice mitótico era 80%.

Las técnicas de inmunohistoquímica mostraron intensa positividad para marcadores de citoqueratinas AE1, AE3, CK 20 (típicamente paranuclear), así como positividad para marcadores de sinaptosina y enolasa. Las técnicas de S100, HMB45, LCA CD20, CK7 y TTF1 resultaron negativas. Hallazgos histológicos sugestivos de carcinoma de células de Merkel.

El carcinoma de células de Merkel es una entidad muy poco frecuente. Su incidencia es mayor a partir de la sexta-séptima década. Suelen ser tumores de mal pronóstico, con frecuentes recidivas locales y metástasis linfáticas y a distancia. Es importante un diagnóstico y tratamiento precoces dada la elevada agresividad de la neoplasia y las frecuentes recidivas observadas.

El diagnóstico de certeza se logra mediante estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico, con un perfil muy característico: positividad para CK20, ENE, EMA, neurofilamentoL, CD99, cromogranina A, sinaptosina y negativo para S100, CK7, HMB45 y TTF1.

Se debe hacer diagnóstico diferencial con melanoma, tumor de células pequeñas, procesos linfoproliferativos y tumor neuroectodérmico primitivo.

La exéresis quirúrgica con márgenes amplios es el tratamiento de elección, asociando radioterapia en la enfermedad localizada y quimioterapia en la avanzada.

Múltiples tumores pardos en una paciente en hemodiálisis con hiperparatiroidismo secundario grave

A. Rodríguez Padilla, I. Escobesa Suarez, J. Candón Vázquez, A. Perez Flor, A. Tejada, R. Balongo García

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

Resumen: Los tumores pardos son lesiones óseas erosivas causadas por la actividad osteoclástica aumentada y fibrosis peritrabecular, expresión del hiperparatiroidismo secundario en pacientes con IRC avanzada. La incidencia de estos tumores es relativamente infrecuente, con una incidencia de 1,5-1,7%, considerándose la afectación ósea múltiple excepcional. La localización más frecuente es pelvis, costillas, y maxilar. La afectación de la columna vertebral es rara. El hiperparatiroidismo incontrolado y el largo tiempo en HD son los dos factores implicados en el desarrollo de estos tumores.

El tratamiento del hiperparatiroidismo secundario y por consiguiente del tumor pardo se realiza con quelantes de fosforo, calcitriol y en casos resistentes al tratamiento médico paratiroidectomía total con autotransplante. En algunos casos como en las localizaciones maxilares, debido a las deformidades o a la compresión del nervio óptico es preciso también la extirpación quirúrgica del tumor.

Presentamos el caso de una mujer de 51 años nefrectomizada desde hace 25 años por litiasis renal izquierda, pielonefritis derecha de repetición, incluida en programa de hemodiálisis desde hace 7 años. En tratamiento con vitamina D, quelantes del fósforo, compuestos de calcio y aluminio sin conseguir un buen control bioquímico del hiperparatiroidismo secundario.

PTH: 2730 (rango normal entre 10-65pg/ml), FA 1643, TSH y hormonas tiroideas normales, con niveles de calcio sérico 11 (rango normal 8,5-10,5 mg/dl) y fósforo de 2,3 (rango normal 2,5-4-5 mg/dl).

Se realiza ecografía cervical y gammagrafía Tc99MIBI en la que se aprecian tres formaciones hipocóicas en localización anatómica de las paratiroides, siendo la inferior izquierda la de mayor tamaño, compatible con hiperplasia o adenoma.

Se completa estudio mediante TAC cráneo-cara en el que se aprecian signos de osteopatía metabólica severa, con múltiples osteoclastomas difusos, patrón en sal y pimienta. Lesión predominante en hueso maxilar izquierdo compatible con tumor pardo 48 × 48 × 43mm. Pequeño tumor pardo en C7. Vértebras con patrón en jersey de rugby.

En diciembre 2013 se realiza paratiroidectomía total con autotransplante en esternocleidomastoideo derecho. La anatomía patológica es informada como hiperplasia de las cuatro glándulas con un tamaño 0,6-1cm. La calcemia posterior es 8,6, con calcio iónico de 1,10 y fósforo de 3,5. La paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta a los 5 días de la intervención.

Reingresa al mes por lumbociatalgia invalidante. Se realiza RM columna lumbosacra en la que se objetiva tumor pardo en D10 con compresión medular. Tumor pardo en L2 y esclerosis en camiseta de rugby. Se interviene realizándose hemivertebrectomía con colocación de malla de titanio y descompresión medular. AP tumor pardo del hiperparatiroidismo.

En pacientes en hemodiálisis crónica, el desarrollo de un hiperparatiroidismo secundario incontrolado puede ocasionar la formación de tumores pardos multifocales. El tratamiento se realiza mediante quelantes de fosforo, calcitriol y en casos resistentes al tratamiento médico paratiroidectomía total con autotransplante. En la localización maxilar, debido a la compresión del nervio óptico puede ser preciso la extirpación quirúrgica del tumor.

Adrenalectomía laparoscópica. Revisión de nuestra experiencia en los últimos tres años

A. Rodríguez Padilla, R. Martín García de Arboleya, B. García del Pino, A. Lucena Varea, A. de la Rosa, R. Balongo García

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

Resumen: La adrenalectomía por vía laparoscópica es hoy en día el tratamiento estándar para el tratamiento de las lesiones suprarrenales. Varios trabajos demuestran su efectividad, proporcionando menor trauma quirúrgico y ventajas postoperatorias inequívocas en relación a la cirugía convencional, como son la rapidez, baja morbilidad y rápida recuperación.

Son indicaciones de adrenalectomía laparoscópica: aldosteronoma, feocromocitoma, mielolipoma, enfermedad de Cushing, incidentaloma > 6cm o inferior que aumenta de tamaño, metástasis, carcinoma suprarrenal < 10cm.

El objetivo de nuestro trabajo es revisar los resultados de los pacientes sometidos a adrenalectomía laparoscópica en los últimos 3 años.

Presentamos un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes sometidos a adrenalectomía laparoscópica en nuestro centro entre 2011 y 2013. Se analizan las variables de mayor relevancia: tiempo quirúrgico, tiempo para tolerancia oral, uso de analgesia, complicaciones quirúrgicas, tasa de conversión, uso de drenajes, necesidad de cuidados intensivos, estancia media y reintervenciones, comparando los resultados con la literatura existente.

Serie de 12 pacientes con una edad media de 51 años (intervalo 19-74 años), 8 hombres y 4 mujeres, incluyendo 6 casos de feocromocitoma, 1 aldosteronoma, 3 mielolipomas y 2 metástasis suprarrenales. El tamaño promedio de las lesiones fue de 3,1 cm (2-4,8), siendo 7 lesiones del lado derecho y 5 lesiones del lado izquierdo. El tiempo quirúrgico medio fue de 126 minutos (intervalo de tiempo 90-240 minutos). La tasa de conversión fue de 0%. Se dejó drenajes sólo en 3 de los pacientes. Ninguno de los pacientes precisó reintervención quirúrgica. Se reinició la alimentación oral en las primeras 12 (8-48 horas). Un 25% de los pacientes presentaron complicaciones precoces (hematoma lecho quirúrgico, neumotórax yatrógeno). En 6 de los pacientes se precisó cuidados intensivos durante una media de 32 horas (24-72 horas de intervalo). El tiempo medio de hospitalización fue de 4,5 días con un intervalo de 2-12 días. Todos los pacientes fueron sometidos a anestesia general, siendo la analgesia postoperatoria realizada con analgésicos menores y/o antiinflamatorios no esteroideos.

Nuestra experiencia es corta, ya que sólo hemos intervenido a 12 pacientes. Comparando nuestros resultados con los publi-

cados en la literatura se aprecia un menor tiempo operatorio, prácticamente el doble de estancia hospitalaria, pero sin presentar ninguna conversión ni lesión visceral.

La adrenalectomía laparoscópica es la técnica de elección de las masas adrenales funcionantes o incidentales, pudiendo ser realizada de manera segura y eficiente, con bajo índice de complicaciones, independientemente de la etiología de la lesión, mejorando el postoperatorio del paciente y disminuyendo la morbilidad asociada a las incisiones quirúrgicas de la cirugía abierta.

Traumatismo diferido de la vía biliar principal. Caso clínico y revisión de la literatura

Delgado Morales, Mariela. Bejarano González-Serna, Daniel. Candón Vázquez, Juan. Vega Blanco, Juan. Naranjo Rodríguez, Pedro. Balongo García, Rafael.

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Resumen: La sección completa del conducto biliar común como consecuencia de un trauma abdominal cerrado es una entidad poco frecuente. Los mecanismos de lesión son multifactoriales. Suele estar asociada a una demora en el diagnóstico, y pasar desapercibida cuando en la exploración inicial hay otras lesiones intraabdominales. La presencia de dolor abdominal continuo, y pruebas de función hepática anormal sugieren la necesidad de descartar una lesión del tracto biliar. Documentamos el caso de un varón joven con lesión diferida de la vía biliar principal.

Varón de 37 años que presenta caída a baja velocidad mientras circulaba con una bicicleta, golpeándose en zona epigástrica con el manillar. A la exploración presentaba dolor y ligera defensa abdominal en epigastrio e HCD. Analítica de ingreso: elevación discreta de amilasa y lipasa. TAC abdominal: Ligero hemoperitoneo difuso, con laceración subcapsular anterior en segmento III hepático, ligera hipodensidad mal definida de cabeza y cuello de páncreas, con leve edema circundante; que indican probable pancreatitis de origen traumático. Durante los primeros días, presenta normalización de las enzimas pancreáticas pero elevación progresiva de la bilirrubina, por lo que en el día 17 de hospitalización, se solicita ecografía abdominal con punción aspiración, objetivándose bilis limpia. Con el diagnóstico de coleperitoneo, se indica cirugía urgente.

Se realiza laparotomía exploradora: Importante coleperitoneo, por sección completa traumática del colédoco distal. Se realiza Hepático-Yeyunostomía tutorizada por Kehr. En planta, continúa con cifras altas de bilirrubina, e insuficiente funcionamiento del Kehr. Se realiza colangiografía transKehr, cambiando el Kehr por un drenaje interno externo. Mejoría clínica y analítica, normalizando cifras de bilirrubina y tolerando el cierre del drenaje. En colangiografía de control: excelente paso del medio de contraste tanto por el drenaje como por la anastomosis.

Se requiere un alto índice de sospecha para identificar y manejar esta lesión intraoperatoriamente. La vía biliar extrahepática puede lesionarse en cualquier parte de su recorrido desde el hígado hasta el duodeno, pero la zona distal de la vía biliar común es la zona que sufre con mayor frecuencia la sección

por mecanismos de avulsión, debido a la relativa fijación de la porción infraduodenal del colédoco con el páncreas. Si la lesión de la vía biliar es de instauración tardía, puede ser debida a una necrosis isquémica tardía del conducto biliar principal y posterior fuga biliar, debido a una lesión arterial responsable del hemoperitoneo. En una sección ductal biliar completa, se prefiere una anastomosis entérica en Y de Roux, con o sin una reparación sobre un tubo en T tutorizando la anastomosis. En el caso de nuestro paciente, se pone de manifiesto una lesión que, hasta el momento antes de la intervención, no había sido objetivada por ningún método diagnóstico, y del cual tampoco se tenía una clara sospecha clínica, por lo que concluimos se presentó en un momento tardío de su evolución.

Esplenectomías laparoscópicas. Experiencia de tres años en nuestro centro

Delgado Morales, Mariela. González Benjumea, Paz. Molina García, David. Cuadrado Vigaray, Joaquín. Naranjo Rodríguez, Pedro. Balongo García, Rafael.

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Resumen: La esplenectomía en el manejo de la patología hematológica, se reserva para aquellos casos en los que existe un fracaso del tratamiento conservador o para mantener la remisión en los pacientes que requieren tratamiento continuo para un recuento plaquetario adecuado. La esplenectomía abierta tanto como la laparoscópica presentan una eficacia similar. Los claros beneficios de la laparoscopia han hecho que actualmente se considere el gold standard para la realización de esplenectomía electiva. El objetivo de la presente comunicación es analizar los resultados obtenidos en las esplenectomías realizadas en nuestro centro.

Estudio de tipo observacional retrospectivo descriptivo, entre los años 2010 y 2013 en el Servicio de Cirugía General de nuestro hospital. Se incluyeron un total de 11 pacientes a los que se les realizó esplenectomía laparoscópica durante un periodo de tiempo de tres años. La media de edad de los pacientes fue de 56,72 años. En cuanto al sexo, fueron 4 pacientes hombres y 7 pacientes mujeres.

Se realizaron 10 esplenectomías por vía laparoscópica, de las cuales hubo necesidad de conversión en un solo caso, por bloqueo adherencial severo; realizándose solo una de las intervenciones por vía abierta por imposibilidad técnica (esplenomegalia por linfoma esplénico). La estancia media fue de 3 días. Se presentaron dos complicaciones tempranas: seroma de herida quirúrgica, y anemia moderada en el postoperatorio. Se hizo un recuento de los valores de plaquetas en el pre y post operatorio. El recuento más bajo obtenido en el preoperatorio fue de 38 000, y el más alto de 380 000. El recuento plaquetario al mes de la intervención, mostró una trombocitosis de hasta 916 000 y el recuento más bajo fue de 160 000 plaquetas. Hubo dos casos de complicaciones tardías: Un paciente con neumonía basal izquierda y otro paciente con crisis hemolítica a los 2 años de ser intervenido.

Para aquellos desórdenes hematológicos como la PTI/AHA, la esplenectomía resulta eficaz en el tratamiento de las mismas, sobretudo para el manejo de pacientes que han fa-

llado en mantener respuesta frente al tratamiento médico. El acceso por la vía laparoscópica es actualmente el tratamiento de elección para estos pacientes, logrando tasas de respuesta favorables y mantenidas; asociándose a un menor tiempo de estancia hospitalaria.

Abdomen agudo por diverticulitis yeyunal perforada

Delgado Morales, Mariela. Martin G. de Arbolea, Rocío. Bejarano González-Serna, Daniel. Cisneros Cabello, Nieves. Maldonado Hidalgo, Victor Hugo. Balongo García, Rafael.

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Resumen: La incidencia de diverticulosis yeyunoileal es menor del 1,3% en estudios radiológicos con contraste. Pueden permanecer asintomáticos hasta en el 70% de los casos; siendo sintomáticos de manejo quirúrgico en menos del 20% de los casos. Suelen ocasionar una peritonitis localizada, ya que el divertículo es aislado por el mesenterio adyacente. Los síntomas clínicos de la diverticulitis yeyunal perforada mimetizan otros cuadros de dolor abdominal, y por tanto la exploración clínica inicial no suele sugerir la necesidad de un tratamiento quirúrgico urgente. Presentamos el caso de una mujer de 40 años con una diverticulitis yeyunal perforada.

Mujer 40 años, con antecedentes personales de cólico renoureteral, intervenida de Hernia hiatal paraesofágica, hemorroides, histerectomía, hernia inguinal, rectocele. Acude a urgencias por dolor intenso de inicio brusco en fosa renal derecha, irradiado a región inguinal desde la mañana del ingreso. No fiebre ni vómitos. No alteraciones del hábito intestinal. A la exploración, presenta dolor intenso a la palpación en hemiabdomen derecho/FID, con defensa abdominal generalizada. Analítica: Leuc 10100, segm 79,8%. Hb 13,7. Bioq: Láctico 1,1 TAC: Grupo de asas yeyunales en FID que forman un plastrón, que presentan paredes hipercaptantes, con colecciones aéreas yuxtayeyunales que pudieran corresponder a divertículos. En FID, pequeña colección interasas vs. asa con contenido líquido, hallazgos que podrían deberse a un divertículo yeyunal o ileal perforado.

Se realiza: Laparotomía media suprainfraumbilical, encontrando múltiples divertículos yeyunales en el borde mesentérico y uno a unos 100cms del asa fija en el borde antimesentérico, uno más grande y perforado (+/- 4 cm de diámetro). Se realiza resección de divertículo perforado y anastomosis L-L manual y lavado profuso de cavidad. Evolución favorable en el postoperatorio. El estudio AP revela en la pieza de intestino delgado: «Enfermedad diverticular. Diverticulitis. Peritonitis».

Los divertículos de yeyuno constituyen una patología rara con múltiples manifestaciones clínicas que -por su baja incidencia- se diagnostica de forma errada, retrasando de esta manera el adecuado manejo de la misma.

Es difícil el diagnóstico diferencial con otras entidades que simulan un abdomen agudo de probable etiología quirúrgica como: apendicitis retrocecal, colecistitis, colangitis, pielonefritis aguda, neumonía basal derecha o UD perforada.

El tratamiento de elección de la diverticulitis yeyunal per-

forada es la resección del segmento afectado con anastomosis primaria, disminuyendo de esta manera la mortalidad de un 24 a un 14%.

Osteosarcoma primario de mama. A propósito de un caso

Delgado Morales, Mariela. Morales Martin, Germán. Ladrero Madrid, Diego. Salas Murillo, Juana. Jurado Marchena, Remedios. Balongo García, Rafael.

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Resumen: Los sarcomas primarios localizados en la mama son tumores muy infrecuentes que representan entre el 0,9-3,5% de las neoplasias de mama según las distintas series y menos del 5% de todos los sarcomas de tejidos blandos. Entre éstos se encuentran los osteosarcomas, que suponen tan sólo el 0,5% de todos los tumores malignos mamarios. Describimos un caso de osteosarcoma primario de mama en una mujer mayor de 70 años.

Mujer 76 años, con los antecedentes personales de: HTA. DM. DLP. Intervenida de un quiste de la mama izquierda. Acude a consulta por presentar un nódulo en cuadrante inferior izquierdo de mama derecha que ha ido aumentando de tamaño progresivamente. A la exploración: Masa de 6cm de diámetro fijada a planos en CII en mama derecha, sin retracción de la piel. Mamografía: BI-RADS IV-B para la mama derecha, por dos lesiones sólidas en el CII, pendiente de resultado histológico (BAG). El resultado de la BAG: «Neoplasia fasciculada formadora de hueso». Neoplasia constituida por células fusiformes con formación de trabéculas óseas, que plantea como diagnóstico diferencial: Carcinoma metaplásico vs. Osteosarcoma vs. Neoplasia mixta mesenquimal.

Se protocoliza para intervención quirúrgica, realizándose: Mastectomía radical derecha tipo Madden, con ampliación de márgenes + exéresis de pastilla de músculo pectoral mayor + muestreo axilar. Dx. anatomopatológico final: Osteosarcoma de mama derecha T4NoMx. La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio. Actualmente con tratamiento adyuvante y seguimiento por Oncología Radioterápica.

El osteosarcoma de mama es una neoplasia extremadamente infrecuente, de origen mesenquimal, caracterizada por la presencia de material osteoide o hueso y, en ocasiones, de cartilago. Para su diagnóstico es esencial descartar un origen óseo primario o secundario.

Suele presentarse como una tumoración indolora, de gran tamaño y de muy rápido crecimiento, como en el caso de nuestra paciente. Son frecuentes las metástasis, en el caso particular de nuestra paciente, continúa en estudio, pero en TAC control ya se han detectado micronódulos en lóbulo superior derecho y lóbulo inferior izquierdo de pulmón, que no pueden descartarse se trate de metástasis pulmonares. El manejo terapéutico de los osteosarcomas suele ser la exéresis quirúrgica, asegurando los bordes libres de enfermedad, con tratamiento neoadyuvante (quimio/radioterapia) según cada caso en particular.

Body-packers: ¿está contraindicada la endoscopia?

Tallón Aguilar L, Jurado Marchena R, Lucero Santamaría JA, Balongo García R

Hospital Infanta Elena, Huelva

Resumen: tratamiento endoscópico del body – packers es controvertido, siendo rechazado por muchos especialistas por el riesgo de complicaciones asociadas. Presentamos un caso clínico de un paciente que ingiere varias bolas de hachis resuelto satisfactoriamente mediante endoscopia, sin necesidad de tratamiento quirúrgico

Varón de 45 años que acude a Urgencias tras la ingesta de varias bolas de hachis 10 días antes, dado que aún no las había expulsado a pesar de una dieta rica en fibra y laxantes orales. En radiografía simple se objetivan las mismas a nivel de cámara gástrica. Dado que el paciente se encuentra asintomático y que toda la droga se encuentra a nivel gástrico, se decide intentar inicialmente un tratamiento endoscópico para su extracción. Bajo sedación, se extraen mediante asa 6 bellotas de hachis de 4 × 2 cms, sin complicaciones asociadas y sin perforación del envoltorio

Los resultados son satisfactorios, evitando de esta forma una intervención quirúrgica, dada la no progresión de los «cuerpos extraños» ubicados en la cámara gástrica. Revisando en la bibliografía, observamos que a pesar de ser un tratamiento controvertido ya que algunos autores lo consideran contraindicado por el riesgo de perforación del envoltorio que causaría una intoxicación aguda, existen por el contrario varias publicaciones con resultados satisfactorios, siendo Sherman en 1990 quien publica el primer caso de tratamiento endoscópico del body – packers.

En nuestra muy limitada experiencia, creemos que el tratamiento endoscópico de esta patología es seguro y efectivo en determinadas circunstancias tal y como describimos en este caso clínico y basándonos en la literatura publicaremos que la escasez de casos subsidiarios de este tipo de tratamiento se deben a 3 razones principales: 1) riesgo de perforación, mayor en otros tipos de drogas como la heroína o la cocaína, 2) es infrecuente que la droga se localice a nivel de cámara gástrica en el momento del diagnóstico, 3) es frecuente que los body – packers ingieran gran cantidad de droga, siendo poco probable que todos se encuentren en la misma localización, ya que el hecho de que alguno haya traspasado el píloro sería una contraindicación relativa para su manejo endoscópi

Diverticulitis perforada por traumatismo abdominal cerra.

Tallón-Aguilar L, García Martínez JA.

Hospital Infanta Elena, Huelva / Hospital General de Castell.

Resumen: La diverticulitis perforada secundaria a un traumatismo abdominal cerrado es una forma de presentación rara e inusual. El uso del cinturón de seguridad aumenta la incidencia de perforaciones intestinales traumáticas. Su diagnóstico es difícil y habitualmente demorado, por lo que

es importante su sospecha para un tratamiento precoz. Varón de 60 años que acude a Urgencias tras 48 horas de accidente de tráfico, siendo ocupante del vehículo y portador del cinturón de seguridad. Refiere dolor abdominal brusco e intenso, focalizado en hipogastrio y que se acompaña de nauseas y vómitos. Analítica con leucocitosis y neutrofilia. Las pruebas de imagen demuestran la existencia de neumoperitoneo, edema de grasa mesentérica y diverticulitis perforado grado III de Hinchey. Se decide tratamiento quirúrgico urgente donde se objetiva divertículo único perforado y con peritonitis purulenta. Se realiza cierre simple del mismo con refuerzo con TachoSil®, lavado abundante de cavidad, colocación de drenaje e ileostomía lateral de protección

Los resultados son satisfactorios con buena evolución postoperatoria inicial en Unidad de Cuidados Intensivos. Una semana después el paciente es dado de alta sin problemas o incidencias destacables. El paciente se reconstruye el tránsito intestinal a posteriori sin complicaciones asociadas. En la actualidad se encuentra asintomático sin secuelas de ningún ti

Las lesiones por traumatismo cerrado del colon son muy poco frecuentes, representado sólo el 3 – 7% de las mismas, siendo el colon sigmoide el más afectado. Son habitualmente difíciles de diagnosticar, existiendo en algunos casos una perforación demorada en función del mecanismo fisiopatológico de la lesión. Aunque la diverticulitis perforada es un hallazgo poco frecuente e inusual, existen algunos casos clínicos aislados publicados en la literatura. Igualmente, se han descritos casos de apendicitis postraumáticas, divertículos de Meckel o duodenales perforados, así como otras perforaciones de víscera hueca a cualquier nivel (por orden de aparición: yeyuno, ileon, duodeno, colon y estómago). importante sospechar este tipo de lesiones, para un diagnóstico y tratamiento precoz. Los dos factores más relacionados en su incidencia son la intensidad del traumatismo y, paradójicamente el uso del cinturón de seguridad

Auditoria Clínica del Proceso Apendicitis Aguda en un hospital de Primer Nivel

Ander Bengoechea Trujillo, M^o Jesús Castro Santiago, Daniel Pérez Gomar, Susana Roldán Ortiz, Mercedes Fornell Ariza, M^a de los Ángeles Mayo Ossorio, Carmen Bazán Hinojo, María Sánchez Ramírez, José Manuel Pacheco García, José Luis Fernández Serrano.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen: El desarrollo de un hemoperitoneo masivo por perforación espontánea de vesícula biliar es un cuadro clínico extremadamente infrecuente con un total de 45 casos publicados.

Método: *Caso clínico:* Varón de 43 años con antecedentes personales de Cirrosis Hepática en lista de espera para Trasplante Hepático, VHB, VHC, Anemia por gastropatía de HTP, Trombosis Mural de Porta intrahepática, EPOC y Epilepsia. Acude a Urgencias por dolor abdominal en epigastrio brusco. En la exploración física: Hipotensión arterial, distensión abdominal, dolor difuso sin peritonismo y hernia umbilical reducible. CHILD-PUGH B8. MELDI4.

Analíticamente presenta hemoglobina 7,1 g/dl; leucocitos

2,390, plaquetas 50000, I.N.R 1,73; actividad de protrombina 50%. GOT 106/ GPT 74, gamma-GT 61 U/l, FA 77 U/l, BT 2,58 mg/dl, Albúmina 2,84.

Ecografía abdominal: importante líquido libre, marcada distensión de vesícula biliar con contenido en su interior, aumento del calibre del eje esplenoportal y esplenomegalia.

TC Abdomen: importante cantidad de líquido libre de alta atenuación que sugiere hemoperitoneo. Marcada distensión de la vesícula biliar con contenido hiperdenso. Ante estos hallazgos se decide realizar TC Dinámica de hígado para descartar hepatocarcinoma sangrante, observando extravasación de contraste desde el interior de la vesícula hasta la pared en relación con sangrado activo.

En el contexto de shock hipovolémico, se realiza laparotomía urgente hallando vesícula biliar perforada con sangrado mucoso completándose colecistectomía produciéndose un sangrado masivo del lecho por vasos varicosos que se realiza hemostasia con monofilamento y material hemostático.

En el postoperatorio presentó CID que obliga a transfusión de hemoderivados, complejo protrombínico, factor VII y soporte hemodinámico corrigiéndose la CID.

El resultado anatomía patológica: áreas hemorrágicas que van desde la mucosa a la serosa sin observarse actividad inflamatoria.

Conclusiones: DISCUSIÓN: La perforación espontánea de la vesícula biliar como manifestación clínica en pacientes afectos de colecistitis y colelitiasis conocidas son infrecuentes, en nuestro caso el paciente no presentaba patología de la vesícula biliar, ni proceso inflamatorio de la misma. En las series analizadas (Whitaker et al. en 1970 y Lefevre et al. en 1998) se definen dos grupos de pacientes de riesgo para el desarrollo de perforación espontánea vesicular biliar y hemoperitoneo en los casos de colelitiasis y colecistitis: por una parte, pacientes inmunodeprimidos y, por otra, pacientes con colecistitis aguda con enfermedad sistémica.

Así mismo, Lacconi et al. en 1991 recogen un caso de rotura espontánea de vesícula biliar con hemoperitoneo en un paciente sometido a anticoagulación y Hellerich et al en 1991 un caso de muerte súbita en un varón afecto de cirrosis hepática macronodular, secundario no a un proceso litiásico, sino a hemorragia intravesicular masiva consecutiva a sangrado incoercible de una vena varicosa en el lecho mucoso vesicular pudiendo estar en consonancia con nuestro caso, ya que nuestro paciente estaba sometido a tratamiento anticoagulante por trombosis portal y padecía cirrosis hepática macronodular, procesos que pudieran contribuir a la hemorragia de mucosa y de toda la pared vesicular y con ello distensión de vesícula biliar provocando su ruptura y el cohemoperitoneo asociado. El único tratamiento de esta manifestación clínica es el tratamiento quirúrgico urgente.

Eventración magna supraumbilical complicada.

García del Pino, Beatriz; Morales Martín, Germán; Beltrán Miranda, Pablo; Utrera González, Antonio; Escocesa Suárez, Ignacio; Balongo García, Rafael.

Hospital Juan Ramón Jiménez Provincia: Huelva.

Resumen: Las eventraciones suponen 12-15% de todas las laparotomías efectuadas, aumentando su incidencia a un 23-40% en caso de infección de herida quirúrgica.

SAC es la técnica quirúrgica de elección en eventraciones con eje transversal > 10 cm.

Terapia VAC: Favorece cierre y cicatrización de heridas.

Caso clínico: Varón de 49 años. Intervenido en mayo 2012 de urgencia por diverticulitis perforada de sigma.

Exploración: Eventración supraumbilical magna a nivel de laparotomía media con ulceración en piel.

TAC Abdomen: Gran eventración de la pared abdominal anterior supraumbilical con eje transversal de 13 cm de longitud y herniación de asas intestinales y mesos.

Intervención quirúrgica: Técnica de separación de componentes de segundo nivel con colocación de malla de PPL de 35 x 22cm anclada mediante puntos sueltos de Prolene. Anclaje de rectos anteriores mediante sutura continua de Prolene.

Postoperatorio: Necrosis cutánea central tratada con escarotomía y curas locales. Día 30 herida limpia con tejido de granulación y prótesis expuesta, se inicia terapia con sistema VAC durante 15 días, mejorando la cicatrización excepto en zona medial. Dermatitis ampollosa bajo lamina de aislamiento de vacío del VAC.

Traslado a Cirugía Plástica de referencia: Fiederich e injerto de piel mallado 3:1 (zona donante muslo izquierdo).

La técnica SAC garantiza el éxito del cierre con poca morbilidad y reconstruye la biomecánica de la pared abdominal. Esta indicada para el cierre sin tensión de la pared abdominal en eventraciones con eje transversal mayor de 10 cm.

La SAC de primer nivel consiste en una desinserción y liberación de músculos oblicuos externos. La SAC de segundo nivel añade la liberación de músculos rectos en su cara posterior y la colocación de una prótesis para garantizar el cierre de la pared abdominal sin tensión.

Es necesario en muchos casos una correcta valoración preoperatoria del paciente ante la posibilidad de colaboración de Cirugía Plástica para realización de abdominoplastia en el mismo gesto quirúrgico y asegurar una disminución considerable de la estancia hospitalaria y comorbilidades.

Bazo errante torsionado como causa de abdomen agudo.

R. Martín García de Arboleya, G. Morales Martín, MJ Perea Sánchez, A. Tejada Gómez, R. Rada Morgades, R. Balongo García.

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Resumen: El bazo errante, vagabundo, migratorio, ptósico o desplazado, es una entidad poco frecuente. Fue descrito por primera vez en el año 1667 como hallazgo incidental en una autopsia realizada por Van Horne. Se define como la ubicación anómala del bazo secundaria a la ausencia o hiperlaxitud de sus elementos de fijación. Su etiología no está del todo aclarada aunque parece que puede tener causa congénita o adquirida. La congénita debida a la ausencia de los ligamentos esplénicos por alteración en el desarrollo embrionario del

mesogastrio dorsal. La adquirida por hiperlaxitud secundaria a factores hormonales o esplenomegalia.

Paciente que consulta por dolor abdominal intenso de 24 horas de evolución. Comenta episodios de dolor abdominal de meses de evolución que ceden de manera espontánea. A la exploración muestra abdomen doloroso con sensación de masa en hipogastrio y signos de irritación peritoneal. Se solicita TAC Abdominal que informa de bazo aumentado de tamaño en localización pélvica y con signos de hipoperfusión. Todo ello en relación, como primera posibilidad con el diagnóstico de bazo errante con pedículo torsionado. Dados los hallazgos de las pruebas complementarias y la situación clínica del paciente se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparotomía media y se confirman los hallazgos del TAC. El bazo presenta signos isquémicos por lo que se procede a esplenectomía. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta a los 5 días sin incidencias. La AP informa de Bazo con focos de necrosis e isquemia.

El bazo errante es una patología con baja incidencia y de difícil sospecha en la mayoría de los casos. Su presentación clínica abarca un amplio espectro que incluye pacientes asintomáticos, con dolor abdominal recurrente, masa abdominal, obstrucción intestinal, pancreatitis, hemorragia digestiva alta e incluso shock séptico por abdomen agudo secundario a la torsión del pedículo vascular e isquemia. El diagnóstico preoperatorio es difícil por insospechado, siendo la ecografía y TAC abdominal las pruebas de imagen que mejor orientarán su diagnóstico y complicaciones. El tratamiento es quirúrgico y dependerá del compromiso del bazo. Si el bazo se encuentra en buenas condiciones, el tratamiento de elección es la esplenopexia ya sea vía abierta o laparoscópica. En caso de necrosis, trombosis de su pedículo o esplenomegalia estaría indicada la esplenectomía.

Obstrucción intestinal por invaginación yeyunal como debut de síndrome de Peutz- Jeghers.

R. Martín García de Arboleya, M. Delgado Morales, Pablo Beltrán Miranda, Juan Lucero Santamaría, Eduardo Espinosa Guzmán, R. Balongo García.

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Resumen: El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una rara enfermedad hereditaria descrita en 1949 por Jeghers. Cursa con lesiones pigmentadas mucocutáneas en cara y alrededor de la boca principalmente, así como pólipos intestinales de tipo hamartomatosos. Aunque a estos pólipos no se les ha considerado clásicamente como condición premaligna, con el tiempo y tras realización de diferentes estudios se ha objetivado asociación entre ellos y carcinoma gastrointestinal. Todo ello lleva a considerar una secuencia hamartoma- adenoma- cáncer o bien la coexistencia de hamartomas y adenomas con potencial de malignización independiente.

Presentamos el caso de un varón de 42 años con AF de padre, tía paterna, 2 hermanas y 2 sobrinos afectados de SPJ. Consulta por dolor y distensión abdominal acompañado de náuseas y vómitos de 48 horas de evolución. Tras la exploración y realización de pruebas complementarias es diagnosti-

cado de obstrucción intestinal que no se resuelve con medidas conservadoras decidiéndose intervención quirúrgica. Se realiza laparotomía media objetivándose una invaginación yeyuno-yeyunal secundaria a poliposis como causa de la obstrucción. Tras resección y anastomosis T-T se remite la pieza a Anatomía Patológica que informa como segmento de intestino delgado con adenocarcinoma sobre pólipo hamartomatoso tipo Peutz-Jeghers. Con este diagnóstico el paciente es remitido al servicio de Digestivo para el seguimiento. Un año después en una colonoscopia de control se realiza polipectomía múltiple en colon ascendente con histología que muestra signos de degeneración. Por este motivo se interviene de forma programada realizándose hemicolectomía derecha y anastomosis. El paciente es dado de alta y actualmente continúa con revisiones endoscópicas periódicas.

El diagnóstico del SPJ debe sospecharse en pacientes con antecedentes familiares que presenten las lesiones mucocutáneas características y asocien poliposis en el tracto gastrointestinal. Se conoce que estos pacientes tienen un riesgo más elevado de desarrollar cáncer. Por lo tanto, podemos afirmar, que esta entidad, que de forma clásica se consideró benigna, conlleva potencial maligno tanto para el desarrollo de tumores digestivos como extradigestivos. Si consideramos el número limitado de pacientes con este síndrome y su potencial de malignidad, parece indicado un seguimiento endoscópico periódico del tracto superior e inferior con extirpación de los pólipos accesibles y el estudio histológico de los mismos. La indicación quirúrgica queda limitada a los casos urgentes de invaginación intestinal aguda y a los pólipos degenerados cuya malignidad se confirme con criterios citológicos.

Quiste torácico tras rotura de shunt ventrículo-peritoneal

Beltrán Miranda P., Morales Martín G., García Del Pino B., Candón Vázquez J., García Cirac A., Balongo García R. *Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)*

Introducción: El shunt de derivación ventrículo peritoneal (VP) mediante catéter es el tratamiento de elección para el hidrocele y otras patologías obstructivas cerebrales. Esta derivación se suele realizar en los primeros años de vida y deberá funcionar correctamente durante toda la vida del paciente. Sin embargo, esta sujeto a diferentes complicaciones: infecciosas, mecánicas (obstrucción, rotura), migración, mala ubicación, exceso o ausencia de drenaje, etc.

Presentamos el caso de una mujer de 40 años a la que se le realizó un shunt a los 2 años de edad y con cierto retraso cognitivo que ha empeorado en los últimos meses, remitida a por masa mamaria en CII de mama izq. En la exploración se identifica nódulo en cara anterior tórax sobre mama izq. que no impresiona de depender de la mama. Se realiza ecografía de dicha masa, tras la que el radiólogo decide realizar TAC torácico que informa de rotura de catéter ventriculoperitoneal y formación de lesión quística torácica. Se interroga a la paciente que no relaciona con ningún traumatismo previo. Se completa la exploración realizándose fondo de ojo que muestra edema de papila justificando el diagnóstico de sospecha y

el empeoramiento clínico. Se remite al HU Virgen del Rocío al Servicio de Neurocirugía donde se reemplazó el catéter por uno nuevo.

Las complicaciones relacionadas con los catéteres de derivación ventriculoperitoneal no son infrecuentes, siendo la desconexión o rotura de éste la segunda causa en frecuencia. Suele manifestarse con sintomatología neurológica aunque en ocasiones el primer síntoma está relacionado con el catéter. El tratamiento es la reposición por un nuevo catéter que permita el correcto drenaje ventriculoperitoneal.

Vólvulo gástrico necrótico por hernia diafragmática tras Nissen laparoscópico.

Beltrán Miranda P., González Benjumea MP., Perea MJ., Cuadrado Vigaray J., Tallón Aguilar L., Balongo García R.
Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)

Introducción: Las hernias diafragmáticas postquirúrgicas (no paraesofágicas) son una rara complicación de la cirugía torácica o abdominal en la que como consecuencia de un traumatismo o quemadura diafragmática inadvertido, se produce una herniación en la superficie del mismo. Estas hernias suelen ocasionar sintomatología abdominal a largo plazo debido a la Introducción: de órganos a través. Su debut mediante un vólvulo gástrico necrosado es excepcional, describiéndose solo un caso similar en la literatura.

Presentamos el caso de una mujer de 59 años intervenida hace 3 años de funduplicatura de Nissen por laparoscopia, que acude a urgencias por dolor torácico de meses de evolución no irradiado, sin náuseas ni vómitos. En un primer momento, fue diagnosticada de ángor de esfuerzo por lo que fue ingresada en cardiología con alta a los 6 días. Posteriormente nueva consulta a urgencias a los 7 días por empeoramiento de la sintomatología. Diagnosticada de Neumonía complicada fue ingresada en Infeccioso. Durante el ingreso presentó empeoramiento clínico, por lo que se realiza Tac de abdomen que informa de dudosa colección inflamatoria en el interior de posible hernia diafragmática. Ante la duda diagnóstica se decide realizar nuevo Tac con contraste que informa compatible con perforación de la cámara gástrica.

Se decide Laparotomía exploradora urgente apreciándose vólvulo gástrico necrosado a consecuencia de hernia diafragmática lineal izq. a unos 7 cm del pilar izq. Se realiza gastrectomía parcial de toda la curvatura mayor sobre sonda de Fouché a modo de gastrectomía tubular. La paciente evolucionó adecuadamente siendo dada de alta a los 26 días de la cirugía, posteriormente precisó nueva intervención quirúrgica por empiema torácico con buena evolución.

Aunque excepcionales, las hernias diafragmáticas postquirúrgicas deben incluirse en el diagnóstico diferencial de toda patología abdominal (obstrucciona o dolor agudo) en pacientes con cirugía torácica o abdominal previa. Su sospecha diagnóstica podría evitar una demora en su tratamiento y gravedad.

Tumoración retroperitoneal gigante por carcinoma renal

H. Oehling De Los Reyes, F.J. Perez Lara, J. Doblas Fernández, R. Marin Moya, H. Oliva Muñoz
Hospital Comarcal de Antequera, Málaga.

Resumen: El retroperitoneo es un espacio complejo que contiene múltiples estructuras vitales. Dada su situación poco accesible a la exploración y la escasa sintomatología de los tumores retroperitoneales, éstos pueden alcanzar gran tamaño antes del diagnóstico. Los sarcomas comprenderían un tercio de éstas y menos frecuentemente encontraríamos linfomas o tumores epiteliales como el carcinoma renal. El carcinoma de células renales tipo cromóforo es una variante rara. Presentamos el caso de un varón con un carcinoma renal cromóforo de 4,2 kg de peso que se pudo reseca en bloque

Paciente varón de 64 años con AP de úlcus péptico y exfumador que consulta por hematuria y malestar abdominal, que en la exploración presentaba una gran masa abdominal que ocupa todo el abdomen izquierdo.

El TAC informa de masa retroperitoneal izquierda que por su localización plantea origen pancreático (tumor mucinoso) renal o suprarrenal izquierdo y que en su crecimiento latero inferior desplaza hacia adelante y medialmente el riñón izquierdo. La PAAF previa de la tumoración informa de probable oncocitoma renal. Con éstos hallazgos y sin un claro origen del tumor, se procede a cirugía programada conjunta entre los servicios de Cirugía General y Urología, encontrando una gran tumoración que depende de riñón izquierdo respetando solo su polo inferior, liberando adherencias de la masa a colon izquierdo que queda desplazado por delante, elongando su meso, nefrectomía dificultosa y adrenalectomía junto con la pieza quirúrgica, separando la masa del retroperitoneo, sin afectación de bazo ni hallazgos de ascitis o implantes.

Postoperatorio sin incidencias, no datos de insuficiencia renal.

El análisis patológico de la pieza informa de carcinoma de célula renal tipo cromóforo, grado 2 de Fuhrman, confinado al riñón, sin signos de invasión de la vena renal, con un diámetro tumoral de 24 cm (estadio II del pTNM, T2N0Mx).

Los tumores cromóforos renales constituyen una entidad poco frecuente dentro del cáncer de células renales, pero se caracterizan por un estadillo más precoz y un mejor pronóstico, lo que habría permitido llegar a éste crecimiento tan grande sin metástasis o infiltración de órganos vecinos.

Es de destacar la dificultad de diagnosticar el origen de estas masas retroperitoneales de forma previa a la cirugía por lo que la misma sería necesaria no solo como tratamiento sino para llegar a un conocimiento patológico exacto del origen.

El caso que presentamos, tanto por su tamaño y origen y tras revisar la literatura médica, pensamos que es el 2º en tamaño con esas características patológicas descritas.

Cistoadenoma mucinoso gigante de páncreas

H. Oehling de los Reyes, F.J. Pérez Lara, J. Hernández Carmona, A. del Rey Moreno, H. Oliva Muñoz.
Hospital Comarcal de Antequera, Málaga.

Resumen: Los tumores quísticos pancreáticos mucinosos son lesiones raras que ocurren más frecuentemente en mujeres (45 a 55 años edad media). Usualmente ocurren en el cuerpo y cola pancreáticos y en ocasiones son de gran tamaño en el momento del diagnóstico, con datos clínicos de dolor abdominal inespecífico o de masa palpable abdominal. No obstante, con más frecuencia se ven tumores asintomáticos debido al aumento en empleo de técnicas como el TAC o la ECO.

Presentamos el caso de una mujer de 42 años con AP de obesidad, asma bronquial alérgica, apendicectomizada, salpingectomía bilateral, y fumadora remitida desde el S. de Medicina Interna donde se estudió por una masa abdominal palpable, con hallazgos de TAC de masa con contenido aéreo y necrosis en su mayor parte, entre curvadura, fundus, bazo y páncreas de 17 x 12 cm de origen incierto junto a pequeña colección subfrénica, y que por su contenido aéreo sugiere perforación o fistulización a estómago. La endoscopia alta revela engrosamiento de pliegues gástricos y contenido purulento en cavidad lo que sugiere fistulización del quiste sin evidenciarse la misma.

En la cirugía se precia gran tumoración quística tras apertura trascurvidad que parece depender de cuerpo - cola pancreática con fijación a cara posterior gástrica que envuelve al bazo en su totalidad. No lesiones a distancia. Disección dificultosa de la tumoración por adherencias firmes a diafragma e hígado con sección de cuerpo pancreático a nivel AMS, esplenectomía y sección de fragmento curvadura mayor por adhesión íntima del tumor.

La anatomía patológica resalta tumoración quística abdominal - retroperitoneal con diagnóstico de cistadenoma mucinoso de páncreas que fistuliza a cavidad gástrica, hiperplasia inespecífica de bazo y márgenes quirúrgicos sin hallazgos relevantes.

La evolución no fue satisfactoria por colección sobreinfectada a nivel celda pancreática que precisó cirugía urgente con sangrado importante. Posteriormente mejoría lenta hasta el alta estando la paciente actualmente en revisión sin evidencia de recidiva.

Aunque el tamaño y los hallazgos previos sugerían malignidad, el diagnóstico final fue solo de cistoadenoma mucinoso sin datos de atipia - invasividad. En algunos pacientes con lesiones que se piensa que son malignas por sus hallazgos previos a la cirugía, se encuentran lesiones benignas tras el análisis patológico de la pieza, como es el caso que presentamos.

Como conclusión, es de suma importancia la necesidad de diferenciar entre carcinoma invasivo y cistoadenoma mucinoso tras la cirugía, pues la evolución va a ser muy diferente en ambos, siendo el pronóstico y tratamiento semejante al adenocarcinoma de páncreas en el primero y tan solo seguimiento en el segundo.

Reparación laparoscópica de hernia intercostal abdominal

H. Oehling De Los Reyes, F.j. Perez Lara, J.a. Del Rey Moreno, T. Galeote Quecedo, H. Oliva Muñoz.

Hospital Comarcal de Antequera, Málaga.

Resumen: Las hernias intercostales suelen producirse con mas frecuencia a consecuencia de un traumatismo abdominal. Son muy raras y suelen diagnosticarse mediante la clínica y el TAC. La mayor parte de las mismas suelen incluir el diafragma y se extienden también a torax. En ocasiones se realiza intervención urgente a causa de éste traumatismo y su reparación es en ese momento.

Presentamos un paciente de Intervenido luxación de tobillo, fractura fémur y rotura traumática de bazo. Intervenido de hernia lumbar izquierda primaria con malla de Prolene en 2010 con recidiva de la misma. El TAC muestra hernia costolumbar izquierda a través de las dos últimas costillas con salida de colon a ese nivel.

Se realiza cirugía programada con abordaje laparoscópico, encontrando hernia intercostal abdominal a nivel de últimas costillas flotantes izquierdas con herniación de colon y antigua malla retraída. Liberación del saco herniario, extracción de antigua malla y colocación de malla de proceed anclada con tackers y puntos a reborde costal.

Evolución postoperatoria sin complicaciones, evolución a un año sin recidiva, aunque si leves molestias locales sin evidencia de nueva herniación en TAC, sospecha de probable neuralgia intercostal

El abordaje laparoscópico de éste tipo de hernias raras es una alternativa eficaz, aunque es de destacar la poca habituación a éste campo operatorio, que si bien se asemeja a las hernias lumbares, nos parece de más fácil resolución que éstas últimas. El empleo de adhesivos biológicos podría ser de ayuda para prevenir la eventual neuralgia intercostal, aunque no se ha concretado aun si aumentaría la tasa de recidiva herniaria.

Laparotomía urgente por enfermedad de hirschsprung del adulto

H. Oehling De Los Reyes, F.j. Perez Lara, J. Doblas Fernandez, A. Del Rey Moreno, H. Oliva Muñoz

Hospital Comarcal de Antequera, Málaga.

Resumen: La enfermedad de Hirschsprung es un defecto motor intestinal. Durante el desarrollo embrionario se produce un fallo en la migración de los neuroblastos de las células de la cresta neural con la posterior ausencia de células ganglionares en un segmento del colon. En la mayoría de los pacientes queda afectado el colon distal. La mayor parte de los pacientes son diagnosticados en el periodo neonatal, y es muy raro un diagnóstico en la edad adulta como cuadro de estreñimiento crónico y distensión abdominal

Paciente de 79 que ingresa por urgencias por cuadro de obstrucción intestinal franca con estreñimiento de varios meses de evolución. Se había realizado colonoscopia hasta transversal, no concluyente y en la exploración destacaba abdomen muy distendido con molde de colon y tacto rectal con heces líquidas y restos fecales en ampolla. La RX de abdomen mostraba una gran dilatación de colon.

Dada la situación de la paciente sin resolverse con tratamiento conservador y ante el agravamiento de la paciente con dolor abdomen y dificultad respiratoria se decide laparotomía urgente encontrando una gran dilatación del sigma y menos

a nivel del resto del colon con una área de cambio de calibre claramente delimitada. Se realiza intervención de Hartmann.

El informe de patología confirma la hipoganglionosis de los plexos intramurales, submucoso y mientéricos del segmento de colon resecado,

Posteriormente la evolución fue lenta debido a dehiscencia del muñón rectal que se trató de manera conservadora.

Ante un paciente adulto con estreñimiento crónico y distensión abdominal con dilatación colónica, uno de los diagnósticos a tener en cuenta debe ser la enfermedad de Hirschsprung. La afectación con segmento corto y ultracorto no suele diagnosticarse hasta la edad adulta, como en el caso aquí presentado.

Tratamiento del liposarcoma de bajo grado

Adela Sáez Zafra, Cristina González Callejas, Antonio Palomeque Jiménez

Hospital La Inmaculada, Granada

Resumen: El término liposarcoma hace referencia a un conjunto de neoplasias con un comportamiento muy variable. Forma parte de un conjunto de tumoraciones de partes blandas, los sarcomas, que suponen un 1% de todas las neoplasias diagnosticadas. Su importancia radica en que el tratamiento quirúrgico constituye el tratamiento definitivo de estas lesiones.

Paciente varón de 67 años con antecedentes de hematoma cerebeloso que acude a Nuestro Servicio por tumoración en región dorsal de gran tamaño (10 x 8 cms) de años de evolución. El paciente refiere que comenzó siendo de pequeño tamaño y en el último año ha evolucionado más rápidamente. No dolor ni otra sintomatología. En los meses previos a acudir a la consulta se realiza toma de biopsia con resultado de liposarcoma.

El paciente es intervenido realizándose extirpación completa con márgenes amplios. El postoperatorio cursa sin complicaciones por lo que es dado de alta al día siguiente de la intervención. La anatomía patológica informa de liposarcoma de bajo grado por lo que se consulta con el Servicio de Oncología que considera la extirpación quirúrgica curativa.

El liposarcoma es una neoplasia propia de pacientes adultos, cuyo pico de incidencia se sitúa entre los 40 y los 60 años, y muestra una ligera prevalencia por el sexo masculino. La localización más frecuente son las extremidades (más del 50%). Los pacientes consultan por tumoración indolora de consistencia variable. Los datos que deben hacer sospechar malignidad en una masa de nueva aparición son: tamaño superior a 5 cm, localización profunda, y adhesión a estructuras subyacentes. Ante la sospecha de malignidad la prueba de imagen indicada es la RMN. La realización de una biopsia es crucial, ya que permite un diagnóstico definitivo. El liposarcoma es una neoplasia de tratamiento esencialmente quirúrgico. El objetivo principal de la cirugía es extirpar completamente el tumor y prevenir recaídas. Esto se consigue con mayor probabilidad realizando una resección de tipo amplio o radical

El término liposarcoma hace referencia a un conjunto de neoplasias cuyo comportamiento depende del subtipo histológico. Las directrices principales del tratamiento son, sin embargo, esencialmente idénticas a las de otros sarcomas de partes blandas. En términos generales incluyen una combinación de cirugía y radioterapia, con o sin quimioterapia. Es fundamental en estas neoplasias realizar un riguroso examen del paciente a fin de descartar cualquier signo de recaída ya, que puede cursar con patrones de diseminación y recidiva inusuales.

Utilidad de la esplenectomía en el tratamiento del Linfoma Velloso de bazo

Adela Sáez Zafra, Cristina González Callejas, Antonio Palomeque Jiménez

Hospital La Inmaculada, Granada

Resumen: El linfoma primario de bazo es una forma de presentación muy rara de los linfomas, pues se calcula su incidencia en 1% de los mismos. Afecta a pacientes de mayor edad y son considerados como linfomas de células B. La esplenectomía está indicada en estos casos para conseguir una corrección de la citopenia hematópoyética reduciendo el número de ingresos necesarios para ello.

Paciente mujer de 83 años sin antecedentes de interés en seguimiento por el Servicio de Hematología por linfoma B vellosos de bazo. A nivel abdominal la paciente presenta esplenomegalia con eje mayor de 23 cms y sección transversa de 16 x 8. Anemia crónica que precisa de múltiples ingresos para normalización de cifras de hemoglobina. Se presenta el caso a Nuestro Servicio para valorar intervención quirúrgica.

Es intervenida realizándose esplenectomía. El postoperatorio cursa sin complicaciones por lo que es dada de alta el 5º día postoperatorio. Durante el seguimiento posterior se produce una normalización de los parámetros sanguíneos desapareciendo la anemia.

El linfoma esplénico con linfocitos vellosos es un síndrome linfoproliferativo B con rasgos hematológicos e histológicos diferenciados. La enfermedad predomina en varones de avanzada edad (media 70 años) y el curso es habitualmente crónico y benigno. En muchas ocasiones puede tratarse de un hallazgo casual de laboratorio. El recuento linfocitario es moderadamente elevado. Otros hallazgos pueden ser la anemia y la trombocitopenia (menos del 20% de los pacientes), así como una gammapatía monoclonal que puede encontrarse en el 30% de los casos.

El pronóstico de los pacientes con LELV es bueno, con una supervivencia a 5 años de alrededor del 80%, según se describe en las series más amplias. Debido a este curso indolente y a la avanzada edad en que se diagnostican, el tratamiento tiene que ser altamente individualizado. En algunos casos la abstención terapéutica es una buena opción, mientras que en otros se requiere esplenectomía, como en nuestro caso, para corregir la anemia y la trombocitopenia reduciendo el número de ingresos por esta causa.

Obstrucción intestinal secundaria a hernia de Morgagni encarcelada: abordaje laparoscópico.

Díaz Jiménez Nelida, Padial Aguado Ana, Martínez Insfran Luis, Ciria Bru Ruben, Cosano Alvarez Antonio, Torres Lorite Manuela, Garcilazo Arismendi Dimas, Briceño Delgado Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Introducción: la hernia de Morgagni se trata de una entidad rara causada por una alteración congénita resultante de una fusión defectuosa entre el septo transversal del diafragma y los arcos costales, que junto con otros factores como la presión intrabdominal o cambios degenerativos en el diafragma provocan con el paso de los años herniación del contenido de la cavidad abdominal a través del sitio de entrada de la arteria mamaria interna (zona subcostoesternal derecha)

Objetivo: presentamos el caso de una paciente con Hernia de Morgagni encarcelada que produce cuadro de obstrucción intestinal y, a partir de él, se realiza revisión de la literatura en el abordaje urgente de esta patología.

Presentación del caso: se presenta el caso de una mujer de 67 años, sin antecedentes personales de interés; que acude a urgencias por dolor abdominal y estreñimiento de una semana de evolución, acompañado de náuseas sin vómitos.

No presenta ninguna alteración analítica salvo discreta leucocitosis. Se realiza radiografía de abdomen en la que se objetivan signos de obstrucción intestinal y radiografía de tórax se observa una imagen sospechosa de hernia diafragmática. Ante estos hallazgos, y la sospecha de complicación de la hernia, se realiza TAC abdominal urgente que muestra herniación diafragmática anterior derecha (hernia de Morgagni) con contenido graso y de colon transversal, que provoca marcada dilatación de colon ascendente y de ángulo hepático así como de algunas asas de íleon. Con los hallazgos de las pruebas de imagen y la clínica de la paciente sugestivas hernia de morgagni encarcelada se decide realizar intervención quirúrgica urgente, mediante abordaje laparoscópico.

Intraoperatoriamente no se encuentran cambios isquémicos en el colon encarcelado por lo que se procede a reducción herniaria con resección del saco, y colocación posterior de malla de polipropileno trenzado a una capa de PTFE. Tras la intervención quirúrgica la evolución de la paciente es favorable, por lo que se puede iniciar tolerancia precozmente y es dada de alta al tercer día postoperatorio.

Discusión: la hernia diafragmática de Morgagni es una patología poco frecuente que puede producir complicaciones potencialmente graves, por lo tanto esta indicada la reparación quirúrgica en todos los pacientes incluidos los asintomáticos.

Conclusiones: el abordaje laparoscópico de la hernia de morgagni complicada es seguro porque permite la exploración completa de la cavidad abdominal.

Impacto de una dieta proteica hipocalórica comercial como preparación a cirugía bariátrica: Resultados por grado de obesidad y tipo de cirugía.

Nélida Díaz Jimenez, Isabel Macías Puerta, Elena Navarro Rodríguez, Juan Ruiz Rabelo, Juan Manuel Sánchez Hidalgo, Manuel Gómez Álvarez, Antonio Membrives Obrero, Javier Briceño Delgado

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Objetivos: Analizar el impacto nutricional y la pérdida de peso preoperatoria de una dieta hipocalórica comercial (Optisource®) en pacientes con indicación para cirugía bariátrica por obesidad grado III o superior. Como objetivo secundario se analizó el impacto teniendo en cuenta el tipo de cirugía realizada en los primeros 2 meses del postoperatorio.

Material y pacientes: Estudio prospectivo sobre 90 pacientes consecutivos incluidos para cirugía bariátrica con IMC >40 kg/m². Un mes previo a la cirugía se realizó analítica con perfil nutricional estandar que se repitió el día previo a la intervención. Los pacientes incluidos fueron sometidos a dieta proteica hipocalórica (Optisource®) durante dos semanas previas a la cirugía, continuando durante dos semanas tras la intervención. Los pacientes fueron incluidos para gastrectomía vertical o bypass laparoscópico y fueron dados de alta con los mismos suplementos. Los datos recogidos fueron comparados usando la prueba t de student para datos apareados en el caso de variables continuas. Para variables categóricas se usó chi-cuadrado.

Resultados: Del total de 90 pacientes un 51,1% presentaban grado de obesidad III (IMC 40-49,9) y un 48,9% grado IV (IMC ≥ 50) con una pérdida de peso media de 5,2 kg y 6,1 kg respectivamente. Al comparar los parámetros analíticos entre el mes previo a la cirugía y el día previo a la misma del conjunto total de pacientes se observaron diferencias significativas con un aumento de la vitamina B12 (p=0,010) y ferritina (p=0,001). Por el contrario se observó una disminución de la hemoglobina glicosilada (p=0,008), colesterol total (p<0,001), proteínas totales (p<0,001), albúmina (p=0,010) y transferrina (p<0,001). No se observaron diferencias estadísticamente significativas para la prealbúmina, fosfato, folato, triglicéridos y calcio. Analizando por grado de obesidad, en los pacientes con obesidad grado III la dieta preoperatoria provocó una disminución de prealbúmina (p=0,037) y calcio (p=0,032). En pacientes con obesidad grado IV encontramos disminución de glucemias (p=0,046), hemoglobina glicosilada (p=0,008), colesterol total (p<0,001), proteínas totales (p<0,001), albúmina (p=0,016), transferrina e hierro (p<0,001). A los dos meses de la cirugía en todos los pacientes se encontró una disminución de prealbúmina (p<0,001), glucemia (p<0,001), hemoglobina glicosilada (p<0,001), colesterol (p<0,001), triglicéridos (p=0,04), proteínas totales (p<0,001) y transferrina (p<0,001). Al comparar el grupo sometido a gastrectomía vertical encontramos que la prealbúmina y B12 aumentan respecto al bypass.

Conclusiones: La dieta provocó un mejor control glucémico antes de la cirugía. Atendiendo al estado nutricional la dieta aumentó los depósitos de hierro y vitamina B12 disminuyendo los niveles de proteínas totales, albúmina y prealbúmina. El efecto de la dieta como preparación a la cirugía tuvo mayor impacto en pacientes con obesidad extrema grado IV (IMC ≥ 50 kg/m²) y en aquellos sometidos a bypass gástrico.

Malrotación intestinal como hallazgo casual durante la realización de bypass laparoscópico: opciones técnicas según tipo encontrado

Díaz Jiménez Nélide, Robles Quesada Teresa, Martínez Insfran Luis Alberto, Navarro Rodríguez Elena, Ruiz Rabelo Juan Francisco, Gomez Alvarez Manuel, Membrires Obrero Antonio, Briceño Delgado Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Introducción: La malrotación intestinal es una anomalía congénita que aparece en uno de cada 500 nacidos vivos, se produce por un desarrollo anormal del intestino durante la semana decima de gestacion. En ocasiones se hace evidente durante la infancia al producir obstrucción intestinal aunque la mayoría llegan a adultos sin presentar ninguna sintomatología descubriéndose de forma incidental.

Objetivo: Presentamos el caso clínico de un paciente con hallazgo intraoperatorio incidental de malrotación intestinal durante la realización de bypass laparoscópico. Se describen los tipos de malrotación que se pueden encontrar y se discuten las distintas posibilidades técnicas en la cirugía bariátrica ante un hallazgo de malrotación intestinal incidental en un paciente en el que se planea realizar una técnica bariátrica mixta.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 33 años sin antecedentes de interés salvo obesidad mórbida de larga evolución que ingresa de forma programada para intervención quirúrgica de bypass gástrico. Intraoperatoriamente no se encuentra el colon transversal en su localización habitual objetivándose una malrotación intestinal tipo I por lo que se procede a realizar el bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux, con la salvedad que el asa biliopancreática proviene de la derecha del paciente y el asa alimentaria proviene de la izquierda.

Conclusiones: Cuando el hallazgo de malrotación intestinal es intraoperatorio es imprescindible identificar claramente el ángulo de Treitz para evitar una reconstrucción errónea del tránsito intestinal. Si nos encontramos una malrotación con mesenterio común, se puede llevar a cabo el bypass gástrico estándar teniendo en cuenta que el asa biliopancreática proviene de la derecha del paciente y el asa alimentaria de la izquierda. Si no se localiza el ángulo de Treitz de forma precisa, hay riesgo de realizar una anastomosis antiperistáltica, por lo que se puede cambiar la técnica quirúrgica y realizar una manga gástrica, minigastric bypass u «omega loop».

Traumatismo hepático severo y estallido suprarrenal derecho concomitante: manejo conservador

Díaz Jiménez Nélide, Padial Aguado Ana, Gomez Luque Irene, Ciria Bru Ruben, Lopez Cillero Pedro, Luque Molina Antonio, Cosano Alvarez Antonio, Garcilazo Arismendi Dimas, Briceño Delgado Javier.

Introducción: El tratamiento conservador se ha convertido en la actualidad en la mejor opción terapéutica en la mayoría de los traumatismos hepáticos cerrados en pacientes

hemodinamicamente estables. A todo ello ha contribuido el mejor conocimiento de la historia natural del traumatismo hepático, mejoría en las técnicas de imagen, que permiten un mejor diagnóstico del grado de lesión y mayor experiencia clínica en cirugía de «damage control» y posterior intervención programada.

Objetivo: presentación de un caso de traumatismo hepático severo con hematoma y líquido libre en paciente joven, que se maneja de forma conservadora, en unidad de cuidados intensivos. A partir del caso se realiza revisión de la literatura y posibilidades de manejo de esta patología.

Presentación del caso: presentamos el caso de un varón de 27 años sin antecedentes personales de interés que ingresa en Urgencias tras impacto de alta energía por caída de bicicleta. A su llegada al centro hospitalario presenta constantes estables y frecuencia cardíaca mantenida, se encuentra consciente y orientado, refiere dolor abdominal difuso, más focalizado en hipocondrio derecho, acompañado de cuadro emético. En la exploración abdominal se objetiva abdomen doloroso a la palpación sin signos de irritación peritoneal. A pesar del buen estado del paciente, ante el traumatismo sufrido se decide realizar TAC de abdomen que objetiva: laceraciones hepáticas en segmento VII y VIII acompañado de gran colección en cúpula hepática en relación a hematoma intraparenquimatoso que parece provocar afilamiento de la vena suprahepática derecha. Hematoma suprarrenal derecho con destrucción glandular completa. Abundante líquido libre. Para evitar una complicación hepática mayor derivada de la compresión de la vena suprahepática derecha se realiza Eco-Doppler que muestra buen flujo y descarta complicación a dicho nivel. Ante la estabilidad hemodinámica del paciente, se decide vigilancia estrecha en Unidad de Cuidados Intensivos y manejo conservador de las lesiones. El 5º día de ingreso se realiza angioTAC toracoabdominal de control en el que se aprecia disminución de tamaño del hematoma intrahepático y de la cuantía del hemoperitoneo. Suprarrenal derecha aumentada de tamaño, de similar característica. Posteriormente el paciente se traslada a planta donde evoluciona favorablemente hasta el momento del alta.

Discusión: la estabilidad hemodinámica del paciente es una condición indispensable para lograr el éxito del manejo conservador del traumatismo hepático, con la aplicación de las nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas es posible obtener excelentes resultados de morbimortalidad.

Conclusiones: en pacientes estables, es seguro y efectivo el manejo conservador de la mayoría de los traumatismos hepáticos cerrados.

Perforación de divertículo duodenal yuxtapapilar tras cpre como causa de abdomen agudo

M. Mogollón González, Y. Fundora Suárez, A. Vico Arias, Ma. Cabrera Aguirre, K. Muffak Granero, T. Villegas Herrera, A. Becerra Massare, D. Garrote Lara, Ja. Ferrón Orihuela.

Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Resumen: Los divertículos duodenales se presentan en un

22% de la población y en torno a un 60% de los mismos tendrán localización yuxtapapilar. Tan sólo un 1-2% serán sintomáticos, siendo la complicación más grave la perforación, que asocia una tasa de mortalidad del 30% y requiere generalmente tratamiento quirúrgico urgente.

Presentamos un caso de abdomen agudo secundario a la perforación de un divertículo duodenal yuxtapapilar tras realización de una colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) diagnóstica.

Paciente de 67 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus, HTA y trasplante renal realizado en 2007.

Ingresó por cuadro de dolor abdominal, fiebre e importante pérdida de peso de seis meses de evolución. En la analítica destacaba patrón colestásico. Se realizó una CPRE identificando la papila biliar en el margen inferior de un gran divertículo, con marcada dilatación de la vía biliar. El curso evolutivo posterior fue tórpido, presentando pancreatitis necrohemorrágica, anemia progresiva y deterioro del estado general que requirió traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se realizó angio-TC abdominal que informó de neumo y retroneumoperitoneo con líquido libre peritoneal, abundante aerobilia e importante dilatación de la vía biliar intra y extrahepática.

Ante la sospecha de abdomen agudo, se decidió intervención quirúrgica urgente. Mediante abordaje subcostal derecho se accedió a la cavidad abdominal, realizando maniobra de Kocher con dificultad dada la esteatonecrosis e inflamación peripancreática. Se realizó colecistectomía y colangiografía transcística, evidenciando divertículo yuxtapapilar con fuga de contraste. Se procedió a la exclusión duodenal mediante cierre con TEA 45, se colocó tubo en «T» en vía biliar y se realizó una gastroenteroanastomosis latero-lateral.

La paciente continúa en la UCI, presentando una evolución lenta pero favorable.

Los divertículos duodenales son, por lo general, asintomáticos. Sin embargo, se han descrito en la bibliografía complicaciones relacionadas con la compresión prolongada de la vía biliar como coledocolitiasis, colangitis o pancreatitis.

El diagnóstico suele ser incidental durante la realización de la CPRE para el tratamiento de sus complicaciones. Ésta es una técnica con una tasa de complicaciones que varía entre el 2-12% de los casos.

Aunque la clínica de la perforación de un divertículo duodenal no es específica y las pruebas de imagen no suelen ser concluyentes, un diagnóstico preoperatorio adecuado y temprano mediante TAC o colangio-RMN será esencial para la supervivencia del paciente. El tratamiento de elección será quirúrgico realizando una diverticulectomía o técnicas de bypass como la coledocoduodenostomía o la coledocoyeyunosomía en Y de Roux.

La sospecha de perforación de un divertículo duodenal debe contemplarse en cualquier diagnóstico diferencial de abdomen agudo, dada la importancia del diagnóstico precoz para el adecuado manejo del enfermo.

Manejo de la fístula enterocutánea en la enfermedad de crohn

M. Mogollón González, I. Segura Jiménez, R. Conde Muíño, F. Huertas Peña, P. Notario Fernández, C. Plata Illescas, A. Vico Arias, P. Palma, Ja. Ferrón Orihuela.

Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Resumen: La historia natural de la enfermedad de Crohn (EC) determina complicaciones evolutivas relacionadas con su carácter transmural tales como fistulas y estenosis. Entre un 13-48% de los pacientes presentarán un patrón fistulizante. Pese a la implantación de las terapias biológicas, más del 50% de los pacientes precisará resección intestinal a los 5 años.

Presentamos un caso de fístula enterocutánea postoperatoria en un paciente con EC.

Paciente de 26 años con antecedentes personales de enfermedad de Crohn ileocólica fistulizante de 8 años de evolución en tratamiento con Adalimumab. Presentó absceso intraabdominal por plastrón ileocecal fistulizado, se le realizó drenaje percutáneo y colocación de pigtail, con débito purulento persistente, se programó para resección ileocecal. A los 20 días de la intervención presenta fístula enterocutánea de bajo débito que se trató inicialmente mediante ingreso hospitalario y nutrición parenteral y posteriormente en domicilio con Adalimumab y dieta de absorción alta.

La Entero Resonancia mostró engrosamiento ileal y fístula enterocutánea compleja con origen en la anastomosis ileocólica y múltiples trayectos en parietocólico, fosa lumbar y hacia musculatura paravertebral posterior. Se interviene de forma programada realizando resección de la anastomosis y legrado y drenaje de los múltiples trayectos fistulosos. El paciente evolucionó favorablemente.

Las fistulas enterocutáneas (FEC) tras cirugía son poco frecuentes (1,8%) y suelen cursar con alto débito. Si la fístula ocurre dentro de la primera semana, generalmente precisará reintervención; si aparece más tarde dentro de los primeros 60 días, puede ser tratada de forma conservadora puesto que suelen cerrar si no hay componente obstructivo asociado o inflamatorio como puede suceder en la EC. En las FEC complejas o de larga evolución, con afectación del estado nutricional, la decisión de tratamiento quirúrgico deberá ser valorada individualmente.

Abordaje laparoscópico de la hernia diafragmática de morgagni en el adulto

M. Mogollón González, A. García Navarro, Mj. Álvarez Martín, J. Triguero Cabrera, S. González Martínez, P. Notario Fernández, M. Segura Reyes, Ja. Ferrón Orihuela.

Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Resumen: Las hernias diafragmáticas congénitas son raras anomalías caracterizadas por un defecto en el desarrollo embriológico del diafragma con la consiguiente herniación del contenido abdominal a la cavidad torácica. Si el defecto es en la zona anterior del diafragma se conoce como hernia de Morgagni, denominándose hernia de Bochdalek si el defecto es posterolateral.

Presentamos un caso de hernia de Morgagni sintomática en el adulto tratada mediante abordaje laparoscópico.

Paciente de 43 años con antecedentes personales de HTA,

fibrilación auricular paroxística y SAHOS en tratamiento con CPAP domiciliaria.

Consulta por cuadro de disnea progresiva y dolor abdominal cólico. El estudio gastroduodenal baritado mostró el colon derecho y transversal introducidos en la parte anterior de la cavidad torácica, rodeando la silueta cardiaca, y sin anomalías en la unión esofagogástrica, todo ello compatible con hernia de Morgagni. La resonancia magnética (RMN) toraco-abdominal confirmó el diagnóstico evidenciando un hemitórax derecho ocupado con contenido graso y colon transversal con orificio en zona anterior del hemidiafragma derecho.

Dada la sintomatología del paciente y con el diagnóstico de hernia de Morgagni, se procede a cirugía programada mediante abordaje laparoscópico. Se evidencia un defecto en diafragma derecho de unos 10 cm de longitud a cuyo través se hernia en la cavidad torácica el colon transversal, epiplón y parte del estómago. Se reducen las vísceras herniadas restituyéndolas a la cavidad abdominal y suturando el defecto del diafragma con puntos sueltos consiguiendo cierre total y sin tensión del mismo, no precisando colocación de malla.

El curso evolutivo fue satisfactorio, cediendo en su totalidad la clínica inicial y presentando controles radiológicos correctos hasta la fecha tras un año de seguimiento.

La hernia de Morgagni-Larrey constituye un 2% de todas las hernias diafragmáticas que requieren reparación quirúrgica. Un 91% de los casos se presentan en hemidiafragma derecho, un 8% son bilaterales y tan sólo un 2% se limitarán al lado izquierdo.

Clínicamente las hernias sintomáticas son raras a cualquier edad, aunque se manifiestan con más frecuencia en la edad adulta y en pacientes con obesidad. Pueden cursar con molestias abdominales, estreñimiento, dolor torácico o sintomatología respiratoria.

El diagnóstico de sospecha podrá hacerse mediante una radiografía simple de tórax o estudios baritados, confirmandose mediante TAC o RMN con administración de contraste, que podrá darnos información de las posibles complicaciones asociadas como volvulación o estrangulación del saco herniario.

El abordaje laparoscópico en pacientes sintomáticos proporciona ventajas terapéuticas con acortamiento del tiempo quirúrgico, disminución del dolor postoperatorio y recuperación temprana de la actividad diaria en comparación con el abordaje toraco o laparotómico.

Apendicitis aguda en invaginación apendicececal completa en adulto

Juan Luis Esteban Ramos, Sandra Melero Brenes, María Lourdes Carrasco Fernández, Francisco Mateo Vallejo, Francisco J. García Molina

Hospital de Jerez, Cádiz

Introducción: La mayoría de las invaginaciones intestinales ocurren en niños. En adultos esta patología solo aparece en un 5-16%. La invaginación apendicular es muy infrecuente. Su causa suele ser idiopática en el 80 % de los casos, siendo en adultos más frecuente encontrar un «punto guía» como causa

desencadenante de la invaginación intestinal (Divertículo de Meckel, Pólipo Intestinal, Linfomas).

La forma de presentación clínica es muy variable, la mayoría de las ocasiones se presenta con síntomas de oclusión intestinal crónica o recurrente y/o rectorragia. En el 25% da un cuadro superponible a una apendicitis aguda.

El diagnóstico preoperatorio de invaginación apendicececal (IAC) es difícil, siendo habitualmente diagnosticado de forma intraoperatoria durante una intervención por sospecha de apendicitis aguda.

La IAC se divide en cinco subtipos en función del grado de invaginación. En nuestro caso corresponde al tipo más infrecuente, tipo V o total.

El tratamiento de elección es la desinvaginación manual apendicececal y apendicectomía, reservando cirugías más complejas como hemicolectomías o cequectomías ante la imposibilidad de desinvaginación o sospecha de una posible neoplasia causante de esa invaginación.

Caso clínico: Presentamos el caso de una Mujer de 42 años que consulta de urgencias por cuadro de dolor abdominal agudo de varios días de evolución localizado en FID, con febrícula. A la exploración se aprecia masa en FID. Se diagnostica de posible apendicitis aguda con ecografía abdominal. Se realiza incisión de McBurney y tras luxación de ciego se identifica invaginación apendicececal total. Ante imposibilidad de desinvaginación, se realizó cequectomía con anastomosis ileo-cólica, con buena evolución. El estudio anatomopatológico confirma la invaginación y el proceso inflamatorio apendicular sin atipias.

Conclusiones: La invaginación apendicular es una patología muy rara en adultos, siendo la invaginación apendicececal total el tipo más infrecuente.

La clínica es muy variada y el diagnóstico preoperatorio difícil, constituyendo un hallazgo intraoperatorio habitualmente.

El tratamiento de elección es la desinvaginación y apendicectomía.

Senos de Rokitansky-Aschoff: Complejo diagnóstico diferencial del cáncer de vesícula biliar

Vladimir Arteaga Peralta*; José Manuel Ramia Ángel; Roberto de la Plaza Llamas; Farah Adel Abdulla; Andree W. Kuhnhardt Barrantes; Carmen Ramiro Pérez; Soledad Alonso García**

**Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda; **Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Guadalajara*

Resumen: La vesícula biliar puede verse afectada por una variedad de lesiones epiteliales benignas posiblemente mal interpretadas como carcinomas. Un correcto diagnóstico preoperatorio puede ser muy complejo, y tiene implicaciones terapéuticas y pronósticas. La existencia de Senos de Rokitansky-Aschoff (SRA) es una de las lesiones benignas de difícil diagnóstico diferencial con el carcinoma de vesícula biliar. Se describe un caso y revisamos la literatura sobre esta infrecuente enfermedad.

Varón de 44 años sin antecedentes médicos de interés.

Acude al Servicio de Urgencias por dolor en hipocondrio derecho (HCD) de 2 meses de evolución, no presenta otra sintomatología asociada. A la exploración abdominal, presenta leve dolor en HCD. En la analítica no presenta leucocitosis ($9,53 \times 1000/\mu\text{l}$). El resto de los parámetros, incluyendo el perfil hepático, son normales. Se realiza ecografía abdominal donde se aprecia una vesícula biliar sin evidencia de litiasis con imagen irregular en su fondo, que no parece corresponder a barro biliar. Se completa el estudio con Tomografía Computarizada, donde existe un engrosamiento de la pared vesicular en la región de cuerpo y fundus con efecto masa intraluminal hipercaptante. Ante la sospecha de neoplasia de vesícula biliar, se realiza Colangiografía Magnética, en la que se observa engrosamiento de las paredes vesiculares a nivel de cuerpo y fundus con obliteración de la luz vesicular, sin signos de infiltración hepática ni de órganos vecinos. La determinación de alfafetoproteína, CEA y CA19-9 son normales.

Se decide realizar laparotomía subcostal derecha, y se halla engrosamiento del tercio superior de la vesícula biliar sin signos de retracción, ni infiltración hepática, ante lo cual se realiza sólo colecistectomía reglada. El estudio histológico muestra que la vesícula biliar presenta colecistitis crónica e hiperplasia de la mucosa sin atipia citológica, ni alteración arquitectural o incremento de las mitosis (0 % de núcleos marcados con MIB1). Presenta múltiples microdivertículos con restos litiásicos en la luz (Senos de Rokitansky-Aschoff). Negatividad a marcadores tumorales a p53 y CEA. Durante 2 años de seguimiento clínico y radiológico el paciente no ha presentado ningún tipo de lesiones intraabdominales.

Los SRA son invaginaciones epiteliales que se extienden por la pared de la vesícula biliar, a través de brechas en el músculo liso que les permiten llegar a la capa muscular, subserosa o perimuscular, pero que característicamente no invaden el músculo liso. Se ha descrito una mayor prevalencia de SRA entre la quinta y sexta década de vida. La incidencia sobre colecistectomías realizadas es del 2,8 % a 5 %. La clínica más común que causan es el dolor en el cuadrante derecho superior del abdomen, que es similar a un cólico biliar. Habitualmente el diagnóstico preoperatorio correcto de SRA es excepcional, y los pacientes son intervenidos por la sospecha de neoplasia de vesícula. Si se obtiene un diagnóstico radiológico, la recomendación es sólo operar a los pacientes sintomáticos, realizando únicamente colecistectomía. Algunos autores sugieren que la resonancia magnética es la técnica de diagnóstico más precisa. La anatomía patológica es decisiva. Los SRA son estructuras parecidas a glándulas que tienen una distribución laminar en lugar de la distribución al azar y desordenada como ocurre en el adenocarcinoma. La neoplasia de vesícula suele además presentar células columnares más pequeñas, más compactas y revestidas por células cuboidales con atipia nuclear y mitosis, que crecen en diferentes direcciones, invaden las fibras musculares, y a menudo están rodeadas por estroma desmoplásico. La inmunohistoquímica es útil para el diagnóstico diferencial debido a que los adenocarcinomas presentan positividad a p53 y CEA, mientras que los SRA no. Además, los SRA muestran una muy baja actividad proliferativa medida por el índice de marcaje MIB1. Como conclusión, debemos estudiar muy cuidadosamente cualquier engrosamiento mural vesicular, particularmente en pacientes de mayor edad. Los métodos de

diagnóstico puede que no permitan descartar la presencia de una neoplasia, por lo que deberemos intervenirlos. Entre las posibles enfermedades benignas que simulan una neoplasia se encuentran los SRA, enfermedad infrecuente, desconocida y de difícil diagnóstico.

Aumento de hernia inguinal tras colocación de catéter de diálisis peritoneal malfunctionante.

Domínguez Reinado Rosario, Díaz Oteros Mercedes, Rivero Hernández Iosvany, Melero Brenes Sandra, Estepa Cabello Rocío, Mateo Vallejo Francisco de Asís, Gutiérrez Cafranga Estíbaliz, García Molina, Francisco José.

Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz

Resumen: Las hernias inguinales son el 75% de todas las hernias, y el 90% se dan en los hombres. Podemos dividir las en congénitas y adquiridas. Estas últimas suelen producirse en lugares donde hay una debilidad previa y existe un componente de aumento de la presión abdominal (tos, vómitos, sobrepeso, embarazo, estreñimiento, carga frecuente de objetos pesados y excepcionalmente por tumores de ano y diálisis peritoneal.) La sintomatología que producen suele empeorar en los momentos en los que la presión abdominal es mayor, aunque un gran porcentaje de ellas suelen ser asintomáticas.

Presentamos el caso de un hombre de edad avanzada, pluri-patológico que precisa de diálisis peritoneal. Se colocó un catéter que funcionó de forma correcta unos meses, durante los cuales el paciente comenzó con molestias en la zona inguinal derecha. A los tres meses de la colocación del catéter, éste dejó de funcionar y las molestias inguinales eran cada vez mayores.

En la exploración del paciente se diagnosticó de hernia inguinal derecha probablemente indirecta, y se decidió intervención programada para resolución de la hernia inguinal y a su vez recolocación y /o recambio del catéter de diálisis.

Tras comenzar la intervención con la reparación de la hernia inguinal, se evidenció en el saco herniario además de grasa sin datos de complicación, el final del catéter de diálisis, por lo que se decidió abrir el saco, reintroducir el catéter en la cavidad abdominal y reparar la hernia de la forma habitual (técnica de Rutkow- Robbins). Una vez finalizada la intervención se comprobó con la presencia de parte del equipo de Nefrología el correcto funcionamiento del catéter.

En muchos casos, las hernias son asintomáticas, y cuando dan síntomas, el más frecuente es molestia o dolor en la zona. Este aumento de la sintomatología suele darse por un aumento de la presión abdominal, que en nuestro caso era debido al líquido que se introduce a través del catéter para la diálisis.

En muchas ocasiones la malfunción de un catéter de diálisis se puede corregir recolocándolo en la cavidad abdominal, sobre todo si en un principio funcionaba bien, ya que suele indicar que se ha posicionado en un lugar incorrecto.

Se debe advertir a los pacientes que presentan una hernia inguinal y precisan de diálisis peritoneal que las molestias de dicha hernia pueden aumentar una vez se comience con dicho proceso.

Linfoma esplénico de la zona marginal en esplenomegalia gigante.

J. Delgado Estepa; B. Sánchez Andújar; P. Machuca Chiriboga, F.E. Majano Giménez, N. Palomino Peinado, A. Palomares Cano. L. Vázquez Medina, M. Serradilla Martín.

Complejo Hospitalario de Jerez

Resumen: El Linfoma esplénico de la zona marginal (LEZM) es un desorden linfoproliferativo primario del bazo que se ha descrito recientemente, hace menos de 10 años. Son neoplasias linfoides de bajo grado de malignidad. Suponen menos 1% de los tumores linfoides. En la mayoría de los casos afecta a pacientes de mayor edad y son considerados como linfomas de células B extranodales indolentes.

Presentamos el caso de una paciente de 63 años de edad, que fue derivada a nuestro Servicio de Cirugía por esplenomegalia gigante sin llegar a ser filiada la causa por el Servicio de Hematología. La paciente se encontraba asintomática y no refería otra clínica.

Tras estudios radiológicos (TAC) se evidencia esplenomegalia gigante de unos 22 cm de diámetro cráneo-caudal, así como adenopatías perihiliares de tamaño significativo.

Tras valoración preoperatoria que no contraindica la intervención y con riesgo quirúrgico ASA II, se le practica esplenectomía por vía laparotómica, sin incidencias destacables durante la intervención, ni precisar transfusiones sanguíneas intraoperatorias.

La paciente evolucionó de favorablemente, iniciando tolerancia oral y restableciéndose el hábito intestinal en pocos días.

El informe anatomopatológico de la pieza, de unas dimensiones finales de 25 × 17 × 7cm y casi 2,5 kg de peso, fue informado como hallazgos compatibles con infiltración por Linfoma de la Zona Marginal Esplénico. Asimismo se mandó un ganglio hiliar que fue informado como lesión nodular compatible con infiltración por Linfoma de la Zona Marginal de Origen Esplénico.

Los linfomas de la zona marginal se clasificaron según la clasificación REAL en extranodales (tipo MALT) y nodales («linfomas monocitoides»).

El LEZM es considerado una forma extranodal, es un tumor de bajo grado, incluso indolente, con una supervivencia del 78% a los 5 años

Infarto omental como causa poco frecuente de dolor abdominal

J. Delgado Estepa; B. Sánchez Andújar; F.E. Majano Giménez, N. Palomino Peinado, P. Machuca Chiriboga, A. Palomares Cano

Complejo hospitalario de Jerez

Resumen: El infarto omental es una causa poco frecuente, pero bien conocida, de abdomen agudo con una incidencia real difícil de determinar dados los pocos casos publicados. Se puede presentar a cualquier edad, aunque el 15% del total

de los casos se presenta en niños, con mayor prevalencia en hombres que mujeres. Las causas son desconocidas y generalmente afecta al segmento derecho del omento. Tiene una presentación clínica inespecífica, por lo que los principales diagnósticos diferenciales serían la apendicitis aguda, la colelititis aguda o la apendicitis epilóica.

Presentamos el caso clínico de un varón de 68 años, apendicectomizado, que refiere dolor abdominal de inicio brusco, de 46h de evolución y sin alteración del hábito intestinal ni náuseas/vómitos ni fiebre. No refería clínica miccional. A la exploración presentaba abdomen blando y depresible, intensamente doloroso a la palpación en flanco derecho. En analítica se aprecia discreta elevación de PCR, pero sin leucocitosis ni neutrofilia.

Se le practicó Ecografía abdominal inespecífica y en TAC se apreció una masa omental de densidad heterogénea y contenido graso en el flanco derecho.

El paciente fue ingresado en planta del Servicio de Cirugía General para iniciar tratamiento médico con sueroterapia, analgesia y dieta absoluta, no viendo preciso la administración de antibioterapia. El paciente evolucionó de manera favorable y a los 2 días del ingreso.

En el seguimiento posterior a los 3 meses en consulta, el paciente se encontraba asintomático.

El infarto omental es una entidad poco frecuente de dolor abdominal agudo que hay que tener en cuenta en los Servicios de Urgencias ante un paciente con un dolor inespecífico. La única forma de confirmación diagnóstica del infarto omental es mediante pruebas radiológicas, generalmente la TAC.

Cuerpos extraños en el abdomen agudo quirúrgico. Revisión bibliográfica. A propósito de un caso.

Adela Sáez Zafra, Natalia Sarabia Valverde, Carlos Garde Lecumberri, Francisco M. García Padial, Jose Antonio Jiménez Ríos.

Hospital Universitario San Cecilio (Granada)

Resumen: Habitualmente, los cuerpos extraños ingeridos de manera accidental o voluntaria pasan a través de tracto gastrointestinal sin provocar lesiones. La expulsión suele tener lugar entre 4 días y dos semanas después y sólo en el 1% de los casos tiene lugar una perforación en algún punto del aparato digestivo. Con mayor frecuencia, son los casos por espigas de pescado los que se descubren en el contexto de una laparotomía exploradora, seguidas por los huesos de ave, los palillos de dientes y otros menos comunes como tenedores, alambres, anzuelos y bezoares. Desde el punto de vista demográfico la ingestión de cuerpos extraños presenta una mayor incidencia en la edad infantil y en ancianos, además de en pacientes psiquiátricos.

Presentamos el caso de un varón de 72 años de origen centroamericano sin antecedentes de interés con historia de ingesta crónica de huesos de pollo masticados que acudió a urgencias por incontinencia fecal y dolor abdominal difuso de varias semanas de evolución. Se realizó TAC abdominal en el que se observó la presencia de fecaloma que ocupaba casi la totalidad de la ampolla rectal y se extendía proximalmente hacia

sigma y engrosamiento parietal circunferencial. Tras intentarse tratamiento conservador, el paciente fue sometido a cirugía en la que se evidenció perforación de sigma.

Fue intervenido de forma urgente realizando laparotomía media y hallando peritonitis localizada y perforación descrita, por lo que se optó por resección y colostomía. El paciente cursó con postoperatorio sin incidencias, siendo dado de alta con cita en la consulta de cirugía para valoración de programación de cirugía para reconstrucción de tránsito intestinal.

Los indicios de la perforación intestinal por cuerpo extraño son escasos y precisan de una alta sospecha para poder realizar un diagnóstico previo a la cirugía en caso de ser necesaria.

Resolución quirúrgica urgente de fistula colecistocólica y colecistoduodenal como hallazgo casual en colecistectomía laparoscópica. A propósito de un caso.

Adela Sáez Zafra, Carmen Pérez Durán, Natalia Sarabia Valverde, Jose Antonio Jiménez Ríos.

Hospital Universitario San Cecilio (Granada)

Resumen: La fistula colecistoentérica es una complicación infrecuente que puede presentarse como hallazgo casual en el contexto de la colecistectomía laparoscópica. La falta de diagnóstico preoperatorio obliga al cirujano a la conversión a cirugía abierta así como a la resolución del cuadro con toma de decisión en el mismo acto quirúrgico. Se presenta el caso de una paciente, con antecedentes de coledocolitiasis resuelta por colangiopancreatografía retrógrada (CPRE), que ingresa para realización de colecistectomía laparoscópica, hallando dos fistulas colecistoentéricas durante el acto quirúrgico. La colangiografía preoperatoria y la ecografía no objetivaron tales fistulas (colecistocólica y colecistoduodenal), por lo que fue diagnosticada y tratada de forma adecuada en el acto quirúrgico. Se realiza una revisión de las pruebas diagnósticas de elección ante la sospecha de este cuadro así como de los tipos de fistulas colecistoentéricas y su incidencia.

Método: Paciente mujer de 69 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial e hipotiroidismo, junto con cuadro de coledocolitiasis sintomática diagnosticada y resuelta tras CPRE. Ingresa en el Servicio de Cirugía para realización de colecistectomía, por lo que se procede al comienzo de la misma indicando e iniciando abordaje laparoscópico en el que se halla gran cuadro adherencial del colon ascendente a vesícula, por lo que se decide, ante la sospecha de cuadro fistuoso, conversión a cirugía abierta.

Resultados: Se procede a la realización de laparotomía subcostal derecha hallando fistula colecistocólica, fistula colecistoduodenal y vesícula biliar escleroatrófica. Se realiza colecistectomía retrógrada hasta hilio vesicular, con identificación de cístico y cística, ligando ambos. Se cierra solución de continuidad de colon, previo fiedrich de bordes, con puntos entrecortados de material reabsorbible y defecto duodenal con similar técnica. El postoperatorio fue favorable sin presentar complicaciones hasta el alta.

Conclusiones: Las fistulas colecistoentéricas son una complicación poco frecuente de la enfermedad de cálculos biliares

y afectan a un 3-5% de los pacientes con coledocolitiasis. Dentro de las mismas la más frecuente es la colecistoduodenal, como ocurre en el caso que exponemos, (se halla en el 0,06-0,14% de los pacientes sometidos a colecistectomía), seguida de la colecistocólica, también hallada en el mismo paciente. La mayoría de las fistulas son diagnosticadas intraoperatoriamente, como ocurre en el caso que se presenta.

La tomografía computarizada con contraste oral es la prueba de elección para objetivarlas, sobre todo en el caso de las colecistocólicas, pero en la mayoría de los casos no se realiza dado que es una prueba innecesaria en el manejo preparatorio no urgente del paciente con coledocolitiasis.

El manejo laparoscópico completo de las fistulas colecistoentéricas solo es posible en centros de alto volumen muy especializados y en manos cirujanos muy expertos. En el resto de los casos está indicada la conversión a cirugía abierta y la resolución quirúrgica en función de los hallazgos, como se realizó en nuestro Centro.

Cuerpo extraño intrapulmonar en paciente adulto

Pérez Gomar D, Barrera Talavera MD, Illana Wolf J, Bengoechea Trujillo A, Roldán Ortiz S, Fornell Ariza M, Espinosa Jiménez D, Fernández Serrano JL.

H. U. Puerta del Mar (Cádiz)

Resumen: El 60% de los cuerpos extraños accidentales se dirigen hacia la vía digestiva, sólo el 40% se dirige hacia vías aéreas. De éstos, el 85% se localizan en bronquios. Es una afección propia de la niñez, siendo infrecuente en la edad adulta. Presentamos el caso de una paciente de 15 años de edad que presentó aspiración de CE metálico (aguja de coser) de forma accidental.

Caso clínico: Mujer de 15 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgico de interés, que es trasladada a nuestro hospital por haber presentado 72h antes aspiración fortuita de aguja de coser. Inicialmente presentó episodio autolimitado de insuficiencia respiratoria, actualmente asintomática. En radiografía simple de tórax se aprecia objeto metálico lineal y puntiforme en LII. En TAC de tórax se identifica aguja en segmento anterolateral de pirámide basal izquierda. Se realiza broncoscopia exploradora sin localizar el objeto, por lo que se decide cirugía, realizándose toracotomía lateral izquierda. Se aprecia protusión de la aguja a nivel de segmento lateral de LII, se procede a la apertura del parénquima, extracción de aguja y cierre simple del defecto. La paciente evolucionó favorablemente.

Discusión: La aspiración de un CE es una afección propia de la niñez (87%), siendo el campo pulmonar derecho el más frecuentemente afectado. En cuanto a la naturaleza del CE predominan las partículas orgánicas (90%) sobre las inorgánicas (10%). Nuestro caso resulta algo más atípico dado que estamos ante un paciente de edad adulta, el campo pulmonar afecto fue el izquierdo y se trataba de un CE metálico. El cuadro clínico puede ser leve-moderado y de evolución crónica o bien grave y de instauración aguda.

Las partículas inorgánicas producen poca reacción inflamatoria local, por lo que pueden pasar inadvertidas durante

largos períodos de tiempo, siendo el diagnóstico más complicado. De otro lado, las partículas orgánicas desencadenan una rápida reacción inflamatoria local, por lo que la clínica es más florida y la sospecha clínica más evidente. Los objetos metálicos, como es el caso que nos ocupa, inhiben mediante ionización la actividad bacteriana, y su oxidación produce daños en la mucosa, además tienden a fragmentarse y migrar, provocando afecciones pericárdicas, cardíacas o en otros órganos.

El diagnóstico se basa en una exhaustiva historia clínica, la radiología simple de tórax y el TAC de tórax. Los CE de naturaleza metálica (como es nuestro caso), son fácilmente identificables.

El tratamiento de elección es la broncoscopia en condiciones de máxima seguridad, en caso de fracaso, se opta por la cirugía. Tradicionalmente se realizaba toracotomía, pero actualmente la tendencia es mediante videotoracosopia.

Conclusiones: La aspiración de un cuerpo extraño es una afección propia de la niñez, afectándose con más frecuencia el campo pulmonar derecho y la localización bronquial, a diferencia de nuestro caso. Las manifestaciones clínicas pueden ser agudas y comprometer la vida o larvadas y comprometer el diagnóstico. El tratamiento de elección la broncoscopia y en caso de fracaso la cirugía.

Insulinomas, neoplasias neuroendocrinas poco frecuentes. Nuestra experiencia

Pérez Gomar D, Bengoechea Trujillo A, Roldán Ortiz S, Fornell Ariza M, Mayo Ossorio MA, Pacheco García JM, Castro Santiago MJ, Fernandez Serrano JL.

H. U. Puerta del Mar (Cádiz)

Resumen: Los tumores neuroendocrinos de páncreas son tumoraciones raras, dentro de éstas, el insulinoma es la neoplasia más frecuente. Se realiza una revisión en nuestro servicio de las cirugías pancreáticas en los últimos 7 años, encontrándose únicamente 2 casos de insulinomas.

Caso 1: Varón de 25 años, con antecedentes de episodios de ansiedad, ingresado en endocrinología para estudio de hipoglucemias severas, descartando la administración exógena de insulina. Se realiza TAC abdominal, en el que no existen hallazgos significativos. RMN que evidencia nódulo hipervascular por encima de istmo pancreático. Arteriografía selectiva negativa para el estudio de localización, salvo respuesta positiva al estímulo con calcio en área de arteria mesentérica superior. Con la sospecha de insulinoma, se realiza cirugía reglada, mediante laparotomía subcostal bilateral, ecografía intraoperatoria y palpación, confirman la existencia de una tumoración en borde superior de páncreas, próximo a tronco celíaco. Se realiza enucleación. El paciente cursa con postoperatorio satisfactorio. La anatomía patológica se informa como tumor neuroendocrino de páncreas con inmunohistoquímica compatible para insulinoma.

Caso 2: Varón de 29 años, sin antecedentes de interés, que es estudiado por cuadro de dolor abdominal e hipoglucemias severas. En TAC se identifica masa en cola pancreática de unos 4cm, compatible con insulinoma y múltiples adenopatías en hilio esplénico. Arteriografía selectiva positiva en área de arteria esplénica. Se realiza laparotomía subcostal bilateral,

la palpación y la ecografía intraoperatoria confirman la tumoración a nivel de cola de páncreas, así como adenopatías en hilio. Se realiza pancreatectomía distal con esplenectomía. El paciente evoluciona favorablemente. La anatomía patológica confirma que se trata de insulinoma, mientras que las adenopatías son negativas para malignidad.

Discusión: Los tumores neuroendocrinos de páncreas son infrecuentes, de éstas el 70% son insulinomas. Tienen una incidencia de 4 casos por millón de habitantes al año. Se trata de neoplasias de las células beta de los islotes pancreáticos, caracterizados por la excesiva producción de insulina. Existe un discreto predominio en mujeres (60% frente al 40% en hombres) y una mayor incidencia en la tercera y séptima década. En nuestros casos se trata de dos pacientes varones.

Su localización anatómica en el páncreas es uniforme. Aproximadamente el 90% son únicos y benignos, alrededor del 10% se relacionan con MEN I.

La clínica es inespecífica, siendo característica la tríada de Whipple. Son llamativos los síntomas neuropsiquiátricos, responsables del retraso diagnóstico en muchas ocasiones. En los casos expuestos, el primer paciente presentaba trastorno de ansiedad, mientras que el segundo acudió por cuadro de dolor abdominal inespecífico. El primer paso diagnóstico es la confirmación de la hipoglucemia mediante la dosificación de la glucemia en ayuno. La localización topográfica preoperatoria es uno de los aspectos más estudiados, siendo considerado por muchos autores el patrón oro en el tratamiento del insulinoma.

Actualmente, las pruebas de imagen que se aceptan para el estudio del insulinoma son la ecografía abdominal, la TAC de abdomen, la RMN y la arteriografía selectiva por cateterización de tronco celíaco.

No obstante, a pesar de las pruebas citadas, aproximadamente un 20% no se localizan preoperatoriamente. En estos casos se reserva la ecografía intraoperatoria, que permite la localización de las lesiones con índices superiores al 95%. Este recurso asociado a la palpación intraoperatoria permite la identificación de hasta el 100%. Gracias a ello, se han abandonado las resecciones pancreática a ciegas.

El tratamiento de elección es la cirugía, realizándose enucleación en los casos de insulinomas benignos, únicos y superficiales, mientras que se reserva la resección pancreática para los casos de malignidad, profundidad o de localización caudal.

Conclusiones: El insulinoma es la neoplasia más frecuente dentro de los tumores neuroendocrinos del páncreas. La clínica es inespecífica, siendo el denominador común los episodios de hipoglucemia hiperinsulinémicas. La mayor dificultad se centra en su localización preoperatoria, siendo la palpación y la ecografía intraoperatoria las que permiten la localización en el 100% de los casos. El tratamiento de elección es la cirugía.

Meshoma como causa de inguinodinia crónica tras hernioplastia inguinal a lo Lichtenstein con implante de malla parietene progrid.

Jiménez Jiménez J.A. Naranjo Fernández J.R., Valera

Sánchez Z., Curado Soriano A., Domínguez Amodeo A., Ruiz Zafra A., Landra Dulanto P., Navarrete de Carcer E., Oliva Mompeán F.

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

Resumen: Inguinodinia como el dolor postoperatorio de la región inguinal con una frecuencia entre el 5 a 15% de las hernioplastias, donde el dolor mantenido en región inguinal de más de un mes se cataloga como inguinodinia o dolor tipo crónico. El dolor inguinal postoperatorio somático causante de la mayor parte de esta complicación, causado por la inflamación propia del traumatismo quirúrgico, la aplicación de suturas en estructuras osteocondrales o por la presencia de meshomas (mallas enrolladas y endurecidas), y un porcentaje pequeño inferior al 0,5% corresponden a causas neuropáticas por atrapamiento del nervio por suturas o grapas o sección de un nervio sin tratamiento correcto de sus cabos.

Paciente de 60 años, intervenido de hernia inguinal izquierda L2P mediante técnica de Lichtenstein con implante de malla de polipropileno tipo parietene progrip, autoadhesiva, sin puntos de fijación. Evolución postoperatoria favorable. Comienza a los tres meses con dolor en región inguinal intervenida y aparición de tumoración donde se focaliza el dolor. A la exploración tumoración dura de unos 2 cm sobre espina pública, sin protrusión con la hiperpresión abdominal y sin signos de recidiva. Estudio ecográfico sin signos de recidiva e imagen de tumoración donde objetiva la malla plegada sobre los elementos del cordón espermático, compatible con meshoma.

Se plantea la extirpación quirúrgica objetivándose toda la porción inferior de la malla de polipropileno bajo el orificio para la salida de los elementos del cordón plegada y arrugada comportándose como un material fibroso que engloba a los elementos, precisando de una liberación minuciosa y dificultosa de dichos elementos incluidos en el material protésico para la preservación de los mismos. Evolución postoperatoria favorable y con desaparición del dolor.

Meshoma como malla que se pliega y forma una tumoración protésica que engloba estructuras anatómicas como causa de inguinodinia.

La tomografía computarizada y la ecografía como técnicas de imagen para el diagnóstico de meshomas.

Ante la presencia de un meshoma con dolor de tipo somático crónico deberá realizarse la extirpación del material protésico y liberación de las estructuras que se encuentran atrapadas.

Es fundamental para su prevención realizar una colocación correcta de la malla en este caso autoadhesiva de forma uniforme, sin pliegues y sobre todo sin exceso de material protésico en los márgenes de la región inguinal, para evitar la tendencia a solaparse y plegarse sobre si misma sobre todo a nivel inferior de la salida de los elementos del cordón.

Aplicación de sellante de fibrina tras técnica de partington-rochelle por pancreatitis crónica secundaria a estenosis de pancreatoyeyunostomía previa por duodenopancreatectomía cefálica

Juan Cabrera Bermón, Ana Belén Gallardo Herrera, Álvaro

Arjona Sánchez, Ángela Casado Adám, Sebastián Rufián Peña, Javier Briceño Delgado

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

Resumen: Descripción de un caso clínico de pancreatitis crónica secundaria a estenosis anastomótica pancreatoyeyunal tras duodenopancreatectomía cefálica previa requiriendo tratamiento quirúrgico mediante técnica derivativa.

Describimos el caso clínico de de una paciente de 17 años, intervenida en la infancia por una anomalía de la confluencia duodeno-pancreatico-biliar realizándosele una duodenopancreatectomía cefálica (Traverso-Longmire), presentando episodios recidivantes de pancreatitis aguda y signos radiológicos de pancreatitis.

Describimos el caso clínico de de una paciente de 17 años, intervenida en la infancia por una anomalía de la confluencia duodeno-pancreatico-biliar realizándosele una duodenopancreatectomía cefálica (Traverso-Longmire).

Presenta actualmente episodios de pancreatitis aguda de repetición. En TAC y colangio-pancreato-RMN se objetiva estenosis a nivel de la pancreatoyeyunostomía previa y dilatación del conducto de Wirsung de unos 9mm.

Se opta por un tratamiento quirúrgico derivativo. Durante la intervención se objetivan anastomosis previas, mediante ecografía intraoperatoria se confirma dilatación importante del conducto pancreático. Se punciona parénquima pancreático para reconfirmar la localización del conducto de Wirsung y realización segura de sección longitudinal de todo el cuerpo y parte de cola pancreáticos. Seguidamente se realizó anastomosis pancreatoyeyunal latero-lateral (técnica de Partington-Rochelle) con puntos sueltos de sutura irreabsorbible y reestablecimiento del tránsito mediante anastomosis del asa eferente gástrica a yeyuno a unos 40cm de la anastomosis pancreatoyeyunal.

Como refuerzo para la pancreatoyeyunostomía se coloca una lámina de sellante de fibrina (TACHOSIL®) sobre la superficie anastomótica (fig. 2) para disminución del riesgo de fístula pancreática.

El postoperatorio se desarrolló sin incidencias siendo posible la retirada de drenajes el tercer día postoperatorio tras la confirmación analítica de cifras bajas de amilasa en el líquido de drenajes, y el alta domiciliaria el quinto día postoperatorio.

La pancreatoyeyunostomía longitudinal (Técnica de Partington-Rochelle) es una alternativa terapéutica segura y efectiva para casos de pancreatitis crónica secundaria a estenosis anastomótica pancreatoentérica tras duodenopancreatectomía, habiendo resultado el sellante de fibrina (TACHOSIL®) altamente efectivo en la prevención de fístula pancreática postquirúrgica, propiciando un curso postoperatorio rápido y sin incidencias.

Caso de abordaje preperitoneal de hernia crural

Gordillo Hernandez.A; Dominguez Amodeo.A, Navarrete de Carcer. E, Oliva Mompean. F

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

Resumen: La hernia femoral mantiene una gran importan-

cia dentro de la cirugía por los siguientes aspectos: 1. Representa cerca del 10% de toda la patología quirúrgica de la pared abdominal. 2. Su diagnóstico preoperatorio puede ser difícil. 3. Es una causa frecuente de abdomen agudo por obstrucción intestinal, sobre todo en mujeres, obesos y ancianos. 4. Es una causa de morbimortalidad evitable. 5. Mantiene una gran controversia respecto a su tratamiento, y no existe todavía un acuerdo en cuanto al mejor acceso quirúrgico y opción técnica. 6. Las recurrencias son bastante altas, entre un 3,1-30%, en series con un seguimiento de apenas el 75% de los pacientes y a los 5 años.

Presentamos el caso de una paciente que acude de urgencias por hernia crural incarcerada.

Se realiza herniorrafia preperitoneal donde la malla que se utilizó fue tipo Progrid sobre una reparación hecha previamente con el tracto iliopúbico.

Reconstrucción: 1. Reparación formal del defecto. Cierre mediante 2-3 puntos aproximando el tracto iliopúbico al ligamento de Cooper, desde el borde medial (pubis) al borde lateral (vasos ilíacos). Si se considera necesario, se puede realizar una incisión de relajación en el recto anterior del abdomen. 2) Malla: Se utiliza una malla de 10 x 4 cm. 3) Fijación: 3,1. El borde inferior se fija al ligamento de Cooper y se extiende sobre la reparación fascial. 3,2. El borde superior se fija a la pared inguinal posterior. 3,3. Finalmente, el resto de la malla se dobla y su extremo se sutura por debajo de la herida abdominal. Se realizó resección de intestino necrosado via transrectal con anastomosis mecánica.

La paciente marchó de alta a los 3 días postoperatorios con buen estado general.

Hematoma intramural de intestino delgado no traumático.

Robayo Soto, P. Reyes Moreno, M. Calzado Baeza, SF. Martín Díaz, M. Ferrer García, JG. Herrera Fernández, F. Hospital General Básico Santa Ana. Granada-Motril

Introducción: El hematoma intramural de intestino delgado espontáneo es una rara complicación asociada a la toma de anticoagulantes como los antagonistas de la vitamina K. Mientras el hematoma intramural de origen traumático afecta principalmente al duodeno el asociado al tratamiento con anticoagulantes se da principalmente en asas de yeyuno. El cuadro clínico de presentación es muy variable, produciendo desde un dolor abdominal leve hasta un abdomen agudo con obstrucción intestinal, afecta con mayor frecuencia a varones con una edad promedio de 65 años y que reciben dosis elevadas de acenocumarol.

Caso clínico: Varón de 61 años con antecedentes de cáncer supraglótico con extensión a epiglotis y base de la lengua, episodio de Trombo Embolismo Pulmonar hace 2 años por lo que recibe tratamiento con acenocumarol. Ingresa a urgencias por dolor abdominal de 1 día de evolución que se acompaña de vómitos por varias ocasiones con restos de sangre. Sin antecedentes de traumatismo abdominal. A la exploración física: Fiebre de 38 °C, palidez cutánea. Con dolor

a la palpación abdominal de manera difusa, más localizado en hipogastrio, con defensa y rebote positivo. Tacto rectal: Ampolla con heces de color normal. En la analítica destacaba: 15 g/dl de hemoglobina, recuento plaquetario de 339 Mil/ul, Leucos 23,1 Mil/ul Neutro 81,5% Glucosa 130 mg/dl, urea 51 mg/dl PCR 13,3 mg/dl. Coagulación: INR y Tiempo de protrombina no detectan coágulo, TTPA 159 seg, TTPA ratio 5,13 ratio

TC: Distensión gástrica con neumatosis en la pared y burbujas de aire en relación con Neumoperitoneo. Neumatosis portal que se distribuye en lóbulos derecho e izquierdo Dilatación de asas de intestino delgado con formación de niveles hidroaéreos evidenciando engrosamiento de la pared de íleon, en su porción media y distal se acompaña de retracción y estriación de la grasa del mesenterio.

Con el cuadro clínico del paciente y TAC abdominal sugerente de isquemia intestinal se interviene con Laparotomía exploratoria hallándose hemoperitoneo asociado a hematoma intramural en asa yeyunal. Se reseca éste segmento de intestino afecto y se confecciona anastomosis primaria de intestino delgado.

Recibe tratamiento médico y de soporte con monitorización en UCI, evoluciona de manera favorable, pasa a planta de Cirugía General y es dado de alta al 9no día postquirúrgico.

Discusión: EL hematoma intramural no traumático del intestino delgado es una complicación rara del tratamiento con anticoagulantes. Hay cerca de un centenar de casos descritos hasta la actualidad. La mayoría de casos de hematoma intramural se producen en el contexto de valores supratherapéuticos del INR.

Nuestro caso corresponde con lo publicado en relación a esta entidad: paciente varón, mayor de 60 años de edad, sexo masculino, en tratamiento con anticoagulante oral con valores supratherapéuticos del INR. Sin antecedentes de traumatismo abdominal

Los hematomas no traumáticos son más extensos y más frecuentes en el yeyuno. Tiene su origen en un pequeño vaso de la capa submucosa de la pared que sangra lentamente.

El cuadro clínico es inespecífico, puede variar desde síntomas leves como estreñimiento, náuseas y vómitos hasta formas graves de dolor abdominal con obstrucción intestinal y abdomen agudo.

Las pruebas analíticas y radiológicas pueden también dar resultados inespecíficos por lo que la sospecha clínica tiene que estar presente. Las pruebas más útiles son la ecografía y el TAC abdominal. Y finalmente el diagnóstico puede ser realizado por laparotomía como es en nuestro caso.

El tratamiento es conservador con hidratación, sondaje nasogástrico, corrección de los parámetros de coagulación con la administración de la vitamina K.

La cirugía se reserva para los cuadros clínicos de oclusión intestinal, abdomen agudo o fracaso del tratamiento médico

Conclusiones: El hematoma intramural de intestino delgado no traumático es una rara complicación que suele producirse en pacientes con características específicas en los que hay que tener en cuenta para el diagnóstico diferencial.

Retroneumoperitoneo masivo post-cpre en paciente con gastrectomía parcial. ¿Aumentan las complicaciones de la cpre por la cirugía?. Presentación de un caso.

Adela Sáez Zafra, Inmaculada Lendínez Romero, Natalia Sarabia Valverde, Clotilde Moreno Cortés, Francisco García Padial, Jose Antonio Jiménez Ríos.

Hospital Universitario San Cecilio (Granada)

Resumen: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se ha convertido en un procedimiento esencial en el diagnóstico y tratamiento de la patología biliopancreática.

Dicho procedimiento, a pesar de tener múltiples beneficios, presenta una tasa de complicaciones considerable, siendo algunas de ellas graves y requiriendo tratamiento quirúrgico urgente.

Las tasas de complicación postCPRE además se modifican dependiendo de los antecedentes del paciente, dato que se pretende destacar con la presentación del caso que nos compete.

Se presenta un caso de un varón de 88 años de edad que desarrolló complicaciones graves postCPRE, en el que se destacamos como antecedente gastrectomía parcial en la infancia por ulcus, lo cual dificultó en gran medida la técnica endoscópica aumentando la tasa de complicaciones.

Método: Paciente varón de 88 años con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular, bloqueo AV completo con implante de marcapasos definitivo, cardiopatía isquémica, intervenido de aneurisma de aorta abdominal con bypass aorto-biliaco e intervenido de ulcus gástrico realizándose gastrectomía parcial en la niñez.

Ingresa, de forma urgente a cargo en digestivo por cuadro de pancreatitis aguda. Tras iniciar tratamiento conservador, en su segundo día de ingreso, presenta empeoramiento clínico por lo que se realiza ecografía que objetiva dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, así como litiasis papilar, por lo que se solicita CPRE urgente. El informe de la CPRE detalla la gran dificultad que presenta la realización de la misma debido a la cirugía gástrica previa, siendo finalmente exitosa por conseguir realizar papilotomía y extracción de un cálculo.

Tras terminar dicha prueba, comienza con cuadro de dolor abdominal intenso, fiebre y vómitos biliosos, por lo que se solicita TAC que informa de perforación de víscera hueca, con abundante retroneumoperitoneo y neumoperitoneo, leve neumomediastino, enfisema subcutáneo y catalogando de nuevo el cuadro de pancreatitis de cabeza como grado C de Balthazar, sin signos de necrosis.

Resultados: Valorado por el equipo de guardia de cirugía, ante la estabilidad clínica y mejoría respecto al dolor abdominal, se instaura tratamiento conservador con sonda nasogástrica, dieta absoluta, nutrición parenteral, antibioticoterapia y vigilancia estrecha junto con controles analíticos seriados.

El paciente evoluciona de manera favorable no siendo necesario finalmente tratamiento quirúrgico urgente.

Conclusiones: De forma consensual se sabe que la CPRE ha de realizarse, estando indicada, por endoscopistas expertos y con monitorización adecuada. Aún así, y a pesar de considerarse un procedimiento seguro, es bien conocida su tasa de morbilidades siendo la más frecuente la pancreatitis, seguida

de la perforación duodenal, hemorragia, infección, complicaciones cardíacas o pulmonares.

No debemos olvidar que las características individuales de cada paciente interfieren en lo anteriormente mencionado. En el caso expuesto, el antecedente de gastrectomía parcial hizo que la realización de CPRE presentara gran dificultad y por lo tanto aumentó de la tasa de posibles complicaciones, por lo que se quiere resaltar la importancia de la valoración individualizada de cada caso así como de los antecedentes quirúrgicos digestivos.

El TAC sigue siendo la prueba de imagen de elección ante el empeoramiento clínico de un paciente tras la realización de CPRE, siendo la prueba que más información aporta.

El tratamiento de elección del retroneumoperitoneo y neumoperitoneo postCPRE sigue siendo el conservador siempre que el paciente esté estable; teniendo en cuenta que el seguimiento ha de ser muy estrecho, dado que está indicada la cirugía urgente ante el empeoramiento del cuadro.

Causa infrecuente de apendicitis aguda.

Wilson Manuel Sánchez Bautista, Mercedes Díaz Oteros, Rosario Domínguez Reinado, Sandra Melero Brenes, Iosvany Rivero Hernández, Juan Luis Esteban Ramos, Carlos Medina Achirica, Elisa Montes Posada, Francisco de Asís Mateo Vallejo, Francisco José García Molina.

Jerez de la Frontera, Cádiz.

Resumen: La apendicitis aguda se produce por obstrucción de la luz del apéndice cecal. Dicha obstrucción suele ser por la presencia de un fecalito, que el apéndice se pliegue sobre sí mismo, y en mas raras ocasiones, por la presencia de huevos de parásitos o por parásitos propiamente dichos.

La edad más frecuente en la que se produce apendicitis por parásitos es en la edad escolar.

La sintomatología no difiere de la de la apendicitis por otras causas.

Presentamos el caso de una paciente de 14 años que acude a urgencias por dolor abdominal de dos días de evolución, con febrícula y anorexia. Presentó nauseas pero no vómitos y negaba cualquier otra sintomatología. A la exploración se encontraba consciente, orientada y colaboradora, con buen estado general. Abdomen: blando, depresible y doloroso a la palpación de fosa iliaca derecha, con signo de Blumberg positivo en punto de McBurney. Signo de Rovsing positivo, y signos del psoas y obturador negativos. En la analítica se evidenció leucocitosis y elevación de la proteína c reactiva. Se realizó una ecografía abdominal donde el único hallazgo destacable fue la presencia de un engrosamiento del apéndice cecal.

Se decidió intervención quirúrgica urgente, con el diagnóstico de apendicitis aguda poco evolucionada. Se realizó incisión de McBurney y se procedió a apendicectomía convencional sin incidencias. La paciente comenzó tolerancia a la mañana siguiente de la intervención, siendo dada de alta sin complicaciones al tercer día postoperatorio. En la anatomía patológica se evidenció la presencia de oxiuros vermicularis ocupando la totalidad de la luz del apéndice.

Sea cual sea la etiología de la apendicitis aguda, su sintomatología será parecida.

La causa más frecuente es la obstrucción de la luz del apéndice cecal por un fecalito, y en raras ocasiones será producida por huevos de parásitos, y más raramente por los parásitos.

El parásito que más frecuentemente produce apendicitis aguda es el oxiuro vermicularis, seguido del trichuris trichiura. Ambos son helmintos, que es el grupo de parásitos que más produce apendicitis, seguido de los protozoos.

La simple presencia del parásito en el apéndice cecal no quiere decir que la apendicitis esté producida por dicho parásito.

Aumento de hernia inguinal tras colocación de catéter de diálisis peritoneal malfunctionante.

Rivero Hernández Iosvany, Domínguez Reinado Rosario, Díaz Oteros Mercedes, Melero Brenes Sandra, Estepa Cabello Rocío, Mateo Vallejo Francisco de Asís, Gutiérrez Cafranga Estíbaliz, García Molina, Francisco José.

Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz

Resumen: Las hernias inguinales son el 75% de todas las hernias, y el 90% se dan en los hombres. Podemos dividir las en congénitas y adquiridas. Estas últimas suelen producirse en lugares donde hay una debilidad previa y existe un componente de aumento de la presión abdominal (tos, vómitos, sobrepeso, embarazo, estreñimiento, carga frecuente de objetos pesados y excepcionalmente por tumores de ano y diálisis peritoneal.) La sintomatología que producen suele empeorar en los momentos en los que la presión abdominal es mayor, aunque un gran porcentaje de ellas suelen ser asintomáticas

Presentamos el caso de un hombre de edad avanzada, pluripatológico que precisa de diálisis peritoneal. Se colocó un catéter que funcionó de forma correcta unos meses, durante los cuales el paciente comenzó con molestias en la zona inguinal derecha. A los tres meses de la colocación del catéter, éste dejó de funcionar y las molestias inguinales eran cada vez mayores.

En la exploración del paciente se diagnosticó de hernia inguinal derecha probablemente indirecta, y se decidió intervención programada para resolución de la hernia inguinal y a su vez recolocación y/o recambio del catéter de diálisis.

Tras comenzar la intervención con la reparación de la hernia inguinal, se evidenció en el saco herniario además de grasa sin datos de complicación, el final del catéter de diálisis, por lo que se decidió abrir el saco, reintroducir el catéter en la cavidad abdominal y reparar la hernia de la forma habitual (técnica de Rutkow- Robbins). Una vez finalizada la intervención se comprobó con la presencia de parte del equipo de Nefrología el correcto funcionamiento del catéter.

En muchos casos, las hernias son asintomáticas, y cuando dan síntomas, el más frecuente es molestia o dolor en la zona. Este aumento de la sintomatología suele darse por un aumento de la presión abdominal, que en nuestro caso era debido al líquido que se introduce a través del catéter para la diálisis.

En muchas ocasiones la malfunction de un catéter de diálisis se puede corregir recolocándolo en la cavidad abdominal,

sobre todo si en un principio funcionaba bien, ya que suele indicar que se ha posicionado en un lugar incorrecto.

Se debe advertir a los pacientes que presentan una hernia inguinal y precisan de diálisis peritoneal que las molestias de dicha hernia pueden aumentar una vez se comience con dicho proceso.

Técnica de alte-meier para el tratamiento del prolapso rectal completo

M. Mogollón González, F. Huertas Peña, R. Conde Muíño, I. Segura Jiménez, C. San Miguel Méndez, S. González Martínez, J. Triguero Cabrera, P. Palma, Ja. Ferrón Orihuela.

Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Resumen: El prolapso rectal completo es un trastorno complejo definido como la protusión de todas las capas del recto a través del canal anal. El tratamiento quirúrgico pretende restaurar la función anorrectal y la anatomía normal de la región, mejorando la sintomatología asociada.

Presentamos un caso de prolapso rectal completo reparado mediante abordaje perineal (técnica de Alte-meier).

Paciente de 81 años con antecedentes personales de diabetes mellitus, HTA, flutter auricular, insuficiencia cardíaca, hipotiroidismo, insuficiencia renal crónica y portadora de marcapasos cardíaco.

Consultó por cuadro de rectorragia asociada a prolapso rectal completo que condicionaba incontinencia fecal. A la exploración física, se constató el prolapso completo incoercible de la mucosa rectal junto con ulceración de la misma.

Dada la edad avanzada de la paciente y a su pluripatología, fue sometida a cirugía de reconstrucción vía perineal bajo anestesia locorregional raquídea mediante técnica de Alte-meier. Se realizó incisión circunferencial de todo el espesor de la pared rectal a 2 cm de la línea pectínea, abriendo el peritoneo del fondo de saco de Douglas en cara anterior. Se exteriorizó el recto infraperitoneal, seccionando en cara posterior el meso hasta visualizar la pared intestinal. Miorrafia en cara anterior con puntos sueltos y apertura del colon en cara anterior con anastomosis coloanal completando la misma a medida que se seccionaba el colon circunferencialmente.

La paciente presentó buena evolución postoperatoria con controles correctos hasta la fecha.

El prolapso rectal completo es una enfermedad poco frecuente en la población general. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres de edad avanzada, pluripatológicas, y se asocia con frecuencia con otras enfermedades del suelo pélvico, que deben ser diagnosticadas y tratadas de forma sincrónica.

Clínicamente, cursa con estreñimiento hasta en un 70% de los pacientes, incontinencia anal (50%), rectorragia y dolor.

El manejo quirúrgico deberá tener en cuenta la edad del paciente, factores de riesgo y manifestaciones clínicas que asocia, así como la existencia o no de recidiva. En mujeres jóvenes sin alteración de la anatomía perineal, la técnica de elección será el abordaje abdominal laparoscópico que ofrece mejores resultados funcionales con tasa de recidiva inferior al 10%.

En pacientes de edad avanzada, con alto riesgo quirúrgico, múltiparas y con defecto a nivel de fondo de saco de Douglas, está indicado el abordaje por vía perineal, que asociará menor morbilidad postoperatoria. La rectosigmoidectomía perineal (procedimiento de Altemeier) se puede realizar eficazmente bajo anestesia regional, presenta un índice bajo de recurrencia y permite tratar sincrónicamente lesiones esfintéricas asociadas u otras enfermedades del suelo pélvico.

Por lo general, la técnica de Altemeier es una opción segura y eficaz en el tratamiento del prolapso rectal en pacientes pluriopatológicos no candidatos a cirugía bajo anestesia general.

Abdomen agudo en contexto de tumor neuroendocrino de mesenter

Sanchiz Cárdenas Elena M, Soler Humanes Rocío, Cuba Castro Jose L, Hinojosa Arco Luis C, Monje Salazar Cristina, Corrales Valero Elena, Bravo Arenzana Luis, Suarez Muñoz Miguel A

Hospital Clínico Virgen de la Victoria de Málaga

Resumen: El mesenterio puede ser localización de un amplio espectro de anomalías entre las que se incluyen las masas sólidas de diversa etiología

Mujer de 78 años, dislipémica, con historia de angina intestinal de cuatro meses de evolución. Exploración abdominal con dolor generalizado, con peritonismo a la palpación, y con defensa involuntaria. En TC torax-abdomen se aprecia nódulo paracárdico derecho con captación positiva en octreoscan sugestiva de metástasis. Hígado con LOE en segmento VIII de 10mm inespecífica (en Octreoscan distribución irregular en parénquima hepático, sin captación de la lesión descrita en TC). Masa de partes blandas en raíz de mesenterio de 27 × 16 mm con márgenes irregulares que provoca congestión de vasos mesentéricos adyacentes. Concéntrica a la lesión mesentérica se disponen asas de intestino delgado ileales de diámetro normal, con engrosamiento homogéneo y difuso de la pared. En octreoscan se aprecia foco hipercaptante abdominal que coincide con la lesión descrita en TC. Arteriografía de arteria mesentérica superior y tronco celíaco: teñido patológico, irregular y espiculado que afecta a ramas ileales de la arteria mesentérica superior, compatible con proceso neoplásico. Marcadores tumorales CEA, Ca 19,9, alfafetoproteína y cromogranina A dentro de la normalidad.

La paciente es sometida a laparotomía exploradora, con hallazgo de LOES milimétricas diseminadas a nivel hepático, así como implantes blanquecinos infracentimétricos en meso y peritoneo visceral. Tumoración a nivel de meso de ileon terminal que afecta unos 80 cm de su longitud que lo retrae. Se realiza resección de la tumoración junto al intestino afecto, con anastomosis latero-lateral mecánica isoperistáltica a 20cm de la válvula ileocecal. La paciente tiene un postoperatorio sin complicaciones, es dada de alta al octavo día postquirúrgico.

El resultado anatomopatológico define tumor neuroendocrino infiltrante bien/moderadamente diferenciado unifocal de 2,3cm con grado histológico intermedio (G2) con necrosis focal inferior al 5% y una mitosis por 10 CGA. Invade la subserosa intestinal y afecta al peritoneo. Ki 67: 7%. Positivo para

cromogranina y sinaptofisina. Invasión vascular, linfática y perineural, con metástasis en 3 de 4 ganglios aislados. Seis implantes tumorales. Implantes en meso: metástasis por tumor neuroendocrino.

Los tumores primarios del mesenterio representan una entidad rara, siendo la mayoría de origen mesenquimal e histológicamente benignos. El tumor maligno más frecuente a este nivel es el linfoma. Un tumor neuroendocrino primario de mesenterio es extremadamente raro con muy escasa representación en la literatura.

Endometriosis umbilical, a propósito de un caso

Pineda Navarro N, Zambudio Caroll N, Muffak Granero K, Villegas Herrera MT, Becerra Massare A, Fundora Suárez Y, Garrote Lara D, Ferrón Orihuela JA

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Resumen: La endometriosis es la presencia de tejido endometrial en un sitio del organismo que no sea la cavidad uterina, y suele asociarse a dolor e infertilidad.

En este artículo se muestra un caso de endometriosis umbilical intervenido en nuestro centro.

Método: Mujer de 33 años sin antecedentes de interés, que consulta por primera vez en 2011 por presentar dolor umbilical y supuración de varios años de evolución. A la exploración se palpa una tumoración umbilical de unos 2cm, no reducible y dolorosa, con supuración serohemática a través del ombligo. Se le realiza una ecografía abdominal que habla de un nódulo sólido umbilical, de unos 23mm, heterogéneo, que contacta con la cavidad umbilical con una solución de continuidad de unos 6mm, catalogándose de hernia umbilical con contenido omental.

La paciente es intervenida, no evidenciando orificio herniario, sino únicamente un tejido fibroso que se extirpa, pero no se manda a analizar.

Tras un año, vuelve a consultar por presentar de nuevo tumoración en la zona umbilical, que aumenta de tamaño días previos a la menstruación, le produce dolor y emite sangre y restos malolientes. A la exploración se palpa un nódulo de un centímetro de diámetro no reducible.

Se le solicita de nuevo una ecografía abdominal, que es informada como recidiva del nódulo descrito previamente, pero sin observarse comunicación con la cavidad abdominal.

Resultados: La paciente se interviene nuevamente, realizando una onfalectomía con extirpación de una tumoración supraaponeurótica. El resultado anatomopatológico informa de un tejido de coloración pardo-blanquecina, pseudoencapsulado, rodeado por tejido adiposo, con presencia de focos de endometriosis.

Tras la intervención, esta mujer se encuentra asintomática, y la herida presentó como única complicación la aparición de un seroma que se drenó, que actualmente presenta buen aspecto. El dolor y la supuración cíclicos han cesado.

Conclusiones: La endometriosis umbilical es una condición rara, apareciendo en 0,5-1% de todas las mujeres con endometriosis. Puede darse de forma espontánea, o tras una intervención previa como pudiera ser la laparoscopia, en que se incide

a la cavidad abdominal a través del ombligo, y en la herida se produce un implante de un foco de endometriosis. En ambas presentaciones, tanto el diagnóstico como el tratamiento definitivo han de ser la extirpación del tejido afecto.

Ha de establecerse un diagnóstico diferencial para descartar otras patologías posibles, como en este caso, que se pensó que pudiera existir una hernia umbilical que condicionara onfalitis de repetición a la paciente. También habría que descartar que pudiera tratarse de un nódulo metastásico. La clínica de dolor cíclico coincidente con la menstruación y la emisión de secreción serohemática ha de guiarnos hacia el diagnóstico de endometriosis, aunque siempre será la anatomía patológica la que nos dará la certeza.

Enfermedad de Paget perianal, a propósito de un caso

Pineda Navarro N, Segura Jiménez I, Valdivia Risco JH, Conde Muíño R, Huertas Peña F, Palma Carazo P, Ferrón Orihuela JA

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Resumen: La enfermedad de Paget extramamaria es una patología extremadamente rara, que afecta principalmente a mujeres caucásicas en su séptima década de vida. La localización más frecuente de las lesiones suele ser la región vulvoperineal. Se presenta el caso de una paciente tratada en nuestro centro por esta dolencia.

Método: Mujer de 74 años que consulta por primera vez en 2010 por prurito y eritema en la región perianal. Como antecedentes destacan diabetes y que se le había practicado una histerectomía y doble anexectomía por miomas hace 30 años. Se le realizó una biopsia que informaba de enfermedad de Paget perianal, y se intervino en Octubre de ese año resecando las $\frac{3}{4}$ partes de la zona perianal y cubriendo el defecto con piel del muslo. La anatomía patológica hablaba de enfermedad limitada al epitelio pero que afectaba los márgenes. Se completó la resección en Mayo de 2012 desde 2,5cm del límite macroscópico de la lesión hasta la línea pectínea, y se realizó una anorrectoplastia. La muestra no alcanzaba los márgenes de resección. En el seguimiento la paciente desarrolló incontinencia fecal. Se constató recidiva pasado más de un año en la zona inferior del labio mayor derecho y en la piel perianal anterior, sobre el injerto previo, por lo que se intervino en Marzo de 2014 resecando el labio mayor, parte de la mitad posterior de la vulva inferior, la piel perineal y perianal, y se reconstruyó mediante colgajos de la zona.

Resultados: La anatomía patológica informó de recidiva de enfermedad de Paget que no afectaba los bordes de resección. La paciente se fue de alta a los 10 días tras la intervención, teniendo las heridas buen aspecto. Actualmente continúa con leve incontinencia a gases y heces.

Conclusiones: La enfermedad de Paget extramamaria aparece fundamentalmente en regiones con abundancia de glándulas apocrinas, como son la región perineal, perianal y vulvar, aunque se postula que su origen puede ser la epidermis. El prurito es el síntoma predominante, y la lesión suele tener forma eczematoide.

Es importante hacer un diagnóstico diferencial con patología infecciosa, dermatosis o neoplasias, y sólo llegaremos a un diagnóstico de certeza mediante biopsia.

El tratamiento depende de la extensión de la lesión, siendo fundamentalmente quirúrgico, mediante escisión radical o microcirugía de Mohs. También hay alternativas como el láser de CO₂ o tratamientos tópicos, dado que al realizar exéresis extensas, puede verse afectada la anatomía y la funcionalidad de la zona y los defectos han de ser cubiertos mediante colgajos.

Posteriormente, hay que realizar un seguimiento estrecho, dado que a pesar de realizar una cirugía Ro, pueden quedar células tumorales que ocasionen una recidiva. Para tratarla, se puede recurrir a la quioterapia o radioterapia como tratamientos adyuvantes a la cirugía.

Por su escasa agresividad, sin embargo, se considera una lesión premaligna, pero hay que descartar la existencia de otra neoplasia, con la que se suele asociar hasta en un 50% de casos, y que se postula que puede ser la desencadenante del Paget (siendo éste una afectación secundaria).

Tratamiento de las perforaciones esofágicas, a propósito de un caso

Pineda Navarro N, Álvarez Martín MJ, Zambudio Caroll N, García Navarro A, Segura Reyes M, González Pérez F, Ferrón Orihuela JA

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Resumen: El manejo más óptimo de la perforación del esófago continua siendo controvertido, presentando una alta morbimortalidad. La del esófago cervical tiene una mortalidad del 5,9% frente al 10,4% del torácico. Ello es debido a que, en la del esófago cervical, la mediastinitis es infrecuente. Entre los factores pronóstico destacan la edad mayor de 50 años, el retraso en el tratamiento mayor de 24 horas y lesiones asociadas en otras cavidades. Son necesarios un diagnóstico y tratamiento precoces para tener mejores resultados.

Presentamos un caso de perforación esofágica cervical que se resolvió con tratamiento conservador.

Método: Varón de 65 años con antecedentes de DM2 con afectación microvascular, cardiopatía isquémica y obesidad. Acude a Urgencias por presentar odinofagia y parestesias faríngeas tras la ingesta de pollo. Es valorado inicialmente por ORL, no evidenciando causa. El paciente consulta nuevamente 4 días después por persistencia de la clínica. Se le realiza un TAC de cuello en el que se observa un cuerpo extraño alargado intraesofágico, que se extiende desde el extremo superior del cuerpo del cartílago tiroideos hasta por debajo del cartílago cricoides. Adyacente al mismo existían burbujas aéreas extraesofágicas sin colección abscesificada, compatible con perforación esofágica superior. Mediante esofagoscopia rígida se extrajo dicho cuerpo extraño, que se encontraba enclavado en el tercio superior del esófago, provocando una perforación milimétrica del mismo en su pared posterior.

Aunque la perforación presentaba cuatro días de evolución, dado que el paciente mantenía buen estado general sin afectación sistémica y con mínima repercusión local a nivel cervical,

se decidió iniciar tratamiento conservador con dieta absoluta, nutrición parenteral y antibioterapia de amplio espectro.

Resultados: El paciente respondió adecuadamente a este tratamiento, manteniendo buen estado general, sin fiebre y con un inicio adecuado de la ingesta oral al sexto día, tras un tránsito radiológico de control en el que no se evidenció extravasación de contraste. Fue dado de alta al octavo día, asintomático y con normalización de los parámetros analíticos.

Conclusiones: El diagnóstico de sospecha de la perforación del esófago cervical ha de establecerse mediante la clínica del paciente y los hallazgos radiológicos en una TAC o una ecografía cervicales. En un 15-30% de los casos se debe a un cuerpo extraño. El tratamiento de estas perforaciones puede ser conservador o quirúrgico. El manejo conservador puede ser el apropiado en casos de poco tiempo de evolución (menos de 24 horas), con una perforación bien contenida y mínima afectación cervical y mediastínica. Para ello se ha de extraer previamente el cuerpo extraño mediante esofagoscopia y cubrir al paciente con antibióticos de amplio espectro. Estos pacientes han de vigilarse estrechamente, y ante la aparición de dolor persistente, fiebre, enfisema subcutáneo o alteraciones analíticas, ha de realizarse una prueba de imagen para descartar complicaciones. En caso de que aparezca un absceso cervical o haya signos de mediastinitis no se debe demorar la indicación quirúrgica.

En los pacientes con demora diagnóstica y con afectación cervical importante se recomienda inicialmente exploración y drenaje quirúrgico cervical, no siendo necesaria reparar la perforación.

Páncreas ectópico en vesícula biliar. A propósito de un caso

Sanchiz Cárdenas Elena, Soler Humanes Rocío, Hinojosa Arco Luis C, Cuba Castro Jose L, Monje Salazar Cristina, Corrales Valero Elena, Diaz Nieto Rafael, Suarez Muñoz Miguel A.

Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.

Resumen: La presencia de páncreas ectópico en la vesícula biliar es una condición muy poco frecuente, cuyo significado clínico en el contexto de colecistitis aguda es incierto.

Presentamos el caso de un varón de 43 años, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial e historia de cólicos biliares con colelitiasis conocida, que acude a urgencias por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho de 48 horas de evolución, asociado a vómitos y afebril. A la exploración clínica se evidenció dolor a la palpación en hipocondrio derecho, con signo de Murphy positivo.

Analicamente sin leucitosis, con leve neutrofilia y discreta elevación de PCR

La ecografía de abdomen realizada de urgencias informaba vesícula biliar distendida, con edema en su pared y presencia de colelitiasis.

Con el diagnóstico de colecistitis aguda, el paciente fue sometido a una colecistectomía laparoscópica urgente tras la cual tuvo una recuperación postoperatoria favorable y sin complicaciones

El resultado del estudio anatomopatológico de la pieza reveló la presencia de colecistitis crónica y de tejido pancreático ectópico en la pared de la vesícula biliar.

Páncreas heterotópico, también llamado tejido pancreático ectópico, consiste en una anomalía embriológica definida como la presencia de tejido pancreático sin continuidad o comunicación anatómica ni vascular con la glándula pancreática. Puede localizarse en el estómago, duodeno, yeyuno proximal y en divertículo de Meckel. También se ha descrito su presencia en el bazo, ileon, mesenterio, pulmón, mediastino, hígado, conducto biliar, vesícula biliar y trompa de falopio. Histológicamente es similar al páncreas normal, con glándulas exocrinas, ductos e incluso con islotes de Langerhans.

La presencia de páncreas ectópico en la vesícula biliar es extremadamente rara, con pocos casos descritos en la literatura, siendo la mayoría hallazgo incidental tras colecistectomía por colecistopatía. Su diagnóstico es difícil porque en la mayoría de los casos es asintomático.

Obstrucción intestinal por melanoma metastásico

Sanchiz Cárdenas Elena M, Soler Humanes Rocío, Hinojosa Arco Luis C, Cuba Castro Jose L, Monje Salazar Cristina, Corrales Valero Elena, Torres Sierra Juan, Suarez Muñoz Miguel A

Hospital Virgen de la Victoria de Málaga

Resumen: El Melanoma es el tumor que con más frecuencia metastatiza en el tracto gastrointestinal, siendo un cuadro inusual. Suele ser asintomático o con manifestaciones clínicas inespecíficas, y suele diagnosticarse cuando causa complicaciones como anemia, sangrado, dolor, obstrucción, perforación o invaginación.

Presentamos el caso de un hombre de 41 años con antecedente de melanoma cutáneo en espalda intervenido en los 8 años previos (nivel de Clark IV) con posterior vaciamiento axilar derecho y resección de lesión en lóbulo inferior de pulmón derecho por invasión metastásica en el año previo. Acude a urgencias por dolor abdominal difuso de 10 días de evolución asociado a náuseas, vómitos y estreñimiento. A la exploración, el abdomen era blando y depresible, con dolor difuso, sin masa palpable ni peritonismo

Es ingresado en planta para estudio, en TC-enteroclasia se apreciaba marcada distensión de intestino delgado causada por masa intraluminal en ileon con diámetro de 4 x 4 x 3,6 cm. Se realiza colonoscopia sin hallazgos patológicos. Datos analíticos dentro de la normalidad

El paciente es intervenido quirúrgicamente, con hallazgo de una tumoración de 5cm en la luz de ileon terminal a 10 cm de la válvula ileocecal. Se realizó resección de 25 cm de ileon terminal, con anastomosis mecánica latero-lateral. El estudio anatomopatológico reveló metástasis de melanoma con ulceración de la mucosa afectando a la pared intestinal sin implicación de la serosa. El paciente fue dado de alta al sexto día postoperatorio. Dos años después, continúa en seguimiento por dermatología, sin signos de lesiones cutáneas; y por oncología, con realización de PET cada cuatro meses, sin tratamiento sistémico. A los nueve meses de la cirugía se detectó

actividad metabólica hipercaptante en ganglio de mediastino anterior que fue reseado quirúrgicamente. En los controles posteriores no se evidencia enfermedad.

Los tumores más frecuentes del intestino delgado son metástasis, constituyendo el melanoma la neoplasia primaria más frecuente. La obstrucción intestinal por enfermedad metastásica es una entidad rara que debe tenerse en cuenta en pacientes con historia de neoplasia. El tratamiento de elección es la resección intestinal con anastomosis primaria como mejor opción para diagnóstico definitivo y prolongación de la supervivencia.

Esplenectomía parcial por quiste esplénico postraumático de gran tamaño

Triguero Cabrera Jennifer, Plata Illescas Cristina, Álvarez Martín María Jesús, García Navarro Ana, González Martínez Selene, Vico Arias Ana Belén, Mogollón González Mónica, Ferrón Orihuela José Antonio.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen: Los quistes esplénicos son lesiones infrecuentes. Según su origen, se clasifican en parasitarios (fundamentalmente por hidatidosis) y no parasitarios, que a su vez, pueden ser primarios o «verdaderos» (probablemente de origen congénito), y «falsos» o pseudoquistes (más frecuentemente post-traumáticos). En nuestro medio, los quistes esplénicos no parasitarios son excepcionales, y en un 70-80 % de los casos secundarios a un traumatismo abdominal. Presentamos el caso de una paciente con un quiste esplénico «falso» de gran tamaño, sin antecedente traumático claro, tratado mediante esplenectomía parcial vía abierta.

Caso clínico: Mujer de 16 años que consultó por episodios de dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo asociado a fiebre y pérdida de peso, de dos años de evolución. Como único antecedente refería un traumatismo abdominal leve tres años atrás, sin complicaciones. A la exploración presentaba leve esplenomegalia. Los resultados analíticos y las serologías fueron normales. La tomografía computarizada (TC) abdominal mostró una gran tumoración quística multiloculada de aproximadamente 16 cm de diámetro, que surgía de la porción craneal del bazo y que producía compresión y desplazamiento de las estructuras adyacentes sin infiltración de las mismas. Dada la repercusión clínica de la paciente se decidió intervención quirúrgica, realizándose fenestración del quiste por vía laparoscópica. El resultado del análisis anatomopatológico fue de pseudoquiste esplénico. Al año tras la intervención, la paciente refería reaparición de la sintomatología inicial comprobándose mediante pruebas de imagen la recidiva de la lesión que ocupaba los 2/3 superiores del bazo. Se decidió nueva intervención quirúrgica, realizándose esplenectomía parcial vía abierta, por la localización y el tamaño de la lesión, con extirpación completa del quiste y preservando el 1/3 inferior del bazo. Mediante ecografía-doppler intraoperatoria se comprobó la ausencia de otras lesiones en el bazo remanente, así como su correcta vascularización. El análisis histológico mostró nuevamente un pseudoquiste esplénico.

Resultados: El postoperatorio fue favorable, siendo dada de

alta al 2º día postoperatorio. Actualmente a los 6 meses de la cirugía, la paciente continúa asintomática, sin recidiva de la lesión y sin complicaciones derivadas de la cirugía.

Discusión: Los quistes «falsos» o pseudoquistes se producen habitualmente tras un traumatismo abdominal que en ocasiones pasa inadvertido. Su incidencia real tras traumatismo es desconocida, pero es de prever que aumenten como consecuencia del manejo conservador actual de los traumatismos esplénicos. Cuando son de gran tamaño, producen síntomas por compresión (dolor abdominal, náuseas, vómitos, etc). Sus posibles complicaciones son la infección, hemorragia intra-quística, hipertensión portal izquierda y rotura.

Las pruebas de imagen son fundamentales para su diagnóstico, siendo de elección la TC, aunque ninguna prueba de imagen permite el diagnóstico de certeza.

Las dos indicaciones para intervención quirúrgica son los síntomas y el tamaño. El objetivo del tratamiento es eliminar el quiste, prevenir las complicaciones y evitar su recidiva. Tradicionalmente el tratamiento de elección era la esplenectomía total. Actualmente se prefieren técnicas que permitan la conservación de parénquima esplénico para evitar las complicaciones post-esplenectomía. El abordaje laparoscópico aporta una menor agresión quirúrgica y un beneficio estético, pero no es aplicable en todos los casos por tamaño, localización o duda diagnóstica. En pacientes con quistes grandes o centrales, o si hay duda diagnóstica, la esplenectomía total es la opción más válida.

Abordaje quirúrgico de la poliposis gástrica difu

Sanchiz Cárdenas Elena M, Soler Humanes Rocío, Hinojosa Arco Luis C, Cuba Castro Jose L, Monje Salazar Cristina, Corrales Valero Elena, Bravo Arenzana L, Suarez Muñoz Miguel A.

Hospital Virgen de la Victoria de Málaga

Resumen: Los pólipos gástricos son infrecuentes. La poliposis gástrica difusa es una entidad rara de la que existen pocos casos en la literatura. El tratamiento es quirúrgico, con posterior seguimiento por riesgo de malignidad a nivel colorrectal.

Presentamos el caso de una mujer de 59 años, hipertensa y obesa, con antecedente de neoplasia de mama tratada con cirugía conservadora y posterior quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia, en seguimiento por oncología; así como resección de dos pólipos colónicos benignos en colonoscopia, y en seguimiento por digestivo. Es remitida a nuestro servicio con historia de hemorragia digestiva alta, anemia perniciosa, dispepsia y sensación de plenitud postprandial. En endoscopia digestiva alta se aprecian lesiones polipoideas que ocupan toda la cámara gástrica con biopsia compatible con cambios hiperplásicos, *Helicobacter pylori* negativo. En TC tóraco-abdominal destaca imagen de engrosamiento de la pared gástrica.

La paciente es sometida a una gastrectomía total con anastomosis yeyuno-esofágica latero-terminal y reconstrucción en Y de Roux. Tiene un postoperatorio favorable y sin complicaciones, siendo dada de alta al noveno día postoperatorio. El resultado anatomopatológico del estudio de la pieza quirúrgica

gica informa de numerosos pólipos gástricos hiperplásicos de distribución difusa.

Los pólipos a nivel gástrico aparecen como resultado de hiperplasia, inflamación, ectopia o neoplasia a nivel estromal o epitelial.

Se clasifican en neoplásicos y no neoplásicos en los que se incluyen los hiperplásicos, inflamatorios y hamartomatosos. Otras lesiones que protruyen en la luz gástrica son la hiperplasia linfoide, linfoma, y tumores vasculares y del estroma mesenquimal.

Los pólipos hiperplásicos son los más frecuentes, cuyo factor desencadenante más común es el *Helicobacter pilory*. No tienen riesgo de malignidad a no ser que estén asociados a anemia perniciosa, y se asocian a la presencia de pólipos colorectales y el consecuente riesgo de malignidad a dicho nivel.

Polipo en intestino delgado como causa de invaginación en adul

Sanchiz Cárdenas Elena M, Soler Humanes Rocío, Cuba Castro Jose L, Hinojosa Arco Luis C, Corrales Valero Elena, Monje Salazar Cristina, Sanchez Viguera Teresa, Suarez Muñoz Miguel A

Hospital Virgen de la Victoria de Málaga

Resumen: La invaginación intestinal consiste en la Introducción: de un asa intestinal con su mesenterio en la luz de la porción intestinal contigua. El 5% de las invaginaciones intestinales ocurren en el adulto, constituyendo el 1% de las obstrucciones. En el 70-90% de los casos existe una causa demostrable.

Presentamos el caso de una mujer de 28 años sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 48 horas de evolución asociado a vómitos y ausencia de deposiciones. A la exploración se palpa tumoración dolorosa en mesogastrio.

Radiológicamente se evidencia dilatación de asas de intestino delgado, el TC de abdomen realizado es compatible con obstrucción de intestino delgado secundario a invaginación.

La paciente es sometida a una laparotomía exploradora de urgencias, con hallazgo de invaginación de intestino delgado a nivel de yeyuno que se libera mediante maniobra de tracción, palpándose tumoración en la luz intestinal del segmento afecto, por lo que se realiza una resección segmentaria de yeyuno incluyendo la lesión. El estudio anatomopatológico describe la presencia de un pólipo hamartomatoso en la luz del segmento intestinal reseñado. La paciente tiene un postoperatorio favorable, siendo dada de alta al quinto día postoperatorio.

La invaginación en adultos es una enfermedad rara que se presenta por lo general con oclusión intestinal. En la mayor parte de los pacientes el diagnóstico se realiza en el acto quirúrgico. Hay una causa desencadenante en 90% de los casos, con un origen maligno en la mitad de ellos. El tratamiento quirúrgico más recomendado es la resección sin la reducción de la invaginación.

Hernia de Bochdalek gigante en el adulto

Triguero Cabrera Jennifer, Mogollón González Mónica, Álvarez Martín María Jesús, García Navarro Ana, Vico Arias Ana, Notario Fernández Pilar, Ferrón Orihuela José Antonio.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen: La hernia de Bochdalek es una hernia congénita producida por un defecto del cierre del conducto pleuropéritoneal durante el desarrollo embriológico del diafragma, entre las semanas 8 y 10 de vida. Como consecuencia las vísceras abdominales protruyen dentro de la cavidad torácica, a través del defecto diafragmático. Es más frecuente en niños (90% período neonatal) y muy rara en adultos (10%). Presentamos el caso de una paciente con una hernia de Bochdalek izquierda que contiene el estómago, la casi totalidad del intestino delgado, colon transversal y ángulo esplénico, bazo y riñón izquierdo, diagnosticada a raíz de un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda.

Caso clínico: Mujer de 46 años que acudió a urgencias por dolor en hemitórax izquierdo y disnea moderada, a raíz de un esfuerzo físico. Además refería clínica de pirosis y vómitos biliosos repetidos tras los cuales mejoraba el dolor torácico. La auscultación respiratoria revelaba abolición del murmullo vesicular en campos izquierdos, con auscultación de ruidos intestinales a dicho nivel. La exploración abdominal era anodina. En la radiografía de tórax se observó elevación del hemidiafragma izquierdo con ocupación de la práctica totalidad del hemitórax por contenido intestinal. El tránsito baritado mostraba el estómago y la mayor parte del intestino delgado intratorácicos. La tomografía computarizada (TC) tóraco-abdominal evidenció un defecto posterolateral del hemidiafragma izquierdo, con ocupación del hemitórax ipsilateral por asas intestinales, grasa mesentérica y bazo, con desplazamiento craneal del riñón izquierdo, provocando importante disminución de tamaño del pulmón izquierdo y desplazamiento contralateral del mediastino. Dada la sintomatología de la paciente se decide intervención quirúrgica, evidenciándose un defecto en la parte dorsal del hemidiafragma izquierdo de unos 15 cm de diámetro, con migración al tórax de la mayor parte del intestino delgado, colon transversal y ángulo esplénico, bazo, cola de páncreas y riñón izquierdo. Se inició mediante acceso laparoscópico abdominal con reducción de todo el contenido intestinal a cavidad abdominal, no siendo posible la reducción del bazo por su gran tamaño, por lo que se decidió conversión a vía abierta. El defecto diafragmático se suturó sin tensión, y fue reforzado mediante colocación de una malla reabsorbible «BIO-A».

Resultados: En el postoperatorio inmediato, la paciente desarrolló un cuadro de insuficiencia respiratoria secundaria a un derrame pleural izquierdo, que se resolvió mediante colocación de un drenaje torácico. Fue dada de alta al 12º día postoperatorio. Actualmente, a los 6 meses de la cirugía, la paciente permanece asintomática, sin recidiva herniaria y sin complicaciones relacionadas con la cirugía.

Discusión: La hernia de Bochdalek se manifiesta más comúnmente en las primeras semanas de vida como una insuficiencia respiratoria severa secundaria a hipoplasia pulmonar.

En los adultos suele ser asintomática o con predominio de clínica digestiva. Hay factores predisponentes para su aparición tardía como el embarazo, traumatismos toracoabdominales, esfuerzos físicos o grandes ingestas de comidas.

Las hernias sintomáticas son tributarias de tratamiento quirúrgico por el riesgo de complicaciones evolutivas, siendo el abordaje abdominal el más utilizado. Recientemente se preconiza el uso de la vía laparoscópica para su reparación con una mejor visión del campo operatorio, entre otras ventajas.

Adenocarcinoma de intestino delgado de presentación juvenil.

Hinojosa Arco, L; Cuba Castro, J; Monje Salazar, C; Corrales Valero, E; Sánchez Barrón, M; Rivera Castellano, J; Cañizo Rincón, I;

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).

Resumen: Los tumores de intestino delgado representan el 3% de las neoplasias gastrointestinales, dentro de los cuales el adenocarcinoma aparece en un tercio de los casos. Aunque clásicamente se ha admitido la similitud de comportamiento en comparación con las neoplasias colorrectales, hoy se reconocen diferencias a nivel molecular que obligan a pensar en diferentes estrategias terapéuticas respecto a las ya establecidas. Aparecen a partir de la sexta década de la vida, asociándose a enfermedades predisponentes (E. Crohn) o síndromes neoplásicos familiares (Síndrome Lynch, Síndrome Peutz-Jeghers o Poliposis Adenomatosa Familiar) cuando aparece a edades más tempranas. Las guías clínicas apuntan a la resección quirúrgica con linfadenectomía regional como primera medida en caso de enfermedad no metastásica, acompañado de quimioterapia adyuvante. El objetivo de esta comunicación es presentar el caso de un paciente joven con adenocarcinoma de intestinal diagnosticado en intervención urgente.

Se expone el caso de un varón de veinticinco años sin antecedentes personales ni familiares de interés, que presenta clínica de molestias abdominales inespecíficas acompañadas de vómitos postprandiales de siete meses de evolución. En las últimas semanas la clínica se acentúa, con hiperemesis marcada, motivo por el que es ingresado en Medicina Interna. Se realiza endoscopia digestiva alta, sin hallazgos patológicos, y TC Abdominal, apreciándose dilatación gástrica, con gran distensión de asas de duodeno y de yeyuno con zona de transición brusca y adenopatías de tamaño moderado en la raíz del meso. Ante estos hallazgos se decide intervención urgente.

A nivel intraoperatorio se aprecia tumoración yeyunal intraluminal estenosante, con dilatación retrógrada de asas intestinales, y adenopatías en la raíz del meso mayores de un centímetro de consistencia pétreo. Se realiza resección de unos veinte centímetros de yeyuno con sección a nivel de raíz del meso, incluyendo la tumoración y adenopatías patológicas, y anastomosis primaria. La anatomía patológica informa de la presencia de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, que rebasa la muscular propia e infiltra focalmente peritoneo, con cinco ganglios metastásicos de veinticinco incluidos en la

resección (pT₄N₁M₀), ESTADIO III. El paciente presenta un postoperatorio sin incidencias, y es derivado a Oncología. Se administra Quimioterapia XELOX (Oxiplatino-Capecitabina). Tras seis meses de tratamiento se repite TC de Abdomen, sin evidencia de enfermedad.

Ante el hallazgo de neoplasia intestinal en pacientes en las primeras décadas de la vida obliga un tratamiento quirúrgico erradicador con quimioterapia adyuvante. A falta de ensayos clínicos que aclaren la actitud a seguir, se opta por implementar tandas de quimioterapia similares a las aplicadas en el adenocarcinoma de colon. A pesar de presentarse en edades más avanzadas, se muestra en este caso la posibilidad de aparición de adenocarcinoma intestinal en edad joven sin aparente relación con síndromes neoplásicos familiares.

Adenocarcinoma de intestino delgado de presentación juvenil.

Hinojosa Arco, L; Cuba Castro, J; Corrales Valero, E; Monje Salazar, C; Gómez Pérez, ; Hernández González, J;

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).

Resumen: La hemorragia digestiva alta (HDA) es una emergencia medico-quirúrgica con una incidencia anual que oscila entre 50 y 150 casos por 100.000 habitantes. En los últimos años la mortalidad ha experimentado una disminución, debido al manejo endoscópico y tratamiento por equipos multidisciplinares en los que se incluye Cuidados Intensivos, Digestivo y Cirugía. El desarrollo y difusión de la terapéutica endoscópica ha sido el avance más importante en el manejo de la HDA, si bien es necesario recurrir a la cirugía en el 5% de los casos, siendo sus indicaciones: hemorragia masiva o fracaso del tratamiento endoscópico. El objetivo de esta comunicación es presentar un caso de HDA por pólipo gástrico que precisa Cirugía por fracaso de tratamiento endoscópico.

Se presenta un paciente de 44 años con antecedentes de artritis reumatoide y fractura clavicular derecha reciente, en tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, que debuta con melenas que tras 4 días de evolución se acompañan de hematemesis y cuadro sincopal, motivo por el que ingresa en Hospital Comarcal de referencia. Se realiza Endoscopia Digestiva Alta (EDA), en la que se visualiza pólipo de gran tamaño ulcerado a nivel de cardias, que se esclerosa y se toman muestras para biopsia. El paciente continúa con melenas y anemia, por lo que se deriva a nuestro Hospital para control. A pesar de continuas transfusiones (hasta catorce concentrados de hemáties) el paciente presenta anemia considerable, y tras la tercera EDA que resulta inefectiva por las dimensiones del pólipo, se decide intervención quirúrgica urgente.

Se realiza laparotomía media y gastrotomía, apreciándose pólipo de unos cinco centímetros de diámetro mayor, mamelonado y ulcerado sin sangrado activo actualmente, en pared posterior gástrica a nivel de cardias. Se realiza escisión del mismo con Endogía debido al grosor de su base de implantación. No se aprecian más lesiones poten-

cialmente sangrantes, ni masas a nivel intraabdominal. Los días siguientes a la intervención el paciente presenta buena evolución, con estabilización hemodinámica y aumento de cifras de hemoglobina. Al cierre del plazo el paciente permanece ingresado, a la espera de resultados anatomopatológicos.

A pesar de que la mayoría de los casos de HDA se controlan mediante EDA, tenemos que tener presentes las indicaciones de Cirugía urgente ante la misma en situaciones de fracaso o imposibilidad de tratamiento endoscópico. En nuestro caso, optamos por actitud quirúrgica urgente por el riesgo de resangrado y el gran tamaño de la lesión que la hace endoscópicamente inabordable.

Linfangioma quístico cervical del adulto

Notario Fernández Pilar, Mogollón González Mónica, González Martínez Selene, Triguero Cabrera Jennifer, Muñoz Pérez Nuria, Villar Del Moral Jesús, Arcelus Martínez Juan Ignacio, Ferrón Orihuela Jose Antonio.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)

Introducción: El linfangioma es un tumor vascular que comprende afectaciones congénitas y/o adquiridas de los vasos linfáticos. En torno a un 90% aparecen antes de los dos años de vida y el riesgo de malignidad aumenta hasta un 80% en los adultos, por lo que el hallazgo de un linfangioma cervical benigno en el adulto constituye una rara entidad y constituye indicación quirúrgica. Presentamos un caso recientemente atendido en nuestro servicio.

Caso clínico: : Mujer de 78 años, con antecedentes personales de carcinoma de mama intervenido con adyuvancia posterior. Fue derivada a nuestras consultas por presentar bocio multinodular y tumoración a nivel cervical derecho. A la exploración física presentaba tumoración en región supraclavicular derecha, de 11 cm de diámetro, móvil y de consistencia líquida. Se palpaba una glándula tiroides aumentada de tamaño a expensas del lóbulo derecho con un nódulo de consistencia elástica a dicho nivel, de unos 4 centímetros de diámetro. La ecografía cervical mostró una masa quística supraclavicular derecha, lateral al músculo esternocleidomastoideo, de 10 x 8 cm, que no contacta con la glándula tiroides. Aumento de la glándula tiroides a expensas predominantemente del lóbulo derecho con desplazamiento traqueal y sin extensión intratorácica. La tomografía axial computarizada (TAC) confirmó la existencia de la masa quística supraclavicular derecha, en contacto con la vena yugular y arteria y vena subclavias, con extensión intratorácica hasta la primera costilla. Se realizó punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de la masa que se informó como linfangioma quístico benigno y del nódulo tiroideo compatible con resultado de benignidad.

Se realizó tiroidectomía total y extirpación del linfangioma quístico, ligando los vasos linfáticos de drenaje dilatados. El estudio anatomopatológico informó de linfangioma quístico benigno. No complicaciones postoperatorias y alta hospitalaria a las 24 horas de la cirugía. Tras seis meses de seguimiento no se ha detectado recidiva de la lesión quística.

Discussion: La aparición de malformaciones vasculares en el adulto es algo infrecuente. Los linfangiomas pueden ser de tres tipos: capilar (quistes menores de 1 mm), cavernoso (tamaño menor de 5 mm) y macroscópico o hígroma quístico (tamaño mayor de 10 mm). Entre los adquiridos, la causa es generalmente traumática o iatrogénica secundaria a radioterapia o cirugía.

El diagnóstico diferencial de las masas cervicales ha de hacerse en función de su localización. Así las situadas en línea media pueden ser quistes del conducto tirogloso, nódulos tiroideos, lipomas, tumores dermoides; mientras que en el caso de las más laterales suele tratarse de ganglios benignos o malignos aumentados de tamaño, glomus carotídeo, linfangioma, quistes branquiales

Pese a que el diagnóstico es fundamentalmente clínico, los estudios de imagen nos ayudarán a evaluar la extensión y su relación con estructuras anatómicas, siendo la RMN la técnica de elección.

La clave de la curación es la resección completa, de elección en los linfangiomas macroscópicos.

Chilaiditis como diagnóstico diferencial de perforación intestinal. A propósito de un caso.

Adela Sáez Zafra, Sandra Alonso García, Inmaculada Lendinez Romero, Jose Antonio Jiménez Ríos.

Hospital Universitario San Cecilio (Granada)

Resumen: La interposición intestinal es una condición médica donde un segmento de intestino se interpone temporal o permanentemente entre dos órganos. En este ámbito se sitúa el signo de la Chilaiditis, que consiste en la interposición de intestino hepatodiafragmática; normalmente se trata del ángulo hepático del colon y mucho menos frecuente (3-5% de los casos) de intestino delgado.

Este signo se descubre incidentalmente en el 0,025-0,28% de radiografías por otra causa. Cuando se acompaña de sintomatología recibe el nombre de síndrome de Chilaiditis. Se incrementa con la edad y es más frecuente en el sexo masculino (ratio 4:1).

Método: Se presenta el caso de un varón de edad media, sin antecedentes médicos de interés ni quirúrgicos, que acude a urgencias por cuadro de dolor súbito abdominal generalizado, que finalmente se vocaliza en hipocondrio derecho. La analítica general completa realizada en urgencias se encontraba en la normalidad, así como un control posterior que se le realizó por no desaparecer el dolor con la analgesia intravenosa administrada. Ante la sospecha de perforación intestinal dados los hallazgos radiológicos (radiografía simple de abdomen), se solicitó TAC con contraste intravenoso que informó de chilaiditis, sin hallar neumoperitoneo, líquido libre ni otros signos radiológicos sugerentes de abdomen agudo quirúrgico. La exploración no mostraba periodismo ni otro signo indicativo de cirugía urgente.

Resultados: El paciente, tras permanecer en el área de observación veinticuatro horas, fue dado de alta a su domicilio, estando asintomático y sin precisar tratamiento médico ni

quirúrgico urgente. Fue citado a la consulta para valoración y seguimiento.

Conclusiones: La causa más frecuente de la Chilaiditis es la fijación anormal de ligamentos del colon. Además, existen causas intestinales, hepáticas o diafragmáticas que favorecen la interposición. Algunas de ellos son el megacolon, la ausencia, laxitud o elongación de los ligamentos suspensorios del colon transversal o la aerofagia. Entre las causas hepáticas destaca la elevación del hemidiafragma derecha, que ocurre en las lesiones del nervio frénico; y entre las causas hepáticas es la cirrosis o atrofia congénita de un lóbulo lo que más la producen.

Otras causas relacionadas son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el incremento de la presión intrabdominal en la obesidad, en los embarazos múltiples o en la ascitis; estando descrita también la esquizofrenia asociada a este síndrome. Las manifestaciones clínicas suelen ser la falta de apetito, el dolor abdominal, flatulencia, náuseas, vómitos y constipación. Otros raros son el distress respiratorio y el dolor similar a angor. En nuestro paciente debutó como dolor abdominal brusco. Además, puede ser manifestación de una enfermedad maligna intrabdominal con o sin metástasis. Complicaciones raras de este síndrome son la perforación intestinal, obstrucción y apendicitis.

El signo radiológico es la visualización de aire debajo del diafragma, reflejándose las haustras entre el diafragma y el hígado. La localización del aire no se modifica con el cambio postural del paciente; debe diferenciarse del neumoperitoneo, que se manifiesta radiológicamente como una sombra por debajo del diafragma sin visualizar las haustras. Además estos pacientes muestran signos de peritonitis a la exploración. También es útil la ecografía en la diferenciación de estos síndromes.

La colonoscopia debe realizarse con precaución en estos pacientes por el riesgo de perforación.

No es necesario el tratamiento en los pacientes asintomáticos, en cualquier caso es conservador, consistiendo en reposo intestinal con dieta absoluta, descompresión con sonda nasogástrica, reposición hidroelectrolítica, laxantes y eliminar fármacos que se asocian al síndrome como los psicotrópicos.

Cuando el tratamiento conservador falla, o se producen obstrucción, perforación o volvulación, se requiere tratamiento quirúrgico, incluyendo colectomías, colopexias y hepatoxias.

Conclusión: se trata de un síndrome que puede cursar asintomático o dar síntomas y que en ocasiones puede asociarse a condiciones neoplásicas intrabdominales.

Bocio hipofuncionante secundario a fibroesclerosis nodular: presentación de un caso sin afectación sistémica

Pulido Roa I, Blanco Elena JA, Jiménez Mazure C, García Albiach B, Prieto-Puga Arjona T, Gámez Córdoba E, Ribeiro González M, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: La infiltración tiroidea puede ocurrir en

multitud de trastornos sistémicos entre los que destacan la sarcoidosis, la amiloidosis, la histiocitosis de células de Langerhans, la esclerosis sistémica, la cistinosis, la hemocromatosis o la enfermedad por depósitos de IgG4. La afectación puede manifestarse de forma aislada o bien en conjunción con enfermedad a otros niveles. Clínicamente suele aparecer un aumento indoloro y progresivo de la glándula, con síntomas compresivos asociados, que frecuentemente se diagnostica bien de bocio multinodular bien como alguna forma prevalente de tiroiditis. La función tiroidea puede estar alterada, tanto de forma primaria como de forma secundaria al producirse hipofunción por desplazamiento del parénquima glandular funcionante. Cuando la enfermedad aparece confinada al tiroides (lo que ocurre en el 40% de los casos) el diagnóstico definitivo suele requerir el examen histopatológico de la pieza quirúrgica.

Caso clínico: Mujer de 58 años, sin antecedentes de interés, remitida para tiroidectomía total electiva por bocio multinodular grado III con PAAF de nódulo dominante en lóbulo izquierdo informada como compatible con nódulo coloidal. Tanto la cirugía como el postoperatorio transcurrieron sin incidencias reseñables. En el estudio anatomopatológico se evidencia nódulo fibroesclerótico con infiltrado linfoplasmocitario, flebitis obliterativa y abundantes células plasmáticas IgG4 positivas por campo de gran aumento. Con la sospecha de afectación tiroidea secundaria a esclerosis sistémica se deriva a la paciente a Medicina Interna para completar estudio de extensión y descartar afectación multisistémica. Dicho estudio fue negativo y aparte de la positividad serológica para IgG4 no se objetivaron otros hallazgos. Ocho meses tras la cirugía, la paciente persiste asintomática.

Discusión: El patrón histológico coincide exactamente con el observado en la tiroiditis de Riedel, aunque si bien en nuestro caso la afectación es nodular e intracapsular en lugar de difusa y con extensa afectación de los tejidos blandos peritiroideos como se describe clásicamente en dicha entidad. Se propone como primera opción diagnóstica la fibroesclerosis multifocal, una rara entidad que hoy se considera, junto con la tiroiditis de Riedel y algunas variantes de la tiroiditis de Hashimoto, englobada en el grupo de la enfermedad tiroidea relacionada con IgG4. Dado que dicha entidad cursa con afectación multifocal es obligado el estudio multisistémico del paciente para descartar implicación de otros sistemas y aparatos. El manejo de estos pacientes requiere un adecuado tratamiento de la patología subyacente que prevenga la aparición de enfermedad extratiroidea. La mayoría de los pacientes con afectación sistémica responden al tratamiento con glucocorticoides. El papel de inmunosupresores de segunda línea no está claro en los pacientes con enfermedad corticorresistente y puede estar relacionado con el desarrollo de fibrosis irreversible de los parénquimas implicados. En nuestro caso, dada la falta de evidencia que apoye la necesidad de tratamiento sistémico en pacientes asintomáticos sin evidencia de afectación parenquimatosa a otros niveles tras la tiroidectomía, se optó por el seguimiento evolutivo de la paciente con controles analíticos y de imagen periódicos.

Trabajo de parto como causa infrecuente de hernia diafragmática traumática estrangulada .

Rodríguez Silva C, Blanco Elena JA, Fernández Burgos I, Aranda Narváz JM, Montiel Casado MC, González Sánchez AJ, Titos García A, Romacho López L, Gámez Córdoba E, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: La hernia diafragmática traumática supone un problema clínico infrecuente. Los signos y síntomas derivados de esta entidad son variados e inespecíficos, así como los hallazgos radiológicos, siendo un desafío tanto para el cirujano como para el radiólogo. Se requiere un alto grado de sospecha clínica para el adecuado diagnóstico de una patología cuyo manejo requiere habitualmente una exploración quirúrgica urgente. La afectación traumática del diafragma se presenta en torno al 3% de los traumatismos toracoabdominales, con una mortalidad asociada global de hasta el 14%. En más el 90% de las ocasiones, las hernias diafragmáticas traumáticas por mecanismo cerrado son secundarias a accidentes de tráfico, con un claro predominio de la afectación del hemidiafragma izquierdo. Las relacionadas con aumentos bruscos de la presión intraabdominal son casos excepcionales puntualmente citados en la literatura.

Presentamos un caso de una hernia diafragmática traumática derecha complicada en una paciente puérpera que requirió reparación quirúrgica urgente.

Caso clínico: Mujer de 38 años de edad, puérpera (día +33) tras parto instrumental con necesidad de maniobras de Kristeller, que presenta cuadro clínico de dolor abdominal difuso de 5 días de evolución asociado a vómitos e intolerancia alimentaria. A la exploración se identifica hipoventilación basal derecha y dolor abdominal severo aunque sin clara evidencia de irritación peritoneal. Análiticamente destacaban hallazgos de leucocitosis, elevación de PCR y LDH. Se realiza estudio radiológico mediante ECO y TC abdominal donde se objetivó defecto diafragmático derecho, a la derecha del ligamento falciforme (descartando que se tratase de una hernia congénita tipo Morgagni o Bochdalek) con herniación de un segmento de colon, asas de intestino delgado y cúpula hepática, con compromiso vascular de los mismos por rotación y tracción del meso adyacente.

Ante estos hallazgos se decide laparotomía urgente, confirmando la necrosis isquémica de las asas de intestino herniadas. Se procede a reducción del contenido herniado previa ampliación del defecto diafragmático, resección de un segmento extenso de íleon terminal y polo cecal (con anastomosis primaria) y cierre del orificio herniario. La paciente evolucionó favorablemente una vez controlado el neumotórax residual.

Discusión: Si bien la mayoría de las lesiones diafragmáticas suelen presentarse de manera aguda, en algunos casos pueden manifestarse meses o años después del evento causal. Los pacientes con hernia diafragmática complicada pueden presentar disnea, cianosis, dolor torácico, inquietud o síntomas gastrointestinales no específicos. La hernia diafragmática secundaria a hiperpresión abdominal durante el trabajo de parto es una entidad poco habitual, con escasos casos recogidos en la literatura. El abordaje abdominal por vía abierta es

de elección en la forma de presentación aguda/subaguda, por las complicaciones asociadas que suele presentar. La técnica estándar es la reducción del contenido intestinal y la resección del mismo si se encuentra en fase de isquemia inviable, junto con la sutura directa del defecto diafragmático con material monofilamento reabsorbible o con empleo de plastias o material protésico si fuese necesario.

Melanoma metastásico recidivado: papel de la exéresis en el tratamiento con intención curativa

Romacho López L, Blanco Elena JA, Montiel Casado MC, Aranda Narváz JM, González Sánchez AJ, Titos García A, Rodríguez Silva C, Fernández Burgos I, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: El melanoma metastásico se presenta en un número significativo de pacientes bien al diagnóstico o bien tras el tratamiento inicial. El manejo de estos pacientes supone un reto clínico e incluye tanto diversos esquemas de tratamiento sistémico con fármacos inmunomoduladores como exéresis quirúrgica, que, en ocasiones, puede llegar a alcanzar un alto grado de complejidad técnica. En la actualidad existe suficiente evidencia en la literatura de cómo la cirugía puede desempeñar un papel central en el tratamiento con intención curativa del melanoma cutáneo metastásico en pacientes seleccionados, incluso en el caso de enfermedad recidivada y multirecidivada.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 63 años diagnosticada de melanoma lentiginoso acral del talón derecho. La paciente fue sometida a resección del tumor primario. Dos años después fue subsidiaria de rescate quirúrgico por metástasis ganglionar inguinal derecha y se inició tratamiento inmunoterápico.

Tras un período libre de enfermedad de quince meses, se evidenciaron en TC de control conglomerados adenopáticos a nivel de cadenas ilíacas común y externa derechas. Se realizó abordaje pararectal trans-semilunar para acceder al espacio retroperitoneal. Se llevó a cabo linfadenectomía de todo el territorio ilíaco, desde bifurcación aórtica hasta vasos femorales, con control vascular. Fue precisa resección lateral parcial de vena femoral derecha por encontrarse infiltrada por la tumoración. El cierre se llevó a cabo sobre malla tridimensional preformada preperitoneal. La estancia postoperatoria transcurrió sin incidencias. La paciente se mantiene libre de enfermedad cinco meses tras la cirugía y sigue tratamiento con segunda línea de agentes quimioterápicos.

Discusión. Hasta ahora el papel de la cirugía en el tratamiento del melanoma metastásico ha sido objeto de controversia, aunque existe en la actualidad suficiente evidencia a favor de que desempeña, junto con la inmunoterapia, un papel clave en la mejora del pronóstico oncológico de estos pacientes. Se han apuntado diversos requisitos que deben cumplirse para poder plantear una cirugía con intención curativa, como que el tumor primario esté controlado o que la enfermedad diseminada sea oligometastásica. Aunque el melanoma metastásico presenta a menudo afectación multisistémica, la cirugía con intención curativa es potencialmen-

te posible en muchos pacientes, aunque si bien a expensas de resecciones amplias y técnicamente complejas, como el caso presentado. Esto es especialmente relevante en aquellos casos en los que la diseminación de la enfermedad ocurre a nivel subcutáneo y ganglionar, con datos de supervivencia a 5 años de hasta el 40%. La exéresis tumoral puede mejorar el pronóstico oncológico también en el caso de segunda recidiva. El 62% de los pacientes sometidos con éxito a exéresis de una primera recurrencia a distancia de la enfermedad presentan nueva recidiva durante el seguimiento. De los pacientes que son sometidos a una segunda revisión quirúrgica, el 20% permanece libre de enfermedad a los cinco de seguimiento.

Rotura traqueal tras tiroidectomía: revisión de causas infrecuentes de trabajo respiratorio tras la cirugía

Pulido Roa I, Blanco Elena JA, Jiménez Mazure C, García Albiach B, Prieto-Puga Arjona T, Gámez Córdoba E, Ribeiro González M, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: Las principales complicaciones de la cirugía tiroidea, tanto por su frecuencia como por su potencial gravedad, engloban el hematoma asfíctico, el hipoparatiroidismo postoperatorio y la lesión recurrencial. Aunque todas ellas pueden minimizarse con una adecuada planificación de la estrategia quirúrgica, existen otras complicaciones menos frecuentes, tanto quirúrgicas como anestésicas con las que es preciso establecer un adecuado diagnóstico diferencial. El objetivo del presente trabajo es analizar, a propósito de un caso, el diagnóstico diferencial de la insuficiencia respiratoria aguda postoperatoria en cirugía tiroidea.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 56 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, afecta de carcinoma papilar de tiroides. La paciente es sometida a tiroidectomía total dificultosa con vaciamiento central bilateral y vaciamiento lateral derecho con preservación de glándulas paratiroides.

Durante el procedimiento se neuromonиторizan ambos nervios vagos y recurrentes, obteniendo baja intensidad de señal tanto antes como después de la exéresis. Tras extubación inicial la paciente permanece eupneica, manteniendo saturación de oxígeno y con fonación conservada, por lo que pasa a planta de hospitalización. Doce horas tras la extubación la paciente presenta cuadro de insuficiencia respiratoria aguda que obliga a reintubación orotraqueal de urgencia. Con la sospecha de lesión recurrencial se decide posponer la extubación 48 horas, pero la mañana del segundo día postoperatorio la paciente presenta enfisema subcutáneo tóraco-cervicofacial extenso. En estudio broncoscópico se objetiva pérdida de continuidad longitudinal de la pars membranosa traqueal, parcialmente sellada por fibrina, por lo que se decide actitud expectante. Se procede a realizar traqueostomía quirúrgica en séptimo día postoperatorio.

Tras 10 días de cuidados intensivos, la paciente pasa a planta de hospitalización donde evoluciona favorablemente, sien-

do alta tras 22 días de hospitalización. En laringoscopia previa al alta se informa de laringe con mucosa y cuerdas vocales edematosas que deja luz glótica de calibre normal con motilidad cordal conservada.

Discusión: La insuficiencia respiratoria es una complicación infrecuente pero potencialmente grave de la resección tiroidea. La principal causa de estridor en el postoperatorio es el edema de cuerdas vocales por la intubación orotraqueal. El manejo adecuado de esta situación requiere corticoterapia intravenosa y ventilación con presión positiva. La lesión recurrencial bilateral, el distress respiratorio y la rotura traqueal intraoperatoria le siguen en orden de frecuencia aunque suponen, en su conjunto, entidades muy poco frecuentes. En el caso que presentamos, se produjo una rotura traqueal iatrogénica por intubación de urgencia por cuadro insuficiencia respiratoria secundaria a edema laríngeo, que se interpretó inicialmente de forma como parálisis recurrencial bilateral. La presencia de un período inicial libre de síntomas hace poco probable la presencia de una lesión de ambos nervios recurrente. No obstante, la disección perirrecurrencial dificultosa, junto con los resultados poco valorables de la neuromonиторización intraoperatoria, son datos que, ante la presencia de estridor y disnea, llevaron a indicar una reintubación precoz.

Análisis retrospectivo de morbimortalidad en pacientes sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria con ASA score III-IV.

Monje Salazar, Cristina; Cuba Castro, Jose Luis; Corrales Valero, Elena; Rivera Castellano, Javier; de Luna Díaz, Resi; Roldán de la Rúa, Jorge; Fernández García, Francisco Javier.

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen: Determinar el índice de complicaciones producidas en cirugía mayor ambulatoria (CMA) en enfermos de alto riesgo ASA score III-IV así como la evolución en el tipo de pacientes intervenidos en nuestra unidad de CMA.

Revisión retrospectiva de los 631 pacientes intervenidos en régimen de CMA durante el año 2013, empleando el sistema informático de información (DIRAYA), sistema que recoge en la historia clínica las complicaciones postoperatorias.

Los resultados muestran que no existen diferencias significativas en el índice de complicaciones postoperatorias cuando se comparan los grupos de alto riesgo ASA score III-IV con enfermos menos complejos (ASA score I-II).

El porcentaje de complicaciones en el grupo de pacientes ASA score I-II fue del 16%, y en el grupo de pacientes ASA score III - IV fue del 17%.

Debido a la buena evaluación y preparación de los enfermos de alto riesgo, así como al avance de las técnicas anestésicas y la cirugía mínimamente invasiva, es posible tratarlos de una manera segura con CMA, manteniendo un índice de calidad alto y una tasa baja de complicaciones, comparable a enfermos menos complejos.

Aplicación de sellador de fibrina para evitar torsión del tubo Gástrico en Gastrectomía vertical laparoscópica.

Moreno Navas, Araceli. Cadenas Febres, Any. Cabrera Bermón, Juan. Martínez Insfran, Luis Alberto. Ruiz Rabelo, Juan Francisco. Navarro Rodríguez, Elena. Gómez Álvarez, Manuel. Membrives Obrero, Antonio. Briceño Delgado, Javier.

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

Resumen: la aplicación de pegamentos biológicos con base de fibrina puede ser útil en la prevención de dehiscencias anastomóticas. El uso protocolizado del adhesivo de fibrina durante la gastrectomía vertical laparoscópica es una práctica poco extendida pero podría ser de utilidad en el posicionamiento y fijación del tubo gástrico ante una eventual torsión, además de reforzar la línea de grapas.

Presentamos un póster en el que se muestra la técnica de aplicación del sellador de fibrina Tissucol Duo® 5ml en la gastrectomía vertical laparoscópica.

El catéter aplicador DuploCath® es introducido por uno de los trócares y la pulverización se realiza sobre la línea de grapado de la gastrectomía dejando una fina película de adhesivo de fibrina sobre el tubo gástrico. La aplicación se realiza posicionando el tubo gástrico y esperando unos minutos a que el sellador solidifique para dar por terminada la intervención obviando la utilización de drenaje.

La aplicación de selladores de fibrina puede ser un recurso sencillo para el posicionamiento del tubo gástrico en la gastrectomía vertical laparoscópica. No existen estudios que demuestren su eficacia en la prevención de fístulas gástricas en dicha técnica.

Quiste epidermoide esplénico gigante de presentación en edad adulta

San Miguel C, Álvarez MJ, Bustos AB, Valdivia JH, García A, Ferrón JA

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Introducción: Presentar el caso de un quiste epidermoide esplénico gigante sintomático tratado en nuestro centro en una mujer que recientemente había presentado un embarazo normal.

Mujer de 33 años sin antecedentes de interés que presenta molestias abdominales inespecíficas asociadas a sensación de masa en hipocondrio izquierdo de cinco meses de evolución tras haber finalizado un embarazo normal. A la exploración, presentaba un abdomen doloroso con palpación de una gran tumoración bien delimitada que ocupaba todo el hipocondrio-flanco izquierdo hasta línea media. Analítica normal salvo elevación de los marcadores tumorales (CEA y CA 19-9). Tras realizar TC abdominal, se evidencia una lesión quística unilocular, con unas dimensiones aproximadas de 23 × 20 × 17 cm, dependiente del bazo y que desplaza caudalmente y horizontaliza el riñón izquierdo por compresión. El estudio con PET-TC no evidenció captación hipermetabólica alguna.

Con el diagnóstico de quiste esplénico gigante sintomático de naturaleza incierta, se decide intervención mediante laparotomía debido al tamaño de la lesión; visualizando una gran tumoración esplénica de consistencia quística que desplaza todas las estructuras circundantes. Se procede a la exéresis de la misma, en bloque con el bazo del que se origina, junto a extracción de adenopatías adyacentes a la cola del páncreas.

Estudio anatómico-patológico compatible con quiste epitelial esplénico benigno de 5Kg de peso con histiocitosis sinusal en la adenopatía aislada.

Postoperatorio sin complicaciones, con desaparición de los síntomas previos a la intervención y normalización de los marcadores tumorales. Tras un año de evolución, sin evidencias de recurrencia de enfermedad.

Aunque los quistes epidermoides de bazo son muy poco frecuentes, 10% de todas las tumoraciones benignas del bazo, y se suelen presentar en la edad pediátrica, se deben considerar ante lesiones quísticas en dicha localización sin antecedente traumático previo y que además se asocian a elevación de los marcadores tumorales CEA y sobre todo GICAK (CA 19-9), como fue en nuestro caso. Estos marcadores suelen normalizarse tras su extirpación, por lo que pueden ser de utilidad en el diagnóstico.

La ecografía y la TC son las pruebas diagnósticas de elección y nos ayudarán a descartar una causa parasitaria o cualquier complicación. Durante su estudio, es importante descartar otras etiologías más raras como el linfangioma, hemangioma o el quiste hidatídico. El diagnóstico definitivo es histopatológico.

Debido a que constituyen una potencial causa de hemorragia en caso de rotura postraumática, está indicado el tratamiento quirúrgico en todos los casos sintomáticos y de tamaño > 5cm; considerándose actualmente la esplenectomía parcial por laparoscopia como la estrategia de elección. No obstante, en aquellos casos de gran tamaño o de gran complejidad técnica se sigue aconsejando el abordaje por laparotomía.

Íleo biliar: a propósito de cuatro casos

Robayo Soto, P. Calzado Baeza, SF. Reyes Moreno, M. Martín Díaz, M. Ferrer García, JG.

Hospital General Básico Santa Ana. Granada-Motril

Introducción: El íleo biliar es la obstrucción mecánica del intestino delgado o del colon como consecuencia de uno o más litos a través de una fístula biliodigestiva. La primera descripción la realizó Bartholin en 1645 y en 1890 Courvouisier publicó una serie de 131 casos. El síndrome de Bouveret, descrito por el mismo en 1896, 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 biliointestinal, 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 enfermedad biliar previa. Presentamos cuatro casos diagnosticados y tratados en el Hospital Santa Ana de Motril.

Material y Método: Primer caso: Mujer de 79 años de edad, sin antecedentes de interés, acude a Urgencias por dolor abdominal y vómitos de 48 horas de evolución con signos de deshidratación; Abdomen distendido, blando con molestias difusas a la palpación sin peritonismo. Analítica leucos 14 Mil/ul, Neutrófilos 84%), urea 139 mg/dL, creatinina 1,1 mg/dL. Rx simple de abdomen se aprecia dilatación de asas de delgado. Tras la reposición hidroelectrolítica se realizó una TC abdominal donde informaba dilatación de asas de delgado y aerobilia junto con una imagen de densidad calcio en íleon compatible con íleo biliar. Se le practicó laparotomía exploradora encontrando dilatación de asas de delgado y un cálculo biliar enclavado en válvula ileocecal 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 5to día.

Segundo caso: Mujer de 75 años con antecedentes personales de HTA, ACVA y úlcus gástrico, que acude a urgencias por cuadro de estreñimiento de 5 días de evolución, vómitos de repetición y dolor abdominal generalizado. Exploración clínica: dolor abdominal generalizado sin irritación peritoneal, distensión y timpanismo, principalmente en hemiabdomen superior. Analítica: leucos 12 Mil/ul, con desviación izquierda (84%). Rx. abdomen: dilatación cámara gástrica. TC abdomino-pélvico: dilatación gástrica y primera porción duodenal, litiasis de gran tamaño en segunda porción duodenal con presencia de fístula colecistoduodenal. Tránsito esofagogastroduodenal baritado: dilatación gástrica y bulbo duodenal, vaciamiento enlentecido, 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. No otros cálculos a lo largo del intestino.

Tercer caso: Mujer de 78 años con antecedentes de intervención quirúrgica hace 30 años por tumor intestinal de origen benigno, histerectomía por miomatosis uterina, HTA, que acude a urgencia por dolor y distensión abdominal de una semana de evolución, náuseas y vómitos de aspecto bilioso por varias ocasiones. Deposición líquida por una ocasión en muy escasa cantidad. A la exploración física: Abdomen blando, depresible, sin signos de peritonismo, con aumento del peristaltismo. Analítica: Hemograma: Hgb 12,3 g/dl Hcto 35,4% Leucos 7, 2 Mil/ul Neutrófilos 78,6% PCR 0,5 mg/L Bilirrubina total 0,6 mg/dl Creatinina 0,90 mg/dl Amilasa total 37 mg/dl Urea 67 mg/dl. Con tratamiento conservador consistente en hidratación se le solicita ecografía de abdomen que por la presencia de abundante meteorismo dificulta la exploración, se complementa estudio con TAC abdominal encontrando Aerobilia junto con una fístula colecistoduodenal, así como un cálculo impactado en el íleon y asas de delgado dilatadas de forma generalizada con contenido líquido en su interior. Se realizó laparotomía exploratoria hallándose cálculo de 3 cm que ocluye íleon distal que se extrae con enterotomía. Durante el posoperatorio presenta infección de herida quirúrgica que se resuelve con curas locales y antibióticos.

Con buena evolución y con tolerancia a la ingesta se produce el alta al 8vo día postquirúrgico.

Cuarto caso: Mujer de 74 años con antecedentes de Carcinoma ductal de mama izquierda hace 12 años, TVP en miembro inferior y TEP, acude a urgencia por dolor abdominal de 48 horas de evolución localizado en hipocondrio derecho con irradiación a espalda acompañado de náuseas y vómitos por varias ocasiones. A la exploración física con dolor a la palpación en Hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo. Analítica destaca: Leucos 13,4 2 Mil/ul Neutrófilos 88% PCR 2,1 mg/L. Tras recibir analgesia e hidratación endovenosa se le realizó ECO-TAC abdominal con hallazgo de Vesícula de aspecto escleroatrófico con gas en su interior. Dilatación gástrica y de asas de intestino delgado hasta el íleon distal donde se evidencia imagen redondeada intraluminal de 2 cm de densidad calcio, compatible con íleo biliar. Con el cuadro clínico y los hallazgos radiológicos de íleo de origen biliar se le realizó laparotomía con extracción de cálculo por enterotomía. El postoperatorio evoluciona de manera favorable reintroduciendo tolerancia oral de manera progresiva y siendo dada de alta al 7mo día postquirúrgico.

Conclusiones: El íleo biliar es una entidad poco común, más frecuente 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 radiografía 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 realizar una entero-litotomía 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 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.

Carcinoma mamario papilar intraquistico en varon:

Pablo Machuca Chiriboga, Belén Sánchez Andújar, Doña. Carolina Luque López, Doña Julia Martínez Ferrol, Joaquín Navarro Cecilia, Doña Rocío Polo Muñoz; Basilio Dueñas Rodríguez.

Complejo hospitalario Clínico-Quirúrgico de Jaén.

Estudio de un caso: Las lesiones mamarias intraquisticos son neoplasias infrecuentes, correspondiendo en su gran mayoría a papilomas mamarios intraquisticos, y con menor frecuencia a carcinomas intraquisticos.

Esto implica, dada la baja frecuencia de cáncer de mama en el varón que se trata de una patología muy rara.

Los hallazgos ecográficos suelen orientar el diagnóstico, manifestándose como una masa solitaria de bordes bien definidos.

El estudio citológico de estas lesiones hace sospechar su naturaleza en la mayoría de los casos.

Presentamos un caso de un varón de 73 años con antecedentes familiares de cáncer de mama diagnosticado de Carcinoma papilar intraquisticos de bajo grado con signos histológicos asociados no concluyentes de micro invasión, que se trató con tumorectomía y BSGC; recibiendo posteriormente tratamiento con Tamoxifeno.

Enterolitiasis en un Divertículo de Meckel como causa de Obstrucción intestinal

Cuba Castro, Jose Luis; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Corrales Valero, Elena; Monje Salazar, Cristina; Sánchez Barrón, Maria Teresa; Rivera Castellano, Javier

H. Virgen de la Victoria, Málaga

Resumen: A propósito de un caso de obstrucción intestinal causado por divertículo de Meckel.

Este es el caso de un hombre de 55 años sin antecedentes patológicos ni cirugía abdominal previa, que ingresa a urgencias por cuadro de dolor abdominal tipo cólico en epigastrio de 2 días de evolución asociado a distensión abdominal y vómitos biliosos. A la exploración Física presentaba distensión abdominal y defensa sobre FID. La analítica de sangre no presentaba leucocitosis ni alteraciones relevantes. Rx de Abdomen en supino mostraba una dilatación de asas de delgado sobre hipogastrio y mesogastrio además de 3 estructuras homogéneas y radiopacas en hipogastrio.

Se le realizó un TAC abdominal donde se encuentran dilatación de asas de intestino delgado hasta FID donde existían

3 imágenes intraluminales correspondientes a las vistas en la radiografía de abdomen.

Dadas características radiológicas de las lesiones y el cuadro clínico del enfermo se planteo como diagnostico un íleo biliar aunque llamaba la atención la ausencia de aerobilia.

Con la Sospecha Obstrucción intestinal por íleo biliar se decide la exploración quirúrgica urgente. La Laparotomía confirmo la presencia de dilatación de asas de intestino delgado hasta íleon donde a unos 15 cms de la válvula ileocecal existía un bucle de asas, entre ellas un divertículo de Meckel de aprox. 6 cms, que causaba un cambio de calibre a dicho nivel.

Se realizó la liberación y diverticulectomía con Sutura mecánica. El estudio de Anatomía Patologica concluyó: INTESTINO DELGADO (íleon): DIVERTÍCULO. lesión diverticular que mide 4 x 2,5 x 4 cm de diámetros máximos.

La Obstrucción intestinal por un enterolitiasis en un divertículo de Meckel es una complicación muy rara, con menos de 10 casos descritos en la literatura, el diagnostico es hecho frecuentemente durante el intraoperatorio.

Utilidad del TC para diagnóstico en la obstrucción intestinal

Rodriguez Silva Cristina, García Albiach Beatriz, Aranda Narvaez Jose Manuel, Montiel Casado Custodia, Gonzalez Sanchez Antonio, Titos García Alberto, Santoyo Santoyo Julio.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Resumen: La oclusión intestinal continúa constituyendo uno de los más frecuentes motivos de consulta y de cirugía de urgencias. Su clínica es inespecífica en cuanto al diagnóstico etiológico, por lo que en numerosas ocasiones es preciso recurrir al apoyo radiológico. El TAC multidetector es considerado como una herramienta fundamental en estos pacientes en base a su precisión diagnóstica del nivel de la oclusión y su causa, así como para descartar componentes de estrangulación o perforación. Presentamos un estudio para evaluar la aproximación diagnóstica a la oclusión intestinal y los parámetros de rentabilidad del TAC en nuestro medio.

Estudio retrospectivo de tipo transversal, desarrollado sobre el grupo de pacientes intervenidos por oclusión intestinal en un periodo de cuatro años (Enero 2010-Diciembre 2013), en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya (tercer nivel) (N=400). Se examinó la modalidad radiológica empleada para el diagnóstico y específicamente para el TAC se contrastaron el diagnóstico radiológico y los hallazgos intraoperatorios (gold standard) para calcular los parámetros de rentabilidad diagnóstica en la oclusión intestinal de intestino delgado e intestino grueso. Análisis estadístico con software SPSS.

Muestra compuesta por 400 pacientes, con edad mediana de 65 años (14-98), con 50,5% de hombres y 49,5% mujeres. La localización de la oclusión fue el intestino delgado en el 66,3% de pacientes y en el colon en el 33,7%. Por orden de frecuencia, los diagnósticos finales fueron: hernias (26,3%), cáncer obstructivo de colon (25,8%), síndrome adherencial (20,3%), recidiva de neoplasia previa o carcinomatosis (7%), cuerpo

extraño (3,5%), ileo biliar (3%), enfermedad inflamatoria intestinal (2,5%) y otros (11,6%). Para el diagnóstico se empleó la radiología simple en el 17,8% de casos, la ecografía en el 3%, estudios con contraste en el 0,8% y el TAC en 313 pacientes (78,4%), constituyendo la prueba más empleada.

El porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico cierto por TAC (precisión global) fue del 76,6%, resultado acorde con los previamente descritos por la literatura. La precisión en el caso de oclusión de intestino delgado fue del 67,9%, logrando tasas de diagnóstico correcto del 100% en el ileo biliar, 97,7% en caso de hernias o 54,3% en el síndrome adherencial. En el caso de oclusión de colon la precisión fue superior con una tasa del 89,6%, destacando un 93,8% en el caso del cáncer de colon.

Los parámetros de rentabilidad diagnóstica del TAC en pacientes con oclusión intestinal son excelentes, especialmente en cáncer de colon obstructivo, constituyendo el método diagnóstico de elección en esta patología.

Tumor del estroma gastrointestinal en 4ª porción duodenal: una localización infrecuente.

Triguero Cabrera Jennifer, González Martínez Selene, Álvarez Martín María Jesús, Vico Arias Ana Belén, Mogollón González Mónica, Notario Fernández Pilar, García Navarro Ana, Ferrón Orihuela Jose Antonio.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo. La expresión del receptor de membrana c-KIT/CD 117, caracteriza a estos tumores y su reconocimiento es fundamental para el diagnóstico y valoración de la respuesta al tratamiento con imatinib mesilato. La localización más frecuente es la gástrica (50-60%), seguida del intestino delgado (20-30%). La localización duodenal supone tan solo el 4,5% de todos los GIST y suelen localizarse en la 2ª porción duodenal. Presentamos el caso de un paciente con un tumor GIST asintomático, localizado en la cuarta porción duodenal y tratado mediante resección segmentaria más duodenoyeyunostomía.

Caso clínico: Varón de 63 años, al que se le solicita una ecografía abdominal por hallazgo casual de elevación de las transaminasas en una analítica rutinaria. En la ecografía de abdomen se detectó una lesión focal con crecimiento excéntrico que parecía surgir del cuerpo pancreático de unos 5 cm de diámetro, con abundante vascularización periférica e intralesional, de contornos bien definidos y sin evidencia de infiltración por contigüidad. Se realizó tomografía computarizada (TC) abdominal para una mejor definición del origen de la lesión, hallándose dicha masa de crecimiento exofítico desde el primer asa yeyunal, con amplio contacto pero sin infiltración, con cara inferior del cuerpo pancreático. La lesión mostraba una marcada hipervascularidad tanto en fase arterial tardía como portal, sin producir estenosis significativa en el asa del que surgía, sugerente de tumor GIST. Dadas las características de la lesión, se decide intervención quirúrgica, con hallazgo intraoperatorio de la tumoración localizada in-

mediatamente proximal al ángulo de Treitz, a nivel de cuarta porción duodenal, de unos 8 cm de diámetro, extramucosa, de superficie lisa y no infiltrativa. Se realiza resección de la cuarta porción duodenal con la tumoración referida y duodeno-yeyunostomía termino-terminal manual. El resultado del análisis anatomopatológico fue de tumor GIST grupo 3a (riesgo moderado/intermedio), de localización extramucosa y márgenes quirúrgicos libres. Las técnicas inmunohistoquímicas revelaron: c-kit +, actina de músculo liso +, CD34 +/-, actina músculo sarcomérico +/-.

Resultados: El paciente fue dado de alta al 4º día postoperatorio, sin complicaciones en el postoperatorio inmediato. Tras la intervención inició tratamiento con Imatinib (riesgo intermedio y mutación c-kit +), con buena tolerancia al mismo. Actualmente el paciente permanece asintomático, sin recidiva de la lesión en las pruebas de imagen y sin complicaciones derivadas de la cirugía.

Discusión: Los tumores GIST constituyen el 2% de todas las neoplasias del tracto gastrointestinal. Las formas de presentación clínica son variables e inespecíficas, solamente el 69% presentan sintomatología al inicio; el 20% se diagnostican de forma incidental. La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección, siendo el factor más significativo para los resultados. Los tumores mayores de 2 cm deber ser extirpados y tienen potencial maligno.

Se describen 3 técnicas quirúrgicas para el tratamiento de los GIST duodenales según el valor oncológico, el tamaño tumoral, la distancia del tumor a la ampolla de Vater y su relación con la cara pancreática duodenal: escisión local «en cuña», duodenopancreatectomía cefálica y resección segmentaria más duodenoyeyunostomía. La técnica más aceptada es la resección segmentaria, pues es mejor oncológicamente que la escisión local, sin la morbimortalidad de la DPC. Por regla general, tumores grandes (>3cm) localizados en la 3ª-4ª porción duodenal se tratarán mediante resecciones segmentarias.

A propósito de dos casos. Tratamiento combinado de neoplasias tipo GIST no metastásicas: cirugía e imatinib adyuvante. Seguimiento a corto y medio plazo.

Sáez Zafra A, Sarabia Valverde N, Ramírez Romero P, López-Cantarero Ballesteros M, Romera López AL, García Padiál F, Jiménez Ríos JA.

Hospital Clínico Universitario San Cecilio (Granada)

Resumen: Los GIST constituyen la neoplasia mesenquimal más frecuente del tracto digestivo. El diagnóstico se establece a partir de los síntomas secundarios a la enfermedad en casi el 70% de los casos. Las manifestaciones clínicas de los GIST dependen del diámetro tumoral y de su topografía. Así, los localizados en intestino delgado, segundos en frecuencia, suelen tener un diagnóstico más tardío y peor pronóstico. La localización es preferentemente gástrica, con un índice mitótico bajo (< 5/50 CGA), seguidos por los de riesgo moderado y los de alto grado en último lugar (condición repetida en la bibliografía).

Caso n.º 1: Mujer. 63 años. Comorbilidades: diabetes e hipertensión en tratamiento. En estudio por anemia microcítica-hipocroma. Intolerancia a lácteos de reciente aparición sin otra sintomatología asociada. EDA que muestra pólipo subcardial biopsiado de 4 × 3 cm, con resultado de GIST grupo de riesgo 5 (Miettinen) con índice de 16% (moderado). Resección tumoral R0 evidenciando tumoración excrecente tanto a luz gástrica como a cavidad peritoneal. En tratamiento con imatinib a partir de la 4ª semana de postoperatorio. Sin evidencia de macroscópica de enfermedad durante el seguimiento.

Caso n.º 2: Varón. 54 años. Comorbilidades: HTA en tratamiento. Exfumador. Exbebedor. Hemorragia digestiva alta. Ingreso y estudio mediante EDA que evidenció tumoración submucosa ulcerada a nivel subcardial. Biopsia positiva para GIST de grado moderado (Miettinen). Gastrectomía subtotal con resección R0. En tratamiento con imatinib a partir del primer mes postoperatorio. Libre de enfermedad desde entonces.

La cirugía con criterios de radicalidad quirúrgica es el tratamiento estándar de los pacientes con GIST primario localizado como es el caso de ambos pacientes. Los GIST son tumores potencialmente malignos por lo que los pacientes pueden presentar un riesgo significativo de recaída local y/o progresión metastásica de la enfermedad, incluso después de una resección completa del tumor. La aparición del imatinib mesilato supuso un cambio a este respecto, evidenciándose la mejoría en cuanto a la aparición de enfermedad metastásica en su utilización en tumores de medio-alto riesgo (como en los casos que aquí se presentan) en pautas de larga duración, tanto de un año como superiores.

Pancreatitis del surco: una patología infrecuente que simula al adenocarcinoma de páncreas.

Zambudio Carroll Natalia, Triguero Cabrera Jennifer, Muffak Granero Karim, Villegas Herrera Trinidad, Becerra Massare Antonio, Fundora Suárez Yiliam, Garrote Lara Daniel, Ferrón Orihuela Jose Antonio.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen: La pancreatitis del surco es una entidad poco frecuente que consiste en una forma de pancreatitis crónica segmentaria que se presenta como una zona cicatricial laminar en el surco pancreatoduodenal. Gracias a nuevas técnicas de imagen es cada vez más sencillo diferenciarlo del cáncer de páncreas. Sin embargo, sigue suponiendo un reto diagnóstico. El objetivo del estudio es presentar una serie de casos y analizar el diagnóstico diferencial con el cáncer de páncreas.

Material y método: Estudio de una serie de casos, analizando los registros clínicos de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda o crónica intervenidos quirúrgicamente entre los años 2008-2013. Se describen las características epidemiológicas, anatomoclínicas, quirúrgicas, resultados del tratamiento y condición actual de los pacientes, analizados mediante estadística descriptiva.

Los datos fueron analizados mediante el software IBM SPSS 19,0.

Resultados: Se intervinieron quirúrgicamente 5 pacientes con diagnóstico de pancreatitis del surco, 4 varones y una mujer, con edad media de 50 años. El antecedente de etilismo crónico se descubrió en el 80% de los pacientes, causando pancreatitis crónica en este porcentaje. El 40 % eran fumadores activos. La clínica de inicio fue en todos los casos, dolor abdominal asociado a náuseas, vómitos postprandiales y síndrome constitucional, con un tiempo medio de evolución de 7 meses. El 80% de los pacientes evolucionaron con un cuadro de obstrucción intestinal con intolerancia oral. 2 pacientes debutaron con ictericia franca. El 80 % de nuestra serie presentó elevación de la amilasa, con cifras de Ca 19,9 (GICAK) normales. El aspecto de las lesiones en la ecografía y la TAC era inespecífico, con necesidad de realización de ECO-EDA en el 100% de los pacientes, confirmando la ausencia de células neoplásicas en la PAAF. La RMN y el PET-TAC se utilizaron en un caso con gran dificultad para el diagnóstico diferencial con el cáncer duodenal y el cáncer de cabeza de páncreas. El tratamiento fue en todo los casos duodenopancreatectomía cefálica, indicado en el 80 % de los pacientes por intolerancia oral y en el 20 % restante por ictericia obstructiva. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica reveló en todos los casos un patrón de pancreatitis crónica con ausencia de células neoplásicas. No hubo complicaciones en el postoperatorio inmediato. El 100% de los pacientes permanecen actualmente vivos y sin complicaciones derivadas de la cirugía.

Conclusiones: Tras analizar los datos de nuestra serie y compararlos con la literatura se comprueba como el paciente tipo suele ser un varón de unos 50 años, con antecedentes de etilismo crónico y con una clínica de inicio que simula en casi todos los casos a los de un proceso neoplásico de cabeza de páncreas. Es necesario un estudio exhaustivo posterior para realizar un correcto diagnóstico diferencial entre entidades de gran relevancia clínica y con muy diferente tratamiento y pronóstico como son: el cáncer duodenal, el colangiocarcinoma, la pancreatitis aguda flemonosa y especialmente, el adenocarcinoma de páncreas.

Resultados de una unidad especializada en patología tiroidea

I. Pulido Roa; C. Jiménez Mazure; Ja. Blanco Elena; A. Titos García; A. Bayón Muñoz; M. Ribeiro González; J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Carlos Haya (Málaga)

Introducción: Es imprescindible saber «donde estamos», para establecer objetivos y planificar la ruta que nos lleve hasta ellos.

Objetivos: Analizar nuestros resultados respecto a los estándares internacionales identificando puntos de mejora y evaluando nuestra trayectoria en el tiempo; objetivando así la eficacia de los nuevos protocolos.

Material y método: Estudio observacional descriptivo del conjunto de pacientes intervenidos por patología tiroidea en la Unidad Especializada de Cirugía Endocrina del Hospital Carlos Haya de Málaga durante un periodo de tiempo com-

prendido entre enero/2013 y marzo/2014. Para ello elaboramos una tabla de recogida de datos seleccionando aquellos parámetros que nos resultaban representativos; parámetros rescatados retrospectivamente de historias clínicas y bases de la web hospitalaria. Las variables elegidas son demográficas (edad, sexo y comorbilidad), relacionadas con la patología, intraoperatorias (técnica y neuromonitorización), estancia postoperatoria y morbimortalidad (morbilidad estratificada según la clasificación de Clavien). El estudio estadístico se realiza con el programa SPSS 15,0

Resultados: Tamaño muestral de 301 pacientes. Sexo predominantemente femenino (85%) con una edad media de 52 años. Presentan comorbilidad el 55% de los pacientes, la mitad de éstos son riesgo ASA II. El diagnóstico de inicio más frecuente es el de BMN (61%), ocupando la patología tumoral el segundo puesto (30%). Mayoritariamente los pacientes son analíticamente eutiroides (89%). El tamaño medio del nódulo de mayor tamaño es de 35mm y se realiza TC al 30% de los pacientes, proporción que coincide con aquellos en los que existe una sospecha de extensión intratorácica de la enfermedad. La técnica quirúrgica más frecuente fue la tiroidectomía total (68%), realizando vaciamiento ganglionar en el 12% de los pacientes. La neuromonitorización se llevó a cabo en algo más de la mitad de los procedimientos (53%). La estancia media postoperatoria fue de 2,2 días. Respecto a la morbilidad: El 7% de los pacientes presentaron disfonía en el postoperatorio inmediato que persistía en el 2,3% en la revisión del mes, fundamentalmente centrado en pacientes oncológicos. El 11% presentaron parestesias y al 40% se les administró calcio oral en algún momento del postoperatorio. No encontramos ningún caso de hemorragia que requiriera reintervención urgente. Como vemos, todos son Clavien I y II. Hallamos un exitus (0,3%) y ningún reingreso. En lo referente a la anatomopatología de las piezas objetivamos concordancia entre la PAAF prequirúrgica y el análisis definitivo de la pieza en un 79% de los casos; calculando una sensibilidad del 83%, una especificidad del 79% y un VPN del 96%.

Conclusiones: Nuestros resultados son coherentes con la literatura y se encuentran dentro de los márgenes internacionales. Sin embargo, existen puntos de mejora, como la pérdida de datos intraoperatorios (tiempo y neuromonitorización) y en el seguimiento a largo plazo; para subsanarlo hemos implantado plantillas de quirófano y en la consulta externa. La recogida exhaustiva y prospectiva de datos es imprescindible para evaluar la calidad de nuestra actividad diaria, diagnosticar errores, plantear alternativas y avanzar hacia la comparación intercentros (benchmarking).

Tumores de novo en pacientes trasplantados de hígado

Díez Vigil, JL, Plata Illescas, C, Triguero Cabrera, Jennifer, Fundara Suárez, Y, Ferrón Orihuela, JA

Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Resumen: El sistema inmune destruye las células neoplásicas. La disminución de la vigilancia por parte del sistema inmune se asocia a un mayor riesgo de desarrollar tumores

malignos. La incidencia de estos tumores oportunistas en pacientes trasplantados con un órgano sólido es del 5-15%. En España la incidencia de tumores de novo en los pacientes trasplantados de hígado es del 3,83%.

Método: Presentamos un análisis descriptivo retrospectivo de los 250 pacientes trasplantados de hígado en nuestro servicio de Cirugía General, durante el período 2002-2012, para estudiar la incidencia de los tumores de novo en nuestra serie

Resultados: Incidencia de los tumores de novo en 10 años: 1,2% (3 casos). Tipo de tumor oportunista: 2 síndromes linfoproliferativos y un cáncer de pulmón

Conclusiones: La inmunosupresión es un factor patogénico importante, hay que intentar mantener el nivel de inmunosupresión lo más bajo posible y compatible con la normofunción del injerto.

Tras una experiencia de 10 años de trasplante hepático, en nuestra serie la incidencia de tumores de novo es menor que en otras series, probablemente por realizar un tratamiento inmunosupresor individualizado, teniendo en cuenta las características particulares de nuestros pacientes y adaptándonos a ellas.

V.A.C. Una nueva herramienta para nuestras heridas.

Díez Vigil, JL, Plata Illescas, C, Triguero Cabrera, Jennifer, Fundara Suárez, Y, Ferrón Orihuela, JA

Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Resumen: La terapia V.A.C. (Vacuum Assisted Closure/ Cierre asistido por presión negativa) es un tratamiento avanzado de cicatrización de heridas que se puede integrar en la práctica terapéutica del cirujano para la cicatrización de heridas. Se trata de una terapia flexible que puede usarse en el hospital y en el domicilio.

Método: Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 64 años, intervenido de urgencias mediante una laparotomía media a causa de una hernia umbilical estrangulada, que precisó de la terapia V.A.C. durante el período de Noviembre de 2013 a Marzo de 2014.

Resultados: Durante su ingreso presentó una importante infección de la herida quirúrgica, que precisó de apertura de la misma para realizar curas locales (foto 1). Dada la mala evolución de la misma durante varias semanas y tras agotar múltiples alternativas terapéuticas, se decidió utilizar la terapia V.A.C. (foto 2), consiguiendo en pocas semanas un cambio espectacular en la curación y cicatrización (foto 3).

El paciente pudo ser dado de alta con el sistema portátil y continuar ambulatoriamente su tratamiento hasta su total resolución.

Conclusiones: El sistema V.A.C, teniendo en cuenta siempre una indicación y selección adecuada de su uso, supone una mejora en el bienestar del paciente, a la acelerar la curación y cicatrización de las heridas de forma cómoda, y con una estancia hospitalaria más corta, lo que se traduce en mejoras del coste hospitalario.

Laparoscopia: el abordaje quirúrgico de elección en pacientes con sospecha de apendicitis aguda

López López Y, Bernardos García C, Robles de La Rosa JA, Kaddouri Mohamed S, Reig Pérez M, Torres Recio J, Diaz Roldán J, Alba Mesa F, Romero Fernández JM, Amaya Cortijo A.

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Método: La apendicectomía Laparoscópica es un método seguro y eficaz para el tratamiento de la apendicitis no complicada y puede ser aplicado como alternativa a la abierta, puede ser realizada con seguridad en pacientes con apendicitis perforada y posiblemente sea el abordaje preferido en ancianos y/u obesos. Realizamos un análisis de los resultados obtenidos en nuestro servicio en la apendicectomía laparoscópica urgente en el año 2013. Las variables analizadas son: edad, sexo, estancia media, pruebas de imagen, correlación clínico-radiológica, resultados anatomopatológicos, colocación de drenaje, complicaciones, tasa de conversión, tasa de reintervención, de reingreso y mortalidad. El análisis se ha realizado a través de un estudio descriptivo del sistema Actix de nuestro Hospital.

121 casos, edad media: 34,6 años. Estancia media 4 días, moda 2 días. 100% por vía laparoscópica, tasa de conversión 1,65%. Drenaje: 30%. AP: catarrales 1,6%, flemososas 55,3%, gangrenosas 29,75%, mucocèle 0,825%, perforadas 6,61%, sin alteraciones histológicas (5,78%). Pruebas complementarias de imagen en 83% con correlación en el 75%. Complicaciones: 16,5 % (infecciones de herida 6,6%, colecciones 8,2%, 1 reintervención 0,8%, fistula no complicada 0,8%. Tasa de reingreso: 0,8%. Mortalidad: 0%.

1. La apendicectomía laparoscópica es un procedimiento seguro, con baja morbilidad, en manos de cirujanos con experiencia en este tipo de abordaje.

2. Dado que en nuestro medio disponemos de equipos quirúrgicos accesibles las 24h del día para la cirugía de urgencia consideramos de elección el abordaje laparoscópico en casos de pacientes con sospecha de apendicitis.

3. Dicho procedimiento conlleva una baja tasa de infección del sitio quirúrgico

4. En el caso de apendicitis complicadas permite la resolución del cuadro con una baja tasa de pacientes que precisen reingreso o reintervención quirúrgica.

Colecistostomía percutánea en pacientes frágiles con colecistitis aguda.

Carlos Bernardos García, Antonio Amaya Cortijo

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Resumen: Análisis de los resultados obtenidos del manejo multidisciplinar de los pacientes con afectación inflamatoria de la vesícula biliar no candidatos a cirugía por elevada comorbilidad y/o complejidad que son sometidos a colecistostomía percutánea, periodo 2009-2013. Análisis retrospectivo de la serie usando una base de datos dinámica con el programa estadístico SPSS 18,0,0. Variables

analizadas: edad, sexo, diagnóstico, clasificación ASA, colocación o no de catéter de drenaje, resolución de la colecistitis y eficacia del procedimiento, complicaciones y mortalidad global.

Descripción de la muestra: 32 pacientes, edad media: 78,4 años. Diagnóstico: colecistitis aguda litiásica en 72%, alitiásica en 19%, hidrops 3%, colangitis 3%, pancreatitis aguda 3%. ASA III en 78% (el 85% de ellos con patología). Colocación de drenaje en el 50%. Curación: 84,4%. Exitus en 5 pacientes con fracaso multiorgánico al ingreso (ASA IV).

La colecistostomía percutánea es una alternativa útil a la cirugía para el abordaje de la patología vesicular infecciosa en pacientes con comorbilidad importante o situación clínica inestable, dado que su accesibilidad y baja tasa de complicaciones permiten el tratamiento de la situación urgente/emergente y posterior valoración de colecistectomía reglada.

Análisis del rendimiento diagnóstico quirúrgico en el proceso 'síndrome adenopático'

Carlos Bernardos García, Ricardo Espinosa, Antonio Amaya Cortijo

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Para realizar el tratamiento adecuado de los síndromes adenopáticos, cuyo manejo terapéutico es fundamentalmente médico es necesaria la biopsia para estudio histológico, muchas veces con carácter preferente o urgente. La biopsia quirúrgica es necesaria cuando el diagnóstico por punción no es posible. Realizamos análisis de los resultados sobre rendimiento del proceso «SÍNDROMES ADENOPÁTICOS» con un periodo de seguimiento de Enero a Noviembre de 2013. Se desarrolló un análisis prospectivo de la muestra usando el programa estadístico SPSS 18,0,0 y Microsoft Excel 14,3,9. Variables analizadas: edad, sexo, tiempo de demora, régimen del paciente, localización de la adenopatía, rentabilidad diagnóstica y complicaciones

18 pacientes. Edad media 49,47 años. Distribución por sexos equitativa. Demora para biopsia cuando existe sospecha de malignidad de 0 a 5 días en pacientes ingresados en M. Interna y de 2 a 18 días en pacientes derivados a consultas de Cirugía. Localización de adenopatías: Inguinal 6, cervical 4, supraclavicular 7, abdominal 1. Rentabilidad diagnóstica: 94% con una primera biopsia y del 100% si tenemos en cuenta una segunda biopsia. Concordancia clínico patológica de malignidad: 66,6%. Complicaciones: 1 caso de fuga biliar postoperatoria en tumoración en región hepatoduodenopancreática con alta sospecha de linfoma.

RAPIDEZ DE RESOLUCIÓN del proceso cuando se trata de pacientes ingresados con una media de 2 días con rango entre 0 y 5.

ALTA RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA. Sólo 1 caso de necesidad de reintervención para nueva biopsia.

BAJA MORBILIDAD asociada a proceso con sólo 1 caso de complicación mayor.

Analisis de los indicadores de calidad en cirugía colorrectal.

Romero Fernández JM, Reig Pérez M, López López Y, Robles de la Rosa JA, Alba Mesa F, Amaya Cortijo A.

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Resumen: Es esencial el análisis de los datos de forma sistemática para detectar posibles áreas de mejora y establecer tasas comparativas con otras unidades. Dicha revisión puede realizarse mediante auditorías externas o en su defecto revisiones sistemáticas en bases de datos propias. Realizamos el análisis de la base de datos de la Unidad de Cirugía Colorrectal de nuestro Centro en el año 2013 con valoración de indicadores de calidad: estadio tumoral, número de adenopatías aisladas, tasa de dehiscencia /fuga anastomótica, infección de sitio quirúrgico, exitus durante el ingreso hospitalario, estancias medias y tiempo de demora quirúrgico. Los datos se introducen de forma prospectiva por los miembros de la unidad.

Han sido intervenidos 91 pacientes con neoplasias colorrectales, un 16% de urgencia. Los estadios I-II suponen el 69% del total. Media de adenopatías: 11 (13 en sigma y 9 en recto). Reintervención: 4,3%. 2,1% presentan fistula resulta con manejo conservador. Dehiscencia media global: 6,4%. Infección de sitio quirúrgico: 20%. Exitus en 3 pacientes intervenidos de urgencia (3,2%). Estancia media: 10 días con una moda de 6 (ileo prolongado en cirugía de colon derecho). Demora quirúrgica media desde diagnóstico: 35 días.

La auditoría de resultados puede mejorar nuestra actividad asistencial y los indicadores de calidad. El registro prospectivo de los datos es un punto necesario para ello. Con su análisis se han detectado áreas de mejora a aplicar en aspectos relacionados con demora en la intervención, estancia posoperatoria, ISQ, adenopatías aisladas con el fin de ajustarnos a los indicadores aconsejados en las vías clínicas.

Uso racional de tachosil en cirugía tiroidea.

Carlos Bernardos García, Sellam Kaddouri Mohamed, Juan J. Torres Recio. Jorge Díaz Roldán, Antonio Amaya Cortijo

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Resumen: El uso de Tachosil en cirugía tiroidea no está indicado de rutina dada la baja incidencia de hematoma sofocante postoperatorio y su elevado previo, por lo que creemos oportuno la racionalización de su uso, adecuándose a las indicaciones aprobadas por la Comisión local de Farmacia de nuestro hospital en 2011 (hemorragia en sábana y hemorragia cercana a los nervios recurrentes). Hemos analizados los resultados con respecto al uso de Tachosil® en cirugía tiroidea para determinar el grado de adaptación a las indicaciones establecidas con el fin de ajustar su utilización. Se realiza análisis prospectivo anual desde Enero de 2009 hasta Diciembre de 2013.

	2009	2010	2011	2012	2013
Tiroidectomía	45	60	83	57	45
Uso de Tachosil	2	11	42	18	5
% de uso de Tachosil	4,34	18,33	50,6	31,57	11,11

Tras protocolización del uso de Tachosil en cirugía tiroidea se observa una disminución significativa sin observar una mayor incidencia significativa de sangrado postoperatorio. Es probable que su uso indiscriminado no evite el sangrado ya que la mayoría se han producido en el plano muscular.

La adaptación del uso de Tachosil a las indicaciones establecidas en el protocolo condiciona un mejor uso de los recursos y por consiguiente mejora la eficiencia, sin menoscabar la seguridad del paciente.

Diseminación linfática retroperitoneal metacrónica como forma de feocromocitoma maligno

C.P. Ramírez Plaza*, I. Machado Romero*, F.J. Moreno Ruiz*, A.M. Muñoz Ortega*, M. Tomé García**, A. del Fresno Asensio*, J. García Alemán**, A.J. González Sánchez*, J.A. Pérez Daga*, J.M. García Almeida**.

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. **Servicio de Endocrinología y Nutrición. 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.

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 linfoadenectomías hiliar, retroperitoneal y para-aórtica izquierda (cirugía Ro); el informe de AP fue de metástasis ganglionar masiva de FC en 10/11 ganglios linfáticos aislados.

Discusión: 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.

Enfermedad metastásica hepática y peritoneal sincrónica en cáncer colorrectal: la importancia de la estrategia onco-quirúrgica

C.P. Ramírez Plaza, I. Machado Romero, A. González Sánchez, A.M. Muñoz Ortega, A. del Fresno Asensio, J.A. Pérez Daga, F.J. Moreno Ruiz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Quirón Málaga

Introducción: La presencia de metástasis hepáticas (MH) sincrónicas de cáncer colorrectal (CCR) se consideró inicialmente como una contraindicación para el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal (CP) mediante citorreducción y quimiohipertermia (QH).

Caso clínico: Mujer de 38 años intervenida en otro Centro en puerperio tardío de su segundo embarazo por peritonitis purulenta por rotura de absceso perisigmoideo que se trataba de forma conservadora con diagnóstico de absceso peridiverticular. Se realizó sigmoidectomía, lavado intraoperatorio de colon y anastomosis colorrectal primaria; el curso clínico fue sin complicaciones y la biopsia de adenocarcinoma bien diferenciado de colon sigmoide sin ganglios linfáticos en la pieza. Dos meses después acude a nuestra consulta con diagnóstico PET-TAC de dos LOEs hepáticas (1,8 cm en segmento II periférico y 2,5 cm en segmento V intraparenquimatoso) y captaciones nodulares en pelvis de entre 1-2 cm compatibles con CP. Se ha realizado estrategia quirúrgica en 2 tiempos para conseguir estatus Ro de su enfermedad peritoneal y hepática en la secuencia: 1.— Citorreducción de su CP CC-o (PCI de 8), resección limitada de segmento II, ecografía IO de lesión segmento V y QH según protocolo de Elías; 2.— Quimioterapia de inducción con 5 ciclos de Bevacizumab / Capecitabina con respuesta radiológica PET-TAC de remisión completa de la metástasis hepática residual; 3.— Embolización portal derecha; 4.— Hepatectomía derecha. La paciente, 1 año después, está viva y libre de enfermedad.

Discusión: Los resultados publicados por Elías a partir de 1999 han demostrado que es posible realizar el tratamiento simultáneo de las formas de enfermedad extendida de CCR (hepática y peritoneal) en casos muy seleccionados, como pacientes con índices de CP bajos y metástasis hepáticas fácilmente reseables. Nosotros hemos integrado en esta estrategia las posibilidades técnicas de la resección hepática en 2 tiempos y ampliado la indicación a enfermedad hepática potencialmente reseable.

La dificultad en el diagnóstico diferencial de las neoplasias hepáticas benignas y sus implicaciones terapéuticas

C.P. Ramírez Plaza, I. Machado Romero, A. M. Muñoz Ortega, A. González Sánchez, A. del Fresno Asensio, J.A. Pérez Daga, F.J. Moreno Ruiz.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Quirón Málaga

Introducción: El manejo terapéutico de los tumores hepáticos benignos ha sido siempre motivo de controversia, más

aún con la reciente difusión e implantación de nuevas técnicas de imagen. La dificultad en la caracterización clínica y radiológica de las lesiones sólidas, especialmente la hiperplasia nodular focal (HNF) y el adenoma hepático (AH), se complica aún más cuando de la toma de decisiones se deriva la indicación de cirugía hepática de complejidad.

Caso clínico: *Caso clínico 1:* Mujer de 34 años con antecedentes de toma de ACO y diagnosticada de LOE hepática sólida de 6,5 cm y localización central (entre los segmentos I y IX, en la trifurcación de las venas suprahepáticas) con intensa captación en fase arterial y lavado en fase portal sugestiva de adenoma en la TAC. Se intervino, realizándose una enucleación de la lesión mediante hepatotomía anterior completa a través de la línea de Cantlie y esqueletización de las tres venas suprahepáticas. La biopsia fue de HNF.

Caso clínico 2: Mujer de 23 años remitida por su especialista de Digestivo con el diagnóstico de LOE hepática de 9 cm sintomática, con crecimiento reciente, y que en el estudio TAC se localiza en los segmentos II, III y IV-A, con características de intensa captación en fase arterial. Se realizó hepatectomía izquierda con preservación de la vena suprahepática media. La biopsia fue, como en el caso anterior, de HNF.

Discusión: Casi todas las guías de práctica clínica indican la cirugía para lesiones sintomáticas ó asintomáticas >4 cm con sospecha radiológica de adenoma. Sin embargo, como vemos en estos dos casos, la orientación diagnóstica derivada de los estudios de imagen tiene un margen de confusión que nos hace sobreindicar cirugías. Si se realiza una PAAF sistemática, los estudios de inmunohistoquímica y revisión de los mecanismos de génesis molecular pueden ayudar a afinar el diagnóstico.

Proctectomía interesfintérica para el tratamiento quirúrgico del cáncer distal de recto

C.P. Ramírez Plaza, I. Machado Romero, J.A. Pérez Daga, A. M. Muñoz Ortega, A. González Sánchez, A. del Fresno Asensio, F.J. Moreno Ruiz.

Servicio de Cirugía General y Digestiva 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.

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 colo-anal 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 complicacio-

nes y tras recibir 5 ciclos de QT sistémica se ha reconstruido el tránsito con buen resultado funcional.

Discusión: 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 locoregional superponibles a series de resección abdomino-perineal para estadios similares.