

COMUNICACIONES PÓSTER

Resultados preliminares del tratamiento laparoscópico de la acalasia en el Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

A. Casado, M. Gómez, D. Martínez, M. Reyes, J. Sánchez, R. Bonet, C. León, S. Rufián.

Unidad Esofagogástrica. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: - La miotomía quirúrgica es una eficaz alternativa al tratamiento médico o endoscópico de la acalasia, especialmente en pacientes jóvenes o ante el fallo de tratamiento médico.

- Los datos de la bibliografía demuestran que la cirugía es el tratamiento más eficaz a largo plazo de la acalasia.

- Las características técnicas de la miotomía extramucosa tipo Heller han modificado el abordaje quirúrgico, proponiéndose como una buena indicación para el abordaje laparoscópico.

- La miotomía de Heller por laparoscopia ha demostrado al menos tan buen resultado como la cirugía abierta, añadiendo las ventajas de una técnica menos agresiva.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 10 pacientes con diagnóstico clínico, endoscópico y manométrico de acalasia intervenidos en HURS desde marzo de 2008 hasta abril de 2009. La distribución por sexos fue de 8 hombres y 2 mujeres con una media de edad de 48,9 años. Presentando un estudio preoperatorio de ASA I (1), ASAII (6) Y ASAIII (3)

Resultados: - El 70%(7) de los enfermos habían sido tratados con dilatación neumática endoscópica, el 10%(1) mediante toxina botulínica intraesfinteriana y el 20% (2) no habían recibido tratamiento previo para la acalasia.

- El 100%(10) fueron tratados con miotomía extramucosa de Heller. Además esta cirugía se acompañó en el 70%(7) de técnica antirreflujo, siendo en el 100% de los casos (7) funduplicatura anterior de Dor. En los 3 pacientes donde no se realizó técnica antirreflujo no se objetivó durante el seguimiento a medio plazo, clínica de reflujo gastroesofágico.

- La duración media de la intervención fue de 3 horas y 23 minutos. En todos los casos se realizó comprobación intraoperatoria mediante EDA (Endoscopia Digestiva Alta) de paso de endoscopio a estómago y ausencia de perforaciones.

- Se detectaron tres microp perforaciones intraoperatorias que se suturaron y se comprobaron por EDA. En ningún caso hubo que reconvertir a cirugía abierta. El 10% de los casos (1) presentó complicaciones en el postoperatorio inmediato: dolor resistente a analgesia, fiebre, neumonía basal derecha y alergia alimentaria a plátano.

- Iniciaron tolerancia oral en la misma tarde de la intervención 9 pacientes (sólo 1 inició tolerancia al 5º día). La mediana de estancia hospitalaria postintervención fue de 2 días.

Conclusiones: -La miotomía de Heller laparoscópica es una

buena opción terapéutica en pacientes con acalasia, ya sea como primera opción o tras fallo de tratamiento médico.

-El abordaje laparoscópico es tan seguro como el abordaje abierto y se asocia a una más rápida recuperación y a una menor estancia postoperatoria.

-En nuestra serie la no realización de técnica antirreflujo obtuvo los mismos resultados que la realización de la misma a medio plazo.

Perforación de esófago cervical por hueso de pollo en forma de «Y».

A. Casado, M. Reyes, D. Cobo, A. González, M. Rodríguez, M. Gómez, J. Sánchez, S. Rufián.

Unidad Esofagogástrica. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: -La perforación de esófago constituye una de las urgencias más graves debido a que se asocia a una mortalidad de 15-30%, sobre todo por las complicaciones sépticas rápidamente extensivas.

-La perforación esofágica por cuerpo extraño supone el 6% de las perforaciones siendo las más frecuentes por huesos y espinas de pescado.

-El pronóstico depende sobre todo de la rapidez diagnóstica y de la elección del tratamiento instaurado en principio.

Historia clínica: - Antecedentes personales y enfermedad actual: Paciente de 49 años, síndrome ezquizoide en tratamiento, que acude a Urgencias por dolor cervical y torácico tras ingesta de pollo, acompañado de sialorrea y sensación de cuerpo extraño.

- Exploración física: REG. Hemodinámicamente estable. Afebril. Crepitación bilateral importante en cuello, así como hinchazón y aumento del perímetro cervical.

- Exploración complementaria: Analítica general completa de sangre y orina normal, así como pruebas cruzadas, Rx de Cuello: Ap y L. y TAC de Cuello y Tórax urgente (con contraste i.v): gran cantidad de aire en todos los espacios cervicales y mediastino superior, disecando planos musculares, tejido celular subcutáneo preesternal y musculatura prevertebral hasta nivel del cayado aórtico. En la luz esofágica se objetiva cuerpo extraño de densidad ósea a nivel C5-C6, que perfora la pared izquierda esofágica cervical. No aumento de densidad de grasa adyacente, ni colecciones.

Actuación: Con juicio clínico de perforación esofágica cervical izquierda, a nivel C5-C6 por hueso de pollo, con enfisema subcutáneo cervical y Neumomediastino, se decide intervención quirúrgica urgente:

-I. Quirúrgica: Cervicotomía izquierda. Disección y exposición del esófago cervical. No pus ni esfacelos. A nivel de C5-C6 se ve y se palpa punta de hueso perforando el esófago = microp perforación. Se desocupa el hueso del esófago, pasándolo a la

luz, y posteriormente el Digestivo de guardia mediante Endoscopia Digestiva Alta extrae de forma exitosa el hueso de pollo. Refuerzo de la pared lateral del esófago cervical con Tachosil y drenaje de Blacke a nivel cervical dirigido hacia el mediastino.

- Evolución postoperatoria: Favorable. Permaneciendo las primeras 48 horas en UCI y pasando posteriormente a planta, con profilaxis antibiótica y antitrombótica e iniciando ingesta oral al 5º día postoperatorio (hasta entonces con NPT). Tras retirada de drenaje y puntos es dado de alta hospitalaria al 8º día del postoperatorio.

Conclusión: -Destacar la importancia de la rapidez, eficacia y eficiencia en el diagnóstico y tratamiento del caso clínico de perforación esofágica cervical por cuerpo extraño y el trabajo en equipo del cirujano y digestivo para la resolución acertada y favorable del mismo.

Revisión de conjunto de la cirugía de erge en nuestro centro

F. Medina Cano, F. Martín Carvajal, F. Rodríguez González, N. Gándara Adan

Hospital Costa del Sol de Marbella. Málaga.

Introducción: El RGE es aquel proceso causante de una sintomatología crónica o de una lesión en la mucosa esofágica producida por la acción del contenido gástrico en el esófago.

El tratamiento quirúrgico universalmente aceptado es la funduplicatura por vía laparoscópica.

El objetivo de la presente comunicación es transmitir nuestra experiencia en la cirugía laparoscópica del reflujo gastroesofágico.

Material y método: Desde abril de 2002 hasta Octubre de 2008 se han realizado 139 procedimientos antirreflujo por vía laparoscópica. El seguimiento de los pacientes ha oscilado desde un mes hasta 5 años.

Claro predominio del sexo masculino, siendo estos 86 casos (62 %) y 53 mujeres. La edad media fue de 46.57 años, con un mínimo de 18 y un máximo de 74 años.

En 131 pacientes (94%) se realizó estudio radiológico EGD, apreciándose hernia deslizada en 110 casos; en 124 pacientes (90%) se realizó EDA, con la descripción de esofagitis en el 48% de los casos; manometría en el 77%, con resultado de esfínter hipotónico en el 68% de estos; phmetría de 24h en el 72 % de los casos, con reflujo patológico en el 70% de los casos.

Todos los pacientes han sido intervenidos por el mismo equipo quirúrgico (6 cirujanos), siempre por laparoscopia empleando 5 puertos de entrada. Con respecto a la intervención, se han realizado 139 procedimientos antirreflejo, de los cuales 136 han sido Nissen, con ligadura de vasos cortos reflejados en 15 casos, tres casos Toupet, y cierre de los pilares reflejados en 127 casos

Resultados: Se reconvirtió en 4 ocasiones, lo que supone un 2.4 %. Por las siguientes causas: sangrado, obesidad y adherencias.

La estancia media posoperatoria para este procedimiento se situó en 2.1 días, con un máximo de 20 días y mínimo de 1 día.

Con respecto al seguimiento, se encuentran asintomáticos el 75 % de los pacientes, debiendo destacar el escaso número

de revisiones en consultas de los mismos. Aproximadamente el 50% de los pacientes son dado de alta definitiva durante los 6 primeros meses del postoperatorio.

Las complicaciones (5, 3 %), que presentaron : 1 caso de anemia, 1 neumotorax derecho y 1 de colección, destacando 4 casos de neumonía, con reingreso de tres pacientes por dicho diagnóstico, constatándose un caso de exitus por parada cardiorrespiratoria (no en relación con la cirugía)

En revisiones 12 (8.6 %) de los pacientes que presentan diversa sintomatología se constata como recidiva sintomática franca, de los cuales 5 presentan pH y manometría que constata la recidiva del reflujo. 3 pacientes reintervenidos

Conclusiones: La funduplicatura laparoscópica es una vía de abordaje segura con escasas complicaciones y buenos resultados. Los resultados obtenidos en nuestro servicio son equiparables a los resultados publicados en bibliografía revisadas.

Tratamiento laparoscópico en régimen de CMA en las hernias hiatales paraesofágicas y mixtas (tipos II y III)

A, Titos García, J. Carrasco Campos, A. Álvarez Alcalde, R.M. Becerra Ortiz, M. Valle Carbajo, C. Jiménez Mazure, N. Marín Camero, I. Pulido Roa, C.P. Ramírez Plaza, A. Rodríguez Cañete, J.M. Aranda Narváez, J.A. Bondía Navarro, J. Santoyo Santoyo.

Hospital Regional Universitario de Málaga \»Carlos Haya\». Servicio de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes. Málaga.

Introducción: La hernias tipo II y III suponen aproximadamente el 10% del total de hernias hiatales. Aparece con mayor frecuencia por encima de 60 años, con predominio en mujeres en proporción de 2:1. Los síntomas más comunes son reflujo, regurgitación y síntomas de opresión mediastínica (insuficiencia respiratoria, dolor torácico). Existe controversia en cuanto a la intervención de este tipo de pacientes mediante abordaje laparoscópico, debido a la dificultad técnica que conlleva, y más aún respecto a su inclusión en regímenes de cirugía mayor ambulatoria (CMA) al tratarse, normalmente, de pacientes mayores con importantes comorbilidades asociadas.

Material y método: Hemos realizado una revisión de los pacientes intervenidos en nuestro servicio por hernia hiatal tipo II y III en régimen de CMA en los dos últimos años, resultando un total de 7 casos. En ellos la técnica usada ha sido la funduplicatura "floppy"-Nissen laparoscópica, consistente en reducción del estómago a cavidad intraabdominal, excisión del saco herniario, cierre primario de pilares, funduplicatura tipo Nissen de 360º y fijación a pilares diafragmáticos. Se han estudiado de forma descriptiva datos demográficos, variables clínicas, pruebas diagnósticas y complicaciones postoperatorias.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 59 años (rango de 46-82), de los cuales 5 eran mujeres y 2 eran hombres. Todos los pacientes presentaban clínica de reflujo gastroesofágico, 3 pacientes asociaban regurgitación, y 2 anemia. En todos los casos la técnica usada fue la funduplicatura floppy Nissen laparoscópico en régimen de UCMA, operándose por la mañana y dados de alta por la tarde. No hubo complicacio-

nes postoperatorias. Con un periodo medio de seguimiento de 24 meses solo 2 pacientes presentan leve disfagia cuando cometen transgresiones dietéticas (escala de recurrencia Visick II). La satisfacción postoperatoria de los pacientes es excelente en el 100% de los casos.

Discusión: Nuestra experiencia, que aunque corta está basada en una serie de más de 300 pacientes con hernia de hiato tipo I operados en régimen de CMA, nos sugiere que también en pacientes seleccionados con hernias hiaales tipo II y III se puede plantear con éxito la cirugía laparoscópica con alta en el mismo día del ingreso.

Reparación de rotura instrumental esofágica por achalasia. Utilidad de la exclusión simple con grapadora y plastia Belsey-Mark IV

M. Felices Montes, E. Yagüe Martín, A. Morales González, G. López Ordoño, R. Belda Lozano

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Introducción: Las perforaciones esofágicas continúan presentando una elevada morbimortalidad. Actualmente la causa principal es la yatrógena (hasta 70%). A pesar de ser poco frecuente, el incremento en el uso de técnicas endoscópicas ha aumentado su incidencia. Las que con más frecuencia las producen son la esofagoscopia y esguídas de las dilataciones.

Pacientes y métodos: Paciente diagnosticado de achalasia hace dos años, en tratamiento por el Servicio de Digestivo habiéndose realizado una primera dilatación neumática sin éxito hace 6 meses. Se realiza segunda dilatación, aparentemente sin problemas, tras la cual el paciente comienza a las tres horas con un cuadro de disnea, clínica vaso-vagal y dolor torácico. A la exploración se encuentra pálido, sudoroso, normotenso y con murmullo vesicular disminuido en ambos campos. En la Ex de tórax se aprecia neumomediastino y el TAC revela los siguientes hallazgos: Engrosamiento de la pared esofágica distal con solución de continuidad en la pared anterolateral izquierda con aire transmural y extravasación de contraste. Con el diagnóstico de perforación instrumental de esófago, se decide intervención quirúrgica urgente (7 horas tras la perforación) realizándose toracotomía posterolateral izquierda. Apertura de pleura mediastínica y liberación de esófago torácico, apreciando fibrina abundante y desgarro longitudinal de todas las capas del esófago en cara lateral izquierda, de unos 7 cm de longitud (bordes no desvitalizados en apariencia). Se realiza frenotomía y completa la miotomía en vertiente gástrica. Grapado proximal a la perforación con sutura mecánica (Reticulator TA 30 Tyco ), cierre con puntos sueltos de PDS 3/0 y plastia tipo Belsey-Mark IV. Drenaje torácico doble y cierre de la cavidad torácica. Se completa el procedimiento con sonda nasogástrica hasta línea de grapado y laparotomía para realizar gastrostomía a lo Witzel.

El paciente evoluciona favorablemente, sin fiebre y con alimentación enteral por sonda de gastrostomía. A los 17 días de la intervención se realiza tránsito esofagogástrico informado como esófago repermeabilizado, tortuoso en su proci3n diastal con mala motilidad y abundante paso de contraste a est3mago sin evidencia de fugas. Es dado de alta a los 22 días, tolerando dieta blanda y asintomático. En última revisión (tres meses

tras la intervención) se encuentra asintomático y tolerando dieta oral con discreta disfagia tardía a sólidos, pero sin hipertonia en la manometría, habiendo descendido la presión de reposo con respecto a la previas.

Conclusiones: La perforación esofágica supone una patología extremadamente grave, con una mortalidad de hasta el 20% en los casos tratados antes de las 24h y del 50% si se tratan después. El diagnóstico precoz es pues clave en su manejo. El manejo de las perforaciones instrumentales es muy variable. Entre las opciones terapéuticas, se encuentra la exclusión. Actualmente, el uso de endograpadoras irreabsorbibles, y la posterior recanalización espontánea, evita una segunda intervención. En el contexto de una rotura por dilatación en achalasia, el procedimiento debe ser la reparación mucosa, completando la miotomía y plastia de la zona con una funduplicatura. En nuestra opinión, dada la magnitud del desgarro, la exclusión simple proximal con grapado apoyado con gastrostomía descompresiva, ofrece una alternativa válida y menos agresiva que la clásica bipolar con derivación esofágica

Desgarro de curvatura menor gástrica tras maniobra de Heimlich resuelta con cirugía laparoscópica.

R. Rosado Cobián; A. Gallardo Ortega; D. Ramírez Soler; P. Medina Reborio; F. Huertas Peña; S. Mezquita Gayango

Hospital del S.A.S. de Huérca-Overa. Almería.

Introducción: La maniobra de Heimlich es un procedimiento recomendado en casos de emergencia para desobstruir la vía aérea ocupada por un cuerpo extraño. Su aplicación permite recuperar la permeabilidad de la vía aérea aunque con la asunción de un cierto nivel de riesgo. Presentamos un caso de desgarro de la curvatura menor gástrica después de utilizar esta maniobra, y que fue resuelta mediante un abordaje laparoscópico.

Caso clínico: Mujer de 66 años, con antecedentes de ACV, demencia postinfarto cerebral, potomanía y colecistectomía previa, que sufre una obstrucción de la vía aérea con parada respiratoria por cuerpo extraño mientras come. Se consigue la expulsión del cuerpo extraño tras maniobra de Heimlich y ventilación posterior, pero a los pocos minutos comienza con mal estado general, taquicárdica, hipotensión y gran distensión abdominal con dolor difuso.

Exploraciones complementarias:

- Rx de tórax - Neumoperitoneo bajo la cúpula diafragmática derecha.

- Tránsito esofagogastrroduodenal - Esófago distal redundante, salida de contraste a cavidad abdominal a partir de la curvatura menor y estómago lleno de contenido alimenticio.

Intervención: Abordaje laparoscópico, utilizando un trócar de 11 mm en posición supraumbilical (cámara) mediante técnica de Hasson, observándose la salida de gas de la cavidad abdominal al colocarlo y sin necesidad de realizar neumoperitoneo posterior para introducir el resto de los trócares que se utilizaron como canales de trabajo: 5 mm (HD); 11 mm (HI); 11 mm (epigástrico).

Hallazgos: Se accede a la curvatura menor del estómago mediante abordaje de la trascavidad de los epiplones a través del epiplón mayor, y se expone la cara posterior gástrica advirtiéndose la existencia de un desgarró de 4 cms de longitud sobre la misma curvatura menor.

Tras aspirar el contenido gástrico y restos alimenticios, se sutura la herida con puntos entrecortados, y se lava la cavidad. Se dejó un drenaje en la proximidad de la sutura.

Resultados: La paciente toleró la dieta vía oral al cuarto día, después de haber realizado un tránsito esofagogástrico que no mostró alteración alguna. Al sexto día padeció un episodio de insuficiencia respiratoria relacionado con su enfermedad de base y del que se recuperó a las pocas horas. Al noveno día fue dada de alta sin ninguna otra complicación.

Conclusión: La cirugía laparoscópica permite en este tipo de lesiones su diagnóstico, la reparación de la lesión, el lavado de la cavidad y su drenaje con una menor agresión.

Estenosis gástrica post-banding: a propósito de un caso.

A. Muñoz Ortega, J. Cañete Gomez, V. Gomez Cabeza de Vaca, M. Gutierrez Moreno, A. Razak, J. M. Martos, M. Lozano, M. Perez Andres.

HUV Rocío. Sevilla

Introducción: El Banding gástrico, desde su introducción por Wilkinson (1980), ha evolucionado hasta considerarse una técnica segura y sencilla. Su uso en pacientes con sobrepeso e importante comorbilidad ha reducido la necesidad de cirugía de alto riesgo; no obstante, existen riesgos inherentes de la técnica no desdeñables.

Caso clínico: Varón de 42 años acude a urgencias por epigastria, melenas y hematemesis con repercusión hemodinámica, precisando fluidoterapia y transfusión sanguínea.

A. Personales:

- DM2
- HTA
- SAOS (bipap)
- Banding gástrico hace 15 meses
- Esteatohepatitis no alcohólica

P. complementarias:

- Hemograma: Hb 8g/L. Htco 0,25. 13000 Leucocitos/L.
- Bioquímica: Na 130meq/L. K 3,8meq/L.
- Coagulación normal.
- Rx simple normal

- Endoscopia oral: Esofagitis ulcerativa intensa grado IV con coágulos. Fruncimiento extrínseco en cuerpo medio dificultando vaciamiento gástrico.

- Rx con bario: Esófago irregular por esofagitis péptica. Estómago dividido en dos porciones por el Banding (fig1y2).

Se decide intervenir evidenciándose deslizamiento de la banda incluida en cara anterior gástrica, realizándose Scopinaro modificado con asa larga de 150cm, biopsia pancreática y eventroplastia, siendo alta tras diez días. En revisiones presentó normalización funcional hepática, desaparición de la DM y mejoría del SAOS.

Discusión: Entre las complicaciones del banding destacamos el «slippage» o deslizamiento del estómago por encima

de la banda (10%), la erosión gástrica por la banda (a veces por llenarla demasiado), problemas con el reservorio (infecciones, desconexión del tubo, ulceraciones de la piel..) y náuseas/vómitos o meteorismo. La hemorragia ocurre en menos del 2% de pacientes, requiriendo raramente reintervenir aunque en ocasiones es inevitable.

Tumor de Estroma (GIST) gástrico gigante. Manejo en paciente joven

M. Felices Montes, A. Morales González, E. Yagüe Martín, L. García Balart

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Introducción: Los tumores estromales del tracto gastrointestinal (GIST), constituyen un grupo raro de tumores, siendo las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo. Su incidencia, es estimada en 2 casos nuevos por 100.000 habitantes y año, con igual prevalencia para varones y mujeres. Se caracterizan por presentar un inmunofenotipo con expresión positiva para antígeno CD-117 (80%-95%) y CD-34 (70-80%), lo que los diferencia de otros tumores mesenquimales. Asientan con mayor frecuencia en estómago (70%) dando una clínica inespecífica, y deben tratarse siempre como tumores potencialmente malignos (recidiva, 40%-70%). Su tamaño y actividad mitótica, son considerados como los principales factores pronósticos. El tratamiento de elección es el quirúrgico, con resección completa.

Pacientes y métodos: Paciente de 37 años con antecedentes de apendicectomía y cólicos renales que durante el estudio de anemia microcítica y dolor abdominal en el último año se le descubre masa gástrica. A la exploración no presenta hallazgos de interés excepto cierta palidez cutáneo mucosa. El TAC de abdomen confirma la presencia de masa en fundus gástrico de más de 12 cm que crece desde su pared posterior y en su crecimiento oblitera el plano gástrico con superficie diafragmática y el cuerpo y cola pancreática.

Endoscopia alta: Neoformación excremento irregular de unos 4-5 cm de diámetro con múltiples lesiones ulcerosas superficiales fibrinadas. Biopsia. Compatible con tumor del estroma gastrointestinal. CD 34 y CD 117 positivos. Se realiza intervención que encontrándose el tumor en contacto con polo superior de bazo y diafragma. Se realiza gastrectomía + esplenectomía + resección parcial de diafragma y reconstrucción en Y de Roux

Resultados: La evolución es favorable siendo dado de alta a los 17 días de la intervención. Se le han administrado hasta el momento dos ciclos de imatinib mesilato. Actualmente está libre de enfermedad (8 meses). La anatomía patológica, confirma la existencia de un tumor GIST de 15 x 10 y 10 mitosis/50CGA. Margen de resección proximal libre de tumor más cercano a 0,5 cm. 27 ganglios linfáticos libres de enfermedad. Bazo libre de enfermedad

Conclusión: Los tumores GIST han cobrado protagonismo en los últimos años sobre todo por el descubrimiento en el año 2001 del imatinib mesilato. Actualmente está aceptado su uso en tumores localmente avanzados y potencialmente irresecables y/o en la enfermedad diseminada metastásica. Estudios que se están desarrollando en la actualidad, dilucidarán su uti-

lidad en la neo y adyuvancia junto al tratamiento quirúrgico. Deben tratarse como tumores potencialmente malignos, con todo lo que ello conlleva desde el punto de vista de la cirugía oncológica. Las resecciones pueden ser atípicas y lo más conservadoras posibles, si el tamaño y la localización del tumor lo permiten, con la intención de conseguir un margen quirúrgico libre de enfermedad. Debe descartarse la enucleación y la linfadenectomía (extensión linfática < 4%)

Evolución de la Diabetes Mellitus tras cirugía bariátrica

V. Maturana Ibáñez, M. Rico Morales, R. Belda Lozano, M. Ferrer Márquez, M. Ferrer Ayza

CH Torrecárdenas. Almería

Introducción: Los pacientes con obesidad presentan asociados al problema de la ganancia de peso una serie de comorbilidades entre las que destacan la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, Diabetes Mellitus, Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, artrosis, enfermedad por reflujo gastroesofágico, asma y depresión, como patologías más frecuentes. La cirugía bariátrica ha demostrado mejorar notablemente, si no resolver, muchas de estas comorbilidades.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo de nuestros 100 primeros pacientes obesos intervenidos de cirugía bariátrica, 54 de los cuales eran diabéticos, 7 de ellos insulino-dependientes. Los 47 pacientes restantes no presentaron criterios de diabetes previa ni posteriormente a la intervención quirúrgica. Se ha realizado un seguimiento de los mismos durante 2 años midiendo los niveles de glucemia basal y los requerimientos de insulina.

Resultados: Los 54 pacientes diabéticos han presentado notable mejoría en sus cifras de glucemia basal tras la intervención quirúrgica, siendo los más beneficiados los 47 pacientes no insulino-dependientes, pues la cirugía les ha permitido dejar el tratamiento antidiabético oral incluso sin dieta específica. En los 7 insulino-depoendientes, ha habido reducciones ostensibles en los requerimientos diarios de insulina para un control adecuado de su Diabetes. Los 47 pacientes no diabéticos incluidos en el estudio no presentaron en ningún momento criterios de Diabetes Mellitus, ni en los controles previos a la intervención ni en el seguimiento.

Conclusión: Al igual que en otras series publicadas, en nuestro caso, la cirugía bariátrica tiene un óptimo resultado en cuanto a las distintas comorbilidades asociadas a la obesidad, siendo los máximos beneficiados de la intervención quirúrgica los pacientes diabéticos tipo II y también los de tipo I.

Doble perforación: gástrica con formación de absceso hepático, y de ángulo esplénico en un segundo tiempo, por cuerpo extraño.

E. Yagüe Martín, A. Morales González, M.Ferrer Márquez, M. Rico Morales, V. Maturana Ibáñez, J. Torres Melero

Complejo hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Introducción :La ingesta de cuerpos extraños es habitual en

niños, enfermos mentales, personas con dentadura postiza y desdentados, así como en casos de alteraciones de la deglución. Se calcula que sólo un 1% de los cuerpos extraños perforan el tracto gastrointestinal. Estas perforaciones suelen ser causadas por cuerpos extraños con extremo rígido como palillos de dientes, espinas o huesos de pollo, y ésta puede producirse a cualquier nivel, con preferencia por las zonas de angulación o estrechamiento, o de patología subyacente como Crohn o cirugía previa. En el caso de perforación intestinal, ésta ocurre en un 75% de los casos en el área ileocecal. La formación de abscesos hepáticos secundarios a la perforación por cuerpo extraño ingerido es excepcional. El tiempo transcurrido desde la ingesta, en general accidental y no percibida va desde días a años por lo que el diagnóstico rara vez se sospecha, produciendo un retraso en el diagnóstico y aumento de la morbilidad.

Caso clínico: Paciente varón de 52 años; acude a urgencias por presentar dolor epigástrico intenso y fiebre de manera intermitente de un mes de evolución, más acentuado en las últimas 24 horas y acompañado de signos de irritación peritoneal. Refiere ingesta accidental de cuerpo extraño (palillo de dientes) hace un mes como único antecedente. Tac abdominal compatible con perforación gástrica encubierta y absceso hepático. Se realiza intervención quirúrgica de urgencia donde, tras hallar una perforación gástrica en cara posterior antral, con signos de perigastritis y gran componente inflamatorio acompañado de absceso hepático, se realiza una gastrectomía subtotal con anastomosis Billroth 3 y drenaje del absceso, sin encontrar en el acto quirúrgico el dicho cuerpo extraño. El paciente es dado de alta asintomático, afebril y con pruebas complementarias dentro de ella normalidad. Presenta reingreso a los 2 meses por clínica de dolor abdominal intenso y signos de irritación peritoneal. TAC abdominal compatible con retroneumoperitoneo y cambios inflamatorios en relación con perforación de colon descendente. Se interviene con carácter urgente, realizándose un resección de ángulo esplénico con anastomosis, sin evidenciarse macroscópicamente cuerpo extraño. Se informa la anatomía patológica como erosión de mucosa colónica con peritonitis focal y eosinofila intramural por cuerpo extraño y hueso/ restos vegetales.

Discusión :El hallazgo de cuerpos extraños en el tracto intestinal es un problema clínico relativamente frecuente, siendo la ingestión oral la causa más frecuente. Las zonas de estrechez, angulación o fondos de saco del tracto digestivo son las zonas más propicias en el caso de perforación , bridas originadas por intervenciones abdominales previas y anastomosis. Las zonas anatómicas de impactación de los objetos extraños son: esfínteres esofágicos superior e inferior, píloro, duodeno, válvula ileocecal, ciego, apéndice y ano.La sintomatología clínica es variada y el diagnóstico de sospecha es difícil, ya que el período de evolución es largo (superior a las 2 semanas en el 50% de los casos), y en algunos casos hasta 15 meses.La terapéutica antibiótica es imprescindible en las perforaciones, iniciándose antes de la propia intervención quirúrgica y prosiguiendo después de ésta. La demora en la intervención quirúrgica origina una mayor morbimortalidad y la técnica quirúrgica empleada depende de la localización de la perforación, de las condiciones locales y del tiempo de

evolución de la misma.

Vólvulo gástrico mesentérico axial en el anciano. A propósito de un caso

A. Morales, E. Yagüe, M. Felices

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Introducción: El vólvulo gástrico constituye una de las complicaciones de las hernias paraesofágicas. Es una entidad poco común pero potencialmente letal, que ocurre cuando el estómago rota sobre su eje más de 180 grados. En torno al 15 – 20 % ocurren en pacientes pediátricos, pero el pico de incidencia es en torno a la 5 década de la vida. Si ocurre en el eje longitudinal se denomina vólvulo Organoaxial (2/3 del total) y si ocurre en el eje transversal de Vólvulo mesentérico axial (1/3 de los casos). El resultado es el compromiso del aporte vascular al mismo que puede evolucionar a una distensión y posterior necrosis del estómago. Desde el primer caso publicado por Parè en 1579 han sido publicados más de 350 casos.

Pacientes y métodos: Mujer de 81 años con antecedentes personales de angina de esfuerzo, hipertensión arterial, epilepsia y hernia hiatal de larga evolución, que acude a urgencias por presentar cuadro de 72 horas evolución de dolor abdominal epigástrico de carácter continuo irradiado al resto del abdomen, náuseas sin vómitos, e imposibilidad de tragar. A la exploración presenta un abdomen con dolor a palpación en epigastrio, sin signos de peritonismo ni defensa. Análíticamente destaca la presencia de importante leucocitosis (36.000) con desviación a la izquierda (90%)

Se realiza TAC toracoabdominal que evidencia la presencia de hernia hiatal paraesofágica con volvulación mesentérico-axial sin gas en pared gástrica ni signos de necrosis. Decidimos instaurar de entrada un tratamiento con sonda nasogástrica y reposición hidroelectrolítica, consiguiendo pasar el cardias y descomprimiento el estómago. La paciente experimenta franca mejoría clínica y analítica, por lo que se ingresa en planta y se completa el estudio para cirugía programada.

Transito baritado: Gran hernia de hiato 10 x 10 cm con fundus y cuerpo gástrico y vaciamiento diferido. Buen paso desde cámara a duodeno

Endoscopia: Lago gástrico en cascada, sin lesiones en cuerpo, ni fundus, ni incisura. Píloro permeable

Resultados: Se realiza Incisión media supra-infra umbilical, con posterior reducción de la hernia y escisión del saco. Cierre posterior de los pilares sin tensión con puntos sueltos de seda y realización de funduplicatura de Nissen y pexia a los pilares. La evolución es favorable, siendo retirada la sonda a las 72 horas e instaurando alimentación progresiva. Fue dada de alta a los 6 días. En la revisión al mes de la intervención, la paciente se encuentra asintomática y no existen datos radiológicos de recidiva.

Conclusiones: El vólvulo agudo constituye una urgencia quirúrgica que puede evolucionar rápidamente a la estrangulación del estómago. El tratamiento debe ser urgente, intentando franquear el cardias con una sonda nasogástrica, para facilitar la intervención posterior. En caso de signos de necrosis, la intervención de urgencia está indicado. Cuando existe defecto diafrágico asociado, la reparación del mismo,

desvolvulación, y la asociación de técnica antirreflujo y pexia, es la técnica indicada.

Abscesos Hepáticos Amebianos

F.J. del Rio Lafuente, P. Fernández Zamora, F. del Rio Marco.

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

Introducción: La incidencia de los abscesos hepáticos amebianos (AHA) ha aumentado en los países desarrollados debido al incremento de la inmigración, los viajes a áreas de infección endémica y de la población homosexual.

Pacientes y métodos: Se trata de 3 pacientes varones de 32, 35 y 38 años. Consultaron por fiebre y dolor en epigastrio e hipocondrio derecho de varios días de evolución. Uno era natural de Ghana, otro había realizado un viaje a Senegal tres meses antes y el tercero practicaba piragüismo. TAC abdominal: imágenes compatibles con absceso intrahepático. Serología: positiva en los tres casos. En dos casos se observó el Trofozoito de Entamoeba histolytica con eritrocitos en su interior en estudio con visión directa del fluido. Parásitos en heces y coprocultivo: positivos en dos de los pacientes así como en la pareja del que había viajado a Senegal.

Resultados: Se instauró tratamiento antibiótico intravenoso. En un caso apareció insuficiencia respiratoria con derrame pleural derecho precisando drenaje

percutáneo del absceso. Se realizó desparasitación intestinal cuando el coprocultivo resultó positivo. Tras el alta hospitalaria, en un caso persistía en la TC una imagen polilobulada de pared irregular por lo que se practicó biopsia ecodirigida, obteniéndose material purulento cuyo estudio resultó diagnóstico de AHA.

Conclusiones: Los AHA son infrecuentes en nuestro medio pero deben sospecharse en pacientes que han viajado o proceden de zonas endémicas. El pronóstico en los abscesos no complicados es bueno. El tratamiento quirúrgico es excepcional gracias al uso de antibióticos aunque algunos casos pueden precisar punción o drenaje.

Tumor Esplénico Secundario

F.J. del Rio Lafuente, P. Fernández Zamora, F. del Rio Marco.

*Hospital Universitario Virgen Macarena -SEVILLA ,
Hospital Universitario Miguel Servet- Zaragoza.*

Introducción: El bazo es un lugar poco habitual de asiento de metástasis de tumores sólidos siendo en todo caso más frecuente la invasión por continuidad desde estómago, páncreas o colon. Las metástasis esplénicas de tumores ováricos son poco frecuentes y suelen aparecer como una diseminación metastásica a lo largo de toda la cavidad abdominal. La aparición de una única metástasis aislada es un hecho excepcional .

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente con una neoplasia de ovario tratada previamente con cirugía y quimioterapia que desarrolló posteriormente una metástasis esplénica única, sin evidencia de recurrencia o metástasis a

otros niveles y fue tratada satisfactoriamente mediante esplenectomía. Conclusiones: el tratamiento de elección de la metástasis esplénica aislada para muchos autores es la esplenectomía, vía abierta, laparoscópica tradicional o «hand assisted». La quimioterapia suele ser poco efectiva en el tratamiento de las metástasis esplénicas. El pronóstico en el caso de metástasis esplénica aislada suele ser bastante bueno.

Metástasis Pancreática de un Cáncer de Riñón

F.J. del Rio Lafuente, P. Fernández Zamora, F. del Rio Marco.

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

Introducción: La intervención por metástasis pancreática de un cáncer de riñón representa un 2% de las resecciones pancreáticas. Estas metástasis son más raras que las de los melanomas, de los cánceres de pulmón, mama o colorectales. La edad media de aparición es de 65 años y su descubrimiento es habitualmente fortuito.

Material y Método: Paciente de 82 años de edad, hospitalizado por un cuadro de dolor abdominal. En sus antecedentes se recogen crisis de úlcus duodenal tratadas con antiulcerosos y una nefrectomía derecha por cáncer realizada hace 12 años. La exploración abdominal y los análisis practicados son normales. La gastroscopia muestra cicatrices duodenales sin estenosis. La ecografía muestra una formación expansiva, hipocogénica, redondeada de unos 25 mm. de diámetro, situada en la cola del páncreas. La TAC ha confirmado ésta imagen mostrando una lesión tisular ovalada de 30x25 mm., situada en la unión del cuerpo y la cola del páncreas.

Es intervenido quirúrgicamente, confirmando la existencia de dicha lesión en la zona corporocaudal y realizando una esplenopancreatectomía izquierda. El curso postoperatorio ha sido satisfactorio. El estudio anatomopatológico muestra un nódulo de 25 mm. de diámetro, a unos 2 cm, de la zona de sección pancreática, encapsulado y el estudio histológico lesión compatible con una metástasis de un cáncer de riñón.

Discusión: La ecografía y la TAC son exámenes específicos para su diagnóstico y hacen inútil y peligrosa la biopsia ecodirigida. La metástasis es única en el 70% de los casos. El intervalo entre la nefrectomía y la aparición de la metástasis suele ser muy amplio. La confirmación peroperatoria del diagnóstico es necesaria. Si es técnicamente realizable, una resección reglada y no una enucleación, es la técnica adecuada, debido a una elevada tasa de recidiva de esta última indicación. La quimioterapia juega un papel marginal en este tipo de metástasis.

Presentación clínica de un divertículo duodenal como una neoplasia mucinosa quística de páncreas. A proposito de un caso.

M. Alba Valmorisco, M.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García, M.C. Bazán Hinojo, V. González Rodicio, J.R. Castro Fernández, A. Gil Olarte Pérez, J.M. Vázquez Gallego.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: El duodeno constituye la segunda localización más frecuente de divertículos por detrás del colon, se presentan con una frecuencia de un 1 % a un 23 % en series radiológicas, de autopsias y CPRE; en dos tercios de los casos se localizan en la segunda porción del duodeno (especialmente yuxtavaterianos), pero también en la tercera y cuarta porciones del duodeno (10 % de los divertículos). Dada su proximidad a la cabeza del páncreas y que el divertículo este lleno de líquido puede ser confundido con neoplasias pancreáticas quísticas.

Material y método: Paciente de 68 años con dolor epigástrico con irradiación en cinturón que fue ingresado en el servicio de digestivo con el diagnóstico de pancreatitis aguda edematosa. Durante su ingreso el paciente tuvo una evolución clínica favorable y al realizar TAC abdominal se demostró la presencia de hallazgos compatibles con pancreatitis con cambios inflamatorios y pequeñas adenopatías mesentéricas; y en proceso uncinado se evidenció una zona de varios quistes bien delimitados, algunas calcificaciones puntiformes periféricas asociadas y un Wirsung moderadamente dilatado, todo ello planteaba la posibilidad de neoplasia mucinosa quística.

Posteriormente se le practico una Ecoendoscopia que evidenciaba la presencia de una lesión quística comunicada con el Wirsung de 2,5 cm de diámetro cuya PAAF informó de la existencia de mucina y proliferación celular compatible con neoplasia mucinosa.

Con la sospecha de neoplasia mucinosa se procedió a la realización de laparotomía exploradora observándose una cabeza pancreática dura, no visualizándose macroscópicamente tumor quístico en proceso uncinado y si un divertículo duodenal paravateriano. Tras liberación del bloque duodenopancreático se realizan múltiples biopsias intraoperatorias Tru-cut en zona sospechosa de la lesión cuyo resultado fue de ausencia de malignidad, y extirpación en bloque del proceso uncinado cuya AP fue de tejido pancreático sin anomalías

Discusión: Aunque los divertículos duodenales pueden ser sintomáticos (causando dolor abdominal o sangrado) la mayoría son asintomáticos, al igual que los pacientes con neoplasia pancreática quística la mayoría (51%) son asintomáticos mientras un 38% presentan dolor y un 8% náuseas o vómitos. La aspiración del líquido intradiverticular podría no ser específico y así es imposible distinguir contaminación de la verdadera composición de un presumible quiste. De cualquier forma, la aspiración guiada por Ecoendoscopia puede ser útil en la evaluación masas quísticas pancreáticas, con aspiración de mucina y fluidos mucinosos que sugieran una neoplasia (neoplasia papilar intraductal productora de mucina o neoplasia quística mucinosa) que podría requerir escisión quirúrgica.

Conclusión: En ocasiones el diagnóstico preoperatorio del divertículo duodenal así como el diagnóstico diferencial con la neoplasia mucinosa quística de páncreas es muy complicado, ya que la punción del líquido del interior del divertículo (como ocurrió en este caso) al aparecer mucina y proliferación celular puede ser similar al de un proceso neoplásico mucinoso pancreático y la similitud en las pruebas de imagen.

Pancreatitis autoinmune: diagnóstico diferencial en la tumoración pancreática

A.Reguera Teba, A.Ramiro Sánchez, A. Palomares Cano,

E.Dabán Collado, M.Medina Cuadros

Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Presentamos un caso de un paciente varón de 49 años ingresado en Digestivo 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 pancreática con dilatación de vía biliar principal. La punción con aguja gruesa es negativa para células malignas.

En los antecedentes personales destaca ser intervenido hace 10 años de tumoración parotídea benigna en la que aparece infiltrado linfoplasmocitario

Con la sospecha de malignidad se decide intervención quirúrgica con riesgo anestésico ASA II apreciándose tumoración pancreática de 3 cm, cuya biopsia pancreática intraoperatoria informa de numerosas atipias celulares en el contexto de proceso inflamatorio, no descartando la presencia de cáncer, por lo que se realiza duodenopancreatectomía cefálica.

El postoperatorio transcurre sin incidencias siendo alta a la semana. El informe anatomopatológico definitivo es de pancreatitis esclerosante linfoplasmocitaria. A los dos meses presenta nuevo ingreso, por presentar prurito e ictericia, mejorando esto con tratamiento esteroideo. En la actualidad se encuentra asintomático y realiza controles en la consulta de enfermedades sistémicas, presentando normalidad en las pruebas de laboratorio.

La pancreatitis autoinmunes es una entidad rara, se define como una inflamación crónica del páncreas causada por mecanismos autoinmunes documentados por su histopatología, con presencia de niveles altos de Ig G y con adecuada respuesta a esteroides. Pude asociarse a otras enfermedades autoinmunes.

El objetivo del estudio es presentar distintos criterios diagnósticos que son considerados claves para el diagnóstico correcto de etiología autoinmune, la dificultad radica en que algunos de estos criterios son histológicos o terapéuticos empíricos y por tanto no se disponen de ellos en el acto quirúrgico o previo a decidir la intervención.

Revisamos la incidencia, prevalencia así como la relación con factores raciales

El tratamiento de elección corresponde a los esteroides, mejorando la ictericia y el dolor abdominal. Otros tratamientos son el stent biliar y el AC Ursodeoxicólico

El pronóstico general es bueno. Algunos requieren dosis bajas de por vida, con baja % de recurrencia, mejorando con retratamiento. No se asocia a Ca páncreas. Presenta bajas incidencias de insuficiencia exocrina y en menos del 20% se asocia a insuficiencia endocrina

En el contexto de pancreatitis autoinmune pude crear problemas de diagnóstico diferencial con un tumor pancreático, y no es raro que ante la duda este paciente sea sometido a cirugía.

Colecistostomía Percutánea con Anestesia Local como Alternativa a la Cirugía en Casos Concretos

F. Huertas, A. Gallardo, P. Medina, S. Mezquita, D. Ramirez, R. Rosado

Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa. Almería.

Introducción: El tratamiento de elección de la colecistitis aguda es la colecistectomía. El abordaje laparoscópico es de elección si se cuenta con suficiente experiencia. En pacientes añosos, pluripatológicos, en definitiva, con una contraindicación formal para la cirugía, la colecistostomía percutánea con anestesia local es una alternativa a la intervención quirúrgica.

Pacientes y método: En el periodo 2004-2005 se han realizado 15 colecistostomías percutáneas con anestesia local y con control ecográfico. Han sido pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda complicada, edad avanzada, importante comorbilidad asociada, deterioro significativo de su estado general y alto riesgo quirúrgico.

Resultados: La edad media fue de 75 años. El diagnóstico se basó en la clínica, estudio de laboratorio y ecográfico. Los pacientes fueron todos tratados con antibiótico intravenoso además de las medidas de soporte básico (sueroterapia.). El 70% de los pacientes fueron ASA IV y un 30% ASA III. Se realizó una colecistostomía con anestesia local guiada con ecografía. La bacteria implicada en la mayoría de los casos fue E. Coli. En el seguimiento, 14 pacientes evolucionaron favorablemente (93%), de los cuales 5 fueron rescatados para la cirugía y hubo un fallecimiento.

Conclusiones: Este procedimiento es bien tolerado por los pacientes ancianos de alto riesgo, con baja mortalidad y mínimas complicaciones, lo que permite una rápida recuperación del paciente. De esta manera creemos que es una alternativa válida a la cirugía.

Lesión Grave de la Vía Biliar Principal Durante Colecistectomía Laparoscópica ¿Es Posible Evitarla?

F. Huertas, R. Rosado, S. Mezquita, D. Ramirez, A. Gallardo, P. Medina

Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa. Almería.

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es, en el momento actual, el tratamiento de elección de la coledocistitis sintomática. Se define la lesión quirúrgica de la vía biliar principal como la obstrucción (ligadura, clipado o estenosis cicatricial), sección parcial o total de la vía biliar principal o conductos aberrantes que drenan un sector o segmento hepático.

Caso clínico: Paciente mujer de 35 años intervenida por coledocistitis sintomática. Durante la colecistectomía laparoscópica el conducto cístico es confundido con el hepático común, de tal forma que se produce una sección completa de este último a 2 cm de la bifurcación de los hepáticos (Figura 1). Se decide reconstrucción inmediata mediante anastomosis T-T y tutorizarla con tubo de Kehr gracias a una coledocotomía distal (Imagen 2).

A los 5 meses la paciente presenta una estenosis de la anastomosis (Imágenes 3 y 4) que es tratada mediante CPRE con papilotomía y colocación de endoprótesis (Imagen 5). Al año nueva estenosis por lo que se deriva a Centro de referencia en Cirugía Hepática y se realiza hepaticoyunostomía en Y de Roux tutorizada. Han pasado 5 años desde la derivación biliar y la paciente se encuentra asintomática, tan solo con una dis-

cresca elevación de las transaminasas.

Conclusiones: La incidencia de lesión de la vía biliar durante la colecistectomía laparoscópica varía entre el 0 y el 1%, con una incidencia mediana del 0,4%. En nuestro servicio se han realizado alrededor de 1000 colecistectomías laparoscópicas en los últimos 5 años, por lo que su incidencia es del 0,1%.

El mejor tratamiento para este tipo de lesiones es su prevención. El entrenamiento adecuado, el conocimiento de los mecanismos de lesión, la selección adecuada de los pacientes, el seguimiento de pasos operatorios seguros, así como conversión a cirugía abierta son pilares básicos en la prevención.

La colangiografía intraoperatoria puede ser de utilidad ante la más mínima duda sobre la anatomía biliar. Otro aspecto importante es su diagnóstico, ya que la gravedad varía si el diagnóstico se realiza intraoperatorio o en el postoperatorio. De este modo hay que pensar siempre en lesión de la vía biliar pero sobre todo en la cirugía aparentemente fácil, presencia de bilis en el campo operatorio sin perforación biliar, hemorragia descontrolada.

Linfangioma quístico del bazo: Tratamiento laparoscópico.

A. Gallardo Ortega; S. Mezquita Gayango; P. Medina Reborio; R. Rosado Cobián; F. Huertas Peña; D. Ramírez Soler

Hospital del S.A.S. de Huércal-Overa. Almería.

Introducción: Los quistes esplénicos son poco frecuentes, siendo la mayoría solitarios (aunque pueden ser múltiples) y asintomáticos. Se presentan principalmente en pacientes jóvenes y niños, aunque pueden desarrollarse a cualquier edad (como sucede en el caso que presentamos), siendo recomendable el tratamiento quirúrgico por el riesgo de rotura ante mínimos traumatismos. De ellos, el linfangioma constituye una entidad aún menos frecuente.

Material y métodos: Varón, de 68 años de edad, sin antecedentes quirúrgicos de interés, hipertenso, y que es remitido a las consultas de Medicina Interna de nuestro hospital desde su centro de salud por cuadro clínico de dolores esporádicos y autolimitados en hipocondrio izquierdo de un mes de evolución. La exploración clínica no mostró hallazgos relevantes, siendo la analítica general, pruebas de función hepática, serología hidatídica y marcadores tumorales (CEA y Ca 19.9) normales. Las pruebas de imagen realizadas mostraron:

- Ecografía abdominal: Imagen quística, tabicada, de 3 x 2 cm. en polo esplénico superior.

- TAC abdominal: Presencia de una lesión esplénica quística en bazo, a nivel periférico y subdiafragmático, con escasa captación de contraste i.v. y de las dimensiones ya descritas en la ecografía.

Resultados: Con el diagnóstico de tumoración esplénica quística es intervenido en nuestro Servicio mediante cirugía laparoscópica, realizándose esplenectomía. No se desarrolló incidencia alguna durante la intervención.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica supone una alternativa terapéutica sumamente eficaz en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones esplénicas, minimizando la agresión quirúrgica y aportando las ya conocidas ventajas en cuanto a

menor dolor postoperatorio y una más rápida incorporación a la vida habitual que ello supone.

Manejo de las fuga pancreática secundaria a la duodenopancreatectomía cefálica

V. Gómez, D. Molina, J.M. Álamo, G. Suárez, C. Bernal, L.M. Marín, M.A. Gómez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La fuga es una complicación relativamente infrecuente cuando hablamos de fugas secundarias a la duodenopancreatectomía cefálica. El manejo puede ser quirúrgico o médico.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 53 años que tras una intervención de Whipple presenta un importante dolor abdominal que es causado por la fuga de secreción pancreática a la cavidad abdominal, como podrá observarse en la imagen.

Resultados: Se realiza un manejo inicialmente conservador con dieta absoluta y nutrición parenteral, se realiza además drenaje percutáneo guiado por ecografía pero tras no encontrar mejoría finalmente requiere laparotomía y por tanto un manejo más agresivo.

Conclusiones: La fuga pancreática debe tratarse inicialmente de manera conservadora (dieta absoluta, nutrición parenteral, somatostatina) y posteriormente optar por otras opciones menos agresivas como el drenaje percutáneo, sin descartar la intervención quirúrgica cuando no son posibles estas alternativas.

Linfoma esplénico B de la zona marginal

E. García Abril, I. Machado Romero, J.G. Alonso Roque, J.A Pérez Ramón

Clínica Inmaculada Concepción. Granada.

Introducción: Los linfomas esplénicos de la zona marginal son neoplasias linfoides de bajo grado de malignidad, de fenotipo B generalmente con supervivencia larga incluso cuando infiltran la médula ósea. Suponen menos del 1% de los tumores linfoides. Afectan por igual a pacientes de ambos sexos por encima de la quinta década de la vida.

Material y Métodos: Presentamos el caso de una Mujer de 60 años con antecedentes de osteoporosis y apendicectomía. Consultó por astenia, anorexia y pérdida de peso sin cuantificar, junto con dolor en el hipocondrio izquierdo de 3 meses de evolución.

En la inspección la enferma estaba afebril y presentaba palidez cutáneo-mucosa. En la exploración abdominal destacaba una esplenomegalia que llegaba a la fosa iliaca izquierda, no dolorosa, de consistencia dura, contornos regulares y que contacta con el lóbulo izquierdo del hígado.

En el hemograma destacaba: hemoglobina 9 g/dl, hematocrito 28,3%, VCM 82 fl, leucocitos 11.250/mm³. Un 10% de los linfocitos eran atípicos, plaquetas 60.000/mm³, actividad de protrombina 63%. Velocidad de sedimentación en 1 hora 110 mm. El resto era normal. Glucemia, creatinina, iones, enzimas hepáticas: normales, excepto la LDH: 640 U/l. HBsAg y anti-

cuerpos para virus C, gota gruesa, prueba de Mantoux 5-PPD: negativos. VDRL y VIH: negativos.

TAC abdominal: tumoración en hipocondrio izquierdo que se extiende hasta la fosa ilíaca izquierda de aproximadamente 30 x 20 x 12 cm y que por su forma corresponde a una esplenomegalia gigante.

Se realizó esplenectomía abierta por incisión media xifopúbica, la pieza esplénica ocupaba 2/3 de la cavidad abdominal. Se tomaron 2 biopsias hepáticas de los segmentos III y IV.

El estudio de médula ósea y sangre periférica puso de manifiesto infiltración por un linfoma no Hodgking de bajo grado.

No se aplica quimioterapia por estar en remisión después de la esplenectomía y no demostrar enfermedad activa hasta el momento.

Resultados: el informe patológico resultó como pieza de esplenectomía de 2635 gr de peso y 27x 18x 10 cm. Linfoma esplénico B de la zona marginal. Hígado: cambios reactivos.

Células ploriferantes esplénicas + para CD20 y negativas para CD3, CD5, CD10, bcl2 y ciclina D1.

La paciente tuvo un postoperatorio favorable siendo dada de alta a los 5 días. Los parámetros hematológicos comenzaron a corregirse a los pocos días de la intervención. A los dos años de seguimiento no se ha apreciado recidiva de la enfermedad.

Conclusión: El linfoma esplénico de la zona marginal es un desorden linfoproliferativo primario del bazo que se ha descrito recientemente, en la mayoría de los casos son considerados como linfomas de células B extranodales indolentes. Presentan una media de supervivencia del 78% a los 5 años.

Independientemente de su baja agresividad, su progresión histológica ha sido descrita en esporádicos estudios e igualmente su frecuencia junto con sus características generales. Las anomalías moleculares de éste fenómeno son conocidas en el momento actual aunque continúan ampliándose los conocimientos sobre este proceso.

La esplenectomía tiene baja mortalidad y morbilidad, generalmente ofrece la corrección de la citopenia hematopoyética y el diagnóstico correcto, por lo que se plantea como el tratamiento de elección en esta patología. Sólo en caso de progresión de la enfermedad, la quimioterapia se plantearía como una alternativa terapéutica.

Coleperitoneo por perforación espontánea del árbol biliar intrahepático secundaria a obstrucción litiásica de colédoco distal

R. Rodríguez González, A. García Navarro, N. V. Muñoz Pérez, C. Moreno Cortés, M. T. Villegas Herrera, D. Garrote Lara, J. A. Ferrón Orihuela.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: La aparición de un coleperitoneo por perforación del árbol biliar de forma espontánea (no asociada a traumatismo o manipulación previa de la vía biliar ni a perforación vesicular por colecistitis aguda), es una presentación clínica poco frecuente. Generalmente se asocia a colédocolitiasis que da lugar a una hiperpresión dentro de la vía biliar principal y, finalmente, necrosis de la pared ductal. Es un proceso potencialmente grave y de diagnóstico preoperatorio difícil por la inespecificidad de la sintomatología y por el bajo índice de

sospecha clínica. Presentamos un caso intervenido en nuestro servicio con estas características.

Caso: Mujer de 76 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo y obesidad mórbida (IMC 46.8), intervenida de prótesis de rodilla bilateral, y alérgica a Penicilina y Metamizol, que ingresó en nuestro servicio de forma urgente con diagnóstico preoperatorio clínico y ecográfico de colecistitis aguda con colelitiasis y colédocolitiasis múltiples e ictericia obstructiva. Analíticamente presentaba leucocitosis con desviación izquierda y una bilirrubina Total 7.8 mg/dL. Previamente a la intervención quirúrgica, el valor de la bilirrubina total descendió hasta 3.8 mg/dL, pero apareció dolor abdominal intenso con peritonismo difuso.

Se intervino de urgencia, mediante laparotomía subcostal derecha con sospecha de colecistitis y colangitis, hallándose un coleperitoneo de instauración reciente, junto a colecistitis aguda litiásica, colangitis aguda y colédocolitiasis. Tras exploración minuciosa para filiar el origen del coleperitoneo se encontró una rotura de canalículo biliar periférico en la zona lateral del segmento II hepático. Se realizó colecistectomía y extracción transcística de varias litiasis coledocianas, junto a material biliopurulento. La colangiografía transcística intraoperatoria mostró un stop en papila asociado a extravasación de contraste en rama distal de radicales biliares del segmento II hepático, coincidiendo con el hallazgo anatómico. La coledocoscopia evidenció la existencia de una litiasis impactada a nivel de colédoco distal, que no se logró extraer ni expulsar a duodeno mediante las maniobras habituales, lo que obligó a realizar duodenotomía y papilotomía transduodenal. El lavado posterior de la vía biliar, comprobación de la permeabilidad de la vía biliar y sutura del canalículo afecto.

El informe anatomopatológico fue de colecistitis aguda y en el cultivo del líquido biliar había E. Coli sensible a Ciprofloxacino. La evolución postoperatoria fue favorable siendo alta el 12º día postoperatorio, estando la paciente asintomática y con valores analíticos normalizados. En el seguimiento posterior no se han detectado complicaciones.

Conclusiones: Ante una presentación clínica inusual como es la lesión espontánea de la vía biliar, el adecuado reconocimiento del cuadro y el tratamiento quirúrgico precoz junto con una minuciosa revisión de toda la anatomía del árbol biliar, son factores que deben contribuir a un apropiado manejo de dicha patología.

Estudio retrospectivo del tratamiento quirúrgico ambulatorio de la colelitiasis

A. Muñoz Ortega, J. Cañete Gomez, M. Gutierrez Moreno, V. Gomez Cabeza de Vaca, F. Docobo Durantez, J.M. Mena Robles

HUV Rocío. Sevilla.

Ambulatorización de la colecistectomía laparoscópica. estudio retrospectivo de 46 casos.

Introducción: El tratamiento quirúrgico vía laparoscópico de la colelitiasis ha presentado un gran avance en las últimas décadas, desde que en 1987 Mouret realizara la primera intervención de este tipo entre las dudas reinantes de su beneficio frente a la laparotomía clásica. Hoy en día, además de ser la

técnica “gold estandar” en el tratamiento quirúrgico de la colelitiasis, se ha incluido como procedimiento en las UCMA desde que en 2001 se presentara la primera serie de ambulatorización en EEUU con buenos resultados. Desde el año 2002 se introduce la colecistectomía laparoscópica en nuestro hospital como cirugía sin ingreso, dando respuestas a la elevada presión asistencial y ofreciendo una rápida y satisfactoria reincorporación socio-laboral de los pacientes.

Material y métodos: Entre Junio de 2008 y diciembre de 2008 se intervinieron 46 casos de colelitiasis vía laparoscópica en régimen ambulatorio. El rango de edad osciló entre los 20 y los 76 años y el porcentaje según el sexo fue 13,3% (6 varones) frente a 86,7% (40 mujeres). El tiempo de espera medio desde su valoración en consultas fue en todo caso inferior a 90 días.

Resultados: De los 46 pacientes, 44 fueron dados de alta en menos de 8 horas de ingreso. Solo requirieron pasar la noche en el hospital 2 pacientes principalmente por dolor, que posteriormente se controló con analgesia habitual, siendo altas la mañana siguiente. El 98% (n: 45) refirió buen estado general en su control telefónico a las 24 horas. Solo 1 paciente (2%) refirió regular estado general por dolor, y no hubo pacientes que refirieran mal estado general. El dolor en las primeras 24h en una escala de 0 a 10 fue de media de 3,06 con un rango que osciló entre 0 y 6, cediendo en el 100% de los casos con la analgesia pautada (antiinflamatorio no esteroideo asociado a paracetamol). Solo el 6,6% de los pacientes refirió náuseas (ninguno vómitos). Todos reiniciaron ingesta oral el mismo día de la intervención. Solo en 5 casos fue dificultosa la extracción de la vesícula por la incisión del trocar supraumbilical, sin relacionarse con mayor dolor postoperatorio ni aumento de su estancia en la unidad.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica en régimen CMA puede considerarse como tratamiento quirúrgico de elección de la colelitiasis en nuestro medio dado los excelentes resultados obtenidos. Los síntomas postcolecistectomía responsables de la no universalización de dicho procedimiento en muchos centros (náuseas, vómitos y dolor de hombro) y el miedo a irse precozmente a su domicilio, se subsanaron correctamente mediante una correcta analgesia postoperatoria y un seguimiento telefónico del paciente que garantizan la continuidad y calidad asistencial.

Esplenectomía por aneurisma de arteria esplénica

M. Alba Valmorisco; M.A. Mayo Ossorio; J.M. Pacheco García; M.C. Bazán Hinojo; V. González Rodicio; J.R. Castro Fernández; A. Gil Olarte Pérez; J.M. Vázquez Gallego.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: Los aneurismas de las arterias viscerales son entidades poco frecuentes con una incidencia de un 0,01 a un 2%. De ellos los aneurismas más frecuentes son los acontecidos a nivel de la arteria esplénica que corresponde a un 60% dentro de los aneurismas viscerales. Estos aneurismas suelen ser asintomáticos y son diagnosticados frecuentemente de forma casual en distintas pruebas de imagen. La rotura aneurismática ocurre en un 3 a un 9% de los casos constituyendo una urgen-

cia vital y precisando de un diagnóstico y tratamiento precoz.

Material y método: Mujer de 23 años sin antecedentes personales de interés salvo una trombocitopenia leve en estudio por hematología. En 2005 por hallazgo ecográfico se demostró la existencia de estructuras vasculares serpiginosas y dilatadas en hilio esplénico con un bazo de tamaño normal y ecoestructura homogénea. Se inició por tanto estudio digestivo realizándole las siguientes pruebas complementarias:

-Gastroscofia: Engrosamiento de pliegues en curvatura mayor de varios centímetros de longitud y aspecto cerebriforme que hace pensar en varices gástricas.

-Ecoendoscopia: Circulación colateral abundante en hilio esplénico sin trombosis. Shunts intrahepáticos en LHI son colaterales que indican HTP intrahepática.

-ColangioRNM: No dilatación de vía biliar intrahepática. Calibre normal de conductos hepáticos derecho e izquierdo, así como hepático común y colédoco. Vesícula biliar normal.

-AngioRNM abdominal: presencia de 2 aneurismas de la arteria esplénica (uno de 25 x 28mm de diámetro y otro de en situación inferior de 35,8 x 31,8 mm de diámetro), con signos de fistulización arteriovenosa con dilatación de estructuras venosas del hilio esplénico, hallazgos que conforman esplenomegalia/hiperesplenismo por hiperflujo.

Con el diagnóstico de aneurismas de la arteria esplénica, es trasladada desde un hospital comarcal al servicio de Angiología y Cirugía Vascular del H.U. Puerta del Mar (Cádiz) para valorar la realización de ligadura y exclusión del aneurisma y posterior revascularización que fue desestimado dada la situación cercana al hilio esplénico, por lo que se trasladó a nuestro servicio para realización de esplenectomía.

Resultados: La paciente se intervino quirúrgicamente observando bazo aumentado de tamaño (20 x 15cm) y presencia de 2 aneurismas de la arteria esplénica de unos 8 cm de longitud el mayor situado en el hilio del bazo, se practicó esplenectomía realizando ligadura de la arteria esplénica a nivel preaneurismático.

Tras buena evolución fue dada de alta al 8º día postoperatorio derivándola al servicio de Medicina Preventiva para vacunación de neumococo, haemophilus influenzae y meningococo.

Conclusión: Los aneurismas de arterias viscerales son poco frecuentes (0,012%), dentro de ellos el más frecuente es el aneurisma de arteria esplénica (60%), seguido de la arteria hepática (20%) y la arteria mesentérica superior (5%). La localización más frecuente dentro de la arteria esplénica es en el tercio distal de la misma (74 - 87%).

Los aneurismas de la arteria esplénica son más frecuentes en el sexo femenino y aunque pueden presentarse a cualquier edad, es más frecuente su diagnóstico en la sexta década de la vida. La etiología más frecuente es la arteriosclerosis, aunque la fibrodisplasia de la media, la hipertensión portal y la esplenomegalia pueden estar implicados en su desarrollo.

En general los aneurismas de la esplénica se identifican como un hallazgo casual.

En el tratamiento de los aneurismas de arteria esplénica se recomienda la exéresis de aquellas lesiones sintomáticas o mayores de 2cm, realizando seguimiento y control evolutivo en el resto.

La técnica de elección en la cirugía programada de estas

lesiones supone la ligadura del aneurisma con su exclusión y una posterior revascularización, o esplenectomía cuando esté afectada la porción más distal de la arteria esplénica.

Paranglioma gangliocítico localizado en la ampolla de Vater: a propósito de dos casos

R. Maiquez, I. Cañizo, I. Cabrera, F. J. León, F. Lucena, J. Rivas-Becerra, L. M. Bravo, L. T. Ocaña-Wilhelmi, J. Rivas-Marín, J. Torres

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Los tumores carcinoideos de la ampolla de Vater o paranglioma gangliocítico son infrecuentes en la población general, constituyendo una entidad anatomopatológica rara en esta localización.

Se presentan dos casos de paranglioma gangliocítico limitado a la ampolla de Vater. El primero de ellos se trata de un paciente varón de 46 años de edad, sin antecedentes previos de interés, salvo fumador y bebedor moderado. Debutó como un episodio de melenas tras toma aislada de AINEs que le hizo acudir a Urgencias. Tras realización de endoscopia digestiva alta, en la que se evidenció una lesión ulcerada subpapilar cuyo estudio anatomopatológico dio como resultado tumor de tipo neuroendocrino o carcinoide, y tras completar el estudio de extensión (TAC, colonoscopia, enteroclisia, gammagrafía de receptores de somatostatina), se decidió intervención quirúrgica programada. Se realizó una duodenopancreatectomía cefálica según técnica de Whipple. El estudio anatomopatológico reveló un ganglio afectado, y tumor delimitado en papila de Vater, sin afectación del resto de piezas.

El segundo de los casos se trata de una mujer de 48 años, con antecedentes de neurofibromatosis, oligofrenia y colelitiasis que presentó como manifestación clínica ictericia y prurito de varias semanas de evolución. Se amplió el estudio analítico (que presentaba elevación de marcadores tumorales) con una colangio-RMN en la que se objetivó una dilatación de la vía biliar hasta su porción distal y una CPRE, visualizándose en ésta una formación polipoide sesil de 5 cms de diámetro a nivel papilar. Tras esto se realizó también una duodenopancreatectomía cefálica con anastomosis en Y de Roux, siendo el resultado de la anatomía patológica tumor carcinoide de bajo grado de malignidad en ampolla de Vater y ampolla accesoría, con márgenes quirúrgicos libres; 22 ganglios linfáticos sin evidencia de tumor.

Tras 30 y 50 meses respectivamente, no se ha evidenciado recidiva tumoral, dato que apoya la decisión de tomar una actitud radical frente a este tumor.

Dada la estirpe agresiva de este tumor, se consideró necesaria la extirpación agresiva, con lo que se consigue disminuir el riesgo de recidivas locales y a distancia.

Absceso hepático de origen incierto

A. Paz Yáñez, T. Villegas Herrera, K. Muffak Granero, A. Becerra Massare, D. Garrote Lara, JA Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: El hígado supone el filtro para muchos

gérmenes que llegan vía biliar(40%), vía portal(16%) o por arteria hepática (7,39%). Una de sus manifestaciones es el absceso hepático piógeno. Esta entidad es poco frecuente (5-20/100.000 habitantes) y se suelen aislar predominantemente aerobios gram negativos, aunque también en menor porcentaje gram positivos, anaerobios, parásitos y hongos. Sin embargo, en un 26% no se encuentra un agente etiopatogénico. El diagnóstico se establece mediante parámetros clínico-analíticos apoyados por ecografía abdominal en un primer momento y TC/RMN para diagnóstico definitivo y posible tratamiento percutáneo.

Caso clínico: Varón de 45 años que acude con fiebre de 38°C y dolor en hipocondrio derecho de 6 días de evolución acompañado de diarrea. Antecedentes de alergia a β -lactámicos, vive en medio rural, posee 5 perros y se había realizado implantes dentales hace 1 año, con odontalgia hace un mes.

Análítica: 17.000 leucocitos con 79% de PMN; Bilirrubina total de 6,3; GOT 395; GPT 164; GGT 170; PCR 49. Coagulación: 65 Actividad Protombina, 1,46 INR.

Se realiza ecografía abdominal que observa lesión de 9 cm en lóbulo hepático derecho compatible con absceso intrahepático y trombosis de la suprahepática derecha, de muy probable origen séptico/compresivo. Se decide realizar punción y drenaje percutáneo mediante TC. En el cultivo del líquido de drenaje creció un estafilococo coagulasa negativo. Se pautó tratamiento con Ciprofloxacino 500mg/12, Metronidazol 500mg/6h y Gentamicina 240mg/24h iv.

Posteriormente, experimentó aumento del dolor e ictericia, y analítica: leucocitosis de 33.31 con 93%PMN; hemoglobina 10,7; hilirrubina 9,7 (Directa 4,8); FA 672; GGT 823; GOT 127; GPT 73; PCR 28. Se cambia la pauta antibiótica a Tigeciclina 50mg/12h iv.

Serología fue positiva para Coxiella Burnetti (1/128) y para IgG de Entamoeba Histolítica. Ecocardiografía que descartó endocarditis por Coxiella Burnetti.

Cultivo positivo para Mycobacterium avium intracellulare. PAAF de la lesión compatible con frotis inflamatorio.

A alta hospitalaria, se encontraba asintomático y sin alteraciones analíticas. Ecografía de control: persistencia de masa de 7,7cm de diámetro y trombosis de la vena suprahepática derecha. Actualmente está en seguimiento ambulatorio en nuestras consultas externas, permaneciendo asintomático hasta la fecha.

Conclusiones: El drenaje percutáneo de los abscesos hepáticos junto con antibioterapia empírica, parece el tratamiento de elección de este tipo de lesiones, secundado por un tratamiento antibiótico según resultados de cultivo y antibiograma de la muestra.

No siempre se puede establecer una etiología del absceso, como en el caso que nos ocupa, donde se pueden barajar varias posibilidades:

1. Diseminación hematogena tras un proceso infeccioso dental, a pesar de no presencia de fusobacterium en cultivos.
2. Sobreinfección de un quiste previo de Entamoeba histolítica. La serología es IgG + para dicho germen pero las pruebas de imagen no son compatibles con dicha entidad.
3. Episodio de Fiebre Q con afectación hepática. La serología es positiva para Coxiella Burnetti sin embargo las lesiones hepáticas más frecuentes de esta patología son los granulomas:

o bien inespecíficos o bien una imagen “en donut” (granuloma con una vacuola de grasa central, rodeado por un halo de necrosis fibrinoide).

Tumoración pancreática: bazo intrapancreático y foco de nesidioblastosis. A propósito de un caso.

I. Cabrera Serna, J. Rivas Becerra, F. Lucena Navarro, F.J. León Díaz, R. Maiquez Abril, I. Cañizo Rincón, L. M. Bravo Arenzana, L. T. Ocaña Wilhelmi

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: El tejido esplénico ectópico presenta una prevalencia del 10% en la población general, ya sea por esplenosis secundaria a traumatismo o esplenectomía o por bazo accesorio, considerado una duplicación congénita. La localización más frecuente es el hilio esplénico, siendo rara la localización intrapancreática. Debido a su curso asintomático, el diagnóstico suele ser incidental.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 74 años, sin alergias conocidas, bebedor, con los siguientes antecedentes de interés: adenoma prostático, herniorrafia inguinal bilateral, coledocistitis y con un ingreso previo por cuadro de ictericia obstructiva y pancreatitis aguda de probable origen mixto (biliar y alcohólico), con hallazgo mediante TAC y colangiografíaRMN de LOE pancreática de 3 cm en cola de páncreas sugestivo de vipoma.

Ingresa en nuestro servicio para completar el estudio del nódulo pancreático y ser intervenido de coledocistitis.

Resultados: Se realiza TAC focal pancreático, visualizándose páncreas de tamaño y morfología normal, con nódulo de 3cm en cola de páncreas, hipodenso en fase arterial precoz que se realza de contraste en fase venosa, sugestivo de vipoma. Analítica sin valores de interés. Se decide intervención quirúrgica, practicándose laparotomía media: se aprecia coledocistitis, tumoración de unos 3cm a nivel de cola pancreática, hígado precirrótico y signos de hipertensión portal. Se practica colecistectomía y esplenopancreatectomía distal. La anatomía patológica arrojaba la siguiente información: coledocistitis crónica, bazo con quiste simple parenquimatoso, fragmento de páncreas con bazo ectópico intrapancreático y foco de nesidioblastosis.

El postoperatorio fue favorable, con reinstauración del tránsito intestinal, y siendo dado de alta a los 12 días de la intervención quirúrgica.

Conclusiones: En este caso la presencia de tejido esplénico intrapancreático fue un hallazgo casual. Los hallazgos incidentales son cada vez más frecuentes debido al avance e incremento de indicaciones de las pruebas de imagen. Esto plantea la dificultad de la conducta a seguir. En nuestro caso era primordial realizar diagnóstico diferencial entre bazo intrapancreático, neoplasia neuroendocrina o metástasis hipercaptante. La TAC es de poca utilidad en estos casos, por lo que se proponen técnicas más resolutivas, como la gammagrafía con Tc99m + eritrocitos desnaturalizados, u otras más sofisticadas. Esto ayudará a decidir entre un manejo quirúrgico o conservador teniendo en cuenta la sospecha de malignidad y la operabilidad del paciente.

Cistoadenoma Biliar: Un reto diagnóstico

C.Méndez, JM.Suárez, LM.Marín, JM.Álamo, G.Suárez, C.Bernal, L.Barrera, MA.Gómez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El Cistoadenoma biliar es un tumor quístico hepático benigno, originado en el epitelio biliar, que suele cursar de forma asintomática, salvo complicaciones derivadas de un exceso de tamaño. Se considera una forma premaligna por su potencial transformación en cistoadenocarcinoma.

Caso clínico: Presentamos el caso de un cistoadenoma biliar en una mujer de 37 años sin antecedentes de interés, que debuta con clínica de abdomen agudo. Ecográficamente se describe una masa quística en segmentos IV y VIII complicada con hemorragia por rotura de la misma. Se estudió posteriormente con RNM y marcadores tumorales, decidiéndose intervención quirúrgica programada, mesohepatectomía.

La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de sospecha.

Discusión: El cistoadenoma biliar es un tumor quístico hepático poco frecuente que se da fundamentalmente en mujeres de edad media, su importancia radica en la posibilidad de degeneración maligna a cistoadenocarcinoma. El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con quistes hepáticos simples e hidatídicos, abscesos y otras lesiones quísticas únicas (Hemangioma o Linfangioma gigante) o múltiples (EPQH, Caroli, Metástasis...) No disponemos de un método diagnóstico de total fiabilidad, por lo que la malignidad no puede descartarse sino con el informe anatomopatológico de la pieza de resección quirúrgica. Así pues, la cirugía radical se presenta como la mejor opción de diagnóstico y tratamiento definitivo.

Fístula broncobiliar tras resección hepática

M. Márquez, P. Parra, A. Brox, J.M. Lorente, F.J. Jiménez, C. Torres, D. Díaz, D. Martínez, A. Galindo

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción: Las fistulas broncobiliares son una patología infrecuente basada en la comunicación anómala del sistema biliar con el árbol bronquial, cuyo signo patognomónico es la biliopneumosis. Se trata de una complicación con una alta mortalidad que requiere de una adecuada estrategia diagnóstica-terapéutica.

Material y método (Caso clínico): Varón de 58 años con antecedentes de carcinoma de recto superior en estadio avanzado, intervenido mediante Hartmann y resección de metástasis hepática en segmento III.

En una segunda intervención, se reseca metástasis en segmento IV, tras la que desarrolla fístula biliar postoperatoria de bajo débito y absceso subfrénico drenado percutáneamente, que es seguido en consultas externas.

Acude a urgencias por deterioro del estado general, fiebre y tos productiva de aspecto biliopurulento.

En el estudio mediante TAC se objetiva absceso subfrénico derecho comunicado con bronquiolo derecho.

En la broncoscopia se observa drenaje biliopurulento a través de un bronquiolo derecho.

La evolución del paciente es favorable tras realizarse drenaje percutáneo de la colección descrita, así como de otra colección subfrénica izquierda, antibioterapia y CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) con esfinterotomía y colocación de prótesis endobiliar.

Conclusiones: La fístula broncobiliar es una entidad infrecuente de etiología variada, con la hidatidosis hepática, como causa más frecuente. Traumatismos hepáticos, cirugía hepatobiliar, procesos inflamatorios a nivel diafragmático, así como el origen congénito por malformaciones, son otras posibles etiologías.

Dada la infrecuencia del cuadro, no existe consenso en la estrategia diagnóstica-terapéutica, que requiere un alto grado de sospecha, guiado por la clínica (bilióptisis) y los antecedentes médico-quirúrgicos del paciente.

En este manejo, debemos asegurar una vía biliar expédita, que permita un correcto drenaje biliar a duodeno, así como un tratamiento adecuado en función de la etiología con drenaje de las colecciones presentes.

En caso de persistir la fístula, sería indicación de toracotomía.

Hiperplasia adenomiomatosa de colédoco

J.M. Lorente, P. Parra, M. Márquez, F.J. Jiménez, A. Brox, D. Martínez, D. Díaz, A. Galindo

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción: La hiperplasia adenomiomatosa es una entidad benigna que consiste en una hiperplasia glandular sin atipia y proliferación de fibras musculares lisas sobre un estroma fibroso. Se presentan con relativa frecuencia en estómago, vesícula biliar, duodeno o yeyuno. Su aparición en la vía biliar extrahepática es extremadamente rara.

Caso clínico: Presentamos una paciente de 59 años en estudio por ictericia mucocutánea e hiperbilirrubinemia que muestra una dilatación de vía biliar intrahepática y extrahepática en pruebas de imagen y una papila duodenal edematosa, excrecente e irregular en colangiografía retrógrada endoscópica de la que se toman muestras que no presentan anomalías en estudio anatomopatológico posterior. Con alta sospecha de ampuloma se decide realizar duodenopancreatectomía céfalica. El estudio de la pieza demuestra la existencia de una hiperplasia adenomiomatosa de colédoco distal.

Conclusiones: La dificultad para diagnosticar esta entidad tanto a nivel preoperatorio como intraoperatorio y la imposibilidad para descartar una patología maligna obligan, en la mayoría de los casos, a realizar una duodenopancreatectomía céfalica como se llevó a cabo en nuestra paciente.

Pancreatitis enfisematosa

J.A. Guerra Bautista, J. Luque Ordoñez, M. García Carriazo, I. Calvo Ramirez, E. Carmona Gonzalez, E. Cáceres Fábrega

Hospital de la Merced; Osuna. Sevilla.

Introducción: La pancreatitis enfisematosa es una forma rara

de pancreatitis aguda que se define por la presencia de gas sustituyendo al parénquima pancreático en el momento del diagnóstico. El desarrollo de una pancreatitis aguda grave en pocos días es aún más infrecuente y suele estar provocada por infección primaria por E. Coli. Exponemos un caso clínico manejado en nuestro Hospital con una sustitución completa de la glándula por burbujas de aire.

Caso clínico: Paciente de 80 años hipertensa y con cólicos biliares de repetición que consulta por dolor postprandial epigástrico irradiado en cinturón de 24 horas de evolución. Sin antecedentes de consumo de alcohol. En la exploración física presenta abdomen distendido, doloroso en cuadrantes superiores sin peritonismo, y ruidos intestinales normales. En la analítica destacan creatinina de 3.22mg/dl, amilase 10051 U/l y PCR 300mg/l. Se practica ecografía de abdomen que informa de vesícula biliar distendida con litiasis, sin engrosamiento parietal ni dilatación de vía biliar, y moderada cantidad de líquido libre. En TAC de abdomen se objetiva necrosis pancreática extensa con gas en forma de burbujas en todo el parénquima pancreático, con aire en la pared cólica ascendente, sin poder demostrar trayecto fistuloso. La evolución clínica y analítica es buena durante doce días, hasta aparición de shock séptico y exitus en 24 horas.

Discusión: Las dos causas más frecuentes de producción de gas pancreático son la infección por microorganismos gram-negativos y las fístulas enteropancreáticas. En el primer caso, el más frecuente, se produce la translocación de bacterias a través del colon, produciendo infección a las 2-3 semanas del comienzo de la sintomatología. En el segundo, existe una comunicación entre duodeno, yeyuno o colon, y el páncreas, como consecuencia de la ruptura de un pseudoquistes pancreático. Otras causas menos frecuentes de gas pancreático son la dilatación quística del conducto de Wirsung por una ampolla de Vater patológica, divertículos duodenales, úlcera duodenal penetrante, o lesiones iatrogénicas como la papilotomía. En ocasiones, la pancreatitis enfisematosa se asocia a lesiones enfisematosas de otros órganos como vesícula biliar, vejiga urinaria o intestino, generalmente en diabéticos, inmunodeprimidos o nefrópatas, empeorando el pronóstico vital aún más. El tratamiento inicial en el paciente estable es la antibioterapia de amplio espectro, y el drenaje percutáneo. Si el paciente está inestable, se demuestra infección, o desarrolla complicaciones hemorrágicas u obstructivas, el tratamiento es quirúrgico.

Pancreatitis aguda hidatídica

JM. Ramia, J. Quiñones, E. Sancho, P. Veguillas, F. Ruiz, R. De la Plaza, R. Puga, V. Arteaga, J. García-Parreño.

Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

Una de las posibles complicaciones de la hidatidosis hepática es la rotura del quiste en la vía biliar (VB) intrahepática lo cual sucede en el 5-17% de los pacientes. Este hecho puede causar un absceso hidatídico, colangitis, ictericia obstructiva o más raramente una pancreatitis aguda hidatídica (PAH). Hasta 2006, sólo se habían descrito 32 casos. Presentamos dos casos de PAH y discutimos la etiopatogenia y las opciones terapéuticas.

Casos clínicos: Caso 1: Mujer de 18 años que presenta dolor abdominal en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos e ictericia. Analítica: 11.820 leucocitos (eosinofilia: 15,5%), AST: 168 UI/l; ALT: 366 UI/l; GGT: 428 UI/l; LDH: 220 UI/l; F. alcalina: 281 UI/l; amilasa: 1025, bilirrubina total: 3,6 mg/dl. Serología hidatidosis: positiva (1/2560). Se realizó ecografía y TAC abdominal donde se apreció una lesión quística de 12 x 8 cm en lóbulo hepático derecho compatible con quiste hidatídico, sin colelitiasis, ni dilatación de la VB y con discreto edema pancreático. Tras tratamiento médico, la paciente mejoró del cuadro de PAH y fue intervenida realizando quistoperiquistectomía total abierta y sutura del conducto sectorial anterior derecho. Se realizó colangiografía donde se apreció la existencia de múltiples imágenes en la VB, por lo que se realizó coledocotomía, extracción del material hidatídico, y colocación de tubo de Kehr. La paciente está actualmente asintomática y sin signos de recidiva.

Caso 2: Varón, 73 años, con dolor abdominal, náuseas e ictericia. Analítica: 9770 leucocitos (eosinofilia: 18,3%), AST: 246 UI/l ALT: 466 UI/l, GGT: 433 UI/l, LDH: 238 UI/l, F. alcalina: 154 UI/l, amilasa: 1233, bilirrubina total: 6.2 g/dl. Serología de hidatidosis: positiva (1/640). En ecografía y TAC abdominal se apreciaba dilatación de la VB intra- y extrahepática sin colelitiasis, cuatro quistes hidatídicos en segmentos II, III y IV y leve edema pancreático. En la colangiografía, no se observaba comunicación entre la VB intrahepática y los quistes. Tras tratamiento médico, el paciente mejoró de la pancreatitis y fue intervenido realizándose quistoperiquistectomía total, colecistectomía, colangiografía (que confirmó la presencia de material intraquístico en la VB), apertura de VB, extracción del material hidatídico y colocación de tubo de Kehr. Se objetivaron varias comunicaciones de pequeño tamaño entre los quistes y el árbol biliar intrahepático. El paciente esta asintomático y sin signos de recidiva.

Discusión: 1. Para que se produzca una PAH debe existir una comunicación cistobiliar, y pasar contenido intraquístico a la VB. Se ha postulado que el reflujo de bilis y material hidatídico al ducto pancreático, conjuntamente con la obstrucción papilar por respuesta inflamatoria o alérgica al material hidatídico pudieran estar implicados.

2. La clínica de la PAH es similar a la de cualquier pancreatitis. Para diagnosticar una verdadera PAH debemos descartar otras causas de pancreatitis. LA PAH es habitualmente leve y con rápida recuperación clínica. Su rápida resolución puede deberse a que el material hidatídico es más blando que los cálculos.

3. El algoritmo terapéutico en la PAH no esta definido: CPRE + cirugía o cirugía con apertura de la VB.

Ampulectomía transduodenal

JM Ramia, JE Quiñones, P.Veguillas, F.Ruiz, R.Puga, V. Arteaga, R. De la Plaza, J. García-Parreño

Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

La ampulectomía transduodenal (AT) como tratamiento de los tumores ampulares fue descrita por Halsted en 1899. La elevada morbimortalidad, la alta tasa de recidiva y la irrupción de la duodenopancreatectomía disminuyeron drásticamente el

número de AT realizadas. La introducción de la ampulectomía endoscópica, todavía redujo más las teóricas indicaciones de AT por lo que actualmente es una intervención que se realiza de forma muy infrecuente incluso en las Unidades Hepatobiliopancreáticas. Presentamos un paciente con un adenoma vellosos de la ampolla de Vater (AV) tratado mediante AT, y debatimos sus indicaciones.

Caso clínico: Varón de 75 años, diagnosticado de cáncer de próstata en tratamiento con hormonoterapia. En TAC de control por la neoplasia prostática se observa dilatación de la vía biliar. El paciente está totalmente asintomático. Las analíticas realizadas incluyendo CEA y CA19-9 son normales. En la colangiografía se observa dilatación de la vía biliar intrahepática y dilatación marcada del colédoco (15 mm), hasta su extremo distal, donde finaliza con una morfología en pico sin dilatación del conducto de Wirsung. Se realiza CPRE apreciándose a nivel de la papila de Vater una lesión polipoidea y friable de 3 cm, cuya biopsia muestra un pólipo adenomatoso tubulovelloso con displasia moderada. Se realiza ecoendoscopia confirmando la existencia de un gran adenoma sobre la papila, sin afectación submucosa ni muscular. No se aprecian adenopatías periduodenales. En la colonoscopia no se encontraron pólipos. Se intervino practicando colecistectomía y cateterización de la vía biliar para localizar la papila. Tras ello duodenotomía y canalización del conducto de Wirsung. Se inyectó adrenalina (1/100000) en la mucosa duodenal circunferencialmente a la lesión y se realizó AT. Tras ello se reimplantó el colédoco terminal y el Wirsung anastomosándolo al duodeno. Se comprobaron los márgenes intraoperatoriamente y finalizamos la intervención cerrando la duodenotomía y colocando un tubo de Kehr en la vía biliar. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. El estudio histológico mostró un adenoma tubulovelloso en la ampolla de Vater con displasia leve. A los 6 meses, el control endoscópico no muestra signos de recidiva local.

Conclusiones: La AT es un tratamiento óptimo para los adenomas vellosos de papila, carcinoma in situ sobre adenoma o incluso en T1N0M0 (G1-G2), siempre que se consiga la exéresis completa y un margen adecuado, de lo contrario la DPC será la técnica correcta. Aunque menos valorada que la DPC, la AT es una cirugía compleja, infrecuentemente realizada, sólo 50 ampulectomías publicadas por cirujanos españoles, y no exenta de complicaciones graves.

Hepatectomía Mayor En Hidatidosis Hepática

JM. Ramia, J. Quiñones, F. Ruiz, P. Veguillas, R. De la Plaza, R. Puga, V. Arteaga, J. García-Parreño.

Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

La cirugía no radical (CNR) ha sido practicada habitualmente en el tratamiento de la hidatidosis hepática. Es más sencilla que la mal llamada cirugía radical (CR) (quistectomía total o hepatectomía) pero se asocia a una mayor morbilidad y recidivas. En casos determinados ya sea por afectación vascular o biliar grave, tamaño del quiste o recidiva la CR a realizar es una hepatectomía mayor.

Objetivo: Determinar las causas de hepatectomía mayor (HM) en nuestros casos de Hidatidosis Hepática tratados con

CR y sus resultados.

Pacientes y método: Estudio Prospectivo de pacientes intervenidos de Hidatidosis Hepática May 07 – Mar 09. Hemos intervenido 31 pacientes con 36 quistes. En 6 pacientes (7 quistes) (16%) se efectuó hepatectomía mayor. 3 eran varones y 3 mujeres. Edad media: 55,6 años. La clínica de debut fue ictericia obstructiva por rotura biliar franca (2) y dolor abdominal (4). En los 2 casos con ictericia se realizó CPRE preoperatoria.

Resultados: Se realizaron 5 hepatectomías izquierdas y 1 hepatectomía derecha. La razón de efectuar HM fue: Ocupación del hemihígado por dos lesiones no resecables mediante quistectomías aisladas (1), localización segmento IV con: rotura franca VBIH izquierda (2), afectación completa portal izquierda (2), 3ª recidiva con afectación biliar y portal (1). Dos pacientes con lesión de la confluencia biliar se asoció una reconstrucción del hilio biliar. La morbilidad consistió en fistula biliar de bajo débito solventada conservadoramente en los dos casos de reconstrucción ya citados. No hubo mortalidad. Estancia media: 16 días (7-29)

	HM	SERIE	P
n (quistes)	7	36	
n (pacientes)	6	31	
Tamaño quiste (cm)	7,1 cm	7.8 cm.	
Edad	55,6 años	51 años	
Clínica distinta a dolor abdominal	2 (33%)	11 (32%)	
Mortalidad	0 (0%)	6.4%	
Morbilidad	33%	19.3%	<0.05
Estancia	16	11	<0.05
Recidiva	0 (0%)	0 (0%)	

Conclusiones: La hepatectomía mayor es necesaria en ciertos pacientes con hidatidosis. Especialmente en las lesiones situadas en segmentos centrales con afectación biliar o portal grave, o en quistes que engloban la mayor parte de un hemihígado. La HM se puede efectuar con seguridad, aunque el riesgo de fistula biliar se incrementa si existe afectación grave de la confluencia hilar que requiere reconstrucción.

Malrotación Intestinal en el adulto. A propósito de un caso.

M. Retamar Gentil, B. Marengo de la Cuadra, J. Valdés, F. del Río, B. Martín, C. Vecino, J. Ortega, F. Oliva, J. Cantillana.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La malrotación intestinal es una anomalía congénita de la rotación y fijación intestinal comprendiendo una serie de anomalías posicionales del intestino.

Material y métodos: Presentamos un caso, varón 28 años, que acude a urgencias con epigastria de 3 meses de evolución. Durante la valoración se objetiva: dolor intenso, hipotensión y taquicardia, compatible con situación de shock, que obliga a cirugía emergente.

Resultado: Tras realizar ECO y TAC abdominal, se realiza Laparotomía exploradora de urgencias, con el diagnóstico de sospecha de Vólvulo de intestino medio con signos de sufrimiento de asas. Se procede a la desvolvulación y sección de bandas fibrosas subhepáticas (bandas de Ladd). Durante la evolución se realiza tránsito esofagogastroduodenal y arteriografía compatible con diagnóstico de malrotación intestinal. Realizamos revisión monográfica.

Conclusiones: Debido a la rara incidencia de esta enfermedad en pacientes adultos, y a la gravedad del cuadro clínico que conlleva, es necesario que se conozcan los signos que hacen sospecharla y aplicar el correcto tratamiento quirúrgico (procedimiento de Ladd).

Absceso intraabdominal como debut clínico de enfermedad de Crohn en paciente gestante

García Ruiz S, García Moreno JL, García Sánchez C, Vázquez Monchul JM, Díaz Aunión C, Sacristán Pérez C, Díaz Pavón JM, Gollonet Carnicero JL, Sánchez Gil JM.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal es frecuente en personas jóvenes, por lo que no es extraño su debut durante el embarazo. Presentamos un caso de enfermedad de Crohn que debuta durante la gestación, lo que inicialmente dificultó el diagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 28 años, gestante de 18 semanas, que acude a urgencias por dolor epigástrico irradiado a fosa lumbar derecha, de 3 días de evolución. Como antecedentes personales destaca salpinguectomía derecha a los 23 años a consecuencia de enfermedad inflamatoria pélvica. Niega padecer patologías crónicas y consumir tóxicos.

La paciente refiere dolor abdominal moderado, localizado en fosa renal derecha sin otra sintomatología acompañante. A la exploración se evidencia abdomen blando y depresible, doloroso en hemiabdomen derecho, sin signos de irritación peritoneal y sin masas palpables. Útero en altura correspondiente a semanas de gestación. Se realiza analítica y ecografía urgentes, ambas sin hallazgos de interés.

Con el diagnóstico de cólico nefrítico, se procede al alta y se inicia tratamiento médico conservador con paracetamol. Acude una semana después del alta por persistencia del dolor y refiriendo cambios en el hábito intestinal que previamente no había notado. Se realiza ecografía urgente en la que se evidencia engrosamiento mural intestinal inespecífico a nivel de íleon y ciego, sin colecciones. Ante el buen estado general y la ausencia de signos de gravedad, se deriva a la paciente de forma preferente a las consultas de Digestivo para estudio.

En consulta se decide realización de colonoscopia, que muestra orificio fistuloso en ciego y alteraciones inflamatorias en íleon terminal compatibles con enfermedad de Crohn. Con esta sospecha, y ante la mala evolución clínica de la paciente, que se encontraba ya en su 25º semana de gestación, se decide ingresar a cargo de Ginecología y realizar ecografía y resonancia magnética (figuras 1 y 2). En ambas pruebas se confirmó la presencia de un absceso intraabdominal, mal delimitado y en relación con el trayecto fistuloso de ciego. En la resonancia se

intuye afectación del meso ileal.

Tras valoración por Cirugía Coloproctológica, se inicia tratamiento conservador con corticoides y nutrición parenteral intentando evitar la intervención quirúrgica, con buena respuesta inicial y mejoría clínica.

En la semana 31 se objetiva crecimiento intrauterino retardado y signos de sufrimiento fetal, por lo que se decide finalizar el embarazo mediante cesárea. En el mismo acto se apreció plastrón ileal y absceso en raíz de mesenterio, por lo que se decide resección ileocecal e ileostomía de descarga.

El neonato fue tratado en la unidad de prematuros, con buena evolución posterior y sin que se hayan detectado problemas de desarrollo hasta la fecha. El postoperatorio materno cursó favorablemente, salvo picos febriles las primeras 72 horas que respondieron adecuadamente a antibioterapia. La paciente fue dada de alta al noveno día postoperatorio y actualmente se encuentra en revisión por parte de Cirugía y Digestivo, asintomática y pendiente de reconstrucción del tránsito.

Discusión: La enfermedad inflamatoria intestinal es una enfermedad crónica que suele afectar a pacientes jóvenes en edad reproductiva. La posibilidad de que se presente un brote de enfermedad inflamatoria intestinal no cambia durante el embarazo y puerperio. Tampoco se ha demostrado un incremento del riesgo de aborto o muerte perinatal en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, aunque sí un aumento de la tasa de partos pretérmino y recién nacidos con bajo peso.

La mayoría de las pacientes con historia de enfermedad inflamatoria intestinal tienen embarazos sin complicaciones o que pueden controlarse con tratamiento médico conservador. Igualmente, es poco frecuente el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal durante el embarazo, aunque se dificulta porque los síntomas pueden confundirse con los habituales de un embarazo normal.

Las complicaciones son más frecuentes durante el primer trimestre, destacando la aparición de abscesos intraabdominales y perforación con mayor prevalencia que en pacientes no embarazadas³. Un estudio apropiado del caso debe incluir pruebas de imagen, como ecografía o resonancia magnética para identificar la naturaleza de la masa⁴.

Tradicionalmente, la mayoría de los abscesos asociados a enfermedad de Crohn se han manejado mediante drenaje quirúrgico, aunque el drenaje percutáneo cada vez se realiza con más frecuencias.

Conclusión: El debut de la enfermedad de Crohn puede presentarse ocasionalmente durante el embarazo, aunque no se ha demostrado aumento de la tasa de brotes durante la gestación. En caso de brote, la gestación no debería afectar a la elección del tratamiento, ya que el pronóstico y el tratamiento no se modifican por esta situación.

Absceso de psoas como complicación en la enfermedad de Crohn. A propósito de un caso.

J. Cañete Gómez, A. Muñoz Ortega, V. Gómez Cabeza de Vaca, M. Gutiérrez Moreno, JM. Vázquez Monchul, JL. Gollonet Carnicero, JM. Díaz Pavón, C. Díaz Aunión, C. Sacristán Pérez, JM. Sánchez Gil

H. U. V. del Rocío. Sevilla.

Introducción: Presentamos el caso de un paciente varón de 23 años, que como antecedente personales de interés presentaba Enfermedad de Crohn (EC) diagnosticada hace 5 años, comportándose de forma corticodependiente desde el inicio del proceso. A su ingreso presenta síndrome febril, dolor abdominal y dolor a la movilización del miembro inferior derecho, leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda. En tomografía axial se objetiva la presencia de colección a nivel de psoas, que fue drenado bajo control ecográfico, siendo dado de alta a los pocos días con retirada del mismo. El paciente reingreso a la semana por misma clínica, valorándose en la prueba radiológica la presencia de una nueva colección junto presencia de trayecto fistuloso, motivos ante los cuales se decidió intervención quirúrgica del paciente.

Discusión: El absceso de psoas secundario a EC se produce a partir de la fistulización y microperforación de la pared posterior del yeyuno/ileon en el músculo psoas. Se presenta con clínica de síndrome febril, masa palpable en fosa iliaca derecha y dolor a la hiperextensión de la cadera. La frecuencia de abscesos intraabdominales en pacientes con EC es de aproximadamente un 10-25%. Entre los abscesos musculares en esta enfermedad, los abscesos de psoas son los más frecuentes (5%) y más raros los de glúteo. Se presentan en pacientes con varios años de evolución de la EC y sobre todo con afectación intestinal extensa y con tratamiento esteroideo. En cuanto al método diagnóstico, la tomografía axial computerizada es el gold-standard dado su alta rentabilidad con respecto a la ecografía. En cuanto al tratamiento, el drenaje percutáneo asociado a antibioterapia y nutrición enteral se considera 1ª línea de tratamiento antes de la cirugía, acudiendo a ella en caso de fístula enteral o cuando se prevea insuficiencia en el drenaje percutáneo.

Absceso subhepático secundario a perforación duodenal por cuerpo extraño

DA. Bernal Moreno, L. Tallón Aguilar, J. García Moreno, LM. Marín Gómez, F. Pareja Ciuró, G. Suárez Artacho, JM. Álamo Martínez, C. Bernal Bellido, MA. Gómez Bravo

HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La perforación del duodeno por cuerpos extraños ingeridos no es infrecuente (1%). Sin embargo, el desarrollo de absceso hepático secundario a la perforación es extremadamente inusual. El tratamiento del absceso hepático por perforación duodenal es quirúrgico.

Material y Métodos: Presentamos el caso de un absceso hepático secundario a un hueso de conejo tras perforar el duodeno.

Resultados: Varón de 48 años con gastritis y tabaquismo importante. Acude a urgencias por epigastria de una semana de evolución, asociada a náuseas y fiebre. Exploración anodina. Leucocitosis de 19870 (77,7 %N), ecografía de abdomen: absceso de 20 x 20 mms en cisura hepática. TC de abdomen: colección hipodensa de 2 x 1 cms a nivel del ligamento redondo con microburbujas aéreas en su interior e imagen hiperdensa lineal en su interior, sin poder descartarse cuerpo extraño. Se decide laparotomía exploradora de urgencia. Evidenciamos un absceso subhepático izquierdo caudal a un plastrón in-

flamatorio postpilórico. Comprobamos que no sale azul de metileno tras inyectarlo por sonda nasogástrica. Drenaje del absceso e identificación de cuerpo extraño (fragmento óseo milimétrico). La evolución postoperatoria fue satisfactoria en todo momento. TC de control al mes descarta colecciones y persistencia de cuerpo extraño.

Embolectomía de arteria mesentérica superior en el tratamiento de la isquemia intestinal aguda

Jorge Díaz Roldán, Mónica Reig Pérez, Virgilio Ruiz Luque, Sellam Kaddouri, Juan José Torres Recio, José Antonio Robles de la Rosa, Yolanda López López, Antonio Amaya Cortijo, José Manuel Romero Fernández, Francisco Alba Mesa

Consorcio Sanitario Público Del Aljarafe. Hospital San Juan De Dios Bormujos. Sevilla.

Introducción: La isquemia intestinal es una patología frecuente en la atención de las urgencias quirúrgicas. En la mayoría de las ocasiones la presentación clínica supone un reto diagnóstico y de tratamiento, en particular en centros de 2º nivel que carecen de intervencionismo vascular. Presentamos un caso de diagnóstico radiológico ajustado y con tº quirúrgico secuencial

Objetivo: Presentación de caso clínico de isquemia intestinal dependiente de la arteria mesentérica superior

Material y métodos: Paciente de 76 años con antecedentes de Exfumador de 3 paq día y ex-bebedor desde el 90.

-Cardiopatía isquémica: IAM inferoposterior en 1990. Asintomático desde entonces.

-AVC en 2004 (infarto parcial de arteria cerebral media derecha de origen aterotrombótico. Infartos lacunares múltiples. No secuela. Episodio de AIT en 2005. AVC oftálmico (carotídeo dcho). Amaurosis fugax.

Ingresa en urgencias con cuadro de dolor abdominal progresivo con deterioro clínico y malestar general con leucocitosis, acidosis metabólica. En la TAC practicada de urgencias se identifica: defecto de repleción en la arteria mesentérica superior a unos 22 mms de su origen en la aorta sugestivo de trombo en la misma, con edema mesentérico, con infartos múltiples esplénicos y renales, probablemente por pequeños embolos. Defecto de perfusión en lóbulo hepático derecho justificado por arteria hepática derecha que se origina en arteria mesentérica superior como variante de la normalidad.

Ante los hallazgos se decide laparotomía exploradora encontrando isquemia intestinal dependiente de amsup con irreversibilidad de ciego y reversibilidad aparente de al menos 2/3 de yeyunoileon.

Se identifica ams en su salida con pulso proximal, arteriotomía + fogarty en varias pasadas extrayendo abundantes trombos de la luz principalmente distal y uno pequeño también de la proximal cierre de arteriotomía comprobando hemostasia y buen pulso arterial, se comprueba mejoría de aspecto de asas, optando por cequectomía con ileostomía terminal cierre de pared con bolsa de bogota para revisión en 48-72 h. que se realizó en 2 ocasiones requiriendo resección de unos 40 cm de ileon terminal y de 12 cm de yeyuno.

A los 20 días de postoperatorio el paciente paso a hospita-

lización de planta de cirugía encontrándose, consciente, con adecuada ingesta y débito elevado por ileostomía con problemas de manejo hidroelectrolítico.

Desafortunadamente el día 25 pop presento un evento de deterioro del estado general con hipotensión marcada con desarrollo de shock refractario que se atribuyo a nuevo episodio de isquemia intestinal y que de acuerdo con la familia se decidió actitud conservadora, siendo exitus 24 horas después.

Conclusiones: La isquemia intestinal suele tener un pronóstico infausto cuando afecta a la a. m. sup. Aun así si la afectación necrótica es segmentaria y se identifica el émbolo principal causante del cuadro esta indicada la embolectomía de AMS, en ausencia de posibilidades de manejo mediante intervencionismo vascular. El apoyo de las técnicas radiológicas actuales ajusta el diagnóstico preoperatorio y ayuda a establecer la planificación quirúrgica. Los resultados finalmente vendrán condicionados por la situación general del paciente y por el desarrollo de complicaciones

Síndrome de Obstrucción Intestinal Distal en paciente afecto de Fibrosis Quística.

C.Méndez, D.Molina, JM.Vázquez, JL.Gollonet, C.Sacristán, C.Díaz Aunió, JM.Díaz Pavón, JM. Sánchez Gil

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Un 15% de los pacientes con Fibrosis Quística desarrollan afectación del tracto gastrointestinal intraútero, dando lugar al íleo meconial en el periodo neonatal. Cuadros de obstrucción intestinal de estos pacientes durante la adolescencia y la edad adulta, reciben el nombre de Síndrome de Obstrucción Intestinal Distal (DIOS) y es la complicación digestiva más frecuente de la Fibrosis Quística.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 31 años de edad, con antecedentes personales de Fibrosis quística desde la infancia, diagnosticado de Síndrome Obstrucción Intestinal Distal, que presenta episodios recurrentes de suboclusión intestinal e intenso dolor abdominal que sólo responde a mórficos. Es intervenido de Urgencias realizándosele ileostomía derivativa, pero a pesar de ello la clínica persiste, proponiéndose para colectomía subtotal programada.

La Anatomía Patológica de la pieza informó de Colopatía Fibrosante con alteraciones en la mucosa propias de enfermedad quística.

Discusión: El Síndrome de Obstrucción Intestinal Distal (DIOS) es una manifestación tardía de la Fibrosis quística equivalente al íleo meconial de los neonatos. Es producida por la impactación del contenido intestinal viscoso (restos de alimentos no digeridos, heces, y excesivas secreciones mucosas adherentes) en íleon terminal, ciego y colon proximal; en la mayoría de los casos se asocia a la insuficiencia pancreática, en relación con la ingesta de fermentos pancreáticos de cubierta entérica, de ahí que su tratamiento inicial sea: ajuste de dosis de enzimas, enemas de limpieza y mucolíticos, aunque en un importante porcentaje de casos estos pacientes van a requerir cirugía.

Un acercamiento al manejo diagnóstico terapéutico de esta entidad clínica, es el objetivo del presente estudio.

Invaginación ileal por polipo fibroide inflamatorio: presentación de 2 casos.

R.Puga, M.Marqueta, J.E.Quiñones, R.De La Plaza, J.M. Ramía, P.Veguillas, J.Morante, J.F.Ruiz, J.Carlin, J.García-Parreño.

Hospital Universitario de Guadalajara.. Guadalajara

Introducción: La invaginación intestinal o intususcepción en adultos supone el 5% de los casos. Representan menos del 0.1% del total de las admisiones en Urgencias y el 1% de las causas de obstrucción intestinal. El 90% de los casos presentan una causa identificable, por lo general secundario a una tumoración que actúa como cabeza invaginante. El pólipo fibroide inflamatorio (PFI) es una tumoración muy poco frecuente y existen unos 300 casos descritos en la literatura. Afecta generalmente adultos entre la quinta y sexta década de la vida, siendo mas frecuente en mujeres. Son tumoraciones submucosas únicas pediculadas o sésil, de localización preferentemente gástrica pero también pueden encontrarse en intestino delgado como los casos que presentamos y en colon. El diagnóstico solo se confirma con el estudio anatomopatológico de la pieza reseçada. El tratamiento quirúrgico es curativo y solo se ha descrito un caso de recidiva.

Casos: Caso 1. Varón, 33 años, antecedentes: hernioplastia inguinal derecha. Acude por dolor en hemiabdomen derecho, vómitos e incapacidad para expulsar gases y heces de 48 horas de evolución. Exploración: abdomen blando, depresible, dolor a palpación en flanco derecho con sensación de masa dicho nivel. Analítica: leucocitosis con neutrofilia. Eco abdominal: Imagen sugestiva de invaginación intestinal. Intervención quirúrgica: Laparotomía media, invaginación ileo-ileal, resección del segmento afecto con anastomosis termino-terminal. El postoperatorio transcurre sin incidencias.

Caso 2. Varón de 20 años sin antecedentes de interés. Presenta dolor abdominal y vómitos. Exploración: abdomen blando, depresible, dolor a palpación en fosa iliaca izquierda y RHA presentes. Analítica: Leucocitosis con neutrofilia. TC abdominal: Imagen sugerente de invaginación ileo-ileal. Intervención quirúrgica: Laparotomía media, invaginación ileo-ileal. Se práctica resección del segmento afecto y anastomosis latero-lateral, mecánica. Al 6º día es reintervenido por mala evolución encontrándose abundante líquido turbio en toda la cavidad abdominal. La anastomosis no presenta fuga, se practica lavado abundante y colocación de drenajes. Segundo postoperatorio cursa favorablemente.

Conclusiones: El tratamiento de la invaginación en adultos es quirúrgico. Se realiza la desinvaginación en enfermedades benignas y la resección se debe practicar cuando se sospecha malignidad o cuando el intestino se encuentra inflamado, isquémico o friable.

Ileo Biliar Atípico

F.J. DelRio Lafuente, P. Fernández Zamora, F. Del Rio Marco

Hospital Universitario Virgen Macarena -SEVILLA ,

Hospital Universitario Miguel Servet- Zaragoza.

Introducción: El ileo biliar es una complicación infrecuente de la litiasis biliar, que se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal. El punto de enclavamiento habitual es en el íleon terminal, siendo infrecuentes otras localizaciones. Presentamos dos casos atípicos: ileo biliar duodenal (Síndrome de Bouveret) e íleo biliar colónico, tratados satisfactoriamente mediante cirugía.

Casos clínicos: Caso 1: Mujer de 86 años con vómitos de repetición. Analíticas, exploración y radiología simple abdominal, normales. Ecografía: litiasis biliar.

TAC abdominal: «imagen redondeada en tercera porción duodenal».

Endoscopia: «posible bolo alimenticio impactado en 3ª porción duodenal».

Estudio baritado: «imagen de sustracción en tercera porción duodenal que impide paso de contraste». Con la sospecha de íleo biliar se practica laparotomía, con enterotomía y extracción del cálculo, sin actuar sobre la fístula. Caso 2: Mujer de 72 años con estreñimiento progresivo. La videocolonoscopia mostró un cuerpo extraño impactado a 25 cm del ano. Tras varios intentos infructuosos de extracción endoscópica se practica laparotomía hallando plastrón inflamatorio en hipocondrio derecho englobando colon transversal y cálculo impactado en sigma, practicando colotomía, extracción del cálculo y colostomía de descarga. No se intervino sobre la fístula.

Conclusiones: El ileo biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, representando el 1-6% de las obstrucciones intestinales mecánicas.

Clínicamente se presenta como obstrucción intestinal (aun sin coexistir con clínica biliar previa hasta en el 40% de los casos). En pacientes seleccionados podría intentarse la endoscopia digestiva terapéutica. La decisión de reparar o no la fístula, es controvertida y debe ser valorado individualizadamente.

Isquemia Intestinal Asociada al Consumo de Cocaína

E.J. del Rio Lafuente, P. Fernández Zamora, F. del Rio Marco.

*Hospital Universitario Virgen Macarena -SEVILLA ,
Hospital Universitario Miguel Servet- Zaragoza.*

Introducción: En los últimos años se ha incrementado el consumo de cocaína. Afecta a adultos jóvenes o de mediana edad y el intervalo entre la ingestión de la droga y el inicio de los síntomas oscila entre 24 y 48 h. Entre las complicaciones de su consumo encontramos enfermedades cardiovasculares, hemorragia subaracnoidea, neumomediastino y enfermedades gastrointestinales (perforaciones, infarto visceral, fibrosis retroperitoneal e isquemia intestinal).

Material y métodos: Son pocos los casos referidos en la bibliografía. Presentamos un caso tratado en nuestro servicio.

Caso clínico: Mujer de 49 años, con antecedentes de hepatopatía crónica enólica, pancreatitis crónica, consumidora de cocaína (1gr/día). Ingresó en urgencias con grave deterioro cognitivo, cetoacidosis y dolor abdominal difuso. En la TAC se objetivó engrosamiento difuso de asas de intestino delgado,

líquido libre y gas abundante en territorio portal y mesentérico, todo ello sugestivo de isquemia mesentérica. Se intervino de urgencia encontrando necrosis isquémica de intestino delgado de aproximadamente 1 metro, el cual se resecó.

El postoperatorio transcurrió de forma favorable siendo dada de alta al 9º día postoperatorio.

Conclusiones: El incremento del uso de cocaína produce cada vez más consultas en los servicios de urgencias, por lo que debe ser considerado entre los diagnósticos diferenciales de todo paciente joven que consulta por problemas cardiovasculares o patología abdominal aguda.

Manejo de heridas con fístulas entéricas mediante el uso de terapia con presión negativa

M. Ruiz López, I. González Poveda, S. Mera Velasco, JA. Toval Mata, JL. Fernández Serrano, J. Santoyo Santoyo

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Unidad de cirugía colorrectal. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La terapia con presión negativa (VAC, vacuum assisted closure) consiste en un sistema de aspiración continua mediante un equipo de succión conectado a una esponja que se introduce en la herida cubierta por un film plástico.

Objetivo: Valorar el resultado del uso de terapia VAC en pacientes con fístula intestinal.

Material y método: Revisamos los enfermos tratados por fístula intestinal en nuestro servicio desde el inicio de este tipo de tratamientos en 2005.

Resultados: Presentamos 3 casos de nuestra serie, en los que se utilizó la terapia con presión negativa para el control de heridas laparotómicas abiertas con fístulas entéricas, no con intención de cerrar la misma sino para el control local de los síntomas con idea de mejorar el confort del enfermo, y permitir una intervención quirúrgica posterior, aunque esto no fue posible en dos de los casos.

Discusión: Con este sistema se consigue mantener una presión de vacío sobre la herida que la mantiene en unas condiciones óptimas para la cicatrización. Esto lo logra evacuando el edema perilesional lo que descomprime los vasos que irrigan los labios y el lecho de la herida, permitiendo un aporte de oxígeno y nutrientes necesarios para el crecimiento de tejido sano.

Esta cura se puede mantener 48 ó 72 horas sin cambiar lo que evita las molestias que en ocasiones producen las curas al paciente y supone además un ahorro importante de tiempo para el personal de enfermería.

En determinados casos, esta terapia está contraindicada, por ejemplo las fístulas inexploradas o no entéricas, las heridas con tejido necrótico o escaras, células tumorales o en pacientes con osteomielitis no tratada. En otros casos hay que mantener una serie de precauciones como son no aplicar la terapia sobre tejido con sangrado activo, con terapia anticoagulante, en contacto a vasos sanguíneos expuestos u órganos, y con especial cuidado en vasos u órganos radiados previamente o con suturas.

En la situación especial de asa expuesta o en abdomen abierto, hay cierta controversia. Aunque algunos autores

tenían buenos resultados en su uso, otros como Rao y posteriormente Fisher, publican el uso de esta terapia en abdomen abierto. Concluyen que esta terapia tiene un riesgo elevado de provocar fístulas y aumentar la mortalidad. La serie comunicada es de enfermos muy graves, en los que se aplicó la terapia. De 29 enfermos, 6 desarrollan una fístula y 4 fallecen. No queda claro que este resultado sea directamente consecuencia de la terapia VAC, o bien por la gravedad de los cuadros clínicos presentados.

Estamos de acuerdo con estos dos autores en extremar el cuidado y la vigilancia cuando se usa esta terapia en abdomen abierto o laparostomía, sin embargo creemos muy útil la misma en determinadas ocasiones en las que el control de ciertas heridas se hace muy complejo.

Abscesos de localización inusual tras cirugía colorrectal

E.Yagüe Martín , A. Morales Gonzalez, M.M rico Morales, V. Maturana Ibañez, J.Torres Melero

Complejo hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Introducción: Numerosas complicaciones , tanto locales como generales, pueden presentarse tras la cirugía colorrectal. Existen características inherentes a la patología, al paciente y a la propia fisiología del colon y recto , que hacen que esta cirugía deba ser considerada de alto riesgo. Los factores de riesgo endógenos asociados a complicaciones infecciosas postquirúrgicas son: la edad mayor de 60 años, los antecedentes de obesidad, diabetes, e hipoalbuminemia. La mortalidad tras la resección colorrectal se aproxima al 5 % para cáncer y se encuentra en torno a 2-3% para enfermedad diverticular. Una de las complicaciones más frecuentes tras esta cirugía es la infección intraabdominal, siendo muy inusual la localización extraabdominal.

Caso clínico: paciente varón de 57 años tratado con radioterapia preoperatoria e intervenido de adenocarcinoma de tercio medio de recto, histológicamente informado de adenocarcinoma moderadamente diferenciado con infiltración de subserosa, realizándosele una resección anterior baja con ileostomía de protección. Tras tratamiento con quimioterapia es ingresado 3 meses más tarde en UCI por shock séptico derivado de dehiscencia de sutura con formación de abscesos en zona presacra, escotadura ciática izquierda y raíz de muslo izquierdo produciendo intensa celulitis del mismo. Se le realiza resección de anastomosis, colostomía terminal, drenaje de abscesos y se establece sistema de lavado, al tiempo que se drena y desbrida el absceso de miembro inferior izquierdo con establecimiento de drenajes, que precisa curas quirúrgicas durante un mes y antibioterapia .Tras el cual es dado de alta a su domicilio precisando curas locales ambulatorias cada 48h.

Discusión: La incidencia de complicaciones infecciosas en los pacientes operados de cáncer colorrectal es aproximadamente un 25%. Las infecciones postquirúrgicas juegan un importante papel en el pronóstico fatal de los pacientes y en ocasiones es determinante. Los factores de riesgo intrínsecos son edad mayor de 60 años, antecedentes de obesidad, diabetes e hipoalbuminemia; en cuanto a los factores de riesgo exógeno, concluimos que la duración del acto quirúrgico

influye en la aparición de complicaciones infecciosas, al igual que el periodo de estancia hospitalario y/o estancia en UCI. Los microorganismos más frecuentes encontrados en los cultivos tomados en la herida séptica de los pacientes operados por cáncer colorrectal suelen ser: la *Escherichia coli*, el *Citrobacter* y el *Enterobacter*. La conducta terapéutica asumida en los pacientes operados que presentan complicaciones infecciosas es el drenaje percutáneo o reintervención en caso de infecciones intraabdominales o drenaje quirúrgico más antibioticoterapia en el caso de las localizaciones extraabdominales.

Mujer de 23 años con dolor abdominal y vómitos de 4 años de evolución

M. Gutiérrez Moreno, A.M. Muñoz Ortega, V. Gómez Cabeza de Vaca, J. Cañete Gómez, J.M. Vázquez Monchul

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Mujer de 23 años con episodios frecuentes desde hace 4 años de dolor epigástrico, vómitos y distensión abdominal. Exploración: palidez cutánea, abdomen distendido, doloroso y timpánico de manera generalizada, escasos ruidos hidroaéreos, ampolla rectal vacía.

Pruebas complementarias: Analítica: anemia microcítica hipocrómica. Rx abdomen: gran dilatación de colon en zona epigástrica con nivel hidroaéreo, ampolla rectal desplazada a la derecha. Enema opaco: vólvulo de sigma.

Tratamiento y evolución: Con diagnóstico de megacolon de sigma volvulado se interviene quirúrgicamente: devolución manual y sigmoidectomía con anastomosis colorrectal latero-lateral manual. Alta a los 7 días de la intervención sin incidencias.

Discusión: El vólvulo de sigma se presenta de media a los 62 años. La clínica es más o menos aguda, y con episodios previos similares. En el 62% de los pacientes se realiza el diagnóstico mediante radiografía simple de abdomen. El tratamiento conservador (descompresión endoscópica) tiene una tasa de recidiva del 30-50%, siendo el quirúrgico de elección ante la no resolución del cuadro con medidas conservadoras o ante signos de complicación (compromiso isquémico o perforación).

Prolapso anal de tumor sigmoide

M. Ruiz López, I. González Poveda, S. Mera Velasco, JA. Toval Mata, JL. Fernández Serrano, J. Santoyo Santoyo

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Unidad de cirugía colorrectal. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La presentación de una neoplasia de sigma como prolapso rectal es una situación infrecuente, descrita en 4 ocasiones en la literatura en lengua inglesa. En el caso que presentamos, el prolapso anal se había confundido en varias ocasiones con un cuadro hemorroidal.

Caso clínico: Paciente de 43 años que es ingresado para cirugía programada por neoplasia de sigma con metástasis hepáticas múltiples. Entre los antecedentes destacaba al menos dos visitas al servicio de urgencias etiquetados de prolapso

hemorroidal.

La colonoscopia previa a la cirugía objetivaba una tumoración pedunculada a nivel de sigma.

El TC describía una imagen de intususpección a nivel de sigma con varias LOEs hepáticas.

En la mesa de quirófano, previo a la intervención, y con el paciente dormido, se realiza exploración anal, en la que detectamos el prolapso de una tumoración cuya base de implantación se encuentra a más de 8 cm desde el margen anal.

Durante la intervención apreciamos una gran masa cilíndrica (fig 1) que identificamos como intususpección de sigma en recto. Se reduce el prolapso en lo posible, aunque no se logra totalmente hasta que exploramos la pieza (fig.2). Se realizó sigmoidectomía oncológica.

Se trataba de un adenocarcinoma bien diferenciado que infiltraba la capa muscular y tejido adiposo (T3 No M1).

Discusión: No está claro el mecanismo por el que un tumor sigmoide llega a prolapsarse. Se sugiere que pueda ser debido al estreñimiento provocado por el mismo tumor.

Rashid et al publican el único estudio sobre la relación entre cáncer colorrectal y prolapso rectal, concluyendo que la prevalencia de cáncer colorrectal puede estar incrementada en pacientes con prolapso rectal sintomático.

Es fundamental el estudio colonoscópico de los cuadros de prolapso anal para descartar lesiones malignas asociadas.

Perforación colónica retroperitoneal tras polipectomía endoscópica tratada de forma conservadora

A. Gallardo Ortega; F. Huertas Peña; P. Medina Reborio; R. Rosado Cobián; S. Mezquita Gayango; D. Ramírez Soler

Hospital del S.A.S. Huércal-Overa. Almería

Introducción: El riesgo de perforación tras colonoscopia se sitúa alrededor del 0,3%. La posibilidad de aplicar un tratamiento conservador no quirúrgico ha sido utilizada previamente con éxito. Presentamos un caso de perforación colónica tras polipectomía endoscópica tratada conservadoramente.

Materiales y métodos: Varón de 72 años que tras haber sido sometido a una resección endoscópica de un pólipo sesil localizado a 45 cm de ano, consulta en el Servicio de Urgencias por inflamación en cuello, cara y hemitórax superior que comenzaron después de una hora de haber realizado la colonoscopia, junto con disfonía. No refiere dolor abdominal en ningún momento ni ningún otro síntoma. A la exploración se aprecia un enfisema subcutáneo que se extiende por cara, cuello, hemitórax superior y ambas axilas. El abdomen es blando, depresible, no doloroso y sin signos de peritonismo.

Radiología simple: Muestra un enfisema subcutáneo torácico junto con neumoperitoneo

Tomografía Axial Computadorizada: Se observa aire pericólico en sigma y colon descendente con progresión superior hacia espacios retroperitoneales. En tórax se aprecia una progresión del aire hacia mediastino, pared torácica y espacios cervicales hasta la altura del ángulo mandibular. Todo ello conforma una imagen de retroneumoperitoneo y neumoperitoneo con extensión a mediastino, región cervical y pared

torácica.

El paciente fue tratado de forma conservadora mediante dieta absoluta, antibioticoterapia con Metronidazol 500 mg/8 h IV, Tobramicina 200 mg/24 IV y Omeprazol 40 mg/24 h IV.

Resultados: Presentó buena evolución posterior con recuperación del tránsito intestinal a gases a las 48 h y resolución del cuadro, siendo alta hospitalaria a los 7 días.

Conclusiones: El riesgo de perforación tras colonoscopia se sitúa alrededor del 0,3%. La posibilidad de aplicar un tratamiento conservador no quirúrgico ha sido utilizada previamente con éxito. El sustrato fisiopatológico se basa en que el neumoperitoneo que aparece tras la perforación colónica proviene del gas insuflado durante la colonoscopia a partir de un colon que ha sido previamente preparado para la exploración endoscópica, y ese gas no traduce una infección por anaerobios después de una perforación colónica en un intestino no «descontaminado». Aunque una intervención quirúrgica no sería en absoluto criticable, la posibilidad de tratamiento no operatorio es factible siempre que la evolución clínica sea favorable, y no aparezcan signos abdominales.

Resultados a largo plazo del tratamiento quirúrgico de la fisura anal.

F. Baez Romero, A. Cosano Alvarez, F. Sanchez Ganfornina, J. Lopez Ruiz, A. Cruz Muñoz, I. Moreno Toril, M. Ruiz Fernandez

Hospital \ Valle De Los Pedroches \ ' Pozoblanco. Córdoba.

Introducción: La intervención quirúrgica es el tratamiento más efectivo para la fisura anal crónica, siendo la esfinterotomía lateral interna la técnica de elección. Aunque en el 90% hay una mejoría inmediata y curación de la fisura la tasa de persistencia y/o recurrencia precoz de la misma oscila entre el 1 y el 15%.

Menos homogéneos son los resultados a largo plazo destacando la recidiva y las alteraciones de la continencia fecal los sucesos que más afectan a la calidad de vida del paciente

Pretendemos aquí realizar una evaluación a largo plazo de los pacientes tratados en el Área Sanitaria Norte de Córdoba mediante un seguimiento continuado.

Material y Método: Hemos estudiado a todos los pacientes intervenidos entre Mayo de 2004 y Mayo de 2006 en nuestro servicio por una fisura anal crónica, revisando su historia clínica y una revisión reciente en consulta o cuando ésta no era posible mediante entrevista telefónica personal. Recogimos datos relativos al tipo de intervención, seguimiento postoperatorio con curación o persistencia de los síntomas, recidiva posterior y situación actual.

Resultados: De los 59 enfermos intervenidos 27 eran varones. La edad media del grupo fue de 49.8 años (rango 27-74). El 59% de los mismos habían seguido tratamiento previo con Solinitrina tópica.

La localización de la fisura fue en el rafe posterior en la mayoría de los pacientes (69%) de los casos.

La técnica quirúrgica más empleada fue la esfinterotomía lateral abierta (80%), asociada a otros gestos quirúrgicos en 21 pacientes.

Tras la intervención el 94% de los pacientes experimentaron mejoría y curación de la fisura. En cuatro enfermos no epitelizó la fisura antes de un mes, todos ellos con sintomatología más o menos acusada. Sólo uno requirió reintervención y los restantes curaron con tratamiento médico conservador.

En los primeros seis meses constatamos recidiva de la fisura en trece pacientes (22%) instaurando tratamiento médico con curación de la misma en un 54% de los casos (siete enfermos). En los seis restantes (46 %) se indicó la reintervención (nueva esfinterotomía en cinco casos). En la mitad de estos pacientes con recidiva o persistencia la esfinterotomía se asoció a otro gesto quirúrgico sobre la región anal.

A largo plazo, con un seguimiento medio de 42 meses (rango 30-57 meses) la fisura recidivó en cuatro pacientes, ninguno de los cuales requirió de intervención quirúrgica y sólo uno de ellos se mantiene sintomático (rechaza el tratamiento).

No hemos detectado alteraciones severas de la continencia en los pacientes intervenidos únicamente de fisura anal. Tres pacientes refieren algún escape o ensuciamiento de la ropa interior de manera esporádica (Índice de severidad de Wexner 2-3).

Conclusiones: La esfinterotomía lateral interna es una técnica muy efectiva con resolución inmediata del dolor en el 95 % de los casos.

La tasa de recidiva a los seis meses en nuestra serie es del 22% con necesidad de reintervención en seis casos (10.16%)

A largo plazo con un seguimiento de 30-60 meses la tasa de reproducción fue del 5 % y en ninguno de los casos se realizó intervención.

La continencia a largo plazo en nuestros pacientes fue muy buena.

Plastia V-Y para exéresis de leucoplasia perianal crónica

A. Gallardo Ortega; F. Huertas Peña; P. Medina Reborio; S. Mezquita Gayango; D. Ramírez Soler; R. Rosado Cobián

Hospital del S.A.S de Huércal-Overa. Almería.

Introducción: Presentamos un caso que fue tratado con éxito de leucoplasia perianal mediante plastia V-Y.

Materiales y métodos: Caso clínico: Antecedentes- Intervenido de quiste hidatídico en pulmón derecho. Exéresis de pólipo fibroepitelial perianal (27/01/99). Exéresis de lesión anal (27/11/99): Liquen escleroso e hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

Historia actual: Varón de 77 años que consulta por un cuadro de prurito perianal intenso de varios años de evolución y que trata con corticoides de forma crónica. Esta sintomatología comenzó poco después de la primera intervención perianal.

Exploración: A la inspección se observa una serie de lesiones sobrelevadas y ulceradas perianales de bordes marcados que convergen en el ano, junto con lesiones de rascado y dermatitis perianal. A la palpación se comprueba que estas lesiones le provocan una estenosis anal.

Intervención: Plastia perianal V-Y.

Resultados: Alta al 3er día postoperatorio. Informe Anatomía

Patológica: Dermatitis liquenoide con hiperplasia epidérmica.

Conclusiones: La plastia V en Y es una excelente técnica para el tratamiento de las lesiones perianales extensas.

Agenesia apendicular: presentación de un caso y revisión de las malformaciones apendiculares

García Ruiz S, Suárez Grau JM, Valera Sánchez Z, Flores Cortés M, López Bernal F, Prendes Sillero EJ, Pareja Ciuró F.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La agenesia apendicular es una de las malformaciones más infrecuentes del apéndice cecal. Presentamos un caso de agenesia que debutó con dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, lo que obliga a descartar la ausencia de apéndice cecal mediante técnicas de imagen.

Caso clínico: Mujer de 34 años que acude a urgencias por dolor abdominal 24 horas de evolución. Como antecedentes personales destaca un embarazo y parto sin complicaciones 2 años antes. Se encuentra al inicio del ciclo menstrual.

Refiere dolor localizado en fosa ilíaca derecha, sin náuseas ni vómitos ni cambios en el hábito intestinal. No ha presentado clínica miccional ni ginecológica. No toma anticonceptivos hormonales ni es portadora de dispositivo intrauterino.

A la exploración presenta abdomen blando y depresible, doloroso en fosa ilíaca derecha con signos de irritación peritoneal.

En la analítica se aprecia leucocitosis muy leve, sin otros hallazgos. En la ecografía no se consigue objetivar apéndice cecal, con ovarios y anejos normales, observándose únicamente mínima cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas.

Se inicia tratamiento médico conservador, pero ante la mala evolución clínica de la paciente se decide realizar laparoscopia exploradora con la sospecha de apendicitis aguda.

Durante la intervención se visualiza lago hemático en ovario derecho con mínima inflamación circundante, sin apreciarse apéndice cecal en base de ciego. Tras explorar el parietocólico, no se objetiva apéndice en posición retrocecal.

Se realiza TC postoperatoria que es informada como ausencia primaria de apéndice retrocecal, sin objetivarse otras lesiones inflamatorias a nivel de fosa ilíaca derecha.

Discusión: Las malformaciones apendiculares son entidades infrecuentes y que habitualmente no causan sintomatología clínica, por lo que en muchos casos son hallazgos en exploraciones realizadas por otra causa.

Embriológicamente, el apéndice parece ser un vestigio cecal involucionado, con escasa funcionalidad en seres humanos y mamíferos superiores. Las malformaciones apendiculares aparecen más frecuentemente en pacientes con malrotación intestinal, aunque incluso en estos casos cursa de forma subclínica (aunque la malrotación sí suele causar problemas).

La forma más frecuente de malformación apendicular es la localización izquierda, en relación directa con alteraciones en la posición del ciego. La multiplicidad apendicular también se ha descrito, siendo la forma más frecuente la duplicidad, ya sea completa o parcial.

La agenesia apendicular es sin duda la malformación más infrecuente del apéndice, con una incidencia estimada de 1

caso entre cada 100.000 apendicitis intervenidas. Ante una exploración quirúrgica en la que no se logra identificar el apéndice en la posición habitual ni en las posiciones anormales, siempre está indicada la realización de pruebas de imagen tras la cirugía que permita confirmar que realmente estamos ante un caso de agenesia.

En los casos en los que intraoperatoriamente no se objetive el apéndice, se debe plantear la posibilidad de que se encuentre en posición intracecal o incluido en la mucosa del ciego. Ambas posibilidades se descartaron en nuestro caso tras la realización de la TC.

Conclusiones: La agenesia apendicular es una malformación extremadamente infrecuente que debe confirmarse con la realización de pruebas de imagen específicas en el periodo postoperatorio en el caso de no visualizarse durante la intervención quirúrgica.

Apendicitis granulomatosa como forma de presentación de apendicitis aguda. Revisión de la literatura y caso clínico.

García Ruiz S, Suárez Grau JM, Flores Cortés M, Valera Sánchez Z, López Bernal F, Prendes Sillero EJ, Pareja Ciuró F.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Presentamos un caso de apendicitis granulomatosa que debuta con cuadro de apendicitis clásica y en el que posteriormente no se demuestra afectación inflamatoria intestinal.

Caso clínico: Varón de 27 años que acude a urgencias por dolor abdominal de varios días de evolución. Entre sus antecedentes destaca rinoconjuntivitis alérgica en tratamiento sintomático sin síntomas sistémicos. No presentaba alergias medicamentosas ni enfermedades crónicas.

Refiere dolor abdominal de 3 días de evolución, localizado inicialmente en epigastrio y que se irradia a fosa ilíaca derecha, con náuseas y sin vómitos. No refiere cambios en hábito intestinal. Ha tenido febrícula de hasta 37,5°C.

A la exploración presenta abdomen blando y depresible sin defensa, con dolor intenso a la palpación en fosa ilíaca derecha, signo de Blumberg positivo y signo del psoas negativo. Analíticamente mostraba leucocitosis con neutrofilia y elevación de PCR. Resto sin hallazgos significativos.

Ante la sospecha de apendicitis aguda se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza apendicectomía laparoscópica sin incidencias relevantes durante la intervención. El apéndice presentaba aspecto inflamatorio sin alteraciones en el ciego o ileon terminal. El paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta al segundo día postoperatorio.

El estudio anatomopatológico de la pieza determina que se trata de apendicitis granulomatosa, sin afectación de la base apendicular. Con este diagnóstico se reinterroga al paciente sobre síntomas que sugieran una posible enfermedad de Crohn de base. El paciente niega cambios en el hábito intestinal, deposiciones con moco o sangre y dolor abdominal. A pesar de ello, fue derivado a consultas de Digestivo para descartar la presencia de enfermedad de Crohn, que hasta el momento ha sido negativa.

Discusión: La apendicitis granulomatosa supone una forma infrecuente de presentación de apendicitis aguda (0,01% al 0,5% según los distintos estudios). Puede presentarse en pacientes con enfermedad de Crohn conocida o previamente sanos, siendo en estos casos una forma de presentación idiopática o el debut de un cuadro de enfermedad inflamatoria intestinal que ha permanecido silente o con síntomas leves hasta el momento.

Clínicamente, los pacientes con apendicitis granulomatosa niegan cambios en el hábito intestinal en los días previos al debut del cuadro, si bien muchos refieren episodios diarreicos crónicos de carácter leve, que se puede relacionar con enfermedad de Crohn no diagnosticada. En los pacientes con apendicitis granulomatosa idiopática no se ha demostrado una mayor incidencia de enfermedad de Crohn a largo plazo, por lo que no se ha considerado indicador de enfermedad.

En las pruebas de imagen, la apendicitis granulomatosa es indistinguible de la apendicitis aguda común, aunque hallazgos como la ileítis terminal pueden sugerir relación con la enfermedad de Crohn. El diagnóstico definitivo es siempre anatomopatológico.

La evolución suele tener en cualquier caso un curso benigno, superponible al de una apendicitis aguda, con similar tasa de complicaciones y reintervenciones que éstas y con el mismo manejo clínico.

Conclusiones: La apendicitis granulomatosa es una forma de presentación muy infrecuente de apendicitis aguda, con evolución similar a esta y que puede aparecer como debut de una enfermedad de Crohn, si bien las formas idiopáticas están descritas sin presenta posteriormente mayor incidencia de enfermedad inflamatoria.

Obstrucción intestinal secundaria a endometriosis colónica

J. García Moreno; S. García Ruiz; C. Mendez García; D. Bernal; J.A. García Martínez; M. Flores Cortes; Z. Valera Sanchez; F. Lopez Bernal; F. Pareja Ciuró

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Se presenta el caso de una mujer de 40 años que acudió a urgencias por presentar estreñimiento de varios días de evolución junto con vómitos fecaloideos. Como antecedentes de interés refería intervenciones previas por endometriosis. En la exploración física se apreciaba una marcada distensión abdominal con molestias difusas a la palpación y timpanismo. El peristaltismo se encontraba presente, aunque algo atenuado. En la radiografía de abdomen en bipedestación se apreciaban importantes niveles de intestino delgado y grueso hasta colon descendente. Al no mejorar la paciente con tratamiento conservador se decidió intervención quirúrgica urgente; tras la laparotomía exploradora se mostró a nivel de la unión retosigmoidea una obstrucción intestinal con un proceso inflamatorio íntimamente adherido al útero, por lo que se realizó resección anterior baja tras individualizar el recto y colostomía terminal en fosa iliaca izquierda dadas las dificultades técnicas encontradas para la realización de anastomosis primaria. En el seguimiento postoperatorio se detectaron en un TAC de control 2 lesiones hipodensas a nivel pélvico de hasta 5 cm de

diámetro que sugerían la presencia de endometriosis a nivel parauterino. Se realizó histerectomía más doble anexectomía, no pudiéndose realizar reconstrucción del tránsito por presentar un proceso inflamatorio pélvico que englobaba al muñón rectal.

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica, y puede presentar implantes en cualquier región del organismo. Se estima que en el 5-15% de enfermedad pélvica se encuentra en tracto gastrointestinal afectado. Las manifestaciones clínicas pueden ser múltiples y pueden incluir rectorragia, obstrucción intestinal, diarrea o dispareunia. Considerando el caso presentado la presentación fue de obstrucción intestinal y el diagnóstico definitivo se realizó postoperatoriamente.

Cáncer colorectal por laparoscopia: resultados a corto y medio plazo en un hospital comarcal

J. Granados, J. Plata, A Naranjo, JA. Castilla, PA. Ruiz, S. Fuentes, R. del Rosal, C. Soria.

Hospital Infanta Margarita de Cabra. Córdoba.

Introducción y objetivos: Tras la fase de implementación en nuestro servicio de la cirugía laparoscópica aplicada al cáncer colorectal (CR), el presente estudio trata de analizar los resultados obtenidos a corto y medio plazo, con el fin de valorar si son equiparables a los publicados en la literatura.

Material y método: Entre febrero del 2006 y enero del 2009, en nuestro centro se intervinieron de manera programada un total de 176 pacientes diagnosticados de cáncer CR, de los cuales, 48 se intervinieron por laparoscopia. Hemos analizado retrospectivamente las variables clínicas y anatomopatológicas para su posterior análisis estadístico.

Resultados: En los 29 varones y 19 mujeres se realizaron 17 hemicolectomías derechas, 1 colectomías transversas, 16 hemicolectomías izquierdas, 11 resecciones anteriores bajas y 3 colectomías subtotaes. La hemicolectomía derecha fue la intervención que menos tiempo requirió (165 min), siendo la colectomía subtotal la que consumió un mayor tiempo quirúrgico (316 min). La cirugía se consideró curativa en todos los pacientes excepto en tres, siendo la tasa de reconversión del 6.25%. El tránsito intestinal se restableció entre el 3-4 día postoperatorio (1ª evacuación de gases). La tasa de complicaciones postoperatorias fue del 22.91%, registrándose dos fallecimientos en la serie y una reintervención. La estancia hospitalaria estuvo comprendida entre los 7 y 42 días, registrándose la media más alta en la colectomía subtotal (X:13.7 días). El estudio AP demostró que el margen distal fue adecuado en todos los casos, que el margen circunferencial fue > 1mm en todos los casos estudiados y el nº de ganglios linfáticos aislados osciló entre 6-23, siendo la media de 11.7. El seguimiento medio de los pacientes ha sido de 18.21 meses (4-39 meses), registrándose 4 éxitos y 4 recidivas locales (8.69%).

Conclusiones: Durante la fase de implementación de cirugía laparoscópica CR obtuvimos unos resultados globales, a corto y medio plazo, satisfactorios, equiparables a los publicados en la literatura.

Endometriosis apendicular: una causa poco común de apendicitis aguda

M. Fernández Abellán*, D.R. Ojeda Paredes*, C.P. Ramírez Plaza, J. Carrasco Campos, A. Álvarez Alcalde, M. Valle Carbajo, C. Jiménez Mazure, R.M. Becerra Ortiz, A. Titos García, N. Marín Camero, I. Pulido Roa, J.M. Aranda Narvaez, J. Santoyo Santoyo

Secretaría Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario «Carlos Haya». Málaga.

Introducción: La endometriosis se define como la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina. Afecta al 5-15% de las mujeres en edad fértil provocando en ellas una sintomatología poco específica como es el dolor pélvico crónico, la dispareunia o la infertilidad. La afectación del tracto digestivo es muy poco común.

Caso clínico: Mujer de 23 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, únicamente intensas dismenorreas, que acude por un dolor abdominal en el hipogastrio de unas 24 horas de evolución que posteriormente se irradia a fosa ilíaca y fosa renal derechas acompañado de náuseas sin vómitos. A la exploración la paciente no presenta fiebre y el abdomen es globuloso y depresible aunque con dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha y signo de Blumberg positivo. La analítica preoperatoria es totalmente normal. Se diagnostica de apendicitis aguda y se realiza una apendicectomía laparotómica, encontrándose una apendicitis aguda flemosa, sobre todo en el extremo distal con apendicolito en su interior y líquido intraperitoneal seropurulento. El informe de anatomía patológica fue de apéndice cecal con focos de endometriosis.

Discusión: Las manifestaciones intestinales por endometriosis se presentan en un 8,9% de los casos y generalmente se localiza en recto-sigma, siendo la afectación apendicular aún menos frecuente. La endometriosis apendicular puede dar una clínica muy variable que van desde un cuadro de apendicitis aguda hasta hemorragia digestiva baja intermitente, dolor crónico en fosa ilíaca derecha o perforación intestinal. Debido a la infrecuencia de esta patología y a la clínica tan inespecífica que suelen manifestar las pacientes, casi nunca es diagnosticada en el tiempo preoperatorio; además, cuando se indica la cirugía la cavidad peritoneal suele estar relativamente limpia y el apéndice escasamente congestionado por lo que suele ser un hallazgo histológico.

Intususcepción Colónica: Diagnóstico y Tratamiento

C. Moreno Cortés, R. Conde Muiño, I. Segura Jiménez, J. Martín Cano, P. Palma, JA. Ferrón

Sección de Cirugía Colorrectal - HMQ Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La intususcepción representa la causa más frecuente de obstrucción intestinal en la población pediátrica, siendo su incidencia del 1 al 5% en las obstrucciones del adulto. La mayoría de los casos en adultos presenta un proceso patológico subyacente. Presentamos tres casos recientemente tratados en nuestra Sección de Cirugía Colorrectal.

Pacientes y métodos: Un varón de 28 años con episodios dolorosos abdominales recurrentes se remite para estudio endoscópico donde se advierte masa a nivel de unión recto-

sigmoidea que no permitía paso del endoscopio. Se programa resección de sigma que realizamos de forma oncológica. El segundo caso fue el de un varón de 55 años con clínica de rectorragias y cambio del hábito intestinal. La endoscopia advierte prolapsos mucosos a nivel de unión rectosigmoidea. No se realiza biopsia y la ecografía descarta enfermedad a distancia. Se practicó una resección oncológica de sigma que presentaba una intususcepción en recto. El tercer caso fue una mujer de 27 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 6 meses de evolución con aumento de la intensidad desde hacía unos 15 días y acompañado de vómitos y estreñimiento, se le realiza TAC y se constata la presencia de una intususcepción que origina una obstrucción por lo que se interviene de forma urgente practicándosele una resección oncológica de colon derecho.

Resultados: La anatomía patológica del primer caso encontró un tumor estromal gastrointestinal de malignidad intermedia prolapsado a luz intestinal. La neoplasia del segundo paciente demostró ser un adenocarcinoma de sigma en estadio I. La anatomía del tercer caso fue de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de ciego. No se observó morbilidad.

Conclusiones: Está bien documentado en la literatura que entre el 70 y el 90% de las intususcepciones del adulto están asociadas a un proceso subyacente. En tanto este puede ser maligno, hasta en un 66% de las ocasiones, y el diagnóstico endoscópico puede estar dificultado por la propia patología, el cirujano debe tener, en estos raros casos, una alta sospecha diagnóstica, realizando siempre una resección oncológica y evitando toda posible maniobra de reducción durante el acto quirúrgico.

Enterocolitis Necrotizante como grave Complicación en Enfermos Oncológicos tras Tratamiento Quimioterápico

J. Martín Cano, I. Segura Jiménez, R. Conde Muiño, J.L. Marín, A. Medina, P. Palma, JA Ferrón

Sección de Cirugía Colorrectal - HMQ Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: La enterocolitis necrotizante es un proceso inflamatorio intramural del intestino que se produce en pacientes neutropénicos. Este síndrome se observa más frecuentemente después del tratamiento quimioterápico de enfermedades hematológicas.

Paciente y métodos: Presentamos un caso, recientemente tratado en nuestro servicio, de un varón de 38 años con antecedentes de Leucemia Aguda Linfoblástica Ph+ que recibió tratamiento quimioterápico de inducción según protocolo PETHEMA, tras el cual alcanzó remisión completa. Posteriormente recibió tratamiento quimioterápico de consolidación con Imatimib. El paciente acude a urgencias por presentar cuadro de abdomen agudo y cuadro tóxico sistémico. Las pruebas de imagen realizadas (TAC) informan de edema generalizado, con alteración específica en duodeno. Con el diagnóstico preoperatorio de abdomen agudo por necrosis duodenal se realiza laparotomía observándose necrosis de la cuarta porción duodenal (sin perforación), llevando a cabo una resección de la misma.

Resultados: La evolución del paciente fue tórpida, falleciendo por fallo multiorgánico inducido por la sepsis. La Anatomía Patológica informó de extensas áreas de edema y hemorragia en todo el espesor de la pared del duodeno resecaado.

Conclusiones: Esta comunicación debe alertar a cirujanos y oncólogos sobre las graves consecuencias de esta rara complicación en enfermos que presenten dolor abdominal tras tratamientos quimioterápicos agresivos.

Manejo ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada. Nuestros primeros resultados.

M. Ferrer Márquez, V. Maturana Ibáñez, M. Rico Morales, R. Belda Lozano, A. Reina Duarte, F. Rubio Gil

CH Torrecárdenas. Almería

Introducción: La prevalencia de la enfermedad diverticular es elevada en nuestro medio calculándose que afecta entre un 5-25% de la población en la quinta década y el 50-60% de la población de más de 80 años. Aunque la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos, un 20% presentará al menos un episodio de diverticulitis aguda. Se define como diverticulitis aguda no complicada aquella en la que sólo hay engrosamiento de la pared del colon y/o trabeculación de la grasa pericólica secundarios al proceso inflamatorio sin asociar abscesos intraabdominales, fístulas, perforación libre u obstrucción intestinal.

La posibilidad de un tratamiento ambulatorio en las diverticulitis no complicadas viene condicionada por el correcto diagnóstico y estadificación de la enfermedad, el estado general del paciente, su capacidad para la ingesta oral y un entorno familiar adecuado.

Paciente y métodos: Para incluir a los pacientes en nuestro protocolo de tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda, realizamos TAC abdominal en aquellos pacientes con sospecha clínica, utilizando la clasificación de Ambrosetti. Los pacientes con diverticulitis grado Ia o Ib son incluidos para tratamiento ambulatorio, siendo excluidos del mismo aquellos que presenten: edad superior a 80 años, comorbilidad importante (DM, cardiopatía, insuficiencia renal, obesidad...) tratamiento antibiótico previo, inmunosupresión o tratamiento con corticoides, problemas sociales (lejanía, soledad, incompreensión de tratamiento...) o clínica muy sintomática (vómitos, mal estar general, fiebre alta). El paciente comienza con tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico durante 10 días. Los primeros cuatro días exclusivamente toma bebidas isotónicas, a partir del cuarto día comienza con dieta blanda, y desde el séptimo día dieta normal (rica en fibra). El paciente es revisado el cuarto y séptimo día desde su diagnóstico y si presenta alguno de los criterios de exclusión es ingresado en planta para tratamiento hospitalario. Si tras los primeros diez días el paciente evoluciona favorablemente se le cita en un mes en consulta externa para nueva valoración.

Resultados: Desde junio de 2008, hemos tratado ambulatoriamente a 12 pacientes con edades comprendidas entre los 42 y los 80 años. Todos los pacientes presentaban cuadro de dolor abdominal localizado preferentemente en fosa ilíaca izquierda de menos de 24 horas de evolución. La TAC informó 11 casos

como diverticulitis grado Ib de Ambrosetti y tan sólo 1 como grado Ia. Al no presentar criterios de exclusión, a todos los pacientes se les explicó la posibilidad de realizar tratamiento ambulatorio de diverticulitis aguda acudiendo periódicamente a revisiones y aceptaron. Tras la tercera revisión los pacientes han evolucionado satisfactoriamente y se han remitido a consultas externas con colonoscopia de control. En todos los casos la colonoscopia ha confirmado la presencia de divertículos. Actualmente se encuentran asintomáticos y en ningún caso se ha planteado intervención programada de enfermedad diverticular.

Conclusiones: El tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada es seguro y eficaz, si bien creemos necesario las revisiones periódicas para descartar en cualquier momento una posible complicación que obligue al ingreso del paciente.

Colitis pseudomembranosa fulminante

RC. Martín, MJ. Perea, M. Becerra, B. Marengo

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Introducción: Clostridium Difficile es una bacteria Gram positiva que coloniza el tracto digestivo, capaz de producir desde una simple diarrea hasta una colitis fulminante asociada a un fallo multiorgánico y shock.

Se trata de una infección nosocomial común cuya frecuencia está aumentando en los últimos tiempos.

Material y métodos: Se describe el caso de un joven de 26 años sin antecedentes personales de interés que desarrolla una colitis pseudomembranosa fulminante en el transcurso de un tratamiento quimioterápico con Ácido Todo- trans- retinoico (ATRA) por una leucemia aguda subtipo M3.

Resultados: A los 15 días de su ingreso en el servicio de hematología el paciente comienza con numerosas deposiciones sanguinolentas, aislándose la toxina de Clostridium Difficile frente al cual se instaura tratamiento con Metronidazol.

Ante la mala evolución del cuadro el paciente ingresa en en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) presentando estado de shock séptico, dolor abdominal intenso y oliguria. Se le realiza TAC abdominal que informa de probable megacolon tóxico.

Se interviene quirúrgicamente de urgencias realizándose colectomía subtotal e ileostomía.

El postoperatorio en UCI cursa de forma tórpida requiriendo transfusiones, antibióticos (Meropenem, Metronidazol y Vancomicina) y nutrición parenteral; Permanece allí 15 días y otras 3 semanas en el servicio de hematología hasta ser dado de alta.

Conclusiones: Aunque la colitis pseudomembranosa por Clostridium Difficile es común en pacientes en tratamiento quimioterápico, la forma fulminante es poco habitual.

El factor de riesgo asociado más frecuentemente es el consumo de antibióticos, por lo que su incidencia se ha visto aumentada en los últimos años ya que se abusa masivamente de dichos fármacos.

La mayor parte de los pacientes responden bien al tratamiento con Metronidazol y/o Vancomicina, sin embargo en un bajo porcentaje, el proceso progresa hacia una colitis

pseudomembranosa fulminante que a menudo requiere una colectomía subtotal e ileostomía, lo cual conlleva una elevada morbilidad y mortalidad, si bien es el único tratamiento capaz de salvar la vida del paciente que se encuentra ya en un estado de shock séptico.

Mucocele apendicular como diagnóstico diferencial de masas quísticas en la región pélvica

E. Yagüe, A. Morales, M.M Rico Morales, M. Ferrer Márquez, V. Maturana Ibañez, J. Torres Melero

Complejo hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Introducción: Los mucocelos apendiculares son una entidad infrecuente; representan sólo el 0,25% de todas las apendicetomías realizadas y un 8% de todos los tumores apendiculares. Pueden ser asintomáticos y ser descubiertos casualmente en el curso de una exploración radiológica o endoscópica, o de una laparotomía o laparoscopia realizadas por otra razón. La mitad de los casos se presenta con dolor en la fosa ilíaca derecha indicativo de apendicitis aguda. Puede ser un proceso benigno o maligno, por lo que es necesaria la individualización de cada caso para conocer su verdadera naturaleza. Se estima que el 10-15% de los mucocelos pueden evolucionar hacia un pseudomixoma peritoneal con una repercusión en sobre el paciente. El manejo incorrecto puede favorecer esta progresión. Estos procesos tumorales asociados con mucocelos apendiculares pueden ser tanto del tracto gastrointestinal como de ovario, mama y riñón, y alcanzan hasta la tercera parte de los pacientes.

Caso clínico: paciente mujer de 52 años con antecedentes de colitis ulcerosa de 7 años de evolución en ese momento controlada. En control ecográfico se evidencia una masa quística de 8 por 3,5 cm en fosa ilíaca derecha sin clínica y con marcadores tumorales normales. Se confirma dicha masa con TAC abdominopélvico sospechándose como posibles diagnósticos mucocelo apendicular, adenoma apendicular o quiste mesentérico. Se realiza laparotomía con hallazgo de masa quística situada en punta de apéndice, sin afectación de la base, realizándose apendicentomía reglada. La anatomía patológica vino informada como cistodenoza mucinoso (14 cm) asociado a mucocelo sin penetración de capa muscular ni mucina extra apendicular.

Dicusión: El diagnóstico diferencial del mucocelo se debe establecer con las neoplasias benignas de apéndice (leiomioma, neuroma, fibroma y lipoma) y otras afecciones como quistes mesentéricos, hidrosalpinx, carcinoide, linfoma, invaginación, endometriosis y adenocarcinoma de apéndice. A pesar de la mejora de pruebas complementarias, el diagnóstico de la apendicitis aguda continúa siendo fundamentalmente un diagnóstico clínico y en muchos casos la cirugía se indica sin realizar más pruebas. Ya que se asocian con frecuencia a otro tipo de tumores es necesario la realización de estudio de extensión cuando sea posible. La apendicectomía es el tratamiento de elección siendo importante mantener el mucocelo intacto durante la operación, para evitar la diseminación de la materia mucoide. La existencia de metástasis ganglionares o diagnóstico de cistoadenocarcinoma son indicación de hemicolectomía derecha reglada.

Implantación del proceso cáncer colo-rectal en el Hospital del Área de Gestión Sanitaria Serranía de Ronda.

S. Antúnez, D. Palomo, D. Legupín, L. Bollici, A. Pérez, F. Serratos y M. Pradas.

Hospital Serranía De Ronda. Málaga.

Introducción: El proceso asistencial es una herramienta compleja, actual, muy útil para la mejora de la calidad de la asistencia que prestamos en ciertas patologías prevalentes como el cáncer colo-rectal. La participación coordinada y secuencial de todos los niveles asistenciales, tanto sanitarios como administrativos, es parte de su esencia y resulta especialmente importante durante su implantación.

Material y métodos: Se presentan la totalidad de los 34 pacientes incluidos en el proceso CCR, durante su implantación. Se realiza estadística descriptiva y se cuantifican los principales indicadores de calidad del proceso, fundamentalmente, las demoras de consultas externas, del estudio de extensión y de la intervención. Se analizan los problemas detectados y se proponen distintas actuaciones.

Resultados: La demora en Consultas externas de Digestivo y Cirugía, así como en la realización de pruebas complementarias: Colonoscopia, TAC, etc.. fue inferior a 10 días en el 80 % de los casos. La demora media de la intervención fue de 16,7 días naturales. El 100% de los pacientes fueron operados dentro de los 30 días que marca el proceso.

La inclusión del 100% de los pacientes en una base de datos, específicamente creada para este proceso, permitió el análisis de los datos y la detección de los problemas, así como el resultado de las mejoras que se implementaron.

La elevada carga asistencial de los participantes en el proceso hace muy difícil elaborar un calendario de reuniones, por lo que se optó por «micro-reuniones» conforme se detectaban los problemas.

Aunque se cumplieron los plazos en más del 80% de los casos de las diferentes pruebas y consultas, las demoras detectadas se debieron a la falta de coordinación entre los diferentes servicios y el Servicio de admisión a la hora de identificar la prioridad de los pacientes. Algunos de los problemas detectados fueron: Derivación prematura de los pacientes a la Consulta de Cirugía, Demora de C. Externas de Digestivo y Cirugía impredecible, entre otros.

El acuerdo entre los Servicios implicados en la cumplimentación correcta del volante de derivación o de petición de pruebas unido a una adecuada gestión de la consulta externa permitió corregir estos indicadores.

La colectomía laparoscópica (35%) mejoró la tasa de infecciones y redujo la estancia media sin menoscabo de la linfadenectomía y con un bajo índice de reconversión (5,9 %)

Conclusiones: - El proceso ccr puede ser implantado con éxito en un hospital de segundo nivel con la colaboración de todos sus profesionales.

- La utilización de una base de datos específicamente diseñada es imprescindible para el análisis de resultados y propuesta de mejoras.

- La autogestión por servicios de las consultas externas, prue-

bas complementarias y programación de quirófanos garantiza el cumplimiento de los objetivos marcados para los principales indicadores de calidad.

Tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma apendicular.

Á. Ramiro Sánchez, A. Reguera Teba, A. Palomares Cano, A. I. Rueda López, J. M. Capitán Vallvey, M. Medina Cuadros.

Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Introducción: El tumor adenocarcinoma apendicular (carcinoma de células caliciformes, carcinoma mucinoso, carcinoma de células de la cripta) es un tumor poco frecuente (2-5% de los tumores apendiculares). Afecta por igual a ambos sexos y es más frecuente entre la sexta y la séptima década de vida. La mayoría de los pacientes presentan sintomatología apendicular aguda o dolor en fosa iliaca derecha con o sin masa palpable.

Caso clínico: Paciente de 43 años que acude al servicio de urgencias presentando dolor en fosa iliaca derecha de siete días de evolución de intensidad creciente, acompañado de náuseas sin vómitos y febrícula persistente a pesar de antipiréticos. Presentaba a la exploración dolor en fosa iliaca derecha con defensa y signos de irritación peritoneal y sensación de masa subyacente. La analítica practicada presentaba leucocitosis con desviación izquierda. Como antecedentes personales presentaba una hipertensión arterial y un síndrome de Peutz-Jeguer, depresión, resección anterior de pólipos colónicos en colonoscopias rutinarias de seguimiento.

Ante la sospecha de abdomen agudo por apendicitis se decide intervención urgente, encontrando apéndice flemonoso, englobado dentro de un plastrón inflamatorio, de difícil acceso a través de incisión de MacBurney. Se practica apendicectomía reglada, con estancia postoperatoria inmediata en planta sin incidencias.

El resultado anatomopatológico demuestra tumor adenocarcinoma apendicular mucosecretor intra y extracelular con componente de celular en anillo de sello, de 6 cm. de longitud. El tumor infiltra capas musculares y focalmente tejido fibroadiposo del meso así como peineuro, muestra atipia moderada y actividad proliferativa del 7/10%.

Ante estos hallazgos procedimos a realizar hemicolectomía derecha.

Discusión: La hemicolectomía derecha es el procedimiento quirúrgico habitual ante tumores apendiculares de estirpe maligna, sin embargo en el caso de tumores de agresividad intermedia como el caso del adenocarcinoma apendicular la hemicolectomía derecha está más discutida.

No está claro en qué situaciones hay que realizar apendicectomía simple o hemicolectomía derecha. El tratamiento es controvertido ya que se trata de un tumor más agresivo que el carcinoma y con mayor riesgo de metástasis.

Es recomendable la hemicolectomía derecha cuando exista afectación de la base apendicular y/o ciego, márgenes de resección positivos, tamaño tumoral mayor de 2 cm, mucocele, atipia severa, o más de 2 mitosis por campo.

Hernia inguinoescrotal con pérdida de domicilio. A propósito de un caso.

D. Molina Garcia, V. Gomez Cabeza de Vaca, C. Mendez, J. Cañete Gomez, F. Ibañez Delgado, A. Vasquez Medina, JM. Hernandez de la Torre, F. Alcantara Gijon.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Las hernias inguinales con pérdida de domicilio es una entidad muy compleja con alta riesgo quirúrgico y postoperatorio ya que se presentan en personas obesas y con frecuencias en pacientes con enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica. A continuación presentamos un caso de un paciente de 49 años de edad con el diagnóstico de una hernia inguinoescrotal derecha con pérdida de domicilio.

Caso clínico: Se trata de un paciente de 49 años de edad con antecedente de obesidad mórbida y fumador crónico que consulta por presentar hernia inguinoescrotal derecha de larga evolución y crecimiento progresivo con pérdida de domicilio a domicilio. A la exploración gran hernia inguinoescrotal derecha que se extiende hasta tercio inferior de muslo con pérdida de domicilio, sin signos de complicación. Antes estos hallazgos se decide programar para intervención quirúrgica evidenciándose hernia inguinoescrotal derecha gigante que incluía ciego, colon ascendente, intestino delgado y epiplón mayor. Ante imposibilidad de reducir el contenido herniario por pérdida de domicilio se realiza resección de epiplón mayor, apéndice cecal y de 1,5 metros de yeyuno-ileon mas hernioplastia inguinal derecha con malla de polipropileno según técnica de Lichtenstein. Durante el postoperatorio se comienza a realizar neumoperitoneo seriado que es bien tolerado por el paciente, sin presentar dificultad respiratoria, sin embargo comienza a presentar aumento de tamaño progresivo de la bolsa escrotal, motivo por el cual se decide realizar ecografía al octavo día de postoperatorio en donde se observan signos sugestivos de recidiva herniaria. Se decide reintervención quirúrgica y abordaje por laparotomía media y extensión a incisión inguinoescrotal en donde se objetiva hidrocele más gran quiste de epidídimo que se evacúan. Malla en posición adecuada sin apreciarse recidiva herniaria. En el postoperatorio presenta absceso de herida quirúrgica que evoluciona de forma favorable con tratamiento médico y curas locales de la herida con cierre por segunda intención. El paciente es dado de alta a los 45 días desde su ingreso en buen estado general, tolerando dieta con tránsito intestinal normal, siendo ingresado de forma programada 2 meses después para realizar plastia escrotal por escroto redundante.

Discusión: La reparación de las hernias inguinales con pérdida de domicilio continúan siendo un gran reto para el cirujano, por su alta tasa de complicaciones postoperatorias sobretodo en lo que se refiere a complicaciones respiratorias ya que se presentan en personas obesas y con frecuencias en pacientes con enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica, desnutridas y cardiopatías. El manejo de esta patología es muy complejo, recomendándose neumoperitoneo progresivo en el preoperatorio distendiendo la pared abdominal con aumento del área intraabdominal, igualmente en ocasiones, como en nuestro caso es necesario realizar resecciones intestinales y del

epiplón mayor para poder realizar la reducción del contenido herniario y posteriormente realizar hernioplastia inguinal según técnica de Lichtenstein. En el postoperatorio igualmente, en los casos que se a necesario se puede continuar con neumoperitoneo progresivo con especial cuidado de la función cardiorrespiratoria.

Infección de prótesis de pared abdominal como complicación tardía después de colecistectomía laparoscópica debido a la diseminación de cálculos biliares.

A. Gallardo Ortega; F. Huertas Peña; P. Medina Reborio;; R. Rosado Cobián; D. Ramírez Soler; S. Mezquita Gayango

Hospital del S.A.S de Huércal-Overa. Almería.

Introducción: La perforación de la vesícula biliar ocurre en un 10-20% de los casos, con la diseminación de los cálculos biliares en un 6-30%. En esta situación, es difícil determinar en qué porcentaje de casos no se recuperan. Es generalmente aceptado que los cálculos abandonados no provocan raves complicaciones. Presentamos el caso de una paciente que había sido intervenida mediante colecistectomía laparoscópica previamente y que padeció una complicación posterior debido a la diseminación de cálculos biliares.

Materiales y métodos: Mujer de 77 años que había sido sometida a una hernioplastia mediante implantación de prótesis de PTFE 8 años antes por hernia ventral, y que había sido colecistectomizada mediante abordaje laparoscópico seis años atrás, que consultó por dolor en hipocondrio derecho y fiebre. Se le diagnosticó un absceso en hipocondrio derecho que fue drenado y tratado con éxito. El cultivo mostró la existencia de *Streptococcus anginosus*. Dos años después de esta intervención y siete después de la colecistectomía laparoscópica, la paciente presentó supuración en el por un orificio umbilical en el lugar donde estaba implantada la prótesis de reparación de su hernia ventral. Tras intentar tratamiento conservador de la supuración, la paciente precisó una intervención quirúrgica para extirpar la prótesis, encontrándose cálculos biliares en contacto con la prótesis en posición preperitoneal.

Resultados: Un año después de la intervención, la paciente se encuentra asintomática de su padecimiento.

Conclusiones: Los cálculos vertidos en el transcurso de una colecistectomía laparoscópica deben ser recuperados para evitar la aparición de complicaciones posteriores. Esta precaución debe ser tomada especialmente en cuenta ante paciente con colecistitis aguda, bilis potencialmente infectada, cálculos de bilirrubinato, pacientes de edad avanzada o inmunodeprimidos, portadores de hernias de pared abdominal o que hayan recibido implantes protésicos.

Estudio retrospectivo del tratamiento ambulatorio de las hernias de pared abdominal anterior: importancia en la formación del MIR

A. Muñoz Ortega, J. Cañete Gomez, M. Gutierrez Moreno, V. Gomez Cabeza de Vaca, F. Docobo Durantez, J.M. Mena Robles, J.L. Blanco, A. Guzman, M.J.

Tamayo, M.L. Cuaresma, J.A. Pineda

HUV Rocío. Sevilla.

Introducción: Las hernias de pared abdominal anterior es una afección muy prevalente en la actualidad. Las UCMA y dicha patología son un pilar básico en la formación del MIR de cirugía. La existencia de docentes implicados y motivados permitirá al MIR de primeros años adquirir habilidades técnicas, así como el conocimiento para preparar a dichos pacientes para la CMA.

Material y métodos: Entre Junio y diciembre de 2008 (rotatorio R2) se intervinieron 93 hernias umbilicales, 18 hernias epigástricas, 2 hernias de Spiegel, 20 hernias incisionales y 4 hernias postrócar en régimen ambulatorio. Rango de edad: 23-85 años. Sexo: 57,9% varones. 42,1% mujeres. Tiempo de espera medio: inferior a 90 días. Se estudia: el porcentaje de altas en <8h del ingreso, estado general en control telefónico (24h), dolor (escala de 0-10), anestesia usada, tipo intervención, tipo de malla, papel del residente (R2) y porcentaje de infección de herida quirúrgica.

Graficas y diagramas:

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de las hernias de la pared anterior abdominal en las unidades de CMA es el gold estándar actual, siempre que no lo contraindique la comorbilidad asociada del paciente. En las hernias incisionales deberá seleccionarse los pacientes candidatos en función de dicha comorbilidad y tamaño del defecto herniario. El papel activo del MIR permite aprender además de los aspectos de las técnicas quirúrgicas, el conocimiento de los aspectos estructurales-organizativos del funcionamiento del circuito asistencial protocolizado de las UCMA, la gestión de las listas de espera y los criterios de selección de los pacientes en cirugía ambulatoria.

Rabdomiosarcoma Pleomorfo Diafragmático Primario

M.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García, M. Alba Valmorisco, M.C. Bazán Hinojo, V. González Rodicio, A. Gil Olarte Pérez, J.R. Castro Fernandez, M. San Miguel, J.M. Vázquez Gallego

Hospital Universitario Puerta Del Mar. Cádiz.

Introducción: Los tumores diafragmáticos primarios son raros, pero incluyen una gran variedad de tumores (mesoteliomas, quistes teratósicos, fibrosarcomas, lipoma, fibroma, neurofibroma etc.) siendo el rabdomiosarcoma pleomórfico muy raro en esta localización. Ya sean benignos o malignos no suelen presentar síntomas al inicio y suelen ser hallazgos accidentales en pruebas de imagen como TAC, RX y ecografía. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico. Presentamos un caso de un paciente de 61 años que presentó un tumor abdominotorácico que resultó ser un Rabdomiosarcoma pleomórfico.

Caso clínico: Paciente de 61 años con antecedentes de Neurofibromatosis tipo I sin complicaciones, exfumador desde hace 20 años, trabajó con amianto y con aves hasta hace 6 años. Ingresa en el Servicio de medicina interna por presentar mal estado general y disnea progresiva, sin otra sintomatología acompañante.

Exploración física: Manchas color “café con leche” por toda la superficie corporal. Múltiples fibromas cutáneos. Auscultación Pulmonar con abolición de murmullo vesicular. en los 2/3 inferiores del Hemitórax izquierdo. Abdomen masa que ocupa epigastrio e Hipocondrio dcho, dura, no movable, ligeramente dolorosa.

Exploraciones complementarias: Analítica: leucocitosis de 24.900. Rx tórax en la que se aprecia un derrame pleural derecho que atelectasia parcialmente al pulmón derecho. Ecografía abdominal: Masa en epigastrio que rechaza el lóbulo derecho del hígado. No parece depender del estómago. TAC Toracoabdominal: Masa abdominal superior derecha, que parcialmente sobrepasa el diafragma en reloj de arena, con derrame pleural derecho. Comprime hígado y pulmón sin infiltrarlos. No parece depender de estómago. Citología líquido pleural: líquido hepático sin células neoplásicas malignas. Células mesoteliales reactivas.

Con el diagnóstico de masa abdominal de gran tamaño sin filiar y derrame pleural, se traslada para tratamiento quirúrgico.

Intervención quirúrgica: Tumor 17x15 cm. en reloj de arena abdomino-torácico derecho que atraviesa el espacio de Larrey-Morgani agrandado. Empiema crónico pleural derecho. Atelectasia pulmón derecho. Extirpación y desbridamiento total del empiema pleural. Cierre defecto diafragmático con parche Composix ovalado. Tubo pleural derecho y drenaje JP subfrénico.

La evolución postoperatoria fue favorable y el diagnóstico Anatomopatológico fue de Rabiomiosarcoma pleomórfico.

Discusión: El Rabiomiosarcoma pleomórfico es un tumor del músculo esquelético raro y controvertido. Su localización primaria en el diafragma es rara, encontrando solo 10 casos descritos en la literatura. Habitualmente cursan de forma asintomática, aunque en algunos casos presentan sintomatología severa, como epigastralgia, dolor, anorexia, vómitos, disfagia, tos o disnea. El diagnóstico es Anatomopatológico, siendo las pruebas de imagen de elección la Rx torax, el TAC y la ecografía abdominal. En el caso de nuestro paciente, la clínica fue respiratoria, y el diagnóstico de imagen indicó la existencia de una tumoración abdomino-torácica, siendo el diagnóstico de sospecha neurofibroma. La cirugía y el posterior análisis anatomopatológico de la pieza nos dieron el diagnóstico definitivo.

Eventroplastia supraaoneurotica en cirugía de urgencias

E. García Abril, A. Ortega Carrasco, I. Machado Romero, D Rodríguez Morillas, B. Mirón Pozo, M. Corominas Cishkek, M. Zurita Savedra, J.M. García Gil
Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos:

1. Análisis de los casos clínicos de las eventroplastias abdominales realizadas de urgencia en un servicio de Cirugía General y del Aparato digestivo.
2. Revisión de la literatura científica actual referente al respecto.
3. Formulación de hipótesis para la realización de ensayos clínicos aleatorizados.

Material y métodos: Realización de un estudio descriptivo retrospectivo de las eventroplastias abdominales realizadas en nuestro servicio en cirugía de urgencias. La selección de pacientes se llevó a cabo con el listado de cirugía de urgencias durante los años 2005, 2006 y 2007. Palabras clave: eventroplastia, eventración, hernia laparotómica. La búsqueda arrojó un tamaño muestral (n) de 17 casos en lo que se realizó eventroplastia en cirugía de urgencias, con una edad media de 77 años (88- 42).

La indicación de la cirugía urgente se estableció por tres causas: incarceration (15 casos; 88,2 %), estrangulación (1 caso; 5,8 %) y evisceración (1 caso; 5,8 %). Salvo la evisceración, todas ellas asociadas a clínica de obstrucción intestinal y dolor de la tumoración herniaria.

Se realizó resección intestinal en el caso de estrangulación (5,8 %).

Los materiales protésicos utilizados fueron: polipropileno (16 casos; 94,1 %), Vypro® (1 caso; 5,8 %).

Las técnicas realizadas fueron: técnica supraaoneurotica (13 casos; 76,4 %), técnica preperitoneal (2 casos; 11,8 %) y técnica de Rives (2 casos; 11,8 %).

Se dejaron drenajes aspirativos tipo Redon en pared abdominal en 10 casos (58,8 %).

El tiempo medio de seguimiento en consulta fue de 3,1 meses hasta el alta definitiva de dicho proceso.

Resultados: La moda de estancia hospitalaria resultó en 7 días. Entre las complicaciones aparecieron:

1. Serohematoma de pared abdominal (5 casos; 29,4 %). Se había dejado drenaje en 4 de los 5 casos.
2. Infección de herida quirúrgica (1 caso; 5,8 %). Se había dejado drenaje.
3. Ileo paralítico (1 caso 5,8 %) asociado al caso de resección intestinal.
4. Recidiva herniaria (1 caso 5,8 %) asociado a obesidad mórbida, documentada a los 2 años de la intervención por eventración incarcerationada.

Salvo la recidiva herniaria, todas las complicaciones anteriores fueron tratadas de manera conservadora, sin precisar reintervención. Hasta la fecha no se han observado problemas relacionados con el material protésico implantado.

Conclusiones: en nuestra experiencia no parece que el uso de drenaje previniera la aparición de complicaciones. No parece haber diferencias relacionadas con la técnica utilizada y la aparición de complicaciones. Las medidas conservadoras y el drenaje podrían ser suficientes para tratar tanto la infección como el serohematoma cuando se implantan mallas de polipropileno.

Estas conclusiones se aproximan a las encontradas en los metaanálisis realizados por Gurusamy KS y Samraj K y por den Hartog D, y cols, publicados en The Cochrane durante 2009. Así como en el estudio de Bueno Lledó, y cols publicado en Cirugía Española durante 2009. No obstante parece necesario la realización de más estudios aleatorizados que planteen niveles de evidencia más adecuados al respecto.

Tumor desmoides esporádico gigante de pared abdominal

M. Valle Carbajo, J. Carrasco Campos, C. Jiménez

Mazure, A. Álvarez Alcalde, A. Titos García, R.M. Becerra Ortiz, N. Marín Camero, I. Pulido Roa, B. López Rueda, C.P. Ramírez Plaza, J.M. Aranda Narváez, J. Santoyo Santoyo

Servicio de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: Los tumores desmoides o fibromatosis músculo-aponeuróticas son muy raros, con una prevalencia en la población general de 2-4 casos por millón de habitantes y predominio en mujeres entre la 3ª-4ª décadas de la vida. Suelen ser únicos y macroscópicamente se presentan como masas de tejido fibroso, duro e infiltrativo, generalmente bien diferenciado, y pese a que tienen una gran tendencia a la recurrencia (25-65%) no suele metastatizar. Las localizaciones más frecuentes son: pared abdominal (50%), extraabdominal (40%) y mesenterio (10%). Las formas intraabdominales suelen asociarse a la poliposis colónica familiar y cuando se localizan en la pared abdominal suelen ser esporádicos. Se ha descrito su asociación a cicatrices por intervenciones y/o traumatismos previos, a embarazo, a tratamientos estrogénicos y a alteraciones genéticas. Los tumores desmoides suelen cursar con muy poca sintomatología, comportándose habitualmente como una masa palpable indolora de lento crecimiento, y pudiendo llegar a alcanzar un gran tamaño. La TAC es el medio más útil para su diagnóstico, aunque la RMN ofrece información muy útil respecto a la relación del tumor con las estructuras vecinas. El tratamiento de elección es siempre quirúrgico, siendo fundamental la obtención de márgenes libres de tumor para minimizar la recidiva local. La posterior reconstrucción del defecto debe realizarse usando biomateriales protésicos (mallas) o mediante colgajos libres o microvasculares.

Caso clínico: Mujer de 40 años sin antecedentes de interés que consulta por presentar masa dura e indolora situada en hipocondrio izquierdo de 3 meses de evolución, sin otros síntomas asociados. La exploración sólo objetiva una masa palpable de gran tamaño que ocupa epigastrio, mesogastrio e hipocondrio izquierdo. La analítica y el enema opaco son normales. La TAC presenta una tumoración abdominal compatible con tumor desmoides de pared abdominal. Se decide intervención quirúrgica, hallando intraoperatoriamente un tumor subaponeurótico y supraparitoneal que se reseca por completo con un margen libre circunferencial de 3-4 cm. Posteriormente se reconstruye en defecto abdominal mediante una malla de Gore-Tex y otra de polipropileno. El resultado de la anatomía patológica es de tumor desmoides de 22 x 22 x 13 cm y de 3900 g. La evolución fue muy satisfactoria, siendo dada de alta el 14º día postoperatorio.

«Open vacuum-pack» (abdomen en vacío) como técnica de cierre temporal del abdomen en cirugía de urgencias.

C. Jiménez Mazure, M. Valle Carbajo, J. Carrasco Campos, A. Álvarez Alcalde, A. Titos García, R.M. Becerra Ortiz, N. Marín Camero, I. Pulido Roa, J.M. Aranda Narváez, C.P. Ramírez Plaza, J. Santoyo Santoyo.

Hospital Regional Universitario de Málaga «Carlos Haya». Málaga.

Introducción: La técnica del «open vacuum» es un método de cierre temporal abdominal descrita por Brock en 1995. Se emplea como tratamiento del síndrome compartimental abdominal y también ante casos de abdomen catastrófico en los que se desaconseja el cierre primario, bien por control de daños o bien por la existencia de una complicación séptica asociada. Se trata de una técnica eficaz, barata, que permite la protección de las vísceras abdominales, previene la contaminación de la cavidad abdominal, evacúa líquidos y tóxicos, y preserva la pared abdominal para un cierre posterior. Presentamos un caso de síndrome compartimental abdominal resuelto con esta técnica.

Caso clínico: Mujer de 64 años sin alergias medicamentosas conocidas e intervenida hace más de 20 años de histerectomía abdominal total con doble anexectomía y eventroplastia con malla hace 6 años. Es diagnosticada de forma casual de tumor bien delimitado de 8,5 x 7 cm. de localización supravescical izquierdo, heterogéneo y sugerente de neoformación ovárica (pese a anexectomía previa). La colonoscopia no presenta alteraciones significativas y los marcadores tumorales son normales. Se interviene de forma programada, objetivando una masa pélvica retroperitoneal izquierda que desplaza medial y anteriormente al colon sigmoideo sin evidenciar enfermedad neoplásica a otro nivel y se realiza exéresis completa de la masa pélvica. En el postoperatorio inmediato la paciente presenta un íleo prolongado, intolerancia alimenticia, distensión abdominal y leucocitosis en aumento. En los estudios de imagen se objetiva la presencia de colección pélvica con gas en su interior que se drena percutáneamente con salida de contenido purulento, pasando a UCI donde presenta mala evolución con necesidad de drogas vasoactivas para mantenimiento de hemodinámica, oliguria e intubación orotraqueal por la aparición de distress respiratorio del adulto. Es reintervenida el día p.o.+13, objetivando líquido libre de aspecto seroso, y una cloaca pélvica secundaria a una perforación contenida del colon sigmoideo. Se realiza una intervención de Hartmann y se practica un cierre temporal de laparotomía en vacío (Open Vacuum-Pack). En UCI presenta progresiva mejoría, con buenas diuresis, resolución de íleo, y mejoría de la función respiratoria, por lo que se reinterviene el día p.o. +20 para cierre de la pared abdominal mediante aproximación parcial de la vaina anterior de los rectos y un parche central de malla tipo «dual mesh». Finalmente, la enferma presenta buena evolución posterior, con resolución del distress respiratorio, y buen funcionamiento de la colostomía. Es dada de alta el día p.o. +58. La histología definitiva es informada como adenocarcinoma mucinoso compatible con extensión pélvica ó metástasis de tumor de origen digestivo, y actualmente está en seguimiento por Oncología Médica.

Enfermedad de Verneuil: una patología infrecuente de diagnóstico tardío.

A. Muñoz Ortega, J. Cañete Gomez, M. Gutierrez Moreno, V. Gomez Cabeza de Vaca

HUV Rocío. Sevilla

Introducción: La enfermedad de Verneuil es una hidrosadenitis supurativa crónica poco estudiada que se manifiesta con abscesos recurrentes en áreas ricas en glándulas apocrinas y folículos pilosos. La localización más frecuente es axilar en la mujer y perineal en el varón. Conocer y sospechar la enfermedad será el factor principal para su diagnóstico y tratamiento precoz, aunque en la mayoría de los casos nos la encontraremos en fases evolucionadas.

Caso clínico: Paciente varón de 50 años que acude a urgencias por dolor glúteo derecho y supuración.

-Antecedentes Personales: Episodio similar autolimitado hace un año. Sin alergias referidas.

-Exploración física: Regular estado general. Febril. Presencia de gran área flemonosa en glúteo derecho, evidenciándose supuración espontánea a varios niveles.

-Pruebas complementarias:

-Hemograma con 15200leucocitos (75%PMN)

-Bioquímica y coagulación sin hallazgos patológicos.

Se decide intervenir de urgencias bajo anestesia raquídea realizándose drenaje de colección glútea. Tras el alta precoz, ingresa de nuevo por urgencias en semanas posteriores con clínica similar, precisando reintervenir en varias ocasiones sin mejoría evidente(FIG1). Dada la mala evolución se programa para cirugía electiva. Se realiza exéresis radical del área afecta, dejando márgenes limpios, y colocación de un injerto cutáneo (femoral posterior) cubriendo todo el defecto(FIG2). Presentó buena evolución posterior, siendo dado de alta a la semana con buenos controles posteriores en consultas.

Discusión: El diagnóstico precoz de esta infrecuente enfermedad es difícil, ya que suele consultar en servicio de urgencias por brote agudo, fácilmente confundible con otras patologías más prevalentes(sinus pilonidal,fístula perianal,absceso primario..). Según el grado de evolución, existen diversas propuestas terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas. En los casos más graves, la cirugía radical es el único tratamiento potencialmente curativo, siendo en ocasiones inviable el cierre primario o por segunda intención. El uso de autoinjertos cutáneos permitirá la exéresis radical de la piel afecta asegurando una óptima cobertura del defecto de forma precoz.

Nuestra experiencia en el tratamiento del síndrome compartimental abdominal mediante técnicas de abdomen en vacío «vacuum pack».

J. Torres Melero, G. Verdejo, E. Yagüe, A. Morales, V. Maturana, MM^a Rico Morales

Unidad Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal. Servicio de Cirugía. Hospital Torrecárdenas, Almería

Introducción: El síndrome compartimental abdominal se define como el conjunto de signos y síntomas que reflejan la disfunción progresiva de los distintos órganos y sistemas debido a un aumento agudo de la presión intraabdominal. Sus causas más frecuentes son: lesiones traumáticas abdominales, hemorragias postoperatorias, peritonitis, pancreatitis aguda necrotico-hemorrágica, íleos paralíticos (mecánicos o subestructivos) e incluso en pacientes con carcinomatosis peritoneal co que son tratados con técnicas de citorreducción y quimioterapia intraperitoneal y sufren una complicación intraabdo-

minal que induce aumento de la presión intraabdominal.

Creemos sumamente importante el conocimiento, por parte del personal de enfermería de quirófano, reanimación postquirúrgica, UCI y planta de hospitalización, de las necesidades e instrumentación de la aplicación del abdomen en vacío en el tratamiento urgente de pacientes quirúrgicos graves.

Proposito: Exponemos las indicaciones de este procedimiento, así como la descripción técnica y los requerimientos necesarios para su ejecución junto con una descripción detallada de los cuidados y medidas a seguir con estos pacientes en el área de reanimación post-quirúrgica y planta de hospitalización.

Materiales y metodos: Desde Enero de 2004 hasta Abril 2009, hemos practicado en 22 pacientes (15 H/7M), descompresión quirúrgica urgente y cierre temporal de la cavidad abdominal. La técnica utilizada ha sido del tipo de abdomen abierto en vacío según procedimiento de «sándwich-vacuum pack».

Resultados: En nuestra serie, las indicaciones de esta técnica han sido: 12 pancreatitis necrótico-hemorrágicas, 6 fistulas anastomóticas, 1 carcinomatosis peritoneal, 2 hemorragias abdominales y 1 obstrucción intestinal.

Describimos los materiales empleados en el diseño de este tipo de cierre temporal que, básicamente, consisten en: una bolsa estéril multiperforada que recoge todo el contenido intestinal, dos compresas colocadas sobre ésta y dos drenajes aspirativos conectados en «Y» a los que se le aplica una presión negativa continua entre 120-150 mmHg. La incisión abdominal se cubre con un apósito transparente de poliuretano tras aproximar los bordes de la aponeurosis anterior de los rectos con suturas discontinuas sin tensión. Los cambios de este sistema se realizan cada 48-72, retirándose cuando el paciente cumple, sin riesgos, criterios para el cierre definitivo de la pared abdominal.

Conclusion: Consideramos imprescindible el conocimiento por parte del personal de enfermería del área quirúrgica, de las indicaciones, materiales, tiempos quirúrgicos e instrumentación de esta técnica de descompresión abdominal, que permite un adecuado control de la cavidad abdominal en pacientes graves ya que favorecer la granulación y cicatrización de la herida, ayuda a eliminar el fluido intersticial al facilitar la eliminación del exudado de la herida o del abdomen, disminuye la colonización bacteriana y mejora el flujo sanguíneo.

Proctología en CMA

J. Cañete Gómez, A. Muñoz Ortega, V. Gómez Cabeza de Vaca, M. Gutierrez Morena, F. Docobo Durántez, D. Molina García, D. dominguez Usero, J. Mena Robles, J.L. Blanco Domínguez, A. Guzmán Piñero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: La proctología es una patología muy habitual en el ámbito de la cirugía general, que a pesar de su benignidad causa un importante menoscabo en el paciente que la presenta por las implicaciones que acarrea las mismas, llegando en ocasiones a limitar las actividades de la vida diaria.

Material y métodos: Se recogen en el estudio una serie de pacientes con patología proctológica intervenidos en régimen de

Cirugía Mayor Ambulatoria durante el periodo comprendido entre Junio 2008 y Diciembre 2008.

Se analiza la distribución de la patología por edad y sexo, técnica quirúrgica y con descripción de la técnica anestésica bajo la que se realizó la cirugía.

Resultados: En el estudio se evidencia un total de 104 pacientes intervenidos de en CMA por patología proctológica, de los cuales 63 eran varones y 41 mujeres, siendo la edad media de los pacientes de 46,96 años, con un rango de 23 a 80 años de edad.

La patología más prevalente fue Hemorroides con 39 intervenciones (37,5%), seguida de Fístulas de ano con 33 (31,7%) y Fisura anal en 32 (30,7%). Se intervinieron 39 Hemorroides mediante la aplicación de Hemorroidectomía de Ferguson en 37 casos (94,8%) y 2 casos mediante Milligan-Morgan (5,2%). Se intervinieron 32 Fisura anales mediante técnica de Esfinterotomía Lateral interna y 33 Fístulas de ano.

La técnica anestesia empleada durante el acto quirúrgico se distribuyó entre anestesia local y sedación y anestesia raquídea.

Los resultados postoperatorios fueron de alto grado de satisfacción por parte de los pacientes, valorando su estado general como Excelente en un 7,7 %, Bueno en un 76,9 %, y de Regular en un 15,4 %.

Las complicaciones postoperatorias tempranas fueron: dolor de herida quirúrgica con una media de 2,69 según la escala EVA, con rango entre 0 y 8 y sangrado de la herida en 2 casos.

Conclusiones: La patología proctológica es subsidiaria de ser tratada de forma ambulatoria, pudiendo realizarse bajo anestesia local y sedación cuando las características del paciente y lesión lo permitan, acortando el tiempo de ingreso postoperatorio y las complicaciones derivadas del resto de técnicas anestésicas sin producir un déficit en la calidad quirúrgica para el paciente.

CMA en la formación del Residente

J. Cañete Gómez, A. Muñoz Ortega, V. Gómez Cabeza de Vaca, M. Gutiérrez Morena, F. Docobo Duránte, L. Tallón Aguilar, I. Serrano Borrero, C. Bernardos García, MD Casado Maestre, I. Alarcón del Agua, J. Mena Robles

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: Valorar la actividad asistencial que realiza el médico residente de cirugía general durante su estancia en la UCMA, que está establecida en el segundo año de especialidad con un periodo de 6 meses de duración.

Establecer si existen mayor número de complicaciones en pacientes operados por residentes.

Material y métodos: Se recogen las intervenciones realizadas y el papel del residente en cada una de ellas, con un periodo de estudio desde Junio de 2008 hasta Diciembre de 2008.

En este estudio sólo se ha recogido el papel del residente en cuanto a la formación meramente quirúrgica y no a la desarrollada durante su estancia en consultas.

En cuanto a la patología abarcada la más prevalente es la cirugía menor ambulatoria con 497 pacientes (40,26% con

respecto al total de la cirugía). En cuanto a los procedimientos quirúrgicos mayores la patología de pared es el procedimiento más común llevado con 416 casos (33,69 %), seguido por la patología proctológica con 263 intervenciones (21,32%) y patología benigna de mama con 13 casos (0,99%).

Resultados: De un total de 1235 pacientes intervenidos en CMA el residente estuvo presente en 887 intervenciones (71,82%) de las cuales participó como primer cirujano en 740 intervenciones (83,43% de las intervenciones en las que estuvo presente) y 147 como primer ayudante (816,57%).

De las 416 Hernias de pared intervenidas, el Residente actuó como primer cirujano en 266, presentándose un total de 10 complicaciones (3,75% de complicaciones del total de pacientes intervenidos), mientras que en las realizadas por el médico adjunto, 150 intervenciones, se produjeron 7 complicaciones (4,66%).

Conclusiones: La rotación por la UCMA es fundamental en los programas de formación de la especialidad, dada la gran experiencia y habilidad que se adquiere en este rotatorio además de por el abanico de patologías tan frecuentes que abarca esta unidad.

Del mismo modo podemos concluir que el residente de segundo año puede desempeñar el papel de cirujano principal, como presentamos en nuestra casuística, bajo la supervisión de un cirujano adjunto, con el consiguiente beneficio en la formación del mismo sin haberse encontrado diferencias significativas en el postoperatorio comparado con cirugía por adjunto.

Cirugía ambulatoria menor. Nuestra experiencia en CMA

J. Cañete Gómez, A. Muñoz Ortega, V. Gómez Cabeza de Vaca, M. Gutiérrez Moreno, F. Docobo Duránte, J. Mena Robles, J.L. Blanco Domínguez, A. Guzmán Piñero, S. García Ruiz, D. Bernal.

H. U. Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: La cirugía menor representa una de las cirugías más frecuentes en las unidades clínicas de Cirugía Mayor Ambulatoria, siendo gran parte de estas patologías diagnosticadas y derivada para tratamiento quirúrgico por el médico de atención primaria.

En este compendio de patologías podemos encontrar tanto patologías benignas como malignas, normalmente de reciente diagnóstico.

Material y métodos: Hemos realizado el estudio de la actividad quirúrgica ambulatoria en el servicio de Cirugía General en régimen CMA durante el periodo comprendido entre Junio 2008 y Diciembre de 2008.

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo de los parámetros: distribución por edad y sexo; localización y tipo de lesión; resultados postoperatorios y complicaciones.

Resultados: En el estudio se evidencia un total de 497 pacientes intervenidos de Cirugía menor ambulatoria, de los cuales 270 eran varones y 227 mujeres, siendo la edad media de los pacientes de 46,07 años con un rango de 14 a 108 años.

La lesión más prevalente fue el quiste sebáceo (203), con una localización más frecuente de las lesiones a nivel de

espalda (23,65%). Mostramos distribución de lesiones y su localización.

Realizada la resección de la tumoración, la técnica de reconstrucción fue de cierre por primera intención en un 100% de los casos. La técnica anestesia empleada fue la anestesia local con Mepivacaína al 2 % o Lidocaína al 2 % en todos los casos.

Los resultados postoperatorios fueron de alto grado de satisfacción por parte de los pacientes, valorando su estado general como bueno en un 51,12% y de Excelente en un 48,88%.

Como complicación se presentaron 9 casos de seroma de herida quirúrgica, 2 hematomas y 2 casos en los que se produjeron infección de herida.

Conclusiones: La mayor parte de tumoraciones cutáneas son susceptibles de intervención bajo anestesia local y tratamiento quirúrgico ambulatorio.

Hoy en día se tiende a incluir al Médico de Atención primaria en el circuito quirúrgico, abarcando este tipo de patologías dado el colapso asistencial que suponen las mismas al ser tan usuales, siempre con una adecuada formación no sólo en quirúrgica sino también a la hora de discernir patología subsidiaría de tratamiento quirúrgico por personal especializado.

Bocio multinodular en paciente con Hemiagenesia tiroideas

E. Olmos, C. Moreno, J. Villar, N. Muñóz, R. Rodríguez, J.A. Ferrón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: La hemiagenesia tiroidea es una anomalía infrecuente. La verdadera prevalencia es desconocida, pero se estima en aproximadamente un 0,02% de la población.

A continuación presentamos un caso de bocio multinodular en el marco de una hemiagenesia del lóbulo tiroideo izquierdo.

Caso clínico: Mujer de 23 años de edad que fue remitida desde el Servicio de Endocrinología por presentar un nódulo tiroideo derecho normofuncionante, sin clínica de compresión local ni disfunción tiroidea asociada.

Durante el examen físico se evidenció un lóbulo tiroideo derecho aumentado de tamaño, con una formación nodular de aproximadamente 2-3 centímetros de diámetro.

Análiticamente presentaba una función tiroidea normal, con una TSH de 3,3 µU/mL, T₄ de 1,22 y T₃ de 2,19.

La ecografía cervical practicada reveló la existencia de una agenesia del lóbulo tiroideo izquierdo. Todo el lóbulo tiroideo derecho estaba afectado por un bocio multinodular, con un nódulo dominante de 25 mms. de diámetro, sin presencia de calcificaciones en la pared o el interior de los nódulos no adenopatías laterocervicales

La citología obtenida por punción aspiración con aguja fina del nódulo dominante reveló la ausencia de células neoplásicas, con presencia de escasas células foliculares sin atipia y abundante coloide.

Se intervino de forma programada, confirmando el diagnóstico preoperatorio y practicando una hemitiroidectomía derecha a través de una cervicotomía de Kocher de reducida extensión. Se identificaron glándulas paratiroides superior e inferior homolaterales y el nervio recurrente laríngeo.

Tras un curso clínico sin incidencias, la paciente fue dada de alta hospitalaria el primer día postoperatorio, con una calcemia corregida de 9,36 mEq/L.

El diagnóstico anatomopatológico definitivo confirmó la existencia de un bocio multinodular sin presencia de lesiones neoplásicas.

Discusión: El primer caso descrito de hemiagenesia tiroidea data de 1866. En la actualidad, hay registrados unos 300 casos en la literatura, casi todos asociados a enfermedad tiroidea. Por orden de frecuencia se asocian hipertiroidismo (enfermedad de Graves-Basedow), hipotiroidismo, bocio nodular, tiroiditis y cáncer. Es más frecuente en mujeres, con una proporción de 3:1, y la ausencia afecta al lóbulo tiroideo izquierdo en un 80% de casos, acompañada de ausencia del istmo en un 44-50%.

Se han publicado 2 casos en los que coexiste una hemiagenesia tiroidea con un hiperparatiroidismo primario por adenoma, confirmando la presencia de sendas glándulas paratiroides en el lado de la agenesia tiroidea. Aún así, no hay suficientes estudios que aseguren la independencia entre agenesia o hemiagenesia tiroideas y presencia de glándulas paratiroides.

Resultados de Implantación de un programa de Tratamiento del Cáncer de Mama en Regimen de Cirugía Mayor Ambulatoria

S.Mezquita, D. Ramirez, P.Medina, A.Gallardo, F.Huertas, R.Rosado

Hospital del SAS de Huércal-Overa. Almería.

Introducción: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se define como la atención a procesos subsidiarios de Cirugía realizada con anestesia general, regional, local o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento. Por otro lado desde el punto de vista de la organización sanitaria «como un óptimo modelo organizativo de asistencia quirúrgica multidisciplinar que permite tratar determinados pacientes de forma segura y efectiva, sin necesidad de contar con una cama de hospitalización tradicional.

El objetivo de este estudio es el análisis de los resultados del tratamiento del cáncer de mama mediante mastectomía radical modificada (MRM) con y sin reconstrucción inmediata.

Material y método: Se han intervenido 187 pacientes de cáncer de mama, en el periodo comprendido entre Enero de 2005 y Diciembre de 2008, practicándose MRM a 71 (37,96%), con reconstrucción inmediata a 52 (73,2%), cumpliendo los criterios de inclusión en CMA 58 (82%).

1. La calidad científico-técnica es evaluada a través del estudio de parámetros relacionados con el acto quirúrgico-anestésico (sangrado de la herida, débito del drenaje, estado hemodinámico, control del dolor, tolerancia oral, puntuación en la escala de Adrete al alta superior a 8.

2. La calidad percibida se ha evaluado mediante la realización de la encuesta de satisfacción telefónica realizada a las 24 horas de la intervención y estancia en Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria siendo variables estudiadas:

.Dolor postoperatorio en escala de 0 a 10.

.Manchado excesivo de apósito.

.Respuesta a la analgesia personalizada, preparada para administración vía oral en domicilio del paciente tras el alta, por el Servicio de Farmacia del Hospital para los pacientes de la unidad.

.Comodidad de la estancia en la Unidad para paciente y familiares.

.Evaluación de la asistencia personalizada por médicos y enfermeras.

.Repetiría la experiencia en caso de nueva intervención.

.Recomendaría a otras personas ser intervenidas en régimen de CMA.

3. Beneficio económico

Para su estimación hemos utilizado los datos globales proporcionados por la Unidad Económica-Administrativa

Resultados

En cuatro pacientes se realizaron ingresos no programados desde CMA, tras la Mastectomía una de ellas por drenaje con débito mayor de 50 cc. en el momento del alta de la Unidad de CMA.

Otra paciente por náuseas que se acompañan de vómitos que no habían cedido con medicación habitual en el momento del alta.

Las otras dos, una de ellas por enfermedad de la persona responsable de su cuidado al alta en el domicilio y otra por crisis de ansiedad al alta.

Esto supone un 5,9% de ingresos no previstos, y de los mismos por causa médica un 4,6%.

No hemos tenido reingresos de pacientes tras la intervención quirúrgica en Régimen de CMA, tomando como reingreso como consecuencia del procedimiento realizado todo ingreso producido durante el primer mes de postoperatorio no atribuible a otra patología.

La encuesta de satisfacción telefónica es realizada a las 24 horas de la estancia de la paciente en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, de las variables que la integran destacamos:

a. El índice satisfacción global es del 97,3 %.

b. El dolor medido en escala de 0 a 10, presenta un valor medio de 3,6 con un rango entre 2 y 7, con la administración de analgesia vía oral.

c. El 80,7% refiere una buena respuesta a la analgesia personalizada para las primeras 24 horas preparada por el Servicio de Farmacia del Hospital, del 19,3% restante, un 5,5% refiere que han preferido continuar con sus analgésicos habituales, un 12% refiere que sólo ha seguido la pauta de analgesia estándar con Metamizol 1 cápsula cada 6-8 horas si dolor prescrita en el informe de alta.

d. El 95,5% de las pacientes repetiría la experiencia en caso nueva intervención y un 68,9% especifican que lo harían por la misma patología y también en el caso de otras intervenciones.

e. El 95,7% de las pacientes recomendarían ser intervenida en régimen de CMA por esta patología.

f. En cuanto a la evaluación de la asistencia personalizada por médicos y enfermeras el nivel de satisfacción alcanza el 97,7%, desglosado para la enfermería es de 97,7% y para los médicos de 96,9%

g. Por último preguntas como si ha manchado el apósito de forma excesiva, la comida, nivel de ruido presenta una gran

variabilidad.

h. En cuanto a la hotelaría (comodidad de paciente y acompañante)

presentan un grado de satisfacción alta en el 96,8%.

Por tanto podemos decir que los resultados en cuanto a calidad percibida por el paciente y sus acompañante es alta, destacando el bajo número de ingresos desde la Unidad de CMA.

Beneficio Económico

Como se ha reflejado no tenemos los costes por procedimiento, ni por GRDs, si disponemos del coste de estancia hospitalaria/ día y de la asistencia por paciente/día en la Unidad de CMA de forma global, incluido en ambos casos los gastos de personal, quirófanos, planta de hospitalización/ unidad CMA, implantes protésicos, medicación, hostelería, etc. que en el caso de nuestro hospital es:

Estancia Hospitalaria 950 euros/día

Paciente Unidad CMA 370 euros/día

El tratamiento de las pacientes en régimen de CMA supone un ahorro de 580 euros/día, y dado que anterior a la implantación del programa la estancia media de nuestras pacientes afectas de Cáncer de mama a las que se practicaba Mastectomía Radical Modificada, presentaban una estancia postoperatoria entre 24-48 horas, con una media de 36 horas, pero sólo se consideraremos una estancia ya que a las 0 horas, es cuando administrativamente se contabiliza la estancia.

En nuestro caso dado que hubo cuatro ingresos no previstos, el cálculo lo haremos sobre pacientes y esto supone un ahorro de 27738 euros.

Conclusiones: El éxito de un programa de CMA comienza y radica en primer lugar en una adecuada selección e información de las pacientes. Tras la misma, la opción se elige en base al principio de autonomía de la paciente.

Por supuesto que el otro pilar no menos importante es la especial dedicación a la cirugía mamaria, y la implicación en la misma de anestesiólogos y, fundamentalmente, de enfermería, permiten la incorporación de la cirugía radical de la mama al régimen de CMA.

Entre las ventajas del tratamiento del Cáncer de Mama mediante mastectomía radical modificada, en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria destacamos:

- Atención individualizada estrechando la relación médico-paciente.

- Disminución de la ansiedad de las enfermas al disminuir dramatismo al acto quirúrgico.

- Reducción de los costes por proceso.

- Disminución del riesgo de infección hospitalaria ya que se disminuye el tiempo de estancia en el hospital, por lo general no más de 8-10 horas.

- Reducción de las listas de espera, al aumentar la actividad quirúrgica de los hospitales especialmente en las patologías con mayor prevalencia.

Garcinoma oculto de mama

J.A. Guerra Bautista, F. Acedo Díaz, D. Candil Comesaña, J.L. Muñoz Boo, E. Hernández Ollero, L. Mendizábal, G. Novales Vasco, A. Gómez García

Hospital de la Merced; Osuna. Sevilla

Introducción: El carcinoma oculto de mama es una entidad infrecuente que supone el 0.2% de los cánceres de mama, manifestándose como una adenopatía axilar metastásica homolateral sin evidencia clínico-radiológica en la glándula, por lo que suele debutar como un hallazgo casual y asintomático de una adenopatía axilar. Las mejoras en las técnicas mamográficas en los últimos años han disminuido su incidencia. Se manifiesta como un tumor T₀ N₁₋₂ M₀, aunque se reestadia la T según el tamaño tumoral encontrado. Exponemos dos casos de cancer oculto de mama recientes tratados en nuestro Servicio.

Caso clínico 1: Mujer de 60 años remitida desde otro centro por nódulo axilar derecho de un mes de evolución, con citología concordante con carcinoma. Ecografía y mamografía previas negativas. En la exploración se aprecia tumoración de 3cm fija a planos profundos. TAC toracocervical: adenopatía axilar derecha de 3cm con infiltración grasa y ganglios satélites. Biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía: carcinoma infiltrante. RMN-gadolinio: adenomegalia axilar derecha de 2.5x2.8cm con adenopatías satélites de 0.5cm; hipercaptación retroareolar externa profunda en mama derecha. Se realiza mastectomía radical modificada y se remite para seguimiento por Oncología. El estudio histológico confirma metástasis de carcinoma en 1/17 ganglios, pero en el tejido glandular solo se aprecia mastopatía proliferativa compleja sin atipia. El perfil inmunofenotípico de la metástasis es concordante con origen primario en la mama: receptores positivos de estrógenos (100%) y progesterona (80%), Ki-67 alto, CK Cam5.2 positivo y CEA positivo.

Caso clínico 2: Mujer de 72 años en seguimiento desde hace años por microcalcificaciones en mama izquierda y nódulo benigno en mama derecha. En control rutinario se aprecia en la exploración zona indurada en cuadrantes superiores de mama izquierda, dolorosa, y que retrae parcialmente el pezón al elevar el brazo. La mamografía y ecografía previas no evidencian cambios. En la RMN-gadolinio se aprecian mamas normales, pero gran adenopatía axilar izquierda, de 2.4cm, hipercaptante, compatible con metástasis. Se solicita biopsia con aguja gruesa ecodirigida, que confirma metástasis de carcinoma poco diferenciado. Se practica mastectomía radical modificada izquierda. En seguimiento por oncólogo. El informe anatomopatológico informa: carcinoma lobulillar que infiltra región de 3-4cm de tejido mamario sin lesión macroscópica. 4 de 13 ganglios positivos. Conglomerado adenopático de 3cm. Receptores de estrógenos y progesterona en el 40% de los núcleos. Ki-67 alto. No expresan p53 ni CerbB2.

Discusión: Tras una primera valoración clínica de la adenopatía axilar que nos orienta a sospechar una neoplasia de mama homolateral, las técnicas radiológicas habituales no presentan la misma fiabilidad que cuando el tumor es sintomático, de modo que la mamografía cae hasta un 25% su sensibilidad y a un 70% su especificidad, no aportando grandes ventajas su variante digital. La ecografía solo podría ser útil para pequeñas masas en mamas muy densas con mamografía negativa, no aportando el Doppler ninguna ventaja. Mayor valor parece aportar la RMN con o sin gadolinio de manera preoperatoria para ayudar a realizar una cirugía conservadora, con sensibilidad de hasta el 95% pero baja especificidad (35-80%), y que además permite mejorar sus resultados y

protocolizar tratamientos con la adaptación de equipos de biopsia. Algunos autores sugieren, por otro lado, la PET con 18-fluoro-desoxi-glucosa como método diagnóstico estándar. Otros métodos empleados han sido la SPECT y la escintigrafía con 99mTC-sestamibi. El tratamiento, una vez extirpada la adenopatía y excluido su origen extramamario, actualmente no asume la actitud expectante dado la alta tasa de recidiva local (85% en 7 meses). La radioterapia regional (mama homolateral, vértice axilar, fosa supraclavicular y cadena mamaria interna) como único tratamiento ha demostrado tasas de control local del 70-100%, aplicándose además a la axila en caso de no vaciamiento ganglionar previo, afectación axilar masiva o invasión capsular. La mastectomía radical modificada no ha demostrado un aumento en la supervivencia con respecto a la radioterapia, pero sí menor tasa de recidiva local. El tumor primario se localiza en el 60% de las piezas. La cuadrantectomía superoexterna, solo por el hecho de existir una mayor probabilidad de que asiente el tumor en esa zona, no está suficientemente fundamentada. La mastectomía subcutánea sería un tratamiento insuficiente, requiriendo del mismo modo radioterapia local posterior. Lo que parece claro es que la opción elegida debe complementarse con poliquimioterapia y/o tratamiento antiestrogénico según las características de la paciente, ya que aumenta la supervivencia global. Aunque el factor pronóstico más importante, las metástasis ganglionares, es lo primero que conocemos de este tipo de tumores, los demás factores pronósticos del cáncer de mama habituales no siempre pueden ser valorados (tamaño, grado histológico, actividad mitótica y grado de necrosis), por lo que se han descrito otros aplicados a la adenopatía como son focos fibróticos tumorales, densidad microvascular, estudio de factores de crecimiento y oncogenes, marcadores de proliferación, y receptores hormonales (estos últimos no confirman ni excluyen, de entrada, el origen mamario de la enfermedad). La supervivencia global y libre de enfermedad es igual o mejor al del cáncer de mama sintomático con estadio similar. El tipo histológico predominante en algunas series es el carcinoma medular, aunque puede manifestarse cualquiera de los demás. El tamaño del tumor primario puede ser desde microscópico hasta los 5cm, pero la mayoría se encuentran entre 1 y 2 centímetros.

Carcinoma bilateral sincrónico de mama

J.A. Guerra Bautista, F. Acedo Díaz, D. Candil Comesaña, J.L. Muñoz Boo, E. Hernández Ollero, E. Cáceres Fábrega, A. Gómez García

Hospital de la Merced; Osuna. Sevilla.

Introducción: Se denomina así a la presencia, detectada a la vez o en un plazo inferior a seis meses, de una neoplasia maligna primaria e independiente, en cada mama. La neoplasia sincrónica corresponde con el 15-35% del total de los carcinomas bilaterales, siendo los factores de riesgo más importantes la edad joven, los antecedentes de bilateralidad en parientes de primer y segundo grado, la multifocalidad y otros (BRCA1 y 2, grado histológico más benigno, etc.). Presentamos un caso reciente tratado en nuestro Servicio.

Caso clínico: Paciente de 78 años, con único antecedente de

galactocoele en mama izquierda, remitida desde Atención Primaria por tumoración de mama derecha descubierta recientemente por un familiar. En la exploración se aprecia nódulo de 4-5cm en cuadrante superoexterno en dicha mama y adenopatía axilar móvil homolateral, así como área de induración retroareolar izquierda. Mamografía: Lesión espiculada en mama derecha de 3cm de eje mayor, y aumento de densidad focal de 1,5cm en mama izquierda. Ecografía: Imagen hipocogénica de 12mm en cola axilar derecha, y de similares características la retroareolar izquierda, ambas sospechosas de malignidad. PAAF: células ductales sin linfocitos. Biopsia Aguja Gruesa: carcinoma infiltrante en ambos nódulos. Se practican cuadrantectomías y vaciamiento axilar bilateral, y el seguimiento actual es por oncología sin recidiva conocida. El estudio AP definitivo demuestra en mama derecha carcinoma ductal infiltrante de 2.0cm moderadamente diferenciado y metástasis en 1/20 ganglios positivos, y en mama derecha carcinoma lobulillar infiltrante de 1,5cm, variante sólida, con 0/10 ganglios. El estudio inmunohistoquímico informa de positividad para receptores de estrógenos (90-100%) y progesterona (80-90%), para Ki-67(10-20%) y para HER-2 (>10%).

Discusión: El 0.2-6.5% de las mujeres con carcinoma de mama van a desarrollar otro contralateral en 10 años, a razón del 0.5-0.7% anual. Los sincrónicos, a diferencia de los metacrónicos, aparecen en general en pacientes de mayor edad (media de 61 años), y con menor agregación familiar (19%, frente al 35% de los metacrónicos). Los criterios de bilateralidad son: tipos histológicos diferentes (y si no es significativo, ausencia de recidiva local o enfermedad diseminada), grados histológicos o de diferenciación nuclear distintos, y carcinoma lobulillar «in situ». La prueba diagnóstica más rentable es la senografía más punción aspirado con aguja fina, detectándose lo la paciente por autoexploración en el 15,5% del total de los tumores bilaterales. No se recomienda la biopsia no dirigida o «en espejo». El diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con la metástasis mamaria del cáncer de mama o incluso de otra localización, debiendo sospecharse ésta cuando el tumor contralateral presenta un estadio no precoz, el tipo histológico es similar en ambos casos, o el segundo tumor diagnosticado presenta una localización periférica, está más diferenciado o es menos infiltrante. El tratamiento no debe estar condicionado por la bilateralidad, sino por el estadio de la enfermedad al diagnóstico. La supervivencia del cáncer bilateral es similar al del unilateral, pero la mayoría de estudios asignan una peor supervivencia al sincrónico. Es posible que el tratamiento adyuvante, hormonal o quimioterápico, del primer tumor, disminuya la incidencia de aparición del segundo, o al menos retrase su aparición.

Análisis de 4 años del tratamiento del cáncer de mama por nuestra unidad

D. Domínguez Usero, J.M. Sousa Vaquero, J. M. de León Carrillo, L. Madrid Rondón, F. Villanueva Martínez, M.A. Fernández Venegas, L. Alfaro Galán, H. Maraví Poma, M. Bassem Nwelati

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Analizar la casuística de nuestra Unidad de Patolo-

gía Mamaria en el tratamiento de patología oncológica de la mama.

Material y Métodos: Periodo estudiado 4 años (2005-2008). Hemos analizado las siguientes variables: Número de intervenciones programadas, número de pacientes tratadas por cáncer de mama, número de casos intervenidos con: cáncer de mama invasor, cáncer de mama «in situ», cáncer de mama recidivado. Técnicas quirúrgicas realizadas: mastectomías, cirugías conservadoras, biopsias selectivas de ganglio centinela, reconstrucciones inmediatas postmastectomía.

Resultados: Apreciamos una tendencia creciente en el número de pacientes tratadas con cáncer de mama, destacando un aumento significativo de la cirugía conservadora de la mama, biopsia selectiva del ganglio centinela y reconstrucción inmediata postmastectomía. Concretamente en 2005 se intervinieron 325 enfermas por cáncer de mama, en 2006 316 pacientes, en 2007 371 pacientes y en 2008 474 pacientes. Hubo 170 cirugías conservadoras en 2005, 150 en 2006, 224 en 2007 y 370 en 2008. Realizamos 10 biopsias selectivas de ganglio centinela en 2005, 20 en 2006, 169 en 2007 y 246 en 2008. Llevamos a cabo 20 reconstrucciones mamarias inmediatas en 2005, 25 en 2006, 42 en 2007 y 53 en 2008.

Conclusiones: Con motivo de mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes, y de seguir la línea de una cirugía oncoplastica, nuestra tendencia en el tratamiento del cáncer de mama ha sido claramente declinada hacia una cirugía conservadora de la mama, una biopsia selectiva del ganglio centinela y una reconstrucción mamaria inmediata, como avalan nuestras cifras.

Todo gracias a la incorporación de equipos multidisciplinarios (oncología, radiología, anatomía patológica, cirugía general, cirugía plástica...) y al uso de las nuevas tecnologías que permiten un mejor seguimiento, diagnóstico y tratamiento de estas enfermas.

Cáncer de mama localmente avanzado. Resultados del tratamiento neoadyuvante en 4 años de experiencia

D. Domínguez Usero, J.M. Sousa Vaquero, J. M. de León Carrillo, L. Madrid Rondón, F. Villanueva Martínez, M.A. Fernández Venegas, L. Alfaro Galán, H. Maraví Poma, M. Bassem Nwelati

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Analizar los resultados del tratamiento del cáncer de mama localmente avanzado tratado con neoadyuvancia.

Material y Métodos: Hemos analizado un periodo de 4 años, desde Enero del 2005 hasta Diciembre del 2008. En total una población de 52 pacientes. Las variables a estudiar fueron: Edad media, antecedentes familiares de cáncer de mama, localización tumoral, tamaño tumoral, estirpe anatomopatológica del tumor, estudios de inmunohistoquímica, estadiaje previo a neoadyuvancia, tratamiento quirúrgico realizado, estadiaje posterior a neoadyuvancia (pieza quirúrgica), grado de regresión tumoral y ganglionar (sistema de Miller y Payne), supervivencia actuarial.

Resultados: La edad media fue de 54 años. No presentaron antecedentes familiares de cáncer de mama el 77% de las en-

fermas. La localización tumoral más frecuente fue la mama derecha (63%), y el cuadrante afecto con mayor número de casos fue el cuadrante supero externo (29% en mama derecha y 37% en mama izquierda). El promedio del tamaño tumoral al diagnóstico fue de 6,5 cm. Las biopsias mostraron carcinoma ductal infiltrante en el 87% de los casos, seguido del lobulillar con un 12%. Los estudios inmunohistoquímicos ponían de manifiesto unos receptores estrogénicos positivos en el 56%, receptores de progesterona positivos en el 46%. El índice proliferativo basado en Ki-67 fueron menores al 30% en el 69% de los casos. El Herceptest (HER-2) fue positivo en 32 casos (61%). La tasa de triples negativos (Receptores estrogénicos negativos, receptores de progesterona negativos, y HER-2 negativos) fue del 5,8%. Los estadios previos a la neoadyuvancia eran IIIA en 59,6% y IIIB en 40,3%. Se trataron mediante mastectomía y vaciamiento axilar a 38 enfermas, cuadrantectomía y biopsia selectiva del ganglio centinela. Con respecto a los estadios postquirúrgicos, destacar que el más frecuente fue el IIA (31%), seguido de IIIB en el 25%. Grado de regresión tumoral (Sistema Miller y Payne), G1=(Mínimos cambios, sin reducción significativa) en el 30%, seguido de G5=(No evidencia de tumor invasivo) en el 19%. Grado de regresión adenopático (Sistema de Miller y Payne), B=(Ganglios positivos sin cambios por quimioterapia) en el 40%, seguido de D=(Ganglios negativos, con cambios por quimioterapia) en el 26%. Supervivencia actuarial del 95%.

Conclusiones: El cáncer de mama localmente avanzado tratado con neoadyuvancia, presenta en su comportamiento una dualidad bastante marcada, encontrando cifras del 30% de mínimos cambios tumorales en las piezas quirúrgicas y 19% sin evidencia de tumor invasivo. En la afectación ganglionar ocurre de manera similar, en el 40% apreciamos ganglios positivos sin cambios por la neoadyuvancia, y sin embargo 26% de las piezas con ganglios negativizados gracias a la quimioterapia primaria.

Aun así, concluimos que la neoadyuvancia mejora el pronóstico de estas enfermas, reduciendo el estadiaje en el momento del diagnóstico hasta hacerlas subsidiarias de tratamiento quirúrgico, y muchas veces dando la posibilidad de que dicho tratamiento sea una cirugía conservadora de la mama (un 27% de nuestra serie).

Cáncer de mama en varón con trasplante hepático

M. Márquez Muñoz, A. Galindo Galindo, C. Delgado Jiménez, A. Brox Jiménez, J.M. Lorente Herce, J. Jiménez Vega, C. Torres Arcos

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: El cáncer de mama en el varón supone el 1% de todos los cánceres de mama. Los escasos estudios con un número importante de casos, hace que la orientación diagnóstico-terapéutica en el varón, sea una extrapolación de los resultados obtenidos en el proceso de cáncer de mama en la mujer.

A pesar de ello, se trata de una patología con ciertos matices a tener en cuenta, desde el punto de vista epidemiológico, etiológico, diagnóstico y terapéutico.

Caso clínico: Varón de 64 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II, hipertensión arterial y cardiopatía hipertensiva. Es intervenido en 1997 mediante trasplante hepático por cirrosis hepática por Virus Hepatitis C.

Consulta por tumoración en mama derecha de crecimiento progresivo en los últimos meses, con retracción del pezón y telorragia. A la exploración, se aprecian adenopatías axilares de características malignas.

Se realiza punción con aguja gruesa con diagnóstico de malignidad C4.

Se interviene mediante mastectomía radical modificada tipo Patey con linfadenectomía axilar de 3 niveles. El postoperatorio cursa de forma satisfactoria sin incidencias

El resultado de anatomía patológica se informa como carcinoma neuroendocrino grado 8 de Bloom-Richardson modificado y grado III de Nottingham de 2 cm. de diámetro, con foci de comedocarcinoma.

El estudio inmunohistoquímico indica positividad para receptores de estrógeno y progesterona, Ki-67 del 40% de las células neoplásicas y positividad para p53 y c-erbB2.

Se deriva al Hospital Virgen de las Nieves para determinación FISH y HERCEPTEST para detección y ampliación de HER2/neu, que resulta negativo (2-4 señales/célula).

Es derivado al Servicio de Oncología para realizar tratamiento quimioterápico adyuvante acorde con su medicación inmunosupresora, así como hormonoterapia.

Conclusiones: El cáncer de mama en el varón es una patología infrecuente que se presenta entre la sexta y séptima década de la vida, y aunque su etiología es desconocida, se asocia a factores de riesgo tales, como la historia familiar y las alteraciones hormonales y genéticas (mutación BRCA 2).

Cambios en los niveles de estrógeno-testosterona predisponen a su desarrollo, por lo que situaciones como el síndrome de Klinefelter, la cirrosis o la administración exógena de estrógenos elevan de forma considerable el riesgo de padecerlo.

Existe una relación entre la ginecomastia y el cáncer de mama, de modo que hasta el 35-40% de los pacientes con esta neoplasia, la presentan clínica o histológicamente.

Debemos tener en cuenta un dato importante respecto al diagnóstico, y es que este se realiza de forma más tardía que en la mujer, por lo que suelen encontrarse en estadios más avanzados y con mayor frecuencia con una afectación axilar ganglionar. Su pronóstico por ello se torna más nefasto, no tanto por la patología en sí, como al sumar la edad avanzada y la importante extensión en el momento del diagnóstico. Cabría destacar incluso, una alta tasa de positividad frente a receptores de estrógeno y progesterona, lo que supone una ampliación en el arsenal terapéutico que ofrecer a estos pacientes.

Protocolo interhospitalario para la Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela en un hospital sin servicio de medicina nuclear

D. Ramírez, P. Medina, S. Mezquita, A. Gallardo, F. Huertas, R. Rosado, M. Guerrero*

*Hospital de Huércal-Overa (Almería) *Hospital Torrecárdenas de Almería. Almería.*

Introducción: En el cáncer de mama, el factor pronóstico más

importante, es el grado de afectación ganglionar. La técnica de la Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela (BSGC), ha demostrado su capacidad para predecir el estado ganglionar en esta enfermedad, evitando el vaciamiento axilar y las secuelas derivadas del mismo. La aplicación de esta técnica en hospitales sin Medicina Nuclear, plantea la necesidad de crear un circuito de colaboración interhospitalario con el Servicio de Medicina Nuclear de referencia.

Enfermos y Métodos: Tras la validación de la técnica de BSGC en el Hospital de Torrecárdenas de Almería, en el año 2007, la Unidad de Mama del Hospital Comarcal de Huércal-Overa se incorpora al grupo de trabajo y comienza la realización de la BSGC en nuestro centro en febrero de 2008. Hasta marzo de 2009 se han realizado 34 BSGC de un total de 52 casos de Cáncer de mama. Las paciente se citan en el servicio de Medicina Nuclear de Torrecárdenas a las 13 horas el día anterior a la intervención. Se inyecta el trazador y vuelve a su domicilio. El día de la intervención a las ocho horas, nuevamente en Medicina Nuclear, le realizan una linfogammagrafía para detectar el drenaje tumoral axilar y extraaxilar, marcando la situación de los focos de captación en la piel. La paciente ingresa en nuestro hospital realizándose la intervención alrededor de las doce de la mañana. La exéresis del ganglio o ganglios centinelas, para su evaluación inmediata, se realiza radioguiados con sonda gammaportátil sin la presencia de un Médico Nuclear.

Resultados: Hemos realizado la BSGC en el 65 % de las pacientes afectas de CM. El circuito establecido ha demostrado su eficacia; y las pacientes, a pesar de la necesidad de desplazarse una distancia media de 117 km., aceptan y manifiestan un alto grado de satisfacción con el mismo.

Conclusiones: La BSGC es posible en un hospital que no disponga de Servicio de Medicina Nuclear. Además de la aceptación del procedimiento por parte de la paciente, la determinación de nuestro hospital y la colaboración del nuestro Servicio de Medicina Nuclear de referencia; es imprescindible, concretar un circuito que favorezca la comunicación entre los participantes de manera prácticamente previsible.

Tumor del estroma endometrial de alto grado c-kit (+): ¿es útil el tratamiento con Mesilato de Imatinib?

M. Fernández Abellán*, D. Moya Bejarano*, C.P. Ramírez Plaza, J. Carrasco Campos, A. Álvarez Alcalde, M. Valle Carbajo, C. Jiménez Mazure, R.M. Becerra Ortiz, A. Titos García, N. Marín Camero, I. Pulido Roa, J.M. Aranda Narvaez, J. Santoyo Santoyo.

*Servicio de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes. *Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.*

Introducción: Los tumores del estroma endometrial (TEE) son neoplasias poco frecuentes que suponen en 0.1-2% de todos los tumores malignos del útero y aproximadamente del 6-20% del total de sarcomas uterinos. Se dividen en TEE de bajo grado (sarcomas del EE propiamente dichos) y TEE de alto grado o sarcoma endometrial indiferenciado, y recientemente ha existido un interés creciente por la expresión que algunos

de estos tumores hacen del proto-oncogen kit y la posibilidad de tratarlos con mesilato de Imatinib (MI), al igual que se hace de forma rutinaria con los tumores GIST o del estroma gastrointestinal.

Caso clínico: Mujer de 45 años sin antecedentes de interés que se diagnostica en los estudios de imagen, a raíz de consultar por polimenorrea, de una masa uterina de aspecto sarcomatoso. Tras realizarse una histerectomía con doble anexectomía el informe histopatológico informó de la presencia de un sarcoma del EE de alto grado (por presentar más de 10 mitosis/10 campos y un tamaño mayor a 5cm) con positividad del marcador c-KIT en el estudio inmunohistoquímico y con bordes de resección libres. Siguió tratamiento durante seis meses con MI y se diagnóstico, en el seguimiento por TC de una recidiva ganglionar pélvica (conglomerados de 4x3cm en cadena ilíaca interna derecha y a nivel interaortocava) que se confirmó en la PET como foco hipermetabólico de consonancia topográfica. Se realizó una linfadenectomía interaortocava, ilíaca derecha y a nivel del orificio obturatriz sin apreciarse durante la intervención implantes peritoneales ni metástasis hepáticas. La anatomía patológica nos informó de la presencia de metástasis de TEE en 4/17 ganglios aislados con negatividad del marcador c-KIT(-).

Conclusiones: Los sarcomas del EE son neoplasias difíciles de evaluar por contener una alta proporción de necrosis y no manifestar marcadores tumorales propios, lo que unido a su baja incidencia y a la ausencia de estudios serios que avalen un tratamiento óptimo los convierte en tumores con una biología e historia natural no bien definida. Existen muchas controversias en cuanto a la indicación de la linfadenectomía, dado que no parece que aumente la supervivencia global, y en lo que respecta a los tratamientos adyuvantes; se puede indicar la hormonoterapia si el tumor expresa receptores a estrógenos y/o progesterona y, como recurso reciente, se está proponiendo por algunos autores a raíz de casos que han evidenciado favorables resultados el uso del MI en los casos que expresan el marcador c-KIT. La quimioterapia y la radioterapia no suelen aportar mejores resultados. En nuestro caso, y probablemente por ser un caso de alto grado e indiferenciado, el tratamiento adyuvante con MI no aportó nada y, además, la recidiva ganglionar locorregional sugiere desdiferenciación al no expresar el marcador c-KIT.

Tumor estromal gástrico (GIST) gigante

A. Tejada, M. Martínez, A. García, R. Balongo y P. Naranjo

UCG Cirugía. Hospital Infanta Elena. Huelva.

Introducción: Los denominados como tumores GIST (Gastrointestinal Stromal Tumors) son un grupo heterogéneo de tumores de origen mesenquimal que constituyen el 1-3% de todas las neoplasias malignas del tubo digestivo. El descubrimiento hace unos años de un perfil inmunohistoquímico específico para ellos (c-kit ó CD117) ha impulsado el conocimiento de los mismos y ha supuesto un cambio radical en el manejo clínico de estos pacientes.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 53 años, varón que nos es remitido por el Servicio de Medicina

Interna con el diagnóstico de probable carcinoma suprarrenal. Tras completar los estudios preoperatorios es intervenido encontrándose una tumoración irregular de 32 cm. de diámetro mayor dependiente de la curvatura mayor gástrica y que comprime sin infiltrar colon transverso y cara anterior de páncreas. Se practica una resección en cuña de la curvatura mayor y el tumor en bloque. No se encuentran adenopatías regionales ni lesiones metastásicas en hígado.

Resultados: La evolución del paciente fue favorable en todo momento; tras ser dado de alta el paciente, procedente de un país extranjero, volvió al mismo, por lo que no se le ha realizado seguimiento por nuestra parte.

Conclusiones: Tras revisar la bibliografía y la escasa evidencia publicada acerca de estos tumores podemos concluir que:

- La localización más frecuente de estos tumores es el estómago, y dentro del mismo, el cuerpo gástrico
- El método diagnóstico más preciso para el diagnóstico de estos tumores es actualmente la ecoendoscopia.
- La mutación del c-kit, presente en el 60-95% de estos tumores, se correlaciona con una mejor respuesta al tratamiento neoadyuvante con Imantinib, lo que hace necesario un diagnóstico anatomopatológico preoperatorio para ofrecer al paciente la mejor estrategia terapéutica.

GIST perforado sobre un divertículo de Meckel. Una presentación infrecuente

I.Escoreca, M.J.Perea, M.Becerra, R.Martín, D. Bejarano

Hospital «J.R.Jiménez». Huelva

Introducción: El divertículo de Meckel es la malformación congénita más frecuente del intestino delgado afectando a un 2% de la población. Generalmente cursan de forma asintomática pero en un 4-6% pueden desarrollar alguna complicación. Las más frecuentes son sangrado, obstrucción intestinal o inflamación del divertículo. Rara vez aparece algún tumor en esta localización (0,5-1,9%) siendo el más frecuente el tumor carcinoide. La aparición de un GIST en un divertículo de Meckel es aún más infrecuente.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de una paciente de 80 años sin antecedentes de interés salvo anemia crónica, que acude a urgencias por dolor epigástrico irradiado a espalda y nauseas. La exploración mostró un dolor difuso a la palpación del abdomen con defensa. La analítica era normal salvo un ascenso de las cifras de creatinina.

Se practicó TAC de abdomen que reveló una imagen nodular de 3 cms. dependiente de la pared del ileon proximal con paredes engrosadas y gas extraluminal. Líquido libre entre asas y dilatación de yeyuno prelesional.

Ante la sospecha de perforación de divertículo de Meckel versus tumor de intestino delgado perforado se interviene de urgencias encontrándose un GIST perforado sobre un divertículo de Meckel. Se realizó resección del asa intestinal afectada y anastomosis latero-lateral

Resultados: La paciente evolucionó de forma favorable sin complicaciones, siendo alta a su domicilio tras el restablecimiento del tránsito intestinal a los 6 días.

Conclusiones: El riesgo de desarrollar complicaciones de un

divertículo de Meckel es de un 4-6%, siendo aún más remota la posibilidad de que sirva de asiento de tumores. Un 12% de estos tumores son GISTs. Su diagnóstico requiere un alto grado de sospecha siendo en muchos casos un hallazgo incidental. Su tratamiento es la exéresis quirúrgica. El pronóstico estará en relación con el tamaño tumoral y el índice mitótico.

Paraganglioma maligno en paciente con neoplasia endocrina múltiple tipo 2

J. Rivas, I. Cabrera, I. Cañizo, R. Maiquez, F. León, F. Lucena, J.F. Rivas, E. Glückmann, L. Ocaña, L.M. Bravo,

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: Los paragangliomas se originan en los paraganglios extraadrenales de la cresta neural y forman el sistema neuroendocrino. disperso que se extiende desde la base del cráneo hasta el suelo pélvico. Los paragangliomas se localizan en cualquier lugar donde se encuentren ganglios del sistema autónomo; sin embargo, aproximadamente el 90% de estos tumores aparecen en las glándulas suprarrenales (y constituyen los feocromocitomas) y el 10% restante tienen una localización extraadrenal. Los paragangliomas extraadrenales ocurren con mayor frecuencia en el abdomen (85%), otros en la región del tórax (12%) y más raramente en la región de la cabeza y el cuello (3%).

Neoplasia endocrina múltiple (MEN): se trata de una predisposición genética a desarrollar múltiples tumores de las glándulas endocrinas en un mismo paciente. Se han descrito tres grupos diferentes encuadrados en este síndrome: MEN 1, MEN 2A y MEN 2B. El MEN 2 es la forma familiar del carcinoma medular de tiroides, originado en las células C; en la variedad 2^a se acompaña de feocromocitoma o hiperparatiroidismo y en la variedad 2B de feocromocitoma, neurinomas de mucosa y hábito marfanoides

Material y método: Se presenta un caso de paraganglioma extraadrenal maligno en una paciente que padece una neoplasia endocrina múltiple tipo 2:

Mujer de 35 años sin alergias conocidas que padece un MEN tipo II con mutación protooncogen RET cys-634-Trp positiva. Tiroidectomía total a los 17 años. Feocromocitoma bilateral intervenido mediante adrenalectomía bilateral en 2004. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 2 meses de evolución y febrícula en los días previos al ingreso. Ecografía urgente abdominal: tumoración de 7x8 cm de localización centro-abdominal, entre los lecho del tronco celiaco arteria mesentérica superior.

Analítica: Catecolaminas en orina elevadas (29diciembre) dopamina 565, adrenalina 128, noradrenalina 685, 5 enero: dopamina 475, adrenalina 206.34, noradrenalina 925.73, Ac5Hindolacético 3,78. Electroforesis: 51,5% albúmina, 7,9% alfa1, 15,4% alfa2, 7,3% beta1, 6,3% beta2.

Eco abdomen: masa sólida de ecogenicidad heterogénea, de 7x5cm aprox que se sitúa infradiaphragmática por delante de la cava inferior y la aorta a nivel de la salida del trípode celiaco, sugiriendo la posibilidad de paraganglioma extraadrenal.

TAC abdomen y pelvis: (Fotos) se visualiza masa sólida en región centroabdominal superior, bien delimitada, localizada

a nivel del saco menor, por delante de la cava que engloba al trípede celiaco y con extensión hacia el hilio hepático, de dimensiones 8,6x5x4,3cm, Estos hallazgos, dado el antecedente de feocromocitoma, plantean el diagnóstico de paraganglioma extradrenal.

TAC de tórax: Restos tímicos. Sin nódulos pulmonares.

MIBG-I123: sin depósitos patológicos de radiofármaco

Ostreoscan: sin depósitos patológicos en relación a lesión con expresión de receptores de somatostatina..

Evolución: Aunque no se había detectado previamente, al inicio del ingreso se detecta hipertensión de inicio brusco, por lo que se ha procedido a bloqueo hormonal y exéresis quirúrgica.

Se recibe AP: (fotos),

La paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta a los 14 días de la intervención. En la actualidad está en seguimiento por oncología.

Discusión: De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los paragangliomas se clasifican como neoplasias neuroendocrinas de origen neuronal y pertenecen al grupo II. La mayoría de los paragangliomas son solitarios y suelen presentarse en la edad adulta; los casos de paragangliomas múltiples corresponden a síndromes familiares, principalmente las neoplasias endocrinas múltiples tipos IIA y IIB. Los paragangliomas intraabdominales, la mayoría de los cuales se originan de la cadena paraaórtica superior del sistema paraganglionar, en el área conocida como órgano de Zuckerkandl, que comprende todo el tejido con células cromafines a lo largo de la aorta abdominal inferior, su bifurcación y los vasos ilíacos. Los paragangliomas retroperitoneales son más frecuentes en hombres y tienen una alta incidencia de malignidad, que va del 14 al 50%.

Las características clínicas e histopatológicas no distinguen de una manera confiable entre paragangliomas malignos y benignos. Hasta ahora se considera que los factores que verdaderamente determinan la malignidad de un paraganglioma son la presencia de invasión o metástasis. Los paragangliomas funcionantes son frecuentemente malignos y se asocian con una alta incidencia de persistencia o de recurrencia. En estos tumores el tamaño mayor a 5 cm y la presencia de invasión o metástasis son factores pronósticos de la evolución de la enfermedad. En los paragangliomas retroperitoneales los factores pronósticos de supervivencia incluyen la resección completa, pero no el tamaño ni el estatus funcional.

Tratamiento quirúrgico del MEN 1

A. Paz Yáñez, T. Villegas Herrera, K. Muffak Granero, A. Becerra Massare, D. Garrote Lara, JA. Ferrón Orihuela

H. U. Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: La Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 1 (MEN-1 o Síndrome de Werner) es una enfermedad genética autosómica dominante localizada en el cromosoma 11q13 con una prevalencia aproximada de 2/100000. Se manifiesta con afectación paratiroidea (90%), hipofisaria (10-60%) y/o enteropancreática (30-75%). Además, también pueden presentar tumores suprarrenales (25%), carcinoides (10%) y/o lesiones dérmicas (90%). El estudio genético está indicado si se presen-

tan 2 o más tumores relacionados y a familiares de enfermos con mutación MEN 1.

Caso clínico: Mujer de 37 años con epigastralgia irradiada en cinturón hacia zona lumbar de 2 años de evolución asociada a diarrea. Antecedentes de paratiroidectomía (adenoma paratiroideo) e hipotiroidismo.

Se realiza endoscopia digestiva alta que informa de gastritis hiperplásica y bulboduodenitis erosiva y ecografía abdominal que habla de imagen sólida en cuerpo de páncreas y varias imágenes quísticas en cuerpo y cola.

Análisis: Gastrina 541; PTH: 244; Calcemia 11,1; P: 2,4; Cromogranina A: 210; 5HIA: 9; Cortisol 126; ACTH 10; Metanefrinas 0,23. Marcadores tumorales normales.

Se continuó el estudio con:

- TC abdominopélvico con contraste iv.: 3 lesiones nodulares en páncreas, delante de la confluencia espleno - portal; glándula adrenal derecha engrosada y con nódulos hipodensos; glándula adrenal izquierda engrosada con lesión quística; engrosamiento de pared en unión ileocecal.

- Ecografía cervical: aumento de tamaño de glándulas paratiroides.

- Gammagrafía con Sestamibi: 3 focos hipercaptantes compatibles con hiperplasia paratiroidea.

Se realizó una paratiroidectomía subtotal, criopreservando un fragmento de una de las paratiroides y timectomía. El estudio anatomopatológico confirmó hiperplasia de paratiroides e hiperplasia tímica.

Se completó el estudio con:

- RMN craneal: no presencia de adenoma hipofisario.

- SPECT- TC con Pentetrotida: 2 focos captantes y una lesión no captante, calcificada, a nivel de páncreas y foco de captación que parece corresponderse con un asa ileal.

Mediante una laparotomía subcostal bilateral, se realizó una inspección visual de toda la cavidad abdominal, viéndose lesiones hepáticas milimétricas bilobares cuya biopsia intraoperatoria informa de Hamartoma de Meyenburg. Se efectuó una ecografía intraoperatoria, que confirmó los hallazgos previos y permitió detectar y reseccionar 4 lesiones en mesenterio (3 de ellas adenopatías metastásicas). Asimismo, se realizó endoscopia digestiva alta intraoperatoria, que permitió localizar por trasiluminación y enuclear 3 lesiones duodenales (informadas como focos neoplásicos). Se completó la intervención con una pancreatectomía corporocaudal (anatomía patológica gastrinoma), adrenalectomía izquierda (infiltración fundamentalmente en periferia), linfadenectomía interaortocava y de arteria hepática (biopsia negativa en ambas localizaciones) y colecistectomía (vesícula sin alteraciones morfológicas).

Durante el postoperatorio sufrió una hipocalcemia que respondió a tratamiento con gluconato cálcico, recibiendo el alta médica al sexto día postoperatorio.

Conclusiones: Manejo complejo multidisciplinario: endocrinología, oncología, cirugía general, radiología, medicina nuclear y digestivo.

Gran importancia tanto de la ecografía intraoperatoria, que permitió delimitar los márgenes de resección y detectó adenopatías mesentéricas, como de la endoscopia digestiva intraoperatoria, que permitió por trasiluminación, detectar la presencia de las lesiones duodenales y enuclearlas con precisión.

El tratamiento quirúrgico consiste en el abordaje de la pa-

ratiroides en un primer tiempo, puesto que parece disminuir la secreción de gastrina, para posterior tratamiento quirúrgico de las lesiones enteropancreáticas según la técnica quirúrgica descrita por Thompson.

Adenoma paratiroideo de presentación extraña. A propósito de un caso

F.J. Jiménez, D. Gómez, A. Brox, M. Márquez, J.M. Lorente, B.M. Claro

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: El hiperparatiroidismo primario es la primera causa de hipercalcemia en el entorno extrahospitalario. El 80-85% de los hiperparatiroidismos primarios son debidos a adenomas únicos. Un 40-50% son diagnosticados por la presencia de una hipercalcemia detectada durante un chequeo o en relación a otro proceso independiente. Otros se diagnostican sobre las bases que comporta esta enfermedad en estados avanzados: osteítis fibrosa quística, litiasis renal recidivante, nefrocalcinosis.

Material y método: El caso que presentamos es el de una mujer de 49 años remitida por el Servicio de Endocrinología de nuestro hospital por tumoración cervical. La mujer se encontraba asintomática. Analíticamente se encontró un Calcio de 13,9. Ecografía cervical: quiste en lóbulo tiroideo izquierdo que ocupa dos tercios de este lóbulo. Estudio gammagráfico sugestivo de adenoma paratiroideo.

Resultados: La paciente es intervenida, detectándose intraoperatoriamente tres glándulas paratiroides de aspecto normal, no encontrándose la última, por lo que se decide realizar hemitiroidectomía ipsilateral por asumirse la posibilidad de adenoma paratiroideo intratiroideo. La anatomía patológica informa que todo el quiste detectado en la ecografía es el adenoma.

Discusión: Con este caso queremos realzar la extraña forma de presentación del adenoma paratiroideo como tumoración cervical (1-5% de los casos) y el gran tamaño del mismo, siendo imposible su detección intraoperatoria.

Carcinoma suprarrenal no funcionante. A propósito de un caso.

T. Gomez Sánchez, D. Sánchez Relinque, S. Gomez Modet, M. Ramos, L. Tejedor, P. Saenz, M. Ruiz, S. Salas, J.M. Santamaría, E. Sánchez, E. García Romero.

Hospital Punta Europa de Algeciras. Cádiz

Introducción: El carcinoma de la corteza suprarrenal es una neoplasia de baja incidencia (0,5-2 casos /millón hab/año), lo que condiciona que la experiencia terapéutica sea escasa, haciendo difícil un abordaje definido con pautas que se hayan demostrado eficaces.

Se trata de un tumor muy agresivo, siendo del 40 al 70% de los casos metastásico o con invasión extraadrenal en el momento del diagnóstico. En el 30-60% de los casos no presentan producción hormonal, diagnosticándose en un 10% de

forma casual. En estos casos el paciente suele encontrarse asintomático o con sintomatología inespecífica, lo que contribuye a su diagnóstico tardío. En los últimos años se ha observado un aumento en la detección de carcinomas adrenocorticales que podría estar relacionado con el avance en los métodos diagnósticos más que a un aumento real de la frecuencia.

Caso clínico: Varón de 69 años, sin antecedentes médicos de interés. Acudió a consulta remitido por su médico de familia tras hallazgo casual en estudio ecográfico de una «tumoración en hipocondrio izquierdo (HCI) de 12cm de diámetro mayor en probable relación con suprarrenal izquierda», siendo la única sintomatología molestias en HCI. Estudio analítico, incluyendo hormonas, sin hallazgos. A la exploración paciente asintomático y sensación de tumoración en flanco izquierdo. Se realizaron una TAC y una RMN informándose como una gran masa localizada entre el área suprarrenal izquierda y polo superior renal izquierdo de aspecto agresivo. El tratamiento fue quirúrgico realizándose exéresis de gran tumoración en polo superior renal izquierdo de 16 x 15 cm por incisión subcostal izquierda ampliada, acompañándose de nefrectomía izquierda por atrofia renal. La anatomía patológica se informó como tumor suprarrenal maligno (carcinoma cortical T: 16,5cm) con aisladas imágenes de invasión vascular, sin rebasamiento capsular. Riñón izquierdo atrófico sin evidencia de invasión neoplásica. El postoperatorio cursó sin complicaciones siendo dado de alta a los ocho días de la intervención. Actualmente, a los 6 meses de la intervención, el paciente se encuentra libre de enfermedad.

Conclusión: El carcinoma suprarrenal puede presentarse a cualquier edad, si bien presenta dos picos de mayor incidencia en la segunda y quinta décadas de la vida. De forma global es más frecuente en mujeres, si bien los no funcionantes predominan en hombres según varias series. Estos últimos parecen tener mejor pronóstico, siendo los productores de cortisol los que presentan peores tasas de supervivencia (23-60% a los 5 años). La TAC y la RNM son las pruebas de imagen recomendadas para su diagnóstico. Su curso es variable, siendo el estadio tumoral el factor pronóstico más importante. La primera línea de tratamiento es la exéresis quirúrgica completa, reservando el tratamiento adyuvante con mitotane para los estadios avanzados de la enfermedad.

Tumoración quística intra-abdominal gigante. Descripción de un caso.

R. Rodríguez González, K. Muffak Granero, E. Olmos Juarez, J. Martín Cano, A. Becerra Massare, J. A. Ferrón Orihuela.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Introducción: Las tumoraciones quísticas abdominales de gran tamaño son generalmente de carácter benigno, con sintomatología frecuentemente derivada del crecimiento progresivo de la misma y de la compresión de estructuras abdominales vecinas. El abordaje terapéutico suele ser quirúrgico, realizando exéresis de la masa mediante laparotomía o vía laparoscópica.

Caso: Mujer de 21 años, sin antecedentes de interés, que acudió a consulta en nuestro servicio por presentar cuadro de

dolor abdominal difuso, de varios meses de evolución, con náuseas y vómitos frecuentes, asociado a un aumento progresivo del perímetro abdominal. En la ecografía abdominal se apreciaba una masa quística abdominopélvica unilocular de 20 x 25 cm, de pared fina y contenido anecogénico, sin aparente dependencia anexial ni de otras vísceras sólidas abdominales, que comprimía los órganos abdominales adyacentes, produciendo una leve dilatación del uréter derecho. El TAC abdominal confirmaba los hallazgos ecográficos (y detectaba una formación quística de pequeño tamaño en ovario derecho). La analítica general era normal, y los marcadores tumorales eran negativos. Se indicó la intervención quirúrgica con el diagnóstico preoperatorio de tumoración quística abdominal gigante compatible en primer lugar con quiste mesentérico, sin descartar otros diagnósticos diferenciales.

Se intervino de forma programada, realizando laparotomía media, hallando una tumoración quística serosa abdominopélvica de 35 x 25 cm, que desplazaba gran parte del paquete intestinal cranealmente. Se originaba en el anejo izquierdo, con vasos nutricios provenientes de los vasos ováricos, estando incluida en la pared de la tumoración parte de la trompa izquierda y adherida a ovario izquierdo y a sigma. Se realizó una extirpación completa de la masa sin apertura de la misma, resecaando adicionalmente el polo del ovario izquierdo. Se revisó minuciosamente la cavidad sin apreciar otras lesiones y se realizó apendicectomía profiláctica. La Anatomía Patológica fue de quiste anexial. La evolución postoperatoria fue favorable, siendo dada de alta a los 6 días de la intervención. El seguimiento en consulta transcurre sin incidencias hasta la fecha.

Conclusiones: Las tumoraciones quísticas abdominales pueden ser de gran tamaño al diagnóstico debido a su escasa sintomatología si su crecimiento es lento y progresivo.

Tras un estudio preoperatorio completo, en el cual debe siempre tenerse en cuenta la posible malignidad del cuadro, la resección quirúrgica completa es la opción terapéutica más utilizada.

Ante la sospecha de malignidad el abordaje mediante laparotomía es el más frecuentemente utilizado, realizando una resección completa con márgenes oncológicamente "adecuados".

Un abordaje laparoscópico puede ser de utilidad en este tipo de tumoraciones cuando se haya excluido la posibilidad de malignidad.

Ganglioneuroma Retroperitoneal

F.J. del Rio Lafuente, P. Fernández Zamora, F. del Rio Marco.

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

Introducción: El ganglioneuroma es un tumor poco frecuente derivado de las células ganglionares simpáticas, embriológicamente procedentes de la cresta neural, al igual que el neuroblastoma y el ganglioneuroblastoma. Su localización más frecuente es la cadena simpática mediastínica, seguida de la retroperitoneal. Su comportamiento es benigno y las manifestaciones clínicas derivan de la eventualidad de que su

crecimiento produzca síntomas compresivos de vecindad. Es por ello que suelen ser tumores voluminosos cuando se realiza su diagnóstico.

Caso Clínico: Varón de 27 años de edad, que acude a Urgencias por presentar dolor abdominal de 48 horas evolución, localizado en epigastrio e irradiado a hipocondrio derecho, acompañado de vómitos. Se realiza ecografía apreciándose una gran masa retroperitoneal por lo que ingresa para su estudio.

Se realizan las siguientes pruebas complementarias: TAC abdominal: masa retroperitoneal derecha bien delimitada que sobrepasa la línea media, de 11x7x14 cm., de estructura heterogénea y con algunas calcificaciones; dicha masa comprime y desplaza en sentido posterior al riñón derecho así como al uréter, provocando hidronefrosis.

Urografía endovenosa: uréter permeable en su totalidad, desplazado hacia delante y a la derecha por la masa.

Cavografía: desplazamiento y compresión de la cava, hacia la derecha y sobre todo hacia delante, siendo permeable.

Punción ecodirigida: diagnóstico definitivo de ganglioneuroma.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente, encontrándose el tumor localizado en el espacio interaórtico-cava en íntima relación con esta última. Se pacticó exéresis total de la masa, siendo preciso para ello la sección de la vena cava y la posterior realización de un by-pass en termino-terminal, utilizando un injerto de PTFE anillado de 20 mm.

El postoperatorio cursó sin complicaciones. Se realizó cavografía de control, siendo normal.

El informe anatomopatológico de la pieza fue: tumoración bien encapsulada de 17x14x6 cm., correspondiente a ganglioneuroma abdominal sin focos de ganglioneuroblastoma.

Discusión: El ganglioneuroma es un tumor poco frecuente derivado de las células de la cresta neural. Por ser un tumor retroperitoneal benigno suele ser asintomático. Anatomopatológicamente, el ganglioneuroma es un tumor totalmente diferenciado que no contiene elementos inmaduros. El tratamiento es quirúrgico.

Tuberculosis peritoneal: una patología poco frecuente de difícil diagnóstico diferencial.

A. Muñoz Ortega, J. Cañete Gomez, M. Gutierrez Moreno, V. Gomez Cabeza de Vaca, J. Vazquez Monchul, C. Diaz Aunión, J.L. Gollonet Carnicero, J.M. Díaz Pavón, C. Sacristan, J.M Sanchez Gil.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Mujer de 25 años acude a urgencias por fiebre y dolor abdominal de una semana de evolución reagudizado en las últimas 48 horas. Se acompaña de estreñimiento, náuseas y síndrome constitucional con pérdida de peso en meses previos.

- A. personales
- SOP en tratamiento (ADO).
- E. física

Regular estado general, sudorosa, auscultación cardiopulmonar normal. Dolor y distensión abdominal difusa, Blumberg+ en FID.

P. complementarias

- Analítica-coagulación y RX simple toraco-abdominal sin anomalías relevantes.

- ECO abdomen: abundante líquido libre perihepático, periesplénico, gotieras paracólicas y pelvis.

Evolución: Ante los hallazgos ecográficos y persistencia del dolor se realiza laparotomía exploradora urgente evidenciándose ascitis de 2,5L con múltiples implantes sobre serosa, peritoneo parietal, y adenopatías generalizadas. El ovario derecho estaba aumentado de tamaño y consistencia. Se realizó apendicectomía y ooforectomía derecha tomando muestras para biopsia (sospecha de carcinomatosis peritoneal) y microbiología. La citología reveló exudado inflamatorio linfocitario, y la biopsia inflamación granulomatosa compatible con M. Tuberculosis. El apéndice presentaba signos de periapendicitis granulomatosa, el ovario derecho múltiples folículos en crecimiento y los cultivos de líquido peritoneal fueron negativos.

Un tránsito en el postoperatorio mostró ectasias en yeyuno proximal con intestino distal disminuido de calibre y dilución de bario. Se inició tratamiento antituberculoso, siendo alta a la semana con controles posteriores favorables.

Discusión: La TBC peritoneal es poco frecuente (3%). El germen llega al peritoneo por deglución de esputo bacilífero, por contigüidad de foco genital/ganglionar o vía hematogénea. La fiebre (40-70%), dolor abdominal (80-90%), pérdida de peso (40-90%) y alteraciones del hábito intestinal (20%) son síntomas frecuentes.

La TBC peritoneal es 3ª causa de ascitis, y las colecciones pélicas con septos pueden simular un tumor ovárico, dificultando su diagnóstico diferencial. La biopsia intraoperatoria es el «gold-estándar» diagnóstico, ya que, el cultivo de líquido ascítico y la RX tórax solo son positivas en el 3% y 25% de los casos, respectivamente. Por último, debemos recalcar que un incremento del Ca125 es prácticamente la norma en la TBC peritoneal, debiendo hacer el diagnóstico diferencial con diversos tumores malignos.

Lipoma retroperitoneal gigante

M. Dulanto, J. Galán, A. Sánchez, F. Oliva

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: El lipoma retroperitoneal es un tumor infrecuente, su frecuencia oscila entre el 0.07% y el 0.2%

Material y métodos: Se trata de una paciente de 48 años remitida a consulta de especialidades por un lipoma gigante en el muslo izquierdo. Tiene como antecedente un episodio de tromboflebitis en el miembro inferior izquierdo. En la resonancia magnética y la TAC se aprecia una tumoración intrabdominal que se extiende desde L3 hasta el muslo desplazando los vasos ilíacos y femorales medialmente con un tamaño de 33 cm.

Resultados: Se realiza una laparotomía que muestra una tumoración de aspecto graso, que desplaza el colon izquierdo medialmente y que se encuentra en íntima relación con los vasos ilíacos y femorales, la misma atravesaba el anillo crural hasta el muslo, es encapsulada de 33 x 15 x 15 cm y un peso de 3.500 gr. La anatomía patológica mostró lipoma.

Conclusiones: Todo lipoma retroperitoneal debe tener indicación quirúrgica por la probabilidad de subdiagnosticarse un liposarcoma, y todo paciente con un lipoma en muslo debe además estudiarse la probable extensión intrabdominal

Peritonitis esclerosante idiopática

F.J. Pérez Lara, R. De Luna Díaz, J. Moreno Ruiz, J. Hernández Carmona, R. Marín Moya, J. Doblas Fernández, H. Oherling de los Reyes, J.M. Mata Martín, A. del Rey Moreno, H. Oliva Muñoz.

Hospital de Antequera. Málaga

Introducción: La peritonitis esclerosante es una causa rara de obstrucción del intestino delgado y puede ser clasificada como idiopática o secundaria (mas importante y más frecuente secundaria a diálisis peritoneal). La forma idiopática (cocoón abdominal) fue descrita por Foo y col. en 1978. Presentamos un caso clínico de obstrucción intestinal por cocoón abdominal y describimos las formas de presentación clínica, tratamiento y pronóstico.

Caso clínico: Paciente varón de raza negra de 42 años de edad, con antecedentes de paludismo que consulta en urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso de tipo cólico de 48 horas de evolución que se acompaña de distensión abdominal y vómitos. A la exploración física el paciente presenta abdomen distendido y timpánico con dolor leve a la palpación difusa sin signos de irritación peritoneal. En las pruebas complementarias hemograma, bioquímica y coagulación son anodinos, mientras que la radiografía de abdomen simple presenta dilatación de asas de intestino delgado, se solicita ECO de abdomen donde se observa dilatación de asas de delgado con mínimo cantidad de líquido libre. Con el diagnóstico de obstrucción intestinal se indica intervención urgente, se realiza abordaje laparoscópico observando obstrucción intestinal por membrana fibrótica que envuelve íleon hasta la válvula ileocecal. Se convierte a minilaparotomía y se procede a la liberación de asas de intestino delgado mediante resección de membrana fibrótica. La evolución postoperatoria es favorable con buen tránsito intestinal y sin complicaciones. El paciente permanece asintomático 6 meses postoperatorio, se le realiza tránsito intestinal de control sin mostrar alteraciones significativas.

Discusión: La peritonitis esclerosante idiopática también conocida como cocoón abdominal es un cuadro raro que afecta principalmente a mujeres jóvenes de regiones tropicales y subtropicales, se caracteriza por una membrana gruesa fibrótica que envuelve parcial o totalmente el intestino delgado.

Clínicamente e puede presentar como episodios recurrentes de obstrucción aguda o subaguda, pérdida de peso, náuseas y anorexia, aunque la mayoría de los casos son asintomáticos y se diagnostican casualmente durante una laparotomía por otro motivo. A veces se diagnostican por presentar el paciente masa palpable abdominal, sin otra sintomatología.

El diagnóstico se realiza en casos de sospecha mediante tránsito intestinal (retrasado) y TAC abdomen (intestino delgado con «loops» encasillado en el centro del abdomen envuelto por una cubierta gruesa).

El tratamiento es la cirugía sólo en casos de obstrucción abdominal y consiste en la disección de la membrana y liberación de adherencias. En casos raros de intestino no viable estaría indicada la resección intestinal segmentaria.

El pronóstico es excelente a largo plazo en la mayoría de los casos.

Nuestra experiencia en el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal mediante técnicas de citorreducción y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (T. Sugarbaker)

J. Torres Melero, G. Verdejo, P. Reche, A. Fernández-Freire, E. Yagüe, A. Morales

Unidad Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal. Hospital Torrecárdenas.

Introducción: Los pacientes con enfermedad maligna peritoneal también llamada carcinomatosis peritoneal (CP), han sido considerados durante mucho tiempo como enfermos sin opciones más que a tratamientos paliativos. Desde hace dos décadas, la enfermedad peritoneal diseminada, con independencia de su origen, está siendo considerada como un estadio locorregional de la enfermedad, y en base a esta asunción se ha desarrollado un nuevo planteamiento terapéutico con intención curativa: la cirugía citorreductora y quimioterapia intraperitoneal perioperatoria (HIPEC).

Objetivo: Presentar la experiencia de 4 años en el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal mediante técnicas de citorreducción y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC) con o sin quimioterapia intraperitoneal postoperatoria inmediata (EPIC) en nuestra Unidad de Carcinomatosis (H. Torrecárdenas, Almería.).

Pacientes y métodos: Hemos intervenidos desde que iniciamos nuestro programa (Enero 2005) a 79 pacientes (32H/47M, x=54 años). Las localizaciones de los tumores malignos intervenidos son: 28 ca de colon-recto, 27 ovarios, 12 pseudomixomas ; 3 sarcomas ; 4 mesoteliomas, 4 gástricos y una ascitis debilitante. El índice de carcinomatosis peritoneal ha sido: <20 en 71 y >20 en 8 pacientes. El grado de citorreducción ha sido completo en 63 casos Se aplicó EPIC en 17/79 (21,5%) y quimioterapia postoperatoria en el 86%.

Resultados: El estado actual (5 meses-54m): 43 (55,8%) pacientes siguen vivos libre de enfermedad; 29 (37,6) vivos con progresión de enfermedad y 7 (6,6%) han fallecidos con progresión. La mortalidad postoperatoria es del 2,53%; la morbilidad (I-II): 35%. 16 pacientes con citorreducción incompleta en los cuales no se realizó CC + HIPEC/EPIC han fallecido entre los 3 y 11 meses. En 57 pacientes (72%) encontramos supervivencia superior a 2 años.

Conclusiones: En un grupo seleccionado de pacientes, consideramos la carcinomatosis de origen colónica, ovárica, apendicular y mesotelioma como potencialmente curable. Estos pacientes deben ser valorados por equipos multidisciplinares, cohesionados, coordinados y con experiencia en estas técnicas.

Tratamiento del Pseudomyxoma peritoneal mediante citorreducción completa y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria con hipertérmia. Experiencia en nuestro centro

E. Yagüe Martín, J. Torres Melero, M. Felices M, A. Morales González, M. Rico Morales, M.Ferrer Márquez, V.Maturana Ibañez

Complejo hospitalario Torrecárdenas

Introducción: El pseudomixoma peritoneal (PMP) es un hallazgo clínico-macroscópico caracterizado por el acúmulo de mucina (moco) en la cavidad abdominal, independientemente de la causa que lo origine. Ha sido etiquetado en numerosas ocasiones de un cáncer «benigno» de bajo grado de evolución, con buenos resultados independientemente del tratamiento aplicado, siendo la realidad otra muy distinta , ya que si no es debidamente tratado conduce a la muerte del paciente por el compromiso de espacio dentro de la cavidad abdominal. Hasta hace poco el tratamiento a realizar era, debulkización o cirugía de reducción tumoral , y aún el más frecuentemente realizado; con una recurrencia del 75-90% en 2-3 años y una supervivencia a los 10 años prácticamente anecdótica. Proponemos la aplicación junto a la citorreducción completa y peritonectomías de la quimioterapia intraperitoneal modulada con hipertermia perioperatoria.(Sugarbaker) –HIPEC- como tratamiento curativo para el PMP.

Pacientes y métodos: Incluimos 7 pacientes, siguiendo un protocolo de inclusión aceptado por la GECOP , con diagnóstico histopatológico de adenomucinosi peritoneal diseminada, carcinomatosis mucinosa peritoneal o formas intermedias. 5 de ellos derivados de neoplasia de apéndice y 2 de ovario, y con un IPC comprendido entre 12 y 36. A todos ellos se les realizó una citorreducción completa alcanzando un CCo-CCi y se les aplicó quimioterapia intraoperatoria con hipertermia según el protocolo Sugarbaker, con Mitomicina C a 42°C durante 90 minutos. En las formas híbridas y Adenocarcinomas se instauró QT sistémica a partir de la 6ª-8ª semana postoperatoria según esquema FOLFOX-6 (Ac. Fólico, 5-FU y Oxaliplatino) en colaboración con el S. Oncología.

Resultados: En el momento actual presentamos a 5 de los 7 pacientes libres de enfermedad, con un periodo máximo de seguimiento de 36 meses. Con el fallecimiento de uno de los pacientes a los 29 días postoperatorios y otro de los casos programado para second-look por: elevación de marcadores y TAC con recurrencia en área pélvica y FID.

Discusión: Hasta ahora el Pseudomixoma peritoneal se trataba de una enfermedad con pronóstico muy desfavorable, con bajas supervivencias y altos índices de recurrencias. Sin embargo, desde la introducción de una nueva estrategia de tratamiento, consistente en la citorreducción completa de la enfermedad macroscópica acompañado de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (CC+HIPEC) el pronóstico de esta patología ha cambiado de una manera radical, convirtiéndose en potencialmente curable. Los resultados expuestos a nivel mundial, al igual que nuestra experiencia propia, con respecto a supervivencias libres de enfermedad, hacen que esta estrategia de tratamiento se esté convirtiendo, sin duda, en la técnica de elección ante el PMP.

Tratamiento de las lesiones vasculares retroperitoneales producidas por abordaje laparoscópico mediante maniobra de CATTELL-BRAASCH

B. Sánchez, J.M. Aranda, A.J. González, C. Montiel, J.L. Fernández, M.A. Suárez, J. Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: El abordaje laparoscópico es el tratamiento estándar para la coledocistitis y colecistitis agudas/crónicas. A pesar de las grandes ventajas que aporta, han aparecido complicaciones no existentes por vía abierta. Entre las complicaciones relacionadas con la formación del neoperitoneo, cabe destacar las lesiones vasculares mayores (aorta y cava infrarrenal y vasos ilíacos). Son poco frecuentes pero potencialmente mortales. La maniobra de Cattell-Braasch (MC-B) es excelente y rápida para el abordaje de los grandes vasos retroperitoneales. Consiste en el decolamiento de derecha a izquierda mediante la sección del peritoneo parieto-cólico derecho, seguido de la liberación del ángulo íleo-cecal y de la sección de la hoja peritoneal izquierda de la raíz del mesenterio.

Caso Clínico: Mujer de 19 años con antecedentes de cólicos biliares de repetición. Normalidad en todos los parámetros analíticos y ecografía abdominal con coledocistitis múltiple. Realizamos cirugía laparoscópica con formación de neoperitoneo mediante aguja de Veress. La paciente presentó inestabilidad hemodinámica con datos compatibles con embolismo pulmonar aéreo. Llevamos a cabo una laparotomía media urgente, identificando hemoperitoneo y un hematoma retroperitoneal. Realizamos la MC-B, lo que permitió la exposición de los vasos retroperitoneales, taponando la lesión vascular y tras la estabilización de la paciente, disecamos aorta, cava infrarrenal y vasos ilíacos (Fig. N°1), identificando una lesión en la cara anterior de la vena cava infrarrenal que reparamos mediante sutura simple (Fig. N°2). La paciente fue alta el 6 día postoperatorio.

Discusión: Las lesiones vasculares mayores tras abordaje laparoscópico son infrecuentes, 0.05%- 0.07%, pero potencialmente mortales. En su etiopatogénesis están implicadas la realización del neoperitoneo mediante aguja de Veress o la colocación a ciegas del primer trocar. Los factores que aumentan las probabilidades de lesión vascular son múltiples: falta de experiencia del cirujano, elevación incorrecta de la pared abdominal, neoperitoneo insuficiente, referencias anatómicas anómalas, deformidades esqueléticas, delgadez u obesidad extrema, etc. Las localizaciones anatómicas umbilical y supra-púbica son las de mayor riesgo para la aparición estas lesiones. Se ha demostrado reducción en la incidencia de lesiones vasculares cuando se compara la utilización de la aguja de Veress frente al trocar de Hasson, a favor de este último, llegando a alcanzar en algunas series un 0% de lesiones vasculares mayores. Cattell y Braasch publicaron en 1960 la técnica del decolamiento de la raíz del mesenterio y del colon derecho con el fin de lograr un mejor acceso a la 3ª y 4ª porción duodenal y al ángulo de Treitz, lo que a su vez permite una rápida y segura exposición de las estructuras vasculares retroperitoneales. La mayoría de los casos descritos son lesiones pequeñas y que sólo afectan a la cara anterior vascular, lo que permite una sutura

directa. Lesiones más complejas que precisen reconstrucciones deben ser evaluadas y tratadas por cirujanos vasculares o con experiencia en cirugía vascular. Es importante no olvidar nunca revisar la cara posterior de los vasos lesionados ya que pueden también estar afectadas y colocar epiplón o placas de trombina-fibrina sobre las reconstrucciones o suturas simples aórticas para prevenir la aparición de fístulas aortoentéricas.

Amputaciones mayores no traumáticas en un hospital comarcal

J.A. Guerra Bautista, M. Escamilla Cardeñosa, C. Ruda Buzón

Hospital de la Merced; Osuna. Sevilla.

Introducción: Si bien son conocidos los principales mecanismos implicados en la patogenia de las amputaciones de miembro inferior (AMI): neuropatía periférica, macroangiopatía y microangiopatía, sepsis y deformidades podálicas, coinciden la mayoría de los estudios en que cerca de la mitad de las AMI ocurren en personas con diabetes mellitus. Algunas de estas amputaciones se consideran evitables. Conocer la incidencia de un proceso es una condición imprescindible para evaluar el impacto de cualquier medida de intervención. Los objetivos del estudio han sido: 1-Estudiar la frecuencia y las características de las amputaciones de miembro inferior realizadas en el hospital de la Merced de Osuna (Sevilla) entre el 1 de Enero de 2000 hasta el 31 de Diciembre de 2004. 2-Analizar el impacto económico, social y familiar que suponen las amputaciones de miembro inferior en nuestro área de salud. 3-Proponer algunos aspectos que puedan servir como líneas estratégicas en la prevención de las amputaciones de miembro inferior.

Material y método: Se diseñó un estudio retrospectivo y descriptivo y, a través del servicio de documentación clínica del hospital de la Merced de Osuna se identificaron todas las historias clínicas de aquellos pacientes que habían sufrido alguna amputación de miembro inferior entre el 1 de Enero de 2000 y el 31 de Diciembre de 2004. Se revisaron las historias clínicas y se obtuvieron datos referidos al tipo de amputación, motivo de ingreso en el hospital, días de estancia, sexo, edad, número de días de estancia previos a la intervención, número de días de estancia de postoperatorio, reingresos, patologías asociadas y ocurrencia de muertes. Se excluyeron las amputaciones de miembro inferior traumáticas y tumorales.

Resultados: Se realizaron 105 amputaciones de miembro inferior; de ellas, 85 a pacientes con diabetes y 20 a pacientes no diabéticos. Sufrieron AMI 66 hombres y 39 mujeres. Los criterios de ingreso hospitalario han sido: 1-Ulcera que sobrepasa el tejido celular subcutáneo con o sin isquemia localizada. 2-Infección con celulitis. 3-Gangrena isquémica. Los días de estancia hospitalaria por este proceso han sido de 1988, de los que 1624 corresponden a pacientes diabéticos y 364 a no diabéticos. La estancia media ha sido de 20,25 días, siendo más alta para pacientes no diabéticos: 21,41 que para pacientes diabéticos: 19,10. Reingresaron un total de 39 pacientes con AMI diabéticos (45,9%) y 3 pacientes no diabéticos (15%).

Conclusiones: La elevada prevalencia de la diabetes, así como la morbimortalidad y el coste económico asociados han convertido a esta enfermedad en un problema muy importante de

salud pública en nuestro medio. La patología relacionada con el pie, como las úlceras, las infecciones y la gangrena, son la causa más frecuente de hospitalización del paciente diabético, asociándose a una elevada tasa de amputaciones. Cuando se intentan cuantificar los costes que representa el pie diabético y sus complicaciones, la mayoría de los estudios se refieren sólo a los costes directos (visitas, hospitalización y procedimientos, medicación, etc.), mientras que los indirectos (pérdida de ingresos, cargas familiares, dolor o sufrimiento) son mucho más difíciles de medir. En la línea de las recomendaciones de la Conferencia de St. Vicent, los resultados sugieren la necesidad de ofrecer una política específica para la prevención de amputaciones de miembro inferior en la población diabética. Consideramos muy importante la creación de una unidad específica de atención al pie diabético formada por un equipo multidisciplinar que aborde desde un enfoque integral este problema.

Trombosis séptica venosa como complicación de acceso venoso central

J. A. Castilla Cabezas, J. Granados García, S. Fuentes Molina, P. Ruiz Navarro, A. Naranjo Torres, R. Del Rosal Palomeque, W. Lusawa, C. Soria Alvarez, J. Plata Rosales

Hospital Infanta Margarita de Cabra. Córdoba

Introducción: la utilización de catéteres intravasculares a través de vías venosas centrales es un procedimiento muy extendido para el manejo de numerosos pacientes en nuestros hospitales. Sin embargo, su uso se puede asociar con el desarrollo de complicaciones locales o sistémicas con un amplio rango de severidad. De entre ellas, la trombosis séptica de la vena cava superior supone una grave patología, con frecuencia no bien establecida, en la que se suma al proceso infeccioso el desarrollo de embolias sistémicas.

Objetivo: presentación de un nuevo caso de esta patología, con desarrollo de graves complicaciones.

Caso clínico: Paciente de 47 años con antecedentes de DM tipo I y gastritis crónica atrófica. Se somete a intervención quirúrgica programada por carcinoma gástrico tipo I recidivante realizándose antrectomía por vía laparoscópica. Previo a intervención se intentó cateterización de vena subclavia derecha sin éxito, lográndose obtener acceso a través de vena yugular, no sin dificultad. Tras una evolución favorable, con administración de hbpm a dosis profilácticas, en el día +9 desarrolla pico febril sin otra sintomatología. Al no evidenciarse otro foco para el mismo, se procede a retirada de catéter central, antibioterapia empírica con piperacilina+tazobactam y toma de cultivos. En las siguientes 48-72 h la paciente continúa desarrollando picos febriles vespertinos. En hemocultivo se desarrolla *Stafilococo* spp. Se realiza nueva placa de tórax apareciendo condensación de morfología atípica en LSD. Asimismo la paciente aqueja pérdida progresiva de visión bilateral. Valorado por oftalmología diagnóstica de endoftalmitis bilateral secundaria a embolia séptica. Se realiza ecocardiograma sin alteraciones y TAC toracoabdominal compatible con trombosis venosa braquiocefálica derecha con

extensión a vena cava superior, con múltiples condensaciones pulmonares bilaterales. La paciente se remite a la Unidad de Infecciosos del hospital de referencia donde tras hemocultivo y antibiograma con *S. aureus* meticilín sensible se añade al tratamiento linezolid y se administra hbpm a dosis terapéuticas. Se realiza nueva ecocardiografía evidenciando pequeña verruga en válvula mitral con perforación del velo anterior que provoca insuficiencia mitral leve-moderada. Tras diagnóstico de endocarditis se modifica tratamiento a cloxacilina+levofloxacino+gentamicina. La evolución del ojo derecho no es favorable, siendo necesaria su enucleación. Asimismo se evidencia sinovitis de causa infecciosa en hombro izquierdo. En TAC torácico previo al alta no se evidencian imágenes de trombosis en grandes troncos venosos.

Comentarios: La presencia de trombosis séptica de vías centrales obliga a la retirada del catéter, anticoagulación que debe ser mantenida al menos durante 6 meses y antibioterapia específica durante 4-6 semanas. Debe sospecharse su presencia ante la persistencia de fiebre tras 48-72 h de tratamiento adecuado, indicándose la realización de ecocardiograma transtorácico y/o transesofágico. En casos de no respuesta a tratamiento se ha descrito la posibilidad de trombectomía quirúrgica y fibrinólisis con estreptoquinasa. Debe insistirse en que la mejor manera de evitar la aparición de complicaciones en los accesos vasculares es aplicando las técnicas asépticas más estrictas durante su implantación y mantenimiento. Asimismo parece demostrada la utilidad de utilización de catéteres revestidos con minociclina-rifampicina.

Abdomen Agudo por Ruptura de Aneurisma de la Arteria Mesentérica Inferior

R. Conde Muiño, I. Segura Jiménez, P. Pérez Vallecillos, N. Maldonado Fernández, C. Moreno Cortés, V. García Róspide, P. Palma, JA Ferrón

Sección de Cirugía Colorrectal - HMQ Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Los aneurismas de la arteria mesentérica inferior (AMI) son excepcionales y solo están descritos casos aislados. Presentamos un paciente con abdomen agudo debido a hemorragia retroperitoneal secundaria a ruptura de este tipo de aneurisma.

Material y método: Varón de 55 años con antecedentes de hipertensión arterial, fumador importante, colecistectomía y apendicectomía convencionales. Acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal, taquicardia e hipotensión. Ante la presencia de peritonismo se realiza una TC abdominal que objetivó un hematoma retroperitoneal por un aneurisma de la arteria mesentérica inferior asociado a oclusión de la mesentérica superior (AMS) y del tronco celiaco. Se intervino de forma urgente realizándose una resección del aneurisma y anastomosis término-terminal de la arteria mesentérica inferior. La anatomía patológica demostró la presencia de un aneurisma arteriosclerótico sin otros hallazgos. Los cultivos del mismo fueron negativos.

Resultados: Hasta la fecha sólo diez casos se han documentado en la literatura sobre aneurismas de la AMI, asociados a

oclusión de la AMS y tronco celíaco, ninguno de ellos presentó, sin embargo, hemorragia. Se ha postulado que la oclusión de las principales arterias digestivas ocasiona un aumento de flujo en la AMI que conduce a una dilatación aneurismática. En nuestro caso existía asimismo gran colateralidad y dilatación de la arteria marginal de Drummond.

Conclusiones: En nuestra experiencia la resección de la zona aneurismática y posterior anastomosis de la AMI consigue el control de la hemorragia sin comprometer la vascularización entérica. La literatura describe otros abordajes como la angioplastia con prótesis y posterior resección del aneurisma, la revascularización de ambos vasos AMI y AMS con resección de la lesión, e incluso la revascularización de los tres troncos arteriales digestivos. Este caso ilustra la importancia de la sospecha diagnóstica de estos raros casos y la relevancia del trabajo interdisciplinar para la resolución de esta patología quirúrgica.

Síndrome del ligamento arcuato

R.M. Becerra Ortiz, A. Álvarez Alcalde, J. Carrasco Campos, A. Titos García M. Valle Carbajo, C. Jiménez Mazure, N. Marín Camero, I. Pulido Roa, C.P. Ramírez Plaza, J.M. Aranda Narváz, J. Santoyo Santoyo

Servicio de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: El síndrome del ligamento arcuato es una entidad clínica y anatómica causada por la compresión del tronco celíaco por parte del ligamento arcuato, que se explica en base a una de estas dos anomalías anatómicas: una inserción baja del diafragma o una salida alta del tronco celíaco. Con frecuencia es asintomático, y cuando da clínica los síntomas más frecuentes son dolor abdominal postprandial, náuseas, vómitos y pérdida de peso. Es más frecuente en mujeres que en hombres (2-3:1), y suele presentarse en la cuarta o quinta décadas de la vida. El diagnóstico suele hacerse por exclusión y el tratamiento quirúrgico, ya sea por vía abierta o laparoscópica, consiste en la descompresión del tronco celíaco liberando su raíz en la aorta. Presentamos un caso de síndrome del ligamento arcuato diagnosticado y tratado en nuestro centro.

Caso clínico: Mujer de 23 años estudiada por cuadro de dolor abdominal recurrente de características viscerales y predominio postprandial asociado a desnutrición severa con hipoalbuminemia y anasarca. En el estudio de tomografía computarizada (TC) se observó una estenosis severa en el origen del tronco celíaco, que se confirmó en la angiografía visceral y se demostró asociado a trombosis del eje espleno-portal con transformación cavernomatosa en el hilio hepático en la angioresonancia. Se diagnosticó de síndrome del ligamento arcuato tras excluir otras patologías causales y, debido al deterioro del estado general y el dolor incontrolable, se interviene quirúrgicamente para descomprimir el tronco celíaco y seccionar el ligamento arcuato. La paciente evoluciona favorablemente, con desaparición completa del dolor abdominal y recuperación de flujo arterial normal en el hilio hepático.

Isquemia venosa mesenterica secundaria a deficit congénito de antitrombina III

J.L. García Moreno; J.C. Herrera del Castillo; C. Cepeda Franco; A.G. Jimenez Riera; J.A. Navas Cuellar; G. Suarez Artacho; L.M. Marín; C. Bernal Bellido; M.A. Gomez Bravo

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Se presenta el caso de un varón de 33 años que acudió a urgencias por presentar vómitos y dolor abdominal difuso de una semana de evolución. Como antecedentes refería déficit congénito de antitrombina III diagnosticado tras un tromboembolismo pulmonar a los 23 años. Presentaba, además, antecedentes de trombosis venosa profunda y trombosis de vena cava inferior. Debido a los antecedentes de hipercoagulabilidad se inició tratamiento empírico con heparina sódica IV y se solicitó TAC abdominal c/c en el que se apreciaba trombosis crónica de vena cava inferior infrarrenal así como imágenes compatibles con lesiones isquémicas en asas de intestino delgado. Tras empeoramiento del estado general precisó de intervención quirúrgica en la que se halló necrosis segmentaria de la primera porción yeyunal, realizándose resección segmentaria de 150 cm de yeyuno.

La trombosis venosa mesentérica (TVM) representa el 5-15% de las causas de isquemia mesentérica, produciéndose habitualmente en la vena mesentérica superior. El diagnóstico suele ser tardío por la inespecificidad de los síntomas, por lo que la sospecha diagnóstica es fundamental para un diagnóstico precoz identificando los pacientes de riesgo, ya que hasta el 75% presentan algún antecedente relacionado o factor etiológico desencadenante. El déficit congénito de antitrombina III (AT III) debe sospechase en pacientes con historia personal o familiar de trombosis venosa profunda recurrente o tromboembolismo pulmonar en la juventud. Muchos pacientes con déficit de AT III permanecen asintomáticos debido a que la penetrancia de la enfermedad varía sustancialmente entre portadores heterocigóticos; así, se estima que alrededor de un 51% de portadores desarrollará al menos un episodio tromboembólico.

Hiperplasia papilar endotelial intravascular. Presentacion de un caso

JG. Alonso Roque, C. del Olmo Rivas, E. Garcia Abril, E. Gomez Valverde, MS. Zurita Saavedra, M. Corominas Cishek, JM. Garcia Gil

Hospital Clinico Universitario Ssn Cecilio. Granada.

Introduccion-objetivo: Presentación de un caso de Hiperplasia papilar endotelial intravascular (HPEI) o Hemangioendoteloma vegetante intravascular de Masson como forma rara, pero posible dentro del diagnóstico diferencial de los quistes cervicales.

Material y metodos: Paciente de 21 años que es diagnosticado de nódulo cervical izquierdo y que tras ECO se informa de nódulo hipoeoico de 2,5 x 1,3 cm anterior a hemitiroides izquierdo con señal color en su interior (que orienta a carácter sólido) con características ecográficas inespecíficas. PAAF no

concluyente. Se interviene inicialmente con anestesia local decidiéndose demorar la intervención por compromiso del nódulo a planos profundos. En la segunda intervención, ya con anestesia general, se extirpa un nódulo de 3 x 2,5 x 2 aspecto quístico y en superficie muscular pretiroidea que no parece depender de glándula tiroidea y que macroscópicamente tiene apariencia de quiste del conducto tirogloso vs quiste tiroideo. La anatomía patológica confirma que se trata de un Heman-gioendoteliooma vegetante intravascular de Masson.

Resultados: La intervención se realizó sin complicaciones y tanto el postoperatorio inmediato como la estancia en planta se desarrollaron sin incidencias clínicas destacables, siendo el paciente dado de alta hospitalaria el día después de la segunda intervención. En las posteriores revisiones en consulta no se evidenciaron signos o síntomas de recidiva ni secuela alguna y los estudios de función tiroidea y paratiroidea fueron rigurosamente normales. El estudio de extensión fue negativo y las pruebas de imagen no mostraron lesión alguna.

Discusión: La HPEI es una forma inusual de proliferación endotelial intravascular exuberante que histológicamente asemeja angiosarcoma lo que puede llevar a un diagnóstico erróneo y a una terapia excesiva. Clínicamente se manifiesta como una masa firme de crecimiento lento, de color rojo violáceo y de aspecto multiquístico, que se localiza más frecuentemente en orden decreciente, en dedos, manos, cabeza, cuello, y tiroides. Se produce por una alteración en el proceso de trombosis cuya causa todavía no está demostrada. Suele aparecer en la tercera década de la vida. El único tratamiento es la exéresis quirúrgica y su pronóstico es excelente.

Conclusiones: Tras revisión bibliográfica sobre el tema se llega a la conclusión que la HPEI es una forma muy rara de presentación de quiste cervical pero que debe tenerse en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial de los mismos, entre los que se incluirían fundamentalmente los quistes y fistulas branquiales, quistes tiroideos y paratiroideos, quistes del tirogloso, quistes epidérmicos, quistes dermoides y quistes sebáceos. Dicho diagnóstico diferencial es fundamental a la hora de programar el abordaje quirúrgico, el tipo de anestesia a utilizar en la intervención y la estancia hospitalaria del paciente.

Isquemia arterial aguda de miembro superior derecho secundario a síndrome del desfiladero torácico.

D. Molina García, V. Gomez Cabeza de Vaca, J. García Moreno, C. Mendez, JM. Sanchez Rodriguez

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El síndrome del desfiladero torácico es una condición que se refiere a la compresión causada por una primera costilla anómala o una costilla cervical que asociado con una hipertrofia de los músculos de la zona comprimen las estructuras vasculonerviosas que por esta región discurren y que los síntomas en un 98% corresponden a lesión del plexo braquial y menos frecuentemente, con un 2% a lesiones de las estructuras vasculares. A continuación se presenta un caso de una paciente de 35 años de edad que consulta a urgencias por presentar dolor, palidez y frialdad en mano derecha que cede con

el reposo que posteriormente es diagnosticada de síndrome del desfiladero torácico

Caso clínico: Paciente de 35 años de edad con antecedentes de Hirsutismo e hipotiroidismo en tratamiento que consulta a urgencias por presentar dolor en mano derecha de 24 horas de evolución que calma con el reposo acompañado de palidez y frialdad. A la exploración, buen estado general, consciente, orientada y eupneica. En cuanto a la exploración vascular, tronco supraaórticos con pulsos y sin soplos. En miembro superior izquierdo, pulsos normales sin alteraciones. En miembro superior derecho, presencia de pulso axilar con ausencia de pulso humeral, radial y cubital acompañado de palidez y frialdad. Radiografía de tórax: presencia de costilla cervical derecha completa. Ante estos hallazgos se solicita una arteriografía de miembro superior derecho que informa de embolia humeral derecha. Se realiza basal y en hiperabducción comprobándose compresión extrínseca de arteria axilar derecha por costilla cervical. TAC cuello y tórax: Costilla cervical completa que confirma el diagnóstico arteriográfico. Con el diagnóstico de isquemia aguda de arteria humeral derecha secundario a síndrome del desfiladero torácico se realiza tromboembolectomía transhumeral derecha de urgencia con recuperación de pulso humeral, radial y cubital derecho. La paciente posterior a la intervención quirúrgica presenta buena evolución clínica, sin complicaciones, con recuperación de pulsos distales y desaparición de la frialdad y sensación de parestesias, motivo por el cual se decide programar para intervención quirúrgica y resección de costilla cervical por vía axilar evolucionando sin complicaciones.

Discusión: El síndrome del desfiladero torácico se manifiesta generalmente en personas jóvenes con claudicación del miembro superior y parestesias con palidez inducidas con el ejercicio. El diagnóstico se realiza a través de una radiografía de tórax para visualizar en caso de que estuvieran presentes una primera costilla anómala o una costilla cervical, seguidamente una arteriografía de miembros superiores en abducción forzada y una angiorresonancia pudiera ser bastante útil para valorar tanto las estructuras vasculares como la de los tejidos blandos de la zona. Por último creemos que el síndrome del desfiladero torácico vascular debe estar presente como diagnóstico diferencial en toda persona joven, sin antecedentes de importancia con síntomas de isquemia arterial aguda de miembro superior o fenómenos embólicos en dicho miembro.

Laparoscopia en los Procesos Linfoproliferativos con Masa Abdominal. Su Aportación en un Caso de Enfermedad de Castleman

F. Huertas, P. Medina, A. Gallardo, R. Rosado, S. Mezquita, D. Ramirez

Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa. Almería.

Introducción: La enfermedad de Castleman es un raro proceso linfoproliferativo benigno. Puede ser uni o multifocal. En este último caso es posible llegar al diagnóstico gracias a la biopsia de alguna tumoración accesible. Pero si sólo existe una masa

abdominal, es necesario una laparotomía y el diagnóstico definitivo se tiene por el estudio histológico. Presentamos un nuevo caso de esta enfermedad en la que se utilizó la laparoscopia resultando de gran utilidad tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

Caso clínico: Paciente mujer de 28 años con tumoración abdominal de varios meses de evolución. No adenopatías periféricas palpables. TAC abdominal: masa de 7 x 5 cm. (Figura 1). PAAF: No concluyente. Por tanto se plantea y realiza laparoscopia exploradora. Se practica biopsia en cuña cuyo resultado es: Enfermedad de Castleman. Al tratarse de la variedad Unifocal la primera opción terapéutica es la exéresis completa o la citorreducción cuando ello no es posible.

Por tanto, se realizó un segundo abordaje laparoscópico con intención de reseca la tumoración. Se practicó adhesiolisis y se comprobó el íntimo contacto de la masa con la pared de la vena cava. Se procedió entonces a una laparotomía asistida para establecer un control vascular riguroso. Se extirpó la tumoración completamente (Figura 2) con una pequeña pastilla de vena cava y posterior sutura directa de la misma. Postoperatorio favorable. Actualmente asintomática tras 4 años de la operación. Anatomía Patológica: Enfermedad de Castleman de tipo mixto: plasmocelular e hialino-vascular.

Conclusiones: La enfermedad de Castleman es una rara enfermedad benigna. Actualmente su principal problema es llegar al diagnóstico definitivo. En cuanto a la utilización de la laparoscopia, los pocos casos aportados, ponen de manifiesto que es posible utilizar esta vía de abordaje y que aportaría como ventajas una menor agresión y un postoperatorio mejor. Creemos que, no solamente en la enfermedad de Castleman, sino en todos los procesos linfoproliferativos intrabdominales en los que no se pueda alcanzar un diagnóstico, se debería plantear una laparoscopia exploradora antes que ver como inevitable una laparotomía.

Cooperación de un equipo quirúrgico en Madagascar

M. Alba Valmorisco, M.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García, A. Gil Olarte Pérez, J.M. Vázquez Gallego.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos: El objetivo es exponer la vivencia y trabajo llevado a cabo por un equipo de cirugía en un país del tercer mundo en proyecto de ayuda humanitaria.

Material y métodos: Desde el 27 de septiembre hasta el 15 de octubre se desplazó un equipo multidisciplinar compuesto a Farafangana (Madagascar). El equipo estaba formado por 2 oftalmólogos, 2 traumatólogos (1 jefe de servicio y un residente), 2 cirujanos generales (1 jefe de servicio y 1 residente), 1 anestésista, 1 pediatra y 3 enfermero/as todos ellos miembros del H.U. Puerta del Mar de Cádiz.

Durante 13 días estuvimos realizando actividad asistencial (consultas y quirófano) en la leprosería de Ambatoabo regentado por la orden de St. Vicente Paul. Las instalaciones contaban con 3 consultas, un quirófano con dos mesas y 2 salas de hospitalización (una de ellas pre alta).

Se atendieron en consultas de cirugía un total de 40 pacientes y practicando 35 intervenciones quirúrgicas.

Resultados: Los pacientes atendidos fueron un total de 40 los cuales tenían una edad comprendida entre los 9 meses a 82 años (media de edad 40 años), 25 varones/15 mujeres; practicando 35 intervenciones quirúrgicas (11 hidroceles, 10 hernias inguinales, 1 hernia umbilical, 3 Bocios, 2 linfangiomas, 1 quiste tirogloso, 2 labio leporino, 1 ligadura de trompas, resto tumoraciones de piel y partes blandas). El tipo de anestesia utilizada fue General: 15, Raquídea: 17, Local: 2.

Los resultados inmediatos fueron buenos sin presentar ninguna complicación intra ni postoperatoria.

Conclusión:

1. La ayuda prestada y los resultados obtenidos fueron muy buenos a pesar de los escasos recursos disponibles.

2. Se trata de una experiencia muy gratificante sobre todo para el residente tanto en el aspecto personal como profesional.

3. Debido a la mala comunicación y organización de estos países sería deseable una mayor interrelación entre los cooperantes y los centros de destino para que la asistencia prestada tenga un mayor rendimiento

Discusión: El primer caso de absceso hepático secundario a perforación duodenal se publicó en 1898 y desde entonces, la literatura mundial sólo ha notificado 46 casos hasta la fecha. En nuestro caso la perforación estaba en vías de resolución, motivo por el cual no actuamos sobre ella. El diagnóstico preoperatorio es difícil, ya que los pacientes no suelen recordar la ingestión del cuerpo extraño y los síntomas son normalmente inespecíficos.

Linfadenitis sarcoidea axilar

J.A. Guerra Bautista, F. Acedo Díaz, E. Hernández Ollero, J.L. Muñoz Boo, A. Karim, A. Gómez

Hospital de la Merced; Osuna. Sevilla.

Introducción: La adenopatía axilar es una forma de debut de la sarcoidosis poco habitual, pero no excepcional, diagnosticada tras debutar generalmente como síndrome febril y constitucional, y linfadenopatía periférica (palpación durante la exploración física o como hallazgo radiológico incidental), siendo de gran ayuda la radiografía de tórax. Exponemos un caso tratado recientemente en nuestro centro hospitalario.

Caso clínico: Mujer de 61 años que ingresa en el Servicio de Medicina Interna por trastorno del comportamiento, desorientación y alucinaciones, de una semana de evolución. Entre sus antecedentes médicos destacan diabetes mellitus tipo 2, obesidad mórbida, y diagnóstico hace 6 años de linfadenitis granulomatosa con ingreso hace 2 por síndrome febril y adenopatías palpables sin diagnóstico etiológico. En la exploración física solo son destacables adenopatías axilares izquierdas, y fiebre. En la analítica presenta importante leucocitosis con desviación a la izquierda. Marcadores tumorales normales. Se realiza TAC craneal (normal), cervical (adenopatías en región de glándulas salivares), torácico (múltiples adenopatías axilares izquierdas, la mayor de 3.6cm) y abdominal (adenopatías retroperitoneales). Se le

práctica senografía-ecografía de mamas, que solo halla adenopatías axilares izquierdas de gran tamaño, sin alteración del parénquima mamario. En la intervención quirúrgica se practica exéresis- biopsia de adenopatía axilar izquierda, con el siguiente informe AP: Ganglio linfático de 1.8cm, sin focos de necrosis, con tinción de Ziehl-Neelsen y PAS negativas, compatible con linfadenitis granulomatosa no necrotizante de tipo sarcoideo. Actualmente sigue tratamiento médico por parte de Medicina Interna.

Discusión: La sarcoidosis es una enfermedad crónica, multisistémica, con participación del sistema inmune, y de etiología desconocida aunque parecen que existen factores genéticos determinantes y otros factores exógenos no tan claros. Se caracteriza por la presencia de granulomatosis epitelioides no caseificante en ausencia de otros procesos causantes de granulomas. Su curso puede ser desde asintomático con tendencia a la resolución hasta fatal por fracaso multisistémico. Los órganos más afectados suelen ser pulmones (disnea, tos), ganglios linfáticos (cervicales, epitrocleares, axilares e inguinales), bazo, hígado, piel, huesos, músculos, ojos, sistema nervioso central y glándulas salivares. La afectación ganglionar se presenta como masa única o múltiple, dura, generalmente móvil, no dolorosa (no ulcerada), con bordes irregulares. El diagnóstico de la enfermedad axilar puede sospecharse tras mamografía, o ecografía axilar a modo de masa hipocóica con bordes poco definidos, planteando el diagnóstico diferencial con linfoma, TBC y adenopatía metastásica. El antígeno carcinoembrionario está elevado en más del cuarenta por ciento de los casos. El diagnóstico definitivo se obtiene por biopsia. El tratamiento depende del curso de la enfermedad y los efectos secundarios de los fármacos, generalmente corticoides, y agentes citostáticos en un segundo plano.

Adenocarcinoma de uraco complicado.

MJ. Perea, R. Martín, M. Becerra, P. Coterón.

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción: Los tumores de uraco son tumores muy raros, representando menos del 0,5% de los tumores de la vejiga, siendo más frecuentes en varones y entre la 5ª-7ª décadas de la vida con predominio en el varón.

Cursa con síntomas poco específicos, los más frecuentes son la hematuria, el dolor, los síntomas irritativos, la descarga umbilical o la presencia de masa suprapúbica. Esto hace que en la mayor parte de los casos el tumor se encuentre en un estadio avanzado en el momento del diagnóstico.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 73 años sin antecedentes de interés que ingresa de urgencias por fiebre, masa periumbilical dolorosa y leucocitosis. Se realiza ECO-TAC urgente que informa de imagen sugestiva de quiste de uraco/adenocarcinoma de uraco complicado.

Resultados: La paciente evoluciona desfavorablemente durante su ingreso en planta a pesar de antibioterapia por lo que se interviene de urgencias realizándose resección en bloque de la tumoración abscesificada que incluía asa de intestino delgado y uraco y laparoplastia con malla de proceed. En el postoperatorio inmediato la paciente requiere ingreso en

UCI. Buena evolución postoperatoria requiriendo curas de la herida.

Conclusiones: Es importante el reconocimiento de uraco como estructura vestigial, así como el conocimiento de lesiones desarrolladas sobre él.

En los tumores de uraco los síntomas son poco específicos, esto hace que en la mayor parte de los casos el tumor se encuentre en un estadio avanzado en el momento del diagnóstico. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica completa del tumor, y dependiendo de la extensión tumoral realizar cistectomía parcial o cistoprostatectomía radical en bloque con onfalectomía.

Serie de GIST 2000-08

C. Vecino, B. Marengo, J. Lopez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: Los GIST son tumores mesenquimales producidos por una mutación en KIT (60-92%) o PDGFRA (7-10%), compuestos de células fusiformes o epitelioides. Aparecen a lo largo de todo el tracto gastrointestinal, siendo más frecuente en estómago e intestino delgado, epiplón, mesenterio o retroperitoneo

Son más frecuentes en estómago (50%), intestino delgado (20-30%) o intestino grueso (10%) que en esófago o epiplón, mesenterio y retroperitoneo (5%). Suelen ser tumores únicos con un crecimiento expansivo (21%), pseudoexpansivo (45%) o infiltrante (24%).

Objetivo: Vamos a realizar un estudio de los casos de GIST presentados en nuestro hospital en los últimos 10 años.

Material y método: Disponemos de 30 casos de GIST que se han presentado en el HUVM en los últimos años (2000-2008).

Resultados: Hemos estudiado 30 casos de GIST de los cuales 18 se han presentado en hombres y 12 en mujeres. 10 de ellos se localizan en estómago, 12 en I. delgado, 3 en colon, 4 en otras localizaciones y 1 como metástasis hepáticas. 3 de ellos son recidivas de un tumor anterior.

El tamaño del tumor está comprendido en unos 7.5 cm de media, encontrando unos límites inferiores de 2cm y superiores de hasta 37 cm.

La forma más frecuente de presentación son las melenas principalmente en tumores localizados en tracto digestivo superior (estómago e intestino delgado) seguidos de anemia y molestias digestivas.

Conclusiones: El 60% de los casos que hemos estudiado se ha desarrollado sobre hombres y el 40% sobre mujeres.

El 33% se desarrolla sobre estómago, el 40% en I. delgado y el 3% sobre colon en comparación con los porcentajes actuales que determinan que el 50-60% se localizan en estómago, el 20-30 en delgado y el 10% en colon. Ninguno de nuestros casos desarrollo el tumor en esófago.

Según los criterios de Fletcher (tamaño y número mitosis) y los datos de los que dispongo la mayoría de nuestros pacientes presentan un riesgo intermedio-alto de malignidad.

Tumor de Abrikossoff en paciente pediátrico

J.A. Guerra Bautista, F. Acedo Díaz, A. Karim, E. Cáceres Fábrega, L. Canavoso, A. Gómez García

Hospital de la Merced; Osuna. Sevilla.

Introducción: El tumor de células granulares es una neoplasia de tejidos blandos, poco frecuente, casi siempre benigna y de etiología e histogénesis inciertas. Se desarrolla fundamentalmente en adultos entre 30 y 60 años y con el doble de frecuencia en mujeres. La localización más común es el área orofacial. Existen pocas publicaciones de casos en niños, por lo que mostramos este caso tratado en nuestro Servicio.

Caso clínico: Paciente mujer de 13 años remitida desde Atención Primaria por nódulo subcutáneo en tórax de meses de evolución. No presenta antecedentes médicos de interés. En la exploración se objetiva un nódulo subcutáneo elástico, único, doloroso a la presión y rodadero sobre parrilla costal izquierda y piel. Se practica exéresis amplia para biopsia. El estudio anatomopatológico definitivo informa de tumor de células granulares y positividad para la proteína S-100.

Discusión: El Tumor de Abrikossoff ha sido denominado también como mioblastoma, neurofibroma de células granulares o schwannoma de células granulares. Es excepcional en la edad pediátrica, con una incidencia del 0.017-0.029%. Cuando es congénito, suele localizarse en la región maxilar, y si son múltiples pueden asociarse a la enfermedad de Hodgkin, la lentiginosis difusa o a la neurofibromatosis. La forma más común de aparición, sin embargo, para todas las edades, es la aislada (en más del 75% de los casos), en lengua, piel o tejido celular subcutáneo, siendo de crecimiento lento, de superficie lisa o hiperqueratósica y de no más de tres centímetros de diámetro. En la histología son típicas las células del tejido conectivo de citoplasma granular PAS positivo, con escasas atipias nucleares y ausencia de mitosis. Suele ser acapsular, con preservación de los anejos cutáneos y con la presencia de vasos sanguíneos entre dichas células neoplásicas. Los de piel proceden de las células de Schwann, con positividad para proteína S-100 y enolasa neuro-específica. La malignidad aparece en el 1-3% (menos aún en niños) de los casos, asociándose generalmente a un rápido aumento de tamaño, que puede alcanzar los 9cm., e invasión local, y menos frecuentemente metástasis a distancia. El tratamiento de elección es la exéresis completa con márgenes amplios, siendo la recidiva local infrecuente.

Encuestas de satisfacción en la consulta de cirugía general de un comarcal

J. Díaz Oller 1, G. Jurado Herrero 1, J.M. Moreno Montesinos 1, A.U. González Fenizi 1, E.G. Olea Cano 1, M^a.C. Quesada Peinado 1, A. Arcos Navarro 1, M^a.T. Medina Domínguez 1, R. Flores Arcas 1, M^a.I. Torres Martín 1, F. Navarrete Orzáez 1, M^a.L. Hervás Martín 1, J. M^a. Ortega Beviá 2, M^a.N. Díaz Urbaneja 3, C. Urbaneja Monje 4

1 Servicio de Cirugía General Hospital San Agustín. Linares. 2 Dpto. de Cirugía Universidad de Sevilla. 3 Escuela de Enfermería Universidad de Jaén.. 4 División de Enfermería Hospital San Agustín. Linares. Jaén.

Introducción: Los resultados ofrecidos por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) sobre la satisfacción del usuario, suelen ser globales por Centros, y no particularizados por Servicios, y además son distintos en cuanto a Consultas y Hospitalización. Queremos comparar los porcentajes de satisfacción entre nuestro Servicio de Cirugía General, el global del Hospital y la media global de Andalucía, en cuanto a la consulta externa.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio analítico transversal en 100 pacientes, obtenidos de forma aleatoria, entre los atendidos en la consulta de nuestro Servicio, durante el mes de Junio de 2008. Se analizaron 5 parámetros de satisfacción mediante encuesta telefónica: satisfacción con el Servicio, confianza en la asistencia recibida, valoración de los médicos, valoración de enfermería, y si procedía recomendación del Servicio en cuanto a consultas. Se comparan los resultados con los obtenidos, también mediante encuesta telefónica, por el SAS, sobre el global de nuestro Hospital y la media de Andalucía.

Resultados: La satisfacción con el Servicio fue 88% vs 87,5 % del Hospital (OR = 1,04; 95 % IC: -8,93 %, 9,17 %) (no significativo) (n.s.), y vs 85,1 % de la media de Andalucía (OR = 1,28; 95 % IC: -7,22 %, 11,51 %) (n.s.). La confianza en la asistencia recibida en la consulta del Servicio fue de 84% vs 62,2 del Hospital (OR = 3,19; 95 % IC: 9,44 %, 33,31 %) (significativo), y vs 63,1% de Andalucía (OR = 3,07; 95 % IC: 8,47 %, 32, 26 %) (significativo). La valoración de los médicos de la consulta del Servicio 91 % vs 88,5 % del Hospital (OR = 1,31; 95 % IC: -6,24 %, 10,47 %) (n.s.), y vs 89,2% de Andalucía (OR = 1,22; 95 % IC: -7,07 %, 9,27 %) (n.s.). La valoración de enfermería del Servicio 94 % vs 88,4 % de Hospital (OR = 2,05; 95 % IC: -2,63 %, 12, 86 %) (n.s.) y vs 88 % de Andalucía (OR = 2,16; 95 % IC: -1,89 %, 13,89 %) (n.s.). Recomendaría el especialista de consulta el 88% vs 86,5 del Hospital (OR = 1,14; 95 % IC: -8,08 %, 10,34 %) (n.s.) y vs 86,4 % de Andalucía (OR = 1,1 5; 95 % IC: -8,08 %, 10,34 %) (n.s.).

Conclusiones: 1.- Los resultados de la encuesta de satisfacción de nuestro Servicio, en consultas, superan la media del Hospital y a la media de Andalucía, si bien solo son significativos los resultados comparativos, en cuanto a la confianza, entre los del Servicio y los del Hospital, y los del Servicio y el global de Andalucía. 2.- Son mejorables algunos aspectos en lo que respecta al servicio y al Hospital. 3.- Son necesarias las encuestas particularizadas por Servicios/Unidades para valorar adecuadamente la calidad asistencial percibida por los usuarios y para que los profesionales adecuen su labor a la corrección de deficiencias, y se reconozca en su caso la buena práctica.

Satisfacción del usuario en la hospitalización de cirugía general de un comarcal

J. Díaz Oller 1, J.M. Moreno Montesinos 1, G. Jurado Herrero 1, A.U. González Fenizi 1, A.E. Resola García 1, M^a.C. Quesada Peinado 1, A. Arcos Navarro 1, M^a.T. Medina Domínguez 1, R. Flores Arcas 1, J.M. Ortega

Beviá 2, M. Benítez Cámara 2, A. Fernández Díaz 3. M. Martínez Gutiérrez 4

1 Servicio de Cirugía General Hospital San Agustín. Linares. 2 Dpto. de Cirugía Universidad de Sevilla. 3 Escuela Politécnica Superior de Linares. Telemática. Universidad de Jaén. 4 Servicio de Atención al Usuario Hospital San Agustín. Jaén.

Introducción: La Consejería de Salud ha puesto de manifiesto la importancia de las encuestas para identificar las áreas de mejora y poner en marcha estrategias y servicios que contribuyan a incrementar el nivel de satisfacción de los ciudadanos. Pero los resultados suelen ser globales por Centros, y no particularizados por Servicios. Queremos comparar los porcentajes de satisfacción entre nuestro Servicio de Cirugía General, el global del Hospital y la media global de Andalucía, en hospitalización/Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Material y métodos: Se ha realizado un estudio analítico transversal en 75 pacientes, obtenidos de forma aleatoria, entre los atendidos en hospitalización/CMA de nuestro Servicio, durante el mes de Junio de 2008. Se analizaron 5 parámetros de satisfacción mediante encuesta telefónica: satisfacción con el Servicio, confianza en la asistencia recibida, valoración de los médicos, valoración de enfermería, y si procedía recomendación del Servicio en hospitalización / CMA. Se comparan los resultados con los obtenidos, también mediante encuesta telefónica, por el Servicio Andaluz de Salud (SAS), sobre el global de nuestro Hospital y la media de Andalucía.

Resultados: La satisfacción con el Servicio fue 92 % vs 88,2 del Hospital (OR = 1,54 (95 % IC: -5,05 %, 11,27 %) (no significativa (n.s.)), y vs 88,8 % de la media de Andalucía (OR = 1,45 (95 % IC: -0,5 %, 11,27 %) (n.s.)). La confianza en la asistencia recibida en el Servicio fue de 82,6 % vs 65,9 del Hospital (OR = 2,46 (95 % IC: 5,23 %, 29,12 %) (significativo), y vs 72,6 % de Andalucía (OR = 1,79 (95 % IC: -1,39 %, 21,6 %) (n.s.)). La valoración de los médicos del Servicio 93,3 % vs 88 % del Hospital (OR = 1,9 (95 % IC: -1,98 %, 13,86 %) (n.s.) y vs 90,8 % de Andalucía (OR = 1,41 (95 % IC: -4,33 %, 10,39 %) (n.s.)). La valoración de enfermería del Servicio 96 % vs 90 % de Hospital (OR = 2,66 (95 % IC: -1,02 %, 13,02 %) (n.s.) y vs 90,6 % de Andalucía (OR = 2,49 (95 % IC: -1,75 %, 11,93 %) (n.s.)). Recomendaría el Servicio el 92 % vs 86,4 % del Hospital (OR = 1,81 (95 % IC: -3,39 %, 13,65 %) (n.s.) y vs 90,9 % de Andalucía (OR = 1,15 (95 % IC: -6,73 %, 8,73 %) (n.s.)).

Conclusiones: 1.- Los resultados de la encuesta de satisfacción de los pacientes asistidos en hospitalización/CMA de nuestro Servicio superan la media del Hospital y a la media de Andalucía, si bien solo es estadísticamente significativa la comparación entre la confianza en la asistencia recibida en el Servicio con respecto al Hospital. 2.- Son necesarias las encuestas particularizadas por Servicios/Unidades para valorar adecuadamente la calidad asistencial percibida por los usuarios y para que los profesionales adecuen su labor a la corrección de deficiencias, y se reconozca en su caso la buena práctica.

¿Es problemática la anticoagulación/antiagregación en la gestión de pacientes en registro de demanda quirúrgica?

J. Díaz Oller 1, A.U. González Fenizi 1, G. Jurado Herrero 1, J.M. Moreno Montesinos 1, E.G. Olea Cano 1, M^a. C. Quesada Peinado 1, A. Arcos Navarro 1, M^a. T. Medina Domínguez 1, R. Flores Arcas 1, J. M^a. Ortega Beviá 2, M^a. N. Díaz Urbaneja 3, A. Fernández Díaz 4. C. Urbaneja Monje 5

1 Servicio de Cirugía General Hospital San Agustín. Linares. 2 Dpto. de Cirugía Universidad de Sevilla. 3 Escuela de Enfermería Universidad de Jaén. 4 Escuela Politécnica Superior de Linares. Telemática. Universidad de Jaén. 5 División de Enfermería Hospital San Agustín. Linares. Jaén.

Introducción: Uno de los problemas habituales en la programación de los pacientes en registro de demanda quirúrgica (RDQ), es el encontrarnos con que están anticoagulados o toman antiagregantes por patologías cardiovasculares concomitantes, o bien como profilaxis. Valoramos los resultados en cuanto a la gestión de quirófanos y las complicaciones.

Material y Métodos: Se realizó el estudio retrospectivo en todos los pacientes programados en 2008, en los que se conocía que tomaban anticoagulantes o antiagregantes. Se estableció el protocolo del Servicio de suspensión de los mismos días previos a la cirugía (cuatro para los anticoagulantes y siete para los antiagregantes) y la administración puente al acto quirúrgico con heparina de bajo peso molecular (HBPM). A todos los pacientes se les estableció profilaxis con HBPM.

Resultados: Se han intervenido en nuestro Servicio 815 pacientes en régimen de cirugía programada con ingreso y cirugía mayor ambulatoria. Se detectaron en el preoperatorio 75 pacientes (9,2 %), con tratamiento anticoagulante o antiagregante (Grupo A). No se suspendió ningún paciente por esta causa en este grupo, y sí 5 pacientes del grupo restante (Grupo B) (n:740) (0,67 %), que no habían referido hasta llegar a quirófano el tratamiento con antiagregantes (OR= 0; 95 % IC: -1,24 %, 2,60 %) (n.s.). Se detectaron 5 hematomas de la herida quirúrgica en los pacientes del grupo A (6,66 %), vs 48 (6,48 %) del grupo B (OR=0,97; 95 % IC: -5,74 %, 6,1 %) (n.s.). 1 hemorragia digestiva alta (HDA) leve (1,33 %) En el Grupo A vs 10 (1,35 %) del grupo B (OR=1,01 %; 95 % IC: -2,71 %, 2,74 %) (n.s.). 1 hemorragia digestiva baja (HDB) leve en el grupo A (1,33 %) vs 8 (1,08 %) en el grupo B (OR= 0,81; 95 % IC: -2,45 %, 2,95 %) (n.s.). 1 hemorragia intraabdominal (1,33 %) en el grupo A vs 2 (0,27 %) en el grupo B (OR= 0,20; 95 % IC: -1,56 %, 3,69 %) (n.s.).

Conclusiones: 1.- Hay que insistir en la anamnesis del paciente sobre los antecedentes en cuanto a tratamiento anticoagulante/antiagregante, para evitar suspensiones quirúrgicas, si bien no son significativos los resultados comparativos. 2.- Con los protocolos establecidos no se ha encontrado significación estadística en las complicaciones hemorrágicas de ambos grupos. 3.- Una adecuada gestión de estos pacientes no implica mayor riesgo de complicaciones.

Traumatismo abdominal por arma de fuego que alcanza columna lumbar sin causar déficit neurológico

A. Valverde, L. Ayllón, R. Díaz, J.L. Martínez, D. Cobo, S. Rufián

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Córdoba

Introducción: Los traumatismos penetrantes de abdomen (TPA) han sido tradicionalmente considerados como una indicación obligatoria de laparotomía exploradora.

En 1960 Shaftan¹ reconoció que la laparotomía en los TPA resultaba negativa o no terapéutica en aproximadamente un tercio de pacientes, asociándose a alta morbimortalidad.

Numerosos estudios²⁻⁹ demuestran que el manejo conservador de pacientes seleccionados (hemodinámicamente estables y sin peritonismo), que sufren traumatismos penetrantes, puede ser seguro y disminuir el número de laparotomías.

La presencia de inestabilidad hemodinámica y peritonismo tienen una alta especificidad y valor predictivo positivo en cuanto a daño visceral se refiere. La importancia de un examen clínico exhaustivo es indiscutible. Cuando la indicación de cirugía se hace en base a estos datos clínicos, disminuyen considerablemente las laparotomías negativas^{2,3}. Contrariamente, si la indicación de cirugía se realiza en función de la presencia de evisceración, retención de cuerpos extraños o neumoperitoneo, como únicos signos, aumenta el número de laparotomías innecesarias.

Caso clínico: Varón de 28 años de edad, sin antecedentes personales de interés, trasladado de forma urgente a nuestro hospital, por impacto de bala en abdomen durante una montería. La exploración física del paciente muestra cierta desorientación, palidez cutánea, taquicardia y taquipnea, tendencia a la hipotensión, sin déficit neurológico evidente, abdomen distendido y timpánico, con peritonismo generalizado. En flanco izquierdo se observa una herida de aproximadamente medio centímetro de diámetro correspondiente al orificio de entrada del proyectil, sin que haya orificio de salida. Se realiza una hematemetría básica destacando una Hb de 9gr/dl, y una leucocitosis de 25.000 10³/ul con 85% de neutrófilos.

Ante la situación general del paciente y la exploración abdominal se decide intervención quirúrgica urgente. En el acto operatorio se aprecia un hemoperitoneo de 500 ml, una doble perforación de yeyuno proximal a unos 15 cm del ángulo de Treitz y un hematoma retroperitoneal. Se explora ampliamente toda la cavidad peritoneal y retroperitoneal, con hemostasia de algunos vasos secundarios sangrantes del mesenterio y retroperitoneo y se reseca el asa yeyunal perforada. Debido a que no localizamos el proyectil, se decide realizar radioscopia intraoperatoria que muestra que este está situado a nivel de la tercera vértebra lumbar (fig. 1), por lo que se decide, tras revisión de hemostasia, el cierre de la pared abdominal.

En el postoperatorio inmediato se realiza TC que confirma los hallazgos de la radioscopia intraoperatoria: cuerpo extraño de densidad metal situado a nivel de la región anterior del platillo superior de la tercera vértebra lumbar sin que exista aparentemente pérdida de la altura de la misma (fig. 2).

El paciente es valorado por el Servicio de Neurocirugía de nuestro Hospital, optando por realizar tratamiento conservador.

Discusión: En países donde existe amplia experiencia en traumatismos abdominales por armas de fuego, la incidencia de lesiones de la columna lumbar se encuentra entre el 13-14%, sobre todo en varones jóvenes entre los 15-34 años⁹. La mayoría de estas lesiones causan déficits neurológicos completos o incompletos debido a un traumatismo directo sobre la médula espinal o por transmisión de la energía cinética a los tejidos, que es directamente proporcional a la velocidad del proyectil.

Se han descrito algunos casos en la literatura en que un proyectil alojado en la columna ósea puede sufrir una migración a través del espacio intervertebral a lo largo del tiempo, provocando sintomatología neurológica, y menos frecuente se ha descrito la intoxicación por plomo^{9,10}.

No obstante en estos casos en los que no existe daño neurológico, la indicación de cirugía no está clara según distintos autores, por lo que creemos que en nuestro paciente un seguimiento exhaustivo, tanto por el Servicio de Neurocirugía como de Cirugía General, es lo más recomendable.

Papel de la linfadenectomía paraaórtica en el tratamiento de la enfermedad ganglionar asociada al cáncer de cuello uterino.

D.R. Ojeda Paredes*, C.P. Ramírez Plaza, D. Moya Bejarano*, M. Fernández Abellán*, J. Carrasco Campos, A. Álvarez Alcalde, M. Valle Carbajo, C. Jiménez Mazure, R.M. Becerra Ortiz, A. Titos García, N. Marín Camero, I. Pulido Roa, J.M. Aranda Narvaez, J. Santoyo Santoyo.

*Servicio de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes. *Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.*

Introducción: La quimiorradiación pélvica y/o para-aórtica adyuvante es la estrategia terapéutica más utilizada en pacientes intervenidas con cáncer de cuello uterino en estadio II de alto riesgo con objeto de conseguir el mejor control locorreional y, por tanto, unas mejores tasas de supervivencia a largo plazo. Sin embargo, cuando existe enfermedad ganglionar paraaórtica aislada tras la cirugía pélvica, algunos autores han propuesto la realización de una linfadenectomía paraaórtica para obtener un «status» Ro antes del inicio de la adyuvancia y optimizar el control locorreional y la supervivencia global. Presentamos el caso de una paciente tratada empleando esta estrategia.

Caso clínico: mujer de 40 años sin antecedentes de interés que es diagnosticada, a raíz de presentar clínica de sangrado vaginal, de cáncer escamoso de cuello uterino poco diferenciado que en la exploración clínica y en estudios de resonancia nuclear magnética (RNM) se demuestra que no infiltra parametrios ni paredes laterales de la pelvis. Es intervenida y se realiza una doble anexectomía e histerectomía radical ampliada a cúpula vaginal (Wertheim-Meigs) con linfadenectomía pélvica e ilíaca bilateral. El postoperatorio transcurrió sin problemas, siendo la paciente alta en el 5º día postoperatorio. El resultado de anatomía-patológica (AP) informó de la presencia de un carcinoma escamoso moderadamente diferenciado e infiltrante de 2 cmt. con márgenes libres, extensa permeación

linfática y afectación de 2/32 ganglios linfáticos extirpados. Propuesta para quimiorradiación neoadyuvante, se detecta en la tomografía de emisión de positrones (PET) de estadiaje (3 meses tras la cirugía) la presencia de focos hipermetabólicos a nivel paraaórtico izquierdo que se corresponden con adenomegalias de más de 2 cmt. en los estudios de RNM. Se reinterviene realizándose linfadenectomía paraaórtica izquierda completa hasta el nivel de la vena renal izquierda, con alta al 3º día y confirmándose, en la AP, la invasión de 5/12 ganglios resecaados. Posteriormente ha completado el tratamiento neoadyuvante con radioterapia externa (45Gy) y quimioterapia con 5-FU y cisplatino y la paciente se encuentra, 18 meses después, libre de enfermedad y sin secuelas tras las linfadenectomía y la radioterapia.

Discusión: La presencia de enfermedad ganglionar de bajo o medio volumen en los ganglios paraaórticos asociada al cáncer de cuello uterino se ha considerado indicación de radioterapia paraaórtica central; en pacientes que tienen, además, un alto riesgo de recidiva pélvica (márgenes de resección positivos, afectación de parametrios o enfermedad ganglionar), es preciso fraccionar la dosis de radioterapia aplicada para intentar controlarla. Es por ello que se ha propuesto, recientemente, la cirugía exéretica de la enfermedad ganglionar paraaórtica, cuando es la única evidencia de enfermedad residual, como estrategia adicional para aumentar la efectividad de la radioterapia fraccionada y disminuir el riesgo de recidiva. No existen, sin embargo, evidencias de nivel suficiente que demuestren un aumento de supervivencia derivado de este abordaje y se ha asociado, por otro lado, con una morbilidad digestiva no despreciable en forma de síndrome diarreico por denervación simpática inmediata o enteritis actínica tardía.

Técnicas oncoplasticas en cirugía mamaria: experiencia inicial.

F. Sánchez-Ganformina, F. Báez, M. Ruiz, I. Moreno, A. Cosano, A. Cruz, J. López, A. Gordón y A. Serantes.

Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco – Córdoba.

Introducción: El paso siguiente a la cirugía conservadora en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama es la cirugía oncoplástica; que incluye una serie de técnicas que permiten incrementar la indicación de la conservación mamaria, evitando asimetrías y deformidades. Todo ello sin comprometer un adecuado control locorregional de la enfermedad.

Pacientes y Método: Desde el año 2006 hemos realizado 25 procedimientos oncoplásticos en 18 mujeres diagnosticadas de carcinoma (una de ellas con una carcinoma bilateral sincrónico) y en un varón con ginecomastia.

La edad media de las pacientes con carcinoma fue de 63 años.

Los procedimientos oncoplásticos realizados fueron los siguientes: 5 mamoplastias laterales, 5 mamoplastias horizontales, 7 mamoplastias verticales (2 de rama única y 5 de doble rama), 1 mamoplastia de rotación inferior, 3 Grisotti (colgajo de avance y rotación del polo inferolateral), 2 Benelli (mamoplastia circular) y 1 resección central con sutura en jareta.

(Se aportan fotografías de los casos más representativos: demarcación del patrón, postoperatorio inmediato y tardío).

Resultados: Analizamos: lateralidad y localización, tiempos operatorios, estancia hospitalaria, márgenes tumorales obtenidos y estadio patológico.

En cuanto a complicaciones hemos objetivado: una necrosis parcial del complejo areola-pezones, una afectación de márgenes tumorales (afectación focal del componente in situ) que obligó a mastectomía subcutánea y reconstrucción inmediata con expansor-prótesis, una sobreexposición de polos inferiores y un hematoma (también se aportan fotografías).

Conclusiones: Actualmente todos los casos candidatos a conservación mamaria los planificamos en función de la localización tumoral y características de la mama (volumen y grado de ptosis), en vista aplicar un patrón oncoplástico. Progresivamente hemos aumentado el número de simetrizaciones en el mismo acto operatorio.

Creemos que los márgenes obtenidos son mayores y el grado de satisfacción de nuestras pacientes ha aumentado desde el punto de vista estético. También hemos evitado mastectomías en tumores de localización menos favorable para la cirugía conservadora clásica (centrales e internos).

Hemorroidectomía con HPS. Nuestra experiencia

Sánchez A., Capitán LC., Sánchez M., Sandoval F., Cintas J., Beltrán P., Vecino C., Retamar M., Martín B., Marengo B., Dulanto M., Ruiz A., Curado A., Belisova M., Díaz J.A., Gómez J.C., Galán J., Guerrero J., Ortega JM, Cantillana J.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: Es una terapia desarterializante en el tratamiento de las hemorroides que aporta las ventajas de minimizar el dolor y la hemorragia postoperatoria, con posibilidad de realizar la intervención con anestesia local y una inmediata reincorporación a la vida laboral.

Material y Método: presentamos los 15 pacientes consecutivos intervenidos con el sistema Hemorpex en la unidad de cirugía colorrectal de nuestro hospital. Fueron intervenidos 6 varones y 9 mujeres de edades comprendidas entre 42 y 67 años. Presentaban hemorroides grado II (6 casos), grado III (8 casos) y grado IV (1 caso).

Todos los pacientes fueron intervenidos con anestesia epidural más sedación. Tras la intervención los pacientes van a la sala de despertar siendo dados de alta entre las 14 – 16 horas de la intervención.

Resultados:

Hemorragia : leve en 7 de los pacientes

Hemorragia intensa en 1 caso que presentaba alteración de la coagulación y necesitó reintervención por persistencia del sangrado.

Dolor postoperatorio: 3 casos con dolor moderado, 6 casos sin dolor y el resto presentó dolor leve

Conclusiones: la terapia desarterializante parece una técnica prometedora para el tratamiento de las hemorroides de grado II-III con mínimo dolor y hemorragia postoperatorias.

Hemorroidectomía con Ligasure

Sánchez A., Capitán LC., Sánchez M., Sandoval F., Cintas J., Beltrán P., Vecino C., Retamar M., Martín B., Marengo B., Dulanto M., Ruiz A., Curado A., Mauricio C., Reyes M.L., Gómez J.C., Galán J., Guerreo J., Ortega JM, Cantillana J.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: Consiste en la realización de la hemorroidectomía utilizando un sellador bipolar de vasos sanguíneos (ligasure) que reduce el sangrado y el tiempo quirúrgico, reduciendo así mismo el dolor postoperatorio al no realizarse ligaduras del pedículo hemorroidal.

Material y Métodos: Presentamos 14 casos de hemorroidectomías realizadas con ligasure. grado II muy sintomáticas (4 casos); hemorroides de grado III (9 casos) y hemorroides de grado IV (1 caso).

Con edades comprendidas entre 45 y 63 años; 10 casos eran mujeres y 4 varones.

Resultados: Mínimo sangrado, duración máxima de ingreso 24 h.

Escaso dolor postoperatorio excepto en 1 caso (dolor intenso y necesidad de analgesia de rescate). Ninguna reintervención.

En la escala analógica – visual, el dolor postoperatorio de la hemorroidectomía con ligasure se encontraba entre 3 – 4 en las primeras 48h.

Conclusiones: Disminución del dolor postoperatorio, disminución del sangrado durante la intervención al tener un mejor control del mismo y disminución del tiempo de intervención quirúrgica.

Hemorroidectomía con técnica THD

Sánchez A., Capitán LC., Sánchez M., Sandoval F., Cintas J., Beltrán P., Vecino C., Retamar M., Martín B., Marengo B., Dulanto M., Ruiz A., Curado A., Gómez J.C., Guerrero J., Galán J., Ortega JM, Cantillana J.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La técnica THD es una técnica no invasiva que consiste en localizar las ramas terminales de la arteria hemorroidal superior encargadas de transportar el flujo a las hemorroides internas. A través de un anoscopio y una sonda Doppler se visualiza el flujo arterial y se liga a ese nivel los pedículos hemorroidales.

Material y Método: presentamos los 10 primeros casos de hemorroidectomía realizadas con esta técnica en nuestro servicio de cirugía colorrectal. La mayoría se trataba de hemorroides grado II y 3 casos de hemorroides grado III.

Resultados: Sangrado leve durante la intervención se presentó en 6 casos.

Dolor postoperatorio leve en 4 casos, 5 casos sin dolor y 1 caso con dolor moderado.

Conclusiones: La técnica THD es una terapia cuyo uso se está extendiendo progresivamente, con la que se minimiza el dolor y el sangrado operatorio y al mismo tiempo se reduce el tiempo quirúrgico.

Estudio evolutivo de Costes / Producción en CMA y Cirugía Ambulatoria entre Hospitales de Nivel 1 y 3.

Ortega Segura I., Ortega Segura JM, Díaz Oller J., Carmona B., Rodríguez JL, Ortega JM.

Departamento de Cirugía. Universidad de Sevilla

Introducción: Desde hace años por parte de la Administración y por clara decisión de los cirujanos se ha ido potenciando la Cirugía Mayor Ambulatoria y la Cirugía Ambulatoria. Múltiples justificandos pueden ser esgrimidos para justificar el importante incremento que han marcado las ratio de estos dos regimenes quirúrgicos que cada vez incorporan nuevas patologías a su cartera de servicios. Por una parte el menor costo/paciente ya que, si bien consumen el mismo material preciso para una intervención con ingreso, no ocupan camas de hospitalización. De otro lado, gracias a la metodología empleada y a los servicios de control establecidos, el paciente puede ser dado de alta de forma rápida y segura. El beneficio neto se obtiene no solo en el menor costo económico para la institución sino, y mas importante, el incremento de camas hospitalarias que se derivan del sistema de atención seguido con estos pacientes y que se utilizarán en beneficio de la asistencia quirúrgica a pacientes que necesitan hospitalización por las características de su específica patología, dinamizando, por ambos puntos la lista de demanda quirúrgicas.

Material y Método: En el presente trabajo se han revisado los pacientes intervenidos en régimen de CMA y Cirugía Ambulatoria del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla (incluyendo en él los pacientes atendidos por la totalidad de los servicios quirúrgicos del centro) y el Hospital San Agustín de Linares de Jaén (también incluyendo lka totalidad de los servicios quirúrgicos del centro) en los bienios 2.001/02 y 2.005/06. con el objetivo de establecer un periodo evolutivo a lo largo del tiempo. Hemos utilizado un sistema ecuacional de desarrollo personal que, alejado del sistema de GRD nos permite calcular el costo de estos pacientes en función de las partidas presupuestarias destinadas a Cirugía en el contexto del Presupuesto anual del Centro con el objeto de poder realizar una comparación no solo del total de pacientes tratados cada año y su evolución sino también establecer el valor de coste por paciente tanto anualmente como en el bienio como en el bloque de los cuatro años conjuntos analizados.

Resultados: Los datos referentes a la CMA del Hospital Universitario Virgen Macarena aportan que en 2.001 se intervinieron un total de 6.749 pacientes en los distintos servicios quirúrgicos del centro. En el año 2.002 el total de pacientes fue de 10.040 pacientes., resultando un total por bienio de 16.789 pacientes. En 2.005 los pacientes intervenidos fueron un total 13.033, siendo en 2.006 un total de 12.426. Estos datos arrojan un total por este bienio de 25.510 pacientes. Por tanto, en el cuatrienio estudiado el total de pacientes intervenidos bajo CMA ha sido de 42.308

La Cirugía ambulatoria en el H.U.V. Macarena ofrece los siguientes resultados. En 2-001 se han intervenido un total de 4.990 pacientes. En 2.002 se intervinieron un total de 7.190 lo que arroja nun valor total bianual de 12.180 pacientes. En el

segundo bienio, y en el año 2005 se han intervenido un total de 6.780 pacientes en tanto que en 2006 han sido tratados un total de 8.870 pacientes lo que define un total para el bienio de 15.650 pacientes, resultando un total para el cuatrienio de 27.830.

En relación al Hospital San Agustín de Linares, los análisis efectuados sobre los mismos años de pacientes intervenidos en régimen de CMA determinan un total de 1.224 pacientes en 2001, 1.658 pacientes en 2002 resultando un global de 2.882 pacientes para el primer bienio. En el segundo bienio, en el año 2005 se han intervenido un total de 1.452 pacientes en tanto que en 2006 se intervinieron 1.760 pacientes con un resultado para este periodo de 3,313. El Global del periodo total estudiado determina que fueron intervenidos en este cuatrienio bajo este régimen un total de 5,928.

Hemos analizado el coste por paciente en cada centro si bien en el contexto del total de la cirugía desarrollada en el mismo siendo menor en el Hospital San Agustín.

Conclusiones: La CMA y la Cirugía Ambulatoria consiguen el fin propuesto atendiendo pacientes que por su patología no necesitan hospitalización.

La repercusión del tratamiento de un importante número de pacientes bajo estos regímenes permite una mayor disposición de camas de hospitalización para la cirugía reglada.

El coste global de los pacientes en el Hospital San Agustín es menor que en el H.U.V. Macarena

El volumen de pacientes atendidos en CMA y Cirugía Mayor Ambulatoria es sensiblemente mayor en el H.U.V. Macarena que en el San Agustín incidiendo factores tales como número total de quirófanos, cirujanos de plantilla, número de camas hospitalarias principalmente.

Análisis de la eficiencia en la Inversión / Eficacia en Cirugía Programada entre Hospitales de diferente nivel en Andalucía

Ortega Segura I., Ortega Segura JM, Díaz Oller J., Carmona B., Rodríguez JL, Ortega JM.

Departamento de Cirugía. Universidad de Sevilla

Introducción: Ha sido un hecho siempre aceptado bajo suposición que el coste por paciente en un hospital de nivel 1 (comarcal) ha sido siempre más bajo que el resultante de la misma atención en hospitales de nivel 3 (regional). El presente trabajo tiene como fin establecer, bajo los resultados obtenidos del estudio realizado en el Hospital San Agustín de Linares y el Hospital Universitario V. Macarena, las diferencias entre costes por pacientes en cirugía reglada en ambos hospitales.

Material y Método: Hemos dispuesto para nuestro estudio de los datos concernientes al Hospital San Agustín de Linares y del Hospital Universitario Virgen Macarena en los años 2001, 2002, 2005 y 2006 que hemos agrupado en dos bienios para establecer un periodo evolutivo que facilite la comparación de resultados. Igualmente hemos desarrollado un sistema de ecuaciones para el cálculo del coste en euros por paciente intervenido en la totalidad de los Servicios quirúrgicos de ambos hospitales.

Resultados: Los pacientes intervenidos de forma programada en el conjunto de los Servicios quirúrgicos del Hospital U.V. Macarena se distribuyen de la siguiente forma: en 2001 se intervinieron un total de 14.301, en tanto que en 2001 fueron un total de 13.657 pacientes, arrojando un valor absoluto en el bienio de 27.958 pacientes. En el segundo bienio, en el año 2005 fueron intervenidos un total de 14.481 pacientes en tanto que en el año 2006 se intervinieron un total de 14.866 pacientes con un global para el bienio de 29.317. En la totalidad de los cuatro años a estudio se han intervenido en este centro un total de 57.305 pacientes.

En el Hospital San Agustín se han intervenido en 2001 un total de 2.228 pacientes, siendo la cifra total de 2002 de 2.401 pacientes constituyendo un total bianual de 4.629 pacientes. Los datos referentes al segundo bienio aportan para el 2005 un total de 2.189 pacientes en tanto que en 2006 se intervinieron 2.292 pacientes lo que determina un total del bienio de 4.481 pacientes y un global para el periodo de los cuatro años estudiados de 9.110.

El cálculo del coste por pacientes en euros, derivada de la cantidad asignada a los servicios quirúrgicos y utilizando nuestra formulación ecuacional personal determina un menor coste de ellos en el Hospital San Agustín de Linares en relación al coste medio de la actividad quirúrgica de ambos centros.

No obstante la productividad quirúrgica de ellos en su comparación determina un valor sumamente más alto para el Hospital U.V. Macarena, que podría estar condicionado por los medios a disposición de los servicios, el conjunto de los Recursos Humanos dotados en ambos centros y el número de Servicios quirúrgicos con que están dotados.

Conclusiones: La comparación entre la actividad quirúrgica total de ambos centros determina una mayor productividad para el Hospital Universitario Virgen Macarena.

Esta diferencia podría estar justificada por factores de Dotación de Medios, Número de Servicios Quirúrgicos y Recursos Humanos, diferentes entre ambos centros.

El Coste en euros por paciente (estimado de forma global media en el contexto del total de la actividad quirúrgica) es menor en el Hospital San Agustín de Linares.

Valoración de la productividad global / costes de los Servicios quirúrgicos entre hospitales de distinto nivel sobre la base de una dotación económica igualitaria.

Ortega Segura I., Ortega Segura JM, Díaz Oller J., Carmona B., Rodríguez JL, Ortega JM.

Departamento de Cirugía. Universidad de Sevilla

Introducción: Para el sistema actual comparativo entre servicios de un mismo hospital y de hospitales diferentes se han establecido por parte de organismos internacionales sistemas de valoración de coste por lo que se ha venido en llamar unidad de producción, es decir, por paciente. Todos ellos posibilitan la comparación diferencial entre pacientes según la concurrencia de factores sumatorios que se imbrican sobre un mismo paciente al que se le va a realizar un determinado tratamiento.

Existen bastantes métodos para desarrollarlo y en función de ellos se establecería la dotación presupuestaria del centro.

Nosotros hemos realizado un estudio de costos sobre la base hipotética de que a todos los adentros se les dotase de un presupuesto igual independiente del costo por paciente derivado de estos métodos de cálculo, ya que en todos los centros no se intervienen el mismo tipo de pacientes y no se desarrollan los mismo procedimientos según el nivel que se les asigne. De esta manera resultaría imposible hacer una valoración global de cada centro en comparación con otro de distinto nivel en base a la casuística atendida.

Material y Método: Hemos revisado para este estudio el global de la actividad quirúrgica entre dos centros especialmente distintos y a los que se les ha asignado también distinto nivel, el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla y el Hospital San Agustín de Linares en Jaén. En ellos hemos revisado su actividad quirúrgica global en los años 2001 y 2002 por un lado y 2005 y 2006 por otro al objeto de establecer un periodo evolutivo en el tiempo. A través de una formulación matemática personal hemos calculado el costo de cada paciente y su evolución sobre la hipótesis de una dotación igual en puntos totales.

Resultados: En relación al Hospital Universitario Virgen Macarena, en el conjunto de los cuatro años sometidos al estudio arroja para la actividad en Cirugía Programada (en todos los servicios quirúrgicos) un total de 57.305 pacientes. En Urgencias se han intervenido un total de 24.829 pacientes. En Cirugía Ambulatoria han sido intervenidos un total de 27.830 pacientes en tanto que en CMA fueron tratados 42308 pacientes. El total de la actividad quirúrgica del centro en los cuatro años analizados ha sido de 152.353 pacientes.

Siguiendo las mismas pautas que en el centro anterior, ha sido revisada su casuística general. De esta forma se han intervenido de forma programada un total de 9.110 pacientes. El área de Urgencias ha realizado un total de 3.871 intervenciones. La Cirugía Ambulatoria ha tratado un total de 5.928 pacientes, correspondiéndole a la actividad de CMA un total de 6.195 pacientes. Ello determina un total productivo de 25.004 pacientes en los cuatro años estudiados.

Tras el cálculo que proponíamos se ha procedido a establecer el costo medio por paciente en cada centro sobre la base de una igual dotación presupuestaria. De esta forma obtenemos un mayor coste en puntos en el Hospital de Linares al tener que asignar una cantidad determinada (de la que se parte por definición) a un menor número de pacientes. Sin embargo, establecido un sistema comparativo proporcional entre ambos, no se establecen diferencias significativas entre este cálculo de costes por puntos.

Conclusiones: El sistema y la metodología realizada en este estudio busca eliminar el sesgo que produciría el cálculo de coste/paciente sobre presupuestos anuales diferentes en función de las características de cada centro, lo que es conseguido por nuestro trabajo.

El Coste por puntos es superior en el Hospital San Agustín sobre la base de un reparto igualitario sobre un menor número de pacientes.

El cálculo proporcional entre los valores por puntos en cada centro no arroja diferencias significativas entre los mismos.

Experiencia en el tratamiento del rectocele con la técnica de Khubchandani

Martín Pérez, B.; Capitán Morales, L.; Sánchez Sánchez, A.; Martín Pérez, A.; Sánchez Ramírez, M.; Beltrán Miranda, P.; Cintas Catena, J.; Retamar Gentil, M.; Valdés Hernández, J.; Nogales Muñoz, A.; Ortega Beviá, J.; Cantillana Martínez, J.

Introducción: Para el tratamiento del rectocele se pueden utilizar distintas técnicas con distintos abordajes ya sean transanales, perineales o vaginales. La técnica de Khubchandani se presenta como una técnica restauradora del tabique recto-vaginal en el tratamiento del rectocele por vía endorrectal sin utilización de prótesis. Se pretende recuperar la tensión de músculos rectales deformados mediante suturas y fibrosis cicatricial de la submucosa rectal y suprimir exceso de mucosa rectal. No está indicada para tratamiento de otras patologías de la estática pelviperineal pero sí se puede asociar a otros procedimientos proctológicos (hemorroidectomía).

Material y Métodos: Se presentan 11 casos de mujeres con rectocele de los cuales 1 es de grado I (la pared recto-vaginal desciende a medio camino del himen), 4 son de grado II (la pared desciende hasta el himen) y los otros 6 casos son rectoceles grado III (el recto desciende más allá del himen). La indicación de utilización de la técnica en estos casos son: estreñimiento distal (que aparece en todos los casos) y/o coitalgia/dispareunia (presente en 5 de los 11 casos).

Resultados: La defecación obstructiva y la dispareunia o coitalgia desaparecieron en todos los casos. Con respecto a las posibles complicaciones derivadas de la técnica, en ninguno de los casos aparecieron fístulas ni infecciones y la reducción incompleta se produjo en 1 caso.

Conclusiones: La técnica de Khubchandani es una alternativa adecuada para el tratamiento del rectocele sin utilización de prótesis.

Bibliografía: Tratamiento quirúrgico de los rectoceles. Lehur, P.A.; Kahn, X.; Glémain, P. Enciclopedia médico-quirúrgica. E 40-708. Ediciones Elsevier.

Tratamiento quirúrgico del rectocele y el enterocele: una visión integrada de las afecciones del compartimiento vaginal posterior». Enríquez-Navascués, J.M.; Elósegui, J.L.; Apeztegui, F.; Múgica, J.A.; Goena, J.I.; Aguirrezabaldegui, L. Cirugía Española, vol.78.

Endorectal repair of rectocele revisited. Khubchandani IT et al. British Journal of Surgery. 1997 Jan;84(1):89-91.

Rectocele posterior en el varón

Martín Pérez, B.; Capitán Morales, L.; Sánchez Sánchez, A.; Martín Pérez, A.; Sánchez Ramírez, M.; Beltrán Miranda, P.; Cintas Catena, J.; Retamar Gentil, M.; Sánchez Matamoros, I.; Domínguez Adame, E.; Ortega Beviá, J.; Cantillana Martínez, J.

Servicio de Cirugía General. H. U. Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: El rectocele posterior es consecuencia de una insuficiencia del músculo elevador del ano que favorece la herniación posterior del tercio inferior del recto originando un estreñimiento distal. Dentro de los rectoceles, es una patología poco frecuente y aún menos en el varón frente a la alta prevalencia del rectocele anterior en la mujer en la que se suele asociar a otras patologías de la estática pélvica. Presentamos un caso de rectocele posterior en varón y los estudios llevados a cabo para su diagnóstico.

Caso Clínico: Se presenta el caso de un paciente varón de 72 años con antecedentes personales de estreñimiento recurrente, artropatía, nefrolitiasis, hiperlipemia, síndrome depresivo, espondiloartrosis, colopatía espástica habiendo sido intervenido de cataratas, colecistectomía, herniorrafia inguinal izquierda.

En la historia actual, el paciente acude a las consultas externas de Aparato Digestivo por presenta estreñimiento distal recidivante, encontrándose en el tacto rectal una herniación posterior del recto en su tercio distal.

Material y Métodos: Se practican las siguientes exploraciones: una colonoscopia, en la que se observa un colon tortuoso, redundante e hipotónico, no pudiendo progresar más allá del colon ascendente distal por existir retroversión del mismo a este nivel por posibles bridas de proceso quirúrgico previo;

en sigma y colon descendente se observan divertículos de mediano y gran tamaño con restos fecales en su interior. Se observan también hemorroides internas congestivas grado II; un defecograma: ausencia de impronta secundaria a la contracción del músculo elevador del ano en ampolla rectal debido a insuficiencia del mismo y presencia de un gran rectocele posterior con una muy escasa apertura del canal anal que impide que se produzca un bolo adecuado a lo largo de la defecación que se hace de forma filiforme; una manometría rectoanal en la que se encuentra una presión normal del canal anal (esfínter anal interno: 74 mm Hg y esfínter anal externo: 115 mm Hg), con relajaciones deficientes del mismo pero umbrales perceptivos elevados (160 cc de distensión rectal con balón); en el test de expulsión, el esfínter relaja y mueve el balón, no observándose anismo, por lo que se concluye que existen una relajaciones deficientes y unos umbrales perceptivos elevados que causan el estreñimiento distal; analítica: colesterol de 258 mg/dl, resto de parámetros generales, TSH y PTH sin hallazgos patológicos.

Resultados: Ante los hallazgos de rectocele posterior se propone al paciente levatorplastia posterior. Se discuten las características fundamentales de esta enfermedad y se analizan las opciones terapéuticas.

MESA REDONDA DE RESIDENTES

Infeción en cirugía de urgencias

Presentación

J. M. Aranda Narváez

Hospital Regional Carlos Haya de Málaga

Todos los cirujanos hemos tenido más o menos relación con el obsoleto concepto de «infección de herida». La heterogeneidad derivada de la generalización de su empleo ha determinado que la validez de la comparación de diferentes tasas de infección postoperatoria entre centros, procedimientos o incluso entre cirujanos resulte francamente limitada. Sin embargo, la magnitud del problema se ha mostrado elevada en diferentes estudios. Con el propósito de unificar criterios, el Center for Diseases Control and Prevention (CDC) ha marcado la línea a seguir en cuanto a definición (acuñando el concepto de infección de sitio quirúrgico -ISQ-), clasificación (división en infección superficial, profunda y de órgano / espacio) y estratificación del riesgo infeccioso (este último a través del proyecto del National Nosocomial Surveillance System). A pesar de todo ello continúan comunicándose resultados sorprendentemente dispares en cuanto a tasas de infección en relación con procedimientos de relativa uniformidad y simplicidad técnica (en relación con una distinta aplicación de los criterios dictados por el CDC), siguen proponiéndose modelos descriptores del riesgo infeccioso postquirúrgico individual distintos del NNIS o continúa debatiéndose el mejor método de detección de infecciones tras el alta hospitalaria.

La cirugía con carácter de urgencia, la mayoría en relación con patologías con componente infeccioso intraabdominal, determina el incremento significativo de la ISQ. Aunque numerosos factores predisponentes se han evaluado, en un intento de minimizar el impacto de la ISQ a través del control de estas variables predictoras, muchas de las identificadas escapan a nuestra capacidad de influir sobre ellas. Especial énfasis se ha realizado sobre la adecuación del tratamiento antibiótico en función de la distribución empírica de los gérmenes causantes de la infección y de las necesidades de cobertura de patógenos no habituales como el Enterococo. Se han elaborado y difundido numerosas guías clínicas intentando estandarizar procedimientos e indicaciones, tanto a nivel nacional como internacional. Sin embargo continúan resultando sorprendentes aportaciones como la del Surgical Infection Project del CDC al estimar que la elección correcta del antibiótico se continúa realizando en un porcentaje significativamente insuficiente de casos.

En este contexto, la Asociación Andaluza de Cirujanos propone un abordaje de este complejo problema en la Mesa de Residentes anual. En la estructura de la misma se ha pretendido conseguir la cobertura de estos foros de discusión manteniendo la estructura básica de trabajos de revisión y análisis de pasadas ediciones. Desde hace años vengo fielmente siguiendo esta iniciativa en la que solo soy capaz de valorar aspectos positivos en cuanto a formación y capacitación para los residentes, por lo que tengo mil palabras de agradecimiento por pensar en