

COMUNICACIONES PÓSTERES

Hemorragia digestiva manejada conservadoramente tras Gastrectomía vertical

Mayo Ossorio, M^a de los Ángeles; Pacheco García, José Manuel; Peña Barturen, Catalina; Fornell Ariza, Mercedes; Ayllón Gámez, Saray; Sancho Maraver, Eva María; Fernández Serrano, José Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar Cádiz

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica está ganando popularidad como técnica bariátrica dada su relativa simplicidad y su baja incidencia de complicaciones. La hemorragia digestiva alta es una complicación raramente descrita tras gastrectomía vertical laparoscópica.

Objetivo: Presentamos el caso de un paciente que en el postoperatorio inmediato presentó una HDA que se maneja con medidas conservadoras y buena evolución.

Material y método: Paciente de 43 años con antecedentes personales de obesidad mórbida IMC 52, 9 kg/m² (peso 162, Talla 175), Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, SAOS y síndrome metabólico. Se Realiza Gastrectomía vertical laparoscópica según protocolo de nuestro centro, calibrada con sonda de 34 fr, con endocortadora Echelon flex Powered[®] de 60mm, protegida con Seamguard[®], sin incidencias.

Resultado: En el posoperatorio inmediato (24h), presenta dos episodios de hematemesis franca de escasa cuantía sin repercusión hemodinámica que se autolimitan y sin descenso significativo de la hemoglobina por lo que se decide observar evolución. A las 48 horas y tras iniciar tolerancia oral, el paciente presenta melenas con descenso del hematocrito en 4 puntos (Hg previa 11,9gr/dl) sin repercusión hemodinámica ni otra clínica, precisando trasfusión de 2 concentrados de hematíes. Ante la estabilidad hemodinámica se decide realización de EDA con baja presión identificándose coágulo en zona más distal de la sutura de la gastrectomía, a nivel de antro, pero sin sangrado activo. No se evidencia fuga. Se opta por manejo conservador. El paciente evoluciona favorablemente, tolera dieta y es dado de alta al 5º día Postoperatorio sin incidencias. Revisado a los 15 días, a 1 mes y no refiere más episodios de melenas y la hemoglobina permanece estable, refiere adecuada tolerancia oral.

Discusión: Las complicaciones hemorrágicas tras la gastrectomía vertical más frecuentes se relacionan con el sangrado de la línea de grapas (descrito en el 2-3% de los casos [1]) o heridas hepáticas, del bazo o arterias epigástrica [2, 3]. En la mayoría de los casos, el sangrado se produce dentro de las primeras 48h postoperatorias. El sangrado gastrointestinal es raro, y suele estar relacionado con la presencia de una fuga. El papel de la EDA es a veces limitado por no poder localizar la causa de la hemorragia, pero en caso de presentar fuga o hemorragia activa puede ser diagnóstica y terapéutica. En el caso de nuestro paciente no se identificó fuga y en el momento de la endoscopia el sangrado no era activo y estaba en relación con la línea de grapado intraluminal. En los casos de pacientes hemodinámicamente estables el manejo debe ser

igual al de cualquier hemorragia digestiva alta postoperatoria tras cirugía gástrica.

Cierre de pilares por hernia de hiato desconocida durante Gastrectomía vertical

Mayo Ossorio, M^a de los Ángeles; Pacheco García, José Manuel; Peña Barturen, Catalina; Fornell Ariza, Mercedes; Ayllón Gámez, Saray; Sancho Maraver, Eva María; Fernández Serrano, José Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar Cádiz

Introducción: La incidencia de hernia de hiato en los pacientes obesos, se sitúa alrededor del 40%. Muchos cirujanos recomiendan la exploración del hiato en busca de la posible hernia y la reparación de la misma durante la realización de la Gastrectomía vertical, recomendando el cierre del defecto hiatal. A pesar de ello sigue siendo un tema controvertido, sobre todo en los casos en que la hernia de hiato no se evidencia en los estudios preoperatorios.

Objetivo: Presentamos el caso de una paciente obesa intervenida mediante gastrectomía vertical en la que se evidenció hernia de hiato y se realizó un cierre posterior del hiato en el mismo acto quirúrgico.

Material y método: Paciente de 55 años de edad con Obesidad mórbida con IMC de 45,8 Kg/m², con antecedentes de: Hipertensión arterial, Síndrome de apnea obstructiva del sueño, dislipemia en tratamiento con CPAP y síndrome metabólico. Otros antecedentes: osteoartritis, e histerectomía por mioma uterino. Se propone Gastrectomía vertical laparoscópica según protocolo de nuestro centro, evidenciando durante la misma la presencia de hernia hiatal (paraesofágica). Se reduce el saco herniario y se disecan el pilar izquierdo hasta identificar el derecho y la crura por el lado izquierdo de la gastrolisis realizando cierre posterior del defecto con puntos sueltos de seda del 2/0 con endostich[®]. Posteriormente se realiza liberación hacia el antro y gastrectomía vertical calibrada con sonda de Fouchet de 34fr, con echelon flex powered de 60[°], protegida con Seamguard[®] sin incidencias.

Resultados: La evolución fue favorable y la paciente fue dada de alta al 3º día PO sin incidencias con adecuada tolerancia oral. A los 15 días de la cirugía sigue con buena evolución y adecuada pérdida ponderal (peso 89 kg IMC 39,9). Al año de la cirugía la paciente sigue con buena tolerancia oral, no refiere sintomatología de reflujo, ha dejado medicación hipertensiva y CPAP, y presenta adecuada pérdida ponderal (peso 56 kg IMC 24,56). A los 3 años de la cirugía mantiene peso y adecuada tolerancia.

Conclusiones: La mayoría de los autores prefieren la realización de un bypass gástrico en aquellos pacientes que presentan Hernia de hiato, sobretudo en los casos en que esta se asocia a ERGE. El tema es controvertido en ausencia de sintomatología de reflujo. A la hora de seleccionar la técnica ba-

riátrica influyen muchos factores, entre ellos el IMC y la edad de la paciente. En nuestro caso la paciente tiene 55 años y no presentaba previa a la cirugía diagnóstico de hernia hiatal por lo que se le propuso Gastrectomía vertical laparoscópica. Tras el hallazgo de la misma se decide realizar reparación de la misma en el mismo acto quirúrgico con buenos resultados a largo plazo. Actualmente se considera que la reparación de la hernia de hiato durante la realización de la gastrectomía vertical es segura y con resultados aceptables en cuanto a la ERGE, aunque habrá que observar esta buena evolución a mas largo plazo.

Hernia obturatriz como causa a tener en cuenta en un paciente con obstrucción intestinal

Adel Alshwely Farah, Arteaga Vladimir, De la Plaza Roberto, Gónzales Jhonny, Valenzuela Jose, García Amador Cristina, López Ayhlin, Medina Anibal, Ramia José Manuel

Hospital Universitario Guadalajara

Introducción: La hernia obturatriz (HO) es una rara entidad, con frecuente ausencia de signos y síntomas específicos que retrasa su diagnóstico y tratamiento, por eso presenta una lata tasa de estrangulación herniaria. Son hernias localizadas a la altura del canal infrapúbico u obturador, limitado por arriba por la rama horizontal del pubis y por debajo de la membrana obturatriz.

El contenido herniario puede ser diverso ya a menudo se trata de un pinzamiento lateral de un asa de intestino delgado. Es más frecuente en el lado derecho. En un 6% se trata de hernias bilaterales. Es más frecuente en mujeres y suele aparecer por encima de los 70 años.

Caso clínico: Paciente 94 años de edad acude a urgencias por dolor abdominal, distensión abdominal y vómitos. La exploración física y la radiología fueron compatibles con una obstrucción intestinal reflejando una dilatación de asas de intestino delgado y zonas hidroaeras. Se les realizó una ecografía abdominal que no fue diagnóstica por lo que se realizó una Tomografía Computerizada (TC) en la que se evidenció hernia obturatriz derecha con asa de intestino delgado en su interior. Se decide abordaje quirúrgico de carácter urgente realizando laparotomía media infraumbilical. Los hallazgos intraoperatorios fueron incarceration con posterior recuperación de la viabilidad del contenido herniario, una hernia obturatriz sin compromiso de su vascularización. Tras la reducción del defecto herniario y cierre simple del orificio herniario. La evolución fue satisfactoria sin incidencias por lo que fue dada de alta al cuarto día postoperatorio. En el seguimiento de la paciente en consultas externas la paciente presentó una infección de herida quirúrgica, sin otras complicaciones.

Discusión: La hernia obturatriz es una variedad rara de las hernias de la pared abdominal con una frecuencia inferior al 1%. A menudo carece de signos de síntomas específicos y suele tener un diagnóstico tardío.

Suele presentarse en mujeres de edad avanzada, múltiparas y con delgadez extrema o caquexia. Son más frecuentes

en el lado derecho, suelen ser tipo Richter (hasta en un 60%) y a menudo están estranguladas y precisan una resección intestinal al diagnóstico (25% del total), cursan con una alta mortalidad (10-25%), lo cual se relaciona con la frecuente perforación del contenido herniario en su interior y el retraso en su diagnóstico y tratamiento. Dada su elevada morbimortalidad, consideramos que es esencial una sospecha clínica precoz. En una paciente con clínica de obstrucción intestinal no debe descuidarse en la exploración la búsqueda de este tipo de hernias (a través de la exploración digital del recto y/o vagina), especialmente si carecen de cirugía abdominal previa. Hay que sospechar una HO en pacientes de edad avanzada, con un mal estado nutricional y antecedentes al respecto que evidencien una debilidad de suelo pélvico (prolapso rectal, cistocele, multiparidad, etc)

Tumoración umbilical: implante endometriósico ectópico

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

Hospital Inmaculada Concepción, Granada

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

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

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

Resultado: La endometriosis es una enfermedad ginecológica frecuente. Se estima que afecta a 1 de cada 5 mujeres en edad fértil. Predomina en mujeres de raza blanca de entre 35 y 45 años. Se relaciona con la esterilidad primaria ya que entre un 26 y un 39% de las pacientes presentan endometriosis, y son infértiles del 30 al 50% de las mujeres afectadas. Existen múltiples teorías para explicar el origen de la enfermedad. Una de ellas aboga por la diseminación linfática y vascular lo

que en nuestro caso podría explicar el implante umbilical en una paciente sin antecedentes de enfermedad previos ni cirugías. La clínica varía según la extensión de la patología, sin que existan síntomas patognomónicos. La presencia de nódulos que varían con la menstruación o sangran pueden hacernos sospechar su origen. En cuanto al diagnóstico las pruebas de imagen pueden ser de utilidad como en nuestro caso pero el diagnóstico definitivo es por visión directa de la lesión y el estudio anatomopatológico. El tratamiento de los implantes es, por tanto, quirúrgico. La aparición de los mismos a nivel umbilical ha aumentado en relación con el aumento de la laparoscopia. La extirpación completa de los nódulos es útil tanto para el diagnóstico como para el tratamiento definitivo de los mismos.

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

Abdomen agudo por diverticulitis yeyunal

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

Hospital Inmaculada Concepción, Granada

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

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

Material y métodos: Paciente con antecedentes personales de colecistectomía, apendicectomía, eventraplastia y herniorrafia que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal, distensión, sensación distérmica y náuseas sin vómitos. En la exploración a su llegada destaca fiebre de 38,6°, consciente y orientado, mal estado general. Abdomen distendido con cicatrices de las intervenciones previas. Dolor a la palpación superficial de forma generalizada con peritonismo positivo. En la analítica destaca leucocitosis con desviación izquierda, coagulación normal, elevación de PCR y sedimento urinario normal. Se realiza TAC abdominal y pélvico donde se visualiza un asa de yeyuno engrosada en región de mesogastrio-flanco izquierdo y pequeños focos de neumoperitoneo dispersos por la cavidad peritoneal. Estos hallazgos sugieren perforación de asa yeyunal con dos abscesos adyacentes y mínimo neumoperitoneo. Es intervenido encontrándose plastrón inflamatorio por perforación de un divertículo yeyunal en borde mesentérico.

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

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

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

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

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

Suboclusión intestinal crónica por divertículo de Meckel

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

Hospital Inmaculada Concepción, Granada

Introducción: El divertículo de Meckel supone la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal presentándose en aproximadamente un 2% de la población, con una incidencia del doble en hombres que en mujeres. La mayoría de los casos son asintomáticos apareciendo tan sólo en un 4%

complicaciones tales como sangrado u obstrucción intestinal, frecuentemente por debajo de los dos años. La hemorragia aguda es la complicación más frecuente en niños y adolescentes mientras que la obstrucción intestinal lo es en el adulto.

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

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

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

Conclusiones: El diagnóstico de divertículo de Meckel es difícil. Debe sospecharse en pacientes adultos con cuadros de suboclusión de repetición. Una vez diagnosticados, el tratamiento quirúrgico es sencillo, con bajo morbilidad y con una mejoría de los síntomas.

Recidiva de reflujo gastroesofágico tras funduplicatura de Nissen laparoscópica secundaria a esófago corto

Domínguez Bastante, Mireia; Álvarez Martín, M^a Jesús; Pineda Navarro, Noelia; Ferrer Castro, Carmen; Molina Raya, Andrea; Navarro Sánchez, Daniel; Fernández Segovia, Elena; García Navarro, Ana; Mansilla Roselló, Alfonso; Segura Reyes, Manuel; Jiménez Ríos, José Antonio
Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: El reflujo gastroesofágico (RGE) es el paso de contenido gastroduodenal al esófago, a través del cardias, cuando los episodios exceden en número y cantidad a lo fisiológico, se considera una enfermedad, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Se trata de una enfermedad muy prevalente en la población (aumento de un 4% anual). Su etiopatogenia es multifactorial, produciéndose principalmente por una hipotonía del esfínter esofágico inferior, retraso del vaciamiento gástrico y hernia hiatal por deslizamiento, presente en el 75-90% de los casos. Puede producir importantes consecuencias en el epitelio esofágico, desde esofagitis con estenosis y acortamiento esofágico secundario, metaplasia intestinal o esófago de Barrett, displasia y adenocarcinoma. Actualmente, con la terapia con inhibidores de la bomba de protones (IBP) la necesidad de tratamiento quirúrgico se ha reducido, sin embargo, cuando los pacientes son refractarios a medidas higiénico-dietéticas y tratamiento médico, la cirugía es la mejor alternativa terapéutica siendo la técnica de Nissen de elección, con una tasa de recidiva inferior al 10% a los cinco años con el mayor porcentaje de las mismas en el primer año.

Objetivo: presentar el caso de un paciente que presentó una recidiva del RGE tras funduplicatura de Nissen vía laparoscópica secundaria a esófago corto.

Material y método: Varón de 49 años que en 2013 consultó en cirugía por historia de RGE de más de 20 años de evolución, en el que el omeprazol aliviaba solo parcialmente la sintomatología; y que además asociaba tos crónica. Tras estudio completo con pHmetría que confirmó reflujo ácido, manometría normal, tránsito esofagogástrico baritado (TEG) mostrando moderada hernia de hiato por deslizamiento, endoscopia digestiva alta sin lesiones de esofagitis y eco abdominal con colelitiasis; se realizó cierre de pilares y funduplicatura tipo Nissen con colecistectomía laparoscópica sin incidencias. A pesar de una franca mejoría clínica postquirúrgica, a los ocho meses de seguimiento comienza de nuevo con intensa sintomatología de reflujo asociada a tos persistente evidenciándose en el TEG de control la migración parcial del manguito de la funduplicatura al tórax y recidiva del RGE. Ante estos hallazgos y la intensa sintomatología del paciente, se reinterviene mediante abordaje laparoscópico encontrando un gran defecto en el hiato por dehiscencia de la sutura de los pilares diafragmáticos así como migración de la funduplicatura al tórax. Tras una laboriosa disección, se deshace la funduplicatura previa evidenciándose esófago corto, decidiéndose realizar gastroplastia de Collis asociada a nueva funduplicatura de Nissen y colocación de malla de PTFE para refuerzo de los pilares diafragmáticos.

Resultados: El postoperatorio cursó de forma favorable siendo dado de alta al segundo día tras la intervención. Ac-

tualmente, tras un año de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático, sin reflujo ni disfagia realizando una dieta normal.

Conclusiones: El manejo de los pacientes en los que fracasó la cirugía antirreflujo no es una tarea fácil. Los procesos de reparación y cicatrización de las esofagitis de repetición pueden desencadenar una retracción de las paredes del esófago causando un esófago corto; siendo este uno de los factores principales que ocasionan recidivas tras cirugía de la ERGE, como fue nuestro caso. Por ello, en estas situaciones, para poder conseguir una longitud de al menos 2 cm de esófago abdominal y así disminuir la posibilidad de recidiva, debe asociarse una gastroplastia del tipo Collis, técnica de Collis-Nissen.

Metástasis umbilical de neoplasia intraabdominal

Molina Raya, Andrea; Díez Vigil, José Luis; Álvarez Martín, María Jesús; Ferrer Castro, Carmen; Domínguez Bastante, Mireia; Navarro Sánchez, Daniel; Fernández Segovia, Elena; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Introducción: El “nódulo de la hermana María José” es una tumoración umbilical metastásica secundaria a un tumor primario de origen intraabdominal (generalmente ovárico, gástrico, pancreático o colorrectal). Suele ser una lesión de larga evolución y en algunas ocasiones constituye la única manifestación de una neoplasia oculta. Otras veces es un signo que alerta de la reactivación de una neoplasia ya conocida.

Las metástasis cutáneas aparecen en el 1-9% de los pacientes con neoplasias, siendo de localización umbilical del 2 al 11%.

Objetivo: Describir un caso infrecuente de “nódulo de la hermana María José” secundario a adenocarcinoma de próstata.

Material y métodos: Varón de 88 años con antecedentes de fibrilación auricular con anticoagulación oral y neoplasia de próstata diagnosticada en 2004 y tratada mediante prostatectomía radical; seguimiento posterior hasta 2014, cuando fue dado de alta por remisión de la enfermedad.

Derivado a urgencias por su médico de atención primaria por lesión umbilical de un mes de evolución con tendencia al sangrado que han estado curando en el centro de salud sin resolución. No había presentado síndrome constitucional ni otra sintomatología digestiva ni urinaria acompañante. La exploración abdominal tampoco mostró alteraciones.

A la inspección cutánea se aprecia lesión umbilical sobre-elevada de unos 2 cm de diámetro, de coloración violácea y tendencia al sangrado. Asocia pequeñas lesiones satélites subcentimétricas adyacentes de características similares.

Se realiza biopsia excisional de una de las lesiones con resultado AP de “metástasis de carcinoma de células grandes pobremente diferenciado posiblemente secundario a origen vesical, testicular o prostático”.

Ante los resultados anteriores se deriva a Urología para seguimiento por su parte.

Se ha solicitado estudio de extensión mediante TC abdominal que informa de: “hepatomegalia con múltiples lesiones focales en todos los segmentos compatibles con metástasis; múltiples adenopatías de tamaño significativos retroperitoneales e ilíacas bilaterales; leve dilatación de sistemas excretores bilaterales secundario a engrosamiento de pared vesical infero-posterior; lesiones óseas pélvicas sugerentes de metástasis”.

Resultados: Ante lo avanzado de la enfermedad, la edad y comorbilidades del paciente se ha decidido conjuntamente con la familia y paciente actitud conservadora con tratamiento paliativo.

Conclusiones: El “nódulo de la hermana María José” constituye un signo clínico de gran utilidad diagnóstica. En el 97% de los casos, las metástasis son de origen intraabdominal, destacando las de origen digestivo (52%) y ginecológico (28%).

Dada su localización, resulta de fácil acceso para realización de estudio anatómo-patológico mediante PAAF o biopsia.

Desafortunadamente, su valor pronóstico es lamentable; ya que se asocia con estadios avanzados del tumor primitivo, que condicionan limitación de medidas terapéuticas con supervivencias próximas a los 4-6 meses incluso cuando la lesión cutánea es la primera manifestación de la enfermedad. No obstante, series más recientes se muestran más optimistas a este respecto, reflejando un incremento de la supervivencia al combinar tratamiento quirúrgico y quimioterápico.

Obstrucción intestinal por bezoar

Molina Raya, Andrea; Villegas Herrera, Trinidad; Díez Vigil, José Luis; Domínguez Bastante, Mireia; Ferrer Castro, Carmen; Fernández Segovia, Elena; Navarro Sánchez, Daniel; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Introducción: El bezoar constituye una colección de material ingerido acumulado con el tiempo en el estómago e intestino delgado. Son cuerpos extraños poco comunes compuestos por pelo, fibras, vegetales, determinados minerales e incluso conglomerados de leche y algunos medicamentos.

Los fitobezoares se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino, favorecidos por la ingestión de determinados alimentos, defectos del vaciamiento gástrico, hipoclorhidia, masticación insuficiente y antecedentes de cirugía gastrointestinal (en este caso suelen localizarse en el intestino delgado, por la mayor rapidez de la evacuación gástrica).

Objetivos: Describir un caso de obstrucción intestinal por bezoar.

Material y métodos: Varón de 79 años intervenido hace más de 30 años de vagotomía troncular con antrectomía por úlcus y resección de divertículo de Meckel con anastomosis latero-lateral manual.

Acude a Urgencias por dolor abdominal de unos 3 días de evolución con aparición de melenas en las últimas 24 horas. Asocia aparición de tumoración abdominal dolorosa localizada en epigastrio-hipondrio derecho (HD). Refiere toma

de aspirina los días previos para control de las molestias abdominales. No náuseas ni vómitos. No fiebre termometrada. Niega otra sintomatología.

A la exploración presenta dolor en epigastrio e HD, donde se palpa una tumoración de unos 10 cm. Eventración de la línea media con múltiples sacos y presencia de varios nódulos subcutáneos de localización en hipogastrio.

Análiticamente destaca: 17650 leuc con 86% PMN, crear 2,2, PCR 30, pH 7,43, láctico 2,2.

Se realiza TC abdominal que informa de: “dilatación aneurismática de segmento de íleon, de hasta 12 cm de calibre ocupada por contenido de morfología en miga de pan, con algunas áreas de mayor densidad que pudieran corresponder con áreas de hemorragia, con probable neumatosis intestinal; varias zonas de solución de continuidad en la pared anterior del abdomen.”

Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica, evidenciándose anastomosis previa ampliamente dilatada con Bezoar en su interior y restos de sangre digerida en región de anastomosis. Se realiza resección de segmento de íleon que incluye anastomosis previa y Bezoar en su interior; nueva anastomosis termino-terminal manual con sutura continua y reparación de la pared abdominal con malla de polipropileno según técnica de Rives. También se extirpan lesiones subcutáneas nodulares de unos 5cm de diámetro localizadas a nivel de hipogastrio.

La anatomía patológica informa de: “segmento intestinal con área ulcerada de 3,5 x 1,5cm adyacente a la región de la anastomosis; inflamación crónica inespecífica; Bezoar en el interior del segmento intestinal. Tejido fibroadiposo de unos 5 x 4 x 2,5cm con necrosis grasa focal parcialmente calcificado.”

Resultados: Tras la intervención el paciente ha evolucionado de forma satisfactoria, encontrándose asintomático en los controles posteriores en la consulta.

Conclusiones: Los bezoares pueden dar lugar a cuadros obstructivos y pseudo-oclusivos en muchos casos.

El tratamiento de elección suele ser conservador si son pequeños y no ocasionan repercusión clínica. Pueden extraerse mediante endoscopia cuando la localización lo permite. En caso de presentar obstrucción completa, gran tamaño o no resolución mediante tratamiento conservador está indicada la intervención quirúrgica con fragmentación del bezoar o extracción manual mediante apertura intestinal.

Enucleación extramucosa de un leiomioma de tercio medio de esófago

Del Río Lafuente Francisco Javier

Introducción: El leiomioma es la neoplasia benigna más frecuente del esófago, su incidencia es relativamente rara cuando se compara con el carcinoma esofágico que es 50 veces más frecuente. La primera descripción de un leiomioma fue realizada por Morgagni en 1761, sin embargo fue Munro quien describió por primera vez un leiomioma esofágico de localización intramural. Tradicionalmente se han incluido a los leiomiomas dentro del grupo de los tumores del estro-

ma gastrointestinal (GIST), sin embargo, los avances en el campo de la inmunohistoquímica y la biología molecular han demostrado que son dos entidades diferentes. Sauerbruch describió en 1932 el primer caso de leiomioma esofágico intervenido quirúrgicamente mediante resección esofágica, y un año después, Ohsawa describió la primera enucleación exitosa como tratamiento en este tipo de tumores

Material y método: Paciente de 61 años de edad que acude a la consulta por presentar dolor retroesternal y disfagia. Se realiza estudio baritado de esófago apreciándose a nivel de 1/3 medio una tumoración de características submucosa sin que se observe lesiones de la mucosa. La ecoendoscopia reveló una masa tumoral regular de 5x3 cm en relación con la muscular propia. No se realizó biopsia peroperatoria.

A través de una toracotomía derecha en el 4º espacio intercostal se realiza la liberación e individualización del esófago, por palpación se localiza la masa tumoral. Incisión de la cara anterior del esófago de unos 8 cm de longitud y de espesor el correspondiente a su plano muscular. Liberación de la tumoración de las fibras musculares y del plano mucoso. Una vez realizada su exéresis, se reconstruye el plano muscular con material reabsorbible y a puntos sueltos. Cierre de la toracotomía con drenaje pleural.

El estudio histopatológico mostró una tumoración de estirpe mesenquimatosa compuesta por células fusiformes con citoplasma eosinófilo. No se hallaron mitosis atípicas.

Conclusiones: La clínica es la que sospecha el compromiso esofágico pero el diagnóstico surge de las imágenes, ya sean estas radiológicas y o endoscópicas. La realización de biopsia está contraindicada para no lesionar la mucosa. El tratamiento radical de un tumor benigno es su extirpación. La enucleación es un procedimiento fácilmente realizable y constituye uno de los tratamientos de elección del leiomioma. Actualmente el abordaje debe ser laparoscópico.

Carcinoma primitivo del duodeno. A propósito de una observación

Del Río Lafuente, Francisco Javier; Fernández Zamora, Paola; Del Río Marco, Francisco; Capitán Morales, Luis; Valdés Hernández, J.

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Introducción: Los tumores malignos localizados en el intestino delgado, suponen el 5% de la totalidad de neoplasias gastrointestinales, hallándose en el duodeno del 33 al 47 % de los mismos.

El cáncer primitivo del duodeno es una localización rara de la enfermedad neoplásica, puede asentar en cualquier región duodenal pero donde más frecuente es en la región perivateriana. La escasa frecuencia del carcinoma primitivo del duodeno y su sintomatología poco precisa, salvo en las formas clínicas avanzadas, hace que el diagnóstico sea realizado, en numerosas ocasiones, de forma tardía, bien a través de la cirugía o de la necropsia.

Objetivo: Se presenta un caso clínico de neoplasia maligna

de duodeno, estudiándose los problemas que plantea su diagnóstico así como las posibilidades terapéuticas dependientes de la localización y de su grado evolutivo.

Material y método: Mujer de 58 años de edad que ingresa de urgencia, por presentar desde hace 5 días hematemesis y melenas de repetición de escasa cantidad, previa aparición de dolor de mediana intensidad, localizado en hipocondrio derecho e irradiado a la región periumbilical. En la fibrogastroscoopia realizada se encuentra una estenosis duodenal debido a la presencia de tejido congestivo sangrante que impide completar su realización.

Con el diagnóstico probable de neoplasia de segunda porción duodenal es intervenido quirúrgicamente. Se realiza duodenotomía que permite apreciar una tumoración ulcerada de 2x2 cm. Localizada en la segunda porción que se reseca y se envía anatomía patológica siendo el diagnóstico de adenocarcinoma. A la vista del resultado se lleva a cabo una duodeno-pancreatectomía cefálica. El estudio de la pieza confirma el resultado de adenocarcinoma duodenal de intensa malignidad histológica. El curso postoperatorio fue satisfactorio. La paciente se sometió a tratamiento quimioterápico.

Conclusiones: El carcinoma primitivo duodenal es una localización rara, que plantea problemas en cuanto a su diagnóstico precoz, ya que en su inicio son prácticamente asintomáticos. El tratamiento dependerá de la localización, de las metástasis y del cuadro clínico que predomine, pero debe cumplir dos objetivos: a/ reseca la tumoración primitiva; b/ mantener la permeabilidad gastrointestinal y/o biliopancreática.

Análisis de nuestros resultados en el tratamiento multidisciplinar del cáncer de recto

Del Río Lafuente, Francisco Javier; Fernández Zamora, Paola; Del Río Marco, Francisco; Capitán Morales, Luis; Valdés Hernández, J.

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Introducción: El tratamiento del cáncer de recto es un proceso completo que necesita una atención antes y después de la cirugía, haciendo intervenir diversas disciplinas médicas. El objetivo es adaptar la estrategia terapéutica a las características del tumor y del paciente. El desarrollo de las técnicas quirúrgicas obliga a una adaptación permanente de los cirujanos.

La cirugía del cáncer de recto se ha beneficiado estos últimos años de aportaciones técnicas y estratégicas decisivas permitiendo la mejora de resultados oncológicos y funcionales: estandarización de la exéresis del mesorecto, preservación de la inervación pelviana, conservación esfinteriana en los tumores del bajo recto, empleo de la quimioterapia y radioterapia neoadyuvante. Paralelamente los avances técnicos han permitido a los cirujanos de beneficiarse de la laparoscopia en el tratamiento de los cánceres de recto

Objetivos: La finalidad de este trabajo es el de evaluar los resultados del tratamiento del cáncer de recto, analizando las

indicaciones y tratamientos realizados en las diferentes etapas de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de 126 pacientes intervenidos de cáncer de recto en un periodo de tres años.

Resultados: Se intervinieron 87 varones y 39 mujeres con una edad media de 60,2 años. El 65,9% de los pacientes fueron estudiados por presentar rectorragias, el 11,9%, por estreñimiento, el 8,7% por diarreas, el 5,6% por antecedentes familiares, el 8% por otros síntomas.

Se empleó terapia neoadyuvante con radioquimioterapia en el 45,2% de los pacientes, y el 0,8% fue tratado solo con quimioterapia.

Se realizaron 105 resecciones anteriores (el 7,6% con ileostomía de protección), 20 amputaciones abdominoperineales y una intervención de Hartmann. Existieron complicaciones postoperatorias en el 30,4%. Se reintervinieron 8 pacientes. La mortalidad fue de 6 pacientes (4,8 %) y la estancia media de 13 días.

Según la clasificación TNM, el 7,1% de los pacientes presentó un Estadio 0, el 24,6% un Estadio I, el 25,4% un Estadio II, 33,3% un Estadio III y el 9,5% un Estadio IV. La media de ganglios extirpados fue de 11,4. La escisión mesorrectal total fue completa en el 81,7% de las intervenciones, parcial en el 15% e incompleta en el 3,3%. En los tratados con radioterapia existió buena respuesta en el 35,1%

A los dos años, la enfermedad neoplásica ha recidivado en el 19,8% de los casos. En este periodo han fallecido 27 pacientes, 17 por progresión neoplásica y 10 por otra causa.

Conclusiones: El tratamiento multidisciplinar del cáncer de recto permite la elección de una estrategia terapéutica adecuada para cada paciente. Hay que luchar para mejorar el estudio de la pieza quirúrgica, el número de ganglios extirpados y el grado de escisión mesorrectal. El empleo de radioterapia y quimioterapia, previa discusión en el comité de tumores, parece reducir la recidiva local y mejorar la supervivencia

Divertículo gigante del colon sigmoideo

Del Río Lafuente, Francisco Javier; Fernández Zamora, Paola; Del Río Marco, Francisco; Capitán Morales, Luis; Valdés Hernández, J.

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Introducción: El divertículo del colon es una evaginación, protusión o herniación de la mucosa a través de la capa muscular circular del intestino grueso, que da lugar a la formación de un saco más o menos grande compuesto sólo de mucosa, tejido conjuntivo y serosa. El divertículo gigante del colon se define por tener un diámetro superior a 4 cm. Descrita por primera vez en Francia por Bonvin y Bonte en 1946, es una patología rara y que asienta preferentemente en el colon sigmoide.

Objetivo: El motivo de esta presentación es mostrar un caso de divertículo gigante de colon sigmoideo así como la clínica, pruebas diagnósticas y tratamientos posibles de esta afección.

Caso clínico: Mujer de 64 años de edad que acude a las consultas por presentar cuadro de pesadez abdominal sin dolor. El examen clínico muestra una masa abdominal palpable y móvil en región infraumbilical izquierda. La TAC abdominal muestra un divertículo en sigmoide de 8 cm. de diámetro, con pared engrosada pero regular. No se creyó conveniente realizar colonoscopia pre-operatoria. El tratamiento consistió en una resección segmentaria de colon comprendiendo el divertículo gigante. El curso postoperatorio fue satisfactorio. El examen anatomopatológico confirmó el diagnóstico de divertículo gigante de colon sin lesión asociada. La herniación se produjo a través de muscular situada en la vertiente antimesentérica del sigmoide.

Discusión: Se han descrito tres entidades distintas de divertículos gigantes del colon: A/ el divertículo gigante inflamatorio adquirido, localizado en la vertiente anti-mesentérica, produciendo una hernia de la mucosa a través de un defecto de la muscular. B/ el divertículo gigante congénito localizado en la vertiente mesentérica y formado con todas las capas histológicas de la pared del colon y C/ el pseudo divertículo inflamatorio gigante, secundario a una perforación mucosa de un divertículo que provoca el desarrollo de una cavidad abscesificada.

Conclusiones: El divertículo gigante del colon es una entidad rara, con poca clínica. En la mayoría de los casos la radiografía simple de abdomen permite realizar el diagnóstico que se complementa con la TAC abdominal. La resección cólica segmentaria incluyendo la zona diverticular es el tratamiento de elección

Neumatosis cistoide del colon

Del Río Lafuente, Francisco Javier; Fernández Zamora, Paola; Del Río Marco, Francisco; Capitán Morales, Luis; Valdés Hernández, J.

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Introducción: La neumatosis cistoide de colon es una rara enfermedad que se caracteriza por la presencia de quistes gaseosos en la pared del intestino delgado y/o grueso. Son más frecuentes en el yeyuno y en el colon y no se observan en el duodeno.

La patogénesis de esta enfermedad es desconocida y no va acompañada de un cuadro clínico específico, de manera que en la mayoría de los casos se descubre en circunstancias fortuitas.

Objetivo: La rareza de esta enfermedad, así como los problemas que puede plantear desde el punto de vista clínico diagnóstico y terapéutico nos han decidido a presentar este caso.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 73 años, que acudió a urgencias por presentar un cuadro de dolor abdominal inespecífico de dos días de evolución. Había aumentado de intensidad en las últimas seis horas, acompañándose de náuseas y vómitos. A la exploración los datos más relevantes eran una marcada distensión abdominal, dolor y defensa muscular

con claros signos de irritación peritoneal. Las radiografías simples de abdomen evidenciaron distensión del marco cólico, con un patrón anormal de gas. Por otro lado, se objetivó aire intramural y extramural, que dibujaba una doble pared. Estas imágenes eran compatibles con neumatosis cistoide de colon, existiendo además una clara sospecha de neumoperitoneo. Ante estos hallazgos radiológicos y y el cuadro de peritonitis, se decidió realizar una laparotomía de urgencia. En la intervención quirúrgica se identificaron múltiples quistes gaseosos de consistencia esponjosa en la pared de todo el colon. No existía ni pus ni contenido intestinal en la cavidad abdominal y tras una minuciosa exploración no se detectó ningún tipo de perforación y no se realizó ningún gesto quirúrgico. El curso postoperatorio fue tormentoso siendo dada de alta a los 19 días de la intervención.

Discusión: En términos generales, la neumatosis cistoide se ha dividido en dos grandes grupos: la primaria o idiopática; y la secundaria, asociada a alguna enfermedad gastrointestinal. El cuadro clínico varía considerablemente, pero la mayoría de los casos son asintomáticos, diagnosticándose casualmente en exploraciones radiológicas. Cuando existe sintomatología, las diarreas, el abdomen distendido y el dolor abdominal inespecífico, suelen dominar el proceso.

En cuanto al diagnóstico, la radiografía simple de abdomen se caracteriza por la presencia de colecciones de aire localizadas en forma diseminada en la pared intestinal.

Conclusiones: En la mayoría de las ocasiones la neumatosis no requiere tratamiento, salvo el de la enfermedad subyacente. Se ha utilizado antibióticos, obteniéndose los mejores resultados con metronidazol, aunque en la actualidad se cuestiona su utilidad. El tratamiento quirúrgico de la neumatosis debe reservarse a las complicaciones que pueden aparecer, tales como hemorragias masivas, obstrucción intestinal o cuadros de abdomen agudo junto a una imagen radiológica de neumoperitoneo.

Cirugía reparadora de las lesiones yatrogénicas de la vía biliar

Del Río Lafuente, Francisco Javier; Fernández Zamora, Paola; Del Río Marco, Francisco; Capitán Morales, Luis; Valdés Hernández, J.

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Introducción: En 1882 Langenbuch realizó la primera colecistectomía reglada. Desde entonces, la posibilidad de producirse una lesión de la vía biliar ha pasado a ser la complicación más grave de la colecistectomía. En el término de lesiones de la vía biliar principal incluimos las lesiones producidas en las dos ramas de origen, el tracto hepático común y el colédoco.

La mayoría de las lesiones quirúrgicas ocurren durante la realización de la colecistectomía, con indicación electiva y sobre todo, urgente. Mucho menos frecuentes, son las lesiones producidas en el curso de una gastrectomía, precisamente en el tiempo de liberación de un úlcus duodenal localizado en el bulbo distal. La incidencia de lesión de la vía

biliar durante la colecistectomía laparoscópica varía desde 0,2 hasta 1,1 %, mientras que en la colecistectomía abierta los valores varían desde 0,1 hasta 0,50%.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo de 10 casos de lesiones quirúrgicas de la vía biliar principal. Se trata de 2 varones y 8 mujeres, con una edad media de 61 años, con extremos de 33 y 76 años. Cinco de estas lesiones fueron diagnosticadas durante la realización de una colecistectomía laparoscópica, tres durante colecistectomía abierta y dos pacientes ingresaron procedente de otro Hospital.

La conversión inmediata en cirugía abierta fue necesaria en todos los casos. La reparación de la lesión se realizó mediante Hepatico-yeyunostomía sobre asa en Y de Roux en siete casos, un caso mediante sutura transversal asociada a tubo de Kehr y en dos casos mediante anastomosis coledoco-duodenal.

La morbilidad fue de una fistula biliar que no precisó tratamiento quirúrgico y de una infección de la herida operatoria. No tuvimos que lamentar ningún fallecimiento.

Conclusiones: La causa fundamental de las lesiones quirúrgicas de la vía biliar principal es la colecistectomía. El diagnóstico de la lesión operatoria puede realizarse en el momento de producirse, en el periodo postoperatorio precoz o varios meses después de la operación. La situación más afortunada, dentro de lo indeseable de la complicación, se da cuando el diagnóstico es inmediato. La realización de una colangiografía permite reconocer la mayoría de las lesiones. La elección de la técnica de reconstrucción biliar tendrá en cuenta el tipo de lesión (sección parcial o total), conservación o no del hepatocolédoco

Mucocele apendicular

Rivero Hernández, I.; Listain Álvarez, J.C.; Escalera Pérez, R.; Domínguez Reinado, M.R.; Méndez, C.; Medina Atxirica, C.

Hospital de Jerez de la Frontera

Resumen: El mucocele apendicular es descrito inicialmente por Rokitansky en 1842. Se caracteriza por dilatación quística de la luz apendicular con acumulo de material mucinoso. Tiene una prevalencia de 0,2-0,4% de las apendicectomías. Existen cuatro entidades clínicas clasificadas como Mucocele: Quiste de retención, Mucocele simple o ectasia apendicular; Hiperplasia; Cistoadenoma mucinoso y Cistoadenocarcinoma mucinoso. Su presentación clínica suele ser muy inespecífica, variando desde formas totalmente asintomáticas a cuadros de dolor abdominal similar a una apendicitis aguda, masa palpable, hemorragia digestiva y menos frecuentemente manifestaciones urológicas. Suele presentarse como hallazgo incidental durante una intervención quirúrgica, una exploración radiológica o un procedimiento endoscópico en un 23-50% de los casos. El TAC abdominal es más específica y segura para el diagnóstico de mucocele que la ecografía. El tratamiento quirúrgico es el de elección, resultando fundamental la exéresis del tumor; sin embargo no existe acuerdo respecto a la cirugía más adecuada.

Método: Presentamos el caso de un varón de 54 años, sin

alergias conocidas a medicamentos y sin antecedentes patológicos de interés que refiere dolor, de poca a mediana intensidad, en fosa iliaca derecha de semanas de evolución. A la exploración: paciente con estado general conservado, afebril y poco dolorido.

Abdomen: Compresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, Mc. Burney (+), ausencia de signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias. RHA presentes.

Resultados: En TC de abdomen se aprecia imagen de morfología tubular de aproximadamente 9 cm de longitud por 2,8 cm de calibre máximo, de pared fina, que parece corresponderse con el apéndice distendido con abundante líquido intraluminal. Hallazgos compatibles con Mucocele apendicular. No se observan colecciones líquidas intrabdominales ni presencia de líquido libre intraperitoneal.

Ante el diagnóstico de mucocele apendicular se realiza intervención quirúrgica programada: Basado en Resección ileocecal con anastomosis ileocolica mecanica. El paciente presentó una evolución clínica favorable con alta médica al quinto día del PO.

El informe de Biopsia da el diagnóstico de Neoplasia mucinosa de bajo grado.

Conclusiones: El Mucocele apendicular, que suele presentarse como hallazgo incidental hasta en un 50% de las veces, es muy importante su diagnóstico preoperatorio, pues su ruptura accidental puede ocasionar una siembra mucinosa peritoneal. En cuanto al tratamiento quirúrgico, generalmente suele ser suficiente una apendicectomía, salvo en los casos de malignidad o en los que el tumor se encuentra muy próximo a la base apendicular, en los que se prescribe una hemicolectomía derecha. El diagnóstico de malignidad se hace en función de hallazgos histológicos (invasión de la pared apendicular por glándulas atípicas e identificación de células epiteliales en alguna colección mucinosa intraperitoneal). La laparoscopia parece tener una tasa más elevada de resección inadecuada, además de que el neumoperitoneo y la tracción de la pieza a través de la pared abdominal pueden contribuir a una diseminación peritoneal del material mucinoso, por lo que es de elección la vía abierta. Las complicaciones son raras e incluyen obstrucción intestinal o hemorragia digestiva, siendo la peor el pseudomixoma peritoneal, que ocurre cuando hay diseminación peritoneal de material mucinoso.

Apendicitis aguda y oclusión intestinal

Rivero Hernández, I; Sánchez Bautista, W.M.; Salguero Seguí, G.; Melero Beme, S.; Cárdenas Cauqui, F.; Medina Atxirica, C.

Hospital Jerez de la Frontera

Resumen: La inflamación crónica o aguda del apéndice cecal es una causa extremadamente rara de oclusión intestinal. El primer caso fue descrito por Lucius Hotchkiss en 1901 en Nueva York. Forbes Hawks en 1908 divide las causas en mecánica, sépticas o combinación de ambas. Se clasifica en cuatro clases:

1. Adinámica

2. Mecánica (sin estrangulación)
3. Mecánica estrangulada
4. Obstrucción por isquemia mesentérica.

Presenta una mayor morbimortalidad en el anciano y la incidencia en el paciente joven es casi inexistente. El TC de Abdomen es esencial para realizar el diagnóstico, actualmente la más útil.

Método: Presentamos el caso de un varón de 76 años sin alergias conocidas a medicamentos y antecedentes patológicos como HTA, Hipercolesterolemia e HBP. IQ anteriores: Colectomía laparoscópica. Que refiere episodio de dolor abdominal de tipo cólico, de 8 días de evolución aproximadamente, asociado a vómitos en los primeros días y distensión abdominal, cambio en el ritmo intestinal y focalización posterior del dolor en FID. A la exploración presenta un estado general conservado, poco dolorido, eúpeico en reposo

Abdomen: distendido, timpanizado, doloroso difusamente, más intensamente en FID con Mc. Burney (+), Blumberg (+). No palpo masas ni megalias. RHA de lucha

Resultados: Análíticamente destaca: Leucocitosis (15.22), Neutrofilia (83.9), PCR 123. En Rx de Abdomen simple: Distensión de asas de intestino delgado, ausencia de aire extraluminal. En TC con contraste IV de Abdomen y Pelvis: Imagen compatible con plastrón/absceso en FID, junto al ciego, sin poder descartar del todo otro tipo de patología subyacente que provoca cuadro oclusivo/suboclusivo del intestino delgado. Se decide realizar intervención quirúrgica de urgencia basada en Laparotomía exploradora con hallazgo intraoperatorio de apendicitis aguda causante de obstrucción de intestino delgado, asociado a peritonitis generalizada con perforación de asa de intestino delgado. Se realiza apendicectomía más resección segmentaria de intestino delgado más lavado abundante de cavidad abdominal y anastomosis mecánica isoperistáltica de intestino delgado. El paciente presentó una evolución clínica favorable con restablecimiento del tránsito intestinal e inicio de tolerancia hacia el quinto día del PO con alta médica en días posteriores.

Conclusiones: La apendicitis aguda representa una entidad clínica con características típicas en pacientes jóvenes, pero no ocurre lo mismo en personas mayores donde se manifiesta con una sintomatología y unas pruebas de laboratorio inespecíficas. Ante cualquier sospecha de obstrucción intestinal sin mejoría en las primeras 12-24 horas y sin etiología clara se debe optar por la realización de un TC abdominal urgente

Trombosis venosa mesentérica

Rivero Hernández, I; Sánchez Bautista, W.M.; Listain Álvarez, J.C; Escalera Pérez, R.; Medina Achirica, C.; Díaz Otero, M.; Salguero Seguí, G.

Hospital Jerez de la Frontera

Resumen: Warren y Eberhardt describen la trombosis venosa mesentérica por primera vez en 1935. Se asocia con una baja incidencia y es responsable, aproximadamente, del 5-15% de todos los casos de isquemia mesentérica aguda. En su forma aguda generalmente se presenta como dolor abdominal mientras que en su forma crónica puede manifestarse como

un hallazgo incidental al realizarse un TC de abdomen o con signos y síntomas de hipertensión portal. TC abdominal considerado el Gold estándar en la trombosis venosa mesentérica, con un 90% de efectividad. La vena mesentérica superior se afecta con más frecuencia, mientras que la afectación de la vena mesentérica inferior es rara. El tratamiento puede ser médico o quirúrgico

Método: Paciente de 72 años, con antecedentes patológicos de HTA, DM II e intervención quirúrgica anterior del tendón de Aquiles de cataratas bilateral. Que acude a urgencias con episodio de dolor abdominal de 72 horas de evolución, localizado en mesogastrio, de tipo cólico, que se reagudiza en las últimas 36 horas y no asociado a náuseas, vómitos, fiebre ni alteración del hábito intestinal. A la exploración se encuentra con estado general conservado, afebril y discreta sequedad de mucosas.

Abdomen: Obeso, globuloso, blando, compresible, con dolor a la palpación en hemiabdomen derecho, palpándose zona de plastrón inflamatorio en flanco, con signos de irritación peritoneal.

Resultados: En la radiografía simple de abdomen se observa correcta distribución del aire intra-luminal por marco cólico, ausencia de aire extra-luminal y de imagen sugestiva de obstrucción intestinal. Eco/TC de abdomen: Moderada cantidad de líquido en hígado-flanco y pelvis. Presencia de asas de ID aperistálticas en FID, con pared engrosada, abundante gas en su interior e hipoperfusión en estudio Doppler. Edema de grasa peri-lesional, no defecto de pared. Colon y apéndice cecal sin alteraciones aparentes. Análíticamente destaca leucocitosis, neutrofilia y valores elevados de PCR y creatinina. Se realiza intervención quirúrgica de urgencia basado en laparoscopia exploradora con conversión y resección intestinal segmentaria. El paciente presentó una evolución clínica favorable con alta médica al sexto día del PO.

Conclusiones: El diagnóstico temprano de la trombosis de vena mesentérica asociado a un manejo urgente basado en un tratamiento quirúrgico selectivo y una anticoagulación intravenosa precoz, constituyen la piedra angular de un tratamiento satisfactorio de esta entidad con una baja morbilidad y mortalidad. La trombosis venosa mesentérica es una rara pero causa importante de isquemia intestinal, que requiere de un alto índice de sospecha para un diagnóstico temprano de la misma. La cirugía se reserva para aquellos pacientes con peritonitis, infarto y perforación intestinal. El principal objetivo de la cirugía debe ser el de preservar la mayor cantidad de intestino posible con el fin de evitar un síndrome de intestino corto con posterioridad.:

Sinus pilonidal como causa de onfalitis crónica

Ortega Higuero, Rubén; Quesada Peinado, Carmen; Cobos Cuesta, Raquel; Madero Morales, Miguel Ángel; Capitán Vallvey, José María

Complejo Hospitalario Jaén

Introducción: El sinus pilonidal es una inflamación crónica que se produce como respuesta a fragmentos de pelo que

penetran epidermis. La localización es variable, siendo francamente rara en el ombligo. Entre las causas, parece asociarse a hirsutismo, obesidad, mala higiene o el calor, dándose principalmente en varones.

La clínica consiste en procesos inflamatorios de repetición fundamentalmente, con la formación de abscesos, documentándose casos de peritonitis aunque muy raros.

Aunque algunos autores hablan de tratamiento médico, el tratamiento de elección sigue siendo la cirugía, realizando en la mayoría de los casos resección de parte del ombligo y posterior reconstrucción, siendo raro los casos en los que se opta por una onfalectomía total.

Resultado:

- Hombre de 19 años que presenta supuración umbilical continua de 4 meses de evolución que no mejora con tratamiento antibiótico.

- AP sin interés.

- Exploración: nódulo umbilical profundo palpable, no visible, doloroso a la palpación.

- Ecografía abdominal: sin evidencia de trayecto permeable entre región umbilical y vejiga ni evidencia de divertículo uracal.

- Se realiza exploración del ombligo con eversión del mismo, observando pelos en el fondo del ombligo, por lo que se realiza resección del fondo umbilical y reconstrucción del mismo.

- Postoperatorio en el que se realizan curas en consulta sin incidencias.

- AP: trayecto fistuloso con presencia de pelos (sinus pilonidal).

- Revisión en CCEE en la que el paciente ya no presenta episodio de supuración ni dolor.

Conclusiones: la onfalitis es una infección del ombligo que generalmente ocurre en edad infantil aunque a veces se presenta también en el adulto. Se produce la inflamación, eritema y en algunas ocasiones supuración en dicha zona. La causa más frecuente de la onfalitis es la persistencia del uraco, siendo otras causas como el sinus umbilical más raras, de ahí el interés en dar a conocer este caso.

Empiema Necessitatis secundario a neoplasia de esófago fistulizante. A propósito de un caso

Dr. Listán Álvarez, José Carlos (a); Dr. Rivero Hernández, Iosvani (a), Dr. Espinosa Jiménez, Dionisioz (b), Dra. Triviño Ramírez, Ana Isabel (b), Dr. García Gómez, Francisco (b)

(a) Servicio de Cirugía General. Hospital de Jerez de la Frontera.

(b) Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Puerta del Mar.

Introducción: El empiema necessitatis es una colección exudativa en el espacio pleural que se extiende a través de la pleura parietal hacia tejido circundante formando un trayecto fistuloso y una masa a nivel de partes blandas en el tórax.

Descripción del caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 64 años, sin alergias conocidas medicamentosas,

fumador de 3 paquetes al día, exbebedor y con hipertensión arterial que acude a Urgencias por fiebre, tos con expectoración y salida de material purulento a través de pared torácica.

Paciente con los antecedentes descritos que presenta una clínica de tos con expectoración purulenta y salida de material purulento a través de pared de hemotórax derecho de unos días de evolución; así como fiebre termometrada y dis-fagia. Exploración física: Paciente febril (38,5°), desnutrido y con Sat. O₂% basal 84%.

Se realiza Rx de tórax donde se aprecian hallazgos sugerentes de una neumonía necrotizante sobre un pulmón de características enfisematosas y se inicia terapia antibiótica con Clindamicina y Ciprofloxacino.

Se realiza TAC de tórax urgente con el hallazgo de una masa que engloba el esófago con diámetro de 32x38x69 mms (AP-transverso-craneocaudal) con evidencia de fistula traqueobronquial derecha a unos 5 cms de la carina y colección en lóbulo superior de pulmón derecho de 8x9 cms. Lesiones nodulares pulmonares y hepáticas sugestivas de metástasis.

Posteriormente se interviene al paciente realizándose limpieza y desbridamiento del absceso pulmonar y se toman cultivos (Pseudomona Aeruginosa resistente a Carbapenem pero sensible a quinolonas) así como biopsias de la lesión esofágica (AP: carcinoma de células escamosas). Se dilata el orificio fistuloso externo en hemitórax derecho y se coloca bolsa de ileostomía para contener la salida de material necrótico.

Ante la intolerancia oral del paciente y riesgo de que la ingesta perpetúe la neumonía necrotizante, solicitamos la colocación de una endoprótesis recubierta a nivel esofágico que permitió el cierre de la fístula y el reinicio de tolerancia. El paciente es alta de Planta tras 26 días de estancia para continuar cuidados por Oncología.

Material y métodos: Análisis de un caso ocurrido en nuestra Unidad durante el mes de febrero de 2016 y la actitud diagnóstica y terapéutica que se tomó con dicho paciente.

Discusión: El empiema necessitatis es una entidad clínica poco habitual y se define como la extensión de un empiema, una neumonía necrotizante o un derrame pleural purulento hacia los tejidos blandos adyacentes. Su localización más habitual es entre el 2º-6º espacio intercostal. Los gérmenes más habituales son: Mycobacterium tuberculosis, E. Coli, Pseudomonas, Acinomyces Israeli, Aspergillus, anaerobios y S. Aureus. Entre los factores de riesgo se encuentran la caquexia, el alcoholismo y tabaquismo, EPOC y diabetes. La presencia de una neumonía necrotizante en lóbulos medios y superiores, en pacientes añosos y fumadores ó sin causa aparente de la misma, nos debe hacer sospechar la presencia de una neoplasia de vecindad.

Apendicitis aguda de localización subhepática como causa poco habitual de dolor en hipocondrio derecho

Dr. Listán Álvarez, José Carlos, Dra. Jiménez Vaquero, María José, Dra. Escalera Pérez, Raquel, Dr. Rivero Hernández, Iosvani, Dr. Salguero Seguí, Guillermo, Dr. Medina Achirica, Carlos, Dr. García Molina, Francisco

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

Introducción: La apendicitis aguda de localización subhepática es una entidad poco frecuente cuya localización atípica va ligada a una clínica de presentación menos habitual y a un diagnóstico generalmente más tardío.

Objetivos: Revisar un caso poco frecuente que entra dentro del diagnóstico diferencial de dolor en hipocondrio derecho.

Descripción del caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 30 años sin antecedentes de interés salvo dos embarazos. Intervenida de cesárea y que presentaba un DIU. Había acudido en dos ocasiones a Atención Primaria por clínica de dolor cólico en hipocondrio derecho y náuseas con vómitos en últimas 24 horas. En ambas ocasiones se le indicó tratamiento médico sintomático sospechando un proceso intercurrente (GEA). Tras persistencia del dolor y los vómitos acude a Urgencias de nuestro hospital donde se le cataloga de posible cólico biliar recurrente.

A la exploración cabe destacar que la paciente se encontraba muy afectada por el dolor, afebril y con un abdomen doloroso en hipocondrio derecho con Murphy dudoso.

En la analítica de llegada cabe destacar: 23,510 leucocitos con 85,5%, con coagulación, función renal, PCR y perfil hepático-biliar normal.

Se realiza ecografía abdominal donde se apresa un apéndice engrosado de 1 cm localizado ascendente en gotiera derecha con su extremo localizado próximo al hígado.

Optamos por apendicectomía laparoscópica (con colocación habitual de puertos de trabajo) mediante endoloops observándose un apéndice cecal con signos inflamatorios, parcialmente subseroso, situado en posición ascendente en gotiera parietocólica derecha con la punta engrosada sugestiva de un apendicolito y situado adyacente reborde hepático derecho.

La paciente presenta buena recuperación post-operatoria siendo alta escasas 24 horas post-operatorias.

Conclusiones: La apendicitis aguda es una entidad muy frecuente, que presenta múltiples localizaciones anatómicas entre las que destacan las típicas (en torno al 80%) como la cecal, pelviana y retrocecal; y otras atípicas (menos del 20%) como la ileal, la subhepática y la izquierda que se encuentra en el situs inversus. Los casos de apendicitis de localización subhepática son raros y por lo general se asocian a malrotación intestinal. Son más frecuentes en la infancia y su localización atípica va ligada a una clínica de presentación menos habitual y a un diagnóstico más tardío que se asocia a mayor incidencia de complicaciones (abscesos a nivel subhepático ó subdiafragmático y en otros casos peritonitis).

Dado que el diagnóstico clínico suele ser difícil, el definitivo lo confirman las pruebas de imagen como la ecografía o la tomografía abdominal; y en algunos casos la laparoscopia exploradora en casos de dudas diagnósticas.

Creemos que éste caso refleja de forma típica la presentación de la apendicitis subhepática, y que su abordaje laparoscópico es factible utilizando tanto la posición habitual de los puertos de trabajo de la apendicectomía laparoscópica (como fue nuestro caso); como la posición propia de puertos de la colecistectomía laparoscópica.

Colitis isquémica microperforada tratada de forma conservadora. A propósito de un caso

Dr. Listán Álvarez, José Carlos, Dr. Salguero Seguí, Guillermo, Dra. Escalera Pérez, Raquel, Dr. Rivero Hernández, Iosvany, Dr. Medina Achirica, Carlos, Dr. García Molina, Francisco

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

Introducción: La colitis isquémica es la forma de presentación más habitual de la isquemia intestinal (supone alrededor del 80% de los casos) y habitualmente con tendencia a la restitución ad integrum. No obstante en algunos casos está justificada la intervención quirúrgica como en casos de sangrado digestivo refractario, perforación o sepsis grave.

Objetivos: Presentamos el caso de una paciente de enorme comorbilidad con datos de colitis isquémica microperforada en el que optamos por realizar tratamiento médico. Revisión del caso.

Presentamos el caso de una paciente de 72 años sin alergias medicamentosas conocidas con antecedentes personales de HTA, diabetes con complicaciones microangiopáticas (nefropatía diabética), dislipemia, Enfermedad renal crónica estadio V en hemodiálisis secundaria a su nefropatía diabética, SAOS con hipertensión pulmonar severa, obesidad grado III y síndrome metabólico. Como antecedentes quirúrgicos destacamos carcinoma endometrial intervenido vía transvaginal mediante con anestesia raquídea.

La paciente presenta episodio de fibrilo-flutter acompañado de signos de insuficiencia cardíaca leve cuatro días antes de su ingreso en cirugía. Tras recuperación del mismo reinicia las sesiones de hemodiálisis presentando en una de las mismas un cuadro de dolor abdominal, deposiciones diarreas y febrícula.

A la exploración presenta febrícula (37,9°C) y un abdomen muy globuloso difícil de valorar aunque con signos de peritonismo.

En la analítica de ingreso destaca una fórmula séptica con 25.890 leucocitos con 87,7% de PMN, glucosa 203, urea/creatinina 71,4/4,39, PCR 570.

En el TAC abdominal urgente se aprecia una aorta ateromatosa y engrosamiento mural de aspecto edematoso de ciego y colon derecho con evidencia de burbujas aéreas extraluminales en cara anterior de ciego. No se visualizan colecciones. Imagen 1.

Ante la altísima comorbilidad quirúrgica y anestésica de la paciente optamos por tratamiento médico conservador a pesar de las condiciones iniciales de su proceso informando a la familia y la paciente de los pros y contras de dicho tratamiento.

La evolución clínica es satisfactoria respondiendo a la sueroterapia, antibioterapia empírica ajustada a su función renal, sesiones de diálisis más cortas y reiniciando la tolerancia tras casi una semana de dieta absoluta.

Se realiza TAC abdominal de control donde se visualiza engrosamiento parietal de ciego y colon ascendente en menor grado que en control previo pero sin burbujas extraluminales y sin colecciones. Imagen 2. En analíticas de

control se aprecia desaparición de leucocitosis y descenso de PCR hasta 86 mg/dl.

La paciente es alta tras 10 días de estancia hospitalaria para continuar seguimiento por Medicina Interna y Nefrología.

Discusión y conclusiones: Creemos que éste caso refleja que puede realizarse manejo conservador de la colitis isquémica en casos de gravedad, que en condiciones normales motivarían una cirugía urgente o diferida como ya reflejamos (sangrado refractario, perforación, peritonitis y sepsis grave) pero en los que la comorbilidad del paciente pueda suponer un riesgo quirúrgico y anestésico demasiado alto.

En nuestro caso al haber datos de microperforación pero sin colecciones ni peritonitis optamos por manejo conservador con buena respuesta. En caso que en el TAC de control se hubiera apreciado alguna colección pericecal, cosa que no ocurrió, probablemente hubiésemos optado por continuar tratamiento conservador con drenaje percutáneo guiado radiológicamente.

Hematoma subcapsular hepático tras colangiografía endoscópica retrógrada

García García, Blanca; Soler Humanes, Rocío; Rivera Castellanos, Javier; Hinojosa Arcos, Luis Carlos; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; de Luna Díaz, Resi

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: El hematoma subcapsular hepático tras colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) es una grave e infrecuente complicación (no más de 20 casos descritos en la literatura) que debe sospecharse ante un cuadro clínico sugerente y confirmarse mediante tomografía computarizada abdominal (TAC).

Objetivo: Presentar un caso clínico de hematoma subcapsular hepático tras CPRE, enfoque terapéutico y evolución con tratamiento conservador.

Material y métodos: Se presenta una mujer de 43 años con antecedente de colecistectomía hace dos años, a la que se le realizó CPRE para extracción de varias coledocolitiasis. Horas después del procedimiento comienza con malestar y dolor abdominal en HD, apreciándose anemia, que requirió transfusión en varias ocasiones; junto con tensiones bajas, por lo que se realiza TAC abdomen que muestra gran hematoma subcapsular hepático (16,3cm x7 cm AP) que provoca compresión del parénquima. Se realiza angioTAC sin evidencias de extravasación del contraste.

Resultados: Dada la estabilidad y ausencia de sangrado activo, se decide manejo conservador e ingreso en UCI para vigilancia estrecha, presentando buena evolución. A los diez días se repite TAC donde persiste colección, por lo se decide drenaje percutáneo por parte de radiología intervencionista, con salida de 1000ml de contenido hemático. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a los 12 días. Buena evolución en domicilio, pero persisten molestias en zona de HD. Se realiza de nuevo TAC de abdomen, objetivándose lesión subcapsular hepática, de densidad líquida, por lo que se decide de nuevo drenaje percutáneo, saliendo 1100

ml de contenido hemático. Tras ello, franca mejoría clínica y analítica, por lo que es dada de alta. Actualmente, asintomática, con seguimiento en las consultas externas.

Conclusión: El hematoma subcapsular hepático posterior a la realización de la CPRE es una complicación rara, con pocos casos publicados en la bibliografía. Puede ser explicada por una punción accidental del árbol biliar intrahepático por la guía metálica y rotura de un vaso de pequeño calibre intrahepático. Su tratamiento se inclina hacia conservador, con vigilancia estrecha del comportamiento hemodinámico y el uso de antibióticos profilácticos por el riesgo de infección. El tratamiento quirúrgico está reservado para aquellos casos con inestabilidad hemodinámica. La embolización o el drenaje percutáneo pueden ser una opción.

Rotura espontánea de bazo. Rara complicación quirúrgica de la mononucleosis infecciosa

Retamar Gentil, Marina; Angulo González, Diego; Jimenez Vega, Javier

Hospital De Manacor

Introducción: La mononucleosis infecciosa es una enfermedad habitualmente benigna, frecuente en jóvenes adultos, pero que puede presentar complicaciones de extrema gravedad, como la rotura espontánea del bazo.

Objetivo: Conocer complicación poco frecuente de enfermedad infecciosa habitual en nuestro medio.

Método: Presentamos el caso de un paciente de 19 años en contexto de un cuadro de faringoamigdalitis aguda a urgencias ante la persistencia de los síntomas y presencia de dolor abdominal, sin referir antecedente traumático. Se diagnostica por seroconversión positiva de infección por Virus de Epstein Barr y en pruebas de imagen se identifica líquido libre principalmente periesplénico y gotera izquierda compatible con hemoperitoneo, esplenomegalia de 16 cm. Sin evidencia de otra causa que justifique el hemoperitoneo. No alteraciones hemodinámicas, anemia ni signos de peritonismo. Se decide actitud conservadora.

Resultado: Paciente que evoluciona satisfactoriamente en UCI con controles analíticos sin descenso de hemoglobina ni signos de empeoramiento clínico. Se realiza control con TC con mejoría de la cantidad de líquido libre sin evidenciarse solución de continuidad en parénquima esplénico.

Seguimiento en consultas al alta sin signos de complicación.

Conclusión: La esplenomegalia es común en la mononucleosis, aunque la rotura esplénica es poco frecuente, puede alcanzar hasta un 30% de mortalidad. Suele ser asintomática, por ello la sospecha en pacientes que presenten molestias abdominales con antecedente de traumatismo abdominal aunque sea mínima, como la tos o el vómito, debe descartarse mediante prueba de imagen, como Ecografía o TAC. El tratamiento recomendado en pacientes estables, como nuestro caso, es la observación inicial con controles seriados analíticos y radiológicos hasta su normalización, dado el riesgo de infecciones tras la esplenectomía. En pacientes inestables, con necesidad de transfusión múltiples o mala evolución debe

ser la esplenectomía, siendo una alternativa en pacientes estabilizados con progresión de la enfermedad, la embolización selectiva de la arteria esplénica.

Obstrucción intestinal secundaria a hernia de Morgagni- Larrey. Caso clínico y revisión de la literatura

Retamar Gentil, Marina; Amaya Cortijo, Antonio; Bernardos Carlos; Sellam Kaddouri; López, Yolanda
Hospital De San Juan de Dios del Aljarafe.

Introducción: La hernia de Morgagni- Larrey es un defecto congénito o adquirido de la cara anteromedial del diafragma, que se presenta de forma infrecuente en el adulto. En la mayor parte de los casos su diagnóstico es un hallazgo incidental, y por lo general, los pacientes se encuentran asintomáticos. Se debe indicar la cirugía cuando se diagnostican por el alto riesgo de complicaciones.

Objetivo: Conocer a través de un caso clínico la etiología poco frecuente de abdomen agudo a través de hernias diafragmáticas complicadas.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 80 años que acude a Urgencias por cuadro de distensión abdominal y estreñimiento completo. Ante la sospecha de obstrucción intestinal se realizan pruebas de imagen que describen hernia diafragmática paraesternal izquierda complicada con volvulación de colon transverso en su interior. Se realiza cirugía urgente por vía abdominal, con reducción de colon transverso incarcerated sin signos de isquemia y cierre primario del defecto diafragmático.

Resultados: La paciente evolucionó favorablemente siendo dada de alta a los 9 días. Tras 5 meses de la cirugía en seguimiento en consultas la paciente permanece asintomática.

Conclusión: Las hernias diafragmáticas en el adulto suponen una patología poco frecuente y poco estudiada, que presenta alta mortalidad asociada si se complican. Es importante el grado de sospecha clínica y diagnóstico rápido, principalmente por TC, para poder realizar su correcto tratamiento. Actualmente, se admite en cirugía electiva el abordaje mínimamente invasivo torácico o abdominal, siendo éste último el más frecuente. El acceso abdominal abierto es el de elección en caso de cirugía urgente como el caso descrito. Está aún en discusión el uso o no de mallas para el cierre del defecto.

Mucocele apendicular. A propósito de un caso

Alcaide Lucena, M. Sarabia Valverde, N. Palomeque Jiménez, A. García Rubio, J. Jiménez Ríos, J.A.

Hospital Universitario San Cecilio. Complejo Hospitalario de Granada.

Introducción: El mucocele apendicular es una patología poco frecuente del apéndice caracterizada por una dilatación quística de su luz con acúmulo de secreción mucinosa, secundaria a su obstrucción. En cuanto a su histopatología

se puede hallar lesión maligna, o más frecuente una lesión benigna, alcanzando el 0,2 – 0,4% de las apendicectomías.

Presentamos un caso diagnosticado y tratado en nuestro hospital.

Material y métodos: Mujer de 74 años que consulta en urgencias por cuadro de dolor abdominal en FID de 72 horas de evolución, progresivo en intensidad, sensación distérmica, vómitos y deposiciones diarreicas sin productos patológicos. Exploración: 37.8 con tendencia a la hipotensión y abdomen distendido, doloroso en FID, Blumberg +. Analítica: Leucocitos 14500, neutrófilos 82% y PCR 247 mg/dL resto sin alteraciones. TAC abdominal; cambios inflamatorios a nivel de la grasa de fosa iliaca derecha, apreciando estructura tubular en fondo de saco ciego de casi 3 cm de diámetro, sugerente de apendicitis aguda.

Se decide intervención quirúrgica urgente, con abordaje con incisión de McBurney evidenciando una masa paracecal que reemplaza el apéndice, de color blanco nacarado con salida de gran cantidad de mucosidad. Ante los hallazgos se decide realizar laparotomía media, realizando hemicolectomía derecha. La paciente presentó una evolución postoperatoria satisfactoria, siendo dada de alta a los 10 días de la intervención. La AP informa como mucocele apendicular con signos de inflamación crónica, con fenómenos de agudización, descartando neoplasia maligna.

Discusión: El mucocele apendicular es una patología infrecuente del apéndice, que incluye los posibles hallazgos histopatológicos incluyen los quistes de retención, obstrucción por hiperplasia mucosa, presencia de una neoplasia benigna o cistoadenoma y neoplasia maligna o cistoadenocarcinoma, siendo el más frecuente el cistoadenoma mucinoso (50 %). El mucocele alcanza al 0,2 – 0,4% de las apendicectomías.

La presentación clínica es inespecífica, pudiendo ser asintomáticas o cuadros de dolor abdominal similar a una apendicitis aguda, o como una masa palpable. Suele presentarse como hallazgo incidental en 23-50% de los casos

Las complicaciones son raras e incluyen obstrucción intestinal o hemorragia digestiva, siendo la más grave el pseudomixoma peritoneal, que ocurre cuando hay diseminación peritoneal del material mucinoso.

El diagnóstico resulta difícil por la inespecificidad de los síntomas y a pesar de las técnicas de imagen, más del 60 % son diagnosticados tras la cirugía. El diagnóstico de imagen se basa en la ecografía, que confirma su aspecto quístico, y en la TC abdominal que permite visualizar mejor la lesión así como la afectación de los órganos próximos. La endoscopia puede revelar una imagen patognomónica del " signo del volcán " en la cual se ven el ciego en un área eritematosa se levanta una masa con un cráter central del cuál sale mucus.

El tratamiento quirúrgico es de elección no existiendo acuerdo respecto a la cirugía más adecuada. Generalmente suele ser suficiente una apendicectomía, salvo en los casos de malignidad o en los que el tumor se encuentra muy próximo a la base apendicular, en los que se prescribe una hemicolectomía derecha. El diagnóstico de malignidad se hace en función de hallazgos histológicos por lo que si tras una apendicectomía se confirman estos datos es necesario realizar una hemicolectomía. La laparoscopia parece tener una tasa más elevada de resección inadecuada, además de

que el neumoperitoneo y la tracción de la pieza a través de la pared abdominal pueden contribuir a una diseminación peritoneal del material mucinoso por lo que es de elección la vía abierta.

Conclusión: El mucocoele apendicular es una entidad poco frecuente que puede presentar complicaciones como hemorragia digestiva u obstrucción intestinal, siendo la más grave la diseminación peritoneal. El diagnóstico prequirúrgico es difícil debido a la inespecificidad de los síntomas. El tratamiento quirúrgico es de elección, siendo mejor la vía abierta.

Obstrucción intestinal por incarceration de Hernia de Morgagni

López Marcano, Aylhin J.; Ramiro Pérez, Carmen; De la Plaza Llamas, Roberto; Arteaga Peralta, Vladimir; Gonzales Aguilar, Jhonny D.; Medina Velasco, Aníbal A.; Alshwely, Farah; José Manuel Ramia Ángel

Hospital Universitario de Guadalajara

Introducción: La hernia de Morgagni (HMI) es un tipo de hernia diafragmática (3% de las congénitas) que se produce a través del espacio retroesternal. Surge por un defecto del tabique transversarum debido a la falta de cierre de la pars esternal con el séptimo arco costochondral. Suele ser pequeña y asintomática hasta la vida adulta gracias al taponamiento por el hígado o epiplón subyacente. A menudo es un hallazgo incidental, muy rara vez se presentan con abdomen agudo debido a la obstrucción intestinal, estrangulación, o volvulación gástrica.

Objetivo: Presentamos un caso de obstrucción intestinal secundaria a incarceration de una HMI.

Material y métodos: Presentamos un caso de una paciente de 89 años con clínica de obstrucción intestinal con alteración analítica (leucocitosis, neutrofilia y aumento de reactantes de fase aguda). Se les realizó TC urgente donde se evidencia como causa obstructiva una HMI

Resultados: Mujer de 89 años. Antecedentes: DMII, HTA, cardiopatía hipertensiva e Ictus isquémico. Acude a urgencias por dolor abdominal difuso de moderada intensidad, irradiado en cinturón, de 5 días de evolución, acompañado de ausencia de deposición, náuseas y vómitos. A la exploración abdominal se aprecia distensión y dolor difuso. En la analítica destacaba 13800 leucocitos, 90,1% neutrófilos, PCR 162,1. El resto de parámetros fueron normales. TC abdominal urgente: saco herniario diafragmático que se introduce por línea media anterior y se dirige hacia hemitórax derecho, contiene grasa peritoneal y un segmento del ángulo hepático del colon cuya pared presenta menos realce lo que sugiere isquemia, dilatación retrógrada de asas de colon ascendente e íleon. Se realiza laparotomía exploradora urgente mediante LMSIU encontrando moderada cantidad de líquido libre serohemático, gran dilatación de colon derecho hasta transversal, con fragmento de colon transversal y epiplón contenidos en saco herniario diafragmático, orificio herniario diafragmático anterior en zona de inserción de diafragma en región condrocostal derecha, de unos 5 cm de diámetro, colon transversal distal a la obstrucción y sigma colapsados. Se realiza: libera-

ción de contenido herniario y reducción completa del mismo, comprobando viabilidad del colon dilatado y del epiplón, se reseca epiplón necrosado y saco herniario. Cierre de pleura parietal con parte del saco, cierre de diafragma con puntos sueltos anclados a pared abdominal anterior y zona xifoidea (margen anterior del orificio herniario). Evolución postoperatoria favorable dada de alta al 8vo día postoperatorio, presentando una complicación Clavien II (ITU por Klebsiella sensible a Ciprofloxacino). En el seguimiento al año se encuentra asintomática y en TC no presenta recidiva.

Conclusión: La presentación de una HMI como obstrucción intestinal es muy infrecuente, el TC permite la delimitación del defecto retroesternal y su contenido. Además puede sugerir la obstrucción y el compromiso de las asas o colon herniado. El tratamiento es quirúrgico con reducción de su contenido, asegurando su viabilidad, la resección del saco herniario y cierre del defecto. Las hernias pequeñas se pueden cerrar mediante sutura directa, y la reparación con malla se utiliza generalmente en casos de grandes defectos o debilidad muscular.

Quistes mesentéricos: del diagnóstico casual al abdomen agudo

Ramiro Perez, Carmen; Ramia Angel, Jose Manuel; Latorre Fragua, Raquel; Al Shwely Abduljabar, Farah; De La Plaza Llamas, Roberto; Manuel Vazquez, Alba; Lopez Marcano, Aylhin; Garcia Amador, Cristina

Hospital Universitario Guadalajara

Introducción: Los quistes mesentéricos son tumores benignos poco frecuentes de origen todavía no bien determinado y con poca presencia en la literatura.

Objetivos: Presentamos tres casos con diferentes manifestaciones clínicas, con el objetivo de ilustrar la variedad de presentaciones de esta infrecuente patología.

Material y métodos: se revisan tres casos recientes de quistes mesentéricos tratados quirúrgicamente en nuestro servicio, y la bibliografía al respecto

Resultados: Caso 1: mujer de 28 años asintomática, a la que durante una ecografía por una revisión ginecológica se le diagnosticó un quiste mesentérico de 8 cm en flanco izquierdo. Tras confirmación de la lesión con TAC se realiza cirugía electiva, realizándose abordaje mediante mini-laparotomía. Se encuentra una tumoración adherida al meso de yeyuno medio sin afectar a su vascularización, por lo que se realiza extirpación completa sin incidencias. La anatomía fue de quiste de duplicación entérica.

Caso 2: mujer de 32 años que acude a urgencias por dolor abdominal en FID. A la exploración presenta dolor localizado sin signos de irritación peritoneal, con sensación de masa en FID. Analítica anodina. Se solicita TAC urgente, en el que se objetiva lesión mesentérica de 6 cm de diámetro con signos de sangrado intralesional reciente y leves signos inflamatorios, sin líquido libre. Se decide manejo conservador con antibioterapia, desapareciendo los síntomas, y se programa para cirugía preferente. Se realiza abordaje laparoscópico, encontrándose una masa en el seno del mesenterio yeyunal que

respetar su vascularización, por lo que se realiza extirpación y cierre de brecha mesentérica. La anatomía es compatible con quiste mesentérico.

Caso 3: Mujer de 63 años que acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos. A la exploración se palpa una gran masa en FID, con signos de irritación peritoneal. Análiticamente presenta leucocitosis con neutrofilia. El TAC abdominal muestra una lesión quística en flanco derecho de 10 cm de diámetro y líquido libre abundante. Se realiza una laparotomía urgente, encontrándose gran tumoración abdominal dependiente del mesocolon derecho afectando a la vascularización y presencia de abundante líquido libre turbio. Se procede a hemicolectomía derecha reglada. La paciente evoluciona de forma satisfactoria. La anatomía patológica muestra un linfangioma mesentérico, complicado con signos de peritonitis aguda.

Conclusiones: Los quistes mesentéricos son lesiones poco frecuentes que pueden ocurrir en cualquier edad, aunque un tercio se presenta en niños. Es más frecuente en mujeres. Pueden aparecer en cualquier lugar del mesenterio, siendo más frecuente en el del intestino delgado. El cuadro clínico aparece cuando el tumor crece provocando dolor abdominal y se hace aparente a la exploración física, o bien comienza a desplazar órganos vecinos. El abdomen agudo secundario a complicaciones es raro y debe tomarse en cuenta como diagnóstico diferencial en el abdomen agudo con masa palpable. El tratamiento óptimo es la extirpación completa, incluso en casos asintomáticos, salvo en casos de alto riesgo quirúrgico. Cuando el quiste comparte su irrigación con algún segmento intestinal se recomienda su resección. El pronóstico de estos quistes con resección completa es bueno y el número de recidivas muy reducido, por lo que se puede considerar un tratamiento curativo

Fístula vesical: una rara complicación del hematoma de la vaina de los rectos

Mirón Fernández, Irene; Pitarch Martínez, María; Títo García, Alberto; González Sánchez, Antonio Jesús; Cabrera Serna, Isaac; Aranda Narváez, José Manuel; Cabañó Muñoz, Daniel; Nicolás de Cabo, Sara; Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: El hematoma de la vaina de los músculos rectos es una rara entidad con origen traumático o espontáneo, para el que la anticoagulación es el factor de riesgo más importante.

Su presentación más habitual es dolor abdominal agudo asociado a masa palpable en el hemiabdomen, pero puede asociar sobreinfección, síntomas por compresión o síndrome compartimental abdominal.

Caso clínico: Varón de 78 años, con antecedentes de enfermedad arterial periférica por la que se realiza angioplastia bilateral programada requiriendo posteriormente anticoagulación. A los 7 días de la intervención presenta hematoma espontáneo de la vaina de los rectos que requiere embolización de la arteria epigástrica inferior tras fracaso del tratamiento

conservador inicial. Acude a urgencias 5 días tras el alta por dolor abdominal, fiebre y hematuria, realizándose TC abdomen que muestra gran hematoma de pared en FID extendido hacia pelvis, con burbujas en su interior, en íntimo contacto con vejiga existiendo solución de continuidad. Se interviene de forma urgente en colaboración con Urología, evacuando hematoma sobreinfectado con necrosis vesical parcial por contigüidad requiriendo una cistectomía parcial, cistorrafía y sonda vesical temporal. En el postoperatorio presenta fístula vesicocutánea de bajo débito resuelta con tratamiento conservador.

Discusión: Los hematomas de la vaina de los rectos suelen ser autolimitados. Por ello en la mayoría de casos el tratamiento inicial será conservador corrigiendo alteraciones de la coagulación y analgesia. El tratamiento endovascular se reserva para casos de fracaso del tratamiento conservador o inestabilidad hemodinámica, dejando la opción quirúrgica únicamente para hemorragias no controlables por embolización o por aparición de complicaciones asociadas como la de este caso.

La fistulización del hematoma a vejiga ha sido descrita como causa extremadamente infrecuente de hematuria, y debe tenerse en cuenta ante la aparición de esta clínica en el contexto de un hematoma de la vaina de los rectos.

Hernia perineal complicada: abordaje quirúrgico

Romacho López, Laura; Pitarch Martínez, María; Carrasco Campos, Joaquín; González Poveda, Iván; Ruiz López, Manuel; Toval Mata, José Antonio; Mera Velasco, Santiago; Cabañó Muñoz, Daniel Jesús; Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: La hernia perineal es una complicación muy infrecuente (<1%) que puede aparecer tras la cirugía mayor pélvica (fundamentalmente amputación abdominoperineal y exenteración pélvica). El riesgo podría incrementarse por el tabaquismo y la quimio-radioterapia neoadyuvante. En la literatura hay escasas publicaciones disponibles, sin evidencia actual del mejor abordaje.

Caso clínico: Varón de 66 años, intervenido 4 meses antes por neoplasia de recto inferior, previa neoadyuvancia, realizándose amputación abdominoperineal laparoscópica, cuyo postoperatorio cursó con infección de herida perineal.

Ingresa de manera urgente por tumoración perineal que en la última semana se había hecho dolorosa, asociando cambios inflamatorios y fiebre. Dada la existencia de signos de complicación local se decidió intervención quirúrgica urgente, con abordaje abierto abdominal y perineal: en el interior del saco herniario se encontraba un segmento de intestino delgado con signos de inviabilidad, por lo que se realizó una resección intestinal; la reparación herniaria se realizó por vía perineal utilizando una malla de tipo Proceed® con posterior cierre de piel. La principal complicación postoperatoria fue una infección con dehiscencia de la herida perineal. El paciente fue dado de alta con curas domiciliarias, con evolución favorable. Revisado al mes en consulta el paciente estaba asintomático y con granulación completa de la herida

Discusión: Para prevenir esta complicación se han planteado diversas estrategias intraoperatorias, como la realización de colgajos musculares en el cierre perineal o el uso de mallas profilácticas, sin que exista evidencia a favor de las mismas.

En cuanto al tratamiento, se han publicado distintos abordajes (abdominal, perineal o combinado), tanto por vía abierta como laparoscópica, con tendencia a recomendar el uso de la vía laparoscópica cuando sea posible y a no realizar abordajes combinados. En el contexto urgente sólo existe una publicación en la que se utilizó el abordaje abdominal abierto.

Obstrucción intestinal por enclavamiento de cálculo biliar en divertículo de Meckel

Gil Alonso, Laura; De Lebrusant Fernández, Sara; Fernández Zamora, Paola; Tallón Aguilar, Luis; Pérez Huertas, Rosario; Oliva Mompeán, Fernando.

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: El íleo biliar constituye un 5% de las obstrucciones, siendo más frecuente en mayores de 65 años y en mujeres. La causa más común es una fístula biliar, generalmente desde vesícula hacia duodeno. Hasta en un 70% de los casos el cálculo se enclava en el íleon.

El divertículo de Meckel tiene una prevalencia estimada del 2% y suele diagnosticarse incidentalmente, en imagen o intraquirúrgicamente.

Objetivos: Reportamos el caso de un paciente con cuadro de obstrucción intestinal por un cálculo biliar enclavado en la luz de un divertículo de Meckel.

Material y métodos: Paciente de 59 años que presenta dolor abdominal de tres días de evolución, con distensión abdominal, vómitos y dificultad para emitir gases y heces. A la exploración, presenta abdomen distendido, con timpanismo a la percusión, molestias difusas a la palpación sin signos de irritación peritoneal y ruidos hidroaéreos abolidos.

Se realiza tomografía urgente, observándose dilatación de intestino delgado proximal con cambio de calibre en íleon distal, sin objetivar la causa. La vesícula presenta aire en su interior, con imagen sospechosa de fístula colecistoduodenal, y coledocolitiasis múltiple.

Resultado: Se instaura tratamiento conservador, que no es exitoso. Ante la sospecha de íleo biliar se decide intervención urgente.

Se realiza laparotomía exploradora, objetivándose cambio de calibre en íleon distal secundario a un divertículo de Meckel con un cálculo biliar de 3,5cm enclavado. Se realiza sección del divertículo incluyendo el cálculo. No se objetivan otros hallazgos en la exploración.

El paciente cursa con un postoperatorio favorable, realizándose una colangiografía RMN de control en la que se evidencia una fístula colecistoduodenal y coledocolitiasis múltiple. Actualmente se encuentra pendiente de CPRE.

Conclusiones: El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal. Este caso presentado, con cálculo enclavado en divertículo de Meckel, destaca por su particularidad, apenas existiendo casos reportados en la literatura

Intususcepción intestinal. Causa poco frecuente de abdomen agudo

Del Río Lafuente, Francisco; Fernández Zamora, Paola; Valdes Hernández, Javier; Cintas Catena, Juan; Torres Arcos, Cristina; Capitan Morales, Luis

Hospital Universitario Virgen Macarena

La intususcepción o invaginación intestinal es la introducción de forma telescópica de una porción de intestinal en otra generalmente distal, siguiendo los movimientos peristálticos del intestino.

Presentamos el caso de un paciente varón de 57 años de edad que acude al Sº de Urgencias por cuadro de dolor abdominal de 4 días de evolución, intermitente, localizado en región periumbilical acompañado de vómitos y deposiciones muy escasas. No refiere fiebre. El examen físico se caracteriza por la presencia de un abdomen distendido, timpánico a la percusión doloroso en región periumbilical y epigastrio. No se aprecian hernias. Dada la estabilidad clínica del paciente se solicita una tomografía abdominal que nos informa de la dilatación de asas delgado con engrosamiento de la pared compatible con edema y aumento en la densidad de la grasa mesentérica. Líquido libre en cavidad peritoneal en situación perihepática, periesplénica y entre asas. En FID se identifica imagen de remolino de vasos y asas intestinales. es visible imagen compatible con lipoma intestinal en esta localización. No imagen de neumoperitoneo ni neumatosis en pared

Se decide realizar intervención quirúrgica urgente mediante cirugía mínimamente invasiva.

Tras realizar una exploración general de la cavidad se localiza una invaginación de íleon distal en ciego. Se realiza un intento de reducir la invaginación sin éxito. Se realiza una liberación del parietocolico derecho permitiendo la exteriorización del segmento invaginado a través de una ampliación de la puerta de entrada umbilical. Se reduce manualmente la invaginación. Se practica resección intestinal con un margen de 2 centímetros y anastomosis L-L.

El postoperatorio cursa sin incidencias siendo dado de alta en clínica a los 4 días de la intervención.

La invaginación intestinal es una patología excepcional en el adulto (5% de todas las invaginaciones intestinales y menos del 5% de las obstrucciones mecánicas) y generalmente secundaria a procesos orgánicos de la pared intestinal.

Los lipomas submucosos en el intestino delgado representan el 15% de los tumores benignos del intestino, habitualmente son únicos y de tamaño variable. Si bien la mayoría son asintomáticos son una de las causas más frecuentes de invaginación intestinal en el adulto

Las invaginaciones intestinales son una patología con múltiples opciones terapéuticas, que no se encuentran estandarizadas

Vólvulo de ciego

García-Amador, Cristina; Arteaga Peralta, Vladimir; Gonzales Aguilar, Jhonny David; Valenzuela Torres, José; Lopez Marcano, Aylhin; Medina Velasco, Anibal; De La Plaza Llamas, Roberto; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital Universitario Guadalajara

Introducción: El vólvulo cecal (VC) es causa del 1-3% de obstrucciones intestinales, congénito por fusión alterada del mesenterio o adquirido por adherencias, colonoscopias. El tipo I es torsión cecal axial horaria y el II torsión, generalmente antihoraria, de ileon y ciego que quedan ectópicos. El III es la báscula cecal con torsión craneocaudal.

Objetivos: Su diagnóstico tardío conlleva perforación. Se presenta caso con diagnóstico por tomografía computarizada (TC) y revisión bibliográfica.

Material y métodos: Varón, 61 años, con hipertensión, asma y prótesis de cadera izquierda, acude por dolor abdominal difuso y ausencia de tránsito desde hace 18h. A su llegada, afebril, estable, abdomen doloroso, distendido, timpánico, neutrofilia 75,1%, CPK 1630 U/L. La radiografía muestra dilatación de colon ascendente y ausencia de gas distal. La TC muestra en mesogastrio estructuras vasculares ileocólicas arremolinadas, dilatación de colon derecho y parte del colon transversal con calibre de 11cm.

Resultado: Se decide intervención quirúrgica. Se halla VCII desplazado a mesogastrio, sin compromiso vascular, con adherencias de meso a peritoneo de fosa ilíaca derecha. Se realiza adhesiolisis, detorsión y hemicolectomía derecha con anastomosis. Dado de alta al quinto día.

Conclusiones: Su diagnóstico precoz evita complicaciones. La TC en los I y II muestra signo patognomónico de arremolinamiento por torsión axial de ciego, mesenterio y vasos ileocólicos. El enema opaco, con contraste por gravedad para evitar perforación, está contraindicado en necrosis. El tratamiento es quirúrgico. La colonoscopia, con alto riesgo de perforación, es resolutive en <5%. Si no hay compromiso intestinal, en estables, se realiza detorsión y hemicolectomía derecha o resección ileocólica y colopexia si solamente es ciego el no fijado. En inestables, detorsión y cecopexia con opción de cecostomía. Si hay compromiso, no se detorsiona para evitar bacteriemia. Se realiza resección ileocólica o hemicolectomía derecha, con anastomosis en estables y de ileostomía en inestables.

Leiomioma de intestino delgado

García-Amador, Cristina; Arteaga Peralta, Vladimir; González Aguilar, Jhonny David; Valenzuela Torres, José; López Marcano, Aylhin; Medina Velasco, Anibal; De la Plaza Llamas, Roberto; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital Universitario Guadalajara

Introducción: Los tumores de intestino delgado (ID) suponen el 3-5% de los tumores del tracto gastrointestinal. De estos, los leiomiomas tienen una incidencia de 0,5-1,2%. Generalmente asintomáticos, lo más frecuente es un tratamiento

quirúrgico urgente con extirpación debido a una complicación que permite el diagnóstico histológico.

Objetivos: El caso presentado con imágenes radiológicas y de la cirugía permite su conocimiento para sospecharlo en hemoperitoneo, obstrucción intestinal o dolor abdominal de larga evolución.

Material y métodos: Varón, 38 años, acude a Urgencias por dolor y distensión abdominal de 3 horas. No tiene vómitos y presenta tránsito a heces. Afebril y hemodinámicamente estable, tiene dolor difuso con defensa y signos de irritación peritoneal. En la analítica aparece leucocitosis 12200/μl, neutrófilos 78%, PCR 53,8 mg/L, Hb 12,9 g/dL. En la radiografía hay discreta dilatación de asas. Se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste intravenoso en la que se observa líquido libre abundante y numerosas tumoraciones quísticas con afectación intestinal.

Resultado: Se decide intervención quirúrgica urgente. Se observa hemoperitoneo de 2 litros aproximadamente y tumoración que afecta a 20cm de íleon distal, formada por numerosas lesiones quísticas encapsuladas, una de ellas rota de 15cm aproximadamente de diámetro. Se realiza lavado, resección en bloque de íleon afectado y tumoración y anastomosis ileo-ileal. Es dado de alta a los 6 días. La histopatología describe leiomioma ID. A los 2 años en el TC control anual se observa masa en pelvis de 113x81x57mm, polilobulada, delimitada, que no afecta a órganos adyacentes, con sospecha de recidiva. Se realiza cirugía programada con exéresis de tumoración encapsulada con adherencias a vejiga y sigma. La histopatología describe leiomioma.

Conclusiones: Es una patología benigna, generalmente asintomática, que por el tamaño que adquiere desarrolla complicaciones, obstrucción intestinal o hemoperitoneo por rotura, lo que indica cirugía urgente.

Filodes maligno de mama simulador de Carcinoma inflamatorio

Robayo Soto, Paúl; Maes Carballo, Marta; Reyes Moreno, Montserrat; Plata Pérez, Ignacio; Martín Díaz, Manuel; Ferrer García, Guillermo

Hospital Santa Ana de Motril. Granada.

Introducción: El tumor filodes constituye menos del 1% de los tumores de mama y sólo el 2-3% de los de origen fibroepitelial. La clasificación OMS recomienda los términos de tumores filodes benigno, de bajo potencial de agresividad y maligno. Tiene hiperplasia estromal, lo que le diferencia del fibroadenoma. Suele ser prevalente entre los 35 a 55 años y su tamaño medio suele ser de 5 cm.

Caso clínico: Mujer de 49 años sin antecedentes de interés, acude por tumoración grande y dolorosa en mama derecha de pocos meses de evolución. A la exploración: mama derecha pétre, cianótica y con ulceración cutánea. Axilas sin nódulos palpables. Ecografía y mamografía bilateral describe mama con tumoración sólida de límites mal definidos y mamelonados de unos 8 cm. Infiltración subcutánea edematosa muy extensa con amplias zonas fluctuantes retroareolares, compatible con carcinoma inflamatorio. Adenopatía axilar

de 16 x 7 mm con PAAF negativa para malignidad. Biopsia core con hallazgos de marcada esclerosis y proliferación de células fusiformes correspondiente a un proceso reactivo o a tumor mesenquimal, sin atipias ni mitosis. Se realiza mastectomía simple con hallazgo histopatológico de Tumor filodes maligno de 10,8 cm que ulceró la piel. Bordes de resección sin afectación neoplásica.

Conclusiones: El tumor filodes se presenta como una tumoración fibro-elástica, delimitada y no adherida a planos. Raramente da mastodinia. La apariencia radiológica es inespecífica, siendo necesario el diagnóstico diferencial con fibroadenomas y algunos carcinomas bien delimitados.

En caso de tumores muy grandes, la piel puede presentar tinte cianótico debido a alteraciones circulatorias por la compresión tumoral por lo que puede necrosarse y ulcerarse al sobrepasar el límite de la resistencia elástica. El tratamiento es la mastectomía asegurando bordes no afectados con margen de 2 cm.

Nuestra experiencia en tumoraciones glúteas

Escalera Pérez, Raquel; Listán Álvarez, J.C.; Rivero Hernández, I.; Salguero Seguí, G; Mateo Vallejo, F; Montes Posada, E.; Franco Ossorio, J.D.; Medina Achirica, C.; García Molina, F.J.

Hospital de Jerez

Introducción: Los tumores de la región glútea son muy infrecuentes y de causas muy diversas: neurofibromas, quistes hidatídicos, granulomas postpunción, sarcomas etc por lo que es fundamental realizar biopsias para descartar malignidad. Son más frecuentes en mujeres de 40-60 años y dos tercios son benignos.

Objetivos: Presentar diagnósticos poco usuales de la región glútea.

Material y métodos: Presentación de dos casos clínicos intervenidos en el Hospital de Jerez durante el año 2015.

Caso 1: Varón de 36 años que acude por tumoración glútea de 9 meses de evolución no dolorosa con exudado purulento a través del ano. Se realiza RMN donde se objetiva fístula transesfinteriana y tumoración quística de isquioanal de 9x7,5cm de características no inflamatorias.

Caso 2: Mujer de 53 años que presenta lesión quística isquioanal con deformidad glútea de cinco años de evolución. Se realiza RMN visualizándose lesión ocupante de espacio multiloculada quística en región glútea derecha sin restricción en difusión, con iguales características a los estudios previos pero que ha aumentado de tamaño 9x8x7cm.

Resultados: En ambos casos se decide Cirugía.

Caso 1. Se comprueba que se trata de una tumoración de aspecto fibrótico, unicameral, sin contenido, de superficie granular de aspecto de empedrado y necrótico. El estudio anatomopatológico lo define como quiste perirectal xantogranulomatoso.

Caso 2. Se identifica tumoración quística tabicada con contenido mucinoso en su interior por lo que se manda muestra intraoperatoriamente informándose como neoplasia mucinosa. Se realiza resección completa de la misma, el

estudio anatomopatológico lo diagnostica de adenocarcinoma intestinal mucinoso. Se realizan estudios de extensión posteriormente, no encontrándose metástasis a distancia ni otros focos neoplásicos por lo que concluimos que se trata del tumor primario.

Conclusiones: En pacientes sin antecedentes de fístulas o punciones intramusculares es importante la biopsia para conocer el diagnóstico ya que el origen puede ser neoplásico casi en un 33% de los casos.

Es fundamental el abordaje multidisciplinar así como de las pruebas complementarias para realizar un buen planteamiento quirúrgico.

Elastofibroma: serie de casos

Escalera Pérez, Raquel; Salguero Seguí, Guillermo; Socco, Serena; Domínguez Reinado, R; Montes Posada, E; García Molina, J.F.

Hospital de Jerez

Introducción: Los elastofibromas (ED) son tumoraciones benignas de crecimiento lento, no capsuladas, de límites mal definidos y predominantemente subescapulares. La prevalencia es del 2% aunque en series postmortem es mucho mayor. Es más frecuente en mujeres entre 40-60 años. La etiología no está clara pero parece deberse al microtraumatismo repetido produciendo una proliferación reactiva. Es un tumor que capta fluorodesoxiglucosa (FDG) en PET/TC que en estudios de rutina pueden interpretarse erróneamente como una lesión maligna. La RMN de rutina y la punción no estarían indicadas.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en el Hospital de Jerez entre los años 2006-2016

Material y métodos: Estudio retrospectivo de informes clínicos y de anatomía patológica de nuestro hospital comarcal.

Resultados: Nuestra serie en los últimos 11 años consta de 10 pacientes 7 mujeres / 3 varones. La edad media fue de 56 años correspondiendo con la edad típica de la presentación de los elastofibromas. Uno de los casos fue de una mujer de 58 años con elastofibroma bilateral visible macroscópicamente, se intervino por dolor, sólo en esta ocasión se dejó drenaje tipo aspirativo que se retiró a las 96h sin incidencias. Una de las pacientes al año siguiente presentó otro en el lado contralateral. El resto fueron unilaterales. Ninguno hizo recidiva. Todos se diagnosticaron por la clínica y prueba de imagen compatible, sólo uno requirió biopsia ante la duda diagnóstica.

Conclusiones: ED es una tumoración de partes blandas que sólo en el 10% es bilateral.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con lipomas, hemangiomas, sarcomas y fibrolipomas.

No confundir la captación de FDG en PET/TC con una patología maligna.

El tratamiento es quirúrgico cuando son sintomáticos extirpándose por completo con confirmación anatomopatológica.

Abdomen agudo como complicación de fibrotecoma ovárico

Mirón Fernández, Irene; Carrasco Campos, Joaquín; Ruiz López, Manuel; González Poveda, Iván; Toval Mata, José Antonio; Mera Velasco, Santiago; Santoyo Santoyo Julio
Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: El fibrotecoma ovárico representa una entidad infrecuente, perteneciente a los tumores ováricos estromales que representan el 8% de las neoplasias anexiales. De histología mixta (fibromas y tecomas) aparecen en su mayoría en mujeres postmenopáusicas. Se diagnostican por ecografía, como masas hipoeoicas con refuerzo posterior, aunque la mayoría, presenta signos inespecíficos, o TAC, como masas sólidas con retraso en la acumulación de contraste.

Dado su carácter benigno, la resección quirúrgica suele ser curativa. En un pequeño porcentaje se complica, por torsión si son de gran tamaño o con un Síndrome de Meigs concomitante en casos más excepcionales (1%).

Caso clínico: Mujer de 66 años, diagnosticada de astrocitoma grado IV que acude a Urgencias por dolor abdominal de varios días de evolución intensificado en las últimas horas. Sensación febril sin alteración del hábito deposicional ni vómitos. Presenta desconexión del medio con exploración de abdomen agudo.

En el TAC se objetiva gran masa intraabdominal, neumoperitoneo supramesocólico y líquido libre, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente, con hallazgos de peritonitis purulenta difusa, gran masa tumoral de unos 20cm, heterogénea y necrosada que ocupa desde pelvis hasta zona umbilical. Se realiza resección de la tumoración, lavado de la cavidad y exploración quirúrgica de todo el abdomen sin encontrar otra causa que justifique el cuadro.

Presenta buena evolución durante el postoperatorio, que fue de 8 días, siendo dada de alta sin incidencias.

Discusión: A pesar de la benignidad de esta entidad clínica, se han descrito casos de su asociación con peritonitis esclerosante. Sin embargo, tras revisión de la literatura, no hay casos descritos de evolución a peritonitis purulenta. Dada la gravedad del cuadro, debería tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en abdomen agudo de pacientes postmenopáusicas.

Enucleación como alternativa a la dpc en el tratamiento quirúrgico del insulinoma

Ortega Higuero, Rubén; Pérez Alonso, Alejandro J.; Pérez Durán, Carmen; González Sendra, Rodolfo; Capitán Vallvey, José María

C.H. Jaén

Objetivos: Presentar un caso clínico de insulinoma localizado en proceso uncinado de páncreas en una paciente de muy alto riesgo.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 77 años con antecedentes personales de obesidad mórbida, no alergias cardiopatía HTA con insuficiencia mitral moderada. Acude a Urgencias por decaimiento, oliguria y ma-

lestar general, lo que precisa ingreso hospitalario. Evolución tórpida con alteraciones hidroelectrolíticas graves, marcada hiponatremia (Na=105) e hipopotasemia (K=2,7), frecuentes hipoglucemias (30-40mg/dL) difíciles de controlar por lo que se decide ingreso en UCI.

En las pruebas complementarias (RMN) lesión intrapancreática en el vértice inferoanterior del proceso uncinado, de apariencia exofítica y que protruye sobre los planos peripancreáticos anteriores, de dm aproximado máximo 21mm aparentemente sólida con realce de contraste, hipointenso en T1 y T2. Relativamente inespecífico aunque no excluyente de insulinoma. Se decide intervención quirúrgica programada.

Resultado: Se realiza laparotomía exploradora en la que se observa lesión de unos 2 cm localizada en proceso uncinado, lo cual se comprueba tras realización de ecografía intraoperatoria. Se procede a sección de la tumoración utilizando Ligasure®.

A la salida de quirófano la paciente fue a UCI donde tras una evolución favorable fue trasladada a planta. Alta al 6º día tras un posoperatorio sin incidencias.

Loa resultados de Anatomía Patológica; tumor endocrino bien diferenciado: secretor de insulina, ausencia de invasión vascular y perineural, márgenes quirúrgicos negativos. Factores de conducta biológica incierta: tamaño tumoral \geq 2cm (el tumor tiene 2,6x2,3cm), mitosis de 2-10 por campo de gran aumento (CGA): el tumor tiene menos de 1 mitosis/CGA, Ki67 positivo en más del 2% de las células tumorales: el tumor es positivo en <2% de las células neoplásicas.

Conclusiones: Se consideró que la mejor opción quirúrgica fue la enucleación debido al tamaño y a la localización de la lesión ya que permite proteger el resto del parénquima pancreático y evitar la diabetes postoperatoria. La paciente al alta no tuvo complicaciones derivadas de la cirugía y consiguió un adecuado control glucémico. En la bibliografía revisada se recomienda la enucleación en tumores menores de 2 cm, sin angioinvasión, con índice mitótico inferior al 2% y sin metástasis ganglionares o a distancia. Además, también recomienda la enucleación en el insulinoma por su carácter benigno (95%), por delante de otras técnicas más agresivas, de ahí el interés del caso descrito.

Paraganglioma incidental en paciente con HTA de difícil control

Domínguez Bastante, Mireia; Molina Raya, Andrea; Ferrer Castro, Carmen; Fernández Segovia, Elena; Navarro Sánchez, Daniel; Muffak Granero, Karim; Egozcue Ioisel, Josephine ; Jiménez Ríos, José Antonio; Fundora Suárez, Yiliam

Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: Los paragangliomas son tumoraciones del sistema parasimpático extraadrenal. Representan el 0,1% de las causas de HTA aunque más del 80% se manifiestan por difícil control de la misma.

Objetivo: presentar el caso de una paciente con HTA de difícil control secundaria a paraganglioma.

Material y método: Mujer de 75 años con HTA de difícil

control a pesar de 4 fármacos. Se realiza ecografía Doppler que revela masa retroperitoneal de 4x2cm en contacto con cabeza de páncreas. Se completa el estudio con TC confirmando los hallazgos como posible paraganglioma o tumor neuroendocrino (TNE). Para establecer el diagnóstico diferencial entre TNE y paraganglioma, se realiza PET/TC mostrando captación a nivel precava sugerente de patología neoplásica y gammagrafía, siendo negativa para expresión MIBG. En analíticas de sangre y orina no mostraba aumento de noradrenalina o metabolitos, ni aumento de hormonas. Se amplía estudio con RM, objetivándose masa de 3,2cm posterior a la cabeza del páncreas que llega al espacio precava, con diagnóstico de presunción de paraganglioma.

La paciente no desea intervenir, y se decide seguimiento con PET/TC que informa crecimiento de la tumoración en 9 meses, pudiéndose tratar de un TNE pediculado de cabeza de páncreas. Ante la discrepancia clinicoradiológica, se realiza ecoendoscopia con PAAF, informada como TNE. Finalmente, se interviene, realizándose laparotomía exploradora, extirpándose tumoración retroduodenal supracava adherida medialmente a zona distal del colédoco.

Resultados: Tras un postoperatorio favorable, fue dada de alta al quinto día tras la intervención con buen control tensional. La anatomía patológica mostró un paraganglioma benigno.

Conclusiones: Ante pacientes con HTA de difícil control es importante descartar paragangliomas, ya que la cirugía normaliza la TA en muchos casos. Nuestra paciente ofrecía importantes dudas diagnósticas pero ante la persistencia de la clínica y la posibilidad de malignidad, la cirugía debe ser considerada como la mejor opción terapéutica.

Endometriosis intestinal simulando neoplasia colorrectal: un reto diagnóstico

Triguero Cabrera, Jennifer; González Martínez, Selene; Vico Arias, Ana Belén; Segura Jiménez, Inmaculada; Conde Muiño, Raquel; Huertas Peña, Francisco; Palma Carazo, Pablo

Hospital Virgen de las Nieves (Complejo Hospitalario Universitario de Granada)

Introducción: La endometriosis es una enfermedad benigna común en las mujeres en edad reproductiva, pero la localización intestinal, y más aún colónica es inusual.

Su presentación clínica inespecífica y la presencia de hallazgos en la colonoscopia y en las pruebas de imagen similares a lesiones malignas, hacen de esta patología un verdadero reto diagnóstico para el cirujano.

Objetivo: Presentamos el caso de una paciente perimenopáusica, con antecedente de dos abortos, que debutó con síntomas típicos de cáncer colorrectal y fue estudiada y tratada con este diagnóstico de sospecha.

Material y método: Mujer de 41 años, que consultó por clínica de dolor abdominal tipo cólico, asociado a alternancia de diarrea y estreñimiento, rectorragia ocasional y pérdida ponderal de 15 kg.

En la colonoscopia se visualizó una lesión neoformativa

a 16 cm del margen anal, que ocasionaba rigidez y estenosis, impidiendo el paso del endoscopio. El resultado de la biopsia reveló ausencia de infiltración neoplásica en los segmentos remitidos, con la presencia de algunos cambios displásicos focales.

La tomografía computarizada (TC) abdominopélvica mostró hallazgos sugerentes de neoplasia localizada en la unión rectosigmoidea con probable afectación uterina. El estudio de extensión se completó mediante la realización de un PET-TC con 18-FDG que tan solo detectó una fuerte captación a nivel del rectosigma, sin otras lesiones hipercaptantes a distancia.

Ante la alta sospecha de neoplasia colorrectal, se propuso la realización de una laparoscopia exploradora, con hallazgo de una gran lesión neoformativa en la unión rectosigmoidea, que infiltraba macroscópicamente el útero. Se realizó resección en bloque de recto-sigma y útero, con restablecimiento de la continuidad intestinal mediante anastomosis colorrectal termino-terminal mecánica, que se finalizó mediante abordaje convencional debido a grandes dificultades técnicas.

El examen anatomopatológico demostró colonización masiva de la cara anterior del rectosigma por endometriosis profunda que se extendía a los tejidos blandos perirrectales y a la pared uterina posterior, con bordes de resección libres.

Resultados: El postoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones, siendo dada de alta al 5º día postoperatorio. Posteriormente recibió tratamiento supresor hormonal con análogos de la GnRH, con remisión completa de la clínica y sin recidiva en las pruebas de imagen de control.

Conclusiones: La endometriosis intestinal es una patología poco frecuente, pero que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de toda paciente en edad reproductiva con síntomas digestivos inespecíficos o hallazgo de masa intestinal con diagnóstico incierto.

La biopsia endoscópica tiene un papel limitado ya que la capa mucosa no suele afectarse, por lo que la mejor biopsia es la escisional.

La cirugía debe indicarse en caso de dudas diagnósticas o exacerbación de los síntomas. El tratamiento quirúrgico estandarizado es la laparoscopia exploradora con resección en bloque de todo el tejido macroscópico visible con el objetivo de evitar recidivas y obtener una remisión de la sintomatología.

Sistema de presión negativa combinado con malla de polipropileno y separación de componentes mínimamente invasiva como método de cierre fascial precoz en el abdomen abierto

De Soto Cardenal, B.; López Ruiz, J.A.; Tallón Águilar, Luis; Marengo De La Cuadra, B.; López Perez, J.; Oliva Mompean, F.

Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

Introducción: El abdomen abierto es una técnica con una alta morbilidad, que se incrementa con el tiempo.

Objetivo: Presentamos el caso de un paciente en el que la

combinación de la presión negativa, malla de polipropileno y separación de componentes permitió un cierre fascial precoz.

Material y Método: Presentamos el caso de un varón de 17 años de edad sin antecedentes de interés, que acude a urgencias con dolor abdominal a los 7 días de sufrir un accidente de tráfico. Es diagnosticado de una perforación cecal, realizándose resección segmentaria de colon con anastomosis primaria. A los cinco días, el paciente entra en shock séptico por dehiscencia de sutura ileocólica. Se interviene de urgencia, realizándose resección de anastomosis e ileostomía terminal, decidiéndose dejar el abdomen abierto debido a la imposibilidad de no provocar un síndrome compartimental. Como método de cierre temporal se colocó un sistema Abthera (KCI). A las 72h, se evidencia que persisten las condiciones que impiden el cierre de la pared, por lo que se decide asociar al sistema de vacío una separación de componentes N1 mínimamente invasiva y colocación de malla de polipropileno suturada a la aponeurosis anterior por encima del sistema Abthera para evitar la retracción fascial. Se realizaron recambios del Abthera cada 72 horas mediante sección de la malla y aproximación progresiva, consiguiéndose el cierre fascial en el 2º recambio.

Resultado: Tras el pase a planta de cirugía presentó buena evolución clínica presentando como complicación una colección a nivel preperitoneal.

Conclusiones: El uso de terapias combinadas con presión negativa y biomateriales consigue reducir la retracción fascial, permitiendo aproximación progresiva de los bordes aponeuróticos hasta conseguir el cierre de la pared. Añadir la separación de componentes N1 mínimamente invasiva permite reducir el tiempo de abdomen abierto, al conseguir una mayor aproximación de los bordes aponeuróticos.

Quiste hidatídico, dos casos de localizaciones infrecuentes

Suárez Cabrera, Aurora; López Ruiz, José Antonio; Tallón Aguilar, Luis; Marenco De la Cuadra, Beatriz; López Pérez, José

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: Presentamos dos casos de hidatidosis ósea, localización que suele ser diagnosticada de manera casual. El diagnóstico de sospecha se basa tanto en la serología como en los hallazgos radiológicos. La tomografía computarizada (TC) y la RM permiten valorar las estructuras afectadas y sus relaciones anatómicas mejor que la Radiología simple.

Objetivos: Recordar la posibilidad esta localización infrecuente (1-2%) como grave, su diagnóstico, evolución y tratamiento.

Material y métodos: Caso 1: Paciente de 54 años con antecedentes personales de VIH (diagnosticado en 1992, en estadio C3), toxoplasmosis cerebral en 1999 y VHC, diagnosticado de hidatidosis ósea en pala ilíaca derecha en 2001, ha sido intervenido en múltiples ocasiones, con resección parcial de hueso ilíaco. En tratamiento con Albendazol y Prazicuantel, manteniéndose la enfermedad activa por lo que se instaura tratamiento supresor crónico. Presenta una fístula crónica

con drenaje de material hidatídico, realizándose exéresis del trayecto fistuloso, legrado de trabéculas con material hidatídico y colocación de drenajes. Marsupialización de la herida.

Caso 2: Paciente de 61 años con antecedentes personales de BAV 1º, VHB, diagnosticado de hidatidosis ósea en fémur derecho en 1994, intervenido en 4 ocasiones por recidiva de la enfermedad con colocación de prótesis de cadera derecha y posterior exéresis de quiste en psoas ilíaco en 2014. El paciente realiza tratamiento con Albendazol en el postoperatorio.

Resultados: Ambos pacientes presentaron múltiples recidivas de la enfermedad, sin resolución de la enfermedad en el momento actual. Precisarón varias intervenciones quirúrgicas para resección de quistes y de material hidatídico.

Conclusiones: En nuestros pacientes fue posible la confirmación anatomopatológica aunque se recomienda evitar las biopsias ante el riesgo de diseminaciones. El tratamiento ideal es la cirugía radical asociada a tratamiento médico de forma pre y postoperatoria. Se recomienda administrar albendazol (10 mg/kg/día). La asociación con prazicuantel podría mejorar su eficacia, pero faltan más estudios para confirmarlo. Se desaconseja la colocación de prótesis.

Hernia obturatriz como causa poco frecuente de obstrucción intestinal

Mogollón González, Mónica; Triguero Cabrera, Jennifer; Navarro Sánchez, Daniel; Arcelus Martínez, Juan Ignacio; Fundora Suárez, Yiliam; Jiménez Ríos, Juan Antonio

Hospital Virgen de las Nieves, Complejo Hospitalario Universitario de Granada (CHUG)

Introducción: La hernia obturatriz es una patología infrecuente que supone un 1,4% de todas las hernias de pared abdominal y causa un 0,2-1,6% de las obstrucciones intestinales en nuestro medio. Carece de signos y síntomas específicos, asociando una elevada tasa de estrangulación y mortalidad debido al reto diagnóstico preoperatorio que supone.

Material y métodos: Paciente de 77 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus e HTA. Ingresó por cuadro de dolor abdominal, vómitos y ausencia de tránsito intestinal de 24 horas de evolución. En la analítica destacaba leucocitosis ($13 \times 10^3/\text{mm}^3$), neutrofilia (90%), LDH 795UI/l y ácido láctico 3,3mmol/l. Presentaba abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación profunda, sin ruidos hidroaéreos, no palpándose hernias inguinales ni crurales. La tomografía axial computarizada abdominal informó de marcada dilatación de yeyuno e íleon con cambio de calibre en región obturatriz derecha, identificando saco herniario de 4x2,5cm con asa de íleon preterminal en su interior.

Se decidió intervención quirúrgica urgente con acceso al saco herniario mediante incisión inguinal derecha sobre el borde interno del triángulo de Scarpa, comprobando la viabilidad del asa intestinal. Se aplicó cilindro de malla de PTFE ajustada al orificio.

Resultados: La paciente presentó buena evolución postoperatoria.

Discusión: Las hernias obturatrizes son procesos poco frecuentes en los que la rigidez del orificio osteotendinoso del

agujero obturador conduce a una alta tasa de estrangulación del intestino herniado, alcanzando cifras de mortalidad de hasta el 40%.

El diagnóstico preoperatorio suele ser incidental, ya que en la mayoría de los casos antes de la obstrucción estas hernias permanecen asintomáticas o presentan dolor irradiado a la cara interna del muslo (signo de Howship-Romberg) que frecuentemente se confunde con un proceso osteoarticular.

La sospecha de hernia obturatriz debe contemplarse en cualquier diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal, dada la importancia del diagnóstico precoz para el adecuado manejo del enfermo.

Tumores retroperitoneales múltiples con diagnóstico de liposarcoma

Molina Raya, Andrea; Mansilla Rosello, Alfonso; Díez Vigil, José Luis; Álvarez Martín, María Jesús; Domínguez Bastante, Mireia; Ferrer Castro, Carmen; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Introducción: El liposarcoma es un tumor indoloro de crecimiento lento localizado habitualmente en retroperitoneo y extremidades.

La multifocalidad es infrecuente (1%).

Su tratamiento es quirúrgico, pudiendo asociar quimio o radioterapia (poco eficaces).

El pronóstico depende de la localización. El subtipo esclerosante, la multifocalidad y la ruptura del tumor se consideran factores independientes de mal pronóstico.

Objetivo: Presentar un liposarcoma retroperitoneal múltiple.

Caso clínico: Mujer de 24 años sin antecedentes. Valorada en Ginecología tras sangrado yatrógeno por anticonceptivos; sin sintomatología previa asociada. Refiere dificultad para miccionar con ITUs de repetición en los últimos meses. La ECO transvaginal evidencia masa en fosa ilíaca izquierda y se solicitan TC y RMN evidenciando: “dos masas sólido-quísticas situadas espacios retroperitoneal y extraperitoneal pélvico izquierdos; una craneal, de 6,3 x 5,2 x 10 cm, lateral a la aorta, anterior al músculo psoas, a la altura de los cuerpos vertebrales L3-L5 sin dependencia con los agujeros de conjunción que ocasiona ureterohidronefrosis izquierda; la caudal, de 4 x 3,5 x 4 cm, en hemipelvis izquierda, medial a los vasos ilíacos y lateral al recto, desplazando anteriormente el anejo”.

Se coloca catéter doble J izquierdo e intraoperatoriamente evidenciamos tumores retroperitoneales: paravertebral y pararectal izquierdas bien delimitadas, sin infiltración de órganos vecinos.

Se realiza extirpación en bloque, apendectomía profiláctica y se extraen adenopatías para-aórticas.

Anatomía patológica definitiva: “liposarcoma bien diferenciado de tipo esclerosante que contacta focalmente con el límite de escisión quirúrgica en ambas lesiones; adenopatías reactivas”.

Resultados: Postoperatorio sin incidencias; dada de alta al 5º día.

Se presenta en sesión oncológica multidisciplinar, decidiéndose no realizar tratamiento coadyuvante, con seguimiento estrecho.

Conclusión: Aunque la multifocalidad es una forma muy rara de presentación hay que tener en cuenta su diagnóstico en tumores múltiples retroperitoneales.

Su tratamiento no difiere de los casos en que se presenta de forma aislada.

Lavado laparoscópico en abdomen agudo por debut severo de enfermedad de Crohn

Domínguez Bastante, Mireia; Vadillo Calles, Francisco; Navarro Sánchez, Daniel; Fernández Segovia, Elena; Ferrer Castro, Carmen; Molina Raya, Andrea; Segura Jiménez, Inmaculada; Huertas Peña, Francisco; Conde Muiño, Raquel; Palma Carazo, Pablo

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tipo Crohn es transmural y puede presentar manifestaciones sistémicas. Las indicaciones de cirugía urgente se limitan a obstrucción o perforación.

Objetivo: presentar el interesante caso de un debut de EC sistémica y el tratamiento individualizado del hallazgo abdominal.

Paciente y método: Mujer de 32 años sin antecedentes de interés que consulta por dolor abdominal, fiebre vespertina, diarrea de 2-3 deposiciones diarias con sangre y moco, proctitis de ambos tobillos y rodillas y pioderma gangrenoso. Ingresó en Digestivo con sospecha de debut grave de EII. No evoluciona favorablemente a pesar de tratamiento con corticoterapia a dosis plenas, con difícil control del dolor y deposiciones diarreicas con sangre que llegan a ser anemizantes.

Mediante colonoscopia con biopsias, se confirma la enfermedad de Crohn (EC), con actividad endoscópica grave. Se inicia el estudio para tratamiento con biológicos, realizándose ecografía que informa engrosamiento parietal del sigma con líquido libre tipo exudado en espacio perihepático, periesplénico, transcavidad, parietocólicos y pelvis con imágenes sugerentes de neumoperitoneo. Ante estos hallazgos y el empeoramiento de parámetros de infección e inflamación aguda, se decide laparoscopia exploradora urgente, evidenciándose peritonitis purulenta de los cuatro cuadrantes. Al no objetivar perforación ni estenosis de sigma, se decide no resear, sino lavado y drenaje.

Resultados: Tras la intervención, presentó importante mejoría clínica, normalizándose su analítica. Fue dada de alta veinte días después, asintomática. Actualmente, se encuentra en seguimiento por Cirugía, Digestivo y Reumatología, en terapia con infliximab.

Conclusiones: Nuestro caso subraya que pese a la sospecha de complicación intestinal, dado que los hallazgos intraoperatorios no mostraron necesidad de resección, se optó por el tratamiento más conservador posible, eliminando el foco séptico, facilitando la recuperación y el tratamiento con biológicos.

gicos. Este caso resalta la necesidad de amplia comunicación entre digestólogos y cirujanos en el manejo de la EII.

Hernia diafragmática secundaria a cirugía torácica

Domínguez Bastante, Mireia; Ferrer Castro, Carmen; Molina Raya, Andrea; Navarro Sánchez, Daniel; Fernández Segovia, Elena; Villegas Herrera, M^a Trinidad; Segura Jiménez Inmaculada; Fernández Cano, María del Carmen; Jiménez Ríos, José Antonio

Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: Entre las causas adquiridas de las hernias diafragmática se encuentran los traumatismos y la cirugía, por lesión del nervio frénico y debilitamiento de la musculatura posterior o por resecciones diafragmáticas durante la cirugía.

Objetivo: presentar el caso de un paciente con hernia diafragmática secundaria a cirugía torácica.

Material y método: Varón de 58 años con antecedentes de carcinoma epidermoide de laringe intervenido con radioterapia posterior, portador de traqueostomía definitiva, que presenta neoplasia epidermoide de pulmón en el lóbulo inferior izquierdo. Es intervenido, realizándose lobectomía inferior izquierda con sección de unos 15 cm de diafragma, infiltrado por la tumoración colocándose malla de GoreTex para cubrir el defecto. En el postoperatorio inmediato, el paciente cursa con dilatación gástrica, dolor abdominal, estreñimiento y vómitos. Se le realiza TC torácica informada como ocupación en hemitórax izquierdo por parte del estómago y ángulo esplénico del colon. Ante estos hallazgos, se decide laparoscopia exploradora urgente, evidenciándose gran defecto del diafragma secundario a dehiscencia de la sutura de la malla con salida del contenido abdominal hacia el tórax. Tras una laboriosa disección, no se consigue reducir por completo la hernia, convirtiéndose a cirugía abierta. Finalmente, se redujo el contenido y se colocó una nueva malla de GoreTex de mayor tamaño, cubriendo el defecto, fijándola con puntos de sutura.

Resultados: El postoperatorio cursó de forma favorable, con desarrollo de íleo paralítico que se resolvió con dieta absoluta y sonda nasogástrica. Finalmente, fue dado al alta al séptimo día tras la reintervención.

Conclusiones: El seguimiento postoperatorio de los pacientes con resecciones diafragmáticas debe ser estrecho ya que ante clínica de obstrucción intestinal e insuficiencia respiratoria, hay que sospechar dehiscencia de sutura diafragmática con herniación de contenido abdominal procurando un pronto diagnóstico ya que el tratamiento es quirúrgico en todos los casos y no debe demorarse.

Manejo no quirúrgico en politraumatismo grave por accidente de motocicleta

Dios Barbeito, Sandra; Durán Muñoz-Cruzado, Virginia; Pareja Ciuró, Felipe; Rubio Manzanares-Dorado, Mercedes; Martín García, Cristobalina, López Bernal, Francisco; Padillo Ruiz, Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: Los traumatismos son una causa importante de mortalidad, la mayoría por accidentes de tráfico. Pese a que muchos son politraumatismos graves, se ha logrado alta tasa de éxito con manejo no quirúrgico.

Objetivos: Presentamos el caso de un politraumatizado grave con manejo no quirúrgico de sus lesiones tóraco-abdominales.

Material y métodos: Varón de 32 años, portador de casco, que sufre accidente de motocicleta con traumatismo de alta energía. A su llegada consciente y orientado, estable respiratoria y hemodinámicamente, con puntaje 15 en la escala de Glasgow y normotérmico. Radiografía pélvica sin hallazgos, ensanchamiento mediastínico en la de tórax.

Ante politraumatismo de alta energía y hemodinámica normal, realizamos BODY-TAC objetivando rotura de aorta torácica tipo IV, además de microrrotura vesical grado I y laceraciones de órganos sólidos: grado II esplénica, grado II hepática con signos de sangrado activo y grado IV renal derecha. Se plantea colocación percutánea urgente de endoprótesis aórtica, seguida de arteriografía esplénica, hepática y renal derecha sin sangrado activo, por lo que se decide manejo no quirúrgico y sondaje vesical.

Tras colocación de drenaje endotóraco por hemotórax izquierdo y débito hemático de 500 cc, la evolución es favorable, siendo extubado al 4º día. El 8º día se traslada a planta tras TAC con mejoría de las lesiones, y es alta 10 días más tarde.

Actualmente, 22 meses después, el paciente no presenta secuelas significativas.

Resultados: Nuestro paciente presenta una puntuación 50 de la "Injury Severity Scale" (ISS), en la que valores superiores a 15 establecen politraumatismo grave. A pesar del alto riesgo, evolucionó satisfactoriamente con manejo conservador, lo que ha sido crucial para su rápida y favorable evolución.

Conclusiones: El tratamiento no quirúrgico de las lesiones tóraco-abdominales en pacientes hemodinámicamente estables tiene altas probabilidades de éxito incluso en politraumatismos graves.

Migración intraluminal de drenaje de Penrose a través de orificio fistuloso gástrico como causa de la persistencia de fistula tratada mediante endoprótesis

Castillo Tuñón, Juan Manuel; Gila Bohórquez, Antonio; Domínguez-Adame Lanuza, Eduardo

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: La fistula gástrica tras gastrectomía vertical laparoscópica perpetuada por tubo de drenaje ha sido raramente reportada. El diagnóstico depende más de pruebas complementarias como la esófago-gastroenterografía y TC (tomografía computarizada) tóraco-abdominal. El tratamiento, en un principio y con paciente estable, debe ser conservador, incluyendo la administración de nutrición parenteral, fármacos como la somatostatina, antibióticos y dieta absoluta.

Material y métodos: Presentamos varón de 30 años con obesidad mórbida sometido a cirugía bariátrica mediante gastrectomía vertical laparoscópica. Tras dos días de alta domiciliaria, acude por fiebre, dolor abdominal y vómitos, así como leucocitosis y PCR (proteína C reactiva) elevada. La TC (tomografía computarizada) muestra aumento de la densidad grasa con pequeña cantidad de líquido libre junto a cámara de neumoperitoneo. Se diagnostica de dehiscencia parcial craneal de la sutura de la gastrectomía vertical con necesidad de cirugía urgente donde se realiza nueva sutura de la zona dehiscente y se dejan dos drenajes de Penrose, uno en la vecindad y otro en el espacio de Morrison. En el post-operatorio, presenta evolución tórpida diagnosticándose de fístula gástrica, decidiéndose colocación endoscópica de endoprótesis. La paciente mantiene la clínica, realizándose nueva endoscopia que evidencia ruptura de la endoprótesis y migración del Penrose a la cavidad gástrica por el orificio fistuloso. Se retira el mismo junto a la endoprótesis, disminuyendo en días posteriores el débito siendo dada de alta sin más incidencias.

Discusión: Los drenajes son usualmente utilizados en cirugía abdominal. El diagnóstico de cuadro a estudiar se sospechó por el antecedente quirúrgico de dehiscencia de la paciente y la colocación de los drenajes. El diagnóstico es difícil. Según las referencias consultadas el drenaje empleado debe ser retirado lo más precozmente tras la cirugía. Recomiendan además colocarlos en lugares que eviten contacto directo con estructuras vasculares, orgánicas o anastomosis. En nuestro caso, se colocó en la vecindad de la dehiscencia, migrando el mismo a la línea de sutura gástrica. El tratamiento se realiza conservadoramente con retirada del drenaje previo lavado de la cavidad. Al coincidir con la endoprótesis anteriormente colocada, se tuvieron que retirar conjuntamente ambas. Se recomienda el uso de somatostatina, nutrición parenteral y antibioterapia empírica.

Conclusiones: Es un cuadro infrecuente cuyo diagnóstico es con pruebas complementarias. Si no presenta signos de peritonitis aguda, debe ser conservador, con retirada del drenaje y administración paralela de somatostatina, antibióticos y nutrición parenteral.

Absceso Esplénico en paciente sin factores de riesgo: una entidad infrecuente en un paciente atípico

Castillo Tuñón, Juan Manuel; Gila Bohórquez, Antonio; Domínguez-Adame Lanuza, Eduardo

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: El absceso esplénico es una entidad infrecuente con una incidencia variable del 0,07 al 0,14%. Situaciones de inmunodepresión (terapias adyuvantes, trasplantes y determinadas infecciones) están cambiando dicha cifra. La endocarditis bacteriana es la etiología más frecuente, siendo la vía hematogena la diseminación más descrita.

Material y métodos: Paciente de 70 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por dolor abdominal y fiebre vespertina. Estado general regular con palidez mucocutánea, taquipneico con leve tiraje respiratorio, con tendencia

a la hipotensión y fiebre de 39,5°. Abdomen blando y deprimible, doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo con signo de Rovsing positivo. La analítica transcribe leucocitos y neutrofilia con elevación de PCR. La TC (tomografía computarizada) describe lesión en tercio medio esplénico y colección periesplénica. Se decide intervención quirúrgica urgente realizando esplenectomía total vía laparotómica.

Resultados: En el post-operatorio inmediato presenta derrame pleural izquierdo que se resuelve mediante colocación de tubo de tórax siendo alta al sexto día sin más incidencias.

El estudio histológico de la pieza describía absceso esplénico siendo las pruebas de detección bacteriológica, la antigenemia para E. Granulosus y estudio inmunohistoquímico con CD30 negativos.

Discusión: El número de referencias en la literatura científica es escaso con publicación de casos clínicos o series de casos cortas.

La etiología es muy variada así como la vía de infección. Los más frecuentes son los Cocos Gram + (estafilococos, enterococos y estreptococos), si bien, en pacientes con inmunosupresión severa, son más frecuentes las infecciones por M. Tuberculosis. En nuestro caso, las pruebas serológicas e histológicas no pudieron diagnosticar la etiología infecciosa entrando, por tanto, en el 5% de los casos considerados idiopáticos siendo, además, un paciente sano sin factores de riesgo.

La diseminación hematogena es la más frecuente, siendo la más probable en nuestro paciente.

La clínica es inespecífica con elevación de parámetros inflamatorios en las analíticas de rutina, situación dada en nuestro caso, el cual presentaba únicamente dolor abdominal más acentuado en hipocondrio izquierdo y fiebre.

Es la TC (tomografía computarizada) con contraste intravenoso es la prueba de imagen con mayor sensibilidad, siendo de elección en nuestro caso donde se describía con nitidez una lesión redondeada heterogénea con contenido de alta densidad periesplénico.

El tratamiento conservador con antibioterapia de amplio espectro describe una mortalidad cercana al 100% por lo que el abordaje quirúrgico o el drenaje percutáneo son, en la mayoría de los casos, necesarios junto a una cobertura antibiótica empírica, que en los pacientes inmunodeprimidos, debe incluir antimicótico y tuberculostáticos.

En nuestro caso, se realizó cirugía urgente (por los signos que indicaban septicemia como la hipotensión, taquicardia y leucocitosis elevada) junto a cobertura antibiótica empírica que en nuestro medio se basa en el uso de betalactámicos con inhibidores de la betalactamasa o una cefalosporina de tercera generación.

Conclusiones: Se trata de un cuadro clínico-patológico infrecuente cuyo diagnóstico debe realizarse con la sospecha del mismo. La clínica es inespecífica siendo la prueba de imagen más sensible la Tomografía computarizada.

El tratamiento, según la evidencia científica actual, debe combinar el abordaje quirúrgico o drenaje percutáneo junto a tratamiento antibiótico empírico.

Doble aneurisma de tronco celiaco y arteria mesentérica superior como causa de dolor abdominal

Castillo Tuñón, Juan Manuel; Gila Bohórquez, Antonio; Domínguez-Adame Lanuza, Eduardo

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: Los aneurismas del territorio esplácnico son infrecuentes. Sin embargo, asocian una elevada morbimortalidad. Es fundamental tenerlos en cuenta ante el diagnóstico diferencial de un abdomen agudo en urgencias. Las opciones de tratamiento actuales son múltiples estando la quirúrgica sustentada en las características de los mismos y la situación clínica del paciente.

Material y métodos: Presentamos un varón de 56 años de edad sin antecedentes de interés que presenta un cuadro de dolor abdominal agudo, epigástrico y cólico asociado a náuseas y vómitos. A la exploración el paciente se encuentra hemodinámicamente estable con TAS (tensión arterial sistólica) de 120 mmHg y TAD (tensión arterial diastólica) de 70 mmHg a 110 spm, eupneico con saturación de oxígeno en hemoglobina del 99%. Abdomen sin hallazgos patológicos. Se decide realización de TC (tomografía computarizada) de abdomen en el que se evidencian dos aneurismas en tronco celiaco y arteria mesentérica superior. Debido a la situación estable hemodinámica del paciente se decide, junto al servicio de Hemodinámica de nuestro centro hospitalario, manejo conservador.

Discusión: Se trata de una patología vascular infrecuente cuyo manejo está limitado a escasas guías clínicas. Tan sólo 71 casos de aneurisma de la arteria mesentérica superior y 12 casos de aneurisma del tronco celiaco descritos en la literatura. Su presentación, habitualmente, es inespecífica manifestando, la mayoría de las veces, dolor epigástrico irradiado a la espalda. En nuestro caso, presentaba dolor abdominal a nivel epigástrico y cólico asociado a náuseas y vómitos. El diagnóstico se realiza mediante pruebas complementarias como la angioTC (angiografía computarizada). Ello permitirá determinar el diámetro de la aneurisma cuyas referencias, establecen que a partir de 1,5 cm está indicado la colocación de endoprótesis vía endovascular. En nuestro caso, la medida fue de 1,1 cm. Así mismo, la literatura establece que la situación hemodinámica del paciente determinará el manejo conservador del mismo (normotenso y frecuencia cardíaca normal). En nuestro caso, dada la estabilidad del paciente, se decide manejo conservador mediante tratamiento sintomático del dolor y revisiones en consultas externas de nuestro centro.

Conclusiones: Se trata de una patología infrecuente con pocos casos descritos en la literatura. El diagnóstico suele establecerse con la angioTC debido a que la clínica es inespecífica. El manejo dependerá de la estabilidad hemodinámica del paciente y la medida del diámetro aneurismático detectado en la prueba de imagen.

Tumores neuroendocrinos: a propósito de un caso

Castillo Tuñón, Juan Manuel; Gila Bohórquez, Antonio; Pérez Sánchez, Asunción; Sánchez-Matamoros Martín, Inmaculada; Nogales Muñoz, Ángel

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (TNE) constituyen un heterogéneo grupo de enfermedades neoplásicas originadas en las células neuroendocrinas de numerosos órganos, entre ellos, el páncreas. Dos tercios de los TNE son de origen gastrointestinal ó pancreático, siendo la localización más frecuente el intestino delgado. El diagnóstico se basa en la sospecha del mismo una vez el paciente presente sintomatología, la mayoría de las veces, provocada por la secreción hormonal de estos tumores. El tratamiento, una vez diagnosticado, debe ser quirúrgico.

Material y métodos: Presentamos un paciente de 64 años que presenta cuadro de dolor abdominal asociado a distensión y vómitos con pérdida de peso y alteración del hábito intestinal. A la exploración presenta un abdomen doloroso en epigastrio, vacío y fosa ilíaca derechas. Analíticamente destaca una leucocitosis de 15.000. Se solicita tomografía axial computarizada la cual resulta negativa. Se completa estudio mediante colonoscopia en la que se evidencia lesión exofítica a nivel de válvula ileocecal con biopsia de TNE bien diferenciado (G1) con un índice de proliferación bajo. Se realiza una hemicolectomía derecha laparoscópica. La anatomía patológica determinó carcinoma neuroendocrino bien diferenciado que infiltra hasta el tejido adiposo. La paciente es dada de alta sin complicaciones siendo derivada a oncología médica quienes solicitan estudio con receptores de somatostatina (OSTEOSCAN) el cual revela dos cúmulos focales en segmentos V y IVA hepáticos. El estudio hepático se completa mediante la realización de una RMN hepática que confirma la presencia de dos lesiones en segmentos IVA y V. Ante tales hallazgos se realiza tumorectomía hepática en segmentos IVb y V.

Resultados: La paciente es dada de alta sin incidencias. Actualmente la paciente se encuentra en fase de seguimiento clínico sin signos de recidiva de enfermedad.

Discusión: Los TNE se caracterizan por su capacidad para secretar hormonas glucopeptídicas y aminas vasoactivas, además de por su heterogenicidad y su infrecuencia. La cirugía radical es el único tratamiento curativo existente en la actualidad. Está indicada en casos de enfermedad local ó diseminada al hígado. Dicho tratamiento está justificado ya que el 90% de los pacientes presentan evolución de la enfermedad en el primer año tras el diagnóstico. Existen estudios retrospectivos que muestran una supervivencia del 60% a los 5 años en pacientes intervenidos y de más del 80% en aquellos pacientes en los que se realiza una exéresis completa del tumor, frente al 30% de supervivencia que presentan los pacientes no intervenidos.

Conclusiones: Los TNE son una entidad neoplásica a tener en cuenta ante sintomatología de dolor abdominal y alteraciones hormonales con manifestación sistémica. Su tratamiento consiste en la cirugía radical del mismo, si bien, nuevos tratamientos quimioterápicos se han incorporado como alternativa en los casos de diseminación tumoral.

Hepato-colangiocarcinoma, una rara entidad patológica: a propósito de un caso

Gila Bohórquez, Antonio; Castillo Tuñón, Juan Manuel; Sánchez-Matamoros Martín, Inmaculada; Pérez Sánchez, Asunción; Nogales Muñoz, Ángel

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: Los tumores hepáticos epiteliales son el Hepatocarcinoma (HC) y el Colangiocarcinoma (CC). La incidencia del HC es muy superior a la del CC, representando el primero el 80% mientras que el segundo representa el 15%. El Hepato-Colangiocarcinoma Combinado (H-CC), es un tipo de tumor hepático epitelial primario mucho menos frecuente que los anteriores, representando aproximadamente menos del 1% de las neoplasias hepáticas primarias. El diagnóstico preoperatorio exacto es difícil siendo el tratamiento de elección quirúrgico junto a unas tasas de supervivencia observadas a 5 años inferiores a las del HC y del CC.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 65 años con cirrosis hepática por virus de la hepatitis C (CHILD A-3, MELD 15) en seguimiento por hepatocarcinoma. Presenta pérdida de peso, falta de apetito, astenia generalizada y dolor abdominal focalizado en hipocondrio derecho. Tras la realización de una tomografía axial computarizada de abdomen y una colangio-resonancia magnética nuclear en las que se evidencia una lesión en el segmento V hepático compatible con nódulo de regeneración o bien hiperplasia nodular focal de 1,6 cm, se programa para intervención quirúrgica en la que se aprecia la lesión ya conocida en el segmento V y, adyacente a ésta, una lesión más pequeña subcapsular no visualizada previamente en los estudios realizados y que interpretamos como lesión satélite. Se realiza segmentectomía del V que incluye ambas lesiones y colecistectomía. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informa un nódulo hepático de 3 cm correspondiente a un hepatocarcinoma y una lesión subcapsular que define como colangiocarcinoma con la expresión de CK7 y CK18.

Resultados: El postoperatorio se realiza sin incidencias, siendo dado de alta al tercer día de estancia hospitalaria. Seis meses después se realiza TAC de control sin hallazgos significativos estando en la actualidad sin indicios de recidiva del proceso tumoral

Discusión: Wells es el primero en publicar un caso de hepato-colangiocarcinoma en 1903. La clínica es inespecífica, siendo el diagnóstico sustentado en la evolución del enfermo y la realización de tomografía axial computarizada y colangio-RMN ante la sospecha del proceso. Yano publica una supervivencia global a cinco años del 23,1%, para pacientes con H-CC. El tratamiento se basa en los mismos criterios que en el caso de HC condicionado por la existencia de la cirrosis hepática así como la reserva funcional del hígado remanente. En la mayoría de los casos, es necesaria realizar una linfadenectomía regional hepática.

Conclusiones: El H-CC se trata de un tumor con características clínicas y patológicas intermedias entre el HC y el CC, con un pronóstico similar o peor al del CC y en el que la resección quirúrgica supone el único tratamiento efectivo.

Hiperplasia nodular focal ¿Cuándo operar?

Gila Bohórquez, Antonio; Castillo Tuñón, Juan Manuel; Domínguez Amodeo, Antonio; Sánchez-Matamoros Martín, Inmaculada; Pérez Sánchez, Asunción; Nogales Muñoz, Ángel

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: La hiperplasia nodular focal (HNF) es el segundo tumor benigno del hígado en frecuencia. Las HNF son asintomáticas en un 70-75 % de los casos y las complicaciones como el hemoperitoneo ó la degeneración maligna son raras. El diagnóstico por imagen con la tomografía axial computarizada (TAC) y por resonancia magnética nuclear (RMN) suele ser correcto hasta en un 80-85% de los casos. En los casos en los que la radiología sea sugestiva pero no concluyente se puede realizar una biopsia percutánea. Estas lesiones raras veces presentan complicaciones y no tienen degeneración maligna por lo que una vez diagnosticadas se recomienda su seguimiento mediante pruebas de imagen. En el caso de la HNF se debe plantear su exéresis siempre y cuando exista sintomatología acompañante así como por la imposibilidad de confirmar su naturaleza por otros medios. Si se confirma que es maligno, su indicación es indiscutiblemente quirúrgica.

Material y métodos: Presentamos dos casos de HNF. La primera paciente es una mujer de 35 años sin antecedentes personales de interés que presenta cuadro de dolor dorsolumbar de meses de evolución irradiado a hipocondrio derecho. Se realiza una ecografía abdominal completando el estudio con un TAC abdominal y con RMN de abdomen superior, en las que se objetiva una tumoración sólida de 12,6 cm localizada en los segmentos posteriores derechos (segmentos VI y VII). La paciente se somete a biopsia hepática que se informa con ausencia de células tumorales y características son compatibles con hemangioma cavernoso. Se decide intervención quirúrgica programada realizándose una bisegmentectomía posterior derecha (segmentos VI y VII). El segundo caso hace referencia a una paciente de 28 años sin antecedentes personales de interés con cuadro de dolor abdominal de meses de evolución. Se realiza una ecografía abdominal que se completa con un TAC Abdominal informando de una lesión de 7,3 cm que depende del lóbulo hepático izquierdo. Se practica la intervención encontrando la lesión descrita anteriormente realizándose resección subsegmentaria II/III.

Resultados: En el primer caso, el estudio anatomopatológico de la pieza confirmó el diagnóstico de HNF, sin signos histológicos de malignidad. Tras seguimiento se realiza control clínico con ausencia de sintomatología a los 6 meses de la intervención quirúrgica. En el segundo caso, el estudio anatomopatológico de la lesión confirmó la existencia de una hiperplasia nodular focal.

Discusión: El diagnóstico se basa en las pruebas de imagen y en el contexto clínico de una mujer joven en edad fértil sin hepatopatía ni neoplasia primaria conocida y sin consumo de anticonceptivos orales. En los casos de HNF confirmados definitivamente y que sean asintomáticos se debe seguir una actitud expectante con una observación estricta. Un motivo fundamental de indicación quirúrgica es en aquellos casos sintomáticos. Dependiendo de la localización del tumor, la

biopsia y/o resección pueden ser hechas laparoscópicamente de forma segura y sin aumentar la morbimortalidad.

Conclusiones: La HNF supone una rara entidad clínico-patológica de difícil diagnóstico y con una clara indicación quirúrgica en los casos sintomáticos.

Adenoma serrado duodenal esporádico gigante: una rara causa de hemorragia digestiva

Triguero Cabrera, Jennifer; Álvarez Martín, María Jesús; Fernández Segovia, Elena; Mogollón González, Mónica; González Martínez, Selene; García Navarro, Ana; Mansilla Roselló, Alfonso; Segura Reyes, Manuel; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Virgen de las Nieves (Complejo Hospitalario Universitario de Granada)

Introducción: La presencia de adenomas duodenales esporádicos fuera del área periampular es excepcional. Se han demostrado cambios moleculares relacionados con los de localización colorrectal y se considera que evolucionan hacia el desarrollo de adenocarcinoma duodenal, por los mismos mecanismos.

Objetivos: Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de pólipo duodenal de gran tamaño, no extirpable por endoscopia digestiva alta (EDA).

Material y métodos: Mujer de 79 años que presentó episodio de melenas con repercusión hemodinámica, precisando ingreso hospitalario.

Se realizó EDA urgente, con hallazgo de lesión polipoidea en bulbo duodenal con sangrado en sábana controlado con electrocoagulación. Por su gran tamaño fue inextirpable endoscópicamente. La biopsia resultó de adenoma tubulovelloso.

La ecoendoscopia, visualizó dicha lesión, de 5 cm de diámetro, con afectación exclusiva de la mucosa duodenal.

Se decidió realizar intervención quirúrgica, con abordaje por minilaparotomía media supraumbilical. Tras maniobra de Kocher se accedió a la luz duodenal mediante duodenotomía longitudinal de 4 cm en cara anterior. Se halló una gran tumoración, localizada sobre la cara posterior del bulbo duodenal sin sobrepasar el píloro, con amplia base de implantación y dependiente de la submucosa duodenal. Se realizó resección completa con márgenes y piloroplastia de Heineke-Mikulicz con epiploplastia.

Resultados: El postoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones. Fue dada de alta al 5º día postoperatorio.

El examen anatomopatológico resultó de adenoma serrado con displasia de bajo grado focal, con márgenes quirúrgicos libres de infiltración adenomatosa.

Conclusiones: El diagnóstico de lesiones adenomatosas duodenales, suele ser casual durante la realización de una EDA. Solo en raras ocasiones pueden ocasionar sangrado por ulceración de la mucosa.

Debido a la posibilidad de malignización, el tratamiento óptimo debe ser la resección con márgenes. La vía endoscópica es útil para lesiones de pequeño tamaño. En lesiones de

gran tamaño, con base de implantación amplia, será necesario un abordaje quirúrgico.

Intususcepción colocolica secundaria a lipoma de ángulo esplénico: abordaje laparoscópico

Triguero Cabrera, Jennifer; Pineda Navarro, Noelia; Navarro Sánchez, Daniel; Huertas Peña, Francisco; Segura Jiménez, Inmaculada; Conde Muiño, Raquel; Palma Carazo, Pablo

Hospital Virgen de las Nieves (Complejo Hospitalario Universitario de Granada)

Introducción: El lipoma de colon es un tumor benigno de muy baja frecuencia. En raras ocasiones puede complicarse en forma de obstrucción intestinal por intususcepción, requiriendo tratamiento quirúrgico preferente o urgente.

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente con clínica recidivante de obstrucción intestinal secundaria a un lipoma localizado en el ángulo esplénico del colon.

Material y métodos: Varón de 50 años con episodios recidivantes y autolimitados de obstrucción intestinal.

La TAC demostró la existencia de una intususcepción colocolica en hemicolon izquierdo, con imagen en su luz sugerente de lipoma de 54x48x36mm de diámetro, como cabeza de invaginación.

La colonoscopia visualizó un gran pólipo de aspecto lipomatoso, que estenosaba parcialmente la luz, realizando tatuaje de la zona con tinta china. La biopsia resultó de lesión benigna de origen lipomatoso.

El paciente se intervino de forma preferente, realizándose resección segmentaria de ángulo esplénico del colon mediante abordaje laparoscópico, con hallazgo sobre la zona de tatuaje de una gran impronta de la lesión sobre la pared colónica, sin evidenciar invaginación en el momento de la cirugía. La pieza quirúrgica fue extraída por una minilaparotomía transversa. Se realizó anastomosis extracorpórea latero-lateral manual.

El examen histopatológico reveló una tumoración de 6 cm de diámetro máximo con diagnóstico definitivo de lipoma.

Resultados: El postoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones, y fue dado de alta al 4º día postoperatorio. Actualmente permanece asintomático y sin recidiva de la lesión.

Conclusiones: Los lipomas colónicos de ángulo esplénico sintomáticos son infrecuentes. Su sintomatología depende del tamaño y puede simular a la del cáncer de colon.

Una vez son sintomáticos, el tratamiento quirúrgico es la opción más adecuada, siendo necesaria una resección quirúrgica con márgenes para evitar la recidiva. El abordaje laparoscópico debe plantearse en primer lugar, con buenos resultados en términos de recurrencia y resolución de la sintomatología.

Plastia con doble malla en eventración lumbar

Jurado Tudela, F.; Valera Sánchez, Z.; Naranjo Fernández, J.R.; Domínguez Amodeo, A.; Jurado Marchena, R.; Curado Soriano, A.; Navarrete de Carcer, E.; Oliva Mompean, F.

Unidad de CMA y Pared Abdominal. Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

Introducción: Las eventraciones lumbares presentan una prevalencia tras lumbotomía del 30 %, donde la bibliografía disponible no aporta un alto nivel de evidencia respecto al manejo y tratamiento.

Objetivos: Presentamos reparación mediante eventroplastia abierta e implante de doble malla en hernias lumbares difusas tipo L4W2 y W3.

Material y métodos: Mujer de 61 años de edad con eventración lumbar derecha L4W3 tras lumbotomía para adrenalectomía por feocromocitoma. La caracterización de pared abdominal mediante TAC demuestra una hernia lumbar verdadera que contiene colon ascendente y ciego con un diámetro > 8 cm. Técnica basada en la disección de saco herniario, espacios preperitoneal y retroperitoneal con implante de doble malla de polipropileno, una fijada con dos cinchas al cuadrado lumbar y puntos transfasciales reabsorbibles a músculo intercostal e irreabsorbibles a músculo transversal y periostio iliaco, otra malla retroperitoneal anclada a psoas iliaco y prótesis previa. Sutura de bordes del defecto muscular mediante "bridging" perimetral a malla.

Resultados: Postoperatorio favorable, control del dolor mediante AINES en perfusión continua con alta hospitalaria al quinto día. Revisión con pared continente y sin incidencias.

Conclusiones: La elección de la técnica debe ser individualizada donde la realización de TAC es imprescindible para la caracterización y localización del defecto herniario planteando su relación con las estructuras adyacentes y sobre todo diferenciar la eventración verdadera L4 de la relajación completa de pared por denervación y atrofia muscular. El abordaje laparoscópico está indicado en las eventraciones menores tipo W1, donde existe la ventaja de la cirugía mínimamente invasiva pero no aporta reconstrucción parietal. En los defectos W2 y W3 planteamos la realización abordaje abierto y plastia con doble malla donde si realizamos una reparación de pared sus planos músculo aponeruróticos.

Tumor del Estroma Gastrointestinal rectal gigante: una rara localización

Triguero Cabrera, Jennifer; San Miguel Méndez, Carlos; Mogollón González, Mónica; Conde Muiño, Raquel; Segura Jiménez, Inmaculada; Huertas Peña, Francisco; Palma Carazo, Pablo

Hospital Virgen de las Nieves (Complejo Hospitalario Universitario de Granada)

Introducción: Los tumores GIST rectales son raros. El tratamiento quirúrgico adecuado depende del tamaño tumoral y de su relación con órganos vecinos.

Objetivo: Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de tumor GIST rectal gigante.

Material y métodos: Varón de 70 años, con clínica de estreñimiento y emisión de heces acintadas.

La colonoscopia visualizó una gran lesión en recto bajo, que se originaba de la submucosa. La biopsia resultó de tumor GIST. El estudio mutacional predijo baja respuesta a Imatinib.

La RMN mostró una tumoración de 7x6,5x8 cm de diámetro, entre próstata y recto, sin invadir estructuras adyacentes. La PET-TC no detectó lesiones a distancia.

Se realizó intervención quirúrgica mediante vía de abordaje combinada (laparotomía y vía endoanal) con hallazgo de tumoración >10 cm de diámetro que surgía de la pared rectal anterior.

Se realizó resección de recto con escisión mesorrectal y tumoral macroscópica completa, que se finalizó por vía endoanal mediante técnica convencional, con realización de anastomosis coloanal manual e ileostomía de protección.

El examen anatomopatológico describió un tumor GIST de alto riesgo, de 10x9,5x6cm de diámetro. Los márgenes quirúrgicos y el margen de resección circunferencial estaban libres.

Resultados: El postoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones, siendo dado de alta al 8º día postoperatorio. Se decidió administrar terapia adyuvante con Imatinib 400mg/día durante 3 años. Actualmente no presenta recidiva.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de los tumores GIST de localización rectal está indicado en aquellos que presentan un tamaño mayor de 2 cm.

La neoadyuvancia con Imatinib se debe de tener en cuenta cuando la reducción del tamaño tumoral disminuya la morbilidad quirúrgica y aumente las posibilidades de cirugía Ro con preservación de la funcionalidad.

El objetivo del tratamiento quirúrgico debe ser la resección completa manteniendo la integridad de la pseudocápsula del tumor y con márgenes histológicos negativos.

Tumor del estroma gastrointestinal (GIST). Cirugía y adyuvancia con Imatinib

Capitán del Río, I*. Alcaide Lucena, M. López-Cantarero Ballesteros, M. Jiménez Ríos, J.A.

Complejo Hospitalario de Granada

Introducción: Las neoplasias estromales gastrointestinales se dividen en dos grupos. El más común: los conocidos propiamente como tumores del estroma gastrointestinal(GIST) y el menos común:tumores idénticos a los de tejidos blandos(liposarcoma, leiomiomas, etc). Producidos por mutaciones de gen KIT. Tras resección completa del tumor primario sin metástasis la supervivencia a los 5 años es del 40-65%, del 35% para resecciones completas con enfermedad avanzada, y del 8-9% para resecciones incompletas. La adyuvancia con Imatinib es efectiva en mutaciones del gen KIT (hallado en el 90% de los pacientes).Las del exón 11 de dicho gen(70% de los GIST)muestran mayor respuesta y supervivencia a los 5 años del 89% (40% en otras mutaciones).

Caso clínico: Hombre de 56 años, antecedentes: HTA. Acude por dolor abdominal y distensión de 3 días de evolución tras realizar ejercicio físico. Exploración física: abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en flanco izquierdo, sin signos de irritación peritoneal, empastamiento a dicho nivel. ECO: gran lesión sólida, retroperitoneal izquierda (probable hematoma del psoas), sin descartar otros como liposarcoma. TAC: tumor exofítico ileal de 12x11x14 cm, probablemente GIST. Angio-TAC: Masa abdominal peritoneal posiblemente dependiente de cola de páncreas. Afectación serosa de asas yeyunales y grasa epiploica. AP de BAG: GIST. Intraoperatoriamente: tumoración dependiente del borde antemesentérico de asa de yeyuno de 10 cm (base de implantación: 2,5 cm), en contacto con epiplon mayor. Se realiza omentectomía parcial y resección de 10 cm de yeyuno, extirpando completamente el tumor, peritonectomía del peritoneo adherido a cara posterior de tumoración. AP: GIST intestino delgado de alto riesgo (tamaño > 10 cm, > 10 mitosis por campo). Mutación positiva para exón 9, gen C-KIT. Se pauta Imatinib. Asintomático y sin hallazgos radiológicos de extensión tras 9 meses.

Conclusión: La cirugía sigue siendo la única cura definitiva. La meta principal durante la cirugía es la resección completa, ya que influye directamente en la supervivencia, así como la adyuvancia con Imatinib.

Tumor del estroma gastrointestinal gástrico gigante

Reyes Moreno Montserrat, Maes Carballo Marta, Robayo Soto Paul, Martín Díaz Manuel, Herrera Fernández Francisco, Ferrer García Juan Guillermo

Hospital Santa Ana de Motril

Introducción: Los tumores del sarcoma gastrointestinal son infrecuentes en el conjunto global de los tumores, suponiendo un 0,1 – 3% de los mismos. Son originados de las células Intersticiales de Cajal y células musculares lisas. Pueden ubicarse a lo largo de todo el sistema gastrointestinal aunque es más frecuente su localización gástrica en un 70% de los casos.

Caso clínico: Varón, 69 años, sin antecedentes personales de interés, que es derivado a nuestra consulta por dolor abdominal y distensión, de carácter continuo. Analítica: sin alteraciones de interés. Ecografía y TAC abdominal: masa compleja (26 cms) dependiente de pared anterior gástrica, crecimiento exofítico, sin invadir órganos vecinos, en contacto con lóbulo hepático izquierdo.

Se realiza exéresis de la lesión, con resección en bloque de antro y mitad inferior de cuerpo gástrico, así como de epiplón adyacente. El paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta al octavo día postoperatorio. Anatomía patológica: tumor de estroma gastrointestinal de alto riesgo con nódulos satélites, Positividad para Vimentina y DOG1, leve y focal para S-100 y negativas para Actina, Desmina, CD 117, CD 34. Metástasis hepática de GIST de alto riesgo.

Posteriormente el paciente inicia terapia con Imatinib, en el que se encuentra en este momento sin nueva recidiva tumoral.

Conclusión: Los GIST son los tumores más frecuentes del

tracto gastrointestinal, caracterizados por la expresión del CD 117. Se pueden localizar en cualquier porción del tracto digestivo, omento o mesenterio, sin embargo, la mayoría se localizan en el estómago y tienen comportamiento benigno.

Suelen afectar a mayores de 50 años, con clínica inespecífica de dolor abdominal, distensión, melenas, pérdida de peso, náuseas y vómitos.

En TAC abdominal se caracterizan por ser exofíticos, bien delimitados, con componente extramucoso. Los signos de malignidad son tamaño superior a 5 cms, localización extragástrica, alto índice mitótico, invasión local o las metástasis hepáticas.

El Imatinib es el tratamiento para este tipo de enfermedad sobre todo en estadios avanzados.

Quiste hidatídico en cadera. Diagnóstico diferencial en tumores de partes blandas

De Soto Cardenal, B.; Naranjo Fernández, J.R.; Valera Sánchez, Z.; Pérez Margallo, M.E.; Domínguez Amodeo, A.; Curado Soriano, A.; Jurado Marchena, R.; Navarrete de Cárcer, E.; Oliva Mompeán, F.

Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

Introducción: La hidatidosis, producida por el parásito *Echinococcus Granulosus*, se transmite al hombre por ingesta de huevos, liberándose las larvas en el intestino, y a través del torrente sanguíneo portal, alcanzan cualquier víscera, donde se forman los quistes. Las localizaciones más frecuentes son el hígado 70% y pulmón 25%, mientras que los de partes blandas son raros 1 - 4%.

Objetivo: Presentamos un caso diagnosticado en el estudio de una masa de partes blandas.

Material y método: Varón de 70 años, con antecedente personal de asma bronquial, estudio de tumoración con 15 cm en cadera derecha, crecimiento lento, bien definida y móvil respecto a planos profundos, estudio con TAC con contraste que confirma la posibilidad de quiste hidatídico, ante lo cual no se decide la realización de métodos invasivos para estudios histológicos, planteándose su tratamiento quirúrgico.

Resultado: Exéresis con márgenes manteniendo la integridad de la tumoración. Resultado anatomopatológico de quiste hidatídico.

Conclusiones: La equinococosis se transmite principalmente por perros, y se puede desarrollar en cualquier órgano. Se presenta frecuentemente como tumoración de crecimiento lento, siendo su sospecha rara dada la poca frecuencia de esta patología. Las pruebas complementarias recomendadas son ultrasonidos, TAC o RMN, estando contraindicada la PAAF – BAG si ya existe su sospecha mediante, dado que puede desencadenar un shock anafiláctico, aunque en muchos casos el diagnóstico suele ser anatomopatológico por presentar macroscópicamente, membrana blanca delimitando la cavidad quística llena de líquido acuoso transparente y microscópicamente membranas acelulares, laminares, PAS +. El tratamiento con Albendazol de forma preoperatoria es generalmente administrado como estabilizador con tratamiento quirúrgico posterior, quedando limitado su uso exclusivo a los casos de

enfermedad diseminada o contraindicación de cirugía. El tratamiento quirúrgico de elección es la periquistectomía, en las localizaciones de partes blandas, si es posible siempre su exéresis en bloque con integridad del quiste es prioritario.

Bypass gástrico para cirugía de la obesidad mórbida. Resultados tras 5 años de seguimiento

Peña Barturen Catalina, Mayo Ossorio M^a de Los Ángeles, Pacheco García José Manuel, Fornell Ariza Mercedes, Ayllon Gámez Saray, López Vilchez Francisco Javier, Sancho Maraver Eva María, Aguilar Diosdado Manuel, Fernández Serrano José Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: El Bypass gástrico es hoy en día la técnica bárbara mas empleada en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, a pesar de ello, actualmente hay pocos datos de los efectos de la cirugía bariátrica y del seguimiento a largo plazo. Presentamos el resultado del seguimiento a 5 años de una cohorte de pacientes intervenidos de bypass gástrico por obesidad mórbida en nuestro medio.

Objetivos: Los objetivos del presente trabajo son:

Determinar la prevalencia de las principales comorbilidades de la obesidad mórbida;

Evaluar el efecto de bypass gástrico en las comorbilidades y estimar el riesgo cardiovascular a 10 años tras de 5 años de seguimiento

Evaluar el impacto de la cirugía bariátrica sobre la calidad de vida de estos pacientes.

Material y método: Estudio prospectivo de una cohorte de 124 pacientes con obesidad mórbida que se sometieron a cirugía de obesidad mediante bypass gástrico estándar. Evaluar los parámetros demográficos y antropométricos, así como el riesgo a 10 años para la enfermedad cardíaca coronaria (estimado por la puntuación de riesgo de Framingham), y las complicaciones de la cirugía. La calidad de vida se evaluó a través de Análisis bariátrica y la prueba de Reporting System Results (BAROS) antes de la cirugía y durante el seguimiento.

Resultados: Un total de 124 pacientes, que se sometieron a cirugía bariátrica mediante bypass gástrico entre 2005 y 2009. La edad media fue de $37,88 \pm 10,29$ años, el 76,6% eran mujeres y la media preoperatoria del IMC fue $51,71 \pm 7,35$ kg / m². A los 2 y los 5 años de seguimiento, el IMC fue de $30,48 \pm 4,7$ y $31,27 \pm 7,08$ kg / m² respectivamente. Después de 5 años de seguimiento, el porcentaje de peso perdido fue 68,31%. La remisión de la hipertensión, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2 se había producido en el 89,5, 95,8 y 95,7%, respectivamente ($p < 0,001$). La puntuación de riesgo de Framingham se redujo de $7,7 \pm 9,5$ a $2,8 \pm 3,5$ ($p < 0,005$). En cuanto a las complicaciones quirúrgicas, el 14,7% mostró complicaciones tempranas y 29% complicaciones tardías. BAROS tuvo éxito en el 95% de los casos.

Conclusiones: En nuestro medio, los resultados del bypass gástrico en la obtención de peso perdido y la resolución de las comorbilidades después de 2 años de la cirugía también se mantiene en 5 años de seguimiento con una tasa mínima de complicaciones quirúrgicas.

Tumores Gigantes de Páncreas: presentación atípica de un carcinoma neuroendocrino

Robles Quesada, María Teresa. Rodríguez Ortiz, Lidia. Molero Payán, Rafael. Ramnarine, Sharmila. Sánchez Hidalgo, Juan Manuel. Arjona Sánchez, Álvaro. Rufián Peña, Sebastián

Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Introducción: Los carcinomas neuroendocrinos gastroenteropancreáticos de alto grado son un grupo heterogéneo de tumores agresivos, con alta tendencia a metastatizar incluso si se encuentran clínicamente localizados.

Objetivos: Presentación de un caso de una paciente con un carcinoma neuroendocrino gigante bien diferenciado y de alto grado

Materiales y métodos: Paciente de 52 años sin antecedentes de interés, que consultó por sensación de tumoración abdominal y síndrome constitucional de dos meses de evolución, hallándose en TC una masa heterogénea de 16×14 cm, con amplio contacto con páncreas, que englobaba el esplenoportal, trombosando vena porta, lesiones hepáticas de aspecto benigno y sin adenopatía asociadas. Se diagnosticó como primera opción como liposarcoma retroperitoneal vs Tumor de Frantz.

Se realizó una pancreatometomía corporocaudal con esplenectomía, extirpación parcial de mesocolon transversal por infiltración, resección parcial del eje espleno-portomesentérico por trombosis tumoral portal, que se extirpó con realización de anastomosis término-terminal para la reconstrucción, linfadenectomía de todos los grupos y metastectomía hepática.

Resultados: Se trata de una presentación atípica de un tumor gigante de páncreas cuya anatomía patológica definitiva fue de Carcinoma Neuroendocrino Pancreático no funcionante, bien diferenciado y de alto grado proliferativo (Ki67 > 20%).

Conclusiones: Una peculiaridad relevante de algunos tumores neuroendocrinos pancreático es la coexistencia de un alto índice de proliferación (Ki-67 > 20%) paradójicamente con histología de buena diferenciación. Son significativamente menos agresivos y casi duplican la mediana de supervivencia de los auténticamente pobremente diferenciados.

Actualmente las clasificaciones de la OMS y la ENETS consideran como G3 o de alto grado a todos los tumores neuroendocrinos digestivos de alto índice proliferativo. Recientes estudios parecen reseñar que no existe tal equivalencia biológica y se debe otorgar mayor valor al grado de diferenciación morfológica. Algunos grupos proponen una separación de ambos por la relevancia clínica en cuanto a manifestaciones clínicas, pronóstico y diferente respuesta al tratamiento adyuvante de la enfermedad.

Apendicitis en paciente intervenida por cesárea. A propósito de un caso

Maes Carballo, Marta. Reyes Moreno, Montserrat. Robayo Soto, Paúl Sebastián. Plata Pérez, Ignacio. Ferrer García, Juan Guillermo. Martín Díaz, Manuel

Hospital Básico Santa Ana de Motril

Introducción: La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica no obstétrica más frecuente durante el embarazo. Los síntomas clásicos (dolor abdominal migratorio, náuseas, vómitos y fiebre) suelen confundirse con manifestaciones o complicaciones propias de la gestación. Por este motivo y por la dificultad de la exploración clínica, el diagnóstico puede ser complicado.

A continuación, se expone un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril con el objetivo de realizar una breve revisión de la literatura actual sobre el tema.

Material y métodos: Mujer de 39 años, primípara sin antecedentes personales de interés. Gestación cursada con normalidad. Acude al servicio de Urgencias debido a dolor abdominal continuo que irradia a espalda.

Exploración física: Abdomen blando y depresible, dolor generalizado a la palpación superficial.

Análítica: Básicamente normal. Únicamente PCR levemente elevada.

Se indica tratamiento analgésico pero la paciente refiere progreso del dolor y el feto se bradicardiza.

Dada la no mejoría de la paciente y riesgo de pérdida del bienestar fetal, se decide cesárea. Al abrir la cavidad abdominal se observa líquido purulento. Se obtiene un recién nacido vivo con apgar 9/9. Se busca apéndice que presenta un absceso roto que drena pus a cavidad. Se realiza apendicectomía. Se indica antibioterapia postoperatoria (amoxicilina-clavulánico 7 días).

Tras la intervención quirúrgica, la paciente evoluciona favorablemente hasta su alta al cuarto día postoperatorio.

Resultado: La apendicitis aguda en el embarazo es una situación clínica compleja ya que durante la gestación se producen cambios que complican el diagnóstico y el tratamiento.

Conclusión: En suma, la apendicitis aguda durante el embarazo es en la actualidad un desafío diagnóstico y terapéutico. Debemos seguir estudiándola de cara a ser capaces en un futuro de dar un diagnóstico y tratamiento rápido y eficaz que no ponga en riesgo el bienestar materno-fetal.

Diverticulosis de yeyuno: complicaciones y manejo

Alcaide Lucena, M; Capitán del Río, I; González Puga, C; Martínez Domínguez, A.P; García Fernández, E; Jiménez Ríos, J.A.

Complejo Hospitalario Universitario de Granada. H.U. San Cecilio

Introducción: La diverticulosis de yeyuno constituye una alteración poco frecuente, por lo que normalmente no se sospecha entre los diagnósticos diferenciales del dolor abdo-

minal, lo cual hace que se retarde el manejo adecuado. Se presenta el caso clínico de una paciente que cursó con una complicación secundaria a la presencia de múltiples divertículos de yeyuno y que se trató quirúrgicamente con un resultado satisfactorio.

Material y métodos: Mujer de 67 años con los AP de HTA, Enf. Alzheimer e hipotiroidismo que consulta en Urgencias por dolor abdominal de 72 horas de evolución, de intensidad creciente, en hipogastrio y ambas fosas ilíacas, sin otra clínica asociada. Exploración: dolor a la palpación en hemiabdomen inferior, con signos de irritación peritoneal. Análítica: Leucocitos 19.000 Neutrófilos 86% y Bioquímica con hipocloremia, hipopotasemia y PCR 25. Se realizó TAC con CIV que informa como perforación de asa de yeyuno distal.

Se decide intervención quirúrgica urgente con el hallazgo intraoperatorio de divertículos en el borde mesentérico de yeyuno distal con perforación de uno de ellos, asociado a escaso exudado libre purulento. Se decide realizar resección de segmento de 50 cm. de ID que incluye la zona perforada y dos divertículos grandes próximos a la misma, con anastomosis T-T manual. La paciente presentó una evolución postoperatoria satisfactoria, siendo dada de alta a los 12 días de la intervención. La AP informa como diverticulosis con abscesificación mesentérica y de pared intestinal en probable relación con diverticulitis aguda perforada.

Discusión: La diverticulosis de yeyuno es una enfermedad relativamente infrecuente que puede presentarse tanto de forma crónica como aguda, con una gran variedad de síntomas inespecíficos. Principalmente se presenta en pacientes en la 6- 7ª décadas, con incidencia similar en ambos sexos. Los divertículos suelen ser múltiples y proximales, y además suelen afectar también al colon, duodeno o esófago. Su diagnóstico es difícil, frecuentemente se detectan durante la cirugía, dada la falta de sospecha clínica y en ocasiones la falta de métodos diagnósticos certeros.

La etiología no es clara, aunque parece estar en relación con disfunción del músculo liso de yeyuno que desencadena una alteración en la contracción, lo cual lleva a un aumento de presión en la luz del intestino y predispone a la formación de divertículos.

Se han descrito varias complicaciones relacionadas con los divertículos como diverticulitis, perforación, obstrucción, volvulación, hemorragia digestiva y malabsorción. En cuanto a la diverticulitis, se presenta entre 2-6 %, pudiendo evolucionar hasta perforación con peritonitis. Entre los diagnósticos diferenciales, debemos tener en cuenta la apendicitis aguda, úlcera péptica perforada, colecistitis aguda y la diverticulitis del colon. El tratamiento de elección es la resección y anastomosis del segmento afectado, ya que el tratamiento antibiótico y drenaje percutáneo ha mostrado mayor mortalidad.

Conclusión: Los divertículos de yeyuno constituyen una patología infrecuente con múltiples manifestaciones clínicas, lo que lleva al diagnóstico tardío. La inflamación y perforación de éstos debe estar en el diagnóstico diferencial de todo abdomen agudo en el anciano. Su tratamiento de elección es quirúrgico.

Hernia de Morgagni Accidental en paciente asintomática. A propósito de un caso

Maes Carballo, Marta. Reyes Moreno, Montserrat. Plata Pérez, Ignacio. Robayo Soto, Paúl Sebastián. Ferrer García, Juan Guillermo. Martín Díaz, Manuel

Hospital Básico Santa Ana de Motril

Introducción: La hernia diafragmática congénita es una anomalía originada por un defecto o ausencia de estructura que forma el diafragma. Los dos tipos más frecuentes son: la hernia de Bochdalek, suscitada por un defecto en la membrana pleuroperitoneal posterolateral, y la hernia de Morgagni, ocasionada en el tabique transversal dorsal. La mayoría de las hernias tienen localización derecha.

Este tipo de hernias mantienen habitualmente independencia entre el peritoneo y la cavidad pleural, por lo que su sintomatología puede presentarse tardíamente.

Las vísceras contenidas habitualmente son: epiplón, colon, hígado y estómago.

La radiografía simple de tórax es la primera prueba diagnóstica realizar. Ocasionalmente reviste como normal o es inespecífica. En algunos casos se pueden observar burbujas (gas intestinal), traslucencia intratorácica (gas del estómago), etc. Si el diagnóstico radiológico no es concluyente, se puede recurrir a Tomografía Computerizada o Resonancia Magnética.

Material y métodos: Mujer de 56 años que en estudio preoperatorio ginecológico se observa hallazgo incidental de hernia de Morgagni.

Exploración física: Abdomen blando y depresible, no doloroso. Sin masas ni megalias.

TC sin contraste: Gran hernia diafragmática anterior con interposición de asas de intestino delgado y colon entre esternón y mediastino, que se extiende cranealmente hasta el extremo proximal del esternón.

Tras tratamiento ginecológico, citamos a la paciente para evaluación de posible reparación quirúrgica de la hernia de Morgagni. A pesar de que probablemente contenga intestino delgado y colon transversal, la paciente permanece asintomática.

Resultado: Tras la explicación de los fundamentos y riesgos de la intervención, rechaza el tratamiento quirúrgico.

Conclusión: La hernia de Morgagni constituye una patología rara subsidiaria de tratamiento quirúrgico. Generalmente se presenta en jóvenes. Aunque la presentación sea más tardía, no se recomienda posponer la intervención por las complicaciones gastrointestinales (volvulaciones, malrotaciones intestinales,...) que puede provocar. Por lo tanto, la cirugía es precisa incluso en asintomáticos.

Síndrome de body packer. Transporte intestinal de droga. A propósito de dos casos

Maes Carballo, Marta. Plata Pérez, Ignacio. Reyes Moreno, Montserrat. Robayo Soto, Paúl Sebastián. Ferrer García, Juan Guillermo. Martín Díaz, Manuel

Hospital Básico Santa Ana de Motril

Introducción: El “Síndrome de body packer” hace referencia al problema médico que ocasiona a un sujeto el transporte de sustancias ilegales intrabdominales como cocaína, heroína, hachís,... con fines de contrabando. En los últimos años, se ha objetivado un aumento en el número de casos, que conlleva el riesgo de rotura de cápsulas contenidas en el estómago, que al romper provocan un paso masivo de droga al torrente circulatorio pudiendo ocasionar la muerte del sujeto por intoxicación masiva. En estos casos de abdomen agudo es imprescindible la realización de una laparotomía exploratoria de carácter urgente.

En el Hospital Santa Ana de Motril tratamos recientemente dos casos. Ambos subsidiarios de tratamiento quirúrgico. A continuación, expongo de forma resumida uno de ellos:

Material y métodos: Varón de 48 años que acude a Urgencias debido a dolor abdominal y estreñimiento de 5 días de evolución secundarios a la ingesta voluntaria de 50 bolas de hachís (0,5 kg).

Exploración Abdominal: globuloso, distendido, doloroso a la palpación superficial en todos los cuadrantes, especialmente en Fosa Ilíaca Izquierda. Timpanismo. Signos de peritonismo.

Radiografía Simple de Abdomen: Cuerpos extraños en colon.

TC sin Contraste I.V. de Abdomen: Burbujas de neumoperitoneo distribuidas de manera difusa intraperitonealmente. Se observan asas de intestino delgado dilatadas. Signos sugerentes de peritonitis. Múltiples bolas de hachís en colon.

Se decide laparotomía exploratoria urgente: “perforación de colon izquierdo, peritonitis fecaloidea y obstrucción de colon izquierdo debido a “bellotas” de hachís”. Se realizó Resección de Hartmann con colostomía. Extracción de cuerpos extraños y lavado exhaustivo de la cavidad peritoneal.

Resultados: Tras la intervención quirúrgica, se traslada al paciente a la UCI, donde evoluciona favorablemente.

Discusión: El 80% suelen encontrarse asintomáticos siendo electivo el tratamiento conservador. No obstante, un 8% debutan con complicaciones (obstrucción intestinal, etc), donde la laparotomía urgente y resección intestinal son de elección.

Enfermedad de Zuska. Galactoforitis Supurativa Recidivante. A propósito de un caso

Maes Carballo, Marta. Plata Pérez, Ignacio. Robayo Soto, Paúl Sebastián. Reyes Moreno, Montserrat. Ferrer García, Juan Guillermo. Martín Díaz, Manuel

Hospital Básico Santa Ana de Motril

Introducción: La galactoforitis se trata de un proceso inflamatorio a nivel de los conductos galactóforos como consecuencia de la ectasia ductal sin infección activa pero que posteriormente puede ocasionar sobrecrecimiento bacteriano y exudado purulento que puede ser evacuado por el pezón o si esta salida se interrumpe, puede evacuar espontáneamente o en forma de fístula periareolar.

Suele afectar a mujeres en edades medias de la vida y con antecedente tabáquico.

El tratamiento de elección cuando fracasa el tratamiento antimicrobiano es quirúrgico y consiste en la resección de los conductos afectados.

Material y métodos: Mujer de 46 años sin antecedentes de interés que acude a consulta de Cirugía por tumoración y dolor de once días de evolución en cuadrante súpero-interno de mama derecha.

Exploración física: Pezón de la mama derecha retraído. En cuadrante súperointerno se observa zona indurada mal delimitada con signos inflamatorios que podría corresponder a una galactoforitis. La exploración no sugiere cáncer inflamatorio. Axila derecha normal.

Mamografía, Ecografía y Biopsia de Mama Derecha con BAG: zona de atenuación de sonido de contornos mal definidos en CSI de mama derecha. Posible mastopatía inflamatoria.

Anatomía Patológica (BAG): Cilindros de tejido mamario con inflamación crónica agudizada y necrosis grasa. Ausencia de neoplasia.

Tras sospecha de Galactoforitis Supurativa se pauta tratamiento antibiótico (amoxiclavulánico) y se solicita Ecografía a las 5 semanas.

Ecografía mama derecha: Heterogénea con zonas lineales hipocogénicas. Trayecto fistuloso supurativo hacia la pie. Compatible con galactoforitis.

Cultivo de exudado: Sin crecimiento bacteriano.

Resultado: Dada la no respuesta, se decide tratamiento quirúrgico para la puesta a plano de los abscesos mamarios. Tras intervención, evoluciona favorablemente y recibe alta al tercer día postoperatorio.

Conclusión: En suma, la galactoforitis supurativa recidivante es una enfermedad cuyo principal tratamiento es quirúrgico. Esta cirugía consiste en la fistulectomía y el conducto galactóforo que inició el proceso.

Hernioplastia lumbar en hernia de Grynfelt

López Durán B.L., Naranjo Fernández J.R., Valera Sánchez Z., Curado Soriano A., Domínguez Amodeo A., Pérez Margallo M.E., Jurado Marchena R., Navarrete de Carcer E., Oliva Monpeán F.

Unidad de C.M.A. – Pared Abdominal. U.G.C. Cirugía General y Aparato Digestivo H.U.V. Macarena (Sevilla)

Introducción: La hernia lumbar posterior primaria es una rara entidad constituyendo el 1,5% de las hernias de pared abdominal. La región lumbar tiene dos áreas débiles a nivel del triángulo inferior de Petit y el superior de Grynfelt (hernias más frecuentes), existiendo factores predisponentes para su aparición, como la obesidad, edad avanzada, delgadez extrema o patología debilitante crónica, siendo generalmente precipitadas por aumentos de presión intra-abdominal.

Objetivos: Presentación del manejo y tratamiento de hernia Grynfelt.

Material y métodos: Mujer de 67 años, remitida por tumoración dolorosa en región lumbar izquierda, exploración nódulo de consistencia grasa, móvil, que protruye con hiperpresión abdominal. Estudio con técnica de imagen, TAC her-

niación lumbar alta izquierda con saco de 5,36 cm contenido grasa y orificio herniario de 3 cm. Planteamos cirugía ante hernia lumbar sintomática. Abordaje abierto con incisión lumbar, decúbito lateral con pile inferior, incisión transversa lumbar izquierda, apertura de músculo dorsal ancho y oblicuo externo objetivando defecto muscular por donde protruye grasa retroperitoneal perirrenal, creamos espacio para implantar malla retromuscular tipo compuesta de ventralex - 8 cms anclando su cinta superior de polipropileno a bordes musculares y posterior cierre muscular.

Resultados: Alta hospitalaria a las 24 horas, postoperatorio sin incidencias. Revisión en tres meses asintomática sin signos de recidiva.

Conclusiones: La Hernia lumbar posterior primaria es infrecuente y su diagnóstico se basa en la clínica, exploración y prueba de imagen TAC. Normalmente asintomáticas, aunque pueden producir molestia o dolor asociados o no a masa palpable. Plantemos su reparación mediante abordaje abierto e incisión lumbar por tratarse de hernias con pequeños defectos de contenido extraperitoneal, implantando malla en plano profundo retromuscular y libre tensión.

Derrame pleural izquierdo como debut de carcinoma papilar de tiroides

Díez Núñez, Ana; De la Vega Olías, María del Coral; Pérez Alberca, Carmen María; Mendoza Esparrel, Gloria María; Salas Álvarez, Jesús; Robles Pacheco, María Isabel; Najeb Alassad, Assad; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario Puerto Real

Objetivo: Presentar el caso clínico y la evolución diagnóstica-quirúrgica de una paciente a la cual se le diagnostica carcinoma papilar de tiroides tras la aparición brusca de derrame pleural contralateral como síntoma inicial.

Caso clínico: Paciente de 37 años de edad que como antecedentes personales presenta ex-tabaquismo de 5 cigarrillos/día, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Presenta como antecedentes familiares madre con bocio. Acude la paciente por dolor costal izquierdo de 6 meses de evolución detectándose en radiografía de tórax la presencia de un derrame pleural izquierdo que afecta 2/3 inferiores, con citología altamente sospechosa de malignidad. Se realiza toracoscopia con anatomía patológica compatible con posible metástasis de carcinoma. Dentro del estudio de extensión se identifica en ecografía tiroidea aumento de glándula a expensas de LTD con un nódulo predominante de 11x12 mm en el mismo, altamente sospechoso de malignidad, con bordes mal definidos y con varias calcificaciones groseras, sin adenopatías cervicales y PAAF compatible con carcinoma papilar de tiroides. La paciente recibió tratamiento con una dosis de 100 mCi de I-131 oral sin elevación de los niveles de tiroglobulina ni captura del Iodo de las lesiones pleurales pero sí intensos acúmulos en cara anterior de cuello. Perfil de hormonas tiroideas y anticuerpos antitiroideos dentro de la normalidad.

Con todo este estudio, se llega al diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides multifocal de alto riesgo con metástasis pleural no filiada (estadio II: T1N0M1). Tras la

valoración por el Comité de Tumores, se decide repetir estudio anatomopatológico de pleura y PET-TAC tras realización de tiroidectomía total más preferente.

Resultados: Se realiza tiroidectomía total según técnica habitual sin incidencias. La paciente es dada de alta a las 24 horas de la intervención.

En el 2º mes postoperatorio, se realiza rastreo con I-131, tras la supresión de hormonoterapia tiroidea durante 1 mes, presentando importantes restos tiroideos a nivel paratraqueal y ausencia de captación en región pleural (niveles de tiroglobulina de 1,3 ng/ml y anticuerpos antiTg 14,5 UI/ml).

Se repite PET-TAC de tórax donde se visualiza extensa afectación pleural izquierda, con alta tasa de proliferación celular. Por la distribución e intensidad de la captación de las lesiones habría que descartar la posibilidad de que se trate de un mesotelioma. Se decide derivar a Cirugía Torácica.

Actualmente, la paciente se encuentra asintomática desde el punto de vista endocrinológico, con un hipotiroidismo secundario controlado con levotiroxina 100 mcg/día. Continúa sus revisiones con el servicio de Endocrinología y Cirugía General sin incidencias. Tras valoración y tratamiento por Cirugía Torácica se confirma el origen metastásico tiroideo del derrame pleural.

Conclusión: La metástasis pleural es una localización excepcional en el carcinoma papilar de tiroides, recogiendo en la bibliografía más actual una incidencia del 0,6%. No obstante, ante la sospecha de metástasis a dicho nivel y presentándose derrame pleural asociado, una de las patologías a descartar dentro del diagnóstico diferencial

Obstrucción intestinal secundario a endometriosis agresiva en paciente joven: a propósito de un caso

Díez Núñez, Ana; Martínez Vieira, Almudena; Pérez Alberca, Carmen María; Mendoza Esparrel, Gloria María; Salas Álvarez, Jesús; Álvarez Medialdea, Javier; De la Vega Olías, María del Coral; Vega Ruíz, Vicente

Hospital Universitario Puerto Real

Objetivo: Presentar el caso clínico, la descripción quirúrgica, evolución postoperatoria y resultado anatomopatológico de una paciente afecta de obstrucción de intestino delgado secundario a endometriosis agresiva.

Caso clínico: Mujer de 24 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que consulta a través del servicio de urgencias por dolor abdominal inicialmente de tipo cólico y ahora continuo difuso de intensidad creciente de 72 horas de evolución. Asocia cuadro oclusivo sin tránsito a gases ni heces, con distensión abdominal, náuseas y vómitos de 24 horas de evolución junto con fiebre de hasta 39°C. La enferma no refiere episodios previos similares. Niega posibilidad de embarazo, actualmente menstruando con ciclos regulares sin síndrome premenstrual. A la exploración presenta abdomen distendido, timpanizado, doloroso de forma generalizada con defensa en flanco derecho. Ante la sospecha de obstrucción intestinal, se realiza estudio con parámetros analíticos dentro de la normalidad salvo elevación de reactantes de fase aguda

con PCR de 18 y un TAC abdominal que informa de marcada dilatación de asas de yeyuno-ileales, con cambio de calibre a nivel del íleon distal a unos 8-9 cm de la válvula, con patrón en miga de pan en asas proximales. Discreta cantidad de líquido libre y numerosas adenopatías mesentéricas. Tras observación durante 12 horas con empeoramiento clínico de la paciente, se decide intervención quirúrgica de urgencia.

Resultados: Realizamos la intervención quirúrgica bajo anestesia general, encontrándose obstrucción a nivel de íleon terminal, identificando una lesión pardo-rosada de aproximadamente 1 cm, que macroscópicamente parece afectar a la superficie de la pieza y que origina una distorsión y rigidez no removible en la inmediata vecindad de la válvula ileocecal. Se encuentran otras lesiones de aspecto similar a nivel del apéndice, trompa derecha, sigma e íleon proximal que impresionan de implantes de endometriosis. Se realiza resección íleo-cecal y anastomosis ileocólica manual. El postoperatorio evoluciona sin incidencias y fue dada de alta al 4º día postoperatorio. El resultado anatomopatológico confirmó la etiología endometriosa siendo catalogada de gran agresividad.

Conclusiones: La endometriosis es una entidad anatomopatológica que raramente se asocia a cuadros obstructivos agresivos. El diagnóstico diferencial debe establecerse principalmente con implantes por carcinomatosis. El tratamiento de elección para los cuadros obstructivos secundarios a endometriosis que no resuelven con manejo conservador, es la resección parcial y anastomosis temprana del segmento afecto como en nuestro caso, para evitar resecciones más amplias.

Derivación gastroyeyunal en Y de Roux como urgencia en un paciente con estenosis pilórica completa: a propósito de un caso

Díez Núñez, Ana; Díaz Godoy, Antonio; Mendoza Esparrel, Gloria María; Pérez Alberca, Carmen María; Salas Álvarez, Jesús; Calvo Durán, Antonio Enrique; Balbuena García, Manuel; Gutierrez Martínez, Antonio; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario Puerto Real

Objetivo: Presentar el caso clínico, la descripción quirúrgica, evolución postoperatoria y resultado a largo plazo de un paciente afecto por una estenosis pilórica no conocida que le provoca intolerancia a vía oral y vómitos incoercibles.

Caso clínico: Varón de 63 años con antecedentes familiares de padre fallecido por cáncer gástrico. Como antecedentes personales, es un exfumador importante y fue intervenido de úlcera gástrica hace 20 años sin toma de biopsias de lecho ulceroso. El paciente acude a través del servicio de urgencias por cuadro de vómitos e intolerancia a vía oral de 48 horas de evolución. Refiere pérdida ponderal importante no cuantificada. Ingres a cargo de Digestivo para estudio donde se le realiza una analítica con anemia ferropénica y marcadores tumorales negativos. En segundo lugar, se realiza endoscopia oral con resultado no valorable por estómago de retención. Igual ocurre con el tránsito baritado, que informa de exploración no valorable por estómago de retención con abundante contenido alimentario y líquido, y bulbo no valorable. Por

ello, se decide prueba de imagen con TAC toraco-abdominal que informa de obstrucción gástrica distal por patología presuntamente benigna, con estómago de retención con abundante contenido alimenticio y bario en su interior. Se observa también engrosamiento parietal de región antrobulbo duodenal. No se observan adenopatías ni metástasis a distancia. Tras 13 días de manejo conservador, presentan el caso al servicio de Cirugía General por persistencia de sintomatología, decidiéndose intervención quirúrgica de urgencia: anastomosis gastroyeyunal postero-lateral en Y de Roux.

Resultados: La intervención transcurrió sin incidencias. El paciente fue dado de alta al 5º día postoperatorio, con buena tolerancia a vía oral sin náuseas ni vómitos, tránsito a gases y heces, buena evolución de herida quirúrgica y dolor controlado con analgesia habitual. Realizamos revisión al mes de la intervención, presentando excelente evolución. Tolerancia a vía oral sin incidencias ni nuevos episodios de vómitos, tránsito dentro de la normalidad y recuperación de peso. El resultado anatomopatológico fue mucosa duodenal con cambios inflamatorios y reparativos, sin signos de malignidad. Se realiza una nueva revisión al año, permaneciendo asintomático, por lo que se decide alta por parte de nuestro servicio. Actualmente, el paciente es seguido anualmente por el servicio de Digestivo, sin incidencias.

Conclusiones: La estenosis pilórica, aunque sea de etiología probablemente benigna, puede llegar a provocar cuadros de obstrucción gástrica que obliguen a la intervención quirúrgica de urgencia según la situación del paciente. El diagnóstico diferencial debe establecerse principalmente con patología tumoral, ya que en comportamientos tan agresivos con cuadros de síndrome constitucional, la primera etiología a descartar será la neoplásica. En casos de etiología benigna, consideramos que el tratamiento de elección será la derivación en Y de Roux como en nuestro caso.

Adenocarcinoide mucinoso de apéndice como hallazgo incidental

Plata Pérez, Ignacio; Maes Carballo, Marta; Robayo Soto, Paul; Reyes Moreno, Monserrat; Martín Díaz, Manuel; Ferrer García, Juan Guillermo

Hospital Santa Ana (Motril)

Introducción: Las neoplasias del apéndice representan el 0,5% de los tumores digestivos. Los más frecuentes son los carcinoides (85%), cistoadenocarcinomas mucinosos (8%), adenocarcinomas (4%) y por último adenocarcinoide (2%). Son más frecuentes en la 5ª y 6ª década de la vida, con igual proporción entre hombres y mujeres.

Objetivos: Presentamos un caso de tumor adenocarcinoide apendicular hallado de manera incidental y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril.

Material y métodos: Mujer de 66 años, AP de histerectomía, colecistectomía laparoscópica y construcción de neovejiga con asa intestinal por accidente de tráfico; ingresa para tratamiento quirúrgico de quiste simple ovárico de 20 cm hallado de forma incidental en TC de control en seguimiento por urología.

Durante la laparotomía exploratoria se aprecia un importante síndrome adherencial con mucha dificultad para el abordaje quirúrgico y se extrae el ovario derecho con el quiste. Además, se realiza apendicectomía profiláctica.

Resultados: La histología de la tumoración ovárica es un quiste simple, mientras que el apéndice es un tumor adenocarcinoide mucinoso.

El postoperatorio transcurrió con normalidad, fue dada de alta al 5º día. Actualmente está en seguimiento por parte de cirugía con controles periódicos sin evidenciar recaída de la enfermedad, ni clínica ni radiológicamente. Se decidió no completar la apendicectomía con hemicolectomía derecha ya que no existían factores de mal pronóstico.

Conclusiones: El adenocarcinoide apendicular es una entidad infrecuente, a caballo entre el tumor carcinoide y el adenocarcinoma. Suponen el 2-3% de los tumores apendiculares y fue descrito en 1969 por Gagne et al. Suelen presentarse como apendicitis aguda o de manera incidental. Tiene mayor potencial maligno que el tumor carcinoide pero menor que el adenocarcinoma, aun así puede dar metástasis a distancia, sobretodo ováricas o peritoneales.

El tratamiento varía desde una apendicectomía hasta una hemicolectomía derecha oncológica, en caso de presentar factores de mal pronóstico, como indiferenciación celular, elevado número de mitosis, infiltración de la base apendicular, linfática o perineural; si bien el tamaño no tiene valor pronóstico. Además, algunos autores abogan por la realización de ooforectomía profiláctica debido al riesgo de metástasis ováricas en los casos con mal pronóstico.

Perforación intestinal como forma de presentación de un linfoma

Plata Pérez, Ignacio; Robayo Soto, Paul; Reyes Moreno, Monserrat; Maes Carballo, Marta; Martín Díaz, Manuel; Ferrer García, Juan Guillermo

Hospital Santa Ana (Motril)

Introducción: Los linfomas del tubo digestivo suponen entre el 1 y el 4% del total de tumores gastrointestinales. Sólo un 10-15% de éstos se presenta como linfoma intestinal primario. La mayor parte de los casos son tumores B con tejido linfoide de mucosas (MALT). La afectación gastrointestinal secundaria a un Linfoma no Hodking ocurre hasta en el 60% de los casos. Su presentación suele ocurrir entre las 5ª y 6ª década, con proporción hombres/mujeres de 1:3.

Materia y métodos: Vamos a revisar un caso de linfoma intestinal primario cuya forma de presentación ha sido perforación intestinal, diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana.

Mujer de 72 años, antecedentes personales de ligadura de trompas e hipertensión arterial; acude a urgencias por dolor abdominal de aparición súbita en hace 3 días, de tipo cólico, acompañado de vómitos, como exacerbación de un cuadro de dolor difuso abdominal de meses de evolución en estudio por digestivo. Analíticamente destaca anemia microcítica, leucocitosis con desviación izquierda y elevación de PCR > 150 mg/L. Se realiza TC abdominal que describe neumono-

peritoneo con asa intestinal muy engrosada y adenopatías mesentéricas, sugestiva de perforación intestinal

Resultados: Se realiza laparotomía exploratoria con resección de asa perforada y anastomosis latero-lateral manual, además de lavado de la cavidad. El postoperatorio transcurre sin incidencias. Los resultados histológicos muestran un linfoma B difuso de células grandes.

Conclusión: El linfoma intestinal es un tumor linfoide que afecta de manera primaria al tubo digestivo. Debe cumplir los criterios de Dawson: ausencia de adenopatías periféricas y mediastínicas, recuento leucocitario y biopsia de médula ósea normales, enfermedad confinada al intestino delgado sin afectación a distancia y adenopatías regionales. Debido a los síntomas inespecíficos, es muy frecuente el diagnóstico tardío, y pueden presentarse como hemorragias o perforaciones intestinales.

En el momento actual el tratamiento es quirúrgico seguido de terapia de consolidación, por lo que debe realizarse abordaje multidisciplinar para llevarlo correctamente a cabo.

La complejidad diagnóstica de un quiste de Nuck crural en el paciente anciano

Pico Sánchez, Leila; Ramos Muñoz, Francisco; Soler Humanes, Rocío; Roldán de la Rúa, Jorge; de Luna Diaz, Resi; Baca, Juan Javier

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: El quiste de Nuck o hidrocele femenino es una patología de baja incidencia que se presenta principalmente en el sexo femenino, en edad pediátrica y gente joven. Es el resultado de la invaginación del peritoneo parietal durante el desarrollo del canal inguinal.

Objetivos: Una exploración física exhaustiva, el diagnóstico diferencial con otras patologías de la región inguinal y el apoyo con pruebas de imagen como la ecografía o la RMN son las bases de su diagnóstico.

Material y métodos: Paciente mujer de 72 años sin antecedentes personales de interés salvo HTA y dislipemia, presenta tumoración a nivel inguinal derecho de varios meses de evolución, no dolorosa. A la exploración se palpa tumoración en región inguinal derecha de tamaño medio, fija a planos profundos, no reductible, que protruye con maniobra de Valsalva. La ecografía inguinal y RMN son compatibles con quiste de Nuck inguinal derecho.

Resultado: Se programa intervención quirúrgica en régimen CMA, apreciándose tumoración quística de unos 5cm de diámetro máximo, que protruye a través de orificio crural. Se realiza disección y exéresis del mismo, colocando plugg de malla de Polipropileno en orificio crural. La paciente evoluciona satisfactoriamente, siendo dada de alta el mismo día. El resultado anatomopatológico describe pared con revestimiento mesotelial mínimamente reactivo, engrosamiento fibroso e inflamación crónica, compatible con quiste de Nuck..

Conclusiones: El quiste de Nuck a través del orificio crural es una patología poco frecuente, así como su aparición en pacientes de edad avanzada. Debe realizarse un diagnóstico

diferencial exhaustivo con otras patologías de la región inguinal (anormalidades vasculares, hematomas, hernias, tumores benignos, malignos, metástasis, abscesos o endometriosis del ligamento redondo, entre otros) para caracterizarlo y ofrecerle la mejor aproximación médico-quirúrgica.

Causa rara de ictericia obstructiva: síndrome de Mirizzi

Plata Pérez, Ignacio; Robayo Soto, Paul; Maes Carballo, Marta; Reyes Moreno, Monserrat; Martín Díaz, Manuel; Ferrer García, Juan Guillermo

Hospital Santa Ana (Motril)

Introducción: El síndrome de Mirizzi es una rara complicación de colelitiasis de larga evolución (1%). Comprende desde la impronta de una litiasis en la vía biliar hasta la formación de una fístula coledocística por compresión extrínseca de la vía biliar principal. Parece existir relación con el cáncer de vesícula. Su presentación, al igual que la colelitiasis, es más frecuente en mujeres que en hombres.

Objetivos: Vamos a presentar un caso diagnosticado y tratado en el Hospital de Santa Ana de Motril:

Material y métodos: Mujer, 57 años, hipertensa, acude con ictericia franca de 10 días de evolución sin coluria ni dolor abdominal, asociando pérdida de peso. Hemograma sin alteraciones de fórmula leucocitaria, y bioquímica con elevación de bilirrubina total de 16.7 mg/dL a expensas de bilirrubina directa 8.29 mg/dL. Coagulación sin alteraciones.

La ecografía abdominal muestra colelitiasis múltiple y engrosamiento de pared vesicular con Murphy negativo. Además, dilatación de la vía biliar intrahepática y proximal del colédoco.

La colangiografía muestra colelitiasis de 25 mm alojada en cuello vesicular que comprime extrínsecamente la vía biliar intrahepática izquierda.

Resultados: Se realiza colecistectomía y coledocotomía con cierre sobre Kher, y se comprueba integridad de vía biliar con colangiografía intraoperatoria trans-kher, llegando contraste hasta duodeno.

El postoperatorio resulta sin complicaciones, con alta al 7º día postoperatorio. El Kher se retira a los 21 días tras la intervención sin incidencias.

Los resultados anatomopatológicos muestran vesícula con colecistitis crónica xantogranulomatosa.

Discusión: El síndrome de Mirizzi es una entidad muy infrecuente dentro de patología de la vía biliar (0.1%). que suele presentarse con dolor abdominal e ictericia obstructiva. Su diagnóstico se realiza mediante ecografía, CPRE o colangiografía magnética, siendo necesario el tratamiento quirúrgico para solucionar la ictericia y eliminar el elevado riesgo de cáncer de vesícula al que se asocia.

Apendicitis aguda por cuerpos extraños. A propósito de un caso

Alcaide Lucena, M. Allegue Alonso, A, González Puga, C. Martínez Domínguez, A.P. Jiménez Ríos, J.A.

Complejo Hospitalario Universitario de Granada. H.U. San Cecilio

Introducción: La apendicitis aguda es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo, y su diagnóstico es clínico. La presencia de cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal raramente produce complicaciones y su presencia en el apéndice vermiforme es excepcional. Debido a lo atípico del cuadro, tanto en la clínica como por la causa que lo provoca, describimos un caso de una apendicitis aguda perforada por perdigón de caza

Material y métodos: Varón de 37 años de edad que acude a Urgencias por dolor abdominal en FID de 72 horas de evolución, de intensidad creciente, acompañado de náuseas y vómitos, además de sensación distérmica. Exploración: abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda en FID, con signos de irritación peritoneal. Analítica: PCR 41, Leucocitos 9260 con fórmula normal. Radiografía abdominal: cuerpo extraño de densidad metálica en FID, presente en radiografías previas. TAC abdomen: presencia de material de alta densidad de 9 mm, compatible con cuerpo extraño, próximo a ciego e íleon terminal con aumento de densidad de la grasa mesentérica adyacente y numerosas adenomegalias en FID, sin lograr evidenciar el apéndice vermiforme probablemente incluido en el proceso inflamatorio.

Se decide intervención quirúrgica urgente laparoscópica con hallazgo intraoperatorio plastrón inflamatorio en FID que incluye ciego, apéndice vermiforme y válvula ileocecal. Se realiza ileocectomía con anastomosis ileocólica L-L mecánica. El paciente presentó una evolución postoperatoria satisfactoria siendo dado de alta a los 5 días.

La AP informa : A nivel macroscópico apéndice cecal de 3.4 x 0.8 cm, con plastrón inflamatorio que incluye cuerpo extraño que parece corresponder con perdigón de caza. A nivel microscópico: plastrón inflamatorio con marcado componente linfocitario en la zona de ubicación del cuerpo extraño con fenómenos de abscesificación y compromiso de tejidos periafeniculares.

Discusión: Las perforaciones se pueden producir en cualquier punto del tracto gastrointestinal, aunque son más probables en segmentos del mismo con angulaciones. Suele ser debido a cuerpos extraños alargados y afilados, como por ejemplo, piezas dentales, agujas de pollo, objetos metálicos, etc. La presencia de un cuerpo extraño en la luz apendicular es excepcional, y puede provocar un cuadro de apendicitis aguda por obstrucción de su luz. La sintomatología suele ser muy heterogénea, desde síntomas anodinos a perforaciones con formación de abscesos extramurales o incluso peritonitis. La realización de una TC abdominal puede ser útil para la visualización del cuerpo extraño, aunque en la mayoría de las ocasiones no se llega a su diagnóstico definitivo hasta la intervención quirúrgica.

Conclusión: La apendicitis aguda es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo, siendo la obstrucción de la luz apendicular el fenómeno inicial más frecuente. La presencia

de un cuerpo extraño en la luz del apéndice es infrecuente, pero se constata como un factor etiológico de la apendicitis aguda. Debido a la baja sospecha clínica presenta un diagnóstico preoperatorio difícil, precisando cobertura antibiótica e intervención quirúrgica urgente. La demora en la intervención quirúrgica aumenta la morbimortalidad.

Aumentando las tasas de reseccabilidad en el cáncer de páncreas: intervención de Appleby+reconstrucción del tronco celiaco

Robles Quesada, Teresa; Rodriguez Ortiz, Lidia,; Garcia Martin, Ruben ; Garcilazo Arismendi, Dimas; Cabrera Bermón, Juan ; Sánchez Hidalgo, Juan Manuel; Arjona Sánchez, Alvaro; Rufian Peña, Sebastián

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: los adenocarcinomas de cuerpo y cola de páncreas son diagnosticados generalmente en estados avanzados, El procedimiento de Appleby modificado permite, en tumores que afectan al tronco celiaco una cirugía radical con aceptable morbimortalidad postoperatoria. Actualmente, se está expandiendo esta técnica ante la posibilidad de aumentar la tasa de reseccabilidad en adenocarcinomas de cuerpo y cola de páncreas, discutiéndose acerca de la necesidad de la embolización preoperatoria del tronco celiaco y la arteria hepática común.

Metodos y materiales: paciente de 50 años con adenocarcinoma ductal de unión cuerpo-cola de páncreas con invasión vascular de tronco celiaco y sus ramas AHC, AE y AGI, que tras quimioterapia neoadyuvante se consigue estabilización de la enfermedad (T₄,N₀,M₀). Se propone embolización de la arteria hepática común, para aumentar el flujo de la arteria gastroduodenal y 1 semana después intervención quirúrgica.

En la intervención, la tumoración conocida con afectación del tronco celiaco a nivel de la salida de la arteria gastroduodenal. Se evidencia importante arteritis (post-embolización) de la arteria hepática común que llega más allá de la arteria gastroduodenal, presentando escaso flujo arterial para el hígado. Dado los hallazgos, se opta por Intervención de Appleby modificada (pancreatectomía corporo-caudal + esplenectomía y resección en bloque del tronco celiaco). Dada la trombosis de la AHP, se realiza un injerto arterial de cadáver desde aorta infrarrenal a la arteria hepática propia.

Resultados: paciente con necesidad de inmunosupresión con corticoides en pauta descendente por el injerto arterial, sin alteración de la función hepática. AP: adenocarcinoma ductal de cola de páncreas T₄,N₀,M₀. El paciente es de nuevo derivado a oncología médica

Conclusiones: El procedimiento de Appleby modificado con o sin Reconstrucción Arterial, Puede ofrecer la posibilidad de aumentar el porcentaje de reseccabilidad en tumores en cuerpo y cola de páncreas.

Esplenectomía parcial superior en quiste esplénico epidermoide gigante

Valverde Martínez, Amparo; Roldán Ortiz, Susana; Fornell Ariza, Mercedes; Pérez Gomar, Daniel; Bazán Hinojo, María del Carmen; Ayllón Gámez, Saray; Peña Barturen, Catalina; Mayo Ossorio, María de los Ángeles; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, José Luis

H. U. Puerta del Mar Cádiz

Objetivo: Los quistes esplénicos gigantes son una entidad rara con una incidencia de 0,5% a 2%. Habitualmente asintomáticos, benignos y se diagnostican de forma incidental en su mayoría. El quiste esplénico epidermoide, quiste primario no parasitario, constituye el 10% del total de quistes en bazo.

Material y métodos: Paciente mujer de 15 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por dolor abdominal y aumento del perímetro abdominal de unas semanas de evolución. En exploración física destaca una tumoración que ocupa todo el hemiabdomen izquierdo.

Presenta analítica, serología y marcadores tumorales dentro de la normalidad. En pruebas de imagen: Radiografía de abdomen revela una elevación importante de diafragma izquierdo así como efecto masa en hipocondrio homolateral. En ecografía abdominal destaca una masa localizada en hipocondrio izquierdo que parece depender del bazo. Se realiza TC que demuestra una lesión quística esplénica bien definida de 21 x 16 x 13 cm.

Resultados: Con el diagnóstico de quiste esplénico gigante sintomático se realiza esplenectomía parcial superior por laparotomía media previa evacuación de 2,1 l de líquido seroso intraquístico. Se deja Tachosil® en lecho quirúrgico. La anatomía patológica describe un quiste esplénico epidermoide benigno. En líquido intraquístico el CEA fue de 2142 ng/ml y Ca 19,9 de 29,54 U/ml.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias, dada de alta a las 48h y asintomática actualmente.

Conclusión: Los quistes epidermoides constituyen entre 10-20% de quistes esplénicos no parasitarios, siendo más frecuentes en mujeres menores de 40 años. El tamaño es menor de 15 cm, siendo escasos los casos publicados de quistes esplénicos mayores de 20 cm. Es muy infrecuente que debuten con complicaciones como: ruptura, hemorragia, infección o degeneración maligna.

La exploración física puede ser normal o presentar una masa en hemiabdomen izquierdo. El diagnóstico se realiza según historia clínica, exploración y pruebas de imagen complementarias. La TC se considera la técnica de elección. Se pueden encontrar elevaciones en sangre de marcadores tumorales (CEA y Ca 19.9), secretados por epitelio del quiste, que tras cirugía regresan a la normalidad.

El tratamiento convencional ha sido esplenectomía total en quistes muy grandes, cubiertos casi en su totalidad por parénquima esplénico, situados en hilio esplénico o quistes múltiples. La tendencia actual es de esplenectomía parcial laparoscópica, con el fin de preservar la función inmunológica esplénica (25% de parénquima esplénico). La primera esplenectomía parcial se realiza en 1980, siendo un procedimiento dificultoso con riesgo elevado de sangrado.

Vólvulo gástrico complicado en hernia paraesofágica de gran tamaño

Roldán Ortiz, Susana; Fornell Ariza, Mercedes; Bazán Hinojo, María del Carmen; Pérez Gomar, Daniel; Peña Barturen, Catalina; Ayllón Gámez, Saray; Castro Fernández, Jose Ramón; Pacheco García, Jose Manuel; Fernández Serrano, Jose Luis

H. U. Puerta del Mar Cádiz

Objetivos: El vólvulo gástrico es una entidad poco frecuente, en la cual, el diagnóstico temprano es fundamental, ya que conlleva asociada importante morbi-mortalidad.

Material y métodos: Paciente varón de 86 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, ICTUS isquémico en 2005 sin secuelas e HBP. Acude a Servicio de Urgencias por náuseas, vómitos y disfagia, de 4 días de evolución. Acompañado de dolor epigástrico. En la exploración destaca abdomen blando, depresible, doloroso en epigastrio sin signos de irritación peritoneal. Analítica sin alteraciones y Rx tórax compatible con hernia de hiato. Ingres a cargo de Digestivo, se realiza EDA con imposibilidad de acceder a antro. Ante hallazgos se solicita TC abdominal que informan de gran hernia de hiato con vólvulo gástrico órgano-axial. Durante ingreso, el paciente sufre deterioro clínico, hemodinámico y analítico por lo que nos consultan y se decide intervención quirúrgica urgente.

Resultados: Se realiza abordaje subcostal bilateral y se halla hernia paraesofágica voluminosa con vólvulo gástrico con signos de complicación: necrosis y perforado. Se decide gastrectomía total con esofagoyeyunostomía en Y de Roux y yeyunostomía de alimentación. Presenta postoperatorio tórpido por complicaciones respiratorias siendo dado de alta tras 20 días de ingreso. La anatomía patológica informó de extensa ulceración y necrosis por vólvulo gástrico.

Conclusiones: Las hernias paraesofágicas constituyen un 5% de las hernias de hiato, pueden ser causa de abdomen agudo por vólvulo gástrico, incarceration, estrangulación, sangrado masivo o perforación, como en el caso comentado. El vólvulo gástrico es menos frecuente que el vólvulo sigmoideo, cecal o de intestino y el 75% se presentan en adultos, generalmente asociado a hernias diafragmáticas.

El vólvulo gástrico consiste en una rotación de 180° sobre uno de sus ejes distinguiéndose dos tipos: órgano-axial o mesenterio-axial. El vólvulo órgano-axial, es más frecuente en adultos y se asocia a estrangulación en 5-28%. La presentación clínica puede ser aguda o crónica. El cuadro agudo presenta triada típica de Borchardt: dolor epigástrico, vómitos e imposibilidad de colocar SNG. El tipo crónico puede ser asintomático.

En pruebas complementarias la Rx ya nos orienta al diagnóstico, siendo TC de elección. La EDA puede ser diagnóstica y terapéutica, en ocasiones con paciente estable sin signos de complicación. Con respecto al tratamiento, existen varios métodos para reparar el vólvulo dependiendo de los hallazgos, en resumen: reducción del vólvulo, asociado o no a gastrectomía, fijación gástrica y corrección de factores predisponentes.

Tuberculosis intestinal

Roldán Ortiz, Susana; Fornell Ariza, Mercedes; Pérez Gomar, Daniel; Bazán Hinojo, María del Carmen; Peña Barturen, Catalina; Ayllón Gámez, Saray; Casado Maestre, María Dolores; Sancho Maraver, Eva; Fernández Serrano, José Luis

H. U. Puerta del Mar Cádiz

Introducción: La Tuberculosis es una enfermedad frecuente en nuestro país siendo la afectación pulmonar la más común. Entre las manifestaciones extrapulmonares, la tuberculosis intestinal es rara, una incidencia del 4%. Suponiendo reto diagnóstico por su clínica y analítica inespecífica.

Caso clínico: Paciente varón de 65 años con antecedentes de Diabetes mellitus, IRC, Trasplante hepático en tratamiento con inmunosupresores e ileitis tuberculosa con tratamiento antituberculoso tetraconjugado. Acude a S.urgencias por dolor abdominal difuso, vómitos y estreñimiento. Exploración física con abdomen doloroso de forma generalizada y distendido. Se realiza TC de abdomen informado de cuadro obstructivo secundario a afectación en íleon terminal de causa inflamatoria ya conocida. Se decide manejo conservador sin mejoría clínica, por lo que se indica cirugía urgente a las 48h. Se identifica estenosis de íleon próxima a válvula ileocecal y signos de TBC miliar en meso, se realiza ileocectomía con anastomosis L-L mecánica.

En postoperatorio al 3º día presenta empeoramiento de estado general, con aumento de RFA y TC compatible con dehiscencia de sutura, precisando reintervención con ileostomía terminal. Anatomía patológica identifica ulceración acompañada de inflamación granulomatosa no necrotizante compatible con TBC intestinal. En postoperatorio cursa con buena evolución hasta el alta.

Discusión: La tuberculosis ha aumentado su incidencia, así como un aumento de la afectación extrapulmonar. El tracto gastrointestinal es el sexto lugar extrapulmonar más comprometido.

En tuberculosis abdominal, el compromiso intestinal representa 18%-78% de los casos, seguida de compromiso linfático, peritoneal y mesentérico. En el tubo digestivo, el área ileocecal se afecta en 75-90% de los pacientes, seguida del colon. Habitualmente, se presenta con cuadros clínicos de meses de evolución en los que el síntoma más frecuente es dolor abdominal inespecífico, asociado a fiebre, diarrea, vómitos y malestar general. Siendo la complicación más común la obstrucción intestinal.

El procedimiento diagnóstico de elección es la colonoscopia con biopsia, acompañada de estudios radiológicos como TC abdomen y tránsito baritado con el signo de Fleischner característico. No obstante, el diagnóstico definitivo va a ser bacteriológico e histológico como en nuestro caso. El diagnóstico diferencial es principalmente con E. Crohn.

El tratamiento de elección es médico y cirugía sólo indicada en complicaciones, es decir, en obstrucción, peritonitis y perforación. Debido a que muchos pacientes por sus comorbilidades asociadas se complican tras la cirugía. El tratamiento de elección es resección de segmento afectado, seguida según estado del paciente, de restauración de continuidad digestiva versus cirugía de control de daños.

¿Conoces la hernia de Garegeot?

Bazán Hinojo, María del Carmen; Roldán Ortiz, Susana; Pérez Gomar, Daniel; Fornell Ariza, Mercedes; Peña Barturen, Catalina; Ayllón Gámez, Saray; Mayo Ossorio, María de los Ángeles; González Rodicio, Virginia; Fernández Serrano, Jose Luis

H. U. Puerta del Mar Cádiz

Introducción: La hernia de Garegeot es una entidad nosológica infrecuente, poco conocida, aún así, descrita en la literatura clásica de la cirugía.

Objetivos: El objetivo es presentar un caso clínico muy poco frecuente, como es la hernia de Garegeot.

Material y métodos: Paciente mujer de 55 años sin antecedentes personales de interés que acude a Servicio de Urgencias por dolor y tumoración en región inguinocrural de tres días de evolución. En la exploración destaca tumoración inguinocrural derecha no reductible, dolorosa a la palpación. Analítica sin alteraciones.

Resultados: Se decide cirugía hallando hernia crural derecha con apéndice cecal encarcelado en su interior. Se realiza apendicectomía y hernioplastia con malla de polipropileno. La evolución fue favorable y actualmente sin recidiva herniaria ni incidencias. La anatomía patológica fue de apéndice cecal con congestión vascular.

Conclusión: La hernia de Garegeot se define como la presencia de apéndice cecal en el interior de una hernia femoral. El apéndice puede encontrarse normal, inflamado, perforado o gangrenoso. En las hernias femorales, la presencia de apéndice vermiforme en su interior es rara, presente sólo en 0,9% de las ocasiones. El hallazgo de apendicitis aguda dentro de canal femoral es aún más raro, cuya incidencia no está descrita en la literatura. Es más frecuente en mujeres en relación 2:1 con varones.

La hernia femoral presenta una tasa de encarcelación más elevada que hernia inguinal, debido a ser el canal femoral más rígido y estrecho (14-56%). La clínica es de hernia crural irreductible y dolorosa, mayoritariamente de lado derecho. Si asocia apendicitis, dependiendo de su fase, puede presentar náuseas, vómitos y fiebre.

Habitualmente el diagnóstico es intraoperatorio debido a patología infrecuente, con clínica y pruebas complementarias inespecíficas. Presenta tratamiento controvertido, debido a la baja frecuencia, ausencia de protocolos y a las pocas comunicaciones de casos de esta patología. Con respecto al manejo del apéndice cecal, la mayoría de los autores indican apendicectomía en todos los casos, independientemente de que esté inflamado o no. Y en relación a la reparación herniaria, el uso de prótesis está en principio contraindicado en campos contaminados. La clasificación de Losanoff y Basson propone el manejo terapéutico según tipo de hernia y grado de inflamación del apéndice, basada en su experiencia. No obstante, se debe individualizar cada caso la actuación según estado de apéndice, tipo de hernia, tamaño de defecto herniario y comorbilidades del paciente.

Evisceración vaginal espontánea

Ortega Higuero, Rubén; Reguera Teba, Antonio; Llácer Pérez, Carmen; Capitán Vallvey, Jose María

Complejo Hospitalario de Jaén

La evisceración vaginal espontánea es un fenómeno raro en la práctica clínica diaria. Este proceso ocurre generalmente en pacientes postmenopáusicas, con hipogonadismo y se encuentra frecuentemente asociado a cirugía ginecológica previa.

Presentamos un caso clínico de una mujer de 70 años con antecedentes de histerectomía que acude a urgencias por evisceración vaginal. Se realizó una cirugía urgente requiriendo resección de segmento de ileon por estrangulación intestinal. La reparación se efectuó con malla de Bio A a través de la laparotomía infraumbilical

Colecistostomía abierta en paciente oncológico con colecistitis aguda litiásica complicada

Díaz Oteros Mercedes, Domínguez Reinado Rosario, Listán Álvarez José Carlos, Medina Achirica Carlos, García Molina Francisco José

Hospital General de Jerez de la Frontera

Introducción: La litiasis biliar es una patología cuya prevalencia aumenta con la edad. La morbimortalidad de la cirugía de la colecistitis aguda variará según sea electiva o urgente y según la comorbilidad del paciente.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 62 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y adenocarcinoma de recto superior sometido a cirugía (resección anterior).

A los 2 años de la intervención comienza con rectorragia, realizándose colonoscopia que evidenció una lesión plana y excavada en ciego de 10-12mm; se tomó muestra para biopsia siendo diagnosticado de adenocarcinoma de ciego. Se completó estudio con TC toraco-abdomino-pélvico confirmando la existencia de un engrosamiento irregular de la pared de ciego y adenopatías de 4-5 mm en la grasa adyacente. El caso fue presentado en el comité multidisciplinar de cáncer colorrectal indicándose tratamiento quirúrgico.

Fue sometido a una hemicolectomía derecha por vía laparotómica, presentando al 4º día postoperatorio dolor abdominal intenso y leucocitosis. Se realizó TC abdomino-pélvico urgente con contrastes por vía anal evidenciándose dehiscencia de anastomosis. Se decidió intervención quirúrgica urgente realizándose extirpación de anastomosis ileocólica, ileostomía terminal y fístula mucosa colónica. Posteriormente presentó múltiples complicaciones postoperatorias (absceso de pared, evisceración contenida, derrame pleural y colección intraabdominal).

A los 4 meses de la intervención comenzó con dolor en hipocondrio derecho intenso tras sesión de quimioterapia. Presentó empeoramiento clínico con malestar general, fiebre y leucocitosis, realizándose TC abdomino-pélvico con c/c iv con hallazgos compatibles con colecistitis aguda litiásica complicada. Se indicó intervención quirúrgica urgente

evidenciándose un abdomen bloqueado con gran componente inflamatorio perivesicular, pared vesicular gangrenosa y retracción de la misma hacia hilio hepático. Ante la imposibilidad de extirpación vesicular se decidió realización de colecistostomía abierta mediante sonda Pezzer. Se tomó muestra para cultivo del líquido vesicular aislándose *Candida albicans*. El paciente evolucionó favorablemente siendo dado de alta al 15º día postoperatorio. Se retiró sonda Pezzer a las 3 semanas y se desestimó colecistectomía. El paciente se encuentra en seguimiento por el servicio de Oncología-Cuidados paliativos tras evidenciarse en prueba de imagen control metástasis hepáticas y pulmonares.

Conclusiones: La colecistostomía abierta es una opción terapéutica en la colecistitis aguda complicada y en pacientes de edad avanzada con importante comorbilidad y elevado riesgo anestésico.

No existe consenso en la duración del drenaje ni en la necesidad de una colecistectomía posterior.

Neurotecoma celular mixoide en adolescente

Martínez Mojarro, Rocío; Pérez Quintero, Rocío; Rodríguez Padilla, Ángela; Candón Vázquez, Juan; Royo Balbontín, Alberto; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: El neurotecoma celular mixoide es una tumoración benigna poco frecuente de patogénesis incierta que se origina en la vaina de los nervios periféricos. Tiene mayor prevalencia en adultos jóvenes, predominando en el sexo femenino. Se localiza mayoritariamente en cabeza y cuello, seguido de tronco y extremidades.

La clínica es poco característica, presentándose como un nódulo solitaria asintomático de crecimiento lento.

La extirpación total del tumor es resolutive.

Objetivos: Conocer el manejo de esta tumoración benigna que se debe tener en cuenta al realizar el diagnóstico diferencial de tumoraciones de la región sacra.

Material y métodos: Paciente de 13 años sin antecedentes de interés remitida desde Atención Primaria por tumoración en región sacra de dos años de evolución con crecimiento importante en los meses previos hasta alcanzar los 3 centímetros provocando dolor en la sedestación.

A la exploración presenta tumoración cutánea mal delimitada en región sacra lateral derecha y neuroporos en región inferior de aspecto compatible con quiste pilonidal.

Resultados: Ante la sospecha diagnóstica y la clínica de la paciente, se decide intervención quirúrgica programada.

Vía de abordaje: Bajo anestesia local y sedación, realizando incisión sobre el diámetro mayor de la tumoración.

Hallazgos: Macroscópicamente: lesión no encapsulada mal delimitada, de aspecto parduzco y consistencia gelatinosa adherida a tejido celular subcutáneo.

Técnica: Exéresis en bloque elipse cutánea de 3 centímetros con tejido fibroadiposo y áreas de aspecto mucinoso.

Anatomía patológica: Neurotecoma celular mixoide. Quiste de inclusión epidérmica roto con reacción gigantocelular tipo cuerpo extraño, con contacto con bordes quirúrgicos.

* Ante los hallazgos se decide ampliación de bordes quirúrgicos y extirpación completa de la lesión.

Conclusiones: Esta entidad es poco frecuente y puede confundirse con quistes epidérmicos, histiocitomas o xantogranulomas.

Su conocimiento es importante para un completo diagnóstico diferencial y un buen manejo terapéutico.

Carcinoma de células pequeñas de mama

Galeote Quecedo, Tania; Mata Martín, José María; Oehling de los Reyes, Hermann; García Hirschfeld, Juan María; Moreno Ramiro, Juan Angel; Del Rey Moreno, Arturo; Oliva Muñoz, Horacio

Hospital de Antequera

Introducción: El cáncer de células pequeñas de mama es un cáncer raro y agresivo sin un tratamiento protocolizado, debido a los pocos casos descritos. La localización extrapulmonar del carcinoma de células pequeñas constituye de 2,5 al 5% de su presentación, siendo la mama el más infrecuente.

Objetivos: Determinar las características y forma de presentación de estos tumores.

Material y métodos: Paciente de 58 años que acude a la Unidad de Patología Mamaria para estudio de nódulo en mama derecha.

AF: Hermana con cáncer de mama intervenida.

AP: Sin enfermedades conocidas.

EF: MD: en prolongación línea axilar anterior se palpa nódulo fijo, irregular, pétreo, doloroso, de 2 x 2,5 cm.

MI: no hay nódulos palpables

No adenopatías palpables.

Mamografía/Ecografía bilateral: Lesión en CSE de mama derecha, de 2,4 x 1,7 cm, circunscrita, lobulada, de alta densidad e hipocóica. BI RADS 4A

PAAF: Sugestiva de malignidad.

TU-CRUT: Carcinoma indiferenciado de células pequeñas ampliamente necrosado, RE y RP negativos. Ki67 del 60-70%
TAC toraco-abdominal: Masa mamaria. Adenopatías línea paratraqueal derecha. Dudosos nódulos en LII pulmonar.

La paciente fue derivada al Servicio de Oncología Médica del Hospital Regional, con juicio clínico de carcinoma microcítico de origen no filiado. Comienza con tratamiento quimioterápico mediante cisplatino y etopósido.

PET-TC: Adenopatías axilares derechas no sugestivas de malignidad. Conglomerado adenopático paratraqueal derecho y precarinal sugerente de infiltración neoplásica. Nódulo adyacente a la glándula mamaria derecha sugerente de malignidad. Nódulo pulmonar en LII no sugerente de malignidad.

Fue valorada por Oncología Radioterápica para radioterapia concomitante y/o secuencial. Tras terminar ciclo de quimioterapia desaparece la masa mamaria clínicamente y en TAC. Tras varias sesiones de radioterapia y seguimiento en 4 meses, la evolución es favorable.

Resultados: El carcinoma de células pequeñas en la mama es un tumor raro, con tan sólo 35 casos descritos en la literatura. Histológicamente es difícil distinguir una lesión metastásica de una lesión primaria. No hay una terapia estándar al

ser una variedad tan infrecuente. En algunos casos se realiza mastectomía más tratamiento complementario con quimioterapia y radioterapia. El pronóstico de estos tumores es pobre, la mayor parte con una supervivencia inferior al año.

Conclusiones: Hablamos de una variedad muy poco frecuente, con pocos casos descritos en la literatura, y que dado el parecido en morfología, comportamiento clínico e histogénesis con el de pulmón, es razonable un tratamiento quimioterápico similar. Es fundamental para el pronóstico un diagnóstico histológico precoz. Y siempre se debe descartar otro origen primario.

Uso de Meperidina como analgesia postoperatoria

Perea del Pozo, E.; Tinoco González, J.; Bustos Jimenez, M.; Martín Cartes, J.; Tamallo Lopez, M.J.; Docobo Durantez, F.; Padillo Ruiz, J.

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: La meperidina o petidina fue sintetizada por primera vez en 1939 como un agente anticolinérgico, pero pronto se descubrió que tenía propiedades analgésicas.

En los primeros estudios que se realizaron se publicó que la petidina supondría una alternativa a la morfina para evitar las complicaciones que suponía el uso de esta como depresión respiratoria, estreñimiento, retención urinaria, y el potencial para producir dependencia química

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 46 años, taxista de profesión, derivada al servicio de cirugía general ante la aparición de una eventración suprapúbica de 8x8 cm, secundaria a una sinfisioplastia 20 años antes. La intervención primaria una sinfisiotomía durante un parto vaginal, con 15 intervenciones posteriores para la reparación del anillo pélvico superior con necesidad de fijación mediante placas y tornillos. Provoca dolor crónico con necesidad de implantar neuroestimulador, apoyo neuropsicológico y manejo por la Unidad de Clínica del dolor. Finalmente la paciente se vuelve adicta a la dolantina acarreado complicaciones físicas y psíquicas.

Discusión: En nuestro medio, se aplica ampliamente en la práctica clínica para aliviar el dolor causado por el cáncer o las condiciones quirúrgicas graves. A pesar de las guías clínicas para controlar el dolor crónico, la disponibilidad de muchos otros opioides más adecuados, y la vigilancia de las autoridades gubernamentales, la prescripción de la meperidina continúa siendo habitual.

El fármaco que comparte indicaciones y por el cual debería ser sustituido en la mayoría de los usos de los que se pauta en nuestro servicio es la Morfina. Es un fármaco más seguro, y a pesar de poder presentar los efectos secundarios conocidos, estos pueden ser fácilmente tratados con naloxona o nalmefeno.

Al analizar el perfil de este fármaco, los efectos secundarios y la facilidad con la que produce adicción junto con su escasa eficacia analgésica a largo plazo la meperidina se ha convertido en un fármaco arcaico y en desuso.

Hernia lumbar de Grynfelt-Lesshaft: Diagnóstico diferencial y abordaje quirúrgico

Perea del Pozo, E.; Breval Flores, A.; Bustos Jiménez, M.; Martín Cartes, J.A.; Tamayo López, M.J.; Docobo Duránte, F.; Padillo Ruiz, F.J.

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: Las hernias lumbares son aquellas que se desarrollan en la región comprendida entre la XII costilla y la cresta iliaca, más específicamente a través de los espacios de Grynfelt o de los triángulos de Petit.

La hernia lumbar de Grynfelt se produce a través del espacio lumbar superior o de Grynfelt-Lesshaft. Se reportan muy pocos pacientes diagnosticados y tratados quirúrgicamente a causa de esta afectación

Caso clínico: Paciente varón de 75 años alérgico a Cefixima y con un IAM no Q y angor vasoespástico diagnosticado hace más de 25 años que acude remitido desde otro centro por presentar hernia lumbar izquierda que aflora por el espacio lumbar superior o de Grynfelt-Lesshaft.

La exploración muestra una tumoración en la región lumbar izquierda, casi en el reborde costal de dicho lado que se reduce prácticamente en su totalidad en decúbito supino.

Se realiza una ECO de tejidos blandos y un TAC sin contraste i.v. de abdomen donde se observa una masa lumbar izquierda correspondiente a la hernia dependiente el triángulo lumbar superior con contenido graso del espacio pararenal posterior y perirrenal incluyendo fascia lateroconal. La grasa muestra una densidad algo aumentada y la exploración ecográfica resulta algo dolorosa por lo que no se descartó un mínimo componente inflamatorio asociado.

Conclusiones: Las hernias lumbares son sumamente raras y se reportan en pocas ocasiones. El espacio de Grynfelt-Lesshaft, por ser más constante y de mayor tamaño, suele ser más afectado que el espacio de Petit.

La reparación clásica, descrita por Dowd en 1907, o sus modificaciones, involucran la identificación del defecto fascial y el cierre primario por aproximación de sus bordes, así como la aproximación del músculo oblicuo mayor a la fascia del músculo dorsal ancho. Este cierre se refuerza al llevar hacia arriba un colgajo de fascia lata y aponeurosis del músculo glúteo mayor.

En nuestra unidad se usa la clasificación de Moreno-Egea que es útil a la hora de elegir el abordaje. El abordaje anterior está indicado en los pequeños defectos con contenido extraperitoneal (tipo A). La vía laparoscópica se realizará en defectos moderados con hernias intraperitoneales (tipo B), en las recidivas o en las hernias > 10 cm (tipo C).

Poliquistosis hepática como causa de dolor abdominal

Selfa Muñoz, Aida; Calzado Baeza, Salvador Francisco; Plata Pérez, Ignacio

Hospital Santa Ana, Motril

Introducción: La poliquistosis hepática ocurre más frecuentemente en sujetos con poliquistosis renal. La prevalencia

de quistes hepáticos es similar en ambos sexos y aumenta con la edad, los masivos se producen casi exclusivamente en mujeres, sobre todo multíparas, lo que parece deberse a una sensibilidad subyacente a los estrógenos.

Caso clínico: Mujer de 32 años con insuficiencia renal crónica secundaria a poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD). Consulta por episodios autolimitados de dolor abdominal generalizado de años de evolución. Se realiza una TC que objetiva una hepatomegalia de 35 cm llegando el borde inferior a pelvis y el lóbulo hepático izquierdo a contactar con bazo. El aumento de tamaño es debido a gran cantidad de lesiones focales hipodensas en ambos lóbulos de bordes definidos y paredes finas, dejando escaso parénquima hepático sano respetado, compatibles con quistes simples (Figura 1). El riñón derecho está desplazado a hemiabdomen izquierdo (Figura 2) y estómago y duodeno muy comprimidos. Riñones con algunos quistes corticosinusales pequeños. Se establece el diagnóstico de poliquistosis hepática masiva asociada PQRAD.

Discusión: Los genes afectados en la PQRAD se localizan en los cromosomas 16 y 4, según sea tipo 1 o tipo 2. Posteriormente se ha descrito otra mutación en el brazo corto del cromosoma 19 que parece ser responsable de otra forma de poliquistosis hepática sin afectación renal asociada.

Debido al incremento del volumen del hígado pueden presentar síntomas como dolor, distensión abdominal, vómitos o disnea. La mayoría permanecen asintomáticos y sólo una minoría progresa a una enfermedad hepática avanzada o desarrollará complicaciones como hipertensión portal. Las complicaciones intraquísticas (hemorragia, infección) ocurren en menos del 5% de los casos y la malignización del epitelio de revestimiento es excepcional. Cuando la poliquistosis hepática es sintomática el tratamiento es quirúrgico: aspiración del quiste y esclerosis, fenestración con/sin resección hepática o trasplante hepático.

Divertículo apendicular como causa de peritonitis aguda

Peña Barturen, Catalina; Mayo Ossorio, María de los Ángeles; Pacheco García, José Manuel; Roldán Ortiz, Susana; Fornell Ariza, Mercedes; Ayllón Gámez, Saray; Fernández Serrano, José Luis

Hospital universitario Puerta del Mar.

Introducción: La diverticulitis apendicular es una entidad infrecuente (0.004%-2.1%). Se presenta de forma más frecuente a partir de la tercera década de la vida. Clínicamente se manifiesta de forma similar a la apendicitis aguda. Su diagnóstico suele ser anatomopatológico y su tratamiento es quirúrgico mediante apendicetomía.

Objetivos: Presentamos un caso clínico atípico de diverticulitis apendicular.

Material y métodos: Caso clínico: Paciente varón de 66 años de edad con antecedentes de Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Dislipemia y Obesidad mórbida, que acude por dolor abdominal generalizado de 24 horas de evolución acompañado de diarrea junto con datos analíticos de sepsis:

Leucopenia (2570), Neutrofilia (84%), hiperfibrinogenemia (567), anemia y PCR (247). A la exploración física presentaba mal estar general, abdomen distendido, con signos de irritación peritoneal generalizado.

Pruebas complementarias: TAC de abdomen: En fosa ilíaca derecha engrosamiento difuso circunferencial de la pared cecal e ileon terminal con infiltración de la grasa y abundante líquido libre en los cuatro espacios y hallazgos radiológicos compatibles con apendicitis aguda, sin evidencia de neumoperitoneo.

Ante esto, se decide intervención quirúrgica urgente. Se inicia abordaje laparoscópico identificándose importante distensión de asas de intestino delgado y abundante líquido sero-purulento, convirtiéndose a laparotomía media. Hallazgos intraoperatorios: plastrón apendicular que engloba ileon terminal y causa cuadro suboclusivo, 1500 cc de líquido seropurulento, y apendicitis aguda inflamatoria, realizándose apendicetomía.

Resultados: En el post operatorio inmediato, el paciente desarrolla ileo paralítico que se maneja de forma conservadora e infección del sitio quirúrgico precisando drenaje de la herida y tratamiento antibiótico. Es dado de alta con buena evolución a los 10 días del postoperatorio inmediato.

Anatomía patológica: Apendicitis aguda con periapendicitis y necrosis grasa periapendicular y divertículo apendicular perforado.

Conclusiones: La enfermedad diverticular del apéndice suele ser un hallazgo incidental. Su presentación habitual es como un dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha indistinguible en la mayoría de los casos de la apendicitis aguda y su diagnóstico suele ser anatomopatológico y la mayoría de los casos son divertículos adquiridos por pulsión.

Existe asociación entre presencia de diverticulosis apendicular y ciertas neoplasias (Dupre et al 47.8%), destacando tumores carcinoideos y adenomas mucinosos.

El tratamiento es la apendicetomía pudiendo ser por abordaje laparoscópico.

La presentación de nuestro caso es atípica ya que se trata de un varón de 66 años que debuta con peritonitis aguda de 24 horas de evolución junto con cuadro de suboclusión intestinal. En nuestro caso, el diagnóstico fue Anatomopatológico no evidenciándose en las pruebas de imagen.

Nódulo de la Hermana María José

Selfa Muñoz, Aida; Calzado Baeza, Salvador Francisco; Plata Pérez, Ignacio

Hospital Santa Ana, Motril

Introducción: Se presenta el caso de una mujer de 80 años en la que el hallazgo de una lesión cutánea hizo sospechar patología neoplásica subyacente.

Caso clínico: La paciente consulta por tumoración umbilical ulcerada de un mes de evolución. En la exploración física destaca una gran hepatomegalia de superficie irregular. La ecografía abdominal informa de múltiples lesiones focales hepáticas sugerentes de metástasis. La TC abdomino-pélvica objetiva una lesión sólida de 3,5x3,7 cm con captación hetero-

génea del contraste en cola de páncreas compatible con carcinoma y dos nódulos de elevada densidad a nivel umbilical que corresponden a letálides (metástasis cutáneas).

Discusión: El nódulo de la hermana María José es el único caso de epónimo que lleva el nombre de una enfermera, Julia Dempsey (1856-1939), hermana María José en la orden de Saint Francis. Ejerció como primera ayudante quirúrgica del Dr. William Mayo en el St. Mary's de Rochester (posteriormente conocido como Clínica Mayo) y fue la primera persona en llamar la atención de la presencia de un nódulo paraumbilical que, a menudo, era la única señal de la existencia de un cáncer intraabdominal. En 1949, Hamilton Bailey, en la undécima edición de su manual titulado Physical Signs in Clinical Surgery fue quien utilizó por primera vez el epónimo.

Se trata de un signo físico que suele manifestarse como masa solitaria o como engrosamiento del tejido subcutáneo y que representa una metástasis cutánea umbilical. Las metástasis cutáneas derivadas de neoplasias ocurren en un 1-9% de pacientes, de ellas las umbilicales representan el 2-11% y en su mayoría proceden de carcinomas de origen abdominal (52% origen digestivo, 28% ginecológico).

Es importante resaltar la utilidad diagnóstica de este signo clínico, ya que puede ser la única manifestación que lleve al diagnóstico de una neoplasia oculta o alerte de la reactivación de una neoplasia ya conocida.

Perforación vesicular: un caso de difícil diagnóstico

Selfa Muñoz, Aida; Calzado Baeza, Salvador Francisco; Plata Pérez, Ignacio

Hospital Santa Ana, Motril

Introducción: La perforación vesicular es una complicación rara de colecistitis aguda (2-11%). Se presenta un caso en el que la escasa sintomatología y el estudio inicial analítico y ecográfico dificultaron su diagnóstico.

Caso clínico: Varón marroquí de 74 años con epigastralgia y vómitos de dos semanas de evolución. La ecografía abdominal informa de vesícula hidrópica de 11x4,8 cm de pared engrosada (4,5 mm) y LOE hepática adyacente de 4x4 cm, compatibles con neoplasia vesicular con infiltración hepática. Analíticamente destaca leve aumento de las enzimas de citolisis y colestasis, neutrofilia sin leucocitosis y CA19,9 muy elevado. Se realiza una TC abdominopélvica con contraste que objetiva en hígado lesiones hipodensas e hipocaptantes perivesiculares, tabicadas, de densidad líquida, de 6,3x6,5x7 cm en continuidad con la vesícula biliar. Vesícula aumentada de tamaño con engrosamiento parietal, rarefacción de la grasa perivesicular y perforada en su fundus. Los hallazgos plantean diagnóstico diferencial entre colecistitis perforada y absceso hepático vs neoplasia vesicular con infiltración hepática.

Ante la duda diagnóstica, se programa punción aspiración con aguja fina guiada por ecografía, extrayendo material purulento (cultivo positivo para *Klebsiella pneumoniae*). Se realiza una colecistectomía abierta y drenaje de absceso hepático. Anatomía patológica: colecistitis aguda gangrenosa.

Discusión: La perforación de la vesícula biliar se asocia a una alta mortalidad; su incidencia es mayor en el sexo masculino, raza hispana y a partir de los 60 años. La patogenia es multifactorial: compromiso vascular, obstrucción del cístico, estasis biliar e infección. En 1934 Niemeier la clasificó en tres tipos: tipo I perforación aguda con peritonitis generalizada; tipo II perforación subaguda con formación de abscesos y peritonitis localizada; y tipo III perforación crónica con formación de fístula bilio-biliar ó bilio-entérica. La colecistectomía y el lavado abdominal suelen ser suficientes; en el tipo III se requieren procedimientos quirúrgicos adicionales como la reparación de las fístulas asociadas.

Abdomen agudo por diverticulitis yeyunal perforada

Salguero Seguí, Guillermo; Jiménez Vaquero, María José; Rivero Hernández, Iosvany; Escalera Pérez, Raquel; Listán Álvarez, José Carlos; Medina Achirica, Carlos; García Molina, Francisco

Hospital de Jerez de la Frontera

Introducción: Los divertículos de yeyuno e íleon son poco frecuentes. Se estima que su prevalencia es del 0,1- 2,3% y suponen alrededor del 1% de la enfermedad diverticular. En general son múltiples, de localización yeyunal, cercanos al ángulo de Treitz y con frecuencia se asocian a divertículos en otras localizaciones (duodeno, colon).

Debido a su escasa frecuencia como causa de abdomen agudo, creemos interesante presentar un caso que hemos tenido la oportunidad de atender recientemente en nuestro centro hospitalario.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en un caso clínico poco frecuente.

Material y método: Paciente de 84 años que ingresa por Urgencias por dolor abdominal de inicio brusco de dos días de evolución acompañado de náuseas, vómitos, estreñimiento y distensión abdominal, con inestabilidad hemodinámica.

Se realiza TC donde se observa dilatación de intestino delgado, con cambio de calibre a nivel de yeyuno que sugiere obstrucción intestinal con pequeña cantidad de líquido libre intra-abdominal, sin poder identificar causa definitiva de la misma.

Resultados: Se indica laparotomía exploradora urgente observándose múltiples divertículos yeyunales con dilatación de asas intestinales. Uno de ellos, situado en la unión entre yeyuno e íleon, se encontraba perforado. Se realiza lavado de la cavidad peritoneal, resección del segmento perforado y anastomosis latero-lateral. Evoluciona favorablemente y es dada de alta al quinto día postoperatorio.

Conclusiones: La diverticulitis yeyunal es una patología muy poco frecuente, por lo que requiere un alto índice de sospecha para evitar un diagnóstico tardío. El diagnóstico suele realizarse de forma incidental, siendo el TC el estudio de mayor valor diagnóstico para conocer localización y extensión de la lesión.

Aunque con menor frecuencia que los divertículos de sigma, pueden llegar a complicarse. Las complicaciones más frecuentes son la diverticulitis y la hemorragia y menos ha-

bitualmente obstrucciones agudas o crónicas, pero rara vez son causa de abdomen agudo.

Pancreatitis aguda y balón intragástrico: ¿Una asociación casual?

Selfa Muñoz, Aida; Calzado Baeza, Salvador Francisco; Plata Pérez, Ignacio

Hospital Santa Ana, Motril

Introducción: La prevalencia de personas con obesidad mórbida está en aumento y el balón intragástrico es un tratamiento temporal, efectivo, seguro y bien tolerado. Presentamos un caso de pancreatitis aguda en una mujer joven sin otros antecedentes que ser portadora de un balón intragástrico.

Caso clínico: Mujer obesa de 20 años con antecedentes de bulimia nerviosa y colocación de balón intragástrico hacía 5 meses. Consulta por epigastalgia intensa que irradia hacia hipocondrio izquierdo desde el día anterior, asociada a náuseas y vómitos. A la exploración abdomen blando, depresible, sin peritonismo. Análítica: amilasa 875 U/L, lipasa 187 U/L, proteína C reactiva 28.8 mg/dl, leucocitos 18170/mm³ con neutrofilia.

Ecografía abdominal: vesícula alitiásica, cabeza y cuerpo de páncreas sin alteraciones, no se visualiza la cola por la presencia del balón intragástrico que mide unos 10 cm. En la TC abdominopélvica con contraste IV: área hipocaptante en cola de páncreas de unos 23x24 mm con rarefacción de la grasa adyacente, compatible con pancreatitis focal de la cola estadio C de Balthazar con necrosis pancreática menor del 30%. Balón intragástrico.

La paciente evoluciona favorablemente con la retirada del balón y dieta absoluta, cediendo el dolor y normalizándose los parámetros analíticos. No se encontró ninguna causa de pancreatitis salvo la compresión de la cola por el balón intragástrico.

Discusión: Entre los efectos secundarios del balón intragástrico se incluyen náuseas/vómitos, dolor abdominal, estreñimiento, úlcera, migración del balón, y otros más graves como perforación gástrica e incluso fallecimiento. En nuestro caso, se objetivó una compresión del cuerpo-cola de páncreas, condicionando un trauma continuo sobre la glándula.

La pancreatitis aguda podría constituir una nueva complicación de esta técnica bariátrica. La revisión de la literatura sólo nos ha aportado un caso muy similar al que presentamos (Mohammed y cols, 2008*), aunque es difícil de precisar la incidencia real.

Quiste retroperitoneal: ganglioneuroma maduro

Notario Fernández, Pilar; Álvarez Martín, María Jesús; Fernández Segovia, Elena; Plata Illescas, Cristina; García Navarro, Ana; Mansilla Roselló, Alfonso; Segura Reyes, Manuel; Jiménez Ríos, José Antonio.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: Los ganglioneuromas son tumores primitivos neuroectodérmicos, benignos, bien delimitados y encapsulados, formados por células ganglionares maduras y diferenciadas de la cresta neural. Son poco frecuentes. Predominan en edad infantil y juvenil. La incidencia es 1/1000000 en adultos, y algo más frecuente en menores de 30 años y edad pediátrica.

Objetivo: Describir un caso de ganglioneuroma maduro de localización retroperitoneal.

Material y métodos: Varón, 17 años, sin antecedentes de interés. Consulta por cuadro de molestias abdominales difusas tipo retortijón, tenesmo rectal y frecuentes deposiciones diarreicas de 3 años de evolución.

Exploración abdominal: masa bien delimitada de unos 10 cm en hipogastrio.

Ecografía abdominal: Tumoración de 12 cm que se extiende desde área supraumbilical hasta hipogastrio, desplazando cranealmente la aorta y caudalmente las iliacas, sin infiltrarlas. Presiona vejiga extrínsecamente sin infiltrarla. Extensión lateral de psoas a psoas. Compatible con tumoración retroperitoneal.

TC abdomino-pélvico: Tumoración quística retroperitoneal de 14x10 cm de diámetro que podría corresponder a linfangioma quístico, quiste entérico o urogenital.

Ante estos hallazgos y la sintomatología del paciente, se decide intervención quirúrgica.

Mediante laparotomía evidenciamos tumoración retroperitoneal. Se extiende desde la bifurcación aórtica hasta pelvis menor, adherido a uréteres, sobre todo derecho, y englobando al apéndice, desviando a la derecha órganos vecinos. Se realiza exéresis en bloque y apendicectomía reglada.

Anatomía Patológica: Formación nodular de tejido de 900 g y 14x11x7 cm de diámetro, encapsulada, compatible con ganglioneuroma maduro.

Apéndice cecal sin alteraciones morfológicas significativas.

Resultados: Postoperatorio favorable, con alta al séptimo día.

Tras un año de seguimiento, se encuentra asintomático y sin evidencia de recidiva.

Conclusiones: Aunque usualmente son no funcionantes, y asintomáticos, cuando alcanzan gran tamaño, pueden dar síntomas por compresión y desplazamiento de órganos vecinos, como nuestro caso.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, y el pronóstico bueno cuando se reseca el tumor completo.

Hallazgo incidental de quiste de Nuck: a propósito de un caso

Ubiña Martínez, Juan Alfredo; Calcerrada Alises, Enrique; López-Cantarero Ballesteros, Manuel; Gómez Sánchez, Javier; Lendínez Romero, Inmaculada; Capitán del Río, Inés; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Clínico San Cecilio

Introducción: El quiste de Nuck se define como un divertículo del peritoneo parietal en el canal inguinal que acompaña al ligamento redondo en la mujer, encontrándose en condiciones fisiológicas obliterado. Se manifiesta con mayor frecuencia como tumoración asintomática en región inguino-crural con proyección hacia la región vulvar.

Aparece en mujeres jóvenes y con menos frecuencia en la edad adulta.

Objetivos: Es una patología infrecuente, que suele cursar como una tumoración en región inguinal, asintomática en la mayoría de los casos, pudiendo presentarse simulando una hernia inguinal o crural incarcerada.

El diagnóstico suele realizarse con estudios radiológicos y el tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

Material y métodos: Mujer de 59 años que es remitida por hallazgo casual en ecografía realizada por litiasis renal de quiste de Nuck derecho ("formación de aspecto quístico de 2.8x2.7 cm, sugestiva de quiste del canal de Nuck").

La paciente refiere una tumoración en región inguinal derecha de 2 años de evolución, que ha comenzado a producir molestias recientemente. No varía con esfuerzos físicos ni con maniobras de Valsalva. No náuseas, vómitos ni alteraciones del hábito intestinal.

A la exploración, se palpa tumoración de 2 cm en región inguinal derecha, dolorosa y reductible, sin signos de complicación.

Resultados: Se decide intervención quirúrgica, realizando exéresis del quiste y hernioplastia mediante malla de polipropileno. La cirugía transcurre sin incidencias y es dada de alta el mismo día.

Pasado un mes es valorada en nuestras consultas, encontrándose totalmente asintomática.

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de quiste de Nuck de tercer tipo.

Conclusiones: El quiste de Nuck es una entidad poco frecuente, pero su importancia radica en el diagnóstico diferencial con hernia inguino-crural incarcerada u otras patologías que requieran un abordaje distinto.

Hemicolecctomía derecha en paciente con cistoadenocarcinoma mucosecretor apendicular

Gómez Sánchez, Javier; González Puga, Cristina; Lendínez Romero, Inmaculada; Jiménez Ríos, José Antonio; Ubiña Martínez, Juan Alfredo

Hospital Universitario San Cecilio

Introducción: Los tumores malignos apendiculares suponen un 0,5% de todas las neoplasias intestinales. El cistoadenocarcinoma mucinoso apendicular representa sólo un 0,04% de los tumores malignos del tracto digestivo, un tumor poco frecuente, pero con altas posibilidades de diseminación.

Objetivos: Se presenta caso de cistoadenocarcinoma mucinoso apendicular, con el objetivo de exponer el diagnóstico, manejo terapéutico y pronóstico del mismo.

Material y métodos: Paciente de 81 años, con antecedentes de temblor esencial y osteoporosis, que acude a su médico de atención primaria por astenia, apreciándose elevación de

CEA (8,42) en analítica general. Se solicita ecografía evidenciando una tumoración de probable origen intestinal localizada en rectosigma sugerente de neoplasia.

Se completa estudio con colonoscopia con biopsia de área ulcerada en polo cecal con resultado de mucosa intestinal inflamatoria sin evidencia de malignidad y TAC que visualiza lesión excrecente, quística, que contacta con cúpula uterina de 60x52x80mm, sugerente de Mucocoele apendicular.

Resultados: Accediendo por laparotomía media visualizamos tumoración quística, que infiltra ciego, íleon terminal, y anejos derechos. Se realiza Hemicolectomía derecha, con anexectomía derecha con resección de 60 cm. de íleon adheridos a tumoración y anastomosis Ileocólica latero-lateral mecánica.

El diagnóstico anatómico patológico es de Cistoadenocarcinoma mucosecretor coloide, con pseudocápsula que infiltra pared sin sobrepasarla (pT3). Sin invasión linfática o vascular (pNo) con anejos sin alteraciones.

En sesión multidisciplinar se decide no realizar tratamiento adyuvante con revisiones sucesivas presentando CEA 10,16 y Ca 19.9 normal y ausencia de captación tumoral en PET-TAC.

Discusión: El diagnóstico preoperatorio del cistoadenocarcinoma mucinoso es bastante infrecuente, si se tiene alta sospecha, el tratamiento reglado es la hemicolectomía derecha por abordaje abierto, para disminuir la diseminación, con anexectomía si éste se encuentra en contacto con anejos. No existe acuerdo sobre tratamiento adyuvante, pero se recomienda el seguimiento posterior con pruebas de imagen y marcadores tumorales para valorar evolución.

Absceso glúteo en paciente oncológico con sinus presacro persistente

Gémez Sánchez, Javier; Cabrerizo Fernández, María José; Mirón Pozo, Benito; Ramírez Romero, Pablo; Jiménez Ríos, José Antonio; Ubiña Martínez, Juan Alfredo

Hospital Universitario San Cecilio

Introducción: La dehiscencia anastomótica tras la resección anterior de recto constituye una complicación de importante morbimortalidad. Oscila entre el 1% y el 2.4% y suele asociarse a la aparición de un absceso pélvico que, sin drenaje, puede evolucionar a la formación de un sinus presacro persistente.

Objetivos: Presentamos caso de paciente con dehiscencia anastomótica, sinus presacro persistente y absceso glúteo tras tratamiento oncológico adyuvante, para la identificación de complicaciones tardías en Cirugía colorrectal, factores de riesgo y su tratamiento.

Material y métodos: Paciente de 69 años con rectorragias, por las que se realiza Colonoscopia con biopsia y RMN hallándose Adenocarcinoma de Recto T3N2MO.

Tras tratamiento quimioterápico y radioterápico Neoadyuvante, se realiza Resección anterior de Recto, con Anastomosis mecánica Terminal-Terminal e ileostomía desfuncionalizadora. Con estadio definitivo PT4N2A se cierra la ileostomía desfuncionalizadora e inicia quimioterapia adyuvante.

Acude a Urgencias al año por presentar un absceso glúteo derecho con extensa necrosis y signos floglóticos en glúteo contralateral.

En quirófano objetivamos dehiscencia a nivel de la anastomosis colorrectal, con sinus presacro cronicado y abscesificado que fistuliza hacia ambas fosas isquioresctales y glúteos, que presentan extensas áreas de necrosis. Se realiza drenaje de las colecciones y desbridamiento de los tejidos necrosados. Debido al estado séptico del paciente, no es factible una colostomía definitiva, que se realiza de forma diferida.

Resultados: En revisiones, el paciente presenta una cicatrización correcta de las heridas observándose dos mínimos orificios fistulosos externos, y una pequeña cavidad presacro, sin encontrarse abscesificada.

Conclusiones: Una proporción significativa de pacientes con dehiscencia anastomótica rectal desarrollan un sinus presacro persistente, siendo el tratamiento en función de la clínica, desde la vigilancia si es asintomática, hasta la colostomía definitiva, cuando aparecen fistulas complejas, abscesos y necrosis de los tejidos, constituyendo este, uno de las principales causantes de estomas permanentes.

Abordaje quirúrgico secuencial de liposarcoma pélvico penetrante por agujero obturatriz

Blanco Elena, Juan Antonio; Rodríguez Silva, Cristina; Mera Velasco, Santiago; Toval Mata, José Antonio; González Poveda, Iván; Ruiz López, Manuel; Carrasco Campos, Joaquín; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: El liposarcoma es una rara lesión que constituye aproximadamente el 20% de las neoplasias mesenquimales. Típicamente se localizan en retroperitoneo y extremidades. Suele ser asintomático, hasta que aumenta de tamaño, provocando síntomas por compresión directa o bien por infiltración de órganos adyacentes.

Caso clínico: Varón de 81 años, sin antecedentes de interés. Consulta al Servicio de Traumatología por tumoración indolora en glúteo izquierdo de larga evolución, que ha aumentado de tamaño en los últimos meses. En la RM pélvica se objetiva una tumoración voluminosa de 22 x 15 x 18 cm de tamaño, lobulada, con componente predominantemente graso, localizada a nivel del glúteo mayor, extendiéndose por detrás de la escotadura ciática hacia la pelvis menor, desplazando al recto hacia el lado izquierdo y la vejiga en sentido anterolateral. Se realizó una cirugía conjunta con el equipo de Traumatología: en un primer tiempo se realizó un abordaje de la lesión a nivel glúteo, posterior al cotilo, objetivando que la lesión englobaba al nervio ciático y se introducía en escotadura ciática mayor y menor. En un segundo tiempo se realizó el abordaje abdominal mediante laparotomía media, objetivando dicha lesión en espacio presacro, desplazando a recto-sigma y rechazando uréter izquierdo, provocando cierto grado ectasia del mismo. La evolución postoperatoria fue favorable, siendo alta al 5º día postoperatorio. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de liposarcoma bien diferenciado.

Discusión: Los liposarcomas bien diferenciados son el subtipo más frecuente. La herramienta diagnóstica más útil en el de localización retroperitoneal es la TC abdominal. La cirugía es el pilar fundamental en el tratamiento, de tal forma que la consecución de márgenes libres de tumor disminuye la recidiva. La administración de quimioterapia o radioterapia es aún controvertida, dirigidas al tratamiento de la recurrencia local. La supervivencia descrita a 5 años descrita es del 90 %.

Abordaje quirúrgico en la neoplasia de colon sobre coloplastia esofágica

Romacho López, Laura; Pitarch Martínez, María; Rodríguez Silva, Cristina; Moreno Ruiz, Javier; Rodríguez Cañete, Alberto; Montiel Casado, Custodia; Bondía Navarro, Jose Antonio; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: La interposición colónica es una de las técnicas disponibles para el reemplazo esofágico. Consta de una elevada morbilidad y mortalidad tanto postoperatoria como a largo plazo, siendo la principal complicación en el seguimiento la estenosis. Excepcionalmente, puede aparecer una neoplasia de colon sobre la coloplastia, existiendo actualmente menos de 20 casos descritos en la literatura.

Caso clínico: Varón de 52 años con antecedente de coloplastia esofágica tras ingesta de cáusticos hace 40 años. En estudio por disfagia e impactación alimentaria, se realizó endoscopia digestiva alta que evidenció un adenocarcinoma a 35cm de arcada dentaria. Se intervino de forma programada realizándose exéresis del injerto colónico con interposición de plastia gástrica por vía transesternal y yeyunostomía de alimentación. La anatomía patológica reveló un adenocarcinoma de colon infiltrante de bajo grado, T3N0. La evolución postoperatoria fue tórpica, marcada por un importante distress respiratorio que marcó un ingreso prolongado en UCI. Al alta únicamente destacaba la necesidad de rehabilitación motora y orofaríngea, que continúa en su hospital de referencia.

Discusión: La neoplasia de colon sobre coloplastia es una entidad muy poco frecuente, siendo su diagnóstico generalmente tardío, debido a una baja sospecha diagnóstica, por lo que se recomienda realizar endoscopia ante la aparición de clínica sugestiva. Se ha sugerido como posible mecanismo de desarrollo la influencia del reflujo biliar sobre la mucosa del colon. El tratamiento debe cumplir criterios oncológicos y por ello en la mayoría de los casos publicados se realizan cirugías agresivas. No obstante, en estadios precoces es posible el manejo endoscópico con posterior seguimiento estrecho. No existe evidencia sobre la necesidad de screening mediante endoscopia. No obstante algunos grupos recomiendan que cuando esté indicado el screening de cáncer colorrectal se realice endoscopia tanto del colon nativo como del injerto, o incluso optar por el seguimiento endoscópico reglado de las coloplastias.

Terapias emergentes basadas en el uso de biomateriales y células madres para el tratamiento de fístulas perianales complejas. Revisión de la literatura

Lendínez Romero, Inmaculada; Mirón Pozo, Benito; Gómez Sánchez, Javier; Rubio López, José; Pérez Benítez, Francisco; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario San Cecilio - Complejo Hospitalario de Granada

Introducción: Las fístulas perianales complejas tanto de origen criptoglandular como secundarias a enfermedad de Cronh, tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los enfermos. Aunque la cirugía es el tratamiento de elección por sus altas tasas de curación, la recidiva de la enfermedad y la repercusión sobre el aparato esfinteriano hacen que el tratamiento sea difícil y controvertido en el caso de fístulas complejas.

Objetivos: El objetivo de evaluar la eficacia y seguridad de nuevas terapias emergentes que intentan preservar el aparato esfinteriano, basadas en el uso de biomateriales, en el tratamiento de la enfermedad perianal compleja por E. Croh y criptoglandular.

Material y método: Se realizó búsqueda en PubMed y en la Cochrane (enero 1999-enero 2014) de los estudios que investigaron el potencial de un biomaterial para aumentar la curación de la fístula perianal preservando el aparato esfinteriano, en pacientes con fístula perianal de origen criptogénico y secundarias a enfermedad de Cronh. Los datos recabados fueron: tipo de material biológico, diseño del estudio, etiología de la fístula y clasificación, tratamiento, tasa de curación de la fístula, tasa de incontinencia, duración del seguimiento y eventos adversos.

Resultados: El advenimiento de la Medicina Regenerativa ha proporcionado un arsenal terapéutico potencialmente eficaz como hoja dérmica reticulada acelular de isocianato de origen porcino, fibrina autóloga rica en factores de crecimiento, plasma rico en plaquetas o la terapia basada en células madres derivadas del mesenquima, con tasas de curación del 91%, 40%, 70% a las 8 semanas respectivamente, reducción de las tasas de incontinencia fecal. Pero, hasta la fecha ninguno consigue tasas de curación que superen a la cirugía y únicamente logran la curación a corto/medio plazo, manteniendo un porcentaje de recidiva elevado.

Conclusión: Aunque algunos resultados son prometedores, aún será necesario estudios clínicos adicionales para confirmar la eficacia de estas terapias.

Adenocarcinoma yeyunal en paciente joven con sospecha de enfermedad de Crohn estenosante

De Lebrusant Fernández, Sara; Cintas- Catena, Juan; Valdés- Hernández, Javier; del Rio Lafuente, Francisco; Torres Arcos, Cristina; Capitán Morales, Luis; Oliva Mompeán, Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: Los adenocarcinomas representan hasta

el 50% de los tumores malignos del intestino delgado. La mayoría se localizan en duodeno y yeyuno proximal. La incidencia máxima se da en la 7ª década de la vida, siendo más frecuentes en varones. Aquellos casos relacionados con la enfermedad de Crohn aparecen más temprano y más del 70% nacen en el íleon. Cuanto más distal es el tumor, la clínica es más inespecífica, lo que en ocasiones retrasa el diagnóstico y el tratamiento.

Objetivos: Presentamos el caso de obstrucción intestinal por sospecha de ileitis de Crohn estenosante, que resultó ser un adenocarcinoma de yeyuno en el estudio postoperatorio.

Material y métodos: Se trata de una mujer de 31 años, en estudio por sospecha de enfermedad de Crohn con afectación ileal estenosante en las pruebas de imagen (RNM) que debuta con un cuadro obstructivo intestinal completo. Tras manejo del cuadro de forma conservadora, se decide intervención quirúrgica programada para resección del segmento afecto.

Se realiza laparotomía exploradora encontrando gran dilatación de intestino delgado previa a un segmentoestenótico de 3-4 cm situado en yeyuno que ocluye totalmente la luz. Se realiza resección segmentaria de yeyuno medio y anastomosis yeyunoyeyunal.

Resultados: En la Anatomía Patológica de la pieza se evidencia adenocarcinoma yeyunal infiltrante de alto grado con áreas papilares. Dada la ausencia de diagnóstico preoperatorio, el subcomité de cáncer colorrectal decide reintervención practicándose nueva resección segmentaria y reanastomosis con linfadenectomía ampliada. El postoperatorio cursó sin incidencias con alta al 5º día.

Conclusiones: El adenocarcinoma es el tumor maligno más frecuente de intestino delgado, siendo muy extraño en pacientes jóvenes. El tratamiento será resección intestinal del segmento afecto y linfadenectomía del territorio ganglionar correspondiente. El pronóstico está íntimamente relacionado con la ausencia de metástasis ganglionares, lo que hace imprescindible una amplia linfadenectomía para correcto estadiaje.

Síndrome de Fitz Hugh Curtis como causa de abdomen agudo. Caso clínico

Martín Balbuena Ramón, Sánchez Sánchez Luis Fabricio, Sánchez Gálvez María Ángeles, Martínez García Pablo
Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme

Introducción: El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es un cuadro clínico muy poco frecuente. Caracterizado por una perihepatitis, producida por una peritonitis secundaria al ascenso de bacterias por vía genital como resultado de una enfermedad pélvica inflamatoria en la mujer.

El microorganismo implicado más frecuente es la *Chlamydia trachomatis* y la *Neisseria gonorrhoeae* aunque también se han descrito casos asociados a la tuberculosis genital.

En la mayoría de los casos cursa de forma asintomático presentándose como un hallazgo quirúrgico en su fase crónica, en la que se describen adherencias laxas entre la pared abdominal y la superficie hepática que recuerdan a "Cuerdas de Violín"

El objetivo del poster es presentar un caso de abdomen agudo secundario a esta patología.

Método: Presentamos un caso clínico de una mujer de 28 años que acude por abdomen agudo con alteración analítica y pruebas de imagen normales. Se decide realizar laparoscopia exploradora una membrana de fibrina que cubre la totalidad de la superficie hepática con escaso líquido libre seroso perihéptico sin otras alteraciones intraabdominales.

El resultado microbiológico fue positivo para *N. gonorrhoeae* tanto en el líquido intraabdominal como en una muestra de exudado de cérvix uterino lo que confirmó el diagnóstico de sospecha. La paciente fue tratada con antibioteapia dirigida ambulatoria siendo dada de alta a las 48h sin complicaciones.

Conclusiones: Se trata de una patología infrecuente, que además requiere unos métodos microbiológicos específicos lo que hace su diagnóstico difícil. Cuando aparece de forma asintomática como un hallazgo quirúrgico debemos tratarla con adhesiolisis y toma de muestras. Sin embargo en su fase aguda debemos tenerlo en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial del abdomen agudo de causa ginecológica ya que si tenemos un diagnóstico de sospecha y conseguimos la confirmación microbiológica puede tratarse de forma conservadora con el tratamiento antibiótico adecuado.

Utilidad de endoractor en cirugía colorrectal

Oehling De los Reyes, Hermann; Doblas Fernández, Juan; Hernández Carmona, Juan; Pérez Lara, Francisco Javier; Oliva Muñoz, Horacio

Hospital de Antequera

Introducción: En laparoscopia muchas veces se nos hace difícil mantener el campo quirúrgico, en especial en determinadas zonas como la pelvis, o en pacientes obesos. Por otro lado, es conocida la repercusión respiratoria que tiene lugar como consecuencia de la posición de Trendelenburg forzada, muchas veces necesaria para mejor visualización del campo quirúrgico en procedimientos de recto o sigma.

Objetivos: Describimos el empleo de Endoractor, una esponja comprimida de celulosa de 24 cm, que tras su introducción en la cavidad abdominal precisa de suero salino para crecer aproximadamente 9 veces su tamaño, quedando rígida en esta posición y ejerciendo función de suave y no agresiva barrera contra el desplazamiento de las asas de delgado.

Material y métodos: Paciente de 76 años con AP obesidad mórbida, que presenta neoplasia de tercio medio superior con neoadyuvancia, Eco endoanal: uT3 N1, se interviene con intención de resección anterior baja. En la intervención se aprecian mesos muy grasos así como abundante grasa abdominal, lo que dificulta Trendelenburg completo debido a su complejidad, por lo que recurrimos al empleo de Endoractor, que introducimos por trocar de 12 mm en FID, procediendo a su irrigación quedando éste listo para ser colocado entre las asas y el sigma y pelvis, ayudando ostensiblemente a la consecución de la intervención.

Resultados: No complicaciones intraoperatorias quirúrgicas ni anestésicas respiratorias, a destacar una menor necesidad

de ángulo de Trendelenburg debido a la mejora en la visualización del campo operatorio.

Conclusiones: Usualmente empleamos la posición de Trendelenburg en cirugía laparoscópica de colon sin apreciar las posibles complicaciones cardíacas y pulmonares debidas al aumento de la presión intratorácica, en especial en pacientes con obesidad.

Con el empleo de Endoractor, no solo facilitamos el campo quirúrgico minimizando la lesión inadvertida de órganos sino que es posible no empeorar la función respiratoria perioperatoria, a un costo asequible.

Inflamación focal epliploica crónica tras colonoscopia

Oehling De los Reyes, Hermann; Hernández González, José Manuel; Sanchiz Cárdenas, Elena; Del Rey Moreno, Arturo; Oliva Muñoz, Horacio

Hospital de Antequera

Introducción: El infarto o inflamación omental es una rara afección clínica inespecífica que semeja muchas veces un abdomen agudo. Su tratamiento en la mayoría de los casos es conservador con analgesia y controles de imagen, solo requiriendo su extirpación en casos de dolor persistente o complicación.

Se ha distinguido el infarto primario, de causa no conocida, y el secundario a otras patologías como torsión, cirugía, hernias, etc.

Una complicación rara pero grave de la colonoscopia es la perforación de colon. Normalmente se suele diagnosticar en el mismo procedimiento o a las pocas horas, por lo que el tratamiento bien conservador o con cirugía urgente no se suele demorar.

Objetivo: Presentar un paciente con cuadro de dolor abdominal de varios meses de evolución tras colonoscopia, que requirió de cirugía con el hallazgo de infarto - inflamación omental.

Material y método: Varón de 52 años con AP HTA, Hiperuricemia, hipertrigliceridemia, Intervención de hemorroides. Presenta cuadro de dolor abdominal y febrícula de varios meses de evolución tras realización de colonoscopia con extirpación de polipo diminuto en ascendente, y que no cedía a tto antibiótico.

TAC abdomen: Infiltrado de la grasa omental pericolonica en colon derecho.

Se interviene por laparoscopia, encontrando lesión petrea que afecta al delantal epliploico desde el ángulo hepático hasta mitad del colon transversal. Resección de epliplon mayor afectado y peritoneo parietal adyacente, con adherencia parcial a colon ascendente que se corta con endograpadora.

AP: Inflamación crónica inespecífica con necrosis grasa y fibrosis.

Resultados: Postoperatorio sin complicaciones salvo ligero dolor y empastamiento en cuadrantes derechos que cede.

Conclusiones: La grasa intrabdominal, bien el mesenterio o el epliplon, reaccionan de la misma forma antes estímulos

como el trauma o la infección, dando lugar a una reacción inflamatoria.

Tras colonoscopia con perforación colónica los síntomas suelen aparecer en las primeras horas pero en este caso ha sido el dolor crónico abdominal el síntoma principal, que requirió cirugía laparoscópica para su resolución.

Utilidad de la malla titanizada Timesh en cirugía colorrectal

Oehling De los Reyes, Hermann; Sanchiz Cárdenas, Elena; Hernández González, José Manuel; Marín Moya, Ricardo; Oliva Muñoz, Horacio

Hospital de Antequera

Introducción: Aun no se ha descubierto una malla ideal, que tenga máxima biocompatibilidad, resistencia a la tracción e infección adecuada, así como mínima retracción.

El defecto pélvico tras una cirugía de amputación abdominoperineal o bien en determinadas circunstancias, puede dar lugar a complicaciones como la obstrucción intestinal así como la mayor sensibilidad del intestino a la radioterapia postoperatoria, siendo una opción válida el empleo de mallas.

Objetivos: Valorar el empleo de una malla de reciente aparición, la malla TIMESH, para impedir el deslizamiento y adherencia de las asas de delgado a pelvis tras intervención de Hartmann de rescate por dehiscencia de anastomosis coloanal tras procedimiento taTME (trans anal total mesorectal excision).

Material y métodos: Paciente de 49 años, fumador, HTA e isquemia crónica de MMII, by pass femoro popliteo izquierdo con Neo de recto tercio inferior. Tras neoadyuvancia, intervención mediante abordaje laparoscópico combinado, excisión transanal del mesorrecto con anastomosis coloanal manual. Lesión yatrogénica uretral con reparación vía perineal.

Postoperatorio tortuoso con dehiscencia de anastomosis y absceso pélvico obligando a cirugía de rescate con intervención de Hartmann, realizando separación de la entrada a pelvis mediante malla TIMESH de 15 x 10, con anclaje a reborde peritoneal y a sacro, mediante puntos sueltos y cianoacrilato (IFABOND).

Resultado: Evolución posterior lenta pero satisfactoria sin obstrucción intestinal, persiste pequeña colección pélvica en remisión a 2 meses del procedimiento.

Conclusiones: La malla de prolene de baja densidad recubierta de titanio (TIMESH) presenta mayor biocompatibilidad, menor retracción y mayor resistencia a la infección. Por ello es apta para su aplicación intrabdominal como barrera de resistencia a herniación y a la infección. Separar la entrada de la pelvis con una malla es opción válida, efectiva y segura, y aunque aun no existen recomendaciones claras al respecto, la malla TIMESH es una opción a tener en cuenta.

Trombosis inducida por el esfuerzo o síndrome de Paget-Schroetter

Plata Pérez, Ignacio; Reyes Moreno, Monserrat; Maes Carballo, Marta; Robayo Soto, Paul; Martín Díaz, Manuel; Ferrer García, Juan Guillermo

Hospital Santa Ana (Motril)

Introducción: El síndrome de Paget-Schroetter fue descrito en 1960 bajo el nombre de “trombosis inducida por el esfuerzo”. Es una causa primaria de trombosis venosa profunda del miembro superior, muy infrecuente (2/100000 personas/año) que suele presentarse en pacientes jóvenes y varones que realizan esfuerzos intensos con los miembros superiores frecuentemente.

Presentamos un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril.

Material y métodos: Varón de 63 años, con antecedentes de DM II y osteoporosis; acude a urgencias por tumefacción del MSI desde hace tres días, con edema, empastamiento y aumento de circulación colateral desde la mano hasta el hombro. No refiere antecedentes traumáticos ni esfuerzos, y no tiene historia familiar de trombosis venosa profunda. Se dedica al transporte de instrumentos para una banda musical.

Las pruebas complementarias muestran hemograma y bioquímica anodinos, y coagulación con Dímero-D 1.19 mg/L.

Se realiza ecografía-doppler del miembro superior izquierdo y se observa material ecogénico intraluminal en vena axilar y su bifurcación, sin colapsarse a la presión tangencial, así como ausencia de flujo en dicho territorio.

Se realiza TC torácico en busca de alguna etiología secundaria, sin evidenciarse adenopatías ni masas mediastínicas, aunque sí aumento del calibre de la vena axilar izquierda compatible con la trombosis venosa profunda.

Resultados: Se ingresa en planta para tratamiento anticoagulante y médico de soporte; evolucionando correctamente y marchándose de alta al cuarto día sin complicaciones.

En el momento actual se encuentra en seguimiento sin evidencia de síndrome post-trombótico ni otras complicaciones. Se ha realizado estudio trombofílico con resultado negativo para alteraciones de la coagulación.

Discusión: La trombosis del miembro superior o Paget-Schroetter afecta a la vena axilar o subclavia; es frecuente en pacientes jóvenes que hacen deporte o esfuerzos continuados. El diagnóstico temprano es fundamental para evitar comorbilidades como embolia pulmonar y síndrome post-trombótico, y el tratamiento es anticoagulación en el episodio agudo más terapia de mantenimiento oral varios meses. Es necesario descartar alteraciones de la coagulación o anomalías anatómicas como el síndrome del desfiladero torácico o masas mediastínicas.

Íleo biliar, una causa infrecuente de obstrucción intestinal

Plata Pérez, Ignacio; Maes Carballo, Marta; Reyes Moreno, Monserrat; Robayo Soto, Paul; Martín Díaz, Manuel; Ferrer García, Juan Guillermo

Hospital Santa Ana (Motril)

Introducción: El íleo biliar es una complicación rara de la colelitiasis, descrita por Bartholin en 1645. Se trata del desplazamiento del cálculo desde la vesícula al tubo digestivo a través de una fístula bilio-digestiva, que produce un cuadro de obstrucción intestinal. En general afecta en proporción de tres a uno a mujeres de edad avanzada respecto a hombres, y se relaciona con enfermedades biliares previas.

Material y método: Se han estudiado de forma retrospectiva una serie de casos ocurridos en el Hospital de Motril, conformada por 6 mujeres de edad avanzada que ingresaron a través de urgencias por cuadro de obstrucción intestinal, y a través de exploración clínica y pruebas radiológicas se descubrió la ubicación de una litiasis en el tubo digestivo alejada de la vía biliar. En todos los casos se llegó al diagnóstico mediante radiografía simple de abdomen y TC abdominal. En los 6 casos se realizó tratamiento quirúrgico y aparecieron complicaciones en el 50%.

Resultados: Edad entre 74 y 85 años, con dolor abdominal y vómitos como síntomas principales y analíticamente leucocitosis y elevación de urea (valores > 100 mg/dL). Radiológicamente aerobilia con imagen cálcica en yeyuno (50%), íleon distal (33,3%) o duodeno (16,6%). En uno de los casos se encontró un segundo cálculo distal. El tratamiento fue enterolitotomía con cierre simple del defecto, sin resección intestinal. Un caso presentó infección de herida quirúrgica y otros dos íleos paralíticos prolongados que precisaron rehabilitación durante las siguientes semanas.

Conclusión: El íleo biliar es una entidad infrecuente, causando 1-3% de las obstrucciones de intestino delgado en menores de 65 años. Más frecuente en mujeres de edad avanzada con comorbilidades.

La presentación es de obstrucción mecánica, y más de la tercera parte de los pacientes no tiene antecedentes de síntomas biliares. Las complicaciones y mortalidad oscilan entre 12 y 27%.

El tratamiento quirúrgico del íleo biliar consiste en enterolitotomía o resección intestinal si hay afectación vascular de la pared. Tema de controversia es añadir en el mismo tiempo la colecistectomía, ya que esta aumenta la morbimortalidad y si no se realiza, el riesgo de recidiva o complicaciones biliares solo alcanza el 10%.

Análisis de fístulas intestinales a material protésico: Experiencia en nuestro centro

Ayllón Gámez, Saray; Mayo Ossorio, María de los Ángeles; Roldan Ortiz, Susana; Fornell Ariza, Mercedes; Peña Barturen, Catalina; Pacheco García, José Manuel; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, José Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: El uso de mallas para la reparación de defectos de pared abdominal está ampliamente extendido y, a pesar de presentar resultados satisfactorios en la mayoría de los casos, deben tenerse en cuenta las posibles complicaciones a corto y largo plazo, especialmente aquellas que conllevan una elevada mortalidad como la descrita en nuestra serie de casos.

Objetivo: exposición y análisis de complicaciones en relación a material protésico abdominal: se presentan los casos de fístula intestinal a malla protésica en nuestro medio en los últimos 5 años.

Material y métodos: se realiza una búsqueda de casos a través de sistema informático de nuestro centro desde enero 2012 a abril 2016 y se encuentran 8 casos de fístula intestinal a material protésico.

Resultados: De los 8 pacientes analizados se obtiene una edad media de 59 años. El 50% de ellos fueron mujeres y el 50% hombres. Los antecedentes de interés más importantes fueron: carcinoma, obesidad mórbida, peritonitis, E. Crohn y hernia. La eventroplastia fue la técnica donde más frecuentemente se empleó malla. Estos 8 casos de fístula intestinal a material protésico precisaron reintervención tras una media de 63 meses, con un rango de 1 a 120 meses. La malla más frecuentemente utilizada fue Composix Kugel midline. El 50% se intervinieron de urgencias, realizándose extracción de malla + resección intestinal y anastomosis en un 75%. De los pacientes analizados el 37,5 % fallecieron a consecuencias de complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: consideramos importante valorar los criterios de empleo de los distintos tipos de material protésico para cada paciente. Dado que se trata de un estudio descriptivo de serie de casos con una muestra pequeña sus conclusiones son limitadas.

Sepsis abdominal tras perforación por enema opaco

Marchal Santiago, Amando; Fernández Ramos, María; Reguera Rosal, Julio; García Muñoz, Patricia; Guerrero Ramírez, Jose Luís; Jiménez Rodríguez, Rosa

Hospital Virgen del Rocío

Introducción: El enema de bario es una técnica segura que se ha venido utilizando para el diagnóstico de lesiones en colon y su estudio funcional. La extravasación intraperitoneal conduce rápidamente a una severa peritonitis aguda con gran depleción intravascular por tercer espacio, y situación de shock séptico-tóxico.

Objetivos: Incluir en el algoritmo diagnóstico de la sepsis de origen intraabdominal la perforación tras la utilización de enemas de bario.

Material y métodos: Mujer de 79 años que acude por deterioro del estado general, astenia, bradipsiquia y dolor abdominal generalizado. En la exploración afebril, tiene dolor a la palpación generalizado sin defensa abdominal, gran deshidratación mucocutánea, una presión arterial de 82/53mmHg, Fc entre 99-120 ppm por fibrilación auricular, leucocitosis e hiperlactacidemia.

Reinterrogando a los familiares refieren relacionar el ini-

cio de los síntomas con la realización de un enema de bario hace dos días.

Tras estabilización hemodinámica se realiza TAC abdominal con imágenes sugestivas de extravasación del contraste baritado del enema opaco referido, pero dificultando la imagen el diagnóstico por la densidad tan alta del contraste.

Resultados: Tras monitorización estrecha en unidad de Cuidados Críticos de Urgencias y estabilización inicial de la paciente, se determinó la realización de laparotomía exploradora con hallazgo de una masiva peritonitis por bario hacia la transcavidad epiploica y hacia toda la cavidad intraperitoneal.

Se realizó un exhaustivo lavado, dificultoso por el denso material, y hemicolectomía derecha ampliada con ileostomía terminal.

Conclusiones: El análisis de la literatura constata que se trata de una complicación rara, con una alta mortalidad.

Ante el cuadro clínico de sepsis con focalidad abdominal y el antecedente de realización de un enema baritado debe realizarse una prueba de imagen que confirme el diagnóstico si el paciente está estable y someterle a una laparotomía exploradora con lavado de la cavidad intraperitoneal y reparación de las perforaciones asociadas.

Migración de malla compuesta que produce obstrucción intestinal

Dra Nicolás De Cabo, Sara; Dr. Cabañó Muñoz, Daniel; Dr. González Sánchez, Antonio; Dr. Titos García, Alberto; Dr. Cabrera Serna, Isaac; Dra. Pitarch Martín, María; Dr. Aranda Narváez, Jose; Dr. Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional universitario de Málaga

Introducción: En la reparación de la pared abdominal, la colocación de prótesis es técnica de referencia, garantizando la solidez parietal insertando un material heterólogo que refuerza el plano musculoponeurótico alterado.

Objetivos: mostramos un caso de obstrucción intestinal por migración de malla compuesta.

Material y métodos: Paciente de 51 años, obeso, multioperado de hernioplastia umbilical (2010), posterior eventroplastia con malla compuesta intraperitoneal (polipropileno y celulosa oxidada) (2014) y sleeve laparoscópico (2015). Acude a urgencias por oclusión de 5 días de evolución, observándose hernia laparotómica recidivada con pérdida de derecho a domicilio. El TAC muestra el 50% del contenido intestinal en el interior de la hernia.

Resultado: Se opera de urgencia observándose antigua malla compuesta incluida en bucle de delgado como causante de la obstrucción. Se resecan 30 cm incluyendo la malla integrada y se repara la pared abdominal mediante separación de componentes con colocación de malla supraaponeurótica.

Conclusiones: El uso de prótesis es habitual en la cirugía de la eventración. La controversia existe en el lugar de colocación y la elección del tipo de malla. En prótesis intraperitoneales, la cara que contacta con las vísceras debe ser antiadherente. Se han desarrollado prótesis de doble cara con una superficial que favorece la fijación a tejidos parietales y otra profunda antiadherente de e-PTFE, colágeno, silicona o celulosa oxidada.

Las prótesis pueden producir seromas, hematomas o infecciones. Otra complicación menos frecuente es la migración de la misma, con riesgo de fístulas enterocutáneas u oclusiones intestinales. Para evitarlo se crearon las mallas compuestas. Otra manera de prevenirlo es colocando la prótesis preperitoneal subaponeurótica.

Motivos de desprogramación en unidad de cirugía mayor ambulatoria y corta estancia. Análisis del periodo 2011-2015

Romacho López, Laura; Turiño-Luque, Jesús Damián; Rivas Becerra, Jose; Rodríguez Silva, Cristina; Cabello Burgos, Antonio; Martínez Ferriz, Abelardo; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: La optimización de los recursos empleados en unidades de gestión, y en especial las quirúrgicas, pasan por el mejor empleo del tiempo de quirófano y adecuar los partes a los quirófanos disponibles y la presión de la Lista de Espera Quirúrgica.

Objetivo: Conocer los motivos de suspensión de la intervención y su distribución por tipo de patología.

Material y Método: Análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos desde el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2015 tanto de cirugía menor como mayor ambulatoria e ingreso desarrollado en nuestro centro.

Se generó una base de datos mediante búsqueda a través del soporte informático disponible en nuestro centro (AQUA y DAH). Se registró: grupo de patología (CIE-9), motivo de la suspensión.

Análisis descriptivo de los resultados por sistema SPSS 15.0.

Resultados: Las principales causas de suspensión de la intervención del total de pacientes intervenidos en los cinco años de estudio fueron por patología: 22,76% (n=33) en pared abdominal por cuadro médico que contraindica la intervención; 23,68% (n=18) de los pacientes con procesos proctológicos por incomparecencia el día de la intervención; 25,33% (n=19) de los pacientes con patología vesicular por falta de preparación, al igual que los procesos de piel y partes blandas con un 37,34% (n=146).

Conclusiones:

1. El mayor porcentaje de suspensiones se produce en los procesos de cirugía local (piel y partes blandas) (56,98%) seguidos por la pared abdominal (21,08%)

2. Las principales causas de desprogramación por frecuencia son: paciente no preparado (29,94%) o no presentado (28,20%) principalmente en relación con la cirugía local y en tercer lugar la existencia de cuadro médico que contraindica la cirugía/anestesia (10,61%).

3. Es necesario buscar medidas que mejoren la optimización del uso del tiempo de quirófano con el fin de evitar el aumento de la LEQ.

Causas de pernocta no filiada en unidad de cirugía mayor ambulatoria y corta estancia. Análisis del periodo 2011-2015

Cabañó Muñoz, Daniel Jesús; Turiño-Luque, Jesús Damián; Blanco Elena, Juan Antonio; Rivas Becerra, José; Cabello Burgos, Antonio; Martínez Ferriz, Abelardo; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: La CMA surge como una opción de tratamiento de patología quirúrgica prevalente que no precisa de ingreso hospitalario y deben resolverse en menos de 24 horas. Pese a una selección cuidadosa de pacientes no siempre conseguimos su alta en el mismo día de la intervención.

Esta Tasa de Pernocta No Planificada (%) es el indicador de morbilidad más empleado dado que mide como pocos la eficiencia y calidad técnica de la unidad. Resulta de dividir los pacientes que pernoctan sin estar planificados por el total de pacientes intervenidos. Su valor ideal debe mantenerse entre el 5-10%

Objetivo: Conocer nuestra tasa de pernocta no planificada y cuáles son sus principales motivos.

Material y Método: Análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos desde el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2015 en nuestra unidad.

Se generó una base de datos mediante búsqueda a través del soporte informático disponible en nuestro centro (AQUA y DAH). Se registró: régimen del paciente y motivo de ingreso.

Análisis descriptivo de los resultados por sistema SPSS 15.0.

Resultados: Se intervinieron un total de 1754 y 3540 pacientes en régimen de ingreso y CMA respectivamente durante el periodo de estudio.

La tasa de pernocta no filiada ha descendido gradualmente desde un 17,16% del año 2011 hasta el 13,84% de 2015.

Los principales motivos por frecuencia en el global del estudio son: criterios anestésicos -náuseas o vómitos, retención urinaria...- (n=269; 35,53%) y cirugía complicada (drenajes...) (n=136; 17,46%). Destacar que el 22,98% (n=179) no consta el motivo del cambio de régimen.

Conclusiones:

1. Nuestra tasa de pernocta no planificada se sitúa actualmente en 13,84% próxima al ideal del 10% y mejorando respecto el inicio del estudio.

2. Las principales causas de pernocta son: criterios anestésicos, causa desconocida e intervención complicada.

Isquemia Mesentérica Aguda: revascularización quirúrgica urgente

Domínguez Sánchez, Cristina; López Ruiz, José; Tallón Aguilar, Luis; Marenco de la Cuadra, Beatriz; Curado Soriano, Antonio; Sánchez Moreno, Laura; López Perez, José

Hospital Universitario Virgen de la Macarena

Introducción: La Isquemia Mesentérica Aguda (IMA) es

una enfermedad infrecuente, con baja incidencia. Su importancia reside en su elevada mortalidad: 60-80%.

Objetivos: Presentamos un caso de IMA tratado de forma urgente mediante revascularización quirúrgica.

Material y métodos: Se trata de un paciente de 62 años, fumador excesivo. Acude a Urgencias por dolor abdominal intenso, de horas de evolución e inicio brusco, sin otra sintomatología. Se realiza un TAC de abdomen con contraste, observando una dilatación intestinal y una disposición anómala de las asas con edema de pared. Dado el empeoramiento clínico con taquicardia, abdomen en tabla y elevación de la leucocitosis, se decide intervención quirúrgica urgente.

Encontramos una importante isquemia mesentérica con necrosis de dos metros de intestino delgado e isquemia del resto, salvo el primer tramo yeyunal e íleon terminal. La arteria mesentérica superior (AMS) presentaba un tacto leñoso, sin pulsos. Se realiza una endarterectomía mesentérica con Fogarty 5Fr. Tras comprobar revascularización se procede a resección de la necrosis intestinal, ileostomía y fístula mucosa.

Resultados: Evolución favorable en UCI. Se indica arteriografía a las 48 horas, hallando el tronco celíaco sin anomalías y permeabilidad de la AMS sin imagen de trombosis ni sangrado.

Al quinto día realizamos un "second look", hallando de 20 cms proximales de delgado necrótico y perforado, y un segmento de 5 cms distal necrótico, con el resto de las asas viables. Se procede a nueva resección, cierre de la ileostomía y reconstrucción del tránsito. Como complicación, presentó una colección subfrénica, que fue drenada percutáneamente.

Conclusiones: A pesar de los avances en algoritmos clínicos, investigaciones de laboratorio, y mejora de las técnicas de imagen, la IMA sigue siendo un desafío clínico diagnóstico con una presentación inespecífica y alta mortalidad. Es poco frecuente la posibilidad de revascularización quirúrgica, presentando además la misma buenos resultados con aún menos frecuencia.

Indicadores de calidad y morbilidad en unidad de cirugía mayor ambulatoria y corta estancia. Análisis del periodo 2011-2015

Romacho López, Laura, Rivas Becerra, José; Turriño-Luque, Jesús Damián; Gámez Córdoba, Esther; Cabello Burgos, Antonio; Martínez Ferriz, Abelardo, Santoyo Santoyo, Julio
Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: La CMA tiene estándares claramente establecidos destacando como principales indicadores de calidad: Tasa de ambulatorización, Tasa de intervenciones suspendidas, Tasa de pernocta no planificada. Entre indicadores de morbilidad: tasa de morbilidad global; tasa de reintervención no planificada; tasa de infección de herida. Estos pueden afectarse por la situación económica que atraviesa la sanidad pública y que conlleva un desencanto de los profesionales responsables de dichos procesos.

Objetivo: Conocer los resultados de calidad y morbilidad de nuestra unidad.

Material y método: Análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos desde el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2015 en nuestra CMA.

Se generó una base de datos mediante búsqueda a través del soporte informático disponible del centro (AQUA y DAH) y de los datos proporcionados por RDQ. Se registró: régimen del paciente (ingreso, CMA), suspensión de la intervención (si/no), cambio régimen del paciente, necesidad de reintervención urgente, complicaciones en el postoperatorio (infección herida).

Análisis descriptivo de los resultados por sistema SPSS 15.0.

Resultados: Tasa de ambulatorización se ha incrementado desde el 43,26% en 2011 hasta el 62,7% actual

Tasa de pernocta no planificada ligera mejoría desde el 17,16% del inicio hasta el 13,84% del año 2015.

Tasa de suspensión de quirófano estable a lo largo del estudio en cifras en torno al 6,5%

Tasa de morbilidad global ha descendido del 6,99% del año 2012 al 3,91% del 2015

Tasa de reintervenciones no planificadas se ha mantenido entre el 0 y 0,01% en el periodo

Tasa de infección herida quirúrgica del 1,06% del año 2012 al 0,5% del 2015

Conclusiones:

1. Hemos mejorado de forma significativa la tasa de ambulatorización.
2. La tasa de pernocta no planificada como suspensión se sitúan próximas al ideal.
3. Las tasas de morbilidad se encuentran dentro del estándar general.

Quiloperitoneo secundario a traumatismo no iatrogénico

Domínguez Sánchez, Cristina; López Ruiz, Jose; Tallón Aguilar, Luis; Marenco dela Cuadra, Beatriz; Curado Soriano, Antonio; Sánchez Moreno, Laura; López Perez, Jose.

Hospital Universitario Virgen de la Macarena

Introducción: La ascitis quilosa es una afección rara y poco reportada en la literatura, siendo de origen traumático no iatrogénico aún más excepcional.

Objetivos: Presentar un caso de quiloperitoneo postraumático en una paciente joven tras traumatismo toraco-abdominal cerrado.

Material y métodos: Paciente de 40 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias 72 horas después de un accidente de tráfico con motocicleta. Refiere dolor abdominal y costal que se acompaña de disminución de la diuresis y fiebre. Presentaba un abdomen blando, doloroso a la palpación y con defensa generalizada. En la analítica destaca una leucocitosis con neutrofilia. Se realiza TAC toraco-abdominal objetivando abundante líquido libre intraperitoneal, sin demostrarse fuga de orina en los sistemas excretores, y moderado derrame pleural bilateral.

Dadas las dudas diagnósticas, se indica laparoscopia

exploradora urgente. Se identifica dilatación de asas de delgado y líquido ascítico de aspecto quiloso en Douglas y ambos parietocólicos. Ante el diagnóstico de quiloperitoneo se procede lavado de cavidad y colocación de drenajes tras la toma de muestras.

Resultados: Evolución postoperatoria favorable con tratamiento conservador, sin incidencias destacables. La bioquímica del líquido peritoneal presentaba más de 1.150 mg/dL triglicéridos (TG), compatible con lesión de los conductos linfáticos a nivel abdominal (probablemente cisterna de Pecquet). Tras varios días de nutrición parenteral y ayunas, reinicia dieta con fórmula rica en TG de cadena media, sin reaparición de débito por el drenaje.

Conclusiones: Tras un traumatismo abdominal y ante una discordancia clínico-radiológica con presencia de líquido libre (tras excluir hemoperitoneo, perforación y urinoma) debemos incluir la ascitis quilosa dentro del abanico diagnóstico. El tratamiento conservador debe ser la primera opción terapéutica, sobre todo si el origen es traumático. El abordaje laparoscópico está indicado para confirmar el diagnóstico y descartar otras lesiones asociadas que puedan requerir otros gestos quirúrgicos, tal y como realizamos en nuestro caso.

Manejo de la infección de biomaterial sintético: explante de malla

Domínguez Sánchez, Cristina; Curado Soriano, Antonio; Domínguez Amodeo, Antonio; Naranjo, Juan Ramón; Valera Zoraida; Navarrete, Enrique; Oliva Mompean, Fernando

Hospital Universitario Virgen de la Macarena

Introducción: Desde hace décadas la reparación con malla es la técnica de elección en los defectos de pared abdominal. Uno de sus principales problemas es la posibilidad de la infección del biomaterial sintético.

Objetivos: Presentamos un caso manejo de la infección de malla, tras ser intervenido por la Unidad de Pared Abdominal de nuestro hospital.

Material y métodos: Se trata de una paciente de 67 años intervenida en 2011 por un adenocarcinoma de endometrio. Sufre 2 años después una peritonitis fecaloidea franca secundaria a una perforación, interviniéndose de urgencia realizando una resección y anastomosis y eventroplastia con malla PPL. Tras dicha intervención sufre una fístula entero-cutánea que no se resuelve pese a tratamiento conservador, motivo por el cual se indica nueva intervención para explante de malla y resección del trayecto fistuloso.

Resultados: Como complicación inmediata presentó un seroma de la herida quirúrgica que se resolvió mediante curas locales. En revisiones periódicas en el seguimiento de la paciente, ha presentado una evolución favorable con la herida completamente cicatrizada y pared continente tras 6 meses de la intervención, sin signos de recidiva hasta el momento.

Conclusiones: El tipo de material protésico es la variable más significativa para predecir la infección. Medidas conservadoras y drenaje adecuado podrían ser suficientes en mallas de PP, mientras que las prótesis de PTFE-e o mixtas deberían

ser extirpadas precozmente para acabar con el proceso infeccioso. Si decidimos reemplazar la prótesis debemos sopesar tres factores fundamentales: que la retirada de una malla da como resultado un defecto siempre mayor del original, la posibilidad de reinfección y la de recidiva.

La mejor opción parece el manejo individualizado de los pacientes, siempre tendiendo a la preservación en lo posible de la prótesis. Ante la sospecha de un proceso séptico importante, el explante es lo más adecuado.

Pseudotumor inflamatorio de ganglios linfáticos en paciente con antecedente de Linfoma de Hodgkin

González Martínez, Selene; Álvarez Martín, María Jesús; Fernández Segovia, Elena; García Navarro, Ana; Mansilla Roselló, Alfonso; Jiménez Ríos, José Antonio

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: El linfoma de Hodgkin presenta una alta tasa de curación tras el tratamiento, incluso en estadios avanzados es cercana al 80%. La recaída puede presentarse meses o años después de la remisión inicial, aunque la mayoría se presenta dentro de los dos primeros años.

El pseudotumor inflamatorio de los ganglios linfáticos es una entidad benigna, poco frecuente y de etiología desconocida, existen formas localizadas o generalizadas, y puede acompañarse de síntomas sistémicos que normalmente ceden tras la extirpación, algunos casos requieren tratamiento con esteroides.

Objetivo: Presentar un caso poco frecuente de pseudotumor inflamatorio de ganglio linfático en paciente con antecedente de linfoma de Hodgkin.

Materiales y métodos: Varón de 28 años con antecedente de enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular estadio IV sometido a trasplante alogénico de médula ósea hace 7 años, considerado en remisión completa. Se encuentra asintomático, pero en la exploración se detecta tumoración en fosa iliaca izquierda de consistencia dura de unos 2 cm de diámetro, fija al plano profundo de la pared abdominal.

Se realiza ecografía que describe un nódulo sólido vascularizado e hipocogénico en el espesor del músculo oblicuo mayor, de 25 x 13 mm.

Se realiza escisión en bloque de la lesión, con margen de 1 cm y extirpando todo el espesor de la pared abdominal, que se reconstruye con malla de PTFE.

El análisis de anatomía patológica revela la presencia de un ganglio linfático con proceso fibroinflamatorio que se extiende a tejido muscular, compatible con pseudotumor inflamatorio de los ganglios linfáticos, tras tinciones inmunohistoquímicas específicas no se identifican células neoplásicas.

Resultados: Presentó una evolución postoperatoria favorable. Cinco meses después de la intervención no hay evidencia de recidiva y continúa en remisión completa del linfoma de Hodgkin.

Conclusiones: Aunque la tasa de curación de la Enfermedad de Hodgkin es muy elevada, los pacientes requieren un segui-

miento a largo plazo y cualquier lesión sospechosa de recidiva debe ser confirmada y tratada.

El pseudotumor inflamatorio de los ganglios linfáticos es una entidad rara y de difícil diagnóstico, los hallazgos radiológicos son inespecíficos y la exéresis suele ser curativa.

Protocolo para el cierre de pared abdominal en la cirugía colorrectal programada

Navarro Sánchez, Daniel; Molina Raya, Andrea; Conde Muiño, Raquel; Huertas Peña, Francisco; Segura Jiménez, Inmaculada; Palma Carazo, Pablo

Hospital Virgen de las Nieves

Introducción: El cierre de la pared abdominal constituye un paso esencial cuyos resultados influirán la aparición de complicaciones de alta prevalencia como: evisceración, eventración e infección de la herida.

Objetivo: Desarrollar un protocolo para estandarizar el cierre de la pared abdominal en cirugía colorrectal programada.

Material y métodos: Analizamos la evidencia existente en tres aspectos técnicos del cierre de pared: uso de retractores elásticos, técnica de sutura y uso de apósitos con aspiración.

Numerosos estudios apoyan la superioridad de la técnica «short stitches» para el cierre de la pared abdominal, demostrando menores tasa de eventración y evisceración. La European Hernia Society en su revisión de 2015 recomienda el uso de esta técnica (1A).

El dispositivo de retracción tipo Alexis durante la intervención, así como los apósitos de aspiración han demostrado una mejoría en cuanto a la tasas de infección de herida quirúrgica.

Resultados: El análisis de la literatura invita a realizar un ensayo aleatorizado, unicéntrico, prospectivo, abierto, sobre el uso de la técnica de «Short Stitches versus Large Stitches».

Las variables de estudio principales serán la tasa de evisceración, eventración e infección de la herida.

Serán incluidos todos los pacientes de cirugía colorrectal programada, que requieran una laparotomía excluyendo a aquellos con cirugía abdominal previa, cáncer de recto localmente avanzado y embarazadas.

El seguimiento constará de revisiones post-operatorias: a los 7 días, al mes, 6, 12 y 24 meses. La comprobación de la estanqueidad de la pared abdominal será realizada por exploración física y pruebas de imagen.

Usaremos un dispositivo de presión negativa como apósito post-operatorio que retiraremos a los 7 días.

Conclusiones: La realización de un cierre de pared abdominal estandarizado es esencial para disminuir las tasas de complicación de herida quirúrgica. Los resultados obtenidos ayudarán al análisis del impacto del conjunto de medidas implementadas en la clínica diaria.

Abordaje atípico para linfadenectomía cervical de área VI

De la Herranz, P.; Piñán, J.; Marín, C.; Díaz, M.; Sacristán, C.; Jiménez, A.

HUV Macarena

Introducción: El acceso al compartimento central del cuello, convencionalmente es a través de la línea media retrayendo los músculos esternotiroideo y esternohioideo lateralmente. La fibrosis de la línea media por intervenciones previas puede hacer este acceso difícil y, por tanto, la exploración del compartimento central aumentando la probabilidad de lesionar el nervio laríngeo recurrente. Sin embargo, el acceso lateral permite la llegada al compartimento central a través de un campo que no ha sido manipulado previamente.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 66 años que se realiza en Noviembre de 2015 tiroidectomía total por bocio multinodular con diagnóstico histológico de benignidad. Tras el informe patológico definitivo se objetiva carcinoma folicular de tiroides por lo que se realiza estudio ecográfico de cadenas ganglionares laterales, que resulta negativo, y compartimento central cervical, hallándose una adenopatía en el área VII sugestiva de ser metastásica que es punzada con hallazgo indicativo de carcinoma.

La paciente es propuesta para vaciamiento del compartimento central, realizándose un abordaje lateral al mismo, con el fin de evitar la fibrosis central existente por la intervención anterior. El acceso lateral comenzó por el borde externo del músculo esternocleidomastoideo, rechazando externamente el paquete vasculonervioso cervical. De esta forma, accedemos a musculatura pretiroidea que seccionamos, llegando al compartimento del área VII habiendo evitado la fibrosis presente. Se realiza vaciamiento ganglionar encontrándose dos adenopatías positivas y cinco negativas.

Resultados: Fue dada de alta en el primer día post-operatorio sin incidencias.

Conclusiones: El acceso lateral al compartimento central proporciona la entrada a través de planos de disección que no se manipulan en la tiroidectomía convencional. La técnica es especialmente útil para pacientes con intervenciones previas de tiroides facilitando la entrada desde el paquete vasculonervioso al área VII, lejos del campo operatorio permitiendo el control vascular antes que la disección del compartimento central.

Cirugía como tratamiento eficaz de la enfermedad injerto contra huésped refractaria a corticoterapia

Mogollón González, M.; González Martínez, S.; Ferrer Castro, C.; Plata Illescas, C.; Conde Muiño, R.; Huertas Peña, F.; Segura Jiménez, I.; Palma P.

Complejo Hospitalario Universitario de Granada (CHUG)

Introducción: La enfermedad injerto contra huésped (EICH) es la complicación más importante tras el trasplante alogénico de médula ósea (TPH). La afectación gastrointestinal es frecuente pero clínicamente indiferenciable de la se-

cundaria a fármacos o infecciones, asociando alta morbilidad y mortalidad.

Material y métodos: Paciente de 28 años con antecedentes de sarcoma granulocítico preesternal diagnosticado en 2014, con posterior alotrasplante de médula ósea. Desarrollo el día +95 de EICH gastrointestinal que precisó aumento de corticoterapia a plena dosis.

Consultó por cuadro de dolor abdominal y rectorragia de 24 horas de evolución. En la analítica destacaba hemoglobina 9,3g/dL, hematocrito 28%, plaquetas $61 \times 10^3/\text{mm}^3$, TTPa 23seg. La endoscopia digestiva baja evidenciaba una lesión ulcerada y mamelonada que deformaba ciego y válvula ileocecal con áreas de sangrado reciente. La biopsia de la lesión descartó la existencia de elementos blásticos.

Ante la persistencia de sangrado anemizante pese a la mejoría de los parámetros hemostáticos tras soporte transfusional, y descartada la etiología tóxico-infecciosa, se decidió intervención quirúrgica con reducción preoperatoria de corticoides a mínima dosis. Se realizó ileocecectomía laparoscópica con anastomosis latero-lateral manual.

Resultados: El estudio anatomopatológico confirmó la existencia de inflamación crónica sin evidenciar agentes infecciosos o neoplasia. El paciente presentó buena evolución postoperatoria con controles correctos hasta la fecha.

Conclusiones: Las complicaciones abdominales en pacientes sometidos a TPH se relacionan con el grado de recuperación inmunológica postrasplante.

La EICH gastrointestinal puede presentarse como vómitos, diarrea, dolor abdominal, hemorragia o perforación intestinal. El diagnóstico deberá incluir infecciones (bacterianas, víricas o fúngicas), toxicidad tras quimio-radioterapia o efectos adversos farmacológicos.

La corticoterapia a alta dosis constituye el tratamiento más eficaz para la EICH aguda, reservando el abordaje quirúrgico para casos refractarios o que asocien complicaciones graves.

La sospecha de EICH deberá contemplarse en todo paciente trasplantado con clínica digestiva, con el fin de prevenir un daño crónico irreversible.

Úlcera péptica secundaria a bezoar gástrico. A propósito de un caso

Vico Arias, Ana Belén; Álvarez Martín, María Jesús; Fernández Segovia, Elena; García Navarro, Ana; Mansilla Roselló, Alfonso; Segura Reyes, Manuel; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Introducción: Los bezoar son masas duras de materiales vegetales no digeridos, acumuladas en estomago y que pueden dar complicaciones graves como la obstrucción intestinal, hemorragia digestiva o ulceraciones de la pared gástrica.

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente psiquiátrico con úlcera gástrica recidivante asociado a varios bezoares gástricos.

Material y métodos: Varón de 53 años con antecedentes de esquizofrenia no controlada, intervenido hacia años de úlcera

gástrica perforada (resección de úlcera, cierre simple y gastro-tomía para extracción de dos bezoar). Es traído a urgencias por deterioro del estado general, astenia, pérdida de peso, hematemesis y deposiciones oscuras. Analíticamente destaca anemia ferropénica intensa con Hb de 5.6 y leucocitosis. Se realiza una EDA evidenciando úlcera localizada en curvatura menor gástrica, con posible perforación a vísceras vecina sin poder aclarar posible sangrado activo por gran cantidad de contenido semisólidos. La TAC muestra engrosamiento de la pared gástrica, en cuerpo y fundus gástrico, discontinuidad de la mucosa en curvatura menor de 2.5 cm de extensión, por la que se delimita una cavidad con contenido aéreo contenido por el resto de las capas parietales y ocupación de la luz gástrica por dos formaciones sugerentes de bezoares.

Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica. Tras estabilización clínica y transfusión sanguínea se realiza relaparotomía media, evidenciado adherencia de curvatura menor al hígado, con zona de fibrosis por probable afectación transmural de la úlcera. Se palpan tres tumoraciones sólidas correspondientes a bezoares. Se decide gastrectomía subtotal, resecaando la úlcera y extracción de bezoar, con anastomosis gastroyeyunal mecánica y pie de asa manual con puntos sueltos.

Resultados: El paciente presenta buena evolución, siendo dado de alta al 10 día postoperatorio. La anatomía patológica informa de úlcera péptica crónica.

Conclusiones: Los bezoares pueden desarrollarse por existir factores de mala digestión por hipomotilidad gástrica, una dieta rica en vegetales en pacientes con mal estado dentario, masticación insuficiente o alteraciones psiquiátricas. En ocasiones pueden dar lugar a complicaciones como la obstrucción intestinal, hemorragia digestiva o como en este caso, asociarse a úlcera gástrica.

Es conocido que la incidencia de la úlcera gastroduodenal ha disminuido de forma significativa gracias al conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad ulcerosa, la erradicación de la bacteria *Helicobacter pylori* y al tratamiento con IBPs. Sin embargo, ante pacientes que presentan úlcera gástrica recidivante, aquellas en las que la adherencia al tratamiento no es segura o existan complicaciones derivadas de una úlcera (hemorragia, perforación...etc.) y /o asociadas a otros procesos como son los bezoares que también favorecen la aparición de úlcera gástrica, se debe optar por el tratamiento quirúrgico

Hernia umbilical estrangulada secundario a síndrome linfoproliferativo: a propósito de un caso

Vico Arias, Ana Belén; Pérez Durán, Carmen; Navarro Sanchez, Daniel; Notario Fernández, Pilar; Plata Illescas, Cristina; Mogollón González, Mónica; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Introducción: Las complicaciones de la hernia umbilical, son frecuentes y bien conocidas por todo cirujano, que en muchos casos requerirán intervención quirúrgica urgente. Sin embargo queremos mostrar el caso de un paciente que

presentó una complicación de su patología herniaria como consecuencia de un síndrome linfoproliferativo no conocido.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con hernia umbilical incarcerada secundario a linfoma folicular

Material y métodos: Paciente de 70 años de edad, sin antecedentes de interés que presenta hernia umbilical de larga data. Acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal, vómitos e imposibilidad de reducción de la tumoración umbilical. En la anamnesis, el paciente refiere dolor abdominal mesogástrico inespecífico desde hace meses asociado a aumento del perímetro abdominal, así como de la hernia umbilical.

A la exploración abdominal, el paciente presentaba dolor abdominal a nivel de la hernia umbilical, de unos 4 cm de tamaño, irreducible a maniobras de taxis, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente.

Una vez en quirófano, se realiza un abordaje umbilical, con apertura del saco herniario, evidenciando isquemia del asa estrangulada de unos 10 cm, y salida de líquido blanquecino en abundante cuantía así como engrosamiento del mesenterio, que presentaba múltiples nodulaciones. Se realiza resección intestinal del tramo afecto y anastomosis terminoterminal y se toman muestras para Bioquímica del líquido quiloso.

Tras el hallazgo se decide estudiar al paciente; La bioquímica del líquido nos confirma el diagnóstico de líquido linfático (Triglicéridos 1270), por lo que se solicita TAC abdominal que describe múltiples adenopatías a nivel mesentérico, retroperitoneal, ilíacas bilaterales e inguinales así como esplenomegalia de 15 cm. Se realiza biopsia de adenopatía inguinal izquierda en el mismo ingreso.

Resultados: El paciente presenta buena evolución postoperatorio, dado de alta a los 7 días. LA A.Patológica de la adenopatía confirma la sospecha de síndrome linfoproliferativo, concretamente, linfoma folicular, grado I (OMS 2008) Una vez confirmado el diagnóstico, el paciente es derivado a hematología para seguimiento y tratamiento, estando actualmente en terapia.

Discusión: La complicación de la hernia umbilical es muy frecuente, sobre todo la incarceración, debido al anillo estrecho que normalmente presentan estos orificios herniarios. Sin embargo no podemos obviar que, a pesar de que las complicaciones generalmente son primarias, en casos infrecuentes, puede subyacer una patología asociada que aumente el riesgo de incarceración de la hernia. Por ello queremos destacar la importancia de una buena historia clínica y a nivel intraoperatorio, una exploración abdominal adecuada, que nos oriente la posibilidad de estar ante alguna otra causa que haya podido motivar la complicación herniaria.

Diverticulosis yeyuno-ileal extensa en paciente con diverticulitis sigmoidea aguda complicada

Vico Arias, Ana Belén; Pérez Durán, Carmen; Fernández Segovia, Elena; Notario Fernández, Pilar; Plata Illescas, Cristina; Mogollón González, Mónica; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Introducción: Los divertículos yeyunales son pseudodivertículos adquiridos que se observan en el 0.02-0.42% de los estudios radiológicos y una causa muy poco frecuente de abdomen agudo. Habitualmente asintomáticos, se estima que se producen complicaciones en un 10-20% de ellos y suelen asociarse a divertículos en otras localizaciones (esófago, estómago, duodeno, colon)

Objetivos: Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de diverticulosis yeyunoileal en el contexto de un episodio de diverticulitis aguda sigmoidea

Material y métodos: Paciente de 78 años con antecedentes de diverticulitis aguda y fistula sigmoidea que resolvió conservadoramente. Ingresada por dolor abdominal, fiebre y náuseas, diagnosticándose de diverticulitis aguda a nivel de sigma no complicada. Durante su ingreso la paciente desarrolló una taquicardia supraventricular, disnea e HTP, por lo que se anticoaguló, dado que no se pudo descartar mediante las pruebas de imagen un probable TEP.

Desde el punto de vista abdominal la paciente evoluciona de forma desfavorable, con anemia progresiva, distensión abdominal, vómitos y ausencia de tránsito intestinal por lo que se decide intervención quirúrgica urgente.

Se realiza laparotomía media evidenciando perforación a nivel de colon secundaria a obstrucción sigmoidea por diverticulitis con plastrón inflamatorio que afectaba al útero, aspecto isquémico de la totalidad del colon y múltiples divertículos que afectaban prácticamente todas las asas intestinales, a partir de los 40 cm desde el ángulo de Treitz hasta íleon proximal, los cuales se encontraban llenos de sangre digerida, en probable relación a un sangrado antiguo.

Dado los hallazgos se realiza una colectomía total con cierre del muñón rectal, histerectomía e ileostomía terminal, sin realizar intervención sobre los divertículos yeyunales, ya que no se evidenciaban complicación actual.

Resultados: El postoperatorio de la paciente fue tórpido, con aparición de shock séptico y finalmente fue éxito al 10º día postoperatorio.

Conclusiones: Los divertículos de yeyuno tienen un amplio espectro de presentación, tanto en la forma crónica como en la aguda, con una gran variedad de síntomas inespecíficos que, asociado a ser una patología rara, su baja incidencia y el poco conocimiento por parte del personal médico, se diagnostica de forma errada y tardía.

En la actualidad, contamos con diferentes recursos tecnológicos como la TAC, y según el caso, otras ayudas diagnósticas, como la cápsula endoscópica, la gammagrafía o la arteriografía, entre otras.

La complicación más frecuente de los divertículos yeyuno-ileales es la diverticulitis con o sin perforación en el 2.3 6.4% de los casos. La diverticulitis del intestino delgado puede simular: úlcera perforada, apendicitis aguda, colecistitis aguda o diverticulitis colonica.

El manejo se debe enfocar según el tipo de síntomas o complicaciones con los que curse el paciente; el manejo quirúrgico es necesario en un porcentaje relativamente bajo para este tipo de enfermedad.

Los divertículos de yeyuno se deben considerar en el diagnóstico diferencial del paciente que consulta por dolor

abdominal para así brindar mejores oportunidades de tratamiento.

Invaginación intestinal. A propósito de un caso

Ayllón Gámez, Saray; Sancho Maraver, Eva María; Peña Barturen, Catalina; Roldán Ortiz, Susana; Fornell Ariza, Mercedes; Pacheco Garcia, Jose Manuel; Castro Santiago, Maria Jesus; Fernandez Serrano, Jose Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: La invaginación intestinal es rara en los adultos, supone del 1 al 5% de las obstrucciones intestinales mecánicas. En adultos puede deberse a lesiones benignas (pólipos, divertículo de Meckel, postoperatorias...) o malignas. Pueden darse entre asas de intestino delgado o involucrando colon (íleon terminal a ciego, colo-cólicas).

Objetivo: Se presenta el caso clínico de una invaginación intestinal.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de una mujer de 36 años, intervenida 13 años antes de by pass gástrico por obesidad mórbida, que acude a urgencias por dolor abdominal generalizado, vómitos y diarrea de 1 día de evolución. A su llegada presenta dolor abdominal generalizado, sin defensa ni peritonismo. En la analítica no presenta hallazgos patológicos significativos. Se realiza tomografía abdominal que objetiva masa inflamatoria a nivel de intestino delgado proximal compatible con invaginación intestinal en relación a anastomosis de cirugía previa. Se indica intervención quirúrgica de carácter urgente realizándose laparotomía media y apreciándose importante dilatación de asas de delgado y una invaginación intestinal de asa común en asa alimentaria de anastomosis a pie de asa. Se desinvagina el asa intestinal sin que se aprecien signos de isquemia en la misma.

Resultados: el periodo postoperatorio cursa sin incidencias siendo dada de alta al tercer postoperatorio. En revisiones posteriores presenta evolución favorable con tránsito EGD que muestra calibre y morfología normales de asas intestinales sin nuevos signos de invaginación.

Conclusiones: La invaginación intestinal se presenta principalmente como dolor abdominal con o sin signos de obstrucción intestinal y para su diagnóstico se emplea el TC como prueba complementaria principal. El diagnóstico diferencial debemos realizarlo con otras causas de obstrucción intestinal como síndrome adherencial, tumores primarios o metastásicos, hernias o abscesos entre otros.

Elaboración de un protocolo hospitalario actualizado para el diagnóstico y tratamiento de la diverticulitis aguda

Fernández Segovia, Elena; Ferrer Castro, Carmen; Conde Muíño, Raquel; Huertas Peña, Francisco; Segura Jiménez, Inmaculada; Palma Carazo Pablo.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Introducción: La diverticulitis aguda (DA) es una entidad

cada vez más frecuente. Durante los últimos años su incidencia ha aumentado más de un 26%, y en pacientes jóvenes este incremento supera el 80%. Es la quinta enfermedad digestiva con mayor coste sanitario.

Objetivos: Realizar un protocolo hospitalario actualizado para el manejo de diverticulitis aguda en cuanto a tratamiento antibiótico, indicaciones quirúrgicas y realización de colonoscopia.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión de la literatura para encontrar la mejor evidencia posible en cuanto a diagnóstico y tratamiento de la DA, empleando MEDLINE y Up To Date como principales fuentes de información.

Resultados: Los exámenes a realizar ante la sospecha de una DA incluyen tacto rectal, toma de temperatura, recuento leucocitario, PCR y sedimento de orina (IC). En cuanto a pruebas de imagen, la tomografía computerizada (TC) es el gold standard. (IB). En el 10% de los casos, los hallazgos de la TC son insuficientes para excluir malignidad y se recomienda una colonoscopia una vez se haya resuelto el episodio agudo (IC).

Los casos de DA no complicada se manejan inicialmente de forma conservadora. Se recomiendan pautas antibióticas que cubran microorganismos gram positivos, gram negativos y anaerobios. (IC)

En caso de DA complicada con abscesos de pequeño tamaño (< 4cm) o microperforación se recomienda tratamiento antibiótico con piperacilina-tazobactam como primera opción. (IC). Si los abscesos son de mayor tamaño, el tratamiento más apropiado es el drenaje percutáneo, siempre que el paciente esté estable y exista ventana para la punción (IB).

Está indicada la sigmoidectomía urgente en caso de fracaso del tratamiento conservador o en caso de peritonitis difusa (IB). Si existe peritonitis difusa, no es adecuado realizar cirugía sin resección colónica (IC). Tras la resección, la decisión de restaurar la continuidad del tránsito debe individualizarse (IC).

La decisión de recomendar cirugía electiva tras la recuperación de uno o varios episodios de DA no complicada debe ser individualizada (IB). En cuanto a los episodios de DA complicada, debe realizarse sigmoidectomía electiva una vez se hayan resuelto, ya que el riesgo de recurrencia de episodios de similar gravedad es alto (IB).

Conclusiones: La DA es una patología cada vez más frecuente y con un importante impacto económico.

Los avances diagnósticos y terapéuticos facilitan una actitud cada día más individualizada.

Su elevada frecuentación en urgencias hace necesaria la realización de un protocolo hospitalario para conseguir un manejo unificado.

El aumento de incidencia en población joven durante los últimos años muestra la necesidad de ampliar conocimientos en cuanto a factores patogénicos y profilaxis.

Diagnóstico incidental de adenocarcinoma de ciego en el contexto de eventración incarcerada. A propósito de un caso

García Fernández, Estefanía; Rubio López, José; Romera López, Ana Lucía; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario San Cecilio, Granada

Introducción: La patología herniaria constituye hoy en día una patología muy prevalente que afecta entre un 5-10 % de la población.

Se considera la tercera causa de consulta en los centros de salud dentro de los problemas gastrointestinales, y la segunda causa de obstrucción intestinal, precisando hasta un 15% de estos pacientes una resección por necrosis intestinal.

La prevalencia de estrangulación global de las hernias se sitúa en torno al 4,5 %.

Objetivos: Describir un caso clínico donde se diagnostica de forma incidental un adenocarcinoma de ciego que no había tenido presentación clínica previa.

Material y métodos: Mujer de 88 años que acude a Urgencias por cuadro obstructivo en relación con eventración abdominal incarcerada que se extiende desde región supraumbilical a apófisis xifoides.

TAC abdominal: Dilatación de asas de intestino delgado(íleon) con líquido libre abdominal producido por una complicación de la hernia de pared abdominal donde se ve un asas de intestino delgado de pared gruesa que capta con contraste así como un aumento de densidad de la grasa alrededor de la misma

Conclusión: obstrucción intestinal por hernia de pared abdominal incarcerada.

Resultados: Se interviene de forma urgente a la paciente, durante la intervención, se aprecia eventración supraumbilical de gran tamaño con contenido de colon derecho, colon transversal y asas de íleon en su interior, también se evidencia tumoración a nivel de apéndice cecal, adenopatías mesoileales y mesocolónicas y gran cantidad de líquido ascítico, del que se toma muestra para citología.

Se realiza ileocequostomía con anastomosis L-L mecánica y eventroplastia supraaponeurótica con 2 mallas de parietene progrid.

AP: adenocarcinoma de ciego que afecta a base apendicular, tipo enteroide (pT3N1bMo)

Citología negativa para células malignas.

Conclusión: Pese a ser un hallazgo incidental, la intervención de una patología urgente como es la eventración incarcerada, permitió el diagnóstico y tratamiento quirúrgico definitivo del adenocarcinoma de ciego antes de que la paciente tuviera presentación clínica del mismo.

Infrecuente presentación de Síndrome Adherencial

Reyes Moreno, Montserrat; Plata Pérez, Ignacio; Maes Carballo, Marta; Robayo Soto, Paul Sebastián; Hidalgo Garrido, José Manuel; Martín Díaz, Manuel; Ferrer García, J. Guillermo

Hospital Santa Ana de Motril

Introducción: El síndrome adherencial se caracteriza por la presencia de bridas de consistencia variable entre dos superficies de estructuras intraabdominales que pueden generar un cuadro clínico compatible con obstrucción intestinal mecánica. Es más habitual tras procesos laparotómicos, peritonitis difusas o reintervenciones, que tras cirugía laparoscópica.

A continuación exponemos un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril.

Caso clínico: Mujer, 65 años, AP de HTA y dislipemia, intervenida de colecistectomía y apendicetomía laparoscópica que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal, distensión, ausencia de deposición y vómitos de 48 horas de evolución. Analítica al ingreso: Hb 16.4, PMN 4.6%, Leucocitosis, PCR 9.2. Ecografía/TAC abdominal: líquido libre en cantidad moderada, distensión con niveles hidroaéreos de asas de delgado que se extienden hasta la región ileal donde se aprecia cambio brusco de calibre. Diverticulosis sigmoidea.

Se interviene de urgencias realizándose laparotomía exploradora infraumbilical, confirmándose los hallazgos descritos. Sección de brida intraabdominal postapendicectomía y ligadura. La paciente evoluciona favorablemente por lo que se procede al alta hospitalaria al cuarto día postoperatorio.

Conclusiones: El síndrome adherencial es la causa más frecuente de íleo mecánico, asociado a la presencia de bridas de consistencia variable. Habitualmente estos pacientes debutan con cuadro de dolor abdominal, distensión y ausencia de emisión de gases o heces en los días previos, con antecedentes de intervenciones previas.

Clásicamente se definen aquellas intervenciones urgentes por cuadro peritonítico difusos, reintervenciones, etc. las más propensas a generar esta complicación. La cirugía laparoscópica por el contrario no es frecuente que la produzcan.

Se han de realizar pruebas de imagen que identifiquen la causa de dicha obstrucción, como el TAC abdominal o la ecografía abdominal. La cirugía indicada en estos casos es de laparotomía exploradora, con sección de bridas y adhesiolisis.

Invaginación intestinal de origen infrecuente como causa de obstrucción intestinal en el adulto

Moreno Arciniegas, Alejandra; Salas Álvarez, Jesús María, Camacho Ramírez Alonso; Balbuena García, Manuel; Díaz Godoy, Antonio; Díez Núñez, Ana; Mendoza Esparrell, Gloria; Campos Martínez, Francisco Javier; Vega Ruíz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real

Introducción: La invaginación intestinal es una entidad clínica rara en el adulto de etiología usualmente tumoral con un alto porcentaje de malignidad. A continuación presentaremos un caso de invaginación intestinal secundaria a una identidad poco frecuente.

Caso clínico: Paciente de 41 años sin alergias conocidas ni antecedentes personales que acude a nuestro centro con cuadro clínico de 48 horas de evolución de dolor abdominal tipo cólico y vómitos alimentarios.

A la exploración, paciente con buen estado general, estable hemodinámicamente que presenta dolor a la palpación profunda en hemiabdomen derecho, más intenso en fosa ilíaca derecha sin peritonismo.

Pruebas complementarias con elevación de reactantes de fase aguda. Ecografía y TAC abdominal donde se objetiva largo segmento de íleo terminal que se introduce con su meso a través de la válvula ileocecal hacia el colon derecho, alcanzando ángulo hepático, en relación con invaginación intestinal a nivel de la válvula ileocecal. La invaginación condiciona obstrucción intestinal de delgado retrógrada. En el extremo del segmento invaginado se aprecia una imagen de densidad grasa de 1.7 cm localizada en ángulo hepático del colon que podría corresponder a lipoma como causante de la invaginación.

Ante estos hallazgos realizamos intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía exploratoria, donde observamos asas de delgado dilatadas hasta intestino medio, invaginación de íleon distal hasta ciego que provoca la dilatación mencionada. No impresiona al tacto de lesión neoplásica de características malignas. Realizamos hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica. Abrimos pieza quirúrgica, objetivando 15 cm de íleon invaginado en ciego con lipoma de 2 cm en su extremo. La anatomía patológica de la pieza reseca muestra una invaginación intestinal con intenso edema, congestión vascular y lesión compatible con lipoma.

La paciente presenta buena evolución postoperatoria, siendo dada de alta al séptimo día.

Conclusiones: La invaginación intestinal del adulto ocupa el 5% del total de casos de invaginación intestinal, siendo el 52% de ellas en intestino delgado y un 30% de origen maligno. La prueba diagnóstica de elección es la TC abdominal. El tratamiento definitivo es quirúrgico en el adulto debido a la alta prevalencia de perforación tras maniobras de desinvaginación endoscópica. Se debe tomar en cuenta como causa infrecuente de obstrucción intestinal una invaginación secundaria a una lesión benigna como puede ser un lipoma.

Manejo diagnóstico y terapéutico del Sd. de Lynch

Reyes Moreno Montserrat, Robayo Soto Paul, Plata Pérez Ignacio, Maes Carballo Marta, Vázquez Barros Pablo, Ferrer García Juan Guillermo

Hospital Santa Ana de Motril

Introducción: El cáncer colorrectal hereditario no polipóico, llamado Síndrome Lynch es la forma más común. Se suele presentar en edades tempranas de la vida, en diversos miembros de la familia.

Caso clínico: Mujer, 63 años, AP de Cáncer colorrectal intervenido, histerectomizada con doble anexectomía por cáncer de endometrio. Acude a consulta por hallazgo de neoplasia en colon derecho y tumoración mamaria derecha. Colonoscopia: pólipo en válvula ileocecal. Anatomía patológica: adenocarcinoma infiltrante. TAC toraco-abdominal: lesión espiculada en CIIInt mama derecha, Biopsia: carcinoma ductal infiltrante.

Se realiza Hemicolectomía derecha, tumorectomía y

BSGC, resultado positivo intraoperatorio, se amplía linfadenectomía axilar derecha. Alta hospitalaria al 6º día postoperatorio.

Conclusión: El síndrome de Lynch presenta una prevalencia del 1- 5% de todos los cánceres colorrectales. Se caracteriza por tener una herencia autosómica dominante, las mutaciones en las líneas germinales de los genes MLH 1 y MSH2, representando el 90% de las mutaciones asociadas a esta enfermedad.

Suele presentarse entre los 40-45 años de edad, con predilección por el lado derecho del colon, de forma aislada o asociado a otras neoplasias como endometrio, ovario, intestino delgado, páncreas, gástrico, renales, sistema nervioso central. Es característico la sincronidad en estas neoplasias y de lesiones en otras localizaciones posteriores a la resolución del cáncer colorrectal.

El diagnóstico síndrómico se realizará al evaluar los Criterios de Amsterdam o Bethesda revisados o al someter a la familia a estudio genético para corroborar la inestabilidad de microsátelites.

Las opciones de tratamiento oscilan desde una proctocolectomía total a la hemicolectomía, en función de cada caso. Se ha de realizar seguimiento con colonoscopia cada 2-3 años y ecografía transvaginal periódica para despistaje de cáncer de endometrio.

Carcinoma papilar de tiroides en el seno de un Quiste del Conducto Tirogloso

García del Pino, Beatriz; Gonzalez Benjumea, Paz; Rodriguez Padilla, Angela; Escorcesca Suárez, Ignacio; Beltrán Miranda, Pablo; Perea Sánchez, María José; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: El quiste del conducto tirogloso es la enfermedad congénita cervical más frecuente (7% de la población general). Enfermedad benigna que presenta degeneración maligna en el 1-1,6% de los casos, siendo el carcinoma papilar de tiroides la estirpe histológica más común (78-85%) seguido por el carcinoma de células escamosas (5%).

El cáncer de tiroides asentado en el quiste del conducto tirogloso es una patología poco frecuente, poco sintomática y de difícil identificación. Puede manifestarse como una masa cervical anterior de rápido crecimiento, fija, indurada e irregular.

Objetivos: Presentar el caso de una mujer de 43 años que acude a consultas de ORL por tumoración centro-cervical asintomática de semanas de evolución. A la exploración masa gomosa e indolora con lateralización derecha.

Material y métodos: Se realiza TC cervical que describe una lesión compleja sólido-quística de 42mm de diámetro sugestiva de neoplasia vs tejido tiroideo ectópico con quiste congénito asociado.

Se decide intervención quirúrgica por parte de ORL realizándose exéresis de formación quístico-sólida y zona sólida dependiente de lóbulo tiroideo piramidal.

La Anatomía Patológica informa de QCT con reacción

inflamatoria gigantocelular tipo cuerpo extraño. Carcinoma papilar de tiroides de 1,5 x 2 cm con áreas de calcificación.

Resultados: Se deriva a consultas de Cirugía decidiéndose reintervención programada realizándose vaciamiento ganglionar cervical bilateral de compartimentos II-III y tiroidectomía total.

La Anatomía Patológica informa microcarcinoma papilar de 0,8 mm en LTD con metástasis de carcinoma en 1 de 14 ganglios del compartimento derecho (pT1aN1a).

Conclusiones: El cáncer de tiroides asentado en QCT es una patología poco frecuente con un limitado número de casos reportados en la literatura por lo que no existe consenso definitivo en cuanto a su manejo y tratamiento óptimo.

Algunos autores recomiendan PAAF ecoguiada de todas las tumoraciones cervicales y otros en nódulos mayores de 15mm. Si la citología es sugestiva o positiva para carcinoma, se debe realizar un TC y/o RMN con gadolinio para evaluar grado de invasión local, de lesiones tiroideas y de metástasis cervicales.

Las opciones terapéuticas abarcan desde la tumorectomía hasta la tiroidectomía total asociada al procedimiento de Sistruck (escisión radical en bloque del conducto tirogloso) observando un aumento significativo de la supervivencia a 10 años en los pacientes sometidos a SP en comparación con aquellos a los que se realiza escisión simple del QCT (100% y 75% respectivamente).

Aneurisma de arteria esplénica como causa infrecuente de hemoperitoneo

Reyes Moreno, M.; Robayo Soto, P.S.; Plata Pérez, I.; Maes Carballo, M.; Ferrer García, J.G.; Martín Díaz, M.

Hospital Santa Ana de Motril

Introducción: Los aneurismas viscerales son infrecuentes, el más frecuente de todos, el aneurisma de arteria esplénica (60%), seguido de otras localizaciones: arteria hepática, mesentérica superior, tronco celíaco, gástricas y gastroepiploicas, intestinales, pancreáticas o pancreaticoduodenales y mesentérica inferior.

Es por ello por lo que a continuación exponemos un caso diagnosticado y tratado en nuestro centro.

Caso clínico: Mujer, 44 años, AP de miomas uterinos. Acude a Urgencias por cuadro sincopal y pérdida de conocimiento asociado a dolor súbito abdominal. Analítica: Hb 10.2, leucocitosis con desviación izquierda. TAC abdominal: hematoma en el hilio esplénico con signos de sangrado activo en su interior, compatible con pseudo/aneurisma de la arteria esplénica, malformación vascular o neoplasia, con afectación del polo inferior del bazo.

Se realiza laparotomía exploradora advirtiéndose hemoperitoneo de gran cuantía, e identificándose punto de sangrado activo a nivel de arteria. Se realiza pancreatectomía corporocaudal y esplenectomía. Estancia en UCI con buena evolución en postoperatorio inmediato, infección superficial de herida quirúrgica que se resolvió mediante curas locales

y antibioterapia domiciliaria, se procedió al alta hospitalaria al 8º día postoperatorio.

Discusión: La incidencia de los aneurismas de arteria esplénica es de 1%, con mayor tasa en sexo femenino y edad adulta. Factores predisponentes relacionados: fibrodisplasia de la arteria esplénica, hipertensión portal asociado a esplenomegalia, embarazo o arterioesclerosis.

Cursan con sintomatología silente, o se asocia a dolor en hipocondrio izquierdo, epigastrio, el mayor peligro de los mismos es la rotura, pudiendo ser: a peritoneo; a estómago; hemossuccos pancreáticos, dolor cólico abdominal y elevación de amilasa; o vena esplénica con fistula arteriovenosa. Factores de riesgo de rotura no se conocen con exactitud y pueden ser variables, riesgo de esta complicación entre un 0,5% y un 10%. Más frecuentes en mujeres embarazadas en la cual puede alcanzar una mortalidad de hasta un 75%.

El diagnóstico puede establecerse por la presencia de una calcificación redondeada en el territorio de la arteria esplénica (70%), se han de realizar otras pruebas de imagen como TAC abdominal, aortografía abdominal y angio-RNM de aorta abdominal y ramas viscerales. En ocasiones es posible, que el diagnóstico se realice intraoperatoriamente en caso de situación emergente por shock hemodinámico o con TAC abdominal con contraste IV donde se constata el sangrado activo de la misma.

En el caso de efectuar un diagnóstico diferido podemos abordar un tratamiento mediante laparotomía y exéresis, resección o exclusión del aneurisma; o bien, terapéutica percutánea con colocación de stent recubierto o embolización. En estos casos, la vía laparoscópica es una alternativa excelente y poco agresiva, pero requiere la experiencia de un cirujano experimentado. En los casos de hemoperitoneo e inestabilidad hemodinámica o shock, el abordaje debe ser laparotómico para estabilización precoz del paciente y esplenectomía. En nuestro caso fue necesario asociar pancreatectomía corporocaudal para garantizar la misma.

El resultado anatomopatológico definitivo confirmara los hallazgos apreciados en imágenes complementarias e intraoperatoriamente.

Tumoración abdominal aislada como presentación infrecuente de fibromatosis mesentérica

Reyes Moreno, M.; Plata Pérez, I.; Robayo Soto, P.S.; Maes Carballo, Marta; Herrera Fernández, F.; Martín Díaz, M.; Ferrer García, J.G.

Hospital Santa Ana de Motril

Introducción: La fibromatosis mesentérica es forma infrecuente de proliferación fibroblástica de características histológicas benignas, crecimiento rápido local, afectando al mesenterio de intestino delgado. Presentaciones clínicas: asociadas al Síndrome de Gardner o más infrecuentemente como masa tumoral intraabdominal aislada.

A continuación presentamos un caso diagnosticado y tratado en nuestro centro, Hospital Santa Ana de Motril.

Caso clínico: Varón, 52 años, AP: HTA, Hipotiroidismo, fibromialgia, bocio multinodular y alergia a múltiples fármacos.

cos no esteroideos. Acude a consulta externa por molestias abdominales de 6 meses de evolución y sensación de saciedad precoz. Analítica: normal incluidos marcadores tumorales. TAC abdominal: masa de 15,7 x 11,7 x 23,4 cms de diámetro que parece depender de la raíz del mesenterio, heterogénea, márgenes bien definidos.

Se realiza resección tumoral asociada a duodenoyunosotomía latero- lateral transmesocolica. Anatomía patológica: fibromatosis mesentérica intraabdominal que infiltra capas más externas de la pared intestinal de 24 cms de diámetro. El paciente evoluciona favorablemente por lo que se procede al alta hospitalaria al 11º día postoperatorio.

Conclusión: Las fibromatosis son un amplio grupo de proliferaciones fibrosas histológicamente benignas, de crecimiento lento y localmente invasivo a pesar de lo cual no metastatizan.

Causa más frecuente de tumor primario en mesenterio: subtipo de tumor desmoide, la fibromatosis mesentérica, su aparición es extremadamente rara en la población general, con una incidencia del 0,03%, frecuencia de hasta un 25 % en síndrome de Gardner. Su localización es más frecuente: mesenterio de intestino delgado, mesocolon transversal, ligamento gastrohepático y gastroesplénico.

La etiología es desconocida, se ha investigado la posible relación entre mutaciones específicas del gen APC y la formación de tumores desmoides en pacientes con síndrome de Gardner. Otros factores de riesgo: traumatismos, cirugía abdominal previa, aumento del estímulo estrogénico.

Clínica se basa en la aparición de una tumoración aislada, dolor o sensación de plenitud abdominal que, debido a su rápido crecimiento y a la movilidad del mesenterio, suelen alcanzar gran tamaño antes de producir clínica al comprimir estructuras vecinas.

El diagnóstico mediante ecografía abdominal y TAC, esta última, técnica de elección, confirmando heterogeneidad de la masa, localización mesentérica, la relación con estructuras vasculares y parenquimatosas. Estudio del colon con enema opaco y/o endoscopia digestiva baja debido a la frecuente asociación de fibromatosis mesentérica y síndrome de Gardner.

No es posible establecer un diagnóstico preoperatorio con exactitud, está justificada la realización de una laparotomía exploradora. El pronóstico, nunca metastatiza e histopatológicamente benignidad, tiene comportamiento que implica una tendencia a la infiltración de los tejidos adyacentes y a la alta frecuencia de recidiva.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica. Debido a la capacidad de infiltración local, es frecuente la exéresis incompleta de la lesión y la aparición de recidivas locales, por lo que se han intentado tratamientos adyuvantes. El uso de radioterapia, quimioterapia, antiestrógenos, antiinflamatorios no esteroideos o indometacina, ha tenido resultados contradictorios.

Diagnóstico postquirúrgico de carcinoma de mama bilateral sincrónico

Robayo Soto, Paúl; Plata Pérez, Ignacio; Maes Carballo, Marta; Reyes Moreno, Montserrat; Martín Díaz, Manuel; Ferrer García, Guillermo

Hospital Santa Ana de Motril. Granada.

Introducción: El cáncer de mama bilateral se presenta con una frecuencia que oscila entre el 0,2 y el 6,5%, siendo la forma más frecuente la metacrónica. Sin embargo, la forma sincrónica es una entidad rara cuya incidencia se estima entre el 1 y el 2,6%.

Caso clínico: Mujer de 70 años con amputación abdominoperineal hace 13 años por adenocarcinoma de recto como antecedente, que presenta ulceración cutánea en mama derecha y tumoración mamaria bilateral retroareolar desde hace 4 años. Exploración física: mama derecha con ulceración y tumoración de 10 cm, mama izquierda con tumoración de 14 cm, con pezones retraídos en ambas mamas. Ecografía y mamografía sugerentes de tumoración vascular, axilas sin adenopatías. PAAF con ausencia de malignidad. Se interviene quirúrgicamente realizando mastectomía bilateral. Diagnóstico anatomopatológico: Mama derecha: carcinoma papilar infiltrante de 7 cm con áreas de carcinoma micropapilar grado 2. Margen de resección libre. Mama izquierda: carcinoma mucinoso de 9 cm con áreas de carcinoma micropapilar grado 2. Margen de resección libre. Receptores hormonales positivos. HER2 negativo. Se plantea linfadenectomía axilar bilateral y anastrozol. La paciente rechaza el tratamiento propuesto.

Discusión: El diagnóstico de cáncer de mama se realiza con el empleo de métodos diagnósticos por imagen e histológicos. La mamografía tiene una sensibilidad próxima al 90% y una especificidad superior al 95%. El 10-15 % de los cánceres de mama no se detectan con una mamografía. La ecografía es una técnica diagnóstica que complementa a otras. La PAAF tiene una sensibilidad del 87%. Los falsos negativos oscilan entre el 4 y el 10%.

En nuestro caso no se detectó malignidad con las pruebas complementarias. Sin embargo ningún procedimiento diagnóstico tiene el 100% de precisión. Ante la sospecha y el aspecto de las lesiones se intervino quirúrgicamente.

Fibroadenoma Juvenil Gigante

García del Pino, Beatriz; Gonzalez Benjumea, Paz; Delgado Morales, Mariela ;Becerra Gonzalez, Miguel; Beltrán Miranda, Pablo; Martín García de Arboleya, Rocío; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: Los fibroadenomas son lesiones mamarias más frecuentes durante la adolescencia (70% de las neoplasias mamarias en adolescentes y mujeres adultas jóvenes). Son procesos hiperplásicos proliferativos de los conductos mamarios terminales y del estroma intralobular y extralobular, formados por tejido conectivo y graso.

Souba clasifica los Fibroadenomas en Fibroadenoma

Común (2-3cm) constituye el 80% de estas lesiones; Fibroadenoma Pequeño (3-4cm); Fibroadenoma Intermedio (4-5cm) y Fibroadenoma Gigante de la adolescencia y la perimenopausia.

Son lesiones generalmente asintomáticas que se presentan como masas bien delimitadas, móviles y de consistencia elástica.

Objetivos: Presentar el caso de mujer de 20 años que presenta quemadura en mama izquierda en la infancia pendiente de cirugía reconstructiva. Menarquia a los 11 años. No ACO ni embarazos.

Material y métodos: Valorada en consultas por apreciar tumoración en mama derecha dolorosa de meses de evolución.

Se realiza ecografía mamaria BI-RADS III de MD por lesión sólida palpable en cuadrante inferoexterno de casi 6cm con características ecográficas de benignidad altamente sugestivo de Fibroadenoma.

La paciente rechaza intervención quirúrgica y control ecográfico.

Vuelve a consultar 7 meses después por aumento progresivo de la tumoración, proponiendo nuevamente intervención quirúrgica que acepta.

Resultados: Intervención quirúrgica: Incisión en semiluna en confluencia de cuadrantes inferiores. Se aprecia tumoración encapsulada de 14 cm de fácil disección que se reseca.

La Anatomía Patológica informa de tumor mamario de 330 gramos y 11,5cm de diámetro máximo aparentemente encapsulada y con superficie de corte homogénea de coloración gris-pardusco compatible con Fibroadenoma Juvenil.

Conclusiones: El FAD juvenil gigante es un subtipo infrecuente de FAD juvenil (0,5-2% de todos los FAD) que difiere del resto en su presentación clínica y aspecto histológico. Se caracteriza por ser una masa mamaria bien circunscrita, no dolorosa y de crecimiento rápido, con un tamaño mayor de 5cm de diámetro o más de 500g de peso.

Tumor bien encapsulado que histológicamente se caracteriza por elevada celularidad estromal, con un patrón de crecimiento pericanalicular, hiperplasia epitelial de los conductos y fibrosis del estroma.

El diagnóstico diferencial debe incluir otros tipos de lesiones mamarias como procesos inflamatorios, lesiones proliferativas benignas como hipertrofia virginal o juvenil, lipomas, enfermedad fibroquística, hamartomas, y el tumor filodes.

No se han reportado casos de degeneración maligna de los FAD gigantes, su tratamiento de elección es la cirugía, necesaria para el estudio histológico completo, siempre teniendo en cuenta el resultado estético y la protección la unidad mama, areola y pezón.

Dolor crónico tras cirugía inguinal secundario a atrapamiento de nervio iliohipogástrico

Gamero Huamán, Jean Carlo; Naranjo Fernández, Juan Ramón; Valera Sánchez, Zoraida; Domínguez Amodeo, Antonio; Curado Soriano, Antonio; Navarrete de Carcer, Enrique; Oliva Mompeán, Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: La inguinodinia post inguinoplastia inguinal es una complicación importante e incapacitante para el paciente, donde una de las causas es la neuralgia por atrapamiento nervioso. Los nervios afectados podrían ser el iliohipogástrico (80%), ilioinguinal y la rama genital del genitofemoral, con etiología inflamatoria o mecánica como serían el daño o ligadura de un nervio con la sutura, con la malla o con la fibrosis. Y donde este porcentaje aumenta tras la cirugía de hernia inguinal recidivada.

Objetivo: Presentar actuación en un paciente intervenido hernia inguinal L3R e implante de malla de polipropileno.

Material y métodos: Revisión tras cirugía en el primer mes refiere dolor tipo punzante inguinal que aumenta con el ejercicio y deambulación, además presenta pequeña tumoración que no cambia con las maniobras de hiperpresión abdominal, tras tres meses no ha mejorado con el consumo de AINES ni con la asociación de opioides menores, ante lo cual se inicia estudio con prueba de imagen y se remite a la Unidad del Dolor, uso de amitriptilina. TAC evidencia un pequeño seroma 3 cm, concluyendo cambios en relación a la cirugía, sin recidiva ni meshoma. Revisión de 6 meses con persistencia del dolor y planteamos cirugía.

Resultados: Intervención quirúrgica con exploración del canal inguinal donde se encuentra el nervio iliohipogástrico atrapado con un punto de sutura irreabsorbible a la aponeurosis del oblicuo mayor. Se realiza resección de nervio afectado, no precisa de explante protésico, sin recidiva. Alta sin complicaciones y actualmente asintomático.

Conclusiones: El dolor post operatorio suele mejorar con analgésicos como paracetamol y AINES, dentro de los primeros meses post quirúrgicos, sin embargo, ante la ausencia de mejoría o respuesta parcial, descartando causas inflamatorias por pruebas de imagen, se debe sospechar afectación nerviosa y decidir no pasando más de seis meses, siguiendo este algoritmo de manejo.

Manejo de la inguinodinia como complicación de hernioplastia inguinal

Gamero Huamán, Jean Carlo; Naranjo Fernández, Juan Ramón; Valera Sánchez, Zoraida; Domínguez Amodeo, Antonio; Curado Soriano, Antonio; Navarrete de Carcer, Enrique; Oliva Mompeán, Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: El dolor inguinal como complicación relevante tras la cirugía de la hernia inguinal, repercutiendo en la calidad de vida. Afecta al 10% de pacientes intervenidos. El dolor de intensidad leve a moderada cede en los dos primeros meses, periodo aceptable, mientras que el dolor de intensidad moderada - severa durante más de dos meses debe considerarse patológico y precisa un manejo del mismo.

Objetivo: Presentar nuestro protocolo de actuación en inguinodinia tras hernioplastia inguinal.

Material y método: Casos agudos con dolor incoercible en el postoperatorio inmediato no controlable con analgesia, la causa principal atrapamiento nervioso, optamos por cirugía

durante la primera semana, revisión de la cirugía y neurectomía. Moderado – severo durante los tres primeros meses, vigilancia, tratamiento farmacológico, analgesia convencional, pudiendo asociarse opioides menores y valorando la existencia de dolor tipo neuropático, donde escalamos neurolépticos. Persistente tras tres meses, descartamos recidiva mediante exploración y ecografía, si en esta no existen hallazgos TAC – RMN, descartando recidiva o existencia de meshoma, en caso de recidiva cirugía con reparación herniaria asociando triple neurectomía. Si no existen hallazgos en pruebas de imagen y en caso de meshoma medidas conservadoras remitiendo al paciente a la Unidad del dolor valorando medidas intervencionistas, si no existe mejoría, planteamos en 6 meses cirugía, mediante triple neurectomía y en el meshoma el explante protésico y triple neurectomía.

Resultados y conclusiones: La opción más efectiva en inguinodinia aguda incoercible es la revisión quirúrgica precoz, evitando cronificación, inguinodinia leve moderada superior a tres meses iniciamos tratamiento con neurolépticos y tratamiento multidisciplinario remitiendo a Unidad del dolor. Sólo tras valoración de seis meses sin respuesta a medidas conservadoras planteamos cirugía, neurectomía que realizamos completa y no selectiva, mediante abordaje abierto anterior, explante protésico en meshoma o dolor combinado asociado prótesis. Valoramos abordaje laparoscópico transabdominal si existe reparación previa laparoscópica tipo TEP-TAPP con lesión neural bajo fascia transversalis.

Fallo hepático agudo sobre injerto normofuncionante

Blanco Elena, Juan Antonio; Pitarch Martínez, María; Sánchez Pérez, Belinda; Fernández Aguilar, José Luis; León Díaz, Francisco Javier; Pérez Daga, José Antonio; Cabañó Muñoz, Daniel Jesús; Nicolás de Cabo, Sara; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: El fallo hepático fulminante es una rara entidad definida por insuficiencia hepática con encefalopatía en un periodo menor de 8 semanas en pacientes previamente sanos. Sus causas son variadas, siendo las más frecuentes las hepatitis virales, critogenéticas y la toxicidad farmacológica. A menudo genera un fracaso multiorgánico lo que conlleva una elevada mortalidad.

Caso clínico: Mujer de 26 años, con antecedente de enfermedad de Wilson que requirió trasplante hepático 8 años antes, con retrasplante precoz por trombosis arterial. Durante el seguimiento el injerto permanece normofuncionante.

Ingresa de forma urgente por fallo hepático agudo con biopsia no concluyente, serologías habituales negativas y único antecedente de consumo reciente de AINEs, siendo esta la sospecha etiológica inicial.

Evolución desfavorable presentando insuficiencia renal y hepática grave junto a hemorragia digestiva. Dada la irreversibilidad se decide su inclusión en lista preferente regional para retrasplante.

Tras el retrasplante la función hepática es excelente y las alteraciones restantes se corrigen con manejo

intensivo, siendo alta sin más complicaciones a las tres semanas. Durante el seguimiento se mantiene asintomática y con buena función del injerto.

En uno de los estudios serológicos realizados se encontraron anticuerpos anti-VHE, confirmando su relación con el cuadro tras la positividad de PCR de RNA- VHE.

Discusión: En el contexto de un fallo hepático fulminante la única opción terapéutica es el trasplante hepático urgente. Aunque los resultados de un retrasplante son peores, no debe ser una limitación tener un trasplante previo, debiendo individualizarse para cada caso la indicación. En el caso presentado, la indicación vino dada por ser una situación irreversible sin causa clara inicial en una paciente joven y con un injerto con buena función previa.

Por otro lado, la infección por VHE es infrecuente en países industrializados, si bien debe ser considerada tras descartar otras etiologías de fallo hepático agudo.

Carcinoma neuroendocrino de recto-ano con enfermedad a distancia

Martínez Mojarro, Rocío; Delgado Morales, Mariela; García del Pino Beatriz; González Benjumea, Paz, Espinosa Guzmán, Eduardo; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: Los tumores anales constituyen el 4% de todos los cánceres del tracto digestivo inferior.

El carcinoma neuroendocrino anorrectal representa una neoplasia agresiva con alta tasa de mortalidad. Ayudarán al diagnóstico y al estudio de extensión la recto-colonoscopia, ecoendoscopia, TAC, RMN y PET.

Los síntomas más frecuentes son la rectorragia y proctalgia, pudiendo aparecer dolor abdominal y diarrea. Existen casos asintomáticos.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con diagnóstico de carcinoma neuroendocrino de localización infrecuente

Material y métodos: Varón de 56 años, remitido desde Atención Primaria por proctalgia intensa continua de dos meses de evolución. El dolor aumentaba con la defecación, llegando a ser incapacitante.

La exploración física evidenció fisura anal crónica posterior con imposibilidad de una adecuada exploración, por lo que se decidió exploración bajo anestesia objetivándose un pólipo sénil de 3 cm en línea pectínea, coloración pardusca y consistencia elástica. Se realizó polipectomía.

El estudio anatomopatológico informó carcinoma neuroendocrino de ano.

En estudio de extensión (TAC- RMN): metástasis pulmonar en lóbulo superior derecho. Metástasis hepáticas en segmentos II, III, VII. Invasión de la grasa mesorrectal y numerosas adenopatías mesorrectales.

Resultados: Ante los hallazgos obtenidos se decidió reintervención mediante laparoscopia e incisión en huso perianal realizando amputación abdominoperineal y colostomía terminal (dejando prótesis de polipropileno en colostomía). Colocación de drenajes en pelvis y pericostomía

Se evidenció hígado neoplásico con mayor afectación de

lóbulo izquierdo y metástasis aislada en lóbulo derecho, sin implantes peritoneales.

Resultado anatomopatológico: carcinoma neuroendocrino invasor de recto con 10/14 ganglios metastásicos (pT₃N₂bM_x). Ano con carcinoma neuroendocrino polipoide infiltrante.

Conclusiones: Esta entidad es poco frecuente y de mal pronóstico. La mayoría presentan enfermedad a distancia en el momento del diagnóstico, siendo fundamental un diagnóstico precoz.

El tratamiento quirúrgico no suele ser curativo, se realiza como acto paliativo en los pacientes en estadio IV de la enfermedad

Shock cardiogénico por rotura de carcinoma hepatocelular

Martínez Mojarro, Rocío; García del Pino, Beatriz; González Benjumea, Paz; Pérez Quintero, Rocío; Bejarano González-Serna, Daniel; Alba Valmorisco, Marcos, Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: El hemoperitoneo asociado a rotura no traumática de un carcinoma hepatocelular (CHC) es infrecuente, aunque puede llegar a ser fatal, constituyendo una urgencia vital, con una tasa de mortalidad del 50%.

La rotura espontánea de CHC constituye una forma de presentación más frecuente en países donde la infección por VHB supone el principal factor etiológico, siendo un evento excepcional en nuestro entorno, con una prevalencia menor del 2%. Esto es porque el CHC suele asentar sobre hígados cirróticos, diagnosticados en otro contexto clínico y en países con importantes programas con detección precoz.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con una un debut infrecuente de carcinoma hepatocelular.

Material y métodos: Paciente varón de 75 años fumador de 180 paq/año con EPOC, hipertrigliceridemia y cardiopatía isquémica pendiente de cateterismo.

Acude a urgencias por disnea progresiva acompañada de epigastralgia tipo cólico con cortejo vegetativo en cada episodio de dolor. Presenta empeoramiento con inestabilidad hemodinámica y es ingresado en UCI realizándose cateterismo urgente por SCASEST en el contexto de un shock cardiogénico.

Resultados: Se realiza laparotomía media suprainfraumbilical observando hemoperitoneo masivo y sangrado activo a nivel de lóbulo hepático izquierdo por probable lesión previa subcapsular.

Se toma muestra del borde de la lesión. El sangrado cede tras realización de hemostasia con puntos de vicryl y aplicación de tachosil sobre la zona de sutura. Lavado exhaustivo de la cavidad abdominal y colocación de dos drenajes aspirativos.

Estudio anatomopatológico: material necro-hemorrágico con células de carcinoma, compatible con CHC.

Conclusiones: La rotura espontánea de CHC es una urgen-

cia vital. El shock cardiogénico por bajo gasto es una situación excepcional.

El tratamiento de estos pacientes en situación aguda es quirúrgico. Ha evolucionado desde la ligadura de la arteria hepática (con alta tasa de morbimortalidad) hasta la embolización intraarterial asociada a la cirugía.

Perforación de sigma tras infección por Clostridium Perfringens

Rodríguez Padilla, Ángela; González Benjumea, Paz; Pérez Quintero, Rocío; Martínez Mojarro, Rocío; Alba Valmorisco, Marcos; Rada Morgades, Ricardo; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: Clostridium perfringens es uno de los patógenos bacterianos más ampliamente distribuidos en el ambiente debido a su capacidad de formar esporas, encontrándose comúnmente en la flora intestinal de humanos y animales. Se trata de un bacilo Gram-positivo anaerobio con una virulencia atribuida a la producción de toxinas.

La infección se relaciona con trastornos intestinales que pueden ocasionar desde una intoxicación alimentaria leve con diarrea hasta una enterocolitis necrosante

Objetivos: Presentar un caso poco frecuente de perforación intestinal, indicando la clínica sugestiva que debe hacernos pensar en esta etiología.

Material y métodos: Paciente varón de 51 años con antecedentes de carcinoma epidermoide de hipofaringe tratado mediante cirugía-adyuvancia y trasplante hepático por cirrosis alcohólica.

Acude por dolor abdominal asociado a deposiciones diarreicas, presentando abdomen distendido, timpánico y con leve dolor a la palpación.

Resultados:

- TC abdominal en el que se objetiva dilatación de marco cólico con cambio de calibre en recto-sigma.

- Colonoscopia con hallazgos compatibles con colitis pseudomembranosa.

- Coprocultivo positivo Clostridium Perfringens.

Dados los hallazgos se instaura tratamiento antibiótico con Ertapenem, presentando una evolución tórpida con empeoramiento de su estado general, aumento de distensión abdominal, náuseas y vómitos. Se realiza un nuevo TC en el que se visualiza neumoperitoneo.

Por ello se decide intervención quirúrgica realizándose una sigmoidectomía con colostomía y fístula mucosa.

Dado la buena evolución es dado de alta.

Conclusión: La enterocolitis necrosante es causada por C. perfringens tipo C productor de β -toxina, con una tasa de mortalidad de hasta el 40%.

Afecta a edades extremas de la vida y a población hospitalizada y/o institucionalizada.

Clínicamente se caracteriza por dolor abdominal agudo asociado a diarrea sanguinolenta, náuseas/vómitos pudiendo evolucionar a la perforación intestinal con peritonitis y shock séptico.

Los estudios anatomopatológicos revelan un proceso ulcerativo de la mucosa intestinal con formación de pseudo-membranas de epitelio desprendido.

Perforación de sigma tras traumatismo cerrado

González Benjumea, Paz; Rodríguez Padilla, Ángela; Martínez Mojarro, Rocío; Pérez Quintero, Rocío; Martín García-Arbolea, Rocío; Becerra González, Miguel; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: Los traumatismos abdominales se clasifican según el mecanismo de producción en cerrados o abiertos. En los cerrados se ven afectadas con mayor frecuencia vísceras sólidas, mientras que en los abiertos se lesionan más las vísceras huecas.

La incidencia de traumatismo abdominal cerrado ha aumentado en los últimos años por el aumento de accidentes de tráfico y uso de cinturones de seguridad.

Los órganos afectados con mayor frecuencia son hígado y bazo, e infrecuentemente colon.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con complicación abdominal postraumática. Muchas veces las lesiones pasan inadvertidas por la sintomatología confusa, por lo que es necesario un adecuado manejo inicial y seguimiento estrecho de estos pacientes.

Material y métodos: Varón de 76 años que ingresa por accidente de tráfico presentando hipotensión y abdomen distendido con defensa a la palpación en vacío derecho. En TC abdominal presenta contusión de arteria mesentérica inferior, perforación de sigma distal y hematoma en pared abdominal lateral derecha con herniación parcialmente contenida.

Resultados: Mediante laparotomía urgente se visualiza hemoperitoneo con sección completa de sigma sin peritonitis fecaloidea y herniación lumbar derecha por desinserción de musculatura de pared abdominal a cresta iliaca. Se realiza ligadura de mesosigma y sigmoidectomía con Hartmann y colostomía en flanco izquierdo.

Evolución favorable, por lo que el paciente es dado de alta y valorado posteriormente en nuestras consultas, siendo candidato a reparación hernia lumbar postraumática.

Conclusiones: El diagnóstico tardío de las lesiones conlleva mayor morbimortalidad.

El uso de pruebas de imagen ayuda al diagnóstico. Sin embargo, su empleo sistemático no está justificado en traumatismos leves, especialmente en pacientes jóvenes, en los que se recomienda estudio ecográfico inicial y observación 12-24h.

Son criterios para tratamiento quirúrgico urgente la peritonitis localizada/difusa, isquemia intestinal, aneurisma aórtico complicado y extravasación de contraste entre otros.

Metástasis secundaria a carcinoma epidermoide anal

Delgado Morales, Mariela; García del Pino, Beatriz; González Benjumea, Paz; Pérez Quintero, Rocío; Martín García-Arbolea, Rocío; Candón Vázquez, Juan; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: Menos del 5% de neoplasias gastrointestinales. Aumento de incidencia actualmente.

VPH 16, 18, 31 causa importante. Heridas perianales crónicas y tractos fistulosos predisponen. Puede estar asociado a mala higiene, irritación anal crónica, inmunosupresión o condiloma acuminado. 30% presentan enfermedad metastásica al diagnóstico.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con diagnóstico de carcinoma epidermoide anal que debuta en evolución con metástasis inguinal.

Material y métodos: Mujer de 77 años con dolor y prurito de meses de evolución en ano, con lesión ulcerada y fisura posterior de margen anal, sin aspecto de neoplasia, con tratamiento conservador. Ante empeoramiento, exploración quirúrgica, que impresiona de Paget evolucionado o enfermedad de Bowen, y biopsia.

AP: carcinoma epidermoide infiltrante, por ello se decide realizar estudio de extensión mediante colonoscopia, TC toracoabdominal y RNM pélvica.

Resultados: Tc: esteatosis hepática focal y RNM: estadio II (T2 N1 Mo). Colonoscopia sin signos neoplásicos, con citología de epitelio escamoso con displasia de alto grado.

Se decide RTQT, con mejoría local de la lesión tras tratamiento.

En una de las revisiones, palpamos adenopatía inguinal que biopsiamos. AP: metástasis de carcinoma de células escamosas. Dada la escasa rentabilidad de la quimioterapia, es remitida a UCP para control sintomático.

Conclusiones: Enfermedad infrecuente. Algunos síntomas son rectorragia, dolor anal, prurito.

Necesario seguimiento estricto. La extirpación local amplía a menudo es tratamiento satisfactorio, como la combinación de RTQT.

Pronóstico sombrío si no diagnóstico precoz y tratamiento radical.

El 30% presentan enfermedad metastásica al diagnóstico. Propagación local o linfática a ganglios inguinales o mesentéricos, infrecuente vía sanguínea. Si pequeña y no sobrepasa la submucosa; extirpación local. Excelentes resultados con terapia combinada.

Las adenopatías inguinales son mal pronóstico. Tratamiento no consensuado en estos casos. Son tratadas mediante RT o disección de ganglios linfáticos. Algunos autores recomiendan disección profiláctica de estos ganglios.

Carcinoma apendicular, a propósito de un caso

Pérez Quintero, Rocío; Martínez Mojarro, Rocío; González Benjumea, Paz; García del Pino, Beatriz; Perea Sánchez, M^a José; Salas Murillo, Juana; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: Los carcinoides son tumores neuroendocrinos de baja incidencia. Localización más frecuente es el apéndice cecal, representando más del 50% de los casos de tumores carcinoides. Mayor incidencia entre 15 a 29 años y en mujeres.

Pronóstico dependiente del tipo de tumor. Existe un subtipo de tumor carcinóide; adenocarcinóide, con peor pronóstico que carcinóide puro, pero mejor que adenocarcinoma.

Es frecuente que cursen asintomáticos, siendo generalmente un hallazgo incidental. Se detecta en el 0.3-0.9% de las apendicectomías.

Objetivos: Presentar el caso de un varón de 30 años intervenido de apendicitis aguda con diagnóstico final de tumor adenocarcinóide apendicular.

Material y métodos: Varón de 30 años que ingresa para intervención quirúrgica urgente por clínica y hallazgos ecográficos compatible con apendicitis aguda.

Se realiza apendicectomía abierta, observando apéndice flemoso en posición retrocecal sin colecciones asociadas.

Resultados: Evolución favorable, alta a los dos días. AP: adenocarcinóide apendicular. Localizada en tercio proximal apendicular, infiltrando serosa (pT4) y afectando al extremo de resección proximal. Ausencia de invasión vasculolinfática.

TC toracoabdominal: engrosamiento focal de la pared del ciego.

Se decide un segundo tiempo quirúrgico, realizándose hemicolectomía derecha laparoscópica y anastomosis.

Buena evolución. Tratamiento con quimioterapia adyuvante y revisiones sin signos de recidiva.

AP posterior de pieza: sin hallazgos de enfermedad con ganglios linfáticos libres de neoplasia.

Conclusiones: El hecho de que la mayoría de adenocarcinoides cursen de forma asintomática subestima la incidencia de éstos.

El tratamiento es quirúrgico. Tumores menores de 1cm suficiente apendicectomía. Tumores mayores de 2cm o entre 1-2cm con invasión de mesoapéndice, de elección hemicolectomía derecha. Tumores mayores de 2cm y con extensión al mesoapéndice tienen más riesgos de metástasis ganglionares.

Hasta un 33% tumores colorrectales sincrónicos o metacrónicos, por ello realizar estudio y seguimiento para detectar tumores colorrectales.

Pronóstico bueno incluso con diseminación metastásica. Supervivencia en 5 años del 80%.

Diverticulitis yeyunal perforada como causa infrecuente de abdomen agudo

De Soto Cardenal, B.; Cano Matias, A.; Pérez Huertas, R.; Oliva Mompeam, F.; Dominguez-Adame Lanuza, E.

Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

Introducción: A diferencia de la enfermedad diverticular del colon, la enfermedad diverticular de intestino delgado es una patología poco frecuente, afectando con mayor

frecuencia a pacientes entre la 6^o-7^o década de la vida, con mayor incidencia en el sexo masculino. Constituyen el 20% de los casos frente al 80% de localización duodenal. Pueden tener una etiología congénita o adquirida y en general son múltiples y cercanos al ángulo de Treitz. Habitualmente son asintomáticos (60-70% de los casos) siendo diagnosticados de manera incidental. Con menor frecuencia, pueden provocar síntomas de tipo inespecíficos o manifestarse por una complicación en el 15-20% de los casos, siendo las más frecuentes la diverticulitis y la hemorragia, aunque se han descrito obstrucciones intestinales o fistulas. El diagnóstico preoperatorio es poco frecuente. El tratamiento es conservador, salvo en la diverticulosis yeyunal complicada donde se realiza resección intestinal.

Objetivo: Presentar un caso poco frecuente de un paciente con abdomen agudo, tratado en nuestro centro, secundario a diverticulitis yeyunal perforada.

Material y método: Se trata de un varón de 69 años de edad, apendicectomizado, valorado en servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado de 48 horas de evolución y dado de alta, con control domiciliario. El paciente reingresa a las 24 horas por empeoramiento clínico, exploración abdominal con dolor intenso periumbilical, acompañado de elevación de parámetros inflamatorios. Tras realización de tomografía computarizada (TAC), se evidencia a nivel umbilical, un asa de intestino delgado muy distendida con engrosamiento circunferencial de la pared y edema, por compromiso isquémico. Se indica cirugía urgente.

Resultados: Tras laparotomía media, se detecta como hallazgo intraoperatorio, un gran conglomerado de asas de intestino delgado y absceso en su interior, evidenciándose a 75 cm del ángulo de Treitz, un divertículo yeyunal perforado y extensa diverticulosis yeyunal no complicada, realizándose resección del segmento afecto y anastomosis primaria. El postoperatorio inmediato transcurrió sin incidencias siendo dado de alta al noveno día postoperatorio.

Conclusiones: Dado que se trata de una patología muy poco prevalente, la sospecha clínica y el diagnóstico preoperatorio es poco frecuente, siendo el manejo de estos paciente guiado generalmente por otra sospecha diagnóstica que conduce al tratamiento quirúrgico, siendo el diagnóstico realizado de forma posterior e intraoperatorio. Dependiendo del paciente, la actuación posterior puede ser de resección profiláctica o solo revisiones en consulta y tratamiento médico.

PET-TC como diagnóstico de lesión maligna tiroidea

De la Herranz, P.; Piñán, J.; Marín, C.; Díaz, M.; Sacristán, C.; Jiménez, A.

HUV Macarena

Introducción: La captación inesperada de un nódulo tiroideo en una PET se define como incidentaloma tiroideo. Esta exploración cada vez es más utilizada, en el seguimiento de pacientes oncológicos sobre todo, motivo por el que cada vez son más frecuentes los incidentalomas tiroideos. El riesgo de malignidad de estos tumores es alto, encontrándose en torno a un 20%, siendo la mayoría carcinomas papilares

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 51 años diagnosticada de carcinoma ovárico, estadio IIIC tras cirugía Ro en 2011. Realizó tratamiento adyuvante con quimioterapia (carboplatino-paclitaxel-bevacizumab) durante seis ciclos y posteriormente mantenimiento únicamente con bevacizumab 36 ciclos más hasta 2013. Durante su seguimiento se objetivaron niveles elevado de CA125 por lo que se solicitó PET-TAC que puso de manifiesto implantes peritoneales, nódulo pulmonar y adenopatías supraclaviculares, comenzando nuevo ciclo de quimioterapia con cisplatino. En Marzo de 2015 se objetiva en PET de seguimiento lesión hipermetabólica cervical derecha, que pudiera corresponder con incidentaloma tiroideo por lo que es estudiado mediante ECO-PAAF cuyo resultado es el de carcinoma papilar de tiroides, sin observarse adenopatías cervicales sospechosas de malignidad.

La paciente es intervenida realizándose tiroidectomía total, encontrándose un tiroides de consistencia dura, muy vascularizado y con un nódulo de 2cm en lóbulo derecho. Durante la intervención se objetivaron adenopatías en el área VI por lo que se realizó la linfadenectomía de este compartimento. Asimismo, se exploran las áreas laterales ipsilaterales identificándose otras adenopatías, por lo que se realizó vaciamiento de las áreas II-III-IV y V.

Resultados: Fue dada de alta en el primer día post-operatorio sin incidencias. No presentó complicaciones post-operatorias con cifras de calcio normales y conservación de la función de las cuerdas vocales.

Conclusiones: La utilidad del PET-TC en los nódulos tiroideos se ha explorado desde varias perspectivas. Esta prueba no es capaz de diferenciar entre nódulos benignos o malignos, por lo que la versión más reciente de The American Thyroid Association (ATA) recomienda la punción y aspiración de todos los nódulos tiroideos que capten en PET. Es importante el diagnóstico de los incidentalomas tiroideos, ya que si nos encontramos ante una neoplasia maligna primaria o una metástasis, será importante un tratamiento precoz.

Quiste paratiroideo. A propósito de un caso

Cabañó Muñoz, Daniel; Jiménez Mazure, Carolina; Ribeiro González, Marta; Pulido Roa, Isabel; Mirón Fernández, Irene; Pitarich Martínez, María; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

Introducción: Los quistes paratiroideos son lesiones raras, normalmente asintomáticas y con difícil diagnóstico radiológico. A menudo se confunden con nódulos tiroideos y pueden ser resultado de un hallazgo histopatológico.

Presentamos el caso de una mujer de 49 años derivada a nuestra unidad de cirugía endocrina por hallazgo en una ecografía de rutina de una lesión quística de unos 4 cm no dependiente de tiroides.

Caso clínico: Mujer de 49 años con alergia al latex y antecedentes personales de colon irritable, hipotiroidismo autoinmune y rinitis alérgica. Antecedentes quirúrgicos de artrodesis lumbosacra y ooforectomía bilateral por ser portadora de BRCA2. La paciente se encontraba asintomática. A la exploración se apreciaba un aumento laterocervical derecho. Analíticamente eutiroidea con calcemia y PTH en rango. En el estudio preoperatorio se realiza ecografía, TC de cuello con contraste, RMN y gammagrafía llegando al diagnóstico de sospecha de quiste paratiroideo inferior derecho. Con este diagnóstico se solicita punción guiada por ecografía que no se lleva a cabo por problemas técnicos. Se decide por tanto intervención quirúrgica realizando exéresis de lesión quística mediante abordaje mínimamente invasivo. El resultado anatómopatológico fue de quiste paratiroideo. La paciente tuvo un postoperatorio sin incidencias con alta en el primer día al año de seguimiento continúa asintomática.

Discusión: El quiste paratiroideo representa solamente el 1% de todos los quistes cervicales, y sólo el 0,6% si se consideran las lesiones tiroideas y paratiroideas. La mayoría de ellos se describen como no funcionantes aunque pueden producir hiperparatiroidismo en el 10 % de los casos. No existe evidencia de malignización de este tipo de quiste. Habitualmente se presentan de forma asintomática aunque pueden producir disfagia, odinofagia, disnea y parálisis recurrential. El diagnóstico se realiza mediante determinación de PTH en el aspirado del quiste, si éste es posible. El tratamiento inicial del quiste paratiroideo es la PAAF. Es una técnica fácil, segura, diagnóstica y terapéutica. La exéresis quirúrgica estaría indicada en los casos de recurrencia tras aspirado, o hiperfuncionalidad. Hay descritas en la literatura técnicas de escleroterapia con tetraciclina o etanol pero describen una alta tasa de neurotoxicidad y parálisis recurrential con este procedimiento.

Liposarcoma inguinal: entidad poco frecuente

Pérez Quintero, Rocío; Delgado Morales, Mariela; Martínez Mojarro, Rocío; González Benjumea, Paz; López Medel, J.Manuel; Lucero Santamaria, J.Antonio; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: La hernia inguinal representa la patología quirúrgica de carácter electivo más frecuente a nivel mundial. Más frecuente en varones de edad media. Hay otras patologías que pueden afectar al canal inguinal asemejándose clínicamente a hernia inguinal, como el liposarcoma inguinal.

Los sarcomas representan la mayoría de tumores retroperitoneales. Existen casos en los que se ha evidenciado crecimiento hacia el canal inguinal, presentándose como tumoración no dolorosa a dicho nivel, irreductible y de lento crecimiento, a veces acompañado de síntomas digestivos por compresión.

Objetivos: Varón de 53 años diagnosticado de hernia inguinal que presenta tumoración a este nivel, siendo diagnóstico definitivo liposarcoma inguinal.

Material y métodos: Varón de 53 años, exfumador y bebedor ocasional. Presenta tumoración inguinal izquierda de 2 meses de evolución, sin más clínica acompañante. Se diagnostica de hernia inguinal y se decide intervención quirúrgica programada. Abordaje quirúrgico abierto donde se observa tumoración de carácter electivo más frecuente a nivel mundial.

ración a nivel de cordón inguinal. Se procede a exéresis de tumor y cierre anillo inguinal profundo.

Resultados: AP: Liposarcoma bien diferenciado con márgenes libres de enfermedad.

Buena evolución, alta a las horas de intervención. En seguimiento sin signos de recidiva de la enfermedad.

Conclusiones: El liposarcoma inguinal es una entidad poco frecuente. Muchas veces el diagnóstico es incidental durante la intervención, confirmando por AP.

Es importante realizar un manejo multidisciplinar de estos pacientes, estudio de extensión y seguimiento. Respecto al tratamiento oncológico, no está claro que la quimioterapia y la radioterapia intra o postoperatoria mejoren el pronóstico de estos tumores, sobre todo en cuanto a evitar las recidivas.

Metastatizan fundamentalmente por vía hematogena en el hígado y el pulmón; es más difícil que lo hagan por vía linfática, aunque el problema fundamental radica en la tendencia a la recidiva local tras su extirpación si no se realiza con márgenes suficientes

Obstrucción intestinal por invaginación intestinal en adulto

De Soto Cardenal, B; Cano Matias, A; Pérez Huertas, R; Oliva Mompeam, F; Dominguez-Adame Lanuza, E.

Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

Introducción: La invaginación intestinal constituye una causa excepcional de obstrucción mecánica del adulto, al contrario de lo que sucede en la infancia, y suelen estar causadas, por tumoraciones benignas en intestino delgado y malignas si están en colon. Los síntomas y signos suelen ser inespecíficos o ser desencadenados por sus complicaciones, hemorragia u obstrucción intestinal (dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, ausencia de tránsito, náuseas y vómitos). La presencia de melenas o rectorragia suelen apuntar a un tumor maligno. A pesar de todas las pruebas diagnósticas de imagen, que actualmente nos permiten diagnosticar las invaginaciones y su causa, frecuentemente el diagnóstico sigue siendo intraoperatorio.

Objetivo: Presentamos un caso de una obstrucción intestinal secundario a invaginación intestinal dado que se trata de una patología poco frecuente en la edad adulta.

Material y método: Se trata de una mujer de 35 años que acude a urgencias con dolor abdominal cólico en región epigástrica, irradiado a hipocondrio izquierdo, de 12 horas de evolución, acompañado de náuseas y vómitos. Se realizó TAC abdominal, donde se objetivó, a nivel de mesogastrio, una imagen sugestiva de invaginación de intestino delgado, con asa de paredes engrosadas, al igual que la grasa mesentérica, pero sin objetivar la causa de la misma.

Resultados: Tras laparotomía exploradora, se evidenció tumoración gomosa en intestino delgado que provocaba invaginación yeyuno-yeyunal. Se realizó resección intestinal del asa afecta. El estudio anatomopatológico informó de la presencia de un lipoma submucoso y de una adenopatía reactiva.

Conclusión: Esta patología precisa alta sospecha en casos

de obstrucción intestinal. Las pruebas de imagen (ecografía y TAC) son de utilidad, y el tratamiento, salvo excepciones, siempre es quirúrgico dada del alto porcentaje de patología maligna responsable de la misma.

Oclusión intestinal por síndrome de obstrucción intestinal distal en una paciente con fibrosis quística

Cabañó Muñoz, Daniel; Cabrera Serna, Isaac; Mirón Fernández, Irene; Titos García, Alberto; González Sánchez, Antonio; Aranda Narváez, Jose; Pitarch Martín, María; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

Introducción: DIOS (del inglés – distal intestinal obstruction syndrom) es una patología única de los pacientes con fibrosis quística. Se caracteriza por un cuadro oclusivo o suboclusivo intestinal por una contenido intestinal excesivamente espeso. DIOS puede ocurrir a cualquier edad pero es más común en aquellos pacientes con insuficiencia pancreática exocrina.

Material y métodos: A continuación presentamos el caso de una mujer de 28 años diagnosticada de fibrosis quística a los ocho años con trasplante bipulmonar en 2013 con síndrome de oclusión intestinal distal.

Resultados: Paciente con los antecedentes descritos que acude a urgencias de nuestro hospital por cuadro de dolor abdominal generalizado de tres días de evolución de intensidad progresiva asociado a distensión abdominal con vómitos biliosos y cese del tránsito a heces y gases en las últimas veinticuatro horas. A la exploración presentaba abdomen distendido y timpánico doloroso a la palpación con leve signos de irritación peritoneal y peristaltismo ausente. Una analítica sin hallazgos y un TC de abdomen en el que se apreciaba una dilatación de asas de delgado con cambio de calibre a nivel de ileon distal. Se decide intervención quirúrgica urgente con hallazgos intraoperatorios de dilatación generalizada de asas de delgado con impactación de material fecal a unos 20 cm proximal a la válvula ileocecal. Se realizó enterotomía longitudinal con extracción de material impactado, rafia transversal y apendicectomía. La paciente presentó ileo postoperatorio con reanudación de nutrición vía oral al séptimo día postoperatorio y leve infección de tercio distal de herida. La paciente fue dada de alta al decimocuarto día postoperatorio. Actualmente en seguimiento por la unidad de fibrosis quística de nuestro hospital no ha vuelto a sufrir una cuadro de estas características.

Discusión: DIOS ocurre entre un 10 % y un 47 % de los pacientes con fibrosis quística mayoritariamente en adolescentes y adultos jóvenes. El desarrollo de DIOS no está asociado a exacerbaciones pulmonares. Los factores de riesgo identificados son el genotipo (F508del), la insuficiencia pancreática, la deshidratación y un episodio previo. También es más común en pacientes con trasplante pulmonar. La clínica es mayoritariamente la de un cuadro oclusivo o suboclusivo intestinal y el TC de abdomen es necesario para descartar otras posibles patologías. El manejo inicial del DIOS es conservador con hidratación, laxantes osmóticos y enemas de

contraste hiperosmolar. Aquellos con fracaso del tratamiento conservador o que presenten signos de irritación peritoneal a la exploración tienen indicación de laparotomía exploradora y descompresión. Una vez resuelto la fase aguda existen distintos tratamientos para evitar nuevos episodios como el tratamiento con enzimas pancreáticas, una dieta adecuada, una hidratación óptima y la administración crónica vía oral de polietilenglicol 3350.

Manejo conservador en megacolon por enfermedad de Steinert

Roldán Ortiz, Susana; Bazán Hinojo, María del Carmen; Fornell Ariza, Mercedes; Pérez Gomar, Daniel; Peña Barturen, Catalina; Ayllón Gámez, Saray; Castro Fernández, Jose Ramón; Sancho Maraver, Eva; Fernández Serrano, José Luis

H. U. Puerta del Mar Cádiz

Introducción: La enfermedad de Steinert o distrofia miotónica es una enfermedad congénita que afecta a varios órganos y sistemas, siendo rara la asociación de patología en músculo estriado y liso.

Objetivo: Presentar un caso clínico con patología de miopatía intestinal y clínica de enfermedad de Steinert, con posibilidad de desarrollar complicaciones digestivas, las cuales generalmente evolucionan bien con manejo conservador.

Material y métodos: Varón de 39 años con antecedentes familiares y personales de Enfermedad de Steinert con parálisis cerebral y epilepsia en seguimiento por M. Interna. I. Mitral ligera, sin otras patologías de interés. Acude a S. urgencias por dolor abdominal localizado en epigastrio, con náuseas sin vómitos y distensión abdominal de meses de evolución. Tránsito intestinal oscila de periodos de estreñimiento importante a deposiciones diarreicas múltiples. En exploración física presenta constantes vitales dentro de la normalidad, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin defensa ni signos de irritación peritoneal, distendido y timpanizado. Analítica sin alteraciones. Rx abdomen con importante dilatación colónica sin poder descartar neumoperitoneo, por lo que se realiza TC abdomen donde observa megacolon de 10 cm en colon transversal y descendente sin evidenciar causa de estenosis que lo justifique y descartando neumoperitoneo.

Resultados: Se decide manejo conservador con buena evolución del cuadro pseudoobstructivo. En revisiones sucesivas se mantiene actitud conservadora dado antecedentes del paciente y no existir complicaciones.

Conclusiones: La enfermedad de Steinert es una miopatía autosómica dominante, que afecta gravemente al músculo estriado y en raras ocasiones a musculatura lisa intestinal. Existen escasas citas bibliográficas en la literatura de esta asociación, si bien hay descritos casos de pseudoobstrucción en relación a otras enfermedades neurológicas como neurofibromatosis, distrofia muscular de Duchenne... La afectación gastrointestinal es infrecuente, en tracto intestinal bajo, el dolor abdominal, distensión, alteración en tránsito intestinal, estreñimiento pertinaz y cuadros de pseudoobstrucción predominan al resto de sintomatología. El megacolon descrito

en un 2-3% de los casos, supone una complicación importante debido al riesgo de perforación que presenta, no obstante en la mayoría de pacientes es como resultado de afección crónica.

La actitud terapéutica se inclina a manejo conservador en cuadros pseudoobstructivos. Se inicia tratamiento farmacológico acompañado si precisa de colonoscopia descompresiva. El tratamiento quirúrgico se reserva ante pacientes no respondedores con manejo conservador o complicaciones como perforación.

Hidátide de Morgagni gigante como causa de dolor abdominal

Fernández Segovia, E., Mogollón González, M.; Triguero Cabrera, J.; Domínguez Bastante, M.; Plata Illescas, C.; Mansilla Roselló, A.; Jiménez Ríos, J.A.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Introducción: Los quistes paratubéricos, remanentes embriológicos de origen mesonéfrico, representan el 10% de las masas anaxiales. La hidátide de Morgagni es una formación quística mülleriana, generalmente benigna y pediculada, que se relaciona con el extremo fimbriado de la Trompa de Falopio.

Objetivos: Presentamos un caso de hidátide de Morgagni de gran tamaño.

Material y métodos: Paciente de 18 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Consultó por aumento del perímetro abdominal de un año de evolución sin dolor abdominal. Los marcadores tumorales y el estudio hormonal resultaron normales. La tomografía axial computarizada (TAC) abdominal informó de una gran tumoración quística de 30x24x16 cm, de contornos bien definidos, que desplazaba posterior y lateralmente las asas intestinales, sugeriendo quiste de origen mesentérico.

Se decidió intervención quirúrgica mediante laparotomía media. La exploración de la cavidad abdominal evidenció una gran tumoración quística de aproximadamente 40x20 cm de diámetro, dependiente de la trompa de Falopio derecha. Se seccionaron las adherencias presentes entre quiste y ovario, respetando la vascularización del anejo derecho, consiguiéndose la extracción de la masa quística completa.

Resultados: El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue de quiste hidatídico de Morgagni, de 39x32x14 cm con un peso aproximado de 6 kg. El curso evolutivo fue satisfactorio, con controles postoperatorios correctos hasta la fecha.

Conclusiones: Debido a su carácter asintomático, la mayoría de los casos de hidátide de Morgagni pasan inadvertidos, constituyendo los de menor tamaño un hallazgo frecuente durante laparoscopias exploradoras en mujeres en edad fértil. Puede manifestarse con dolor abdominal agudo, amenorrea e infertilidad.

Es una entidad de diagnóstico preoperatorio difícil, ya que las pruebas de imagen convencionales no permiten especificar su dependencia ovárica o tubárica, llevando en muchas ocasiones a anexectomías innecesarias.

Pese a ser una patología infrecuente, su existencia obliga

a considerarse dentro del diagnóstico diferencial de abdomen agudo y amenorrea en niñas y adolescentes.

Enfisema cervical, neumomediastino y neumoperitoneo con manejo conservador

Roldán Ortiz, Susana; Fornell Ariza, Mercedes; Pérez Gomar, Daniel; Bazán Hinojo, María del Carmen; Peña Barturen, Catalina; Ayllón Gámez, Saray; Mayo Ossorio, María de los Ángeles; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, José Luis

H. U. Puerta del Mar Cádiz

Introducción: El tratamiento conservador ante enfisema cervical, neumomediastino y neumoperitoneo sólo está indicado en casos muy seleccionados, con diagnóstico precoz y que cumplan ciertos criterios.

Objetivo: Presentar este caso clínico de patología poco conocida e infrecuente como es la esofagitis eosinofílica. Enfermedad infradiagnosticada que hay que sospechar en todo paciente joven con disfagia e impactación alimentaria de repetición.

Material y métodos: Varón de 20 años, sin atopía conocida. Con antecedentes de impactaciones alimentarias frecuentes que acude a S. urgencias por impactación de bolo alimentario, con sialorrea, disfagia e intentos repetidos de vómitos autoprovocados fallidos. Se realiza EDA para extracción de cuerpo extraño donde se visualiza esófago con aspecto rígido, laceración en esófago cervical y acompañada de estenosis en esófago distal. Ante estos hallazgos se solicita rx tórax donde se visualiza enfisema cervical y neumomediastino. Ante la sospecha de perforación se traslada a nuestro Hospital. Análítica sin alteraciones. Constantes dentro de la normalidad y buen estado. Exploración con enfisema subcutáneo cervical, torácico y abdominal. En exploración: Abdomen sin signos irritación peritoneal. Se solicita TC toraco-abdominal que evidencia enfisema subcutáneo desde cuello hasta región escrotal, neumomediastino, neumoperitoneo y retroneumoperitoneo. Tránsito esófago-gástrico con Gastrografín® sin evidenciar perforación esofágica.

Resultados: Se decide manejo conservador por el estado general, pruebas complementarias y por sospecha de patología esofágica de base. Cursa con buena evolución y asintomático al alta. Se realiza de forma ambulatoria estudio por Digestivo diagnosticándose de Esofagitis eosinofílica.

Conclusiones: La esofagitis eosinofílica está caracterizada por infiltración eosinofílica difusa en la pared esofágica, estando ausente en otras áreas del tubo digestivo. Más frecuente en adultos jóvenes de sexo masculino. Aparece clínica de disfagia e impactación alimentaria, combinada con biopsia con >15 eosinófilos por campo en mucosa esofágica. En EDA visualizamos estrías longitudinales, laceraciones mucosas y áreas de estenosis.

Esta entidad tiene riesgo elevado de desgarro y perforación en instrumentaciones esofágicas, por lo que requiere extremar las precauciones en todo procedimiento diagnóstico y terapéutico. La perforación esofágica es la más grave de todas las perforaciones del tubo digestivo. Las perfora-

ciones instrumentales son las más frecuentes, destacando las endoscópicas para fines diagnósticos y terapéuticos. El diagnóstico es según clínica y pruebas complementarias. Destacando el esofagograma con contraste hidrosoluble.

El tratamiento conservador frente al quirúrgico sólo está indicado en casos muy seleccionados, que cumplan criterios de Cameron: clínica mínima, esófago libre de estenosis, signos sépticos ausentes, perforación y contaminación mínima.

Metástasis esplénica metacrónica de carcinoma colorrectal

Fernández Segovia, E.; Mogollón González, M.; Vico Arias, A.B.; Pérez Durán, C.; Segura Reyes, M.; Jiménez Ríos, J.A.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Introducción: Las metástasis esplénicas son una entidad poco frecuente, presentándose en menos del 1% de los casos. La detección en el bazo de metástasis aisladas de origen colorrectal constituye un hallazgo excepcional, apareciendo generalmente en el contexto de carcinomatosis peritoneal o de afectación de órganos vecinos.

Objetivos: Presentamos un caso de metástasis esplénica aislada de origen colorrectal.

Material y métodos: Paciente de 51 años con antecedentes personales de VHC positivo. Diagnosticado en 2014 de neoplasia de recto, recibió neoadyuvancia con posterior intervención quirúrgica, realizándose una resección anterior baja. El estudio anatomopatológico confirmó la existencia de un adenocarcinoma de recto moderadamente diferenciado, T3No.

Dieciséis meses después de finalizar el tratamiento adyuvante, se detectó un aumento del antígeno carcinoembrionario (CEA). La tomografía por emisión de positrones asociada a tomografía computarizada (PET/TC) identificó un aumento del metabolismo a nivel del parénquima esplénico, sugerente de actividad tumoral.

Se realizó esplenectomía mediante abordaje laparotómico supraumbilical. El diagnóstico anatomopatológico definitivo confirmó el diagnóstico de metástasis de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon.

Resultados: El curso evolutivo fue satisfactorio, con controles postoperatorios correctos hasta la fecha y en seguimiento por Oncología Médica.

Conclusiones: Las metástasis de origen colorrectal de localización esplénica son un hallazgo infrecuente durante el seguimiento de pacientes oncológicos.

Aunque en algunas ocasiones la afectación metastásica del bazo puede manifestarse como esplenomegalia dolorosa, derrame pleural izquierdo o rotura espontánea de bazo, la mayoría de los casos permanecen asintomáticos.

El tratamiento de los tumores malignos del bazo, tanto primitivos como metastásicos, consiste en esplenectomía, habiéndose mostrado un incremento en la supervivencia en ausencia de diseminación a otros órganos en diversas series de pacientes.

El seguimiento estricto de los pacientes oncológicos mediante determinaciones periódicas de marcadores tu-

morales, TAC abdominal y en caso de duda diagnóstica la realización de PET, será fundamental para la detección de focos metastásicos inusuales.

Tratamiento quirúrgico en paciente multioperado con fístula enteroatmosférica y posterior síndrome de intestino corto

Nicolás De Cabo, Sara; Cabañó Muñoz, Daniel; Aranda Narváez, Jose; Titos García, Alberto; Cabrera Serna, Isaac; Pitarch Martín, María; González Sánchez, Antonio; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital regional universitario de Málaga Carlos de Haya

Introducción: La resolución de la fístula enteroatmosférica supone un reto para cualquier cirujano.

Objetivos: Mostramos un caso de fístula enteroatmosférica con resolución quirúrgica satisfactoria.

Material y métodos: Mujer de 26 años que tras diez meses ingresada con fístula enteroatmosférica en abdomen catastrófico, llega a nuestro servicio. Intervenida de apendicitis aguda en estado de shock séptico, sufrió mala evolución postoperatoria, necesitando múltiples reintervenciones, siete resecciones intestinales y manejo de abdomen abierto.

A su llegada a nuestro hospital, ésta era su situación: 20 cm de yeyuno proximal con un cabo cerrado tutorizado al exterior.

60-80 cm de ileon con cabo proximal cerrado y tutorizado al exterior, en cuya longitud existen varias anastomosis intestinales y una fístula enteroatmosférica.

Se preparó a la paciente nutricionalmente y fue intervenida.

Resultado: Tras adhesiolisis dificultosa, se aisló la fístula, resecándose 20 cm que incluían la misma y dos anastomosis. Para el cierre, se realizaron incisiones de descarga en aponeurosis de oblicuo mayor, colocándose malla supraaponeurótica.

Durante el postoperatorio la paciente presentó un síndrome de intestino corto, tratado con nutrición parenteral, enteral y factores de crecimiento (tedoglutide). Actualmente en seguimiento por endocrinología.

Conclusiones: El manejo inicial de la fístula enteroatmosférica es conservador con buen soporte nutricional y tratamiento farmacológico. La indicación quirúrgica se recomienda si existe fracaso del mismo a las 5-6 semanas, cuando el estado nutricional del paciente sea óptimo y las adherencias del proceso inflamatorio hayan disminuido.

El síndrome del intestino corto supone un estado de malabsorción causado normalmente por resecciones intestinales masivas. Su evolución depende de la longitud de la resección, el tramo resecado o la presencia de colon. Además es necesario un estrecho seguimiento endocrinológico y nutricional. Fármacos como el tedoglutide (análogo de la GLP-2), ayudan a la hipertrofia de microvellosidades intestinales favoreciendo la absorción de macronutrientes. Como último recurso en pacientes seleccionados existe la posibilidad de trasplante intestinal.

Obstrucción intestinal por linfoma plasmablastico en localización rectosigmoidea, entidad infrecuente

Cobos Cuesta, Raquel; Pérez Alonso, Alejandro J., Ortega Higuero, Rubén; Palomino Peinado, Nuria; Palomares Cano, Ana; González Sendra, Rodolfo J., Capitán Vallvey, José María

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: El linfoma plasmablastico es una neoplasia agresiva poco frecuente. Se trata de una proliferación difusa de células grandes neoplásicas semejantes a inmunoblastos B que presentan inmunofenotipo de células plasmáticas con positividad para CD138, CD38 y MUM-1, siendo negativas o débilmente positivas para CD45, CD20 y PAX-5. La mayoría de los casos tienen relación con el virus Epstein-Barr. Presenta un claro predominio por el sexo masculino y típicamente se asocia a estados de inmunodeficiencia, sobre todo al VIH. La media de edad de presentación es de 50 años y la cavidad oral suele ser la más afectada; también se ha descrito en el tracto gastrointestinal.

Objetivos: Presentar un caso infrecuente.

Material y método: Presentación de un caso clínico. Registro de datos clínicos de interés, estudios preoperatorios, técnica quirúrgica y evolución del paciente. Técnica inmunohistoquímica utilizada en el estudio de la pieza quirúrgica.

Resultados: Varón de 83 años inmunocompetente con ASA IV. Ingresó por sospecha de brote de CU, tras cuadro de dolor abdominal tipo cólico, de 12 horas de evolución, 3-4 deposiciones diarias sin productos patológicos. Síndrome constitucional con pérdida de 11kg.

Tras persistencia de sintomatología, 48h postingreso se solicita TAC donde se objetiva obstrucción intestinal y se procede a IQ de urgencia. Se realiza sigmoidectomía y Hartmann.

Tras un postoperatorio tórpido fallece al 5ºDPO tras no poder superar el shock establecido.

Conclusión: Esta entidad corresponde a menos del 10% de los Linfomas de células grandes B difuso en pacientes con VIH; sin embargo se ha descrito en un porcentaje menor en pacientes inmunocompetentes. El diagnóstico de esta patología suele ser tardío y dificultoso, por lo que la supervivencia oscila entre 4-11 meses.

Según nuestro conocimiento tras realizar revisión bibliográfica, sólo existe este caso descrito en localización rectosigmoidea en paciente inmunocompetente con antecedentes de colitis ulcerosa.

Laparoscopia exploradora como estudio de la reseabilidad en adenocarcinoma de páncreas

Domínguez Bastante, Mireia; Reyes Moreno, Montserrat; Fernández Segovia, Elena; Navarro Sánchez, Daniel; Molina Raya, Andrea; Ferrer Castro, Carmen; Becerra Massare, Antonio; Jiménez Ríos, José Antonio; Fundora Suárez, Yiliam

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: La resección completa de la masa tumoral

(Ro) es el principal factor pronóstico en el adenocarcinoma de páncreas. En los casos de afectación de cuerpo-cola, en un 85% se presenta enfermedad extraglandular al diagnóstico.

Objetivo: Presentar un caso de uso adecuado de laparoscopia exploradora en el adenocarcinoma de cuerpo-cola de páncreas.

Material y método: Mujer de 44 años con antecedentes de enfermedad de Wegener y coledocolitiasis en 2004 con CPRE. Presenta clínica de dolor abdominal, dispepsias, diarrea, náuseas y vómitos con pérdida de peso y febrícula vespertina. Se solicita ecografía, hallándose neoplasia en cola pancreática, de 43 x 27mm. Se confirma con TC en la que, además, se observaba que la tumoración englobaba el tercio medio de la arteria esplénica y obliteraba por completo la vena en su porción proximal con nódulos de pequeño tamaño en ligamento gastrohepático y gastroesplénico sugerentes de implantes peritoneales o adenopatías afectas. Se presentó el caso en el comité de tumores digestivos, decidiéndose realizar laparoscopia exploradora y resección según los hallazgos debido a la duda diagnóstica. Se interviene, encontrándose gran tumoración en cuerpo-cola de páncreas sin evidencia de carcinomatosis peritoneal. Debido al gran tamaño tumoral, se decide convertir a cirugía abierta y realizándose pancreatocetomía córporo-caudal con esplenectomía.

Resultados: El postoperatorio fue favorable siendo alta al cuarto día tras intervención. La anatomía patológica reveló adenocarcinoma ductal infiltrante de cuerpo-cola de páncreas con márgenes de resección libres, con 33 adenopatías, 6 de ellas afectas. La paciente se encuentra actualmente en seguimiento por parte de Cirugía y de Oncología, recibiendo tratamiento adyuvante.

Conclusiones: En los casos de carcinomatosis, no se recomienda realizar cirugía, salvo paliativa, optándose por tratamiento quimioterápico sistémico, con un pobre pronóstico. En nuestro caso, gracias a la laparoscopia, se pudo descartar enfermedad a distancia, realizándose cirugía con intención curativa.

Fístula rectovesical por migración de cuerpo extraño

Perez Quintero, Rocío; Martínez Mojarro, Rocío; García del Pino, Beatriz; Delgado Morales, Mariela; Becerra González, Miguel; Beltrán Miranda, Pablo; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción: La fístula enterovesical es una comunicación anómala entre un segmento del tubo digestivo y la vejiga. Entre las causas, las más comunes son la enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedades neoplásicas intestinales. Menos frecuentes son fístulas provocadas tras traumatismos o por migración de cuerpo extraño, tanto endoluminal como extraluminal. Importante realizar una adecuada anamnesis y exploración exhaustiva.

Objetivos: Varón de 46 años que presenta fístula enterovesical por cuerpo extraño extraño.

Material y métodos: Varón de 46 años, que un mes después de accidente doméstico que desencadenó enclavamiento de

cristal en glúteo derecho, acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal, fiebre, hematuria y salida de orina a través de ano y herida glútea.

En radiografía se objetiva cuerpo extraño vesical. TAC informa dimensiones 2x2x10cm con recorrido desde herida glútea hacia borde lateral izquierdo de recto que finaliza a nivel pósterio-inferior izquierdo de vejiga, con posible fístula sin evidenciar claro trayecto fistuloso.

Resultados: Urología extrae cuerpo extraño de vejiga, sin evidenciar durante la intervención lesiones asociadas en vejiga ni tracto digestivo, así como ausencia de trayecto fistuloso tras instilación intravesical de azul de metileno.

En postoperatorio, cuadro de fecaluria y neumaturia, por lo que se procede a realizar una CUMS, que informa de fístula vesico-rectal. Se decide realización decolonoscopia, que evidencia orificio fistuloso a nivel rectal que se trata mediante clips metálicos. Buena evolución con mejoría de síntomas.

Conclusiones: La fístula rectovesical por cuerpo extraño es una entidad poco frecuente. Para el diagnóstico, la clínica será fundamental, lo cual se debe complementar con estudios complementarios para poder definir la causa.

El tratamiento de elección en caso de fístulas provocadas por migración de cuerpo extraño es la cirugía, precisando en algunos casos la resección segmentaria del colon además de la resección del trayecto fistuloso

Hemorragia tardía por pseudoaneurisma de la arteria lumbar tras herida penetrante de arma blanca

Romacho López, L.; González Sánchez, A.J.; Titos García, A.; Cabrera Serna, I.; Aranda Narváez, J.M.; Mirón Fernández, I.; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: Los traumatismos penetrantes requieren una atención inmediata siguiendo los principios del ATLS para estabilización y control del paciente politraumatizado.

Es importante no subestimar las pequeñas lesiones.

Presentamos el caso de un paciente que tras traumatismo lumbar penetrante experimentó una hemorragia tardía evidenciada a través de la herida por un pseudoaneurisma secundario.

Caso clínico: Paciente de 23 años que acude a urgencias tras haber recibido una puñalada.

A su llegada, saturación del 98%, estable y con un Glasgow de 15.

Presenta una herida inciso-contusa lumbar izquierda de unos 5 cm con sangrado en sábana que tenía un trayecto oblicuo hacia la derecha pasando junto a la apófisis espino-sa. Se aplicaron hemostáticos locales consiguiendo un cese del sangrado externo.

Ante la estabilidad del paciente, se realizó un TAC abdominal con contraste que describía un hematoma a nivel del músculo cuadrado lumbar derecho con signos de extravasación de contraste dentro del mismo.

Se solicitó un angio TAC pero no se evidenció sangrado. Leve anemia de 2 puntos.

Ingresó a cargo de cirugía para observación y analíticas seriadas siendo alta a las 48h sin incidencias.

El paciente reingresó a los 7 días por episodio de sangrado a través de la herida tras golpe brusco de tos. Un nuevo angioTAC mostraba los músculos cuadrado lumbar, dorsal e iliocostal lumbar derechos agrandados y de densidad heterogénea por probable hematoma con signos de sangrado activo a nivel de la segunda vértebra lumbar (L2). Mediante arteriografía, se embolizó un pseudoaneurisma de la arteria lumbar L2 derecha.

Discusión: Los signos de sangrado evidenciados por TAC no deben infravalorarse.

Ante un paciente estable, la extravasación de contraste obliga a completar el estudio con un angioTAC y si se confirma, realizar una arteriografía terapéutica.

En un paciente inestable con sangrado activo, la cirugía es el tratamiento de elección.

Mixoma Celular: un tumor inusual de partes blandas

Argote Camacho, Angela Ximena; Serantes Gómez, Angela Josefa; Pérez Alonso, Alejandro José; Gonzalez Torres, Samuel; Szuba, Agata

Hospital de Alta Resolución de Guadix-Granada

Introducción: Los Mixomas son un grupo de tumores heterogéneos que afectan adultos entre los 40-70 años. Habitualmente no existe un diagnóstico diferencial con neoplasias benignas de tejidos blandos (lipomas, fibromas, neurofibromas), por lo cual es necesario su estudio histopatológico.

Objetivos: El Mixoma Celular es un raro tumor benigno de tejidos blandos, de origen mesenquimal, que se presenta como masa de crecimiento lento, indolora. Su presentación suele ser en las extremidades como sucede en el caso que presentamos.

Materiales y métodos: Varón de 70 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, valorado por el servicio de Cirugía General del Hospital de Guadix-Granada, por una lesión en la piel del antebrazo izquierdo de años de evolución, no dolorosa, a la cual se le realiza Ecografía de partes blandas informando: Engrosamiento hipoecogénico inespecífico de la hipodérmis con una extensión aproximada de 4,8x3,9 cm, sin aumento de la vascularización. Se procede a realizar Biopsia-Punch observando: Lesión Mesenquimal Mixoide. Se programa intervención quirúrgica evidenciando una lesión de aspecto gelatinoso, grisáceo que infiltra la fascia del músculo extensor común de los dedos, se procede a la extirpación y se envía la pieza para estudio.

Resultados: El estudio anatómico-patológico de la pieza quirúrgica informa: Mixoma Celular ubicado en la hipodérmis con infiltración del margen profundo de resección con tejido facial. La intervención y el postoperatorio cursaron sin complicaciones.

Conclusiones: El Mixoma Celular corresponde a una entidad que comparte rasgos microscópicos intermedios entre el Mixoma Muscular y el Mixofibrosarcoma de bajo grado, de comportamiento biológico generalmente benigno, con baja tendencia a la revivida local(5-10% de los casos) generalmente

tres resecciones incompletas y sin potencial metastatizante. Es conveniente descartar la existencia de tumor residual y valorar la ampliación quirúrgica de los márgenes como es el caso de nuestro paciente, que fue remitido para valoración por Traumatología.

Mucocele apendicular como causa única en paciente con rectorragias

Moreno Arciniegas, Alejandra; Díez Núñez, Ana; De La Vega Olías, María del Coral; Camacho Ramírez, Alonso, Díaz Godoy, Antonio; Mendoza Esparrell, Gloria; Salas Álvarez, Jesús María; Vega Ruíz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real

Introducción: El mucocele apendicular es una patología poco frecuente del apéndice cecal, siendo descrita como una dilatación quística de su luz con acúmulo de material mucinoso. Puede ser un proceso benigno como maligno. A continuación presentamos un caso de un paciente con ésta patología.

Caso clínico: Varón 48 años de edad, con antecedentes familiares de hermano fallecido por cáncer de pulmón, bebedor ocasional, no tabaquismo y sin otras patologías de interés. Presenta cuadro clínico de dos semanas de rectorragias, sin otra sintomatología. Realizada colonoscopia que objetiva lesión submucosa apendicular de unos 20 mm de diámetro con salida espontánea de material mucoide y pólipos de recto que se reseca; estudio anatomopatológico que muestra en lesión submucosa apendicular mucosa intestinal con inflamación polimorfa y hemorragias superficiales, pólipo de recto reseca compatible con adenoma tubular. Realizamos TAC de abdomen que objetiva lesión de forma groseramente redondeada en ciego de unos 15 mm de diámetro sin una clara morfología nodular y que se corresponde con la localización yuxtapendicular descrita. Válvula e íleon terminal son normales. Se decide seguimiento médico con colonoscopia de control que muestra mismos hallazgos al estudio inicial.

Decidimos realizar intervención quirúrgica programada por vía laparoscópica, como hallazgos intraoperatorios objetivas ausencia de implantes peritoneales y apéndice cecal de características normales. Realizamos apendicectomía con resección parcial del ciego con endogía sin incidencias. Tras la extracción de la pieza quirúrgica realizamos su apertura observando salida de material mucinoso en base de apéndice cecal, repetando márgenes de resección.

El paciente presenta buena evolución postoperatoria con alta hospitalaria al tercer día. Visto en consulta de seguimiento sin nueva sintomatología.

Conclusiones: Las neoplasias apendiculares son una patología poco frecuente del apéndice, con prevalencia del 0,2-0,4% en las apendicectomías. El más frecuente es el mucocele, que puede ser de etiología benigna o maligna. El tratamiento es quirúrgico y generalmente suele ser suficiente una apendicectomía, pero en algunos se prescribe una hemicolectomía derecha. En nuestro caso realizamos una cecetomía parcial como recurso para una adecuada resección oncológica.

TEP bilateral con nueva malla anatómica de amplio poro y fijación atraumática (Dyanmesh)

Suárez Grau, Juan Manuel, Bellido Luque, Juan Antonio; Gómez Menchero, Julio; García Moreno, Joaquín Luis; Guadalajara Jurado, Juan Francisco

Hospital General Básico de Riotinto.

Introducción: La cirugía laparoscópica de hernia inguinal sigue siendo un tema controvertido. Su uso en la cirugía de la hernia inguinal bilateral es el más establecido e indicado. Las mallas 3D anatómicas tienen un papel importante en el desarrollo de la técnica. Hoy en día las mallas con poros grandes se utilizan con el fin de obtener las tasas de dolor menor y una recuperación más rápida con los mismos resultados de recurrencia. Realizamos análisis de los primeros 100 pacientes intervenidos de TEP bilateral con este tipo de prótesis.

Objetivo: analizar los resultados tras el primer año del procedimiento en los primeros 60 pacientes varones intervenidos de hernia inguinal bilateral por laparoscopia.

Material y métodos: Presentamos una serie inicial de 60 TEP bilaterales (hernia inguinal bilateral primaria) utilizando PVDF anatómica 3D malla macroporosa (Dyanmesh) fija con pegamento de fibrina con más de 12 meses de seguimiento. El periodo de estudio está comprendido entre: Abril 2014- Abril 2015 La edad media de los pacientes fue de 43 años de edad. Los criterios de inclusión fueron: sexo masculino, hernia inguinal bilateral diagnosticada, tipo de hernia: LI-2, MI-2. El seguimiento tras el alta (antes de las 24 horas), fue a la semana, primer mes, 6 meses y 12 meses tras de la cirugía. Se realizó escala visual analógica del dolor en todos los pacientes durante el seguimiento y análisis de las complicaciones.

Resultados: Los resultados han sido positivos, con un seguimiento todos los pacientes (sin falta) y sin recidiva a los 12 meses después de la cirugía. No se detectó la infección quirúrgica u otras complicaciones mayores (sangrado, hematoma...) en la serie. Los seromas se detectaron en hernias medial (9%), desapareciendo al mes de la cirugía. El tiempo quirúrgico promedio fue de 35 min (20-45 rango min), tiempo medio de 3 minutos en cada colocación de la malla. No se precisó conversión a TAPP en ningún caso. Las tasas de dolor han sido bajas (EVA medio a la semana de 2 en esfuerzo y de 1 en reposo y nulas al mes, 6 meses y al año), sin dolor crónico en toda la serie.

Conclusiones: La técnica laparoscópica sigue mostrando sus grandes ventajas, especialmente en la hernia inguinal bilateral. El uso de nuevas mallas de última generación con grandes poros unidas a la fijación atraumática se posiciona como una excelente opción con muy bajas tasas de recurrencia y dolor crónico.

Carcinoma basocelular perianal: una presentación inusual

Delgado Morales, Mariela Milagros; Pérez Quintero, Rocío; Rodríguez Padilla, Angela; Martínez Mojarro, Rocío; Perea Sánchez, María José; Cisneros Cabello, Nieves; Balongo García, Rafael

Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

Introducción: Es conocida la frecuente aparición de los carcinomas basocelulares en áreas corporales con exposición al sol. Su aparición en áreas no expuestas es extremadamente rara, como lo es la región perianal. Aun a pesar de su comportamiento relativamente "benigno", es necesaria la extirpación local de la lesión para un adecuado control.

Objetivos: Reportamos un hallazgo incidental de carcinoma basocelular perianal en un paciente mayor.

Material y métodos: Varón de 86 años, con antecedentes de fibrilación auricular crónica anticoagulada con sintrom, insuficiencia cardíaca congestiva, e insuficiencia renal crónica. Intervenido de hernia inguinal y neumectomía derecha hace más de 10 años por carcinoma epidermoide de pulmón en lóbulo superior derecho.

Acude a consulta porque desde hace un año nota una lesión perianal pigmentada, que aumenta de tamaño progresivamente. A la exploración, en posición genupectoral, se aprecia una lesión en huso parcialmente pigmentada en margen anal derecho, a las 3 horas que parece depender de piel, sin datos de tumoración ni trayecto fistuloso. Se realiza toma de biopsia de borde externo de la lesión, cuya anatomía patológica informa de "carcinoma basocelular que contacta con extremos de resección", por lo que se decide intervención quirúrgica para resección con ampliación de márgenes. Se realiza incisión sobre lesión en anodermo, realizándose resección en bloque de la misma, y de anillo circular de bordes de resección. Es dado de alta sin incidencias. El informe de anatomía patológica de la pieza informa de carcinoma basocelular nodular, y ausencia de neoplasia en los márgenes de resección.

Es dado de alta un mes después, tras conocerse resultados de la biopsia.

Resultados: El carcinoma basocelular perianal presenta una incidencia muy baja, representando 0,2% de todas las neoplasias perianales. Se presenta con más frecuencia entre la población masculina, por encima de los 65 años, tal como es el caso de nuestro paciente. La variante histológica predominante es la nodular y el tratamiento de elección es la exéresis con márgenes libres de afectación, con buenos resultados a largo plazo.

Conclusiones: Dentro del espectro de las lesiones perianales, el carcinoma basocelular perianal es una entidad poco frecuente, cuyo tratamiento es la resección con márgenes libres de enfermedad, con buen pronóstico y un alto índice de supervivencia tras la exéresis local.

Perforación tras irrigación en paciente portador de colostomía

Bustos Merlo, Ana Belén; Gallart Aragón, Tania; Rodríguez González, Rubén; Ruiz de Adana Garrido, Alberto; Moya, Restituto

Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda

Introducción: La irrigación es una práctica habitual en pacientes portadores de colostomía, sobre todo en centros de Atención Primaria no especializados en el manejo de co-

lostomías. Esta técnica no está exenta de complicaciones que pueden presentar una gran morbimortalidad.

Objetivo: Presentamos un caso de perforación colónica por irrigación de colostomía terminal.

Material y métodos: Varón de 85 años de edad, portador de colostomía terminal con hernia paraestomal (intervención previa por cuadro de obstrucción intestinal por neoplasia de sigma, T₃N₀M₀). Acude al Servicio de Urgencias con mal estado general, hemodinámicamente inestable, con parámetros analíticos de sepsis. Refería dolor abdominal intenso tras realizar irrigación habitual en Centro de Atención Primaria. En TC abdominal se objetivó gran cantidad de líquido libre y neumoperitoneo por lo que se decide intervención quirúrgica urgente.

Resultado: Se realizó laparotomía exploradora con desinserción de estoma. Hallazgos intraoperatorios: peritonitis fecaloidea y perforación colónica de unos 3 centímetros. Ante dichos hallazgos, se realizó reimplantación de colostomía en localización más craneal a la previa tras resección colónica afecta. El paciente fue dado de alta médica al séptimo día postoperatorio.

Conclusiones: Hay que tener especial precaución al realizar la irrigación del colon en pacientes con hernias paraestomales para prevenir cualquier tipo de complicación, como la que describimos en nuestro caso.

Disfunción del esfínter de Oddi tratada mediante hepaticoyeyunostomía

Ferrer, Carmen; Domínguez, Mireia; Molina, Andrea; Fundora, Yiliam; Jiménez, Jose Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Complejo Hospitalario Universitario de Granada)

Introducción: El dolor abdominal tras colecistectomía es una entidad común y puede ser atribuible en ciertos casos a una disfunción del esfínter de Oddi (SOD), que constituye un trastorno gastrointestinal funcional benigno, pudiendo causar síntomas de obstrucción biliar o pancreática.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con SOD diagnosticado tras colecistectomía y sometida a hepaticoyeyunostomía para drenaje de la vía biliar.

Material y métodos: Paciente de 56 años en seguimiento por Gastroenterología por episodios recurrentes de dolor abdominal tipo cólico de meses de evolución junto con dilatación de la vía biliar extrahepática sin evidencia de litiasis en pruebas de imagen realizadas.

Resultado: Ante la clínica sugerente de cólicos biliares de repetición, se interviene de forma programada, realizándose colecistectomía laparoscópica. Se llevó a cabo de forma simultánea una colangiografía intraoperatoria que mostró una vía biliar dilatada y sin litiasis.

La paciente muestra un empeoramiento clínico y analítico importante tras la cirugía, con aumento marcado de las enzimas de colestasis. Dada la alta sospecha diagnóstica de SOD, así como la imposibilidad de canalización de la papila en sucesivas CPRE por la existencia de divertículo duodenal, se opta por abordaje quirúrgico para drenaje de la vía

biliar. Se realiza hepaticoyeyunostomía con reconstrucción en Y de Roux.

Conclusiones: La SOD es responsable de ciertos casos de pancreatitis aguda de repetición, así como de dolor tipo cólico biliar con aumento del perfil hepático en ausencia de litiasis. Realizar un diagnóstico previo a la colecistectomía es muy infrecuente, dado que los síntomas y las alteraciones se suelen atribuir a litiasis o patología de la vesícula. La manometría del esfínter está considerada el gold standard en el diagnóstico de esta patología, aunque es un test invasivo no exento de riesgos.

La realización de CPRE con papilotomía es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos. La clasificación de Milwaukee modificada es la más relevante en la práctica clínica para catalogar los distintos tipos de SOD, constituyendo el mayor factor predictivo de respuesta a la esfinterotomía. El tipo I (al cual pertenece la paciente referida) se define por la existencia de vía biliar dilatada y alteración del perfil hepático, y es en este caso donde mayor beneficio potencial existe tras esfinterotomía (70-100% de eficacia).

No hay tratamiento médico que resulte útil en esta patología. La cirugía se ha reservado a aquellos pacientes en los que el tratamiento endoscópico no es técnicamente factible o en situación de reestenosis tras CPRE. En nuestro caso de estudio, no se logró la canalización de la papila en sucesivas CPRE dado que la paciente presentaba un divertículo duodenal.

Hemoperitoneo espontáneo

Bustos Merlo, Ana Belén; Gallart Aragón, Tania; Rodríguez González, Rubén; Flores Arcas, Alberto; Ruiz de Adana Garrido, Alberto; Moya Vázquez, Restituto

Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén)

Introducción: En la práctica clínica con frecuencia nos enfrentamos al tratamiento quirúrgico de pacientes con hemoperitoneo. La gran mayoría de los casos se originan como consecuencia de un traumatismo abdominal cerrado, y en menor porcentaje por patología ginecológica. Sin embargo, existen otras causas como la rotura de aneurismas o tumores sólidos, sangrado por varices, trastornos de la coagulación u otras causas que debemos tener en cuenta.

Objetivo: Exponer el caso de un paciente con hemoperitoneo masivo sin origen claro del mismo en las pruebas preoperatorias.

Material y métodos: Paciente de 56 años, sin antecedentes personales de interés, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado intenso de inicio brusco. No antecedentes de traumatismo previo. A su llegada, mal estado general, mala perfusión periférica y cifras tensionales bajas, precisando reposición de volumen. A la exploración, defensa abdominal generalizada. Tras estabilización del paciente, se procedió a traslado y realización de tomografía computarizada urgente, evidenciándose líquido libre en abundante cuantía sugerente de hemoperitoneo, no evidenciándose lesión hepática, esplénica u otras lesiones, y

cómo único hallazgo rarefacción de la grasa a nivel de epiplón. Se decidió laparotomía exploradora urgente.

Resultados: Se confirmó el diagnóstico de hemoperitoneo en abundante cuantía, evidenciándose vaso a nivel de epiplón con sangrado activo y coágulos adheridos en la zona, siendo responsable del cuadro. Tras ligadura del mismo, se revisó el resto de la cavidad abdominal sin otros hallazgos de interés. El paciente evolucionó de forma favorable, siendo dado de alta al cuarto día postoperatorio.

Conclusiones: Ante la sospecha de hemoperitoneo e inestabilidad hemodinámica del paciente, es necesario realizar una laparotomía exploradora urgente. Es de especial relevancia explorar detalladamente toda la cavidad abdominal y establecer el origen del sangrado para reparar la causa responsable del cuadro.

Suboclusión intestinal de repetición por hernia diafragmática postraumática

Ferrer, Carmen; Molina, Andrea; Domínguez, Mireia; Álvarez, María Jesús; Fernández, Elena; Navarro, Daniel; Jiménez Ríos, Jose Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Complejo Hospitalario Universitario de Granada)

Introducción: La hernia diafragmática postraumática es una causa rara de obstrucción colónica, y se puede presentar meses o años tras el traumatismo inicial.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente sometida a reparación vía abierta de hernia diafragmática postraumática diagnosticada a raíz de cuadros suboclusivos de repetición.

Material y métodos: Paciente de 35 con antecedente de accidente de tráfico en 2006 con rotura de bazo que requirió esplenectomía, neumotórax izquierdo y varias fracturas óseas intervenidas. Múltiples episodios posteriores de atención en urgencias por cuadros de suboclusión intestinal en seguimiento por Gastroenterología. Los estudios diagnósticos realizados con colonoscopia describen compresión extrínseca a nivel de ángulo esplénico, así como un signo de stop al mismo nivel en estudio con enema baritado. Dada la persistencia de sintomatología, se realiza TC que describe hernia diafragmática a nivel posterior izquierdo de unos 3.8 cm con contenido intestinal y epiploico.

Resultados: La paciente se interviene de forma programada, realizándose hernioplastia vía abierta, con reducción del contenido herniario, sutura del defecto y colocación de malla de PTFE. Durante el periodo intraoperatorio se evidenció una parálisis diafragmática que condicionaba un adelgazamiento y debilidad importante de la musculatura frénica.

Conclusiones: Esta clase de hernias son habitualmente secundarias a un traumatismo toracoabdominal no penetrante, que genera una pequeña ruptura diafragmática inadvertida durante la evaluación inicial. Con el tiempo, el gradiente de presión entre tórax y abdomen (9-21 mmHg), unido a una posible paresia diafragmática añadida por lesión del nervio frénico, genera un aumento del tamaño de la solución de continuidad, produciéndose la herniación cuando el orificio alcanza un diámetro suficiente.

Aunque el método diagnóstico más frecuentemente empleado ante sospecha de obstrucción intestinal es el TC, los casos secundarios a hernia diafragmática pueden ser diagnosticados en base a radiología simple de tórax y abdomen.

El abordaje laparoscópico es una tendencia creciente en esta patología, con la consideración de que se debe trabajar con presiones bajas para evitar un traumatismo pulmonar con colapso completo, y favoreciendo una pronta conversión a cirugía abierta ante cualquier sospecha de contaminación abdominal.

Este caso debe alertar sobre la necesidad de considerar los antecedentes traumáticos en el diagnóstico diferencial de pacientes con obstrucción intestinal.

Cuerpos extraños en recto y colon sigmoide. El desconocimiento de la sociedad del peligro que ello supone

Lendínez Romero, Inmaculada; Brea Gómez, Esther; Rodríguez Morilla, Diego; Garde Lecumberri, Carlos; García Padiar, Francisco; Jiménez Ríos, José Antonio
Hospital Universitario San Cecilio - Complejo Hospitalario de Granada

Introducción: El hallazgo de cuerpos extraños en el recto-sigma es un problema clínico poco frecuente, siendo la vía trananal la puerta de entrada más habitual. Se ha de sospechar en pacientes con dolor abdominal bajo, pélvico, rectorragia en el contexto de una historia clínica poco clara.

Objetivo: Se exponen 3 casos de cuerpos extraños en recto y sigma introducidos vía transanal, atendidos en el HUSC.

Material y método: Caso 1: Varón, 26 años con antecedentes de ingesta de Popper, acudió por molestias en flanco izquierdo tras la introducción transanal consentida de un cuerpo extraño. Se palpaba objeto tubular en flanco izquierdo sin signos de irritación peritoneal. En el tacto rectal se evidenció notable laxitud anal sin palpar dicho objeto. Radiografía de abdomen: cuerpo extraño tubular localizado en colon descendente y analítica normal. Bajo anestesia general, la extracción digital transanal resultó fallida, precisando desplazamiento manual del objeto hasta el ano mediante laparotomía media (coquilla).

Caso 2: Varón, 17 años, acudió por estreñimiento, proctalgia e imposibilidad de expulsar un cuerpo extraño introducido vía transanal. Al tacto rectal se identifica dicho objeto (zanahoria) sin poder extraerlo, precisando para ello anestesia raquídea.

Caso 3: Varón, 56 años acudió por dolor pélvico y abdominal bajo tras introducir de un objeto transanal. Presentaba dolor en FII-hipogastrio, leve defensa focal. Al tacto rectal se identificaba el objeto sin posibilidad de extraer. Preciso extracción trananal bajo anestesia general (bote), y realizar laparoscopia exploradora que evidenció perforación en unión rectosigmoidea de 2cm. Se convirtió a laparotomía media realizando lavado anterogrado de colon mediante apendicectomía, resección intestinal y anastomosis colorrectal termino-terminal mecánica. El postoperatorio evolucionó favorablemente, dado de alta al 9º día.

Resultados: La introducción de cuerpos extraños en el intestino grueso pueden provocar perforación intestinal, abscesos intraabdominales, laceración esfinteriana, lesión de órganos vecinos, obstrucción intestinal baja, rectorragia, fístulas. El diagnóstico no es sencillo (sólo un 33% lo admiten). La mayoría pueden ser expelidos por el paciente, extraídos digitalmente con dilatación anal o por endoscopia, incluso precisar fórceps. Ante complicaciones o fracaso de la extracción endoscópica o manual, se ha de realizar laparotomía exploradora

Síndrome de arteria mesentérica superior

Bustos Merlo, Ana Belén; Gallart Aragón, Tania; Rodríguez González, Rubén; Ruiz de Adana Garrido, Alberto; Moya Vázquez, Restituto

Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén)

Introducción: El Síndrome de Arteria Mesentérica Superior (SAMS) o Pinzamiento Mesentérico es un trastorno adquirido poco frecuente. Su característica principal es la obstrucción de origen vascular de la tercera porción duodenal, entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal.

Objetivo: Exponer la entidad clínica del Síndrome de arteria mesentérica, cuya dificultad diagnóstica retrasa el tratamiento de estos pacientes.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 26 años de edad, que acude al Servicio de Urgencias por epigastralgia y vómitos, asociada a una pérdida de peso de 17 kilogramos en un año de evolución. El hallazgo analítico más relevante fue una hemoglobina de 9,5 gr/dl e hipoproteïnemia. La endoscopia digestiva alta mostró esofagitis congestiva leve y gastritis crónica antral. En la radiografía seriada esófago-gastroduodenal se observó reflujo gastroesofágico severo, y compresión duodenal compatible con pinzamiento mesentérico. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis mostraba el estómago con un mayor tamaño de lo habitual y el duodeno presentaba nuevamente esta compresión compatible con dicha entidad clínica.

Resultado: El tratamiento inicial fue corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas, colocación de sonda nasogástrica y recuperación nutricional mediante nutrición parenteral. La enferma fue derivada a Hospital de Referencia para tratamiento endoscópico por parte del Servicio de Radiología intervencionista, no siendo finalmente factible, por lo que se realizó duodenoyeyunostomía.

Conclusiones: El Síndrome de la arteria mesentérica superior implica un gran reto diagnóstico y se deben tener en cuenta los factores predisponentes, sumado a las características del cuadro clínico que son muy inespecíficas. Su tratamiento debe estar encaminado inicialmente a la corrección de la causa desencadenante, con un adecuado apoyo nutricional y, cuando esto falla, debe recurrirse al manejo quirúrgico.

Embolectomía mecánica en caso de isquemia mesentérica no susceptible de tratamiento endovascular

Romacho López, L.; Aranda Narváez, J.M.; González Sánchez, A.J.; Titos García, A.; Cabrera Serna, I.; Cabañó Muñoz, D.; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: La isquemia mesentérica aguda (IMA) se produce cuando el flujo sanguíneo del territorio mesentérico cesa o disminuye de forma brusca. Es una patología con una elevada mortalidad.

Requiere un tratamiento urgente. Clásicamente se optaba por la cirugía pero actualmente las técnicas endovasculares están adquiriendo más protagonismo en los pacientes no peritoníticos.

Exponemos un caso que precisó embolectomía abierta.

Caso clínico: Paciente de 56 años sin antecedentes de interés que ingresa, el mes previo, a cargo de neurología por un ictus vertebrobasilar. Comienza con dolor abdominal brusco asociado a náuseas y diarreas de 48h de evolución. Leucocitosis y elevación de la LDH. Un TAC abdominal con contraste indicó describía un émbolo oclusivo en la arteria mesentérica superior (AMS) con discreta revascularización distal.

Ante la ausencia de abdomen agudo planteamos el tratamiento intervencionista como primera opción pero fue desestimado por imposibilidad técnica.

Realizamos laparotomía exploradora urgente y embolectomía quirúrgica.

Maniobra de Cattell- Braasch ampliada para exponer la raíz del meso y apertura del mesocolon a nivel del ángulo hepático para tener un buen abordaje de la AMS.

Mediante arteriotomía transversal y con un catéter de Fogarty, se extrajo un coágulo de unos 4 cm ubicado a 3 cm de la salida de la AMS. Sutura longitudinal continua de la arteria con un prolene de 7/0. Realizamos un cierre temporal de la pared abdominal con un dispositivo de presión negativa que permitía un second look a las 48h.

Tras comprobar viabilidad intestinal, se cerró la pared abdominal en la cirugía de revisión.

Discusión: La IMA asocia una mortalidad elevada. Las técnicas endovasculares están reemplazando a la cirugía como tratamiento de primera elección obteniendo mejores resultados en morbimortalidad. Sin embargo, la cirugía sigue siendo el tratamiento de primera línea en los casos de abdomen agudo o cuando las técnicas endovasculares no son exitosas.

Tratamiento de la eventración abdominal gigante. Desafío técnico

Robayo Soto, Paúl; Reyes Moreno, Montserrat; Maes Carballo, Marta; Plata Pérez, Ignacio; Ferrer García, Guillermo; Martín Díaz, Manuel

Hospital Santa Ana de Motril. Granada

Introducción: La incidencia de eventración es del 2 al 16% de todas las laparotomías. Tras algunos abordajes, la cifra puede alcanzar un 20%.

El tratamiento de las hernias incisionales complejas es un verdadero reto social y profesional. Se clasifican según el tamaño del anillo en pequeñas (menos de 5 cm), medianas (5 a 10 cm), grandes (10 a 15 cm) y gigantes (más de 15 cm). Son estas últimas las que generan mayor dificultad a la hora de elegir el tipo de reparación.

Caso clínico: Mujer 76 años con HTA, DM, ceguera por glaucoma y dependiente funcional para las actividades. Antecedentes quirúrgicos: histerectomía, colecistectomía, laparotomía por cuadro adherencial y recidiva de eventrorrafia.

Consulta por dolor abdominal que asocia distensión y vómitos. Exploración física: eventración abdominal gigante, asas intestinales visibles.

TC abdominal: Eventración con asas de colon y delgado que se dilata hasta íleon terminal. Leucos 8 Hb 14 LDH 254

Se realiza resección intestinal de asa ileal necrosada por adherencias (15cm) y anastomosis latero-lateral manual. Fijación parietal de prótesis composite por eventración de 16 cm x 20 cm de diámetro. Evoluciona favorablemente reiniciando ingesta, sin infección de herida y es dada de alta al décimo día postquirúrgico.

Discusión: El tratamiento de la eventración gigante representa un desafío para cualquier cirujano, debido a las dificultades técnicas, por la pérdida de sustancia parietal que se corrigen con el uso de prótesis. Las características de éstas y su ubicación en diferentes planos de la pared abdominal han sido motivos de discusión. En ocasiones, debido a la amplitud del defecto, se requiere colocar la prótesis intraperitonealmente. En nuestro caso, al ser una hernia gigante complicada con necrosis intestinal junto a una importante pérdida de pared abdominal, el colocar una prótesis composite puede ser válida como alternativa.

Manejo mínimamente invasivo de tumor carcinoide

Bustos Merlo, Ana Belén; Gallart Aragón, Tania; Rodríguez González, Rubén; Martín Lagos, A; Ruiz de Adana Garrido, Alberto; Martín Vieira, F.

Hospital Altagracia de Manzanares

Introducción: La localización más frecuente de los tumores carcinoideos es el tracto gastrointestinal; siendo el recto el segundo en frecuencia tras el intestino delgado.

Objetivo: Se presenta un caso de tumor carcinoide rectal tratado con cirugía mínimamente invasiva.

Material y métodos: Varón de 87 años, en el cual tras realización de endoscopia se diagnostica lesión de 1,5 centímetros en margen anal que se extiende hacia canal anal, sangrante con la fricción. El informe anatomopatológico (biopsia) informó de tumor carcinoide rectal.

Resultado: Se realizó resección transanal de la lesión. El paciente fue dado de alta médica al quinto día postoperatorio. El estadio tumoral fue pT1a, con margen de resección libre.

Conclusiones: El tumor carcinoide rectal suele ser asintomático y su hallazgo suele ser incidental en exploraciones rectales o estudios endoscópicos. El síntoma más frecuente es el sangrado intermitente. El tratamiento de estas lesiones depende fundamentalmente del tamaño y nivel de infiltra-

ción. En las lesiones menores de 2 centímetros, confinadas a mucosa o submucosa como ocurrió en nuestro caso, el abordaje transanal es apropiado, presentando una menor tasa de complicaciones y menor morbilidad sobre todo en pacientes de avanzada edad. El pronóstico de esta lesión depende del tamaño, invasión linfovascular, índice mitótico y profundidad de invasión.

Metástasis inguinal de melanoma cutáneo: Técnica quirúrgica de linfadenectomía inguinal y reconstrucción con rotación de músculo sartorio

Delgado Morales, Mariela Milagros; Martínez Mojarro, Rocío; Pérez Quintero, Rocío; García Del Pino, Beatriz; Candón Vázquez, Juan; Royo Balbontín, Alberto; Balongo García, Rafael

Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

Introducción: La región inguinal es el primer sitio de afectación metastásica del melanoma de las extremidades inferiores.

La linfadenectomía inguinal se lleva a cabo para la extirpación de ganglios y tejido linfático que rodea los vasos femorales. Una de las principales indicaciones de esta intervención son los melanomas metastásicos de la extremidad inferior.

Objetivos: Presentamos el caso de una paciente con metástasis de melanoma de muslo izquierdo y la técnica quirúrgica desarrollada

Material y métodos: Mujer de 51 años hipertensa e intervenida de mastectomía radical y vaciamiento axilar por carcinoma ductal infiltrante de mama, con quimioradioterapia adyuvante.

Se le realizó exéresis de melanoma en muslo izquierdo con márgenes circunferenciales y profundos libres de tumor. En PET-TAC de control objetivan adenopatías hipermetabólicas inguinofemorales ipsilaterales.

Se decide linfadenectomía inguinal, realizando la disección desde el ángulo inferior del triángulo de Scarpa hacia la región inguinal, continuando hasta borde interno del sartorio y externo del aductor. Ligadura de safena interna para continuar con la disección de paquete femoral, reseccionando hasta la adventicia. Ligadura de cayado de la safena y resección de paquete adenopático crural hasta orificio crural. La intervención finaliza con la desinserción superior del sartorio y re inserción en ligamento crural cubriendo los vasos.

Resultados: La anatomía patológica revela metástasis de melanoma en 6 de los 10 ganglios obtenidos en la pieza.

Cuatro meses después de la intervención, en TAC de control se evidencia recidiva de melanoma en muslo izquierdo, con adenopatía en cadena ilíaca externa izquierda. Ha iniciado nuevo ciclo de tratamiento oncológico.

Conclusiones: Los ganglios linfáticos son el territorio de afectación más frecuente de los melanomas, siendo un determinante en el pronóstico.

El manejo de los pacientes con metástasis ganglionares es la resección del melanoma primario y la linfadenectomía

inguinal, siendo aún un tema de debate la extensión de la linfadenectomía.

Tres formas de presentación de la fístula aortoentérica

Romacho López, L.; Aranda Narváez, J.M.; Cabrera Serna, I.; González Sánchez, A.J.; Titos García, A.; Pitarch Martínez, M.; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: Una fístula aortoentérica (FAE) es una comunicación anormal entre la aorta y el tracto gastrointestinal. Se deben a la compresión extrínseca de un aneurisma aórtico (primarias) o del material protésico vascular (secundarias). Patología que amenaza la vida cuando se instaura. Ilustramos 3 formas diferentes de presentación.

Caso clínico: Paciente de 71 años sometido a reparación quirúrgica de aneurisma aórtico infrarrenal mediante un bypass aorto-aórtico. Al mes, cuadro de hematoquecia, rectorragia y anemización.

Un TAC sospecha una FAE, decidiéndose intervención quirúrgica.

FAE secundaria a tercera porción duodenal. Se realizó una sección del duodeno afecto, retirada protésica y nuevo bypass axilobifemoral. Una anastomosis duodeno-yunal laterolateral manual bicapa permitió la continuidad del tránsito digestivo. Para second look, cierre temporal de la pared abdominal. A las 48h, existía viabilidad intestinal.

Paciente de 78 años sometida a un procedimiento endovascular para reparación de úlcera penetrante en aorta abdominal tres meses antes. Acude a urgencias por hipotensión marcada. Un angioTAC describe extravasación de contraste a nivel del anclaje inferior de la prótesis. Una prótesis solapada endovascularmente controló el sangrado. El hemo-peritoneo produjo un síndrome compartimental abdominal que necesitó laparotomía y cierre temporal abdominal por edema intestinal. En el tercer cambio, se evidenció la existencia de un FAE a 3ª porción duodenal que precisó la misma cirugía que en el caso anterior.

Paciente de 61 años con aneurismas micóticos en aorta infrarrenal con endoprótesis por ulceración de la pared anterior aórtica. Episodio de hematemesis y rectorragia junto con hipotensión y anemización. Cirugía urgente evidenciando una FAE a 3ª porción duodenal realizándosele la cirugía ya descrita.

Discusión: La FAE tiene una mortalidad muy elevada. La incidencia de las fístulas primarias es inferior al 1% mientras que la de las secundarias es 0,36-1,6%. Es fundamental tener una sospecha diagnóstica para realizar un abordaje rápido que disminuya la mortalidad.

Ascitis quilosa secundaria a un linfoma con afectación intestinal indolente

Romacho López, L.; González Sánchez, A.J.; Aranda Narváez, J.M.; Titos García, A.; Cabrera Serna, I.; Mirón Fernández, I.; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: El sistema gastrointestinal es una localización frecuente de afectación extranodal de los linfomas. Menos probables son las formas primarias dicho nivel.

La clínica es muy variable. Característicos son los síntomas B que nos orientan al diagnóstico.

En nuestro caso, un cuadro de suboclusión recidivante fue la primera manifestación del problema hematológico.

Caso clínico: Paciente de 49 años en seguimiento por digestivo por historia de años de evolución de dolor y distensión abdominal junto a vómitos y diarreas posteriores. Episodio inferior a 24h y con cadencia bimensual. Pérdida de peso asociada.

Los estudios endoscópicos evidenciaron linfangiectasia intestinal. Un TAC con contraste describía engrosamiento inespecífico a nivel de un asa de yeyuno con dilatación retrógrada junto a panculitis mesentérica.

El tránsito baritado confirmaba dichos hallazgos. Un síndrome poliadenopático a nivel mesentérico, axilar e ilíaco junto a focos hipermetabólicos óseos en L5 y hueso ilíaco izquierdo, fueron diagnosticados por PET.

Ante la falta de datos concluyentes, se planteó una laparotomía exploradora reglada. Intraoperatoriamente, evidenciamos ascitis blanquecina en cantidad moderada junto a un mesenterio engrosado con lesiones supracentimétricas de color amarillento de aspecto adenopático. Resección de yeyuno medio con lesión parcialmente oclusiva, realizándose una anastomosis primaria posterior.

Postoperatorio sin incidencias.

El estudio bioquímico del líquido ascítico confirmó que se trataba de linfa.

La anatomía patológica fue informada como LNH folicular de bajo grado.

Tras la cirugía, se completó el estudio evidenciando afectación intestinal, ósea, ganglionar y de médula ósea. Actualmente, en tratamiento quimioterápico con buena respuesta.

Discusión: El LNH folicular es una patología cuya principal manifestación son las adenopatías indoloras generalmente a diferentes niveles. Puede afectar a cualquier órgano.

Los síntomas B no suelen estar presentes en estos pacientes. La clínica, como en nuestro caso, puede aparecer por la afectación extraganglionar.

Cabe destacar la importancia de la cirugía como método diagnóstico-terapéutico.

Síndrome compartimental abdominal por sangrado arterial intraabdominal tras control endovascular

Romacho López, L.; González Sánchez, A.J.; Cabrera Serna, I.; Aranda Narváez, J.M.; Titos García, A.; Nicolás de Cabo, S.; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: La presión intraabdominal (PIA) normal es de 5mm Hg. Hablamos de síndrome compartimental abdominal (SCA) en presencia de un fallo multiorgánico junto con una PIA elevada. La mortalidad asociada al SCA es muy elevada.

Caso clínico: Paciente de 70 años diabético e intervenido de triple bypass coronario en 2001. Acude a hospital de segundo nivel por cuadro de 24h de evolución de dolor abdominal localizado en epigastrio e HCD. Un TAC abdominal con contraste que evidencia un gran hematoma entre la cabeza del páncreas, el antro gástrico y el ángulo hepático del colon con signos de sangrado activo en el seno del mismo.

Se contactó con radiología vascular de nuestro hospital, se decidió traslado.

A su llegada, embolización de una rama pancreática de la arteria mesentérica superior con coils y cianocrilato.

El paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y tras la resucitación inicial persistía en anuria con una PIA de 26.

Laparotomía exploradora por SCA evidenciándose un hemoperitoneo de 1,5 L, páncreas con signos de esteatonecrosis y un hematoma infiltrativo retroperitoneal, no pulsátil con infiltración del mesocolon transversal, raíz del mesenterio y del colon derecho.

Cierre temporal de la pared abdominal combinando una malla de tracción facial junto a un dispositivo de presión negativa.

En el tercer cambio y ante la no mejoría del hematoma junto con el riesgo de fístula enteroatmosférica, se drenó permitiendo el cierre.

Falleció en UCI por shock séptico refractario.

Discusión: Los sangrados activos intraabdominales requieren un control inmediato. Las técnicas endovasculares, permiten un control rápido y sin necesidad de cirugía en un paciente estable. Un paciente inestable es candidato a una laparotomía exploradora.

No hay que olvidar las consecuencias derivadas del sangrado y la posibilidad de un SCA que requiere un tratamiento rápido para intentar mejorar la supervivencia.

Análisis microbiológico biliar tras duodenopancreatectomía cefálica con prótesis biliar preoperatoria

Mirón Fernández, I.; León Díaz, F.J.; Sánchez Pérez, B.; Fernández Aguilar, J.L.; Pérez Daga, J.A.; Valiente De Santis, L.; Titos García, A.; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: El control de las tasas de infección constituye hoy día un punto de referencia de calidad, cada vez más común, para los hospitales.

Objetivos: Evaluar la utilidad de los cultivos biliares intraoperatoria en pacientes con prótesis biliar preoperatoria sometidos a duodenopancreatectomía, identificando el crecimiento bacteriano y la sensibilidad antibiótica.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional

retrospectivo de pacientes sometidos a duodenopancreatectomía cefálica entre abril 2014 y diciembre 2015. Se evaluaron 21 pacientes con ictericia obstructiva subsidiaria de drenaje biliar preoperatorio: 12 casos (57%) con prótesis metálica por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), 6 casos (29%) con prótesis plástica, 3 casos (14%) con drenaje percutáneo transparietohepático. La muestra se extrajo en el momento de la sección de la vía biliar mediante aspiración.

Resultados: El 71% fueron varones con una media de edad $67,4 \pm 9,9$ años (rango entre 58 – 83 años). Entre los diagnósticos anatomopatológicos encontramos 12 casos (57%) adenocarcinoma de páncreas, 8 casos (38%) ampuloma y 1 caso (5%) colangiocarcinoma. El 95% (20 casos) fueron duodenopancreatectomías cefálicas y 1 caso de duodenopancreatectomía total. El cultivo biliar fue positivo en el 52,4%, que comparando con los pacientes intervenidos de duodenopancreatectomía sin colocación de prótesis biliar preoperatoria en el mismo periodo, la cifra se reduce un 22,7% ($p=0,04$). Los gémenes fueron *Escherichia coli* (52,4% de individuos), *Enterococos* (47,6%), *Klebsiella pneumoniae* (28,6%) y *Enterobacterias* (23,8%). Destacar que el 57,1% de los pacientes con aislamiento de gérmenes en el cultivo biliar presentan resistencia a amoxicilina-clavulánico, antibiótico de profilaxis quirúrgica según nuestro protocolo hospitalario.

Conclusiones: Los pacientes con colocación de prótesis biliar preoperatoria presentan aislamiento de gérmenes en el cultivo biliar significativamente mayor que aquellos que no la precisaron. Además, estos microorganismos presentan resistencias a los antibióticos utilizados como profilaxis de forma estándar en la duodenopancreatectomía en un porcentaje no asumible. Tras dichos resultados, hemos modificado nuestra terapia antibiótica en este escenario.

Carcinoma escamoso de vesícula biliar

Delgado Morales, Mariela Milagros; García Del Pino, Beatriz; González Benjumea, Paz; Rodríguez Padilla, Angela; De La Rosa Báez, Alberto; Molina García, David; Balongo García, Rafael

Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

Introducción: El carcinoma de la vesícula biliar es el quinto cáncer más común del tracto digestivo y el más frecuente de los tumores del árbol biliar. La variante histológica más frecuente es el adenocarcinoma, representando el 80% de los cánceres de vesícula biliar. El carcinoma escamoso de vesícula constituye una variedad histológica rara, cuya presentación clínica no sobrepasa el 1% de las neoplasias malignas de vesícula. Aproximadamente un quinto de pacientes con cáncer de vesícula se presentan como un cuadro de colecistitis aguda.

Objetivos: Documentar el caso clínico de una paciente intervenida por sospecha de colecistitis aguda complicada, y con diagnóstico final de carcinoma de vesícula de tipo epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante; y comentar su presentación clínica y manejo en nuestro hospital.

Material y métodos: Mujer de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, anemia ferropénica y colelitiasis, que acude a urgencias por episodio

de dolor abdominal en hipocondrio derecho irradiado a epigastrio de una semana de evolución, con náuseas y vómitos, y progresivo empeoramiento del estado general.

A la exploración, abdomen distendido, timpánico con signo de Murphy positivo. Analítica con desviación izquierda sin leucocitosis. PCR 17.80.

En el TAC abdominal se aprecia vesícula distendida de 12,5 x 5,5 cm de ejes máximos, de paredes engrosadas, con imágenes sugestivas de litiasis, y colección de 4 x 2,5 mm adyacente al fondo vesicular con mínima cantidad de líquido perivesicular, hallazgos sugerentes de colecistitis aguda con probable colección en fondo vesicular. Significativa distensión de cámara gástrica, sin poder seguirse su luz claramente con la del duodeno; y en el interior de la teórica primera porción del duodeno, pequeñas imágenes hiperdensas sugestivas de litiasis.

Resultados: Ante la sospecha de colecistitis aguda complicada, se decide intervención quirúrgica urgente: Laparotomía media supraumbilical, encontrándose líquido libre seroso con cálculos en su interior, marcada distensión de vesícula biliar con signos inflamatorios. La cara anterior de la vesícula íntimamente adherida al antro pilórico, observándose tras su disección, una cavidad con contenido purulento y cálculos. Se realiza colecistectomía retrógrada. Evolución favorable en el postoperatorio.

Diagnóstico anatomopatológico: Carcinoma epidermoide de vesícula moderadamente diferenciado queratinizante.

Conclusiones: Las neoplasias malignas de vesícula biliar, independientemente del subtipo histológico, son neoplasias de muy mal pronóstico, no solo por su sintomatología inespecífica y su falta de presentación clínica típica, sino porque frecuentemente se encuentran en estadios avanzados en el momento del diagnóstico, muchas veces con invasión en órganos adyacentes como hígado, vía biliar extrahepática, colon o estómago, como en nuestro caso.

El carcinoma escamoso de vesícula biliar se presenta con muy rara frecuencia. Sin embargo su invasión linfática es mucho menor cuando se compara con el adenocarcinoma.

Hipercalcemia como urgencia medico-quirúrgica

Alonso García, Sandra; Calcerrada Alises, Enrique; Garde Lecumberri, Carlos; De Reyes Lartategui, Saturnino; Capitán del Río, Inés; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario San Cecilia

Introducción y objetivos: La hipercalcemia es una alteración en el metabolismo del calcio, que producida bruscamente, o por encima de 14,5mg/dl, provoca complicaciones sistémicas que comprometen la vida del paciente. Requiere tratamiento inmediato.

Material y métodos: Paciente de 57 años ingresado por vómitos, dolor abdominal y de miembros inferiores, desorientación y confusión mental. Calcemias por encima de 10 mg/dl en el último año y litiasis renal. TAC y gammagrafía: adenoma paratiroideo derecho.

Tras el fracaso del tratamiento médico, presenta insuficiencia renal, sufre una pancreatitis aguda y deterioro del

estado neurológico. Ingresa en UCI con calcemias superiores a 16 mg/dl que no remiten; PTH 955 pg/ml; se decide cirugía urgente. Guiado por gammagrafía, se identifica adenoma paratiroideo superior derecho y se realiza paratiroidectomía. A los tres días, presenta calcemia de 9,7mg/dl y mejoría de la función renal. Anatomía Patológica: adenoma paratiroideo.

Resultados: La hipercalcemia es un trastorno relativamente común. En el 90% de los casos es debida al hiperparatiroidismo primario (HPP) o neoplasias, por lo que es necesario tener en cuenta estos diagnósticos.

El HPP se caracteriza por secreción excesiva de hormona paratiroidea (PTH). La prueba guía una vez confirmada la hipercalcemia es la determinación de PTH y calcio sérico. Hay que excluir en el diagnóstico el consumo de ciertos fármacos y la hipercalcemia hipocalciúrica familiar.

La clínica varía desde el HPP asintomático hasta formas más severas, como la crisis paratiroidea de nuestro paciente, con una incidencia del 1-2%. Se caracteriza por calcemias superiores a 15 mg/dl e importante sintomatología, sobre todo insuficiencia renal, deshidratación y disfunción del sistema nervioso central.

El tratamiento requiere sueroterapia intensiva, diuresis forzada, bifosfonatos y calcitonina. Lo fundamental es el tratamiento etiológico de la enfermedad.

Conclusiones: La crisis paratiroidea hipercalcémica es una forma de presentación poco frecuente del hiperparatiroidismo primario. Su diagnóstico y tratamiento precoz mejoran el pronóstico.

Lipoma de válvula ileocecal: ¿Cuándo está indicada la cirugía?

Delgado Morales, Mariela Milagros; Rodriguez Padilla, Angela; García Del Pino, Beatriz; González Benjumea, Paz; Beltrán Miranda, Pablo; Martín García De Arbolea, Rocío; Balongo García, Rafael

Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

Introducción: Los lipomas son tumores benignos de origen mesenquimatoso, desarrollados a partir de adipocitos, dependientes de la submucosa mayoritariamente, aunque también existen lipomas subserosos. Son los tumores benignos más frecuentes en tubo digestivo y hasta el 50% se encuentran en el colon, siendo el ciego la localización más frecuente.

En la mayoría de los casos son asintomáticos. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal y cuadros oclusivos, siendo menos frecuentes la rectorragia y la diarrea.

Por lo general son solitarios, aunque pueden encontrarse múltiples lipomas formando parte de un síndrome polipósico.

Objetivos: Presentamos el caso de un varón con el diagnóstico de una neoplasia submucosa a nivel de ciego, y su manejo quirúrgico.

Material y métodos: Varón de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia. Fibrilación auricular anticoagulado con sintrom. Un episodio de diverticulitis en el 2011. Acude a urgencias por presentar

melenas de varios días de evolución sin repercusión hemodinámica, asociado a lo que describe como “molestias abdominales inespecíficas”. Remitido a cirugía desde digestivo, tras realización de colonoscopia que evidencia, a nivel previo a la válvula ileocecal, una lesión de aspecto submucoso, ulcerado y recubierto de fibrina, de donde se toman muestras para estudio histológico. La anatomía patológica informa de fragmentos de pared de intestino grueso con ulceración, cambios regenerativos epiteliales y tejido adiposo con adiponecrosis. La TAC abdominal describe en colon ascendente, supra-avicular, una nodulación redondeada, submucosa, de densidad grasa descrita en el estudio de 2011 (en el contexto del episodio de diverticulitis aguda) como lipoma. Dicha masa sigue estando constituida por grasa, sin embargo, ha aumentado de tamaño (4 x 4 x 3,5 cm), mostrando vascularización periférica e intralesional (ausente en el previo), más prominente en su periferia. Dichos cambios, hacen que haya que considerar la posibilidad de progresión hacia liposarcoma de bajo grado. Tras discutir su caso en sesión multidisciplinar se decide intervención quirúrgica.

Resultados: Se interviene al paciente realizando hemicolectomía derecha por vía laparoscópica, sin complicaciones en el postoperatorio. El informe anatomopatológico final de la pieza es: Lipoma de válvula ileocecal con ulceración y áreas de necrosis.

Conclusiones: Los lipomas cecales son de difícil diagnóstico, siendo en muchos casos un hallazgo incidental. El diagnóstico se realiza con estudios baritados, TAC y/o ecografía abdominal, y estudio endoscópico.

En casos sintomáticos, si son lipomas de pequeño tamaño y sin signos sugestivos de malignidad el tratamiento podría ser endoscópico. Algunas veces presentan ulceración, lo que obliga a descartar una transformación maligna. Si a esto le añadimos el hecho de que puedan aumentar de tamaño, o incluso presentar vascularización, el consenso actual en cuanto al tratamiento implicaría una resección segmentaria e incluso una hemicolectomía, como ocurrió en el caso de nuestro paciente. En estos casos el análisis histopatológico es fundamental.

Ingesta con fin autolítico de múltiples objetos recidivante: a propósito de un caso

Díez Núñez, Ana; Najeb Alassad, Assad; Mendoza Esparrel, Gloria María; Pérez Alberca, Carmen María; Salas Álvarez, Jesús María; Álvarez Medialdea, Javier; De la Vega Olías, María del Coral; Calvo Durán, Antonio Enrique; Gutiérrez Martínez, Antonio; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario Puerto Real

Objetivo: Presentar el caso clínico, las imágenes diagnósticas, la descripción quirúrgica, las imágenes quirúrgicas y la evolución postoperatoria de un paciente con ingesta de múltiples utensilios con ideación autolítica.

Caso Clínico: Varón de 32 años de edad, institucionalizado en centro penitenciario en el módulo de aislamiento por 28 intentos autolíticos previos con ingesta de múltiples utensilios. Valorado por el Servicio de Psiquiatría, se le diagnosticó

de trastorno de adaptación y se prescribió aislamiento con vigilancia para evitar futuros intentos. El paciente ha precisado extracción de los mismo por vía endoscópica en 22 ocasiones siendo dado de alta el mismo día. Debido a gran tamaño de los utensilios ingeridos, ha precisado intervención quirúrgica para extracción mediante gastrostomía hasta en 5 ocasiones. El último episodio fue en el mes anterior. Acude nuevamente al servicio de urgencias por nuevo episodio, reconociendo la ingesta de un tubo de pasta de dientes y un tornillo, visibles ambos en la radiografía. No fiebre, no náuseas ni vómitos, no alteración del tránsito y no signos de alarma que indiquen perforación. A la exploración, abdomen blando, depresible, no doloroso, no defensa ni signos de irritación peritoneal, tránsito audible e incisiones en línea media debido a intervenciones previas con eventración en región umbilical. Análiticamente sin hallazgos y en la radiografía de abdomen en bipedestación, se observan ambos objetos descritos, con bordes romos, alojados en cámara gástrica y sin signos de neumoperitoneo. Debido a gran tamaño, se intuye que no progresarán a duodeno, por lo que se intenta en primera instancia extracción por vía endoscópica sin resultados. Por ello, tras 5 días de ingreso y negativa del paciente a nueva endoscopia oral, se decide nueva intervención quirúrgica.

Resultados: Realizamos la intervención quirúrgica bajo anestesia general, realizando incisión en región epigástrica para evitar región eventrada. Se encuentran múltiples adherencias del epiplón mayor, que dificultan el acceso a la cámara gástrica. Se realiza gastrostomía en región de fundus gástrico. Se realiza la extracción de hasta 5 objetos: 2 tubos de pasta de dientes, un cuchillo con borde afilado de plástico y un tornillo de hasta 10 cm de longitud. Se observan paredes gástricas engrosadas, sin signos de perforación. No se observa líquido libre en la cavidad abdominal. Se realiza gastroplastia con puntos en X y refuerzo con epiploplastia. El postoperatorio evoluciona sin incidencias y solicita alta voluntaria en el 1º día postoperatorio. A las 3 semanas, acude nuevamente al servicio de urgencias por nuevo episodio de ingesta de objetos.

Conclusiones: En pacientes con patología psiquiátrica en los que se producen múltiples episodios de ingesta de objetos con intento autolítico, pese a aislamiento de protección, ¿cuál es la mejor conducta a seguir? El tratamiento de elección para este tipo de cuadros es la prevención de nuevos episodios. Si aun así se produjeran, se deberá intentar la extracción por vía endoscópica y sólo llegar a la intervención quirúrgica en el caso de perforación gástrica o intestinal, debido al alto riesgo quirúrgico que supone tantas reintervenciones.

Absceso de psoas secundario a perforación de víscera hueca por ingesta de cuerpo extraño

Martos Rojas, Noemí; Ramos Muñoz, Francisco; Pico Sánchez, Leila; García García, Blanca; Monje Salazar, Cristina; Del Fresno Asensio, Antonio; De Luna Diaz, Resi
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: El absceso de psoas constituye una entidad clínica infrecuente, cuya clínica es inespecífica, suponiendo

una dificultad diagnóstica. Estos abscesos se dividen según origen en primarios y secundarios.

Objetivo: Presentamos un caso clínico sobre el diagnóstico y manejo de un absceso de psoas.

Material y métodos: Paciente varón de 34 años que acude a urgencias por dolor abdominal de 5 días de evolución asociado a náuseas, vómitos y disuria sin otra sintomatología. A su llegada presentaba febrícula. En la exploración mostraba dolor a la palpación en flanco derecho con defensa a dicho nivel.

En la radiografía de abdomen se observa cuerpo extraño lineal de 4,5cm en flanco derecho, sobre línea del psoas. El paciente no refería ingesta accidental ni intencionada de cuerpo extraño. En la radiografía de tórax no se veía neumoperitoneo. Análiticamente presentaba leve leucocitosis con PCR elevada. Se decidió realización de TAC para localizar cuerpo extraño, describiéndose el mismo en asa de intestino delgado en flanco derecho, con burbujas de aire extraluminal adyacentes, compatible con perforación de víscera hueca. Asociaba colección de 8x4cm que perdía plano de clivaje con el asa afecta y tercio medial del músculo psoas derecho sin líquido libre intraperitoneal, compatible con absceso de psoas. Ante los hallazgos se decidió intervención quirúrgica urgente.

Resultados: Mediante laparotomía media supra-infraumbilical, revisamos intestino delgado sin hallazgos anormales. Se exponen 2ª y 3ª porción duodenal, apreciando inflamación de duodeno en rodilla en íntimo contacto con psoas, que se encuentra abombado. Se comprueba localización de cuerpo extraño en interior de psoas mediante escopia y se procede a incisión sobre el mismo, con salida de pus, hallando en el interior de la colección un alambre de 5cm que se extrae. Se comprobó mediante azul de metileno que no existía perforación libre de intestino delgado.

Se instauró antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam a espera de resultados de cultivo y se mantuvo durante 5 días, con buena evolución del paciente, tras lo que se procedió a alta domiciliaria, indicando toma de amoxicilina-clavulánico oral durante 7 días.

Conclusiones: Nos encontramos con un caso de absceso en psoas secundario a fistulización de víscera hueca por cuerpo extraño. A pesar de presentar una clínica inespecífica de dolor abdominal y no con la clásica triada constituida por fiebre, dolor lumbar y dolor a la flexión del muslo, se llegó a un diagnóstico rápido gracias al hallazgo de un cuerpo extraño radioopaco, causante de todo el proceso, lo que redujo la probabilidad de aparición de complicaciones y de morbi-mortalidad, favoreciendo una buena evolución postoperatoria.

Leiomioma pilar en complejo areola-pezones

Ortega Higuero, Rubén; Quesada Peinado, Carmen; Cobos Cuesta, Raquel; González Sendra, Rodolfo; Capitán Vallvey, Jose María

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: El leiomioma del complejo areola-pezones es un tumor benigno y poco frecuente, de pequeño tamaño y

asintomático, aunque en algunos pacientes puede provocar dolor o picor. Para su diagnóstico y tratamiento lo más indicado es su extirpación. El pronóstico es excelente aunque en algunos casos puede recidivar por lo que la exéresis debe ser completa.

Objetivos: Presentar un caso clínico de un leiomioma pilar en una localización atípica como es el complejo areola-pezones.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 43 años que acude a consulta de cirugía por recidiva de tumoración en mama derecha tras año y medio de exéresis. Intervenido por dicha tumoración hace año y medio con márgenes libres.

Como antecedentes personales destaca que está intervenida de colecistectomía y cesárea.

A la exploración destaca pequeño nódulo en areola derecha, muy superficial, de 0,5 cm, duro compatible con quiste sebáceo.

Con estos datos la paciente se incluye en lista de espera para exéresis del mismo.

Resultado: Se realiza exéresis del mismo con anestesia local y en la anatomía patológica informa de leiomioma pilar con márgenes quirúrgicos en contacto con la lesión.

Dado que los márgenes están afectados la paciente volverá a ser intervenida para ampliación de los mismos.

Conclusiones: Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de leiomioma pilar peri-areolar, tumor de escasa frecuencia y cuyo interés radica en su localización, lo que implica un diagnóstico diferencial con el resto de tumoraciones que se pueden dar en la mama. La importancia está en que el diagnóstico es anatomopatológico y que para ello está indicado su exéresis ya que su pronóstico una vez extirpado es excelente aunque el riesgo de recidiva no es despreciable.

Angioma de células litorales esplénicas como causa de rotura esplénica espontánea

Martos Rojas, Noemí; Soler Humanes, Rocío; Ramos Muñoz, Francisco; García García, Blanca; Pico Sánchez, Leila, Bravo Arenzana, Luis Miguel; De Luna Diaz, Resi

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: El angioma esplénico de células litorales es una tumoración vascular benigna infrecuente del bazo (50 casos aproximadamente recogidos en la literatura), que deriva de las células que rodean los senos de la pulpa roja del bazo.

Objetivos: Presentamos un caso clínico en el que dicho tumor fue causante de una rotura esplénica espontánea.

Material y métodos: Mujer de 60 años que acude a servicio de urgencias por síncope de repetición y astenia de 3 días de evolución, así como oligoanuria y molestias en hipocondrio izquierdo. Se detecta anemia con Hb de 5,8, realizándose transfusión de 3 concentrados de hemoderivados con control post-transfusional con Hb de 6,2. La exploración abdominal fue anodina. Tras realizar TAC de abdomen se aprecia bazo aumentado de tamaño heterogéneo y mal definido con hemoperitoneo asociado compatible con rotura esplénica espontánea-postraumática. La paciente no había sufrido traumatismo abdominal que justificara rotura esplénica postraumática.

Se realizó esplenectomía de urgencia, hallándose hemoperitoneo de aproximadamente 2000cc y esplenomegalia con rotura capsular del bazo y desestructuración parenquimatosa.

Resultados: El bazo analizado pesaba 1050g, presentando lesiones nodulares de coloración pardo-violácea.

El análisis anatomopatológico de la pieza mostró una proliferación vascular con características diferentes según las zonas, unas con patrón nodular delimitado por bandas de colágeno y otras con canales vasculares de diversa morfología y tamaño, con proyecciones papilares en la luz que eran compatibles con un angioma de células litorales esplénicas, asociando áreas de aspecto nodular cuyas características son propias de Transformación Nodular Angiomatoide Esclerosante (SANT).

Tras la intervención la paciente precisó ingreso en área de cuidados intensivos durante 3 días, con buena evolución posterior, manteniéndose afebril, tolerando dieta progresivamente, sin dolor abdominal, con exploraciones normales y hemoglobinas en ascenso en analíticas de control, siendo dada de alta al 11º día postoperatorio.

Conclusiones: Los tumores vasculares son las neoplasias primarias más frecuentes del bazo.

En este caso encontramos una neoplasia vascular benigna poco frecuente, el angioma de células litorales esplénicas, entidad descrita por primera vez en 1991, con 50 casos reportados en la literatura. Clínicamente el 45% presentan esplenomegalia, a veces asociada a anemia, trombocitopenia o fiebre. En el 55% de los casos el hallazgo de la lesión es fortuito.

Hallamos también Transformación Nodular Angiomatoide Esclerosante (SANT), una tumoración benigna vascular descrita en 2004 y de la que existen unos 100 casos publicados. Suele ser asintomática, por lo que su detección suele ser incidental.

Perforación esofágica por cuerpo extraño y su manejo quirúrgico

Senent Boza, Ana; Reguera Rosal, Julio; Ramírez Plaza, César Pablo; Sacristán Pérez, Cristina; Dios Barbeito, Sandra; Guerrero Ramírez, José Luis; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: La perforación esofágica supone una emergencia clínica poco frecuente con alta tasa de morbimortalidad, particularmente en aquellos casos en los que se retrasa el diagnóstico y su tratamiento. No obstante, el pronóstico varía ampliamente en función de la etiología de la misma.

Caso clínico: Varón de 64 años con antecedentes quirúrgicos de apendicectomía, hernioplastia inguinal izquierda y amigdalectomía que acude a Urgencias por odinofagia y dolor retroesternal tras la ingesta de sopa de ave.

Otorrinolaringología descarta la presencia de cuerpo extraño en la faringe y Digestivo realiza endoscopia oral que objetiva una laceración esofágica posterior en esófago cervical.

Se realiza TAC cervicotorácico que evidencia perforación en esófago cervical con gran enfisema local, mediastinitis y cuerpo extraño en esófago distal.

En este contexto se traslada a nuestro centro para valoración por el servicio de Cirugía. A su llegada el paciente se encuentra consciente y orientado, con febrícula, taquipneico, taquicárdico y normotenso y se objetiva enfisema cervical.

Se decide intervención quirúrgica urgente. La cervicotomía exploradora objetiva perforación de cara posterior de la unión faringoesofágica. Se realiza cierre simple de la misma y plastia con el músculo esternocleidomastoideo. La laparotomía exploradora evidencia, tras abdominalización de esófago distal, cuerpo extraño óseo impactado sin perforación a este nivel. Se extrae el mismo a través de una gastrotomía subcardial mediante sonda de Foley y se realiza gastrostomía de alimentación tipo Stamm.

El paciente evoluciona favorablemente, siendo alta hospitalaria al 18º día postoperatorio, tolerando dieta oral y con TAC de control con resolución de la mediastinitis y sin evidencia de fuga esofágica.

Discusión: Las perforaciones esofágicas por cuerpo extraño son menos frecuentes que aquellas espontáneas o iatrogénicas y suelen revestir menor gravedad.

El manejo óptimo debe realizarse en un centro de referencia en esta patología.

El estudio de las características de la perforación (localización, extensión...) mediante endoscopia y TAC es imprescindible para planificar la cirugía en caso de que esté indicada.

El manejo no quirúrgico y el drenaje percutáneo de colecciones debe ser tenido en cuenta en función de la contaminación, el grado de sepsis y las características del paciente.

Resección de manguito rectal vía transanal a través de puerto único (TAMIS)

Vico Arias, A.B.; Conde Muiño, R.; Huertas Peña, F.; Segura Jiménez, I.; Palma P,

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Introducción: La cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) está teniendo un gran avance en los últimos años, siendo cada vez más utilizada, abriendo nuevas posibilidades e indicaciones quirúrgicas para distintas patologías que comprometen el tercio medio y superior del recto.

A continuación, presentamos dos casos clínicos, que presentaron problemas a nivel de muñón rectal y fueron intervenidos mediante esta técnica.

Material y métodos: Caso 1: Varón de 67 años con AP de ADC de recto T3N0 con resección anterior baja. En 2015 presenta estenosis de la anastomosis que se dilata endoscópicamente, en la que se produce perforación de trasverso y se decide intervención de Hartmann con colectomía total e ileostomía terminal por áreas de isquemia del colon. Durante el seguimiento el paciente presenta infecciones recurrentes del muñón rectal. En la rectoscopia realizada, se identifica

muñón rectal de 7 cm, con mucosa friable, sin otras alteraciones.

Dada la clínica se decide extirpación del neorecto mediante abordaje endoanal vía TAMIS, con disección del manguito neorrectal y extirpación del mismo.

Caso 2: Varón de 68 años con AP de neoplasia de recto T3No que recibió neoadyuvancia y posteriormente, en 2010 se realizó resección anterior baja e ileostomía de protección. Postoperatorio tórpido con dehiscencia de anastomosis, espondilodiscitis y meningitis secundaria, por lo que se realiza colostomía terminal. En el seguimiento, el paciente refiere clínica de rectorragia y supuración a través del muñón rectal, de meses de evolución. Se realiza rectoscopia hallando pequeño orificio que no se consigue sobrepasar con el rectoscopio, por el que presenta supuración.

Se interviene realizando disección interesfintérica previa a la colocación del puerto de gel. Una vez ajustado, se sigue con la disección perirectal bajo visión endoscópica del manguito rectal, hasta su exéresis completa.

Resultados: Ambos pacientes presentaron buena evolución, siendo dados de alta al 4º día. Las anatomías patológicas de cada uno describen ausencia de malignidad e inflamación crónica de las piezas resecadas. Los pacientes se encuentran asintomáticos y sin recidiva de la clínica por la que se intervinieron, con un seguimiento de 12 y 10 meses, respectivamente.

Conclusiones: La cirugía transanal por puerto único (TAMIS) está teniendo un gran avance en los últimos años, ya que ha permitido salvar las dificultades que presentan otros abordajes transanales como la TEM (necesidad de instrumentos especializados, mayor coste, importante curva de aprendizaje de la técnica), Así, el cirujano será capaz de aplicar esta técnica con un mínimo entrenamiento, utilizando los principios tanto de la laparoscopia convencional como de la laparoscopia por puerto único. Al utilizarse el mismo instrumental no precisa de un equipo específico, abaratando los costes.

Su uso se ha expandido hacia otras fronteras de la cirugía transanal, sirviendo como plataformas para la reparación de fístulas recto-ureterales y reservorios ileales, resecciones de recidivas adenomatosas, así como su utilización en proctectomías asistidas para resecciones ultrabajas de recto o como en nuestro caso, para resecciones del muñón rectal.

La malrotación intestinal: ¿Una patología infrecuente en el adulto?

Senent Boza, Ana; Camacho Marente, Violeta; Reguera Rosal, Julio; Marchal Santiago, Amando; García Muñoz, Patricia; Padillo Ruiz, Francisco Javier; Pareja Ciuró, Felipe
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: La malrotación intestinal resulta de la interrupción de la rotación del intestino durante el periodo embrionario y suele asociarse a otras anomalías congénitas. Aunque clásicamente se ha descrito en el periodo neonatal, hasta en un 48% según las series se presenta en la edad adulta,

habitualmente como cuadros inespecíficos de dolor abdominal y/o vómitos.

Caso clínico: Varón de 43 años con cardiopatía congénita intervenida al nacimiento sin otros antecedentes de interés. Acude a Urgencias por dolor abdominal y estreñimiento de 72 horas de evolución con vómitos en las últimas 24 horas.

A la exploración se encuentra consciente y orientado, afebril y taquicárdico. Presenta distensión abdominal, con dolor y defensa en hemiabdomen derecho.

La analítica evidencia leucocitosis leve y la radiografía de abdomen en bipedestación, niveles hidroaéreos de intestino delgado en hipocondrio derecho.

Indicamos ecografía abdominal que sólo objetiva esteatosis hepática y esplenomegalia sin otros hallazgos, por lo que se solicita TAC abdominal urgente en el que observamos un agrupamiento de asas de intestino delgado en mesogastrio secundario a una malrotación intestinal como condicionante del cuadro obstructivo, localizándose ángulo de Treitz en situación derecha, ciego en hipocondrio izquierdo y colon descendente en flanco derecho, aunque sin torsión vascular ni alteraciones que sugieran sufrimiento intestinal.

Decidimos manejo conservador del cuadro obstructivo, colocando sonda nasogástrica en aspiración y administración de gastrografín por la misma. 24 horas después el paciente presenta deposiciones y se objetiva paso de contraste a colon mediante control radiográfico. Es alta hospitalaria a las 48 horas de su ingreso con tolerancia oral y cita en consulta.

Discusión: La malrotación intestinal puede presentarse a cualquier edad con gran variedad de síntomas, siendo su prevalencia en la edad adulta mayor a lo que clásicamente se ha descrito. Aunque su diagnóstico durante la infancia se realiza de forma precoz por la alta sospecha, los adultos suelen presentar síntomas durante años antes del mismo.

Las formas más graves de presentación, como el vólvulo o la isquemia intestinal, son independientes de la edad o la cronicidad de los síntomas.

En adultos supone un reto diagnóstico y la prueba diagnóstica de elección es la TAC abdominal.

La indicación de cirugía en los casos poco sintomáticos es controvertida.

En aquellos casos muy sintomáticos, el procedimiento de Ladd es de elección para minimizar el riesgo de vólvulo e isquemia intestinal.

Diagnóstico diferencial ante la neumatosis gástrica

Martos Rojas, Noemí; Sánchez Barrón, María Teresa; Pico Sánchez, Leila; Muñoz Ramos, Francisco; García García, Blanca; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; De Luna Díaz, Resi
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: La presencia de neumatosis gástrica es un hallazgo poco frecuente que obliga a diferenciar entre enfisema gástrico y gastritis enfisematosa.

El enfisema gástrico se trata de un proceso generalmente asintomático y autolimitado, mientras que la gastritis enfi-

sematosa es una infección de la pared gástrica cuya mortalidad oscila entre el 60-80%.

La etiología, clínica, pronóstico y tratamiento son diferentes, por lo que es de suma importancia un correcto diagnóstico diferencial.

Objetivos: Presentamos un caso clínico en el que destacamos la importancia de la correlación entre clínica y pruebas complementarias en el diagnóstico diferencial de la neumatosi- sis gástrica.

Material y métodos: Paciente de 50 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1, síndrome rígido-acinético-tremó- rico derecho y trastorno esquizotípico, que acude a urgencias por hipoglucemia tras intento autolítico con insulina. Duran- te su estancia en observación presenta molestias asociadas a la distensión abdominal así como vómitos repetidos a pesar de sonda nasogástrica, por la que expulsa contenido gástrico de retención/posos de café. No presenta en ningún momento dolor abdominal ni signos de irritación peritoneal. Analític- amente muestra ligera anemia, sin leucocitosis y una gaso- metría sin acidosis metabólica. En la radiografía de abdomen se aprecia gran dilatación gástrica. Sospechando hemorragia digestiva alta se solicita gastroscopia, recomendándose por Digestivo la realización de TAC previa, la cual muestra una dilatación gástrica muy severa sin causa obstructiva, burbujas aéreas en pared de fundus gástrico y duodeno proximal así como en porta y ramas portales intrahepáticas compatible con gastritis enfisematosa. La endoscopia informa de necrosis extensa y total de la pared gástrica a nivel de cuerpo, con inflamación, escaras y sangrado espontáneo.

Dados los antecedentes personales, la calidad de vida previa y que se mostró en todo momento estable hemodinámicamente y sin signos de sepsis, se decidió tratamiento conservador con antibioterapia de amplio espectro, dieta absoluta y nutrición parenteral total.

Resultados: Buena evolución durante su ingreso, retirán- dose SNG e iniciando tolerancia al 3º día que se fue aumentando progresivamente con éxito. La antibioterapia con piperacili- na-tazobactam y metronidazol se suspendió al 7º día y el alta se produjo al 17º día por la necesidad de nutrición y el pro- blema social de la paciente, estando la paciente asintomática y sin recidiva del cuadro hasta la fecha.

Conclusiones: Pese al apoyo en las pruebas complementarias, es fundamental hacer hincapié en la clínica y la explo- ración para hacer el diagnóstico diferencial entre estas dos patologías, una benigna y autolimitada y otra de pronóstico infausto, sobre todo en casos de disociación clínico-radiológi- ca como el presentado.

Portoenterostomía en adultos

Sánchez-Sánchez, L.F.; Parra-Membrives, P.; Martín- Balbuena, R.; Sánchez-Gálvez, M.A.

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla

Introducción: La atresia de vía biliar (AVB) es la causa más frecuente de ictericia obstructiva en los primeros tres meses de vida y es responsable del 40% al 50% de todos los trasplan- tes hepáticos en niños del mundo. Es el resultado final de

un proceso inflamatorio fibroesclerosante y obstructivo que afecta a los conductos biliares intra y extrahepáticos, que fi- naliza con la fibrosis y obliteración del tracto biliar y eventual desarrollo de cirrosis biliar con hipertensión portal y falla he- pática, lo que provoca la muerte en los primeros años de vida si no media una intervención. La portoenteroanastomosis (Fig 1) temprana realizada en los dos primeros meses de vida ofrece la mejor oportunidad de supervivencia a largo plazo del paciente con hígado nativo.

Caso clínico: Mujer de 42 años, con antecedentes de “ciru- gía hepática” a las pocas semanas de vida, sin precisar. EA: Consulta por dolor abdominal a nivel de HCD, intermitente, acompañado de náuseas y vómitos. PPCC: analíticamente destaca AST: 70 ALT: 85 BT: 1.4. TAC abdominal/Colangiog- rafia: Ligera dilatación de árbol biliar, vesícula repleta de litiasis. Además, se reporta la presencia de anastomosis cole- cistoentérica (Fig 2), y ausencia de colédoco diagnosticándose por lo tanto de una atresia biliar tipo I de la clasificación de Ohi (Fig 3).

Tratamiento quirúrgico: Resultados

Intervención: Colecistectomía más Portoenteroanastomo- sis laparoscópica.

Abordaje: Laparoscopia convencional con 4 puertos. (Dis- posición clásica para CL en posición Francesa).

Hallazgos: Colecistoyeyunostomía retrocólica, Colelitiasis.

Duración: 120 mim.

Complicaciones: Ninguna.

Post-operatorio: Evoluciona favorablemente. Alta al 3er día.

AP: Datos de colecistitis crónica.

Conclusión: La derivación biliodigestiva por atresia biliar (Portoenterostomía de Kasai) constituye una alternativa al trasplante hepático en el manejo de éste tipo de malforma- ciones y son exclusivas de la etapa neonatal, sin embargo en un pequeño porcentaje de pacientes (5%), en los que la atresia es incompleta (Atresia tipo I de la clasificación de Ohi), se puede realizar una derivación colecisto-entérica para solven- tar la urgencia de la obstrucción biliar y someter al paciente en el futuro a una derivación biliodigestiva en el futuro, como es el caso de ésta paciente que presentamos.

Indicación de cervicotomía por pólipo esofágico gigante

Blanco Elena, J.A.; Montiel Casado, M.C.; Mirón Fernández, I.; Moreno Ruiz, F.J.; Rodríguez Cañete, A.; Bondía Navarro, J.A.; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Los tumores benignos de la hipofaringe y del esófago son infrecuentes suponiendo menos del 0,5% de todas las tumoraciones esofágicas. Los síntomas más frecuentes son disfagia progresiva, odinofagia y regurgitación intraoral de la masa tumoral. La mayoría de estos tumores aparecen en individuos por encima de los 50 años de edad y predominan en el sexo masculino. La obstrucción de la laringe es una complicación infrecuente pero grave. En la revisión biblio- gráfica, hemos encontrado publicados 13 casos letales.

Describimos el caso un varón de 66 años, sin antecedentes de interés, que porta pólipo esofágico gigante diagnosticado por endoscopia. La lesión se extiende desde el seno piriforme izquierdo hasta la región del esófago medio, sobrepasando el nivel de la carina, con densidad mixta en estudio tomográfico, altamente sugestivo de pólipo fibrovascular.

Se intenta exéresis de pólipo endoluminal localizado mediante esofagoscopia rígida sin posibilidad de realizar resección del pedículo con seguridad, por lo que se desestima y se decide abordaje cervical. Se procede a cervicotomía lateral izquierda. Se identifica esófago cervical dilatado. Se identifica pólipo bilobulado endoluminal de gran tamaño (20 cm) muy adherido a la mucosa esofágica. Se realiza disección del pólipo identificando pedículo que se secciona con endoGIA carga blanca. La esofagotomía se cierra con sutura entrecortada. El postoperatorio inicial transcurrió sin incidencias. El paciente persiste asintomático y con buena tolerancia oral 12 meses después de la técnica.

Los pólipos fibrovasculares esofágicos son tumores benignos submucosos e intraluminales compuestos por tejido fibroso, células adipocitarias y estructuras vasculares, cubiertos por epitelio escamoso normal. La actitud terapéutica depende básicamente del tamaño y de la cantidad de tejido vascular del pólipo. Los de pequeño tamaño y escasa vascularización se extirpan por vía endoscópica, mientras que en los de mayor tamaño o gran vascularización el tratamiento de elección es la resección quirúrgica a través de esofagotomía por vía cervical. La recidiva tumoral es rara, pero existen casos de recurrencia.

Afectación metastásica de psoas iliaco contralateral a carcinoma de colon

Robayo Soto, Paúl; Maes Carballo, Marta; Reyes Moreno, Montserrat; Plata Pérez, Ignacio; Martín Díaz, Manuel; Ferrer García, Guillermo

Hospital Santa Ana de Motril. Granada.

Introducción: El carcinoma colorrectal es el segundo tumor maligno más común en los países desarrollados.

Las vías de diseminación del cáncer colorrectal pueden ser hematogena, linfática o por contigüidad, variando su frecuencia en función del segmento afectado por el tumor primario. Las localizaciones más frecuentes de las metástasis son el hígado (75%) y el pulmón (5-50%).

Caso clínico: Hombre de 58 años, originario de Turquía. Consulta por cuadro de peritonitis de 4 días de evolución. Análítica: leucocitosis y PRC elevada. Rx de tórax: neumoperitoneo. TC de abdomen: Colección hidroaérea de 30 mm entre asas intestinales. Engrosamiento de colon descendente sugerente de neoplasia. Adenopatías retroperitoneales. Masa de 7 cm de diámetro en músculo iliaco derecho que provoca osteólisis en la pala iliaca subyacente.

Se interviene quirúrgicamente por peritonitis difusa secundaria a tumoración perforada en colon izquierdo que infiltra a la pared abdominal, y se observa tumoración en músculo psoas derecho. Se realiza resección de Hartmann.

Histopatología: Adenocarcinoma de colon que perfora el

peritoneo visceral e infiltra el parietal. Afectación focal de músculo psoas por adenocarcinoma de probable origen colónico.

Tras recibir antibiótico-terapia es dado de alta a los 8 días.

Discusión: El carcinoma colorrectal es una de las neoplasias más habituales (15% de los tumores diagnosticados), siendo las vías de diseminación más frecuentes:

Linfática: a través de los ganglios que siguen los vasos cólicos. Hematógena: través de los vasos de la pared colorrectal y, mediante el drenaje venoso portal, al hígado. Los tumores del tercio inferior del recto drenan en la cava inferior, causando metástasis pulmonares, óseas, cerebrales. Peritoneal: poco frecuente, de pronóstico infausto. Por contigüidad: pueden determinar invasión y/o fistulización de órganos vecinos como asas intestinales, vejiga urinaria, vagina, etc. En nuestro caso la afectación del psoas iliaco derecho contralateral al tumor primario (colon izquierdo), es algo excepcional.

Apendicitis aguda secundaria a parasitosis intestinal

Delgado Morales, Mariela Milagros; Rodríguez Padilla, Angela; Martínez Mojarro, Rocío; García Del Pino, Beatriz; Beltrán Miranda, Pablo; Tejada Gómez, Antonio; Balongo García, Rafael

Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

Introducción: La apendicitis aguda representa la primera causa de cirugía urgente en países desarrollados. Las causas de apendicitis aguda son multifactoriales. Las más comunes son hiperplasia linfoide, estasis fecal y fecalitos, siendo causas menos frecuentes los tumores apendiculares y muy raros los casos de parasitosis de localización apendicular. El examen histopatológico de la pieza permite confirmar el diagnóstico de apendicitis aguda (el cual se descarta hasta en un 15% de los casos), diagnosticar tumores apendiculares e identificar elementos parasitarios asociados o no a inflamación apendicular. La infección por parásitos es una entidad poco frecuente de apendicitis aguda. La presencia de parásitos en la luz apendicular puede producir clínica de "cólico apendicular" sin que exista necesariamente respuesta inflamatoria (causa de falsos positivos de apendicitis aguda). En caso de progresión, la obstrucción puede desencadenar sobrecrecimiento bacteriano y con ello el cuadro de apendicitis aguda parasitaria.

Objetivos: Documentar el caso de una paciente joven con clínica de apendicitis aguda probablemente secundaria a parasitosis intestinal.

Material y métodos: Mujer de 29 años que acude a urgencias con clínica de dolor tipo cólico, localizado en fosa iliaca derecha, de 48 horas de evolución, asociado a hiporexia. Refiere que meses antes de la intervención había tenido "lombrices perianales", y que siguió tratamiento con mebendazol. A la exploración, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en FID, sin palparse masas ni megalias. Blumberg +. En la analítica presenta leucocitosis con neutrofilia.

Con el diagnóstico clínico de apendicitis aguda se decide intervención quirúrgica. Se identifica gran cantidad de pus y el apéndice subseroso, de localización retrocecal. Al con-

tinuar con la disección, se identifica el apéndice gangrenoso perforado con salida de parásitos. Se realiza apendicectomía.

Resultados: Buena evolución postoperatoria. La anatomía patológica de la pieza fue informada como Apendicitis aguda gangrenosa, con perforación, además de un ganglio linfático con linfadenitis reactiva. No informa la presencia de parásitos.

La paciente se encuentra actualmente en seguimiento y control por el servicio de digestivo. Se ha solicitado desde dicha consulta estudio de heces (parásitos y coprocultivo).

Conclusiones: En la mayoría de pacientes la infección apendicular por parásitos es asintomática.

En los casos de apendicitis aguda por parásitos el tratamiento de elección consiste en la apendicectomía completando el tratamiento con medicamentos (albendazol/mebendazol en casos de helmintos). Es necesario tratar al círculo familiar cercano, incluso a los asintomáticos, ya que pueden servir de reservorio en caso de no ser tratados.

Tricobezoar: clínica, diagnóstico y tratamiento: a propósito de un caso

Martos Rojas, Noemí; Ramos Muñoz, Francisco; Hernández González, José Manuel; Sánchez Viguera, Teresa; Pico Sánchez, Leila; García García, Blanca; Torres Sierra, Juan Bautista

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: El tricobezoar gástrico es una causa poco común de masa epigástrica que se asocia a tricotilomanía y tricofagia y que frecuentemente aparece en mujeres jóvenes con historia de comportamiento ansioso y trastorno psiquiátrico asociado. Esta entidad puede debutar con una variedad de síntomas, desde una masa epigástrica asintomática hasta la obstrucción intestinal o anemia por sangrado crónico intestinal.

Objetivo: Presentamos un caso clínico sobre un tricobezoar gástrico, en el que pretendemos describir el abordaje diagnóstico y terapéutico llevado a cabo.

Material y métodos: Mujer de 14 años que debuta con masa abdominal en epigastrio asociada a dolor abdominal, hiporexia, náuseas y vómitos, con antecedente de tricotilomanía y tricofagia. Como pruebas complementarias se realizaron radiografía simple de abdomen, ecografía y TAC, apreciándose dilatación de cámara gástrica, con masa heterogénea compatible con tricobezoar gástrico. En la gastroscopia se objetiva molde de pelo que ocupa casi la totalidad de la luz del fundus, cuerpo y antro, permitiendo el paso del endoscopio. Dado el gran tamaño y la consistencia firme del cuerpo extraño, no era subsidiario de extracción endoscópica, por lo que se decide intervención quirúrgica diferida, ingresándose a la paciente y programando la intervención a los 3 días de su ingreso, ya que no presentaba obstrucción completa.

Resultados: La cirugía se llevó a cabo mediante laparotomía media supraumbilical y gastrotomía, extrayéndose tricobezoar de gran tamaño que ocupaba casi la totalidad de la cámara gástrica con forma arriñonada y consistencia pétreo.

Tras la extracción se lavó con abundante suero fisiológico y se realizó cierre de gastrotomía en monoplano con sutura trenzada irreabsorbible.

La paciente presentó buena evolución postoperatoria, con retirada de sonda nasogástrica e inicio de tolerancia oral al 3º día postoperatorio con éxito, incrementando dieta progresivamente sin presentar complicaciones. Se procedió a alta domiciliaria al 6º día postoperatorio.

Tras revisión en consulta al mes, la paciente presentaba una cicatriz hipertrófica, sin más complicaciones.

Conclusiones: Debemos realizar una historia clínica completa y detallada para llegar a una buena sospecha diagnóstica y seleccionar de este modo las pruebas complementarias pertinentes para confirmarla.

Así mismo, es necesario individualizar cada caso para plantear una buena estrategia terapéutica según las características del paciente y del tricobezoar, pudiendo escoger entre la extracción endoscópica, la laparoscopia y la laparotomía teniendo en cuenta las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, e incluyendo un seguimiento por parte de Psiquiatría.

Fracaso Renal Agudo secundario a Hipercalcemia por Hiperparatiroidismo Primario

Rodríguez Padilla, Ángela; González Benjumea, Paz; Escoreca Suárez, Ignacio; Morales Martín, German; Utrera González, Antonio; Candón Vázquez, Juan; Balongo García, Rafael

Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

Introducción: El hiperparatiroidismo primario es un trastorno generalizado del metabolismo del calcio, fosfatos y del hueso por aumento de la secreción de hormona paratiroidea. Al aumentar las concentraciones de parathormona (PTH), aparece hipercalcemia e hipofosfatemia. Es causado por la presencia de uno o más tumores de la glándula. Las manifestaciones son muy variadas.

Actualmente, la afectación renal debido al depósito de calcio en el parénquima o por nefrolitiasis recurrente es menor del 20%. La nefrocalcinosis también puede deteriorar la función renal y producir retención de fosfato.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 70 años colecistectomizada, hipertensa bien controlada y en seguimiento por su Médico de Atención Primaria por Síndrome Depresivo. Estudiada por anemia y astenia progresiva, sin anorexia ni pérdida ponderal. Asocia polaquiuria sin polidipsia, mialgias y dolores óseos generalizados. En analítica control se detecta anemia normocítica normocrómica e insuficiencia renal con creatinina de 3,3 mg/dl, urea 120 mg/dl y filtrado glomerular de 45, asociado a una crisis hipercalcémica, con cifras de calcio total 14.4, fósforo 3, PTH 1468 pg/ml, con T4 y TSH normales.

Resultados: Se completa el estudio mediante ecografía y gammagrafía de tiroides en las que se aprecian una formación nodular hipoeoica de aproximadamente 16,8 mm, vascularizada, que capta radiotrazador, de localización paratraqueal derecha y ligeramente posterolateral, compatible con hiper-

plasia o adenoma de paratiroides, por lo que se decide tratamiento quirúrgico programado. Se interviene realizándose paratiroidectomía inferior derecha sin incidencias, siendo informada la anatomía patológica como adenoma de paratiroides. La paciente evoluciona favorablemente con descenso de la calcemia hasta normalización de la misma y mejoría progresiva de la función renal, por lo que es dada de alta al séptimo día del ingreso con seguimiento en consultas externas de Nefrología.

Conclusión: La crisis hipercalcémica (niveles de calcemia > 13,5 mg/dl) es una emergencia endocrina rara y una forma de presentación poco frecuente del hiperparatiroidismo primario. Su incidencia se encuentra entre el 4 y el 6,7% de los HPTP. Se caracteriza por hipercalcemia severa, insuficiencia renal y alteración del estado de conciencia. En estos casos, la insuficiencia renal aguda puede ser debida a la poliuria inducida por la hipercalcemia.

El diagnóstico precoz y el tratamiento intensivo con rehidratación agresiva, diuréticos de asa e inhibidores de la resorción ósea, asociados a paratiroidectomía urgente, produce mejoría importante de los síntomas y excelentes resultados a largo plazo, normalizando la función renal.

Paraganglioma pancreático, un tumor neuroendocrino muy poco frecuente

González Benjumea, Paz; Rodríguez Padilla, Ángela; Delgado Morales, Mariela; Beltrán Miranda, Pablo; Bejarano González-Serna, Daniel; Candón Vázquez, Juan; Balongo García, Rafael

Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

Introducción: Los paragangliomas son tumores infrecuentes (6-17% de los feocromocitomas) que pueden originarse en cualquier lugar donde exista tejido cromafín, es decir, a lo largo de la cadena ganglionar simpática paraaórtica, en el órgano de Zuckerkandl, en la vejiga y en la cadena ganglionar simpática, en el cuello o el mediastino.

La mayoría son esporádicos y solo el 10% son hereditarios, y se asocian sobre todo al síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2, la enfermedad de von Hippel-Lindau, la neurofibromatosis tipo 1 y el paraganglioma familiar.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 45 años con artritis reumatoide, sin antecedentes quirúrgicos de interés. Estudiado por Digestivo por síndrome emético, dolor postprandial y síndrome constitucional. Se completa estudio mediante TAC y RNM apreciándose una lesión bien delimitada de 4 cm de diámetro, situada en ligamento hepatoduodenal, con focos centrales necróticos compatible con tumor de tejido conectivo.

Resultados: Tras valoración por Unidad de HBP se decide tratamiento quirúrgico programado. Se realiza exéresis de la tumoración sin afectación de la cabeza pancreática. En el estudio anatomopatológico observamos una tumoración bien delimitada constituida por cordones y rosetas de elementos celulares de citoplasma amplio y eosinófilo, con inmunohistoquímica positiva para cromogranina, sinaptosina, enolasa

y S-100 y negativo para CEA y HCG, compatible con tumor pancreático neuroendocrino/paraganglioma.

Conclusión: El paraganglioma pancreático es un tumor neuroendocrino que afecta a 1 de cada 2 millones de pacientes. La mayoría siguen un curso benigno. El diagnóstico preoperatorio es difícil de obtener, ya que en ocasiones se confunde con otros tipos de tumores. Se presentan como un tumor sólido pequeño o grande de características quísticas. El tratamiento es quirúrgico, indicándose la resección o enucleación de la lesión.

Linfoma tiroideo: Neoplasia infrecuente del tiroides

Sánchez-Sánchez, L.F.; Martín-Balbuena, R.; Gómez-Rubio, D.; Sánchez-Gálvez, M.

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla

Introducción: El linfoma tiroideo es una enfermedad rara, que supone menos del 2% de las neoplasias tiroideas. En la mayoría de los casos aparece tras un crecimiento rápido de una lesión tiroidea, y casi siempre asociado a un diagnóstico inicial de una tiroiditis crónica de Hashimoto. Habitualmente son linfomas no hodgkinianos tipo MALT (tejido linfoide asociado a mucosas). El tratamiento suele ser quirúrgico, en la mayoría de los casos para lograr la confirmación diagnóstica, combinado posteriormente con ciclos de quimioterapia, asociada o no a radioterapia local. El pronóstico y la evolución dependen del grado de extensión y del estadio del tumor en el momento del diagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 49 años, con antecedentes de hipotiroidismo primario autoinmune en tratamiento con levotiroxina, EA: Consulta por percibir desde hace 3 semanas nodulación cervical izquierda, de rápido crecimiento PPCC: analíticamente sin alteraciones. TSH: 1,38, T4: 1,49 ECO Tiroidea: Masa heterogénea en LTI de 42x34x57 mm. TIRADS 5. (Fig2). TAC de Cuello: Lesión sólida en istmo y LTI de 5x4x6 cm, con componente endotorácico y ligera desviación de la tráquea. (Fig2). PAAF: Hallazgos histológicos indicativos de infiltración por linfoma de alto grado.

Tratamiento: Resultados

Intervención: Ante la alta sospecha de linfoma tiroideo según los resultados de la PAAF, se solicita BAG para mejor caracterización histopatológica.

BAG: Extensa infiltración por proceso Linfoproliferativo, Inmunofenotípicamente B de alto grado y patrón de crecimiento difuso. En el estudio Inmunohistoquímico las células son positivas para c-myc, CD10, bcl-6 y CD5, y negativas para bcl-2, CD30, ciclinaD1, Tdt y p53. Con un Ki67 entorno al 90-95%. El inmunohistoquímico descrito es compatible con Linfoma B inclasificable, con hallazgos intermedios entre Linfoma B difuso de células grandes y Linfoma de Burkitt.

Se envía a la paciente para tratamiento quimioterápico.

Conclusión: El linfoma tiroideo es un tumor poco frecuente, aunque la citología por punción puede ser útil para su diagnóstico, suele ser difícil de diferenciar de una tiroiditis linfocitaria crónica, y son necesarias muestras quirúrgicas para establecer el diagnóstico correcto, con estudios inmunohistoquímicos posteriores. Existe, en la actualidad la posibi-

lidad de realizar análisis moleculares específicos mediante el empleo de técnicas de reacción en cadena de la polimerasa, que permiten el análisis de ácido ribonucleico de células obtenidas por BAG. Resaltar la importancia en la actualidad del estudio inmunohistoquímico de muestras obtenidas por biopsia por punción, ya que esto agiliza los resultados y evita la realización de biopsias quirúrgicas, con todos los beneficios que ello conlleva.

Recidiva tumoral sobre cicatriz de Pfannestiel

Corrales Valero, E.; Ramos Muñoz, F.; Sanchez Barrón, M.; Martos Rojas, N.; Rivera Castellano, J.; Monje Salazar, C.; Ocaña Wilhemi, L.T.; Lobato Bancalero, L.A.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: La recidiva del cáncer colorrectal en la pared abdominal tiene incidencia similar tanto en cirugía laparoscópica como convencional, aproximadamente entre el 0,5 y 1,8%, y el período de aparición de las mismas va desde los 7 días hasta los 44 meses. Además de los factores propios de la tumoración como el estadiaje o el grado de extensión local, hay otros factores puramente mecánicos que pueden jugar un papel protagónico; como la manipulación del tumor y el contacto directo entre éste y los sitios de puertos o heridas quirúrgicas.

Material y métodos: Paciente de 73 años intervenido previamente de RAB laparoscópica con ileostomía de protección por adenocarcinoma de recto inferior. En el postoperatorio sufre una dehiscencia de la anastomosis bien tolerada, y además se informa la AP con margen distal de la pieza afecto por lo que se decide reintervención. Se lleva a cabo amputación abdominoperineal realizada a través de la incisión de pfannestiel previa, con colocación de malla plana de polipropileno supraaoneurotica para el cierre.

Tras 2 años de revisión presenta nódulo en la pared abdominal sugestivo de recidiva tumoral.

Resultados: Se realiza intervención donde se aprecia recidiva en la pared abdominal en contacto directo con material protésico de la malla, sin dependencia ni infiltración intestinal y que mantiene peritoneo parietal íntegro. Se reseca por completo la lesión y se realiza reconstrucción de la pared abdominal.

Conclusiones: Finalmente la causa de las recurrencias parietales en el abordaje laparoscópico del cáncer colorrectal aún no están completamente comprendidas; pero pueden tomar medidas tanto en la cirugía abierta como laparoscópica que disminuyan la incidencia: Evitar la manipulación directa del tumor y el trauma local. Evitar el contacto directo entre el tumor y la piel, sutura de sitios de trócares para evitar el acceso del líquido peritoneal potencialmente contaminado.

Tuberculosis intestinal. La gran simuladora

Corrales Valero, E.; Martos Rojas, N.; García García, B.; Pico Sánchez, L.; Ramos Muñoz, F.; Hinojosa Arco, L.C.; Cuba Castro, J.L.; Monje Salazar, C.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: La tuberculosis abdominal es la sexta forma de presentación de TBC extrapulmonar. La TBC llamada también la gran simuladora supone un reto diagnóstico pudiendo confundirse con patología neoplásica, bacteriana o enfermedad de Crohn; por lo que es fundamental pensar en el diagnóstico diferencial tanto en la colonoscopia como en la anatomía patológica.

Material y métodos: Paciente de 29 años, con diagnóstico clínico y radiológico reciente de enfermedad de Crohn (AP de colitis granulomatosa) en el que se instaura tratamiento inmunosupresor y corticoideo tras mantus y booster negativos. Ingresó dos meses tras el diagnóstico por cuadro de síndrome febril diario, acompañado de un síndrome constitucional y tos con expectoración además de un aumento del dolor en FID. Se realiza TC de cuello, tórax y abdomen donde se diagnostica de TBC miliar y broncogena diseminada con posible afectación intestinal. Se instaura tratamiento tuberculostático pero durante el ingreso presenta dolor abdominal agudo, fiebre e irritación peritoneal por lo que se realiza cirugía urgente.

Resultados: En la intervención como hallazgo presenta peritonitis fecaloidea generalizada. Múltiples trayectos fistulosos entre asas de intestino delgado y perforaciones múltiples en número mayor de 15 de localización desde de yeyuno hasta ciego, asentadas sobre granulomas tuberculosos. Se realiza resección amplia de yeyuno e íleon, quedando 135cm libres desde ángulo de Treitz en el que se han realizado 7 suturas simples para cierre de perforaciones yeyunales, y se confecciona yeyunostomía con fístula mucosa. La anatomía patológica y microbiología de la pieza confirma TBC intestinal.

El paciente evoluciona favorablemente tras la cirugía y actualmente curación de la TBC con alta por parte de infecciosas. Presenta síndrome de intestino corto y está pendiente de cierre del estoma próximamente.

Conclusiones: La importancia del diagnóstico diferencial con la enfermedad de Crohn radica en el tratamiento con corticoides e inmunosupresores, que mejora la enfermedad de Crohn y puede ser fatal en la TBC. La cirugía queda reservada para las complicaciones, tales como perforaciones, fistulas, abscesos y la hemorragia masiva

SF-36: Sumatorio de componente físico y su relación con distintas variables en pacientes con cáncer colorrectal con indicación quirúrgica

Mera Velasco, Santiago; Ruiz López, Manuel; Villena Jimena, Amelia; García Linares, Ernesto; de Diego Otero, Yolanda; Carrasco Campos, Joaquín; Bergero Miguel, Trinidad; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivo: Identificar variables relacionadas con Sumatorio

de Componente Físico (SCF) en pacientes con cáncer de colon y recto diez días después del diagnóstico. El SCF agrupa las subescalas de funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal y salud general.

Metodología: 131 pacientes que acuden al Servicio de Cirugía Digestiva del Hospital Regional Universitario de Málaga.

Media de edad: 69,34 años (DT=10,84; rango=40-90)

Se les administró, previo consentimiento informado, entrevista sociodemográfica, Cuestionario de salud SF-36, Inventario de Depresión de Beck, Escala de desesperanza de Beck, Hospital Anxiety and Depression Scale, Termómetro de Distrés, Brief Resilient Coping Scale, Mindfulness Attention Awareness Scale, Subjective Happiness Scale.

Se realiza un análisis correlacional de los datos.

Resultados: Se observan correlaciones significativas positivas entre SCF y resiliencia ($r=0.30$; $p<0.001$), felicidad ($r=0.20$; $p<0.05$) y mindfulness ($r=0.25$; $p<0.001$), así como correlaciones inversas entre SCF y las variables psicopatológicas: distrés, ($r=-0.22$; $p<0.001$), depresión BDI ($r=-0.37$; $p<0.001$), depresión HADS ($r=-0.22$; $p<0.05$) ansiedad, ($r=-0.27$; $p<0.001$) desesperanza ($r=-0.23$; $p<0.001$).

Conclusiones: A peor funcionamiento físico, se observa peor salud mental y peor puntuación en las variables de protección psíquicas.

Aunque el diseño transversal del estudio no permite establecer relaciones causales, estos resultados invitan a profundizar sobre los mecanismos de acción del distrés que puede estar influyendo no sólo en la Calidad de Vida mental, sino también en la física.

Es importante que los profesionales sanitarios estén atento al distrés del paciente, dada la repercusión que este distrés podría tener en su calidad de vida, adherencia al tratamiento y recuperación.

El embarazo y el trasplante hepático: una realidad en nuestros días

Romacho López, Laura; Vilches Jiménez, José Carlos; Sánchez Pérez, Belinda; Galvez Montes, Milagros; Pitachr Martínez, Maria; Mirón Fernández, Irene; León Díaz, Francisco Javier, Fernandez Aguilar, José Luís; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional de Málaga

Introducción: La mejora en las técnicas quirúrgicas y el desarrollo de la inmunosupresión están permitiendo conseguir una plena integración de los pacientes trasplantados a la vida normal. La función reproductiva y la sexualidad, los cuales son importantes ítems en los estándares de calidad de vida, están muy afectados en la etapa final de la enfermedad hepática. Apenas un año tras un trasplante exitoso la mayoría de las mujeres en edad fértil han recuperado su función menstrual y están preparadas para el embarazo.

Objetivo: Estudiar los embarazos producidos en mujeres con un trasplante hepático en términos de complicaciones obstétricas, maternas, resultados neonatales y función del injerto tras embarazo.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo desde

Marzo 1997-Marzo 2016 de las pacientes trasplantadas hepáticas que se han quedado embarazadas. Variables: tiempo transcurrido desde el trasplante hepático hasta el embarazo, función hepática (previa, durante 1º, 2º y 3º trimestre de embarazo, post embarazo y RCA) tipo de inmunosupresión, complicaciones obstétricas (diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, preclamsia, eclamsia, Sd de HELLP, metrorragia, infección, trombosis venosa y rotura prematura de membranas pretermino), tipo de parto y complicaciones periparto (desprendimiento de placenta, parto prematuro) y resultados perinatales (Apgar, peso, distress respiratorio, presencia de malformaciones y estado actual del recién nacido)

Resultados: Incluimos 845 trasplantes hepáticos, de los cuales 62 (7.3%) han sido en mujeres de edad fértil (r:18-45 años), de ellas 4 (6.45%) consiguieron 6 embarazos. La media de tiempo tras trasplante es de 9 años (r:3-19). De los 6 embarazos: 3 partos a término, un parto prematuro tardío (semana 36+2), un aborto tardío en semana 22 y un embarazo en curso actualmente en semana 30 de curso normal. La inmunosupresión empleada fue en 2 casos Tacrolimus y en 4 Ciclosporina. Función hepática: normal en todas las pacientes salvo en el caso de Sd de HELLP. Complicaciones obstétricas: una hipertensión inducida por el embarazo, 2 metrorragias del primer trimestre, un Sd de HELLP (en una paciente diabética previa e hipertensa crónica y una rotura prematura de membrana pretermino). Finalizaron 2 cesáreas y 3 partos vaginales. Resultados perinatales: 4 niños nacidos sanos sin complicaciones y un aborto.

Conclusiones: Los resultados obstétricos, periparto y perinatales en las pacientes con trasplante hepático se acercan cada vez más a los observados en la población general. La finalización de la gestación parece seguir una evolución natural sin tener que recurrir a la cesárea electiva. El embarazo tampoco constituye un desencadenante mayor de RCA o de alteración de la función hepática en esta cohorte de pacientes.

Manejo quirúrgico de fístula enteroatmosférica compleja en abdomen catastrófico y posterior síndrome de intestino corto

Nicolás De Cabo, Sara; Cabañó Muñoz, Daniel; Aranda Narváez, Jose; Titos García, Alberto; Cabrera Serna, Isaac; Miron Fernandez, Irene; González Sánchez, Antonio; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital regional universitario de Málaga Carlos de Haya

Introducción: La fístula enterocutánea es una complicación de altísima morbilidad y su manejo es complejo.

Objetivos: mostramos un caso de fístula enteroatmosférica con resolución quirúrgica satisfactoria.

Material y métodos: Mujer de 26 años ingresada diez meses con fístula enteroatmosférica en abdomen catastrófico. Intervenida de apendicitis aguda en estado de shock séptico, sufrió mala evolución postoperatoria, necesitando múltiples reintervenciones, siete resecciones intestinales y manejo de abdomen abierto.

Cuando se trasladó a nuestro hospital, ésta era su situación:

20 cm de yeyuno proximal con un cabo cerrado tutorizado al exterior.

60-80 cm de ileon, con cabo proximal cerrado tutorizado al exterior, en cuya longitud existían varias anastomosis intestinales y una fístula enteroatmosférica.

Después de preparar a la paciente nutricionalmente, fue intervenida.

Resultado: Tras adhesiolisis dificultosa, se aisló la fístula, reseándose 20 cm incluyendo la misma y dos anastomosis. Para lograr el cierre, se realizaron incisiones de descarga en aponeurosis de oblicuo mayor, colocándose malla supraaponeurótica.

Durante el postoperatorio la paciente presentó un síndrome de intestino corto, tratado con nutrición parenteral, enteral y factores de crecimiento (tedoglutide). Actualmente en seguimiento por endocrinología.

Conclusiones: El manejo inicial de la fístula enterocutánea es conservador, con buen soporte nutricional y tratamiento farmacológico. Se recomienda cirugía si éste ha fracasado a las 5-6 semanas, cuando el estado nutricional del paciente sea óptimo y las adherencias del proceso inflamatorio hayan disminuido.

El síndrome del intestino corto supone un estado de malabsorción causado normalmente por resecciones intestinales masivas. Su evolución depende de la longitud de la resección, el tramo reseado o la presencia de colon. Además es necesario un estrecho seguimiento endocrinológico y nutricional. Fármacos como el tedoglutide (análogo de la GLP-2), ayudan a hipertrofiar las microvellosidades intestinales favoreciendo la absorción de macronutrientes. Como último recurso en pacientes seleccionados existe la posibilidad de trasplante intestinal.

Tumor de GIST en intestino delgado: a propósito de un caso

Ortega Higuero, Rubén; Jiménez Armenteros, Francisco J.; Palomino Peinado, Nuria; Capitán Vallvey, Jose María

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: Los tumores de GIST surgen del tejido mesenquimatoso y constituyen alrededor del 20% de las neoplasias malignas del intestino delgado. Son más frecuentes en yeyuno e ileon y habitualmente se diagnostican en la quinta y sexta década de vida con ligero predominio masculino.

Suelen invadir la zona que se origina siendo las metástasis a distancia inusuales.

El tratamiento consiste en la resección quirúrgica del segmento afecto y la administración de imatinib (inhibidor de la tirosina cinasa).

El pronóstico ha sido tradicionalmente malo debido a la elevada frecuencia de recidivas. Sin embargo, con la aparición de los inhibidores de la tirosina cinasa queda por determinar la supervivencia global.

Objetivos: El objetivo es utilizando un caso, exponer la

sintomatología que producen este tipo de tumores y el tratamiento que se realizó.

Material y métodos: Hombre de 71 años que acude por dolor en FID de 24 horas de evolución sin alteración del tránsito ni vómitos. Fiebre de 38 grados.

Sin antecedentes de interés.

Abdomen blando, doloroso a la palpación en FID con defensa. Sensación de masa palpable a dicho nivel.

En analítica 13490 leucocitos y PCR 96

En TC informa de posible quiste de duplicación/mesentérico de 7,8 x 8,2 cm con abscesificación en asa de intestino delgado adyacente.

Resultado: Se realiza drenaje percutáneo sin mejoría por lo que se realiza resección de ID + anastomosis.

Postoperatorio sin incidencias.

AP: tumor de GIST perforado y quistificado con márgenes no afectos y bajo riesgo de progresión.

Conclusiones: El tumor de GIST es una entidad a tener en cuenta en tumoraciones que afectan a intestino delgado sobre todo en pacientes que sobrepasan la sexta década de vida. El diagnóstico en este caso es anatomopatológico tras su resección por lo que se instaurará tratamiento con imatinib.

Complicaciones de los reservorios venosos centrales: a propósito de un caso

Ortega Higuero, Rubén; Jiménez Armenteros, Francisco J.; Machuca Chiriboga, Pablo Xabier; Palomino Peinado, Nuria; Capitán Vallvey, José María

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: Los reservorios venosos centrales son dispositivos metálicos de pequeño tamaño que consta de una cámara conectada a un catéter (tubo de pequeño tamaño). El catéter va por debajo de la piel hasta llegar a una vena de calibre grueso. Generalmente se colocan en el tórax, pero también pueden implantarse en otras partes del cuerpo como el brazo o la zona inguinal.

Se utiliza para la administración de cualquier tipo de medicamentos, transfusiones sanguíneas y para la extracción de muestras de sangre, excepto los contrastes radiológicos.

La colocación se realiza en quirófano con anestesia local. Para comprobar que la implantación ha sido correcta, se realiza una radiografía de tórax.

Como todo procedimiento quirúrgico no está exento de complicaciones, entre ellas el neumotórax principalmente, la pérdida del catéter intraluminal o la mala colocación del mismo.

Objetivo: El objetivo es la utilización de un caso para ejemplificar una complicación rara como es la mala colocación de un reservorio.

Material y métodos: Mujer traslada de otro hospital por mal funcionamiento del reservorio venoso central colocado en vena subclavia derecha.

En la exploración se aprecia herida en fosa infraclavicular derecha y yugular derecha que rezuma suero cuando infundimos. No otro hallazgo.

En radiología se aprecia catéter mal colocado que da impresión de no estar intraluminal.

Resultado: Tras comprobar el mal funcionamiento del reservorio y la mala colocación del mismo se procedió a su extracción y a la colocación de otro reservorio de forma diferida.

Conclusiones: La colocación de un reservorio venoso central es un procedimiento quirúrgico relativamente sencillo y corto pero que no está exento de complicaciones, entre ellas la que presentamos en este caso como es la mala colocación del mismo, que se hubiera resuelto con su extracción y la posterior colocación de uno nuevo.

Leiomioma ovárico: a propósito de un caso de resección con reconstrucción vascular

Blanco Elena, J.A.; Nicolás de Cabo, S.; Pérez Daga, J.A.; Fernández Aguilar, J.L.; Sánchez Pérez, B.; León Díaz, F.J.; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: Los sarcomas de partes blandas son neoplasias poco frecuentes que representan el 1-2% de tumores sólidos. El diagnóstico de estas neoplasias es habitualmente tardío ya que producen expansión asintomática de espacios virtuales retroperitoneales sin apenas producir síntomas. El manejo de estos pacientes supone un reto clínico e incluye exéresis quirúrgica con intención curativa que, en ocasiones, puede llegar a alcanzar un alto grado de complejidad técnica.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 65 años diagnosticada de leiomioma de origen ovárico de alto grado. La exéresis quirúrgica de esta tumoración requirió la resección en bloque de vasos ilíacos izquierdos tanto arteria como vena y By-pass iliaco-femoral con prótesis de Dacron. También fue necesario asociar resección de recto-sigma en íntima relación con la tumoración y confección de colostomía terminal en FII. Posteriormente la paciente siguió tratamiento con radioterapia adyuvante. Durante el seguimiento llevado a cabo en el servicio de Oncología Radioterápica se detectó a los 26 meses recidiva tumoral parapiélica izquierda, precisando de nueva resección retroperitoneal sin necesidad de resección visceral asociada. En la actualidad, 33 meses tras la segunda cirugía, la paciente se encuentra libre de enfermedad y continúa seguimiento médico.

Discusión: El tratamiento definitivo de los sarcomas primarios extraperitoneales sigue siendo la resección quirúrgica. La quimioterapia y la radioterapia, como tratamientos únicos o en asociación, han resultado rara vez beneficiosos sin asociar una adecuada citorreducción de la masa tumoral. Esto implica en ocasiones la realización de resecciones vasculares con reconstrucción asociada, como en el caso que presentamos.

Pese a la resección óptima de estos tumores, el 74% de los pacientes presentará recidiva locorregional de la enfermedad. Cuando la reexéresis de la recidiva se plantea de forma precoz se consigue el control de la enfermedad hasta en el 90% de los pacientes.

Ascitis quillosa tras resección anterior de recto

Machuca Chiriboga, Pablo; Molina Barea, Rocío; Gutiérrez Sainz, Javier; Daban Collado, Enrique; Gómez Ortega, Antonio; Rueda López, Ana Isabel; Capitán, José María

Complejo Hospitalario Médico-Quirúrgico de Jaén

Introducción: La ascitis quillosa (AQ) se define como el acumulo de líquido linfático en la cavidad abdominal. Se produce como consecuencia de la obstrucción linfática con dilatación y extravasación de la linfa o por disrupción traumática de los vasos linfáticos.

Caso clínico: Varón de 60 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, estenosis carotídea intervenido por neoplasia de sigma en otro centro realizando sigmoidectomía cuya anatomía patológica fue de adenocarcinoma bien diferenciado pT3pN0Mo.

En la tomografía a computerizada que evidencia un aumento de adenopatía portal.

En el PEP-TAC se observa un aumento de la actividad metabólica a nivel de la anastomosis así como tres nódulos alineados en región presacra. El caso es presentado en el comité de tumores colorrectal decidiendo resección de anastomosis.

Es intervenido por recidiva de adenocarcinoma de sigma; en la que se realizó resección anterior con escisión total de mesorrecto y territorio ganglionar de la arteria mesentérica inferior. Los hallazgos encontrados fueron adherencias de intestino delgado así como recidiva postero-lateral adherida a fascia sacra posterior.

Durante el postoperatorio debuto con fuga quillosa; se deja al paciente en dieta absoluta, se inicia nutrición parenteral total baja en lípidos y octeotride 0.1mg sc cada 8h.

Veinticuatro horas después de instaurar el tratamiento el débito vuelve a ser seroso, se inicia tolerancia progresiva retirando el drenaje.

Conclusiones: La fuga quillosa tras la cirugía colorrectal es muy rara. El sistema linfático transporta la linfa de todo el organismo. El 50-90% de todo el flujo linfático deriva del intestino e hígado y contiene toda la grasa absorbida en forma de quilomicrones, de forma que el flujo de la linfa varía dependiendo de la grasa ingerida.

La incidencia real no está bien documentada dando cifras aproximadas de un caso por 20.000 ingresos en un hospital, la específica para cáncer colorrectal es muy baja y se basa fundamentalmente series de casos de diversos hospitales. Encontramos en la revisión bibliográfica una incidencia de ascitis quillosa de 1,0% después de 907 operaciones de cáncer colorrectal, con una mayor frecuencia en pacientes con tumores irrigados por el arteria mesentérica superior en comparación con la mesentérica inferior arteria así como aquellos en el que se ha tenido que hacer una disección linfática amplia.

Estudios predicen que el 75% de los casos se resolvieron con tratamiento conservador.

Linfangioma quístico retroperitoneal en adulto

Machuca Chiriboga, Pablo; González Callejas, Cristina; Delgado Estepa, Rafael; Majano Giménez, Eduardo; Ortega Higuieruelo, Rubén; Cobos Cuesta, Raquel; Capitán, José María

Complejo Hospitalario Médico-Quirúrgico de Jaén

Introducción: Los tumores retroperitoneales primarios constituyen una entidad clínica infrecuente. El origen es variado, pudiendo proceder de tejido neural, mesodérmico, cresta urogenital o restos embrionarios. La mayoría son de carácter maligno con de 70 y 80%, siendo el resto benignos. Los linfangiomas, tumor retroperitoneal benigno, son malformaciones congénitas hamartomatosas del sistema linfático que se caracterizan por aparecer en la infancia y raramente en adultos. Aproxima menos de 220 casos descritos en la literatura.

Caso clínico: Paciente de 41 años de edad sin antecedentes patológicos; con 3 intentos fallidos de fecundación in vitro, remitida desde el Servicio de Ginecología por presentar dolor abdominal en Fosa iliaca izquierda con sensación de masa que desplaza parametrio izquierdo.

RMN Abdominal: En la FII se confirma la presencia de una tumoración bastante extensa que se extiende a lo largo del trayecto de los vasos ilíacos izquierdos desde la altura de L5-S1 hasta la región del anillo inguinal externo. La tumoración sugiere componente quística aunque muestra en su interior señal algo heterogénea por la presencia de tabiques.

Los vasos ilíacos comunes izquierdos aparecen parcialmente rodeados por la lesión la cual recubre la cara del músculo iliopsoas. En conjunto la tumoración muestra una longitud de aproximadamente 15 cm y diámetro transversal de 5 cm.

La paciente es Intervenido; se realiza Escisión de peritoneo local, objetivando tumoración retroperitoneal localizada entre vasos ilíacos y ureter así como cúpula vesical. Disección de la misma. Revisión de hemostasia

El postoperatorio cursa sin complicaciones.

El estudio anatomopatológico de la pared quística permitió identificar un revestimiento interno constituido por células planas de células endoteliales, rodeado de fibras musculares lisas y estructuras vasculares de tipo linfático.

Discusión: Los tumores retroperitoneales primarios constituyen un grupo neoplásico de escasa incidencia, con cifras que oscilan entre el 0,07-0,2 % de la casuística global (1). Aproximadamente un 80 % son de carácter maligno. El rango de edad en el que se manifiestan predominantemente estos tumores abarca los dos primeros años de vida, siendo sintomáticos en más del 80 % de pacientes. En adultos suelen ser oligosintomáticos por gran crecimiento y compresión de estructuras anexas.

El tratamiento consiste en la extirpación completa de la lesión, con lo que se consigue un buen pronóstico. La ligadura de los vasos linfáticos que puedan objetivarse intraoperatoriamente resulta un factor importante en la prevención de residivas.

Hemosuccus pancreaticus; ruptura de pseudoaneurisma

Machuca Chiriboga, Pablo; Cobos Cuesta, Raquel; Daban Collado, Enrique; Rueda López, Ana Isabel; Pérez Alonso, Alejandro; Majano Giménez, Eduardo; Capitán, José María

Complejo Hospitalario Médico-Quirúrgico de Jaén

Introducción: El pseudoaneurisma de la arteria esplénica es una complicación rara de pancreatitis. La complicación hemorrágica es el síntoma que define el diagnóstico, pudiendo ser intermitente y presentando en más del 50% de los pacientes inestabilidad hemodinámica. El sangrado puede ser hacia tubo digestivo (60% de casos), hacia conducto pancreático "hemosuccus pancreaticus" (20,3%), hacia pseudoquiste pancreático (27%), hacia retroperitoneo (15%) y hacia cavidad abdominal (10%).

Caso clínico: Se presenta un caso de un varón de 43 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, enolismo crónico, pancreatitis necrotico-hemorrágica complicada con pseudoquiste diagnosticada hace un año. Ingresa en planta al presentar varios episodios de melenas y hematemesis.

Pruebas complementarias: AngioTAC abdominal : no se observa cuerpo ni cola pancreática, en su lugar existe colección de 12x6.6cm interior con extravasación activa de contraste en contacto con arteria esplénica, en relación con pseudoaneurisma parcialmente trombosado o pseudoquiste pancreático con fistulización arterial.

Tratamiento: Tras la imposibilidad de realizar embolización arterial debido a razones anatómicas y la nueva aparición de inestabilidad hemodinámica, se realiza cirugía de urgencia en la que se observa sangre en estomago, intestino delgado y colon, además de una masa inflamatoria retroperitoneal que engloba asa yeyunal. Se procede a la resección yeyunal con anastomosis latero-lateral, realizándose también esplenectomía y ligadura de arteria esplénica.

Discusión:

a) inflamación severa y autodigestión enzimática de una arteria pancreática o peripancreática que produce disrupción formando el pseudoaneurisma;

b) un pseudoquiste establecido que erosiona la arteria, convirtiendo al pseudoquiste en un gran pseudoaneurisma;

c) un pseudoquiste que erosiona la pared intestinal con sangrado dentro de la superficie mucosa.

Nuestro caso parece que fue debido a una combinación de los dos primeros principalmente.

Su mortalidad varía entre un 15 y un 50% cuando el tratamiento es eficaz y se relaciona con el estado previo del paciente y la rapidez en establecer diagnóstico.

El TAC abdominal es la primera medida diagnóstica, ya que permite mostrar el contenido sanguíneo en el interior del pseudoquiste pancreático. La arteriografía selectiva es la pruebas gold standard ya que confirma el diagnóstico.

La embolización supraseductiva proximal y distal del pseudoaneurisma supone el tratamiento de elección en pacientes asintomáticos con un pseudoaneurisma mayor a 1,5cm. Cuando ésta no es posible, se debe realizar cirugía, que variará en función de la localización del pseudoaneurisma.

Plastia en estrella, una solución a la colostomía estenótica

Machuca Chiriboga, Pablo; Gutiérrez Sainz, Javier; Molina Barea, Rocío; Daban Collado, Enrique; Majano Giménez, Eduardo; Ortega Higuieruelo, Rubén; Capitán, José María
Complejo Hospitalario Médico-Quirúrgico de Jaén

Introducción: Las complicaciones relacionadas con los estomas a menudo causan una significativa reducción en la calidad de vida y llevan a aislamiento social.

La estenosis de la colostomía terminal izquierda es poco frecuente, ocurriendo entre un 2-15% de las colostomías.

La mayoría se producen en los primeros cinco años de su formación.

La isquemia es la causa habitual de la estenosis del estoma aunque la infección y la retracción también pueden llevar a estenosis.

Las dilataciones locales con el dedo o tallos de Hegar son clásicas pero requieren múltiples sesiones y pueden producir más fibrosis por lo que su función es transitoria.

En ocasiones puede resolverse con plastias locales pero a veces se requiere realizar laparotomía y transponer el estoma a otra localización más conveniente, en algunas series hasta el 5% de las estenosis.

Recientemente Braldo et al han descrito una nueva plastia en W para el tratamiento de las estenosis aunque según ellos mismos es complicada técnicamente y consume mucho tiempo el realizarla.

Método: Se dibuja una estrella de cuatro puntas centrada en el estoma estenótico con la que se reseca el estoma y la mayor parte del tejido cicatricial peri estomal sin profundizar en el tejido subcutáneo, excepto alrededor de la pared del colon.

Se libera todo el colon distal hasta la aponeurosis. Se aborda el colon intraperitoneal a través de laparotomía o laparoscopia de manera que pueda liberarse totalmente el colon de todas sus adherencias y extraer un segmento del mismo a través de la pared para seccionarlo en tejido sano

Se cortan las puntas en los ángulos obtusos de la estrella a la distancia adecuada que determine el diámetro de la nueva colostomía.

Se inicia la sutura intradérmica de los cuatro brazos de la cruz, con un cuadrado en el medio a cuyos bordes se suturara con puntos sueltos de vicryl seromusculares intradérmicos la nueva colostomía. (fotos)

Ventajas: La plastia en estrella permite: 1.- Resecar el tejido cicatricial peri estomal. 2.- Mantener la misma localización del estoma. 3.- Mantener la superficie cutánea plana, permitiendo la correcta aposición de la bolsa a la piel. 4.- Permite diseñar el diámetro del orificio de la piel según el diámetro de la luz del colon, cortando más o menos las puntas obtusas de la estrella.

Enfermedad de Crohn apendicular: a propósito de un caso

Machuca Chiriboga, Pablo; Gómez Ortega, Antonio; Majano Giménez, Eduardo; Ortega Higuieruelo, Rubén; Cobos Cuesta, Raquel; Reguera Teba, Antonio; Molina Barea, Rocío

Complejo Hospitalario Médico-Quirúrgico de Jaén

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

La enfermedad de Crohn apendicular puede imitar a la apendicitis aguda con dolor en el cuadrante inferior derecho y no hay antecedentes de síntomas intestinales crónicos.

Caso clínico: Paciente de 34 años de edad, acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de 7 días de evolución, que las últimas horas se intensifica en fosa iliaca derecha. No náuseas ni vómitos. No fiebre. A la exploración abdomen blando, depresible, doloroso en FID. Blumbeg negativo.

TAC Abdominal: En FID se observa imagen tubular que presenta un diámetro de 2 cm, con importante trabeculación y edematización de la grasa y adenopatías adyacentes. Hallazgos en relación con apendicitis evolucionada. Ileón distal y restos de asas intestinales normal.

Paciente es intervenido por vía Laparoscópica, cuyos hallazgos fueron un plastrón apendicular retrocecal, con apéndice endurecido, engrosado, sin líquido libre.

La descripción anatomopatológica de apéndice cecal muestra una superficie con placas blanquecinas e irregulares. Hallazgos histológicos compatibles de E.I.I, tipo E. De Crohn.

Discusión: El diagnóstico prequirúrgico de apendicitis de Crohn es difícil, con una incidencia del 1.8%. El caso reportado tuvo un solo episodio de dolor y las características clínicas y radiológicas orientaban a una apendicitis aguda, no encontrando sintomatología de enfermedad de Crohn y el diagnóstico definitivo es anatomopatológico.

La enfermedad de Crohn apendicular es poco frecuente. Desde su primera referencia, en 1953, encontramos publicados en la bibliografía en torno a 200 casos. Esta enfermedad afecta generalmente a pacientes entre la segunda y la tercera décadas de la vida.

Es característico la evolución clínica sea prolongada en el tiempo e incluso recurrente.

Histológicamente la enfermedad se caracteriza por fenómenos inflamatorios transmurales con engrosamiento de pared, granulomas epitelioides, agregados de linfocitos y ulceraciones de la mucosa.

La apendicectomía fue la técnica quirúrgica empleada en todos los casos. La recurrencia postoperatoria varía entre el 3 y el 16%, valores muy inferiores a los obtenidos tras resección primaria en enfermedad de Crohn de otras localizaciones (34-58%).

Tras el diagnóstico de enfermedad de Crohn apendicular se deben realizar estudios postoperatorios de intestino delgado y colon para descartar otra localización de la enfermedad, además de un seguimiento mínimo de 3 años.

Hemoperitoneo postparto. Aprendiendo de un caso clínico excepcional

Retamar Gentil, Marina; Ruiz Lozano, Carlos; Gifre Casadevall, Eduard; Angulo González, Diego, Lago Rodríguez, Julio

Hospital De Manacor

Introducción: La hemorragia posparto (HPP) es la causa más importante de muerte materna en países desarrollados. Produciendo 125.000 muertes por año. Clásicamente se han atribuido como causas de la HPP la anormalidad del tono uterino, retención de tejido ovular y laceraciones o desgarros; también existen otras causas desarrollan hemorragias masivas espontáneas. Una de éstas es la rotura hepática espontánea complicación muy poco frecuente del síndrome de Hellp, en el contexto de una preeclampsia, y excepcional sin asociación con esta enfermedad.

Objetivo: Realizar una revisión de la literatura sobre la epidemiología, etiología, diagnóstico y manejo de la ruptura hepática espontánea en el embarazo.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 38 años, sin antecedentes patológicos previos, G2A0P2, embarazo de 36 semanas que ingresa para cesárea programada por posición transversa del feto. La gestación ha cursado sin incidencias. Refiere molestias en hipocondrio derecho desde 2 semanas antes sin repercusión sistémica por lo que no consulta. Analíticas previas al parto dentro de la normalidad.

Cesárea programada sin complicaciones. A las 4 horas postparto la paciente presenta sangrado vaginal importante con afectación hemodinámica, ante la sospecha de complicación uterina se decide revisión quirúrgica que demuestra hemoperitoneo con atonía uterina, por lo que se realiza histerectomía. Signos de sangrado de compartimento superior, se procede a hacer laparotomía media que evidencia hematoma de lóbulo hepático derecho con sangrado activo por rotura de la cápsula de Glisson. Se realiza hemostasia y empaquetamiento hepático con compresas. Postoperatorio inmediato en UCI para estabilización de la paciente.

Resultado: La paciente requiere nueva intervención por sangrado con realización de packing de ambos lóbulos hepáticos, y soporte hemodinámico con transfusión de hemoderivados. Evolución progresiva satisfactoria pudiendo retirarse el packing sin presentar otras complicaciones sistémicas.

En controles posteriores la paciente y el niño han presentado buena evolución clínica y analítica.

Conclusión: Aunque la rotura hepática espontánea se ha descrito en mujeres sin enfermedad de base y sin relación con la hipertensión, éste es realmente un fenómeno excepcional, La incidencia estimada es de 1/45000 y la mortalidad de la madre y el niño alta (15% y 42% respectivamente).

En la mayoría de los casos ocurre durante el tercer trimestre de gestación, o en las primeras 24 horas postparto. Siendo más frecuente en mujeres múltiparas y añosas.

La forma clínica típica de presentación es un hematoma localizado en la cara diafragmática del lóbulo derecho, por lo que la mayoría de las pacientes refiere dolor e hipersensibilidad a la palpación en el hipocondrio derecho.

Como este caso muestra, se trata de una entidad seria, que pone en riesgo la vida de la paciente y el feto. Por lo

tanto es necesario un alto índice de sospecha a pesar de los escasos síntomas iniciales. Sin embargo, debido a la rareza del cuadro, otras causas de shock hipovolémico o dolor abdominal postparto deben descartarse.

El tratamiento es comparable con el manejo de las lesiones traumáticas del hígado, siendo la estabilidad hemodinámica de la paciente la que marca el algoritmo diagnóstico-terapéutico.

Ileostoma derivativa temporal en el cáncer de recto bajo. Revisión de morbimortalidad

Sánchez Barrón, María Teresa; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Martos Rojas, Noemí; Ramos Muñoz, Francisco; Pico Sánchez, Leila; García García, Blanca; Marqués Melero, Eduardo; De Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: La ileostomía en asa es utilizada para disminuir la morbilidad ante una fuga anastomótica en resecciones de recto, aunque su realización y posterior cierre no están exentos de morbilidad (alteraciones hidroelectrolíticas, prolapso, cuadros suboclusivo, infección del sitio quirúrgico o fuga anastomótica).

Objetivos: Planteamos un estudio en el que analizamos la morbimortalidad asociada a la realización y el cierre de una ileostomía derivativa temporal en pacientes intervenidos de cáncer de recto.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo en el que incluimos pacientes con realización o cierre de ileostomía desde enero de 2014 hasta diciembre de 2015. Se incluyen 48 pacientes, con una edad comprendida entre 37 y 80 años (67% han sido varones y el 33% mujeres).

Resultado: La media de edad de los pacientes ha sido 61 años. El tiempo transcurrido desde la primera intervención hasta la reconstrucción ha oscilado entre 8 y 1550 días, con una mediana de 420 días. Han aparecido complicaciones relacionadas con la primera intervención en el 62.5% de los casos y en el 59.2% de las reconstrucciones del tránsito. Las complicaciones más prevalentes han sido: íleo postoperatorio en el 22.9% de los casos, diarrea y trastornos hidroelectrolíticos en el 29.1%, dehiscencia de anastomosis en el 8.3% y éxitus tras la intervención en el 2%. Respecto al cierre de ileostomía, apareció íleo postoperatorio en el 37% de los casos, diarrea en el 14.8%, dehiscencia de anastomosis en el 11.1%, infección del sitio quirúrgico en el 18.5% y éxitus tras la cirugía en el 3.7%.

Conclusiones: A pesar de que la ileostomía de protección reduce la incidencia de fuga anastomótica sintomática después de una resección de recto hay que tener en cuenta las complicaciones asociadas a la misma. Por ello es necesario seleccionar los pacientes que más se pueden beneficiar de la intervención.

Metástasis gástrica de liposarcoma retroperitoneal: forma atípica de presentación

Capitán del Río, I.*; Brea Gómez, E.; De Reyes Lartategui, S.; Jiménez Ríos, J.A.

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: Los sarcomas retroperitoneales son tumores malignos de origen mesenquimal. Aparecen a los 50 años, con la misma incidencia entre hombres y mujeres. Tipos histológicos: liposarcomas y leiomiomas (más frecuentes) y sarcomas indiferenciados/inclasificados. Liposarcomas: bien diferenciados (bajo grado) y dediferenciados (alto grado, con alto riesgo de recidiva local, potencial para metastatizar y 6 veces más riesgo de muerte). Suelen ser asintomáticos. El examen físico debe incluir palpación de todas las cuencas linfáticas y examen testicular en hombres. La resección quirúrgica es el único tratamiento potencialmente curativo para tumores localizados y está indicada para las recurrencias locales resecables. La resección completa en el momento de la presentación es el factor pronóstico más importante para la supervivencia. Criterios de irreseabilidad: Afectación vascular extensa; Implantes peritoneales; Metástasis a distancia; Afectación de raíz del mesenterio; Afectación de la médula espinal.

Material y métodos: Hombre, 80 años, antecedentes de EPOC, HTA, fumador activo, TBC. Acude a Urgencias por anuria y dolor en hipogastrio de inicio súbito. ACR: normal. Abdomen blando y depresible, dolor generalizado a la palpación, con signos de irritación peritoneal difusa. Análítica: Hb 9,9, Leucocitosis con neutrofilia, PCR 132, Cr 2.4, lactato 5,1. TAC: Masa en fosa ilíaca derecha de 10x10x11 cm, que comprime y desplaza vena cava inferior. Hidronefrosis derecha por compresión del uréter derecho. Neumoperitoneo.

Resultados: Laparotomía exploradora urgente: perforación gástrica prepilórica (de cuyos bordes se toma biopsia); rafia y epiploplastía. Resección de tumoración retroperitoneal a nivel de unión ileocecal que englobaba 10 cm del uréter derecho. Congestión venosa e isquemia del ciego que obliga a hemicolectomía derecha. Urología de guardia decide ligadura del uréter dada la anulación funcional del riñón y posterior nefrostomía percutánea en caso de necesidad. Anatomía Patológica: Tumoración retroperitoneal: Liposarcoma dediferenciado de alto grado con tamaño >10 cm, alto índice mitótico y proliferativo. Biopsia perforación gástrica: Infiltración focal por sarcoma, correspondiente a metástasis.

Conclusión: En nuestro caso se interviene por abdomen agudo. Intraoperatoriamente se evidencia perforación prepilórica y la masa retroperitoneal descrita en TAC, con diagnóstico AP de liposarcoma retroperitoneal dediferenciado metastatizado a estómago. Se trata de una forma de presentación atípica, puesto que excepcionalmente los liposarcomas retroperitoneales metastatizan vía hematogena a serosa gástrica.

Presentación atípica del Ileo Biliar

Ramos Muñoz, Francisco; Martos Rojas, Noemí; Monje Salazar, Cristina; Corrales Valero, Elena; García García, Blanca; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Fernández García, Francisco Javier; De Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: El ileo biliar se define como una obstrucción intestinal mecánica secundaria a la presencia de un cálculo biliar en la luz intestinal. Se trata de una complicación excepcional y potencialmente grave de la coledocistitis (0.4%), que representa entre el 1-4 % de las obstrucciones mecánicas de intestino delgado. El paso de la litiasis ocurre a través de una fístula bilioentérica, generalmente colecistoduodenal (53-68%), colecistocolónicas (5%) o colecistogástricas. La impacción del cálculo se produce habitualmente en el ileon distal, siendo el duodeno o el colon localizaciones muy infrecuentes (5-8%)

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 73 años con enfermedad de Charcot-Marie-Tooth y comorbilidad asociada que acudió a urgencias por dolor abdominal, náuseas y estreñimiento de 4 días de evolución. A la exploración presentaba regular estado general, con abdomen distendido y doloroso en flanco derecho. La radiografía abdominal mostraba dilatación del marco cólico con imagen circular radiopaca en hipogastrio. Se realizó TC abdominal que demostró una litiasis de 5x5cm en colon sigmoide que provocaba una importante obstrucción retrógrada de colon.

Resultados: Dado el elevado riesgo quirúrgico y el deterioro de la paciente se descartó cirugía urgente. Se realizó colonoscopia, visualizándose un cálculo pigmentado de gran tamaño retenido en sigma, que tras pequeñas fragmentaciones con asa de polipectomía se moviliza, pero finalmente no se consigue extraer. La paciente presentó una evolución desfavorable hasta el exitus.

Conclusión: El ileo biliar es una complicación infrecuente pero potencialmente mortal, que suele aparecer en personas de edad avanzada, con grandes coledocistitis, con larga historia de enfermedad biliar y comorbilidad asociada. La impacción suele localizarse en íleon terminal, siendo el colon una localización muy infrecuente, secundaria generalmente a fístulas colecisto-colónicas. El tratamiento de elección es quirúrgico. Sin embargo, ante elevado riesgo quirúrgico se pueden intentar terapias como la extracción endoscópica de cálculos localizados en colon o duodeno.

Dolor abdominal seguido de obstrucción intestinal por vólvulo cecal

Moreno Arciniegas, Alejandra, Álvarez Medialdea, Javier; De la Vega Olías, María del Coral; Najeb Alassad, Assad, Balbuena García, Manuel, Calvo Duran, Antonio Enrique; Salas Álvarez, Jesús María; Vega Ruíz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real

Introducción: El vólvulo cecal (VC) es una entidad rara causal de obstrucción intestinal con sintomatología, morbilidad y mortalidad variable dependiente de la viabilidad intestinal

en un proceso abdominal agudo. A continuación presentamos un caso de VC

Caso clínico: Mujer de 42 años con antecedente de hipotiroidismo y dislipidemia; cuadro clínico de mes y medio de evolución de dolor tipo cólico abdominal difuso que no cede a tratamiento sintomático y de intensidad progresiva, motivo por el que acude en varios episodios a atención médica. Ingresa a urgencias por empeoramiento clínico en 24 horas con náuseas, vómitos y disminución del tránsito intestinal. A la exploración con abdomen distendido, timpánico y doloroso a la palpación generalizada

Pruebas complementarias con analítica sin elevación de reactantes de fase aguda. Radiografía con presencia de asa centinela sin otros hallazgos.

TAC abdominal que objetiva asa muy distendida con un calibre cercano a 7 cm situada en epigastrio y flanco izquierdo, por delante del colon trasverso y desplazando posteriormente. Este asa tiene un extenso nivel hidroaéreo en su interior, compatible con una hernia interna a través del epiplón, probablemente por un ciego móvil.

Ante la sospecha obstrucción intestinal por VC realizamos laparotomía exploradora urgente, en donde objetivamos ciego y colon ascendente distendido, volvulado sobre sí mismo en hipocondrio izquierdo, mesocolon de éste segmento muy largo y laxo, con adherencias congénitas en su tramo. Ante los hallazgos descritos realizamos hemicolectomía derecha con anastomosis manual sin incidencias.

La paciente presenta evolución clínica favorable en el postoperatorio con alta hospitalaria al 5º día. En seguimiento en consulta externa sin incidencias.

Conclusiones: El VC tiene una incidencia de 2,8–7,1 casos por millón anual, es la causa del 1–1,5% de obstrucción intestinal. La etiología principalmente es el antecedente de intervenciones previas o una rotación intestinal incompleta congénita. La sintomatología es variable y su tratamiento en casos de obstrucción es quirúrgico para evitar la progresión a necrosis segmentaria, transcurriendo desde una cecopexia, pasando por una hemicolectomía derecha hasta la necesidad de una ileostomía temporal

Herniorrafia en hernia obturatriz con obstrucción intestinal

Monje Salazar, Cristina; Roldán de la Rúa, Jorge; Pico Sánchez, Leila; Daza González, Juan José; Corrales Valero, Elena; Cuba Castro, José Luis; Ramos Muñoz, Francisco

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: La hernia obturatriz es una hernia poco frecuente, con una incidencia del 1%, con una morbimortalidad relativamente alta por su diagnóstico tardío. Es característica de mujeres de edad avanzada, muy delgadas. La presentación típica es un la obstrucción intestinal más dolor en región inguinocoxal, como consecuencia de su encarcelación.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 74 años, de 52kg de peso, que acude a urgencias por dolor inguinal izquierdo y distensión abdominal de 5 días de evo-

lución, que aparecen tras un esfuerzo, ausencia de deposición y vómitos.

A la exploración presentaba distensión abdominal y dolor en región inguinal izquierda que aumentaba con los movimientos.

Ante la presencia de una obstrucción intestinal se solicita TC de abdomen evidenciándose hernia obturatriz izquierda con dilatación retrógrada de asas de delgado y presencia de líquido libre.

Resultados: La paciente fue intervenida por vía abierta, encontrando una hernia obturatriz izquierda con asa de yeyuno distal encarcelada e importante dilatación retrógrada. Fue necesario resección intestinal con anastomosis. La reparación del orificio herniario se realizó mediante herniorrafia en bolsa de tabaco.

Fue dada de alta el séptimo día postoperatorio sin complicaciones.

Conclusión: La sospecha y el diagnóstico precoz de la hernia obturatriz es fundamental para reducir su morbimortalidad. Se debe sospechar en mujeres de edad avanzada, delgadas, que presentan cuadros obstructivos con dolor en región inguinal o cadera.

Actualmente, el tratamiento laparoscópico supone menos dolor postoperatorio, menos íleo, menos complicaciones pulmonares y menos estancia hospitalaria. No obstante, en caso de obstrucción intestinal, el tratamiento indicado es mediante cirugía abierta.

En cuanto a la reparación del defecto herniario, la mayoría de los casos reseñados en la literatura emplean la técnica de la herniorrafia, si bien se acepta el empleo de prótesis.

Drenaje venoso anómalo de venas suprahepáticas

Monje Salazar, Cristina; Martos Rojas, Noemí; Ramos Muñoz, Francisco; Corrales Valero, Elena; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Daza González, Juan José; Roldán de la Rúa, Jorge

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: El drenaje venoso hepático se produce a través de las venas suprahepáticas, drenando los tres troncos principales a la cava inferior. Las anomalías en el drenaje se recogen escasamente en la literatura y a menudo en relación con otras malformaciones.

Material y métodos: Presentamos una mujer de 44 años con antecedente de gastroquiasis, tratada mediante cirugía en el periodo neonatal.

Refiere cuadro de dolor, distensión abdominal, vómitos y estreñimiento de una semana de evolución.

No cuenta complicaciones previas relacionadas con su malformación en la infancia. Se solicita TAC de abdomen con contraste.

Resultados: En TC se evidencia obstrucción intestinal secundaria a malrotación intestinal vs bridas. Además presenta drenaje venoso anómalo de las venas suprahepáticas, desembocando en un tronco común anterior que drena a aurícula derecha. También describe conexión de VCI con el sistema álgigos-hemiálgigos a nivel centroabdominal; hígado en línea

media; y riñón derecho en herradura con duplicación del sistema colector.

Ante la buena situación clínica y la complejidad de la paciente, se decidió tratamiento conservador, con buena evolución.

Conclusión: El drenaje venoso de las vísceras abdominales deriva de la vena vitelina derecha que origina: sinusoides hepáticos, sistema porta y la porción terminal de la vena cava inferior. Alteraciones en el desarrollo de este sistema dan lugar a diferentes anomalías vasculares.

La variación anatómica más frecuente en relación con las venas suprahepáticas es la unión de la vena media a la izquierda antes de su desembocadura en la cava inferior. Es frecuente encontrar una vena suprahepática accesoria que drena inferiormente a la confluencia de las tres anteriores con la cava inferior.

Las variaciones anatómicas vasculares son hallazgos frecuentes que pueden asociarse con otras malformaciones. El conocimiento de cualquier de las mismas adquiere un valor fundamental en la evaluación previa de pacientes candidatos a procedimientos quirúrgicos.

Uso de malla de gore-tex en hernia diafragmática recidivada

Monje Salazar, Cristina; Ramos Muñoz, Francisco; Rivera Castellano, Javier; Martos Rojas, Noemí; Corrales Valero, Elena, Cuba Castro, Jose Luis, Hinojosa Arco, Luis Carlos
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: Las hernias diafragmáticas pueden clasificarse en congénitas o adquiridas. Entre las adquiridas deben considerarse las secundarias a lesión del nervio frénico y las roturas traumáticas del diafragma. Estas últimas no presentan saco herniario, existiendo solución de continuidad.

Material y métodos: Presentamos un varón de 78 años con antecedente de cáncer de pulmón intervenido quirúrgicamente mediante lobectomía superior izquierda. Tras la cirugía presentó herniación diafragmática izquierda, reparada mediante hernioplastia con malla Gore-Tex.

Acude a Urgencias por dolor abdominal, distensión, náuseas y vómitos de varias semanas de evolución, refiriendo empeoramiento de la clínica en los últimos días.

La exploración es normal con hernia laparotómica en hipocostado izquierdo no complicada.

En TAC de abdomen se evidencia gran hernia intratorácica y de pared lateral toracoabdominal izquierda con contenido de epiploon, colon y estómago en cavidad torácica, sin signos de complicación.

Resultados: El paciente ingresa con diagnóstico de hernia diafragmática izquierda recidivada.

Se realizó reparación de hernia diafragmática mediante toracotomía lateral izquierda más laparotomía media. Se redujo contenido herniario a cavidad abdominal y se retiró malla previa, que se encontraba adherida al bazo, siendo necesaria esplenectomía por decapsulación.

El cierre del defecto se realizó mediante puntos sueltos

de sutura trenzada irreabsorbible y colocación de malla de Gore-Tex.

El paciente presentó buena evolución postoperatoria con alta el décimotercer día postoperatorio.

Conclusión: Frecuentemente las hernias diafragmáticas iatrogénicas se relacionan con esternotomías y laparotomías. Existen pocos casos en la literatura.

El abordaje laparoscópico parece una técnica aceptable en pacientes estables; y el empleo de materiales protésicos se indican sólo en aquellos casos en los que existe una mayor debilidad del diafragma o defectos de gran tamaño.

En este paciente se decidió un abordaje abierto con colocación de malla al tratarse de una hernia recidivada de alta complejidad.

¿Es seguro el uso de fármacos de liberación retardada en los pacientes de Crohn?

Alcaide Lucena, M.; Alonso García, S.; Mirón Pozo, B.; Cabrerizo Fernández, M.J.; Garde Lecumberri, C.; González Puga, C.; Pérez Benítez, F.

Hospital Universitario San Cecilio. Complejo Hospitalario de Granada

Introducción y objetivos: Una de las complicaciones frecuentes en los brotes de la Enfermedad de Crohn es la obstrucción intestinal, debida a la estenosis inflamatoria o fibrosa. En ocasiones pueden desencadenar cuadros de obstrucción intestinal completa agravadas por causas mecánicas inusuales como el caso que nos ocupa

Caso clínico: Paciente de 23 años con Enfermedad de Crohn en tratamiento con Mesalazina oral, con varios episodios de suboclusión intestinal resueltos con tratamiento conservador. Radiografía abdomen: gran dilatación de asas de intestino delgado. Enterografía: dilatación de intestino delgado retrógrada a un asa de íleon medio, con engrosamiento en su pared y contenido hiperatenuante en su interior, en relación con medicación no absorbida (25-30 comprimidos).

Tras un nuevo episodio de oclusión completa que no remite, y los hallazgos de las pruebas de imagen, se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza resección de aproximadamente 10 cm de íleon medio, donde se encuentra el área estenótica. En la apertura de la pieza quirúrgica se aprecian los comprimidos no digeridos. AP: hallazgos compatibles con enfermedad de Crohn complicada con estenosis inflamatoria.

Discusión: La obstrucción intestinal es una interrupción del tránsito de los productos de la digestión. Las causas más frecuentes son: síndrome adherencial, hernias, enfermedad de Crohn, neoplasias, y cuerpos extraños.

La obstrucción intestinal en la EC estenótica casi nunca se presenta de forma aguda, cursando en episodios subagudos, que producen una dilatación y engrosamiento del asa preestenótica. El cierre total intestinal de forma aguda es poco frecuente y requiere barajar otras causas concomitantes como la impactación de cuerpos extraños en relación con alimentos digeridos.

La Mesalazina oral en el Crohn se suele administrar en

comprimidos de absorción retardada para que la absorción ocurra en el colon, siendo menor en pacientes con la enfermedad activa.

Conclusiones: Existen agravantes que pueden producir un cierre completo en un brote de Enf Crohn como el acúmulo de cápsulas de mesalazina con película para liberación retardada, el cuálno ha sido comunicado hasta la fecha. Debemos considerarlo como una posibilidad diagnóstica en los cuadros de obstrucción y notificarlos. Si elevento se repitiera en más pacientes convendría ajustar el perfil de uso de los fármacos de liberación retardada en los pacientes con sospecha de estenosis.

Avulsión mesentérica y perforación yeyunal en un traumatismo abdominal contuso de baja energía. Presentación de un caso

Rodríguez Ortiz, Lidia. Robles Quesada, María Teresa. Siu, Ariadna. Espinosa Redondo, María Esther. Garcilazo Arismendi, Dimas. García Martín, Rubén. Díaz Iglesias, Carlos. Gómez Álvarez, Manuel

Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Introducción: La avulsión del mesenterio secundaria a traumatismos abdominales contusos y de baja intensidad es una complicación grave, poco frecuente y de clínica inespecífica, que puede pasar desapercibida.

Objetivos: Presentación de un caso y revisión de bibliografía

Materiales y métodos: Paciente varón de 34 años traído a urgencias por dolor intenso en hemiabdomen superior tras sufrir accidentalmente un traumatismo directo a nivel abdominal con una barandilla de seguridad mientras corría. En urgencias se mantiene estable hemodinámicamente con soporte, sin lesiones externas y sin alteraciones analíticas. Se realiza Tc por defensa abdominal, evidenciándose hemoperitoneo sin poder identificar la causa, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. En quirófano se advierte un arrancamiento de la raíz del mesenterio cerca del ángulo de Treitz, con desgarro de la arteria mesentérica superior en su nacimiento y avulsión de diversos vasos venosos. Además se advierte un segmento de yeyuno de aspecto isquémico con una perforación única. Precisa de extirpación de trombo en la íntima arterial y reconstrucción de la misma, con resección intestinal del segmento de yeyuno isquémico y perforado.

Resultados: El paciente pasa a UCI y a continuación a planta, donde evoluciona favorablemente, sin complicaciones postquirúrgicas siendo dado de alta a los 7 días.

Conclusiones: El mesenterio puede sufrir lesiones secundarias a traumatismo abdominales cerrados con una incidencia de 1-10%. Es de difícil diagnóstico por ser poco habitual y por su clínica inespecífica. Como en nuestro caso, incluso en los de baja energía, se debe tener en cuenta la posibilidad de lesión a nivel del mesenterio, si han cursado con alguno de los biomecanismos de producción conocidos. La gravedad puede abarcar desde contusión a sangrado intraabdominal e isquemia de vísceras abdominales. Por tanto, el diagnóstico

precoz y la rapidez en la actuación quirúrgica es esencial en el manejo de estos enfermos.

Enfermedad de Paget Extramamaria: una entidad infrecuente

Pulido Roa, I.; Ferrer González, M.A.; Ribeiro González, M.; Jiménez Mazure, C.; Salmerón Monchon, M.; González Méndez, E.; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

Introducción: La Enfermedad de Paget Extramamaria (EPEM) es una carcinoma epidérmico. Representa el 6,5% de los diagnósticos de Enfermedad de Paget (EP). Presenta un predominio femenino con una edad media de presentación de 68 años. Su localización más frecuente es la vulva (67%) seguido de la zona perianal (20%) y el aparato genital masculino (11%).

Se clasifican en primaria o secundarias: Las primarias son adenocarcinomas de diferenciación apocrina. Las secundarias son el resultado de la diseminación por células neoplásicas epidermotropas.

La clínica es insidiosa y se caracteriza por placas eritemato-descamativas que suelen acompañarse de prurito.

El diagnóstico se realiza mediante biopsia requiriendo técnicas inmunohistoquímicas y presenta un amplio abanico diferencial.

El tratamiento es quirúrgico, pero puede complementarse con radioterapia y/o quimioterapia.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 71 años que es derivada desde el Servicio de Dermatología tras tratamiento tópico prolongado no efectivo con corticoides y antimicóticos. Tras biopsia, se objetiva células con patrón pagetoide e inmunohistoquímica compatible (CEA, EMA y Cerb-2 positivo).

Se realiza despistaje de neoplasias y estudio de extensión sin hallazgos patológicos determinando carácter primario.

Tras presenta caso en Comité Quirúrgico se decide exéresis con márgenes quirúrgicos amplios que se realiza sin incidencias bajo anestesia general. La paciente se interviene en régimen de CMA con postoperatorio favorable.

El resultado anatomopatológico confirma EPEM con márgenes libre.

Se reevalua a la paciente en Comité Quirúrgico que establece seguimiento.

Conclusiones: Concluimos que, al ser una enfermedad de clínica inespecífica y baja incidencia, existe riesgo de diagnóstico tardío. Consecuentemente, es crucial la sospecha clínica, un correcto diagnóstico diferencial y la biopsia temprana para alcanzar un diagnóstico precoz que permita tratamientos resolutivos y mejore el pronóstico.

A propósito de un caso: hernia abdominal intercostal en tosedor crónico asociada a desinserción costal y herniación hepática.

Nicolás De Cabo, Sara; Gámez Córdoba, Esther; Sánchez, Sánchez Belinada; Cabañó Muñoz, Daniel; Titos García, Alberto; Cabrera Serna, Isaac; Pitarch Martín, María; González Sánchez, Antonio; Santoyo Santoyo, Julio
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

Introducción: La hernia abdominal intercostal es una entidad infrecuente habitualmente asociada al traumatismo abdominal. Su presentación espontánea o asociada a tos es excepcional.

Presentamos un caso de herniación intestinal y hepática intercostal en relación con desinserción costal producida por tos.

Caso clínico: Paciente de 40 años, con obesidad grado III, fumador, hipertenso y EPOC severo, que acude a urgencias por dolor y tumoración de aparición súbita en flanco derecho en relación con acceso de tos. Se realiza TC donde se visualiza hernia de 6,5 x 6,5 cm que incluye asas intestinales.

Se decide intervención urgente objetivándose defecto herniario intercostal por desinserción de la 10ª costilla y herniación de asas intestinales y lóbulo hepático derecho. Se realiza reducción del contenido y reparación herniaria con aproximación aponeurótica y doble prótesis: malla de Proceed intraperitoneal y polipropileno intermuscular. Sin incidencias en postoperatorio inicial. Reingresa en urgencias al 15º día con dehiscencia y evisceración intestinal y de lóbulo hepático derecho. En el postoperatorio se plantea reinsertión costal, descartándose por alto riesgo quirúrgico. Presenta infección profunda de herida quirúrgica que precisa tratamiento con VAC y cierre terciario.

Discusión: Las hernias abdominales intercostales espontáneas son excepcionales. Pueden relacionarse con tos y en pacientes con factores de riesgo como obesidad, traumatismo previo o debilidad aponeurótica evidente. Suelen presentarse con tumoración en flanco y dolor en casos agudos. Su localización más frecuente es entre 9ª -10ª costilla. El tratamiento es quirúrgico realizando reparación sin tensión con prótesis. La aproximación costal está indicada en grados defectos o cuando el desplazamiento crea un aumento importante del espacio intercostal.

Apendicitis aguda por impactación de cuerpo extraño

Bustos Merlo, Ana Belén; Gallart Aragón, Tania; Sánchez Pascual, Antonia; Rodríguez González, Rubén; Fuentes Martos, Rafael; Gómez Arroyo, Arturo; Vázquez Moya, Restituto

Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén)

Introducción: La apendicitis aguda es la causa más común de abdomen agudo, y el cuadro clínico que obliga con mayor frecuencia a realizar una intervención quirúrgica de urgencia.

En la mayoría de los casos, la obstrucción de la luz apendicular es el fenómeno inicial para el desarrollo de una

inflamación aguda del apéndice, si bien la presencia de un cuerpo extraño en la base apendicular es poco frecuente.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente de edad avanzada con diagnóstico de apendicitis aguda por impactación de cuerpo extraño en su base.

Material y métodos: Paciente de 89 años, pluripatológico, que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal a nivel de fosa iliaca derecha de unas 24 horas de evolución, acompañado de vómitos y deposiciones diarreicas en los días previos. No presentaba fiebre, ni otra sintomatología acompañante. A la exploración, dolor abdominal a la palpación a nivel de FID con defensa localizada. En analítica, destacaba una leucocitosis con neutrofilia. En prueba de imagen realizada, se evidenció apéndice engrosado con cambios inflamatorios en la grasa adyacente y cuerpo extraño compatible con peridígón en su base, así como infiltración de láminas de líquido en la zona, compatibles con apendicitis aguda. El paciente confirmó haber ingerido carne de caza la semana previa al inicio del cuadro. Se decidió intervención quirúrgica urgente, evidenciándose apendicitis aguda gangrenosa con plastrón inflamatorio, realizándose apendicectomía clásica.

Resultado: Evolución favorable, siendo dado de alta el paciente al quinto día postoperatorio. La Anatomía Patológica confirmó el diagnóstico de apendicitis aguda.

Conclusiones: A pesar de que el cuadro de apendicitis aguda suele presentarse en personas jóvenes, hay que tenerlo en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial en todo paciente con dolor abdominal. El diagnóstico y las indicaciones de intervención quirúrgica deben establecerse con la mayor precocidad posible.

Caso de gangrena de Fournier con extensión a pared abdominal tras perforación retroperitoneal de tumor rectal

Romacho López, L.; Ruiz López, M.; Mirón Fernández, I.; González Poveda, I.; Toval Mata, J.A.; Carrasco Campos, J.; Mera Velasco, S.; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: El cáncer colorrectal es el de mayor incidencia en España. Su tratamiento definitivo es la cirugía. El tratamiento neoadyuvante ha demostrado una disminución en las tasas de recidiva local y aumento de la resecabilidad tumoral.

La perforación rectal asociada a la neoadyuvancia es una complicación extremadamente rara. Presentamos el caso de un paciente que debutó con una gangrena de Fournier tras la perforación de un tumor de recto medio.

Caso clínico: Paciente de 77 años diabético e hipertenso. Diagnosticado de cáncer de recto medio tras cuadro de diarreas mantenidas y pérdida de peso. El paciente inició quimioterapia y radioterapia neoadyuvante.

Consultó en urgencias por un cuadro de alteración del estado general. Presentaba alteración de los reactantes de fase aguda y un TAC abdominal patológico con una perforación de la pared posterior derecha del recto junto a colección y

enfisema que afectaba a ambos flancos y pared abdominal anterior.

Se decidió intervención quirúrgica urgente. Existía una fascitis necrotizante circunferencial a nivel del tejido celular subcutáneo desde la espalda hasta la línea media con afectación escrotal. Pelvis bloqueada que obligó a realizar colostomía en FII con fístula mucosa.

Su patología requirió múltiples intervenciones quirúrgicas para control de la infección cada 48-72h, con un total de 11 reintervenciones.

Enfoque quirúrgico agresivo en las reintervenciones con necesidad de resección cutánea por necrosis de la misma. En la 8ª reintervención, colocación de sistema de presión negativa (VAC KCI). Normalización analítica e importante mejoría clínica progresiva.

Sin embargo, el paciente sufrió un deterioro respiratorio agudo por una sobrecarga hídrica y finalmente falleció a los 28 días de la cirugía inicial.

Discusión: La gangrena de fournier es una complicación infrecuente del cáncer rectal con una tasa de mortalidad muy elevada. Su tratamiento requiere una actuación quirúrgica agresiva con una antibioterapia complementaria sin olvidar el control del tumor.

Fibrosis retroperitoneal o enfermedad de Ormond

Pineda Navarro, Noelia; Domínguez Bastante, Mireia; García Navarro, Ana; Álvarez Martín, María Jesús; Mansilla Roselló, Alfonso; Jiménez Ríos, José Antonio
Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Objetivo: La fibrosis retroperitoneal o enfermedad de Ormond es una patología muy infrecuente, con una clínica larvada, que se manifiesta secundariamente al atrapamiento de estructuras retroperitoneales. Se describe un caso de un paciente afecto por esta patología.

Paciente y métodos: Varón de 45 años de origen magrebí, sin antecedentes personales salvo hábito tabáquico, que consulta por presentar desde hacía 4 años lumbalgia. En el momento de la consulta el dolor impedía la bipedestación. Además, asociaba edematización de miembros inferiores y testículos, así como aparición de varices.

A la exploración, se apreciaba edema escrotal y peneano, varicocele bilateral e hidrocele derecho. Se palpaban dilataciones venosas en toda la extensión de ambos miembros inferiores.

Se le realizó una RNM y una TAC de abdomen que describían la presencia de tejido que rodeaba a la aorta en forma de manguito desde su nivel infrarrenal hasta su bifurcación, y que comprimía a la vena cava inferior produciendo dilatación de las venas ilíacas. También se advertían dilataciones venosas retroperitoneales, mesentéricas y epidurales anteriores, así como congestión venosa pélvica y varicocele bilateral como resultado a la colateralidad venosa. Por último, se comprobó la existencia de ectasia pielocalicial renal derecha. También se realizó un análisis sanguíneo en el que los niveles de IgG4 eran normales.

Ante estos hallazgos, compatibles con fibrosis retrope-

ritoneal, se decidió realizar una laparotomía exploradora con toma de biopsia. En el mismo acto se colocaron dos catéteres ureterales doble J. El resultado anatomopatológico informó de la existencia de tejido fibroso y signos de inflamación crónica.

Resultados: Tras la intervención, el paciente comenzó tratamiento con corticoides a dosis progresivamente decrecientes y con tamoxifeno. Actualmente, se aprecia discreta mejoría clínica, manifestando menor dolor con la deambulación, y presentando solo claudicación tras recorrer largas distancias. También describe sensación de peso pélvico.

Se ha realizado una TAC de control, en la que se ve que el manguito de tejido que rodea a la aorta ha disminuido de tamaño. Por otra parte, ha disminuido tanto en número como en calibre la red colateral venosa pélvica.

Conclusiones: La enfermedad de Ormond se trata de una patología de origen idiopático en la mayoría de los casos. Tiene una incidencia de 1/1000000 personas-año, apareciendo entre los 40 y los 60 años, y con una predilección por el sexo masculino. Se manifiesta al principio de forma muy inespecífica, apareciendo dolor lumbar o abdominal, aunque también puede llegar a tener clínica vascular (varicosidades, edemas en miembros inferiores, claudicación intermitente), o urológica por atrapamiento ureteral, como se puede poner de manifiesto mediante pruebas de imagen. El tejido fibroso que prolifera presenta hasta en un 50% infiltración por linfocitos IgG4 +, por lo que para llegar a un diagnóstico de certeza es necesario realizar una biopsia del mismo. El tratamiento es principalmente médico, mediante el uso de corticoides y tamoxifeno, aunque en ocasiones es necesario ayudarse de la cirugía para liberar los uréteres o colocar catéteres doble J para que no se altere la función renal.

Traumatismo perianal severo

Pineda Navarro, Noelia; Molina Barea, Rocío; Domínguez Bastante, Mireia; Vico Arias, Ana Belén; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Introducción: Las lesiones perianales severas tienen una incidencia muy baja. Excluyendo las agresiones sexuales, otros mecanismos causantes pueden ser heridas por arma de fuego, empalmientos y traumatismos cerrados o por aplastamiento. Presentamos un caso atendido en nuestro centro.

Paciente y métodos: Mujer de 67 años, con antecedentes de HTA y obesidad, que es atropellada por un camión. Al ser atendida por el 061, se objetiva taquicardia e hipotensión, con saturación del 96% y Glasgow de 15. A la exploración, se aprecia degloving del miembro inferior derecho, pelvis inestable y pérdida de sustancia extensa en periné. Se procede a reanimación de la paciente, administrándole un litro de cristaloides y transfundiéndole un concentrado de hematíes por presentar una Hb de 8,3. También se inmovilizó externamente la pelvis antes del traslado. Durante el mismo, ante la persistencia de hipotensión y trabajo respiratorio, se procedió a intubarla.

A su llegada a nuestro centro, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, por lo que se decidió la reali-

zación de una TAC que confirmó la fractura de pelvis, que afectaba a las ramas ilio e isquiopúbicas derechas, a ambas articulaciones sacroilíacas y al acetábulo izquierdo. También presentaba fracturas costales múltiples y de apófisis espinosas lumbares.

Se colocó un fijador externo pélvico en quirófano y se objetivó una sección completa del aparato esfinteriano, así como un deguantamiento completo del miembro inferior izquierdo. Se realizó colostomía terminal y esfinteroplastia, así como limpieza y vendaje compresivo de los tejidos desprendidos de la pierna. Durante la cirugía, la paciente sufrió hipotensión refractaria a la resucitación con dos litros de cristaloides y fibrinógeno, y a la transfusión de otros 3 concentrados de hematies, por lo que hubo que recurrir al uso de drogas vasoactivas.

Resultados: El curso clínico de la paciente fue muy tormentoso, con estancia en la UCI en la que precisó ventilación mecánica prolongada y soporte vasoactivo, así como nutrición parenteral. Se le realizaron múltiples intervenciones por parte de Traumatología para fijar la pelvis y la pierna afectada, así como por parte de Cirugía Plástica para realizar injertos de piel, dado que la misma se necrosó. Durante el ingreso, la paciente sufrió diversas infecciones por gérmenes nosocomiales, pero tras 3 meses de atención, falleció debido a un shock séptico refractario a tratamiento.

Conclusión: Dentro de las lesiones que puede sufrir un paciente politraumatizado, en muy raros casos encontramos los traumatismos perianales. Según el mecanismo de agresión, estas pueden ser más o menos severas. No hay acuerdo en cuanto al manejo óptimo de las mismas, pero se considera fundamental realizar una colostomía derivativa, un lavado rectal y una esfinteroplastia lo más precozmente posible. También es conveniente drenar adecuadamente la herida perineal y administrar antibioterapia para evitar la infección del tejido desvitalizado.

Ante un paciente politraumatizado, hemos de seguir un protocolo para asegurar una atención correcta y un diagnóstico y tratamiento de todas las lesiones presentes por orden de importancia. Por ello es importante realizar una inspección profusa tras asegurar los pasos previos para que este tipo de lesiones no pasen desapercibidas.

Liposarcoma Mixoide Multicéntrico

Pineda Navarro, Noelia; Álvarez Martín, María Jesús; Domínguez Bastante, Mireia; García Navarro, Ana; Mansilla Roselló, Alfonso; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Objetivo: El liposarcoma es el segundo tumor más frecuente de partes blandas. Sin embargo, el liposarcoma mixoide multicéntrico es una condición poco frecuente, ya que en la mayoría de casos se trata de metástasis de un tumor primario. Presentamos el caso de un paciente intervenido en nuestro centro.

Paciente y métodos: Hombre de 41 años, de origen magrebí, con antecedentes de tumoración laterocervical izquierda de meses de evolución y en espera de intervención, que sufre un

episodio de trombosis venosa profunda. En el estudio de la misma, se descubre además una masa en el compartimento aductor del muslo izquierdo, una en la fascia perirrenal izquierda, y otra en la gotiera parietocólica izquierda. Todas ellas tenían características radiológicas compatibles con liposarcoma.

El paciente fue intervenido en un primer lugar de la masa cervical, realizando una disección cervical radical izquierda tipo I. Un mes después se le extirpó oncológicamente la tumoración del miembro inferior izquierdo junto con el tejido circundante del compartimento aductor. Por último, un mes y medio después, se le resecaaron las lesiones abdominales.

Resultados: El análisis anatomopatológico de las piezas caracterizó a todas ellas como liposarcoma mixoide de alto grado de malignidad con extenso componente indiferenciado de células redondeadas. Todos los márgenes se hallaban libres de tumor.

Se decidió administrar quimioterapia adyuvante con ifosfamida y epirrubicina en los meses posteriores. Por el momento, no ha presentado recidiva de la enfermedad tras recibir 5 ciclos.

Conclusiones: El liposarcoma mixoide multicéntrico consiste en la aparición de múltiples tumores de esta estirpe diseminados por el organismo, cuyas localizaciones más comunes son el muslo, el brazo, la pleura y el retroperitoneo. Se diferencia de la enfermedad metastásica porque no suelen aparecer nódulos en territorios típicos como el pulmón, el hígado o los huesos. Sin embargo, es difícil distinguir entre estas dos entidades, ya que no se comportan de forma típica. Para diferenciarlas, podemos apoyarnos en el diagnóstico anatomopatológico, ya que en los tumores sincrónicos, la estirpe celular suele ser la misma, mientras que en las metástasis hay varios clones celulares. Además, estas suelen aparecer unos pocos meses después a la intervención, se cree que por diseminación durante la misma. Por ello, se considera que hay muy pocos casos descritos con estas características.

Cuando se diagnostica en alguna región anatómica este tipo de neoplasia, es importante realizar un estudio completo mediante pruebas de imagen para descartar una siembra en otras zonas. En cuanto al tratamiento, lo más importante es realizar una resección con márgenes adecuados. No se conoce cuál es el régimen de quimioterapia adyuvante más correcto, ni tampoco si realmente la radioterapia puede ser de ayuda. Desafortunadamente, no hay muchos casos descritos en la literatura como para poder establecer un patrón a seguir. Lo que sí se puede asegurar es que la multifocalidad es un factor de mal pronóstico para estos pacientes, y hay que hacer un seguimiento estrecho de los mismos.

Malformación intestinal asintomática: a propósito de un caso

Ortega Higuero, Rubén; Pérez Alonso, Alejandro J.; Delgado Estepa, Rafael J.; Sánchez Andújar, Belén; González Sendra, Rodolfo; Capitán Vallvey, José María

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: La malformación intestinal es una entidad que se da frecuentemente en edades pediátricas, siendo menos frecuente en adultos. Cursa principalmente con dolor abdominal crónico, precedido de diarreas y que se calma con vómitos biliosos. Sus complicaciones están relacionadas con un intestino no fijo, una raíz del meso del intestino delgado corta y una posición anómala en la distribución de las asas intestinales. El tratamiento es quirúrgico.

Objetivos: Presenta un caso de malformación intestinal de forma accidental tras la realización de una biopsia ganglionar intra-abdominal.

Material y métodos: Hombre de 54 años, con antecedentes de enolismo, infección por VIH y VHC ingresa en Medicina Interna por síndrome febril y anemia grave.

A la exploración destaca hepatoesplenomegalia sensible a la palpación.

En hemograma destaca hemoglobina de 7,5

Se solicita por parte de Medicina Interna biopsia de ganglios intra-abdominales por sospecha de síndrome linfoproliferativo.

Resultado: El paciente es intervenido quirúrgicamente realizándose laparoscopia diagnóstica con resección de adenopatías de hilio hepático y de mesenterio duodenal.

El postoperatorio es tórpida siendo reintervenido y evidenciando anomalía congénita del intestino, siendo todas sus porciones intra-abdominales, con duodeno intraperitoneal e inexistencia de ángulo de Treitz. Además presenta colon libre intra-abdominal que desde válvula ileocecal continúa hacia recto, sin presencia de colon izquierdo o sigma.

Conclusiones: Las anomalías congénitas que se pueden observar desde el duodeno hasta la región anorrectal son muy numerosas y variadas. Su frecuencia varía mucho según el tipo de anomalía en cuestión. La mayoría de las anomalías congénitas intestinales se diagnostican en edades pediátricas siendo raro su diagnóstico en edades adultas como es nuestro caso. La mayoría de las anomalías cursan con complicaciones como isquemias intestinales o enteritis secundarias, siendo infrecuente que sean asintomáticas como en este paciente. El tratamiento será quirúrgico siempre y cuando sea sintomático. En caso de no presentar clínica la actitud será expectante.

Litiasis en vía biliar intrahepática: a propósito de un caso

Ortega Higuero, Rubén; Pérez Alonso, Alejandro J; Cobos Cuesta, Raquel; González Sendra, Rodolfo; Capitán Vallvey, José María

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: La litiasis intrahepática se define como la presencia de cálculos dentro de la vía biliar intrahepática. Esta afección es rara y representa alrededor de 1% de los casos de litiasis de los países occidentales.

Se pueden producir por migración de cálculos o primaria con o sin anomalía de la vía biliar (estenosis o dilatación).

La clínica suele aparecer en la cuarta década de la vida con cólicos de repetición y colangitis recidivantes.

Entre los métodos diagnósticos podemos utilizar la ecografía, TC y colangioRM, siendo la CPRE poco útil.

El tratamiento es quirúrgico ya sea vía abierta o laparoscópica con la realización de coledocotomía y extracción de cálculos con o sin colocación de drenaje de vía biliar.

Objetivos: Exponer un caso de litiasis en la vía biliar intrahepática que producen episodios de colangitis de repetición con CPRE infructuosas.

Material y métodos: Paciente que ingresa de forma electiva por coledocolitiasis que han provocado episodios de colangitis de repetición y colocación de endoprótesis biliar.

Colecistectomizado y antecedentes de SCASEST con stent y hepatitis autoinmune.

En ecografía se informa de marcada dilatación de vía biliar intrahepática con imagen endoluminal en vía intrahepática derecha y dilatación de vía biliar intrahepática izquierda.

En TC informa de dilatación de vía biliar intrahepática.

La CPRE informa de litiasis en colédoco proximal que no se pueden extraer por estenosis en colédoco.

Resultado: Se realiza coledocotomía con exploración de vía biliar y extracción de cálculos biliares intrahepáticos y de prótesis de vía biliar y posterior coledocorrafia sobre Kehr.

Conclusiones: Las litiasis en la vía biliar intrahepática es una entidad rara y muchas veces va asociada a una anomalía de la vía biliar como en este caso. El tratamiento es quirúrgico ya que la CPRE es poco útil para su resolución.

Mesenteritis retráctil como causa de dolor abdominal

Fornell Ariza, Mercedes; Roldán Ortiz, Susana; Bazan Hinojo, Carmen; Pérez Gomar, Daniel; Ayllón Gámez, Saray; Sancho Maraver, Eva; Valverde Martínez, Amparo; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, José Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: La mesenteritis retráctil está incluida dentro de la mesenteritis esclerosante, una rara enfermedad que afecta a los mesos intestinales, de carácter inflamatorio, y que se manifiesta de forma inespecífica aunque suele cursar con dolor abdominal.

Objetivos: Presentamos un caso clínico de nuestro servicio como diagnóstico diferencial de esta patología.

Caso clínico: Varón de 43 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias en varias ocasiones por cuadro de dolor abdominal tipo cólico, junto con síndrome constitucional, no asociado a otros síntomas. Se realiza estudio, en TAC hallazgos compatibles con mesenteritis esclerosante como primera opción, se realiza laparoscopia exploradora para toma de biopsia diagnóstica, no visualizándose imágenes sospechosas de malignidad. Anatomía patológica con diagnóstico de mesenteritis retráctil, con actina y betacatenina positivas. Actualmente en seguimiento.

Resultados: La mesenteritis esclerosante es una rara enfermedad de carácter inflamatorio que afecta a los mesos intestinales, de etiología no clara, aunque se ha relacionado con alteraciones de la inmunidad, traumatismos previos, déficits

vitamínicos, vasculitis e isquemia. Está asociado hasta en un 70% con procesos tumorales por lo que es importante el diagnóstico diferencial de la misma (los más frecuentes los linfomas y tumores carcinoides). Las manifestaciones clínicas son inespecíficas variando desde dolor abdominal, alteraciones del tránsito, suboclusiones; por lo que la sospecha diagnóstica puede iniciarse tras una prueba de imagen realizada por uno de estos motivos. Está recomendada el angioTAC para visualización de los vasos y en casos de sospecha tumoral el PET-TAC. Para su diagnóstico es necesaria una confirmación histológica mediante biopsia quirúrgica. Los hallazgos varían según el estadio, pero suele confirmar infiltrado inflamatorio del tejido adiposo en estadios iniciales, y necrosis grasa en los finales, con negatividad para el CD117 y betacatenina y ser positivo a la actina. Su evolución dependerá del estadio y de su asociación o no a presencia de patología tumoral. No existe un tratamiento específico para ella y deberá individualizarse en cada enfermo; suelen ser efectivos en caso de presencia de síntomas los AINES y según progresión los corticoides, la azatioprina y la ciclofosfamida. En ocasiones cuando la fibrosis es muy importante o existen complicaciones como la obstrucción o perforación, puede ser necesaria la cirugía con resecciones intestinales. El pronóstico está asociado a su asociación con patología tumoral.

Conclusiones: La mesenteritis retráctil debe tenerse en cuenta como diagnóstico de dolor abdominal crónico de etiología desconocida.

Hemoperitoneo secundario a decapsulación esplénica tras colonoscopia

Hernández González J.M.; Pérez Lara, F.J.; Oehling de los Reyes, H.; Doblas Fernández, J.; Marín Moya, R.; Del Rey Moreno, A.; Oliva Muñoz, H.

Hospital de Antequera

Introducción: La colonoscopia diagnóstica es un procedimiento no exento de complicaciones, siendo excepcional la lesión esplénica secundaria a desgarros ocasionados por excesiva tracción del ligamento espleno-cólico. Es fundamental tener un alto grado de sospecha clínica para llegar al diagnóstico, siendo la prueba de elección el TAC de abdomen.

Objetivos: Presentar un caso de traumatismo esplénico de etiología yatrogénica, así como el éxito obtenido tras la cirugía conservadora del bazo.

Material y métodos: Paciente de 54 años sometida hace 24 horas a una colonoscopia diagnóstica tras consultar por rectorragia, objetivándose hemorroides internas y varios pólipos de pequeño tamaño que se extirpan. Consulta por dolor abdominal izquierdo de horas de evolución, presentando a su llegada al hospital signos de shock. El TAC de abdomen muestra abundante líquido libre, por lo que se decide laparotomía exploradora urgente, evidenciándose hemoperitoneo de aproximadamente 1500 ml y desnudación esplénica completa con sangrado activo en sábana. Se realiza cirugía conservadora del bazo, utilizando matriz adhesiva de fibrinógeno humano y malla de contención esplénica.

Resultado: La evolución postoperatoria es favorable, siendo dada de alta a los 7 días de la intervención.

Conclusiones: La cirugía de preservación esplénica representa una alternativa segura y factible a la esplenectomía completa clásica, facilitada por el empleo de agentes hemostáticos y mallas envolventes del órgano. Con este manejo evitamos las consecuencias del síndrome postesplenectomía.

Reparación de eventración gigante mediante la técnica de transposición de volumen

Oehling de los Reyes, Hermann; Pérez Lara, Javier; Sanchiz Cárdenas, Elena; Hernández González, Jose Manuel; Oliva Muñoz, Horacio

Hospital Comarcal de Antequera

Introducción: La reparación de la hernias laparotómicas gigantes con pérdida del derecho a domicilio es compleja, pues una reparación con tensión puede empeorar los problemas respiratorios.

Objetivos: Exponemos un método que llamamos Técnica de Transposición de Volumen, y lo empleamos para no empeorar el volumen pulmonar.

Material y métodos: Varón de 75 años, AP de síndrome ansioso depresivo, RTU por neo de próstata, neumonectomía izda por ca. de pulmón y apendicectomía, valorado por presentar hernia laparotómica gigante. FEV1 (Volumen espiratorio máximo 1 segundo) de 1225 ml (52% del valor normal).

Preoperatoriamente mediante TAC (fig 1) calculamos el volumen de la hernia. Se asume que el saco herniario es cilíndrico, terminando en una semielipse (fig 2) y empleamos la fórmula:

$$\text{Volumen} = (\pi \times d \times e \times f) + (4/3 \pi \times a \times b \times c)/2$$

El primer paréntesis sería el volumen de un cilindro donde d y e serían los radios de las bases y f la altura.

El segundo paréntesis sería el volumen de una semielipse, donde a corresponde al radio largo, b el radio corto y c es la mitad de la altura.

Utilizamos una malla de Proceed® para contener el volumen herniario previamente calculado, y se colocó en forma semejante a la vela de un barco, sin incrementar la presión intrabdominal.

Una vez resecado el saco, se midió el defecto abdominal, siendo ésta la base del cilindro y la semielipse la formaría la malla ya colocada. Calculamos entonces la altura necesaria para conseguir el volumen calculado de la hernia. La malla se coloca sin tensión y adopta la forma del cilindro previamente calculado, acomodando así el volumen contenido en la hernia.

Resultados: Postoperatorio satisfactorio, monitorización de la saturación de O₂ en niveles normales y alta a 4 días. Se realizó TAC para confirmar que el volumen contenido en la malla fue el mismo que el calculado para el saco herniario. Tras 8 meses de seguimiento el paciente permanece asintomático y sin recurrencia.

Discusión: Son conocidas las alteraciones respiratorias que producen las hernias gigantes abdominales.

Nuestro propósito es calcular el volumen exacto eventra-

do mediante pruebas de imagen, y así, intraoperatoriamente calcular el tamaño del orificio y la extensión de la malla para lograr ese volumen. Así el volumen intraperitoneal será el mismo después de la operación en un intento de evitar complicaciones respiratorias.

Pseudoaneurisma postraumático del mesosigma: a propósito de un caso

Ortega Higuero, Rubén; Dabán Collado, Enrique; Machuca Chiriboga, Pablo X; González Sendra, Rodolfo; Capitán Vallvey, José María

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: El trauma abdominal a la acción violenta de agentes que producen lesiones sobre los elementos de la cavidad abdominal. La causa principal son los accidentes de tráfico.

Las lesiones pueden de dos tipos: cerrado o no penetrante (contusión) cuando no hay solución de continuidad; o abierto o penetrante.

La clínica es muy variable dependiendo de la magnitud e intensidad del traumatismo así como los elementos afectados. En este caso en el que se afecta una víscera hueca, los principales problemas son la hemorragia y la perforación.

El tratamiento depende del estado del paciente. Ante una estabilidad hemodinámica y clínica podemos optar por tratamiento conservador, siendo quirúrgico en caso contrario.

Objetivos: El objetivo es exponer un caso poco frecuente en el que los antecedentes tienen una gran importancia en la patogenia.

Material y métodos: Politraumatizado por accidente de tráfico hace un mes presenta dolor abdominal generalizado con fiebre y vómitos, acompañado de varias deposiciones oscuras.

Buen estado general, estable hemodinámicamente, abdomen blando y depresible sin signos de peritonismo.

En analítica, hemoglobina 11,2.

En TC informa de abombamiento de pared medial colónica con pequeñas burbujas en su interior en probable relación con abscesificación sin solución de continuidad con pared colónica con pequeño extravasado de contraste (sangrado). Mínima cantidad de líquido libre.

El paciente se ingresa para observación. Pocas horas después, el paciente comienza con rectorragia masiva que condiciona repercusión hemodinámica, por lo que se decide laparotomía urgente, previa colonoscopia que visualiza dos erosiones mucosas en sigma que no se pueden esclerosar.

Resultado: Se realiza laparotomía en la que se observa engrosamiento en sigma que afecta a borde mesentérico, realizándose resección sigmoidea (intervención de Hartmann).

Conclusiones: La principal conclusión es que ante cualquier sangrado con antecedente traumático de algunos días (o de un mes como este caso), debemos pensar en una complicación de dicho traumatismo por lo que debemos actuar con rapidez para su solución.

Liposarcoma retroperitoneal gigante: a propósito de un caso

Ortega Higuero, Rubén; Astruc Hoffmann, Alejandro; Majano Giménez Eduardo F; González Sendra, Rodolfo; Capitán Vallvey, José María

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: El liposarcoma es un tumor derivado de células primitivas capaces de diferenciarse hacia tejido adiposo (el que compone la grasa de debajo de la piel, y que también se encuentra alrededor de varios órganos y en torno a los músculos). Es una neoplasia propia de pacientes adultos.

Un rasgo único limitado a los liposarcomas es su tendencia a aparecer en espacios viscerales, muy especialmente en el retroperitoneo. Hasta un tercio se originan en esta localización. La presentación clínica de los liposarcomas retroperitoneales puede ser muy diferente, desde ser asintomático hasta producir cuadros de obstrucción intestinal o urinaria secundarios al crecimiento del tumor pueden dominar el cuadro clínico.

El tratamiento siempre debe ser quirúrgico, asociado o no a otros tratamientos, extirpando el tumor completamente y evitando recidivas.

El seguimiento debe ser exhaustivo para evitar recidivas y diseminación tumoral.

Objetivos: El objetivo es exponer un caso de una tumoración intra-abdominal gigante poco frecuente.

Material y métodos: Hombre de 58 años que acude por dolor abdominal de varios meses de evolución, sin fiebre ni vómitos. Pérdida de peso importante en los últimos meses.

Buen estado general, estable hemodinámicamente. Abdomen blando, depresible, con sensación de masa desde región epigástrica hasta hipogastrio.

Analítica con parámetros dentro de normalidad.

TC: gran masa hipodensa de aspecto quístico que presenta márgenes bien definidos (22 x 15 x 23 cm) que desplaza estructuras vecinas.

Resultado: Se realiza laparotomía exploradora con exéresis en bloque de tumoración sin incidencias.

AP: liposarcoma mixoide grado 2. Bordes libres.

El postoperatorio fue favorable sin complicaciones inmediatas.

Conclusiones: Ante cualquier tumoración retroperitoneal de gran tamaño debemos pensar en un liposarcoma como posible etiología, por lo que debemos completar estudio y realizar una exéresis completa, además de un seguimiento exhaustivo para evitar recidivas y diseminaciones.

Déficit de lactasa y su influencia en los malos resultados de la cirugía antireflujo

Hernández González, J.M.; Pérez Lara, F.J.; Oehling de los Reyes, H.; Galeote Quecedo, T.; Mata Martín, J.M.; Del Rey Moreno, A.; Oliva Muñoz, H.

Hospital de Antequera

Introducción: Muchos pacientes relacionan sus síntomas digestivos con la ingesta de lácteos. La intolerancia a la lactosa

habitualmente se debe a la disminución de la actividad de la lactasa en el ribete en cepillo de los enterocitos, presentando una frecuencia poblacional variable. La mayoría de los síntomas presentados por estos pacientes coinciden con los de las complicaciones de la cirugía antirreflujo.

Objetivos: No planteamos en cuántos de los pacientes con malos resultados tras la funduplicatura de Nissen puede influir una posible intolerancia a la lactosa, así como en cuántos de estos podrían mejorar los resultados de la cirugía si los diagnosticásemos y tratásemos previamente.

Material y métodos: Paciente de 40 años sin antecedentes de interés que consulta por pirosis y acidez postprandial. Se objetivan hernia de hiato en el tránsito EGD, esfínter esofágico inferior incompetente en la manometría y reflujo gastroesofágico patológico en la PHmetría.

Se realiza funduplicatura de Nissen, presentando en el postoperatorio importante sensación de plenitud postprandial y pirosis invalidante, con normalidad en las pruebas complementarias.

Resultado: Tras 12 meses con la sintomatología descrita, el estudio de intolerancia a la lactosa resulta positivo, desapareciendo los síntomas al tratar específicamente dicha entidad y permaneciendo asintomático tras 6 meses de seguimiento.

Conclusiones: Se debe sospechar un cuadro de intolerancia a la lactosa cuando tras la ingestión de leche se presentan síntomas tales como dolor abdominal, gases y diarrea; siendo la sintomatología parecida a la presentada por pacientes con atrapamiento aéreo tras la cirugía antirreflujo.

Por tanto, nos preguntamos si los síntomas que presentan los pacientes sometidos a cirugía son sólo consecuencia de la intervención o existe un porcentaje de pacientes intolerantes a la lactosa asintomáticos en los que se precipita la sintomatología tras la intervención.

Adenocarcinoma de colon sobre coloplastia

Hinojosa Arco, Luis Carlos; Rodríguez, Silva, Cristina; Montiel Casado, Custodia; Moreno Ruíz, Javier; Rodríguez Cañete, Alberto; Bondía Navarro, José Antonio; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: La ingesta de sustancias cáusticas da lugar a una serie de lesiones a nivel esofágico que pueden obligar a la realización de una intervención quirúrgica para sustituir la viscera dañada. La mayoría de las veces es posible utilizar el estómago para reemplazar el esófago. No obstante, si la gastroplastia está contraindicada puede ser necesario realizar una coloplastia.

Objetivos: Presentar el tratamiento de una lesión tumoral en una coloplastia.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente intervenido en 1977 por ingesta de cáusticos, al cual se le realizó una coloplastia. En 2015 es estudiado por disfagia, realizándose una endoscopia en la que se aprecia lesión mamelonada a 35 cm de la arcada dentaria con biopsia de adenocarcinoma. En estudio de extensión se descarta enfermedad a distancia (Figura 1). Se interviene mediante esternotomía media y se

realiza exéresis de coloplastia con reconstrucción mediante gastroplastia y anastomosis esofagogástrica a nivel cervical (Figura 2). Se confecciona yeyunostomía de alimentación en el mismo acto quirúrgico.

Resultados: El estudio anatomopatológico (Figura 3) de la pieza muestra la presencia de adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado que infiltra el tejido adiposo sin afectación linfática (pT3No). Tras la intervención el paciente se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos donde desarrolla cuadro de distress respiratorio y neumonía. Tras superar el proceso respiratorio es trasladado a planta de Cirugía hasta el alta. Desde el punto de vista digestivo y nutricional presenta buena evolución, manteniendo nutrición enteral por yeyunostomía.

Conclusiones: Aunque existen pocos casos publicados en la literatura, hay que considerar la posibilidad de desarrollar neoplasia en segmentos de colon utilizados para coloplastia, en cuyo caso será necesaria la resección del mismo y sustitución por otro segmento intestinal. En nuestro caso fue posible realizar gastroplastia dada la integridad del estómago.

Duplicidad de conducto cístico

Delgado Estepa, Rafael Jesús; Pérez Alonso, Alejandro José; Delgado Mediano, Carmen María; Machuca Chiriboga, Pablo Xabier; Majano Giménez, Franklin Eduardo; Ortega Higuero, Rubén

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: La presencia de anomalías en el árbol biliar extrahepático es un hallazgo bastante frecuente, de ahí la importancia de tener un conocimiento anatómico de todas las estructuras, conducto cístico, hepático común, así como su vascularización, para evitar lesiones iatrogénicas y complicaciones inadvertidas durante la cirugía de la vía biliar.

Objetivos: La presencia de variaciones en el conducto cístico son bastantes frecuentes (28-33%), sin embargo, la presencia de un doble conducto cístico es extremadamente raro, no habiendo más de 10 casos publicados en la literatura, estando casi siempre asociado a vesícula biliar doble.

Presentamos el caso clínico de un paciente de 53 años diagnosticado de colecistitis aguda litiásica y coledocolitiasis que durante la intervención quirúrgica se evidencia la presencia de duplicidad de conducto cístico.

Material y métodos: Paciente varón de 53 años de edad sin antecedentes personales de interés que acude al Servicio de Urgencias refiriendo dolor epigástrico y en hipocondrio derecho asociado a coluria de 2-3 días de evolución. Sin sintomatología similar previamente. En analítica aparece leucocitosis (15.480) con neutrofilia (88,4%). BiT 0,9, PCR 308. Se le practica ecografía abdominal urgente donde se aprecia engrosamiento de pared vesicular con múltiples litiasis en su interior y vía biliar extrahepática de 1,1cm con coledocolitiasis visibles.

Se realiza colecistectomía urgente con colangiografía intraoperatoria, donde se evidencia la presencia de duplicidad de conducto cístico, practicándose ligadura de ambos

conductos císticos, así como exploración de la vía biliar para extracción del cálculo.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de la colelitiasis ocupa gran número del total de intervenciones realizadas en cualquier Servicio de Cirugía General, unido al importante número de variaciones anatómicas que presenta esta región, hacen que su indentificación sea de vital importancia para prevenir lesiones iatrogénicas.

Mielolipoma suprarrenal bilateral gigante

Delgado Estepa, Rafael Jesús; Delgado Mediano, Carmen María; Gómez Ortega, Antonio; Majano Giménez, Franklin Eduardo; Ortega Higuero, Rubén; Machuca Chiriboga, Pablo Xabier

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: El mielolipoma adrenal es un tumor suprarrenal benigno compuesto por tejido adiposo maduro y tejido hematopoyético y fue descrito por Gierke en 1905 por primera vez. Representa el 11% de los tumores adrenales y generalmente se asocia con el síndrome de Cushing, con el síndrome de Conn, con el feocromocitoma, con la Hiperplasia Adrenal Congénita (HAC) por déficit de 21-hidroxilasa,...

Objetivos: Los mielolipomas adrenales son asintomáticos, por lo que sólo se indica tratamiento quirúrgico en casos de elevado tamaño (>4-5 cm).

Presentamos el caso clínico de un varón de 53 años de edad que durante el estudio por plenitud y masa abdominal se evidencian mielolipoma suprarrenal bilateral gigante (22cm y 15cm como diámetros máximos de cada uno).

Material y métodos: Paciente varón de 53 años de edad con antecedentes de pubertad precoz y retraso del crecimiento no filiados ni estudiados que durante el estudio por Servicio de Digestivo por referir plenitud y masa abdominal palpable se realiza TC abdominal donde se evidencia LOEs en teórica localización adrenal con unas dimensiones de 10.6 x 13.5 x 22 cm (derecho) y 15 x 10 x 15.1 cm (izquierdo); compatibles con mielolipomas suprarrenales gigantes.

Ante los hallazgos clínicos y radiológicos se indicó resección quirúrgica de los mismos.

Actualmente el paciente permanece asintomático y está en estudio y seguimiento por Endocrinología y Análisis Clínicos (Genética) ante la posibilidad de presentar alguna disfunción endocrina asociada previamente.

Conclusiones: La mayoría de los mielolipomas son lesiones únicas que se localizan en la glándula adrenal (65-85%). Aparecen principalmente entre la 5ª y la 7ª década de la vida. La mayoría de estos tumores son no funcionantes hormonalmente, pero algunos se asocian a otras disfunciones endocrinas, como HAC, síndrome de Cushing, feocromocitoma, así como a DM2, HTA, obesidad,...

Angiosarcoma secundario o radioinducido de mama: a propósito de un caso

Gila-Bohórquez, Antonio; Fernández Zamora, Cristina Paola; del Río Lafuente, Francisco; Albalat Fernández, Rosa; Cerdón Gámiz, Antonio; Novo Cabrera, Juan; La Calle Marcos, Manuel

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: El angiosarcoma secundario de mama, o radioinducido, es una rara entidad de mal pronóstico que aparece, generalmente, en la cicatriz de una intervención anterior tras el tratamiento radioterápico. Es de difícil diagnóstico siendo el tratamiento curativo, a día de hoy, la cirugía radical.

Objetivos: Discusión del angiosarcoma secundario de mama en su diagnóstico y tratamiento a partir de un caso diagnosticado y tratado en nuestro centro.

Material y métodos: Presentamos una paciente de 62 años, intervenida por cáncer de mama izquierda mediante tumorectomía y vaciamiento axilar y tratada con radioterapia adyuvante. A los siete años, acude a consulta presentando en la cicatriz de la tumorectomía, infiltración dérmica de tejido granulomatoso. Tras realizar una biopsia con aguja gruesa, es diagnosticado de angiosarcoma radioinducido. Se decide extirpación de la lesión bajo anestesia local. A los tres meses acude por presentar una nueva lesión dérmica sospechosa de angiosarcoma. Se realiza extirpación de la misma bajo anestesia local y posteriormente se realiza mastectomía bilateral. A los cinco meses, acude por reaparición de lesiones dérmicas a lo largo de la cicatriz de la mastectomía izquierda que se resecan con anestesia local. Sin embargo, a los dos meses, presenta una nueva lesión ulcerada sobre cicatriz de mastectomía izquierda decidiéndose exéresis radical con reconstrucción con colgajo fasciocutáneo libre.

Resultados: La paciente evoluciona de forma favorable en el post operatorio inmediato y fue exitus a los 3 meses de la intervención por causa no relacionada con su patología tumoral.

Discusión: La incidencia de estas lesiones es de 0,9 por cada 1000 cánceres de mama. Su pronóstico es pobre. En nuestro caso, la recidiva ocurrió hasta en tres ocasiones, pudiendo detectar las mismas precozmente. La mamografía y la resonancia magnética nuclear (RMN) juegan un papel limitado en el diagnóstico, si bien, la RMN detecta con mayor sensibilidad el angiosarcoma secundario. La mayoría se presentan aisladamente sin metástasis, sin embargo, el control local de la enfermedad es muy complejo. Numerosos estudios ponen de manifiesto un limitado papel de la quimioterapia adyuvante o neoadyuvante como tratamiento, siendo la cirugía radical el único tratamiento curativo del que se pueden beneficiar los pacientes.

Conclusiones: La única opción curativa es la cirugía radical, preferiblemente con resección de todo el tejido irradiado. A pesar de los márgenes libres, la tasa de recurrencia local es alta.

Angiosarcoma primario de mama: a propósito de un caso

Gila-Bohórquez, Antonio; Fernández Zamora, Cristina Paola; del Río Lafuente, Francisco; Albalat Fernández, Rosa; Cordón Gámiz, Antonio; Novo Cabrera, Juan; La Calle Marcos, Manuel

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: El angiosarcoma primario de mama se trata de una rara entidad de difícil diagnóstico cuya máxima incidencia se establece en las mujeres jóvenes. La resonancia magnética nuclear (RMN) es la prueba más sensible para su diagnóstico siendo la cirugía radical el único tratamiento curativo actualmente.

Objetivos: El objetivo de este caso clínico es discutir el diagnóstico, tratamiento y resultados en una paciente con angiosarcoma primario de mama.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 28 años diagnosticada de angiosarcoma primario de mama.

La paciente es intervenida en otro centro, practicándose mastectomía simple con reconstrucción inmediata mediante expansor mamario subpectoral. Se completó tratamiento con quimioterapia adyuvante con epirrubina e ifosfamida y posteriormente se realizó radioterapia adyuvante.

Dos años después la paciente es derivada a nuestro centro con el diagnóstico de angiosarcoma de ovario. Se interviene quirúrgicamente realizándose histerectomía con doble anexectomía, apendicectomía y linfadenectomía pélvica y paraórtica. Acude un año después por presentar en el seguimiento nódulo axilar derecho de 4 cm. Tras realizar RMN mamas, ecografía axial y punción con aguja fina es diagnosticada de metástasis de angiosarcoma y rotura de prótesis. Se decide por tanto la realización de vaciamiento axilar derecho y recambio de prótesis mamaria. Posteriormente la paciente recibe tratamiento con quimioterapia adyuvante con paclitaxel.

Resultados: Actualmente con buen estado general y sin evidencia de progresión de la enfermedad.

Discusión: El angiosarcoma primario suele ocurrir en mujeres jóvenes sin antecedentes personales o familiares de interés. No presenta signos patognomónicos en la mamografía ni en la ecografía, siendo, las características radiológicas más específicas en la resonancia magnética.

La cirugía es el tratamiento de elección, siendo la mastectomía la técnica más aceptada, aunque en casos seleccionados se podría realizar cirugía conservadora. El vaciamiento ganglionar no es necesario en la mayoría de las pacientes.

El papel de la quimioterapia y radioterapia no está claro.

Conclusiones: El angiosarcoma primario es una rara entidad que afecta, fundamentalmente, a mujeres jóvenes. Suele tener un curso clínico similar a otros tipos de angiosarcoma. Presenta un grado de recurrencia local moderado y un alto riesgo de metástasis y muerte. La cirugía radical es, a día de hoy, el único tratamiento curativo.

Reparación de dehiscencia de colostomía con colgajo de rotación cutáneo

Delgado Estepa, Rafael Jesús; Delgado Mediano, Carmen María; González Sendra, Rodolfo; Ortega Higuieruelo, Rubén; Majano Giménez, Franklin Eduardo; Navarro Cecilia, Joaquín

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: La mitad de los pacientes con un estoma van a tener algún tipo de complicación, bien sean precoces (cutáneas, retracción, necrosis,...) o tardías (hernia paraestomal, malposición,...), con el importante impacto que tendrán en la vida del paciente ostomizado.

Los principales factores de riesgo que se han visto que pueden evitar este alto número de complicaciones son una correcta técnica quirúrgica y la estomaterapia.

Objetivos: La dehiscencia de la unión mucocutánea de la colostomía es una complicación bastante frecuente que requiere un manejo multidisciplinar para mantener limpio el espacio subcutáneo entre el estoma y la piel.

Presentamos un caso clínico de un varón que al que se le aplicaron varias técnicas para resolver su dehiscencia de la colostomía hasta que finalmente un colgajo de rotación consiguió ser la definitiva.

Material y métodos: Paciente varón de 84 años de edad, pluripatológico (EPOC severo, TVP, HBP y poliartrosis) que se interviene de forma programada con el diagnóstico de adenocarcinoma de sigma, practicándose la intervención de Hartmann. Presenta un postoperatorio tórpido con dehiscencia de la colostomía en varias ocasiones que es tratada mediante resutura, relleno del espacio con pastas y polvos absorbentes y con terapia de vacío sin mejoría. Ante ello se realizó, con la ayuda de un Cirujano Plástico, un Friedrich de la herida y un colgajo de rotación cutáneo, con evidente mejoría estética y clínica del paciente permitiendo irse de alta tras varios meses de ingreso.

Conclusiones: La dehiscencia de la unión mucocutánea de la colostomía es una complicación bastante frecuente y un factor predisponente de estenosis. Por ello, hay que prestar mucha atención a realizar una correcta técnica quirúrgica y un correcto seguimiento pre y postoperatorio por parte de personal de enfermería correctamente formado y entrenado en estomaterapia.

Perforación rectal extraperitoneal traumática

Ramiro Sánchez Ángel José, Zambudio Carroll Natalia, el Adel del Fresno Moisés, Vázquez Medina Laureano

Hospital San Agustín Linares, Área sanitaria Norte de Jaén

Introducción: Los traumatismos anales, rectales y colónicos son poco frecuentes. Su prevalencia es difícil de establecer debido a los diversos factores que intervienen en su origen. Su etiología es diversa: en España predominan los accidentes de tráfico y las lesiones iatrogénicas o de origen sexual, frente a las lesiones por arma blanca o de fuego, más frecuentes en América. Los síntomas clínicos son variados, con dolor abdominal, pelviano, perianal o anal, asociado o no a rectorragia,

hasta peritonismo franco o cuadro de shock. Sus complicaciones van estar directamente relacionadas con el tiempo de demora quirúrgico.

Caso clínico: Mujer 72 años, con cuadro de dolor abdominal en hipogastrio de varios días de evolución, acompañado de fiebre, y empeoramiento progresivo de su estado general. Hábito intestinal estreñido en los últimos días. Refiere 5 días antes administración de enema casen en consulta de urgencias donde había acudido por dolor tipo cólico y estreñimiento, el diagnóstico dado fue de fecaloma.

AP: valvulopatía mitral con recambio de prótesis valvular, FA en tratamiento con dabigatrán, DM2, Hipertrofia concéntrica de VI, Dislipemia.

Exploración: Hipotensión 70/40, taquicardia, fiebre, decaimiento y sensación subjetiva de gravedad. Dolor abdominal con abdomen distendido, sin defensa ni signos de irritación peritoneal generalizada salvo en hipogastrio.

Análítica: marcada leucocitosis con neutrofilia, aumento de creatinina (sin alteración previa conocida), alteración de la coagulación.

TAC: hallazgos compatibles con perforación rectal extraperitoneal con colección en grasa mesorrectal que ocupa pelvis menor.

Ante la inestabilidad hemodinámica se decide ingreso en UCI para estabilización y optimización previa a intervención quirúrgica urgente.

Se practica laparotomía exploradora accediendo a pelvis menor, disecando recto y mesorrecto extrayendo material purulento. Se objetiva perforación evolucionada de pared rectal con orificio de 1cm en cara anterolateral derecha con placa isquémico necrótica de aproximadamente 4.5 cm de diámetro alrededor.

Se practica intervención de Hartmann.

Discusión: La perforación rectal es una lesión escasamente frecuente por lo que su tratamiento no está completamente estandarizado debido a las características anatómicas de la zona. Cada vez más se tiende a un tratamiento menos agresivo mediante sutura del defecto, desconexión colónica, lavado y limpieza del remanente, antibióticos de amplio espectro. Sin embargo condiciones como el estado general del paciente, el tiempo transcurrido desde la sospecha de perforación, el grado de contaminación del lecho quirúrgico, la imposibilidad de hacer frente a posibles complicaciones tras una primera intervención y la experiencia del cirujano deben ser tenidas en cuenta a la hora de proporcionar dicho tratamiento.

Necrosis gástrica como complicación de cirugía bariátrica

Ramiro Sánchez A.J.; Vázquez Medina, L.; Carrillo, A.
Servicio Cirugía General. Hospital San Agustín. Linares

Introducción: En la última década, con cerclaje gástrico laparoscópico se ha convertido en una opción quirúrgica cada vez más popular para los pacientes con obesidad mórbida, debido a la técnica quirúrgica mínimamente invasiva y fácil, su reversibilidad, y la posibilidad de calibrar el paso. Se trata de una técnica muy segura, con una tasa de complicaciones

postoperatorias que oscilan entre un 1-10% y una mortalidad de 0-0,5% según la bibliografía.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 36 años de edad, que como antecedente destaca intervención de cerclaje gástrico con banda 8 meses antes, que acude a urgencias por vómitos y dolor abdominal generalizado de varias horas de evolución. En los días previos la paciente refiere disconfort abdominal, vómitos abundantes y mareos, motivos por los que ya había consultado en anteriores ocasiones a urgencias, no encontrando hallazgos a la exploración física, analítica y radiológica que sugirieran la presencia de un abdomen agudo quirúrgico. Siendo derivada a su centro de referencia para control de banda gástrica que decide desinflar la banda y nueva revisión posterior. Ante la persistencia de síntomas ingresa por deshidratación e hipopotasemia.

Encontrándose la paciente en planta sufre cuadro de re-agudización del dolor abdominal, hipotensión, insuficiencia respiratoria, coagulopatía y acidosis metabólica, que requiere ingreso en UCI.

Tras la estabilización inicial se lleva a cabo TAC abdominal por sospecha de complicación a nivel de la banda, evidenciándose neumoperitoneo y gran cantidad de líquido libre, por lo que se decide intervención quirúrgica.

Se realiza laparotomía exploradora encontrando neumoperitoneo abundante y líquido libre en toda la cavidad, debido al deslizamiento de parte del fundus y curvatura mayor a través de la banda, que origina necrosis de pared anterior gástrica, curvatura mayor y cara posterior gástrica. Ante estos hallazgos se realiza resección completa de región antro-pilórica cuerpo y parte del fundus gástrico dejando pequeño muñón íntegro no afecto por la necrosis.

Debido a la inestabilidad hemodinámica de la paciente y su situación clínica en el intraoperatorio, se decide no llevar a cabo la reconstrucción del tránsito intestinal en un tiempo. El drenaje del fundus restante se realiza mediante drenaje del bolsón.

Conclusión: El uso cada vez mayor de esta técnica sobre todo en el ámbito medicina privada, nos debe hacer conocedores de las posibles complicaciones que esta técnica conlleva y aunque en su mayoría estas son menores, debemos tener presentes en la valoración del dolor abdominal de urgencias en estos pacientes, que puede tratarse de una complicación mayor, que conlleva riesgo vital.

La bibliografía existente es escasa, pero acentúa la necesidad de un diagnóstico precoz, así como de un tratamiento también precoz, para evitar las intervenciones más agresivas.

Lesiones cutáneas atípicas. Caso clínico: Metástasis cutánea de origen renal

Zambudio, N.; Ramiro, A.J.; El Adel, M.; Barrando, J.D.; Moreno, M.; Vázquez, L.

Servicio Cirugía General. Hospital San Agustín. Linares

Introducción: El carcinoma de células renales es relativamente poco frecuente en adultos, teniendo una incidencia del 3% del total de tumores malignos. Pueden presentarse con metástasis en el momento del diagnóstico hasta en 1/3 de

pacientes. Sin embargo la presencia de metástasis cutáneas es muy poco frecuente, de manera que sólo un 1.3% de las neoplasias urológicas desarrollan metástasis cutáneas.

Caso clínico: Mujer de 49 años con antecedentes de cáncer vesical G3 pT4 No M1 (óseas en D12) a la que se realiza cistectomía radical y ureterostomía cutánea transileal. Durante las revisiones posteriores en consulta se detecta lesión de unos 3 cm en antebrazo derecho no dolorosa de color violácea. Se realiza exéresis de la misma y diagnóstico anatomopatológico. Los resultados confirman la metástasis de carcinoma de vejiga pobremente diferenciado y sutil diferenciación neuroendocrina.

Discusión: Aunque están descritas lesiones de numerosos tipos, estas suelen aparecer como placas cutáneas o pequeños nódulos. La coloración varía entre marrón, morado y negro; en función de los depósitos de hemosiderina en la dermis. Pueden o no ser sintomáticos y eso ocasiona que se tarde en realizar una consulta médica por ese motivo. Se suelen localizar en la dermis pero pueden llegar a extenderse al tejido subcutáneo. La epidermis no suele encontrarse invadida. Se localizan por este orden en, tronco (40%), cuero cabelludo (25%), extremidades (10%) y cara (8%). La mayoría son metacrónicas, apareciendo entre 6 meses o 5 años tras el diagnóstico. Sin embargo, una vez que aparecen tienen pobre pronóstico, teniendo una supervivencia media de 6 a 9 meses tras la detección de la lesión. El tratamiento principal es la excisión de la lesión y ésta puede seguirse del uso de antiangiogénicos si presenta metástasis concomitantes.

Hernia umbilical encarcerada como primera manifestación clínica de Actinomycosis pélvica

Farah Adel Al shwely, Jose Valenzuela, Cristina Garcia Amador, Aylhin Lopez Marcano, Anibal Medina, Vladimir Arteaga, André Kuhnhardt, Roberto de La Plaza, José Manuel Ramia

Hospital Universitario de Guadalajara

Introducción: La actinomycosis abdominal es la tercera en orden de frecuencia de las infecciones provocadas por los actinomicos después de la cérvico-facial y la torácica. Cuando se presenta en la clínica suele constituir un cuadro grave de afectación peritoneal con consecuencias severas para el tracto intestinal.

En ginecología, la forma habitual de presentación de las actinomycosis es en forma de cervicitis en pacientes portadoras de dispositivos intrauterinos.

Se presenta un caso de actinomycosis pélvica y abdominal cuya primera manifestación fue una hernia umbilical encarcerada.

Caso clínico: Mujer de 43 años sin antecedentes médicos de interés, antecedente de dos cesáreas y portadora de DIU como método anticonceptivo desde hace 10 años. El motivo de consulta es una masa umbilical irreductible y dolorosa a la palpación de varias horas de evolución. Los hallazgos analíticos son anodinos salvo una Hb de 6.8 g/dl.

A la exploración abdominal presentaba un abdomen blando depresible doloroso a la palpación en la región pe-

riumbilical, con masa palpable irreductible en dicho nivel compatible con hernia umbilical encarcerada.

Se solicita Tomografía computerizada urgente en el que se identifican múltiples implantes peritoneales en la región anterior del mesenterio, de tamaños heterogéneos alcanzando el mayor un diámetro máximo de 5 cm. Estos implantes asocian trabeculación de la grasa mesentérica peritoneal a través de la hernia umbilical, este hallazgo sería compatible con nódulo de la hermana Maria Jose, por lo que habría que descartar un origen digestivo o ginecológico.

La paciente es sometida a cirugía urgente, realizando una incisión infraumbilical, localización del saco herniario, disección del mismo, apertura y biopsia del nódulo contenido en su interior, remitiendo muestra para cultivo y para anatomía patológica. Hernioplastia según la técnica Rives con malla de polipropileno, fijación de la misma con puntos simples de prolene 2/0.

La paciente es dada de alta a las 72 horas de la cirugía, siendo remitida a consultas externas de Medicina Interna para completar estudio.

La paciente reingresa 12 horas tras el alta hospitalaria por fiebre y dolor abdominal, se le solicita Biopsia con aguja gruesa para cultivo de tejido y para anatomía patológica, de implante peritoneal sin evidencia para malignidad, y con crecimiento de actinomicos polisensible en la muestra remitida. El resultado anatomopatológico del nódulo resecado en la cirugía fue de proceso inflamatorio de tipo xantogranulomatoso, sin signos de especificidad ni evidencia de malignidad.

Se inicia cobertura antibiótica con Amoxicilina clavulánico 1 g cada 8h por vía endovenosa, durante el ingreso y se solicita TAC de control en el que se evidencia una discreta mejoría con respecto al previo con disminución importante del tamaño de los implantes, desaparición del líquido intraabdominal.

La paciente evoluciona favorablemente con desaparición del dolor y de la fiebre. Es dada de alta a los 7 días con tratamiento antibiótico con Amoxicilina 2g cada 8 horas durante 6 meses.

La paciente en el seguimiento en consultas externas a los 12 meses se encuentra asintomática.

Discusión: El primer elemento a considerar a la hora de evaluar las actinomycosis debe ser la identificación de los actinomicos como organismos patógenos o saprófitos en la vagina y en relación con el empleo de DIU.

En la literatura mundial más reciente se recogen comunicaciones de casos de actinomycosis pélvica, todos ellos asociados a mujeres portadoras de DIU de larga evolución, superior a 8 años en todos los casos.

La presentación clínica concuerda siempre con un debut de masa pélvica de origen incierto, pseudotumoral, de comportamiento atípico como enfermedad pélvica inflamatoria, a veces con afectación intestinal del área cólica, y con similar desenlace en cuanto a la necesidad de practicar una laparotomía con resección intestinal o/y colostomía en casos de actinomycosis abdominopélvica y en relación con el uso excesivamente prolongado de DIU.

En el caso expuesto la presentación clínica no ha sido la típica motivo por el cual la sospecha clínica de una actino-

micosis pélvica haya sido difícil. El tratamiento en estos pacientes es antibiótico de amplio espectro con evolución satisfactoria en la mayoría de los casos.

La actinomycosis abdominal y/o pélvica no es una entidad excepcional y su presencia está en estrecha relación con la utilización durante más tiempo del habitualmente estipulado para los dispositivos intrauterinos.

La presentación clínica no es la típica de las enfermedades pélvicas inflamatorias, sino que se presenta en forma de masas abcesificadas abdomino-pélvicas pseudotumorales, causando afectación grave del área intestinal más próxima, con resultado habitual de resección y exéresis.

Resección multivisceral en tumor rectal localmente avanzado con invasión prostática

Triguero Cabrera, Jennifer; Plata Illescas, Cristina; Notario Fernández, Pilar; Segura Jiménez, Inmaculada; Conde Muíño, Raquel; Huertas Peña, Francisco; Palma Carazo, Pablo

Hospital Virgen de las Nieves (Complejo Hospitalario Universitario de Granada)

Introducción: El tratamiento del cáncer rectal localmente avanzado se basa actualmente en la terapia multimodal con cirugía, que incluye la escisión total del mesorrecto con radioterapia y quimioterapia.

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de cáncer rectal bajo localmente avanzado que invade próstata y vesículas seminales.

Material y métodos: Varón de 45 años con episodios recurrentes de rectorragia y tenesmo rectal.

La rectoscopia visualizó una gran lesión a 3 cm del margen anal. La biopsia resultó de adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

La RMN mostró una tumoración de 63 mm de longitud, de crecimiento circunferencial intra y extraluminal, y sin solución de continuidad con vesículas seminales y base prostática.

Se administró neoadyuvancia mediante radioquimioterapia de ciclo largo sin respuesta evidenciada en la RMN de reestadificación.

El paciente fue sometido a amputación abdominoperineal con resección en bloque de recto, próstata y vesículas seminales. Se realizó reconstrucción uretrovesical y colostomía terminal izquierda sobre malla profiláctica preformada de Dynamesh-IPST, intraperitoneal. La resección tumoral macroscópica fue completa.

El examen histopatológico resultó de adenocarcinoma moderadamente diferenciado que infiltraba próstata y vesículas seminales, sin ninguna adenopatía infiltrada (estadio T4bNo) y márgenes quirúrgicos libres.

Resultados: El postoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones, siendo dado de alta al 9º día postoperatorio. Actualmente no presenta recidiva. La colostomía permanece bien insertada y sin hernia paraestomal.

Conclusiones: El tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado ha de ser multidisciplinar. La neoadyuvancia busca la

reducción del margen de resección circunferencial tumoral, con el objetivo de aumentar la resecabilidad mediante una cirugía limitada al recto, preservar el esfínter anal y disminuir la toxicidad por radioterapia.

La ausencia de respuesta a la neoadyuvancia supone la realización de una cirugía radical compleja con alta morbilidad e implicación de varios órganos, que ha de ser realizada por equipos quirúrgicos cualificados, para lograr una resección tumoral macroscópica completa.

Eventración paraestomal gigante complicada

Escalera Pérez, Raquel; Sánchez Bautista, W.; Salguero Seguí, Guillermo; Rivero Hernández, I.; Listán Álvarez, J.C.; Montes Posada, E.; Franco Ossorio, J.D.; Medina Achirica, C.; García Molina, F.J.

Hospital de Jerez

Introducción: La eventración paraestomal es la complicación tardía más frecuente del estoma, sólo un tercio se interviene debido al alto índice de recidiva. El uso de material protésico ha mejorado los resultados aunque sigue siendo por debajo de lo ideal. Los principales factores de riesgo son la obesidad, la técnica y la infección.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia en un caso clínico extremo.

Material y métodos: Caso clínico: varón de 63 años portador de colostomía con hernia paraestomal gigante desde hace años. Acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal con cuadro de obstrucción intestinal y sepsis.

Resultados: Se trataba de una eventración paraestomal inveterada con pérdida de domicilio, que contenía todo el paquete intestinal, vólvulo de colon derecho en relación a brida que provoca compromiso vascular del ciego y colon ascendente en fase de gangrena. Presentaba un saco herniario que se extendía desde la parrilla costal izquierda hasta la región inguinal con un anillo de unos 10 cm. Se redujo todo el intestino delgado y se realizó hemicolectomía subtotal con ileostomía terminal. Ante la imposibilidad de cerrar de forma directa la laparotomía, se coloca malla de PTFE 20 X 30cm intraperitonealmente. Cierre del orificio de colostomía con malla Ventralight. Maduración de ileostomía en región parumbilical derecha. El paciente permaneció en UCI durante 5 días, presentó infección de pared que se trató con curas locales y antibioterapia. Fue de dado de alta a los 19 días sin otras incidencias.

Conclusiones: En paredes catastróficas y cirugía de urgencias contaminadas es eficaz el empleo de mallas biológicas y sintéticas aun estando en una situación de peritonitis y sepsis.

La aproximación sin tensión es la base del cierre de la pared abdominal.

El tratamiento precoz de la eventración previene de complicaciones extremas.