

XII REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE CIRUJANOS

ROQUETAS DE MAR (ALMERÍA), 13-15 JUNIO 2012

C O M U N I C A C I O N E S

Evolución de las amputaciones en el h.U.P.R. (Cádiz), ¿que papel juega la unidad de pie diabético?

Camacho Ramírez, A. Díaz Godoy, A. Martínez Vieira, A. Álvarez Medialdea, J. Falckenheiner, J. Balbuena García, M. Pérez Alberca, C. Nabjeb Alassad, A. Sancho Maraver, E. Vega Ruiz, V. Velasco García, M.

Servicio Cirugía General H.U. Puerto Real.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que provoca a largo plazo lesión de órganos diana, el momento en la aparición depende del tipo de diabetes y del control glucémico por parte del paciente. El pie diabético comprende un importante caballo de batalla siendo el causante del mayor número de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores.

Pacientes y método: Presentamos la evolución en los últimos cinco años del número de amputaciones de pie diabético que se han llevado a cabo en el servicio de cirugía general desde 2007 al 2011.

La unidad de Pie diabético del HUPR se constituyó oficialmente en Enero de 2011 comenzando a trabajar en el último trimestre del 2010. Se ha llevado a cabo una difusión a nivel intrahospitalario y en los centros de salud dependiente del hospital de los circuitos creados para la atención de éstos pacientes.

La base de datos utilizada ha sido el programa informático Bahía 2000, utilizando el CIE con código 84.10 al 84.19. Las amputaciones se pueden clasificar en dos grandes grupos, las amputaciones menores (84.10 a 84.12) (dedo, metatarso y atípicas) y las amputaciones mayores (84.13 a 84.19), las realizadas a nivel suprancondílea y las transtibiales o infracondíleas fundamentalmente.

Resultados: El número total de amputaciones globales de miembro inferior en el servicio de cirugía general desde el 2007 al 2011 han sido; 26, 18, 16, 33 y 35.

En virtud del tipo de amputaciones mayores y menores, el número de amputaciones desde el 2007 al 2011 han sido para el primer grupo; 9,7,7,9,14 y para el segundo; 17, 11,9,24,21.

Conclusión: Con el paso de los últimos años se ha objetivado un incremento en el número de pacientes que han requerido amputaciones, y de forma significativo en los últimos dos años.

El aumento del número de pacientes intervenidos puede ser debido al efecto llamada por conocimiento de los profesionales tras la red creada para atención de estos enfermos. De la misma forma pacientes que se desplazan a otros hospitales tras conocer la existencia de la Unidad han sido derivados o bien han acudido de forma voluntaria.

Es de esperar que estas cifras tiendan a estabilizarse y posiblemente a descender en los próximos años ya que la coordinación entre atención primaria y especializada se hará más fluida y podrán evitarse un porcentaje de amputaciones gracias al diagnóstico y tratamiento multidisciplinar más precoz.

Colección intraabdominal secundaria a cirugía de vesícula biliar hace tres años; un enemigo poco temido

Camacho Ramírez, A. Sancho Maraver, E. Vega Ruiz, V. Balbuena García, J. Falckenheiner, M. Nabjeb Alassad, A. Álvarez Medialdea, J. Pérez Alberca, C. Urbano Delgado, M.A. Velasco García, M.

Servicio Cirugía General H.U.P.R (Cádiz)

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La colecistectomía laparoscópica ha supuesto una revolución como vía de abordaje de esta patología. Algunas complicaciones aparecen de forma aguda (sangrado, fistula biliar...etc.) y otras de forma diferida (estenosis vía biliar, eventraciones...etc.) Presentamos el caso de un paciente operado vía laparoscopia que tuvo que ser intervenido a los 32 meses por complicación tardía poco frecuente y con iatrogenia intraoperatoria.

Caso Clínico: Varón de 67 años intervenido hace 32 meses por cuadro de colecistitis de forma programada por laparoscopia sin incidencias a destacar, tan solo apertura de la vesícula durante el acto operatorio. Como antecedentes destaca hiper-

tensión arterial e hipertrofia benigna de próstata en tratamiento.

Tras cirugía electiva es dado de alta y acude en varias ocasiones y de forma intermitente a su médico de cabecera a partir de los 6 meses de la cirugía por molestias vagas en hipocondrio derecho, tos, diarrea y pérdida de peso de forma secuencial siendo tratado de forma sintomática. Ante la persistencia el paciente es derivado al digestivo que realiza ecografía informando de colección de 13x6 cm con imagen de densidad cálcica en su interior. Se decide ingreso, TC y serología (amebiasis y equinococos). En TC se aprecia colección subfrénica a nivel de segmento VI con imagen de densidad cálcica de 12mm y decidiéndose punción percutáneo evacuándose unos 15 cm de material purulento. El resultado de la serología es negativa, el cultivo de la punción es positivo para E. Coli BLEA. Es presentado en sesión clínica de cirugía, decidiéndose intervención quirúrgica ante los antecedentes y la evolución clínica desde la colecistectomía.

Se decide laparoscopia exploradora encontrándose importante reacción inflamatoria-fibrótica con la superficie hepática fusionada a la cúpula diafragmática provocándose la apertura del mismo durante la liberación, ante la incapacidad de continuar la progresión se opta por conversión mediante incisión subcostal derecha, se accede a absceso residual extrayéndose una litiasis pigmentaria de unos 10-12 mm. Se procede a cierre con puntos sueltos del defecto diafragmático, lavado abdominal y drenajes abdominal y torácico. El paciente fue dado de alta a los 7 días sin complicaciones de mención tras retirada de drenajes.

Conclusiones: Durante la cirugía de la vesícula en ocasiones menospreciamos la morbilidad que puede suponer la apertura con abandono inadvertido intraabdominal de litiasis y su repercusión en un futuro.

Ante pacientes con sintomatología de meses de evolución con dolor en hipocondrio derecho, tos e inapetencia recurrente y ante sospecha de litiasis residual que vayan a ser intervenidos debemos ser cautos y conscientes de las dificultades que pueden acontecer durante la misma.

Osteomielitis en el pie diabético; hacia el camino de la preservación digital. A propósito de 9 casos

Camacho Ramírez, A.* Díaz Godoy, A.* Balbuena García, M.* Sancho Maraver, E.* Falckenheiner, J.* Romero Palacios, A.+ Nabjeb Alassad, A.* Urbano, M.A.* Vega Ruiz, V.* Velasco García, M.*

*Servicio Cirugía General H.U. Puerto Real, +Servicio Medicina Interna-Infecioso H.U. Puerto Real.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: Los pacientes diabéticos de tiempo de evolución pueden desarrollar neuropatía a nivel de miembros inferiores con alto riesgo de ulceración y exposición de estructuras óseas. El tratamiento conservador de éstas úlceras con hueso expuesto mediante antibioterapia, curas y descarga plantea una tasa de fracasos importantes acabando finalmente muchos de ellos con amputaciones digitales.

Presentamos una serie de nueve pacientes neuropáticos no isquémicos tratados con desbridamiento local enérgico, consiguiéndose la resolución "ad integrum" de la úlcera y evitando con ello la amputación digital.

Pacientes y Método: Nueve pacientes, cinco mujeres y cuatro varones, con edad media de 66 años (35-79), diabéticos tipo I (2) y II (7), al menos un pulso distal presente pedio y/o tibial posterior e ITB (0,9-1,1). Acuden por lesiones digitales con hueso expuesto (probe bone test positivo) de 25 días de evolución (10-60) a nivel de falange distal en seis casos y tres en cara lateral.

Para el tratamiento de estos pacientes una vez descartada la isquemia como causa primaria se tomaron cultivos y se procedió a descargas de antepie con ortesis adecuada. El desbridamiento se realizó previo bloqueo digital con anestesia local y en ambiente estéril limpieza con gubia resecano el hueso superficial enviándose el material a cultivo. Las curas se han llevado a cabo por nuestra enfermera de la Unidad de Pie diabético, antibioterapia empírica (amoxicilina/clavulánico) modificándose según los resultados del cultivo y de la evolución clínica. Se ha mantenido el antibiótico al menos 6 semanas o hasta la cobertura ósea por tejido de granulación con una media de 45 días (42-52).

Resultados: Uno de los paciente requirió un segundo desbridamiento local a los 12 días, a cuatro hubo que modificar la antibioterapia según antibiograma.

Se consiguió el cierre de las úlceras de los nueve pacientes a los 67 días (55-80), sin recidiva a los 82 días (182-20),

Conclusiones: Ante lesiones digitales no isquémicas en paciente diabéticos y derivados a unidades específicas se pueden conseguir disminuir la tasa de amputaciones digitales.

La preservación digital evitará, junto al tratamiento ortopédico adecuado subluxaciones de dedos contiguos y por tanto menos posibilidades de ulceraciones por alteraciones en la biomecánica del pie.

Valoración del número de pacientes con pie diabético derivados a un servicio de cirugía vascular.

Camacho Ramírez, A. Díaz Godoy, Vega Ruiz, V. Falckenheiner, J. A. Álvarez Medialdea, J Balbuena García, M. Pérez Alberca, C. Nabjeb Alassad, A. Sancho Maraver, E. Urbano Delgado, M.A. Velasco García, M.

Servicio de Cirugía General.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: El pie diabético es una entidad compleja y a veces menospreciada. A tal efecto se han ido creando unidades específicas que integran el diagnóstico y manejo del mismo, la piedra angular clásicamente ha sido el cirujano vascular, sin embargo en muchos hospitales se carece de tal representación, asumiendo éste papel otras especialidades, fundamentalmente cirujanos generales y traumatólogos.

El objetivo de éste póster es presentar el manejo que se lleva a cabo en nuestro hospital con la ausencia física de éste especialista.

Material y método: El eje central de las unidades de pie

diabético en el Servicio Andaluz de Salud corresponde al Servicio de Endocrinología, está apoyado por los diferentes servicios intrahospitalarios implicados en su manejo e interactuando con Atención Primaria. En el H.U.P. R. (Cádiz) se han nombrado responsables numerarios de las especialidades que pertenecen a la Unidad de Pie Diabético.

La fisiopatología del pie diabético a efectos prácticos se puede dividir en dos grandes grupos, aquellos que poseen componente isquémico (asociando o no trastornos de sensibilidad) y los no isquémicos.

El problema sobreviene por la ausencia de la figura del Cirujano Vascular como es en nuestro caso, siendo los encargados del manejo de aquellos que poseen componente isquémico. Ante la ausencia de C. Vascular y para coordinación de dichos pacientes se ha elaborado en nuestro hospital un protocolo y manejo del pie diabético isquémico consensuado con nuestro hospital de referencia (H.U. Puerta del Mar-Cádiz), en el que se especifican pruebas a realizar (Doppler y/o ITB, con o sin arteriografía/angiotac/angiorm), horarios y urgencia de envío de pacientes.

Resultados.-

Durante el año 2011 se han valorado un total de 114 pacientes, derivándose desde nuestra unidad un total de 24 pacientes por sospecha de cuadros de origen isquémicos, en paciente con buena calidad de vida previa y deambulación conservada. La edad media ha sido de 79,9 (58-84), catorce varones y diez mujeres, quedando a cargo del Servicio de Cirugía Vascular once pacientes.

Conclusiones.-

Es perfectamente viable el manejo del paciente diabético en un hospital carente de cirujanos vasculares con la premisa de mantener un contacto preestablecido y fluido.

La atención y respuesta al paciente a nivel intra y extrahospitalario ha mejorado de forma significativa gracias a la protocolización y coordinación interniveles y entre especialista.

Al conseguir delimitar el número de integrantes se ha conseguido un trato más personalizado.

Hemorragia yeyunal en enfermedad de vonreklinghausen. Resolución quirúrgica.

Adela Sáez Zafra, M José Cabrerizo Fernández, Saturnino de Reyes Lartategui, Ignacio Machado Romero, Jose Antonio Jiménez Ríos

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Objetivo: Presentar un caso de hemorragia digestiva baja, secundaria a hemorragia aguda submucosa de yeyuno medio, en un paciente con enfermedad de Von Recklinghausen (EVR) o neurofibromatosis tipo I, cuya resolución fue quirúrgica con la realización de enteroscopia intraoperatoria.

Se pretende destacar el carácter infrecuente de la enfermedad y su asociación a hemorragia digestiva. Se realiza una revisión sobre las pruebas realizadas para localizar el origen del sangrado, reto actual, el valor de la enteroscopia intraoperatoria y la actitud quirúrgica a seguir.

Material y método: Paciente varón de 54 años, con ante-

cedentes de EVR, positividad para virus C, HTA, dislipemia y ACV isquémico con hemiparesia residual. Se deriva desde hospital comarcal por cuadro de hemorragia digestiva, que no cede, tras gastroscopia que no halla lesión acusante, y que precisa transfusión de 4 concentrados de hemáties.

En la exploración destaca la presencia de manchas café con leche, neurofibromas múltiples, pecas en ambas axilas y retraso mental. Abdomen doloroso de forma generalizada sin peritonismo. Ingresa en digestivo donde se le realiza colonoscopia, que muestra abundantes restos hemáticos sin observar punto sangrante. A las pocas horas presenta inestabilidad hemodinámica y caída de cifras de hemoglobina, e ingresa en UCI. La nueva gastroscopia no objetiva sangrado. Se realiza TAC urgente, que informa de engrosamiento de pared yeyunal, y angiografía, que evidencia sangrado activo de ramas yeyunales con embolización fallida.

Se consulta con cirugía que indica laparotomía urgente.

Resultados: Se aprecia sangrado en el interior de colon e intestino delgado en todo su recorrido. Neurofibromas múltiples que afectan a yeyuno proximal y medio. En yeyuno medio se aprecia gran engrosamiento parietal con hematoma intramural. Se realiza enterotomía a dicho nivel, coincidente con origen según TAC, y se practica enteroscopia de todo el intestino delgado, sin hallar lesión causante. Se practica resección del segmento yeyunal afecto (15 cm) y anastomosis término-terminal manual.

En el 5º día postoperatorio sufre cuadro de dolor abdominal brusco tras vómito, evidenciándose evisceración, que se repara mediante cirugía urgente. Alta al mes sin más incidencias.

El diagnóstico anatomopatológico es de hemorragia submucosa de pieza (yeyuno medio) que afecta al 90% de la circunferencia. Resto de pared sin alteraciones.

Conclusiones:

La EVR es una enfermedad multisistémica, autosómica dominante, que afecta a uno de cada 3.000 individuos. Una complicación muy infrecuente es la hemorragia digestiva.

La clínica digestiva acontecida en la EVR deriva fundamentalmente de la compresión por tumores estromales digestivos, que se presentan como múltiples, localizados en intestino delgado y con numerosas variantes, localizadas gracias a las recientes técnicas de inmunohistoquímica, siendo los más frecuentes los GIST. Otras causas menos frecuentes deben tenerse en cuenta, como la obtenida en nuestro caso.

El mayor reto consiste en hallar la localización del sangrado, precizando finalmente cirugía en la mayoría de los casos. La enteroscopia intraoperatoria aumenta la sensibilidad hasta un 70%, estando indicada en el acto quirúrgico.

El tratamiento de elección de los tumores estromales sangrantes es la resección quirúrgica o resección de la zona afectada en el caso de no hallar tumor.

Linfangiomiolipoma retroperitoneal. Carácter infrecuente como tumoración benigna en el adulto.

Sáez Zafra, A., Pérez Alonso, A., Molina Barea, R., López-

Cantarero Ballesteros, M.E., Romera López, A.L., Jiménez Ríos, A.J.

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Objetivo: Presentar un caso de linfangiomilipoma retroperitoneal en el adulto, tras laparotomía exploradora, tras hallazgo casual en TAC, de gran masa intraabdominal sugerente de linfoma.

Se destaca su carácter infrecuente, su curso asintomático, alcanzando gran tamaño y provocando clínica compresiva en etapas tardías. La difusión de las pruebas de imagen, ha incrementado el número de diagnósticos casuales, estando indicada la cirugía en la casi todos los casos.

Material y métodos: Paciente varón de 62 años, con antecedentes de hiperplasia benigna de próstata. Es derivado por urología a la consulta de cirugía por evidenciar, en ecografía de control, gran tumoración de naturaleza sólido-quística retroperitoneal. La TAC la confirma y la describe como masa de 30 cm de diámetro máximo, sin aparente dependencia de otras estructuras, pudiendo estar en relación con la raíz del mesenterio y que es sugerente de linfoma. Se realiza PAAF radioguiada, cuyo resultado es inespecífico, por muestra insuficiente. Se indica laparotomía exploradora. **Resultados:** Se halla gran tumoración que nace de retroperitoneo y crece a la derecha del ángulo de Treitz. A través de la hoja peritoneal, se observa su aspecto de acúmulos de acinis, recordando al tejido pancreático y a las masas lobulillares del tejido mamario y pulmonar, con un color asalmonado. Es de consistencia blanda, fácilmente depresible y expulsa gran cantidad de líquido linfático, aunque de color rosado, por lo que al terminar la disección el tamaño se reduce una cuarta parte. Su pedículo de implantación es claramente retroperitoneal. Se extirpa de forma completa. Al corte tiene aspecto de "esponja", conformando una estructura de finísimas trabéculas que forman una muy tupida trama reticular.

El paciente presenta un curso postoperatorio favorable, siendo dado de alta a los 7 días.

La descripción macroscópica informa de masa encapsulada de tejido de aspecto fibroadiposo, quística al corte, de 7,5 x 6 cm. Diagnóstico anatomopatológico de linfangiomilipoma, con comportamiento benigno.

Conclusiones: Los tumores retroperitoneales son muy infrecuentes, representando el 0.3-0.8% de todas las neoplasias humanas. Los benignos suponen el 10%. La incidencia global estimada es de uno por cada 300.000 habitantes al año.

En la clasificación modificada, por Blasco et al., de Ackerman, los linfangiomilipomas no se encuentran descritos como tales, sí los linfangiomas y los lipomas, ambos de origen mesodérmico y de comportamiento benigno, dentro de los grupos linfático y adiposo respectivamente.

Las técnicas de imagen son imprescindibles para su definición morfológica. La ecografía posee un valor diagnóstico del 75%. La TAC representa la prueba de imagen más fiable, aunque la RMN comienza a aportar datos adicionales.

La inmunohistoquímica aporta ayuda para la identificación histológica, facilitando el diagnóstico diferencial.

La PAAF estará indicada ante la sospecha de linfoma. En el resto de los casos su indicación es controvertida.

La cirugía abierta es actualmente la opción terapéutica de elección. El éxito terapéutico se basa en la resección completa. Algunos autores postulan que la ligadura de los vasos linfáticos es un factor importante en la prevención de recidivas. El abordaje laparoscópico se encuentra muy limitado, dependiendo totalmente del tamaño y del subtipo histológico.

Síndrome de wunderlich con afectación ileal y colónica. Resolución quirúrgica. Presentación de un caso.

Sáez Zafra, A., Calzado Baeza, S., Palomeque Jiménez, A., Verdú Martínez, M., Jiménez Pacheco, A., López Luque, A., Martín López, J., Mercado Martínez, J.M., Díaz Castellanos, M.A., Ferrer García, G., Jiménez Ríos, J.A.

POSTER. MISCELÁNEA

Objetivo: Dar a conocer un caso de Síndrome de Wunderlich o hemorragia retroperitoneal atraumática, secundaria a un angiomiolipoma, de debut subagudo y cuya extensión causó afectación de ileon terminal y colon derecho, requiriendo nefrectomía y resección intestinal.

Se expone el caso por ser una entidad sumamente infrecuente, que puede comprometer seriamente la vida, y por las escasas series recogidas con afectación de órganos digestivos.

Se realiza revisión de la literatura, destacando la posibilidad de malignización del angiomiolipoma a leiomiomasarcoma.

Material y método: Paciente mujer de 76 años, con antecedentes de fibrilación auricular e HTA, en tratamiento con digoxina, anticoagulante oral y antihipertensivo. Acude a urgencias por dolor, de 5 días de evolución, en hipocondrio izquierdo, de comienzo brusco que no cede. Presenta deterioro del nivel de conciencia y astenia. En la exploración destaca masa palpable en hemiabdomen izquierdo, dolorosa y con peritonismo. Presenta anemia intensa (Hb 5.8g/dl) sin otro deterioro orgánico. El estudio radiológico (TAC) informa de hematoma retroperitoneal perirrenal posterior izquierdo (10x10x17 cm) con probable origen en angiomiolipoma renal (3.5x1.5cm).

Ingresa en UCI para estabilización hemodinámica y corrección de coagulación.

Se indica laparotomía exploradora urgente.

Resultados: Se halla gran hematoma retroperitoneal pararenal que compromete y engloba al riñón izquierdo, quedando escaso parénquima renal sano. Se realiza nefrectomía.

Al explorar la cavidad abdominal, se observa gran componente inflamatorio-congestivo en ileon terminal y colon derecho, por compresión extrínseca, sin recuperación espontánea, lo cual obliga a la realización de resección intestinal (ileon terminal y colon derecho).

En el 2º día postoperatorio, presenta sangrado digestivo bajo, precisando transfusión y estabilización en UCI. Se realiza colonoscopia que descarta sangrado activo de la anastomosis y que evidencia lesión ulcerosa en sigma sin sangrado activo.

Pasa a la planta y se procede al alta a los 17 días de la intervención, previo TAC de control sin hallazgos.

El diagnóstico anatomopatológico informa de angiomiolipoma con hemorragia renal masiva y congestión vascular y cambios inflamatorios inespecíficos en ileon terminal y colon.

Conclusiones: El síndrome de Wunderlich es la hemorragia no traumática retroperitoneal procedente de la celda renal y constituye una entidad muy poco frecuente. Puede comprometer la vida del paciente y se manifiesta por la triada de dolor brusco en la fosa renal, shock hipovolémico y hematoma retroperitoneal.

La afectación suele ser renal, pero es fundamental una exhaustiva exploración de la cavidad abdominal para descartar daño de otros órganos secundario a la compresión extrínseca.

Los tumores malignos, adenocarcinoma, son la causa más frecuente. El angiomiolipoma es el más frecuente entre los benignos. Entre las causas raras destacamos la toma de anti-coagulantes orales.

Está descrita la malignización del angiomiolipoma a leiomiomasarcoma, lo cual obliga al tratamiento quirúrgico si se diagnostica de forma casual.

El tratamiento es quirúrgico urgente en la mayoría de los casos, estando indicada la nefrectomía en los que se evidencie lesión causante. Si no se halla dicha lesión, algunos autores defienden el tratamiento conservador en pacientes de alto riesgo, y otros abogan por la nefrectomía profiláctica, dada la posible existencia de lesiones vasculares microscópicas.

Abordaje quirúrgico del rectocele. Revisión de nuestra experiencia en los doce últimos años. Actualización bibliográfica.

Adela Sáez Zafra, Francisco Pérez Benítez, Benito Mirón Pozo, María José Cabrerizo Fernández, Marisol Zurita Saavedra, Ignacio Machado Romero, Cristina González Puga, Francisco Bravo Bravo, Jose Antonio Jiménez Ríos

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: El rectocele es la protusión de la pared anterior del recto hacia la pared posterior vaginal en forma de herniación. Puede presentarse como un cuadro puramente proctológico y su causa obedece a un complejo trastorno anatomofisiológico, fundamentalmente por alteraciones del septo recto-vaginal y aumento de la presión intra-rectal.

Su tratamiento definitivo es quirúrgico, estando descritas varias vías de abordaje (transvaginal, intraabdominal, transperineal y endo-rectal).

A continuación se exponen los resultados obtenidos en las pacientes operadas de rectocele entre los años 2000-2012, con el fin de poder realizar un análisis de los mismos.

Material métodos: Se obtiene un total de 27 casos, en los que se recogen edad, antecedentes relevantes, síntomas, pruebas diagnósticas, otros diagnósticos asociados, tratamiento previo, vía de abordaje, técnica quirúrgica, revisiones tras la cirugía, complicaciones y recurrencias.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 56.96 años. El 48.14% presentaba historia de parto vaginal y/o traumático, sin hallar correlación entre el número de estos y el grado de rectocele. El 65% habían sido intervenidas por parte

de ginecología, siendo la histerectomía la cirugía más común (61.5%). El SDO fue el síntoma más frecuente (85%), seguido de las maniobras intravaginales (55%).

Fueron realizadas 19 defecografías, todas ellas diagnósticas y el 100% había realizado BioFeedBack que resultó ineficaz.

La intervención mayormente realizada fue la reparación por vía transvaginal con malla Elevate (66.6%) (asociada en dos casos a una técnica por vía anterior), siendo el Sullivan modificado la segunda en frecuencia (30%).

Fueron recogidas tres recidivas, una de ellas tras Sullivan modificado y las otras dos tras reparación con malla.

Conclusiones: El objetivo es dar a conocer nuestra experiencia en los últimos 12 años, fundamentalmente respecto a las dos técnicas quirúrgicas más empleadas (posterior con malla y Sullivan); sus indicaciones, ventajas, inconvenientes y seguimiento a largo plazo.

Técnica de delorme, en el prolapso rectal completo. Experiencia en 10 años y ventajas respecto a otras técnicas de abordaje.

Adela Sáez Zafra, Francisco Pérez Benítez, Benito Mirón Pozo, María José Cabrerizo Fernández, Marisol Zurita Saavedra, Ignacio Machado Romero, Francisco Bravo Bravo, Cristina González Puga, Jose Antonio Jiménez Ríos

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: El prolapso rectal completo (PRC) es la protrusión del recto con todas sus capas a través del orificio anal. Su mayor incidencia es en la edad avanzada, siendo la incontinencia anal el síntoma acompañante más frecuente.

Las técnicas quirúrgicas descritas son múltiples, tanto por vía anterior como posterior. En general, suelen obtener buenos resultados respecto al prolapso, pero no respecto a la mejoría de los síntomas acompañantes.

La operación de Delorme supone un alto beneficio por reducir la morbimortalidad y estancia hospitalaria, a pesar de presentar mayor tasa de recidiva respecto al abordaje anterior.

Se pretende exponer y analizar los casos intervenidos de PRC en los últimos 10 años, todos mediante la técnica de Delorme, con el fin de poder objetivar sus resultados a corto y largo plazo.

Material métodos: Se incluyen un total de 7 casos, excluyendo los prolapsos parciales y los asociados a otra patología del suelo pélvico.

Se recoge edad, sexo, antecedentes, cirugías previas, sintomatología, pruebas diagnósticas, tratamiento previo, tipo de anestesia, estancia hospitalaria y recidivas.

Resultados: Cinco mujeres y dos hombres, cuya edad media fue de 73 años. Un caso presentaba PRC recidivado tras rectopexia anterior y sigmoidectomía. El 71% de los pacientes presentaba patología asociada que elevaba el riesgo anestésico. El síntoma más frecuente fue el prolapso (100%), seguido de la incontinencia fecal (71%). A todos se les practicó intervención de Delorme bajo anestesia raquídea, sin incidencias en el postoperatorio y alta precoz sin eventualidades. Se documentó una recidiva.

Cuatro quedaron asintomáticos, uno pendiente de revisión y dos presentaron incontinencia anal similar a la previa a la cirugía, pero sin recidiva de prolapso rectal.

Conclusiones: Dar a conocer nuestra experiencia en los últimos 10 años respecto a la técnica de Delorme, defendiendo su menor morbimortalidad quirúrgica y anestésica en los pacientes de edad avanzada.

Absceso en hipocondrio derecho por fístula colecisto-cutánea

Ruiz de Adana Garrido A., Granda Paez R., Rodríguez Gonzalez R., Gómez Arroyo A., Flores Arcas A., Fuentes Martos R., Albert Vila A., Sánchez Pascual A., Moya Vazquez R.

PÓSTER. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: La fístula colecisto-cutánea espontánea con formación de absceso en subcutáneo es una presentación atípica de la colecistitis crónica, en la cual la vesícula biliar se adhiere a la pared abdominal anterior, lo que permite la formación de un trayecto fistuloso con formación de absceso y drenaje de bilis o litos. Habitualmente se espera que exista obstrucción del conducto cístico para la formación de la fístula, ya sea por cálculos, inflamación crónica y, con menor frecuencia, por un carcinoma.

Es una entidad poco frecuente debido al diagnóstico y al tratamiento temprano de la enfermedad vesicular actualmente. El factor común para la formación de una fístula es un proceso inflamatorio o neoplásico que produce erosión a las estructuras circunvecinas.

Caso Clínico: Se trata de un hombre de 79 años, intervenido de gastrectomía parcial por úlcus gástrico y prótesis de cadera. Con antecedentes de Ca epidermoide de pulmón tratado con radioterapia; ICC e IAM en Octubre de 2011, 6 meses antes. En tratamiento con antiagregantes.

Acude por una masa dolorosa, caliente y enrojecida en hipocondrio derecho, que se acompaña de febrícula y astenia. El tránsito intestinal se encontraba conservado. En la analítica destacaba una leucocitosis leve, con fosfatasa alcalina y gamma GT normales, marcadores tumorales, normales.

A la exploración se apreciaba un abdomen blando y deprimible, con una cicatriz medial laparotómica y una masa dolorosa en HD con signos inflamatorios de la pared.

Se le realiza TAC, donde se aprecia una masa heterogénea de 120 x 47 mm en pared de hemiabdomen derecho, que depende de la vesícula biliar, con probable fístula cutánea supraumbilical. Resto normal.

El paciente es intervenido con anestesia local, realizándosele un drenaje del absceso mediante minilaparotomía subcostal derecha, con salida espontánea de cálculos y pus. La incisión se profundizó, ampliando el trayecto fistuloso hasta la vesícula biliar a modo de una colecistostomía dejando la herida abierta. El paciente fue dado de alta a las 72 horas sin incidencias.

Comentarios:

La colecistostomía como tratamiento del absceso de la vesí-

cula biliar adherida a la pared abdominal se describió en 1022 por Ibn Sina y posteriormente por Petit en 1733.

Nosotros creemos que la técnica sigue vigente en la actualidad como medida de urgencia para tratar los raros casos de abscesos asociados a la fístula colecisto-cutánea, por su simplicidad y baja morbimortalidad. Posteriormente se debe realizar un Colangio-RMN para descartar cálculos coledocociales residuales y carcinoma vesicular.

El tratamiento definitivo siempre sería la colecistectomía y la resección del trayecto fistuloso.

Volvulo incompleto de ciego de causa adherencial

Ruiz de Adana Garrido A., Rodríguez Gonzalez R., Sánchez Pascual A., Fuentes Martos R., Granda Paez R., Gómez Arroyo A., Flores Arcas A., Albert Vila A., Moya Vazquez R.

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La oclusión por adherencias es la situación más frecuente en la práctica clínica. Las estructuras más frecuentemente afectadas son el epiplón, el intestino delgado, la pared abdominal, el útero y anejos y, finalmente, colon, estómago y bazo.

Una condición indispensable para que se produzca el vólvulo es la existencia de un ciego móvil, debido a una falta de fijación al retroperitoneo. Entre las causas de vólvulo de ciego se presenta el de una laparotomía previa como causa poco frecuente.

Presentamos el caso de un síndrome adherencial con compromiso de ileón distal y ciego que producía una suboclusión intestinal y se comportaba radiológicamente como un vólvulo de ciego.

Caso Clínico: Mujer de 78 años con antecedentes de HTA, Cardiopatía isquémica, uso crónico de laxantes por estreñimiento. Intervenida de adenocarcinoma de sigma hace 2 años.

Ingresada por cuadro de dolor abdominal con distensión y timpanismo en hemicuadrante superior derecho del abdomen, de varios días de evolución que se alivia con la expulsión de gases y heces de forma esporádica.

En la radiografía de abdomen se aprecia imagen neumática de gran volumen en hemiabdomen derecho.

TAC abdominal: Dilatación segmentaria de colon que pudiera corresponder a vólvulo de ciego. El tránsito intestinal se encuentra conservado, ya que el gastrografin progresa hasta ampolla rectal. No se evidencia dilatación de asas de delgado. No se visualiza nivel hidroaéreo en el segmento de asa dilatado ni otros signos de sufrimiento directo, no engrosamiento de pared ni gas intramural.

Se realizó un enema opaco para intentar confirmar el diagnóstico de vólvulo, ya que el cuadro obstructivo no era claro: Se contrasta la totalidad de los segmentos del colon hasta ascendente en su proximidad a ciego, al que no consigue pasar claramente el bario, persistiendo la sospecha de vólvulo incompleto de ciego.

Decidimos realizar una colonoscopia tanto diagnóstica como terapéutica, si conseguía desvolvarlo. Se llega hasta

ciego, que lo encuentran distendido e inflamado, sin poder ver la válvula ileocecal.

Ante la persistencia del cuadro clínico radiológico se decide intervención quirúrgica. Se realiza laparoscopia diagnóstica, apreciándose una brida del ileón termina-ciego a la pared abdominal, que producía una volvulación parcial del ciego. Se practica resección de las adherencias con liberación laparoscópica del asa y un punto de sutura del ciego al parietocólico derecho.

El postoperatorio curso con normalidad, recuperando el tránsito y desapareciendo la imagen radiológica. Fue dada de alta a las 48 h

Comentarios

La laparoscopia diagnóstica terapéutica en este caso, fue una manera fácil y rápida de resolver el problema, con una baja morbilidad. La liberación de adherencias y la cecopexia tiene un índice de recidiva que oscila entre el 5 y el 20%, por lo que habrá que seguir a la paciente ante una eventual recidiva.

Alternativa terapéutica ante isquemia aguda de ams

Alejandra Gordillo Hernández, José López Ruiz, Beatriz Marengo de la Cuadra, Francisco Marcos, Francisco del Rio Lafuente, Laura Sánchez Moreno, José López Pérez, Fernando Oliva Mompean

ORAL. MISCELÁNEA

Introducción: La mortalidad precoz (en los primeros 30 días o antes del alta hospitalaria) de la isquemia intestinal crónica es menor que la de la isquemia intestinal aguda, con cifras que oscilar entre el 3 y el 11% (media de 5,5%). Aunque menor que en la isquemia mesentérica aguda, la tasa de complicaciones graves tras la revascularización mesentérica no es despreciable, ya que aparecen en más del 20% de los pacientes intervenidos.

Metodología: Se describen 7 casos de oclusión aguda de arteria mesentérica superior que reciben tratamiento endovascular. Todos excepto uno presento clínica aguda y fueron diagnosticados definitivamente mediante Angio TAC. A todos se realiza intervención hemodinámica y a 6 de ellos se trata con Stents farmacoactivos y a 1 fibrinólisis sin éxito y exitus en las siguientes 24 horas. De los 6 pacientes tratados con stents, 2 fueron exitus en las siguientes 48 horas de la implantación del stent, los otros 4 están en seguimiento, 2 de ellos con reestenosis de la AMS al mes y a los 3 meses respectivamente, que posteriormente se han resuelto con tratamiento hemodinámica.

Discusión: Comparando los resultados del tratamiento quirúrgico frente al endovascular, no existe una mejora significativa en las tasas de mortalidad precoz, aunque si cierta reducción en el número de complicaciones graves con este último. Entre el 80 y el 100% de los pacientes sometidos a revascularización mesentérica experimenta una clara mejoría clínica, con desaparición del dolor abdominal y ganancia de peso, que se mantiene durante los meses de seguimiento.

En las lesiones ateromatosas de la aorta yuxtarenal, de las arterias digestivas y renales, el infarto intestinal representa la segunda causa de mortalidad después del infarto de miocar-

dio, de ahí el interés de las revascularizaciones preventivas de la AMS. También se puede ver afectado el territorio de la AMI.

Planteamos una alternativa terapéutica ante el diagnóstico de isquemia mesentérica aguda de AMS, una vez descartada la afectación masiva del intestino irreversible, mediante intervencionismo hemodinámico.

Causa rara de dolor abdominal: angioedema hereditario

Alejandro J. Perez ALonso, Carlos del Olmo Rivas, Victor Ruiz Garcia, Maximo Corominas Cishek, Marisol Zurita Saavedra, Pablo Torne Poyatos, Jose Antonio Jimenez Rios.

POSTER. MISCELÁNEA

El edema angioneurótico hereditario o angioedema hereditario es una enfermedad autosómica dominante caracterizada por el déficit de C1 inhibidor. Produce ataques repetidos de edema profundo en piel, mucosas, vías aéreas superiores y aparato digestivo. Dichos ataques pueden estar precedidos por un traumatismo o infección, aunque estos no son siempre evidentes. La presencia de concentraciones disminuidas de C4 (a veces indetectables) durante los cuadros clínicos sintomáticos sugieren el diagnóstico. Se han descrito también formas adquiridas de déficit de C1 inhibidor que van unidas a un déficit del mismo. Se pueden observar en: 1) algunos enfermos con procesos linfoproliferativos, debido a la presencia de anticuerpos antiideotipo que activan los primeros componentes del complemento consumiendo el C1; 2) enfermos sin linfoma pero que presentan anticuerpos IgG dirigidos contra el C1; 3) enfermos con lupus eritematoso sistémico. Las localizaciones más frecuentes del edema son las extremidades, la facies, los genitales, la laringe y el tracto gastrointestinal. El edema, con excepción de la localización intestinal, que puede simular un abdomen agudo, es indoloro. El edema laríngeo puede ser causa de muerte. Los desencadenantes de la crisis suelen ser traumatismos menores, las infecciones, la cirugía, los fármacos (anticonceptivos orales, IECA), el stress emocional y la menstruación. El tratamiento preventivo consiste en la administración de andrógenos atenuados (danazol, estonozol) que aumentan la síntesis de C1-inhibidor. Debido a que su uso prolongado causa peliosis hepática y adenomas, se recomienda su utilización en la prevención de edemas tras traumatismos quirúrgicos o en casos graves de edema laríngeo o intestinal.

Presentamos el caso de una mujer de 43 años, apendicectomizada, que toma de manera habitual anticonceptivos orales; que acude a urgencias con dolor abdominal de 3 días de evolución y vómitos. Refiere un episodio similar hace varios años autolimitado. A la exploración física la paciente se encuentra apirética, con un abdomen blando, doloroso de manera difusa y sin signos de peritonismo. En las pruebas complementarias, no muestra ninguna alteración de los parámetros de bioquímica, hematología ni coagulación. Sin embargo durante la exploración ecográfica abdominal se descubre abundante líquido perihepático, en ambos flancos y región pélvica.

Ante los hallazgos y la persistencia de la clínica a pesar de

una correcta analgesia se decide realizar laparoscopia diagnóstica; en la cual no se encuentra ninguna alteración a excepción de abundante líquido ascítico del que se toman muestras para cultivo, citología, y bioquímica (siendo todas ellas negativas). El postoperatorio curso favorablemente decidiéndose el alta hospitalaria a los 2 días cuando se encontraba asintomática y sin presencia de ascitis en las pruebas completarias previas que se realizaron.

A los cuatro meses siguientes, sufre un nuevo episodio de dolor abdominal, precedido hacia dos semanas de edema facial. Se decidió realizar una amplia gama de pruebas destinadas a la búsqueda de indicios que permitieran un diagnóstico diferencial de las enfermedades sistémicas que pueden causar el cuadro (PCR, electroforesis, marcadores tumorales, porfirias en orina, estudio hormonal, estudio de autoinmunidad e inmunohistoquímica y estudio del complemento). Gracias a este último se obtuvieron unos valores de C4: 7 mg/dl (10-40), C1-inhibidor: 0,62 g/dl (0,21-0,39), properdina 30,4 (20-40) y C3: 151 mg/dl (90-180), que confirmaron el diagnóstico de edema angioneurótico hereditario.

Tras estos hallazgos se decidió utilizar como tratamiento, Inhibidor de la C1 esterasa (Berinert[®]) para solucionar el cuadro agudo, cediendo la sintomatología rápidamente minutos después de su administración. Para prevención del cuadro clínico se prescribió el uso de estanozolol.

A pesar de tratarse de una entidad muy poco frecuente, es importante tener en cuenta este diagnóstico frente a pacientes con dolor abdominal, en el que no se encuentra ninguna anomalía en la exploración y pruebas complementarias, y la sintomatología no cede a pesar de la administración de la medicación habitual. Se trata de una entidad que en ocasiones puede inducir a laparotomías innecesarias, o que incluso puede requerir traqueotomías por edema laríngeo si no se tiene un mínimo índice de sospecha. En aquellos pacientes con diagnóstico establecido de angioedema hereditario, deberemos ser cautelosos ante cuadros de dolor abdominal, con mínimos cambios analíticos, para no provocar los mismos errores; siendo necesario una vigilancia estrecha durante su evolución con tratamientos conservadores. El diagnóstico de esta enfermedad suele ser tardío, por lo cual es importante estudiar a toda la familia e informar del origen genético y su transmisión.

Debido a los múltiples y comunes desencadenantes es importante tener presentes todas las medidas profilácticas. La expresión clínica de esta enfermedad puede cambiar con la edad. En pacientes de avanzada edad se puede producir coagulación intravascular diseminada o fracaso multiorgánico, de ahí la necesidad de un seguimiento a corto y largo plazo de los pacientes.

Hemangioma esplénico de células litorales

Alejandro J. Perez Alonso, Carlos Del Olmo Rivas, Ignacio Machado Romero, Victor Ruiz Garcia, Francisco Lopez Rodriguez Arias, Rocio Molina Barea, Maria Jose Cabrerizo Fernandez, Jose Antonio Jimenez Rios.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La asociación entre angioma de células litorales y hematopoyesis extramedular es poco conocida. Nunca se ha descrito a ambas en asociación con rotura esplénica espontánea como presentación del cuadro clínico. Su etiología y fisiopatología es aún desconocida.

Material y Métodos: Presentamos una paciente de 54 años de edad que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal súbito y decaimiento tras estornudo espontáneo. No presentaba antecedentes personales ni familiares conocidos. A su llegada se objetivaron niveles de tensión arteriales bajos (80/50) con aumento de la frecuencia cardíaca (120). Presentaba dolor abdominal generalizado.

Ante los hallazgos se decide realizar TAC abdominopélvico con contraste, que informo de abundante líquido intraabdominal (sangre) y presencia de estallido esplénico. Se realiza Laparotomía urgente confirmando los hallazgos del TAC, con hemoperitoneo de 3 litros y estallido esplénico con múltiples fracturas en su superficie. Por tanto se realiza esplenectomía total.

Resultados: EL postoperatorio transcurre sin incidencias, siendo dada de alta la paciente a los tres días postoperatorios. La causa etiológica del estallido se estableció a la llegada del informe de anatomía Patológica, con diagnóstico de angioma de células litorales con hematopoyesis extramedular. El seguimiento y evolución se realizó por parte del servicio de Medicina Interna para estudio de neoplasias y afecciones asociadas.

Conclusiones: La asociación de angioma de células litorales con hematopoyesis extramedular como hemos mencionado es muy infrecuente, solamente hay un caso descrito en la bibliografía. Cabe mencionar, que la presentación del cuadro a través de rotura esplénica espontánea tras un mínimo esfuerzo (estornudo) es raro, no habiendo sido descrito con anterioridad en la literatura. Teniendo en cuenta que esta forma de angioma esplénico a veces se da en asociación con trastornos hematológicos (anemia aplásica, Sdr., mielodisplásico), cirrosis hepática, y con otros procesos sistémicos de naturaleza infecciosa, neoplásica o autoinmune sería recomendable estudio clínico y hematológico del enfermo para descartarlos.

Hernias infrecuentes: hernia de amyand

Alejandro J. Perez Alonso, Carlos Del Olmo Rivas, Carmen Perez Duran, Ignacio Machado Romero, Victor Manuel Ruiz Garcia, Francisco Lopez Rodriguez Arias, Pablo Torne Poyatos, Jose Antonio Jimenez Rios.

POSTER. CIRUGIA DE PARED ABDOMINAL

Introducción: La presencia de una apendicitis aguda en el interior de la hernia inguinoescrotal es infrecuente, y suele ser diagnosticada ante la presencia de una hernia Incarcerada. Su diagnóstico preoperatorio suele ser difícil, siendo por norma general un diagnóstico intraoperatorio.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 75 años, con dolor abdominal de 12 horas de evolución localizado en FID, acompañado de vómitos y astenia, junto con hernia inguinoescrotal no reductible, dolorosa a la palpación. El análisis sanguíneo mostro una leucocitosis de

13.000 le/mm³, con neutrofilia del 89%. Ante la sospecha de hernia inguinal Incarcerada se decide realizar intervención quirúrgica mediante abordaje inguinal por incisión de Gregoire.

Resultados: Durante la liberación del saco herniario y comprobación de la viabilidad de su contenido se descubre la presencia de un proceso apendicular en su seno, realizándose apendicetomía a través del abordaje inguinal según técnica habitual. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo dado de alta el paciente al 3 día hospitalario.

Conclusiones: La asociación de apendicitis aguda y hernia inguinal Incarcerada es rara. Una revisión a la bibliografía muestra el hallazgo de 60 casos de apendicitis aguda en hernias de Amyand, ocurridas en adultos. De todos estos casos solamente uno se estableció con diagnóstico preoperatorio correcto. La totalidad de los pacientes pertenecía al sexo masculino. Esta asociación es frecuente en las edades extremas de la vida: niños y ancianos. El interrogatorio y examen físico del paciente usualmente derivan en diagnóstico de hernia inguinal Incarcerada o estrangulada y peritonitis local. Se recoge igualmente en la literatura revisada que los pródromos son los típicos de la apendicitis con dolor epigástrico, localizado en la fosa iliaca derecha y saco herniario Incarcerada. De igual modo muchos autores enfatizan que el dolor de la apendicitis herniada tiende a ser de tipo cólico, que se exacerba en episodios y que contrasta con el dolor sordo y constante propio del intestino estrangulado. La presencia de leucocitosis no es frecuente. Para realizar un diagnóstico preoperatorio correcto se debe tener conciencia de la existencia de esta patología y sospechar su presencia en caso de una hernia inguinal derecha estrangulada, que presenta signos de peritonitis local y sin signos radiológicos ni clínicos de obstrucción intestinal.

Intususpeccion ileal por tumor gist

Alejandro J. Pérez Alonso, Marisol Zurita Saavedra, Carmen Perez Duran, Victor Manuel Ruiz Garcia, Ignacio Machado Romero, Jose Antonio Pérez ramon, Jose Antonio Jimenez Rios.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: GIST responde a las iniciales en inglés de Tumor del Estroma Gastrointestinal. La historia reciente del GIST es una de las más asombrosas de la medicina. Probablemente no existe otro caso en el que una enfermedad maligna haya sufrido tal revolución en tan escaso tiempo. Son tumores infrecuentes que aparecen en tejidos conectivos y cuya sintomatología es muy variada.ç

Material y métodos: Presentamos un paciente de 39 años de edad que acude al servicio de urgencias por cuadro de Obstrucción Intestinal de 48 horas de evolución. No refiere antecedentes familiares ni personales de interés. Durante la exploración se aprecia un abdomen distendido y doloroso de manera generalizada. Se realiza un TAC abdominoplevico que informa gran dilatación de asas de intestino delgado junto con obstrucción mecánica a nivel de ileon terminal, sin poder descartar invaginación intestinal.

Dada la mala evolución del paciente se decide realizar laparotomía urgente, en la que se evidencia invaginación intestinal en ileon terminal (10 cms desde valvula ileocecal) junto con gran tumoración a dicho nivel de unos 5 cms de diámetro. Se realizó resección de ileon afectado con márgenes de resección de 5 cms a cada margen, junto anastomosis latero-lateral mecánica.

Resultados: El postoperatorio evolucionó favorablemente sin incidencias. El paciente fue dado de alta hospitalaria a los 5 días postoperatorios. El informe de anatomía patológica diagnosticó la tumoración como afección GIST, tumor estromal de alto grado tipo epiteloide. El seguimiento y tratamiento fue llevado a cabo por el servicio de oncología.

Conclusiones: Durante años hemos confundido el GIST con el leiomioma intestinal que es el cáncer derivado de la transformación maligna, no de las células nerviosas del intestino, sino de las musculares. Ambas células son tan similares que los dos cánceres son prácticamente indistinguibles hasta para el examen microscópico más minucioso. Sin embargo, la diferencia es crucial, ya que mientras el GIST es sensible a un nuevo tratamiento, el leiomioma es completamente resistente a su acción. Estas diferencias no han sido referidas en el tratamiento de estos tumores hasta que se ha podido comprender como surgen los tumores GIST.

Sarcoma retroperitoneal gigante

Alejandro J. Pérez Alonso, Carmen Pérez Duran, Carlos Del Olmo Rivas, Ignacio Machado Romero, Marisol Zurita Saavedra, Jose Antonio Pérez Ramon, Jose Antonio Jimenez Rios.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: Los sarcomas retroperitoneales se originan de células derivadas del mesodermo espláncico ubicado en el área dorsal de la cavidad celómica por debajo del nivel del "septum transversum". Son una patología poco frecuente, se observan en torno 2 casos cada 100.000 habitantes por año. Los sarcomas de localización retroperitoneal constituyen el 15-20 % de los sarcomas de partes blandas. Valorando los tumores retroperitoneales primarios de origen extraviscerales los sarcomas constituyen el 50% de los mismos.

Material y Métodos: Presentamos el caso clínico de un paciente de 58 años de edad que es valorado por nuestro servicio por masa abdominal de reciente descubrimiento que deformaba el perímetro abdominal del paciente, sobretudo en hemiabdomen derecho. Se solicitó TAC abdominal con contraste que informa de masa de más de 30 cm de longitud probablemente retroperitoneal que contacta con riñón derecho, Angulo hepático del colon, segmentos inferiores del hígado; y que además se halla en comunicación con la vena cava. Anatómicamente no se observan alteraciones, ni afectación de los marcadores tumorales. Se decide escisión quirúrgica dados los hallazgos.

Resultados: Durante el acto quirúrgico se evidencia masa heterogénea de coloración amarillo-grisácea, íntimamente adherida a riñón derecho y ángulo hepático del colon, así como a vesícula biliar. Gran aporte sanguíneo a través de neo-

formaciones vasculares procedentes de tronco celiaco y arteria mesentérica superior. Su drenaje vascular se realizaba a través de vasos que desembocaban directamente en vena cava. Dados los hallazgos se decide extirpación de la masa en conjunción con colecistectomía, colectomía derecha y nefrectomía derecha. Se obtiene una pieza quirúrgica de peso superior a los 5 kg.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo dado de alta el paciente a los 7 días. El diagnóstico definitivo se estableció tras el informe de anatomía patológica, Liposarcoma Retroperitoneal

Conclusiones: El tratamiento de elección de los sarcomas aún hoy continúa siendo la cirugía, la cual para lograr resultados oncológicamente aceptables debe reseca toda la pieza con márgenes de resección adecuados; lo cual es prácticamente imposible en los tumores retroperitoneales de gran tamaño como era el caso de nuestro paciente en donde el tumor presentaba íntimo contacto con estructuras irresecables. La supervivencia al igual que el tiempo libre de recidiva dependen del subtipo histológico y del margen de resección quirúrgico. En múltiples estudios se observó que el subtipo desdiferenciado y la necesidad de reseca órganos contiguos (excluyendo la nefrectomía) se asocia con un aumento del riesgo de recidiva local y a distancia. Se han descrito casos en los que se emplea quimioterapia adyuvante, sin resultados muy óptimos. Las drogas más utilizadas son la Adriamicina y la Ifofosfamida. Se obtiene respuesta hasta en un 50% de los casos sin poder demostrar un aumento en la supervivencia. La recidiva tumoral es la regla y las mismas aparecen alrededor de los 45 meses de la resección quirúrgica; estas generalmente son más agresivas con invasión de estructuras vecinas y un rápido crecimiento. La posibilidad de metástasis a distancia es aproximadamente de un 11%, siendo el pulmón el órgano más afectado seguido por el hígado. La posibilidad de metástasis aumenta con el número de recidivas.

Angor intestinal por espasmo aortico

Alejandro J. Perez ALonso, Carlos Del Olmo Rivas, Ignacio Machado Romero, Victor Ruiz Garcia, Marisol Zurita Saavedra, Pablo Torne Poyatos, Jose Antonio Jimenez Rios.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: El espasmo aórtico es una entidad clínica desconocida, de la que apenas existe alguna referencia en la bibliografía. Sin embargo, en contraposición, el espasmo de grandes vasos (descartando aorta) es una entidad relativamente frecuente producida por numerosos desencadenantes tales como enfermedades autoinmunes, fármacos y enfermedades recesivas.

Material y Métodos: Presentamos el caso de un paciente de 56 años sin antecedentes personales de interés, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de aparición brusca, junto con decaimiento general de su estado físico. Se le realizó un análisis sanguíneo que arrojaba unos valores de PCR 20,05; Leucocitos 19.000, Neutrofilos 87%, LDH 534, pH 7,30; APTT 75%. Ante la sospecha de un proceso

intestinal agudo, probablemente isquemia intestinal se decide realizar TAC abdominopélvico con contraste.

Lejos de hallar signos sugerentes de tal proceso dentro de las arterias frecuentemente afectadas, se halló un espasmo aórtico completo, en flor de Lis, ocluyendo por completo la luz intestinal, que impedía el paso de contraste a arteria mesentérica superior e inferior. No se halló neumatosis intestinal aunque sí gran dilatación de asas de intestino delgado. El diagnóstico de presunción se estableció en isquemia mesentérica debido a espasmo aórtico.

Dado el origen de la entidad se decidió mantener tratamiento médico conservador con sueroterapia intensa y fármacos vasodilatadores. Se reinterrogó al paciente en búsqueda de factores predisponentes tales como ingesta de fármacos asociados (ergotamina) o enfermedades autoinmunes, negando cualquiera de ellas.

Resultados: Tras 3 horas de tratamiento médico intenso, la sintomatología cedió paulatinamente, mejorando los parámetros analíticos a las 6 horas de su llegada. Se decidió realizar nuevo TAC abdominopélvico con contraste en la que había desaparecido las imágenes del TAC previo. Se mantuvo en observación al paciente durante 48 horas, sin repetirse el cuadro clínico, siendo dado de alta. Se realizó seguimiento por parte de Medicina Interna, sin hallarse hasta el momento el factor etiológico del cuadro.

Conclusiones: La isquemia Intestinal es un cuadro clínico de relativa frecuencia en pacientes de edad avanzada, y en aquellos pacientes con factores predisponentes. Hasta el momento, no había sido descrito un espasmo aórtico espontáneo, sin factores predisponentes, en la bibliografía; y del mismo modo no existen cuadros clínicos intestinales producidos por la misma entidad descritos. Gracias a la actitud conservadora, se resolvió el cuadro sin necesidad de realizar algún acto quirúrgico, que hubiera sido de gran morbi-mortalidad dada la implicación orgánica y arterial. Debemos tener presente en algunos cuadros de isquemia intestinal, la posibilidad de la presencia de enfermedades autoinmunes y/o sistémicas; o bien la toma de fármacos con actividad asociada tales como la ergotamina, Noradrenalina; como desencadenantes de la enfermedad. Para ello es necesario realizar una anamnesis dirigida que permita descartar cualquiera de estos procesos.

Obstrucción intestinal por brida a pared de Divertículo de Meckel

Ruiz Zafra A., Piñán Díez J., Domínguez Amodeo A., Mauricio Alvarado C., Valera Sánchez Z., Naranjo Fernández JR., De los Reyes Lopera N., Navarrete de Cárcer E., Díaz Milanés JA., Oliva Mompeán F.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: El divertículo de Meckel es la malformación gastrointestinal más frecuente, formada en hasta un 50% por tejido heterotópico y con un índice de complicaciones a lo largo de la vida de hasta un 4%. Entre estas complicaciones encontramos: Hemorragia digestiva, Obstrucción intestinal, Diverticulitis, Perforación y Neoplasias. El tratamiento en

caso de ser sintomático es quirúrgico, existiendo diversas técnicas. Presentamos el caso de una Obstrucción intestinal provocada por una brida a la pared de un divertículo de Meckel.

Caso Clínico

Varón de 34 años con antecedentes de hernia de hiato, acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos.

A la exploración física presenta dolor abdominal generalizado a la palpación. Analítica con 14.000 Leucocitos y PCR de 28.9. Es dado de alta con el diagnóstico de gastroenteritis aguda, volviendo a acudir a urgencias a las 24 horas. Presentando en esta ocasión de nuevo dolor abdominal junto con vómitos, y a la exploración un abdomen duro y distendido, doloroso a la palpación.

Rx Abdomen con dilatación de asas de intestino delgado y TC abdomen informado como dilatación de cámara gástrica y de ID con signo del remolino mesentérico, compatible con una volvulación de intestino medio.

Con el diagnóstico de Obstrucción intestinal se procede a intervención quirúrgica, identificando brida a pared proveniente de divertículo de Meckel, realizando lisis de bridas y apendicectomía.

Comentarios

El tratamiento del divertículo de Meckel es quirúrgico en caso de ser sintomático. Existiendo diversas técnicas: Resección segmentaria, resección en cuña, resección con pinza automática e incluso uso de la laparoscopia.

¿Qué hacemos si nos encontramos un divertículo de Meckel incidentalmente al realizar una intervención quirúrgica? En la literatura encontramos casos únicos o series, y comparaciones sintomático vs asintomático. No existen estudios prospectivos ni sobre la mejor técnica quirúrgica, con los cual concluimos que puede basarse la decisión según la experiencia de los cirujanos.

AGRESIÓN POR ARMA BLANCA

Almudena Moreno Serrano, Vanesa Maturana Ibáñez, Manuel Ferrer Márquez, Ricardo Belda Lozano, Jacob Motos Mico, Pablo Moreno Marin, Alvaro Morales Gonzalez

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: Las heridas penetrantes en el cuello, son una entidad poco frecuente, pero esta pequeña zona de la economía concentra una cantidad de estructuras vitales que pueden poner en riesgo la vida del paciente en forma inmediata, por lo que son un desafío aún para los cirujanos más experimentados.

Caso clínico: Paciente de 28 años con antecedentes personales de bocio multinodular. Derivado del 061 tras sufrir agresión por su pareja con una navaja en la región cervical izquierda. La paciente se encuentra sedada, hemodinámicamente estable con cifras de presión arterial de 130/80 mmHG. En la exploración presenta herida en región cervical izquierda de 5 cm con cuerpo extraño; no se observan otras lesiones. Se realiza TAC cervical donde se observa cuerpo extraño que se introduce entre carótida y yugular, el extremo distal junto

a la lámina del cartilago tiroides izquierdo, atraviesa la luz traqueal, enfisema cervical. Se lleva a cabo una exploración quirúrgica sistemática. Se interviene, realizándose traqueostomía de urgencia y extracción de cuerpo extraño. Al revisar el trayecto, se comprueba que no presenta signos de lesión vascular, ni de estructuras aéreas y digestivas. La paciente evoluciona de forma satisfactoria, siendo dada de alta al quinto día postoperatorio con tratamiento antibiótico y revisión en consulta externa.

Comentarios: Las heridas del cuello, aunque infrecuentes, a menudo requieren manejo quirúrgico de urgencia, ya que las lesiones de la vía aérea y/o de la circulación carotídea son lesiones con riesgo de vida inminente, y sobre todo porque se sabe que hasta un 50% de las muertes son prevenibles con un adecuado tratamiento precoz. La evaluación inicial y el manejo del paciente con herida en el cuello es el mismo que cualquier politraumatizado. Mantener la vía aérea permeable debe ser la prioridad inicial, ya que cerca del 10% presentan trastornos de la respiración. El siguiente paso será la circulación y una vez, con el paciente estable, se continuará con la valoración secundaria que incluirá un examen físico completo y la anamnesis del episodio. No existe discusión en cuanto a la indicación de cirugía de emergencia para el tratamiento de pacientes inestables, destacando la falta de un consenso sobre el manejo óptimo en los pacientes estables, pero se acepta la realización de un manejo más selectivo de estos pacientes, tanto en la parte diagnóstica como terapéutica tomando como pilar fundamental la valoración clínica exhaustiva basada en un protocolo, obteniendo con ello la mejor relación costo-beneficio. Aunque a pesar de la mejoría en el tratamiento, las secuelas y mortalidad siguen siendo importantes.

Diagnóstico diferencial entre hernia incarcerada y linfadenitis reactiva.

Almudena Moreno Serrano, Vanesa Maturana Ibáñez, Pablo Moreno Marin, Jacob Motos Mico, Álvaro Morales Gonzalez, Leandro García-Balart.

POSTER. CIRUGIA DE PARED ABDOMINAL

Introducción: El término linfadenitis, se utiliza para señalar el aumento del tamaño, de la consistencia o del número de los ganglios linfáticos. En pacientes menores de 30 años la aparición de adenopatías suele deberse a causas benignas en el 70% de los casos, mientras que en los mayores de 50 años en el 60% de los casos subyace un proceso maligno.

Caso clínico: Paciente de 63 años que acude a urgencias por presentar dolor y tumoración en región inguinal derecha de 5 días de evolución que se inició tras realizar un esfuerzo. El dolor ha aumentado en las últimas horas y se asocia a náuseas y fiebre de 40° C. En la exploración física destaca tumoración en región inguinal derecha que aumenta con las maniobras de Valsalva. Leucocitosis con desviación a la izquierda, PCR 16. Se realiza TAC abdomen donde se observa en canal inguinal rarefacción de la grasa con pequeños ganglios reactivos, sugieren como primera posibilidad infarto omental. Se interviene de forma urgente, encontrándose dos adenopatías inguinales

derechas de gran tamaño, se realiza la extirpación de las mismas. Durante el postoperatorio presenta varias lesiones en ambas piernas y brazos con eritema y aumento de temperatura, el paciente refiere haber sufrido múltiples picaduras de insecto el día previo. Se consulta con medicina interna que pauta tratamiento antibiótico, con lo que el paciente mejora y se va de alta al sexto día postoperatorio. La anatomía patológica se informa como linfadenitis reactiva.

Comentarios: Los ganglios linfáticos son los órganos del sistema inmune con más capacidad de reacción ante estímulos externos. Existen múltiples condiciones patológicas que hacen aumentar su volumen: infecciones, enfermedades inmunológicas, enfermedades por depósito, neoplasias, etc. El momento en que se debe iniciar el estudio de una adenopatía dependerá de factores como la edad del paciente, el tamaño del ganglio, sus características o el contexto clínico. Siempre debemos comenzar el proceso diagnóstico con la anamnesis y la exploración física, hay que asegurar que la tumoración que palpamos corresponde a una adenopatía y no confundir éstas con otras causas que pueden aparecer, sobre todo en localizaciones cervicales e inguinales, donde se suele confundir con hernias de difícil reducción. Esto nos orientará hacia qué otras técnicas complementarias tenemos que recurrir, tales como la analítica de sangre y orina, la radiología, la ecografía, la tomografía axial computarizada, la resonancia nuclear magnética y los estudios histológicos y anatomopatológicos.

Evisceración intestinal secundaria a traumatismo abdominal grave

Almudena Moreno Serrano, Alvaro Morales González, Pablo Moreno Marín, Jacob Motos Mico, Vanesa Maturanan Ibáñez, Gabriel López-Ordoño, Miguel Vargas Fernández.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: El paciente politraumatizado representa un constante desafío diagnóstico y terapéutico; una lesión inadvertida puede convertir los esfuerzos del equipo que atiende a estos pacientes en un desastre. Un retraso en aplicar un tratamiento puede significar un aumento de la morbilidad y la mortalidad con una mayor estancia hospitalaria y evidentemente un mayor coste. El abdomen ocupa el tercer lugar de las zonas corporales dañadas en los traumatismos, y el trauma abdominal es la causa del 20% de las injurias civiles que requieren intervención quirúrgica.

Caso clínico: Varón 58 años, traído a urgencias por el 061, tras accidente laboral por caída sobre objeto punzante. Paciente inestable hemodinámicamente, con hipotensión arterial y taquicardia. Presenta herida inciso-contusa a nivel de hipocóndrio derecho, de unos 8-10cm de longitud, con contenido intestinal eviscerado. Se le realiza TAC corporal total, se aprecia traumatismo de columna con rotura de lámina derecha en D5 y D6 y fractura estallido de D10. En tórax: traumatismo torácico con fracturas costales y hemotórax derecho. En abdomen: pequeña laceración hepática y evisceración abdominal. Se le realiza laparotomía, exploración de la cavidad abdo-

minal, objetivando la existencia de laceración hepática que se trata de manera conservadora sin objetivar más lesiones, procediendo a reintroducir el paquete intestinal en cavidad y sutura de planos músculo-aponeuróticos y piel. Se coloca un tubo de tórax en hemitorax derecho. Desde el punto de vista digestivo, el paciente evoluciona favorablemente, comienza la ingesta oral al segundo día, se retira el tubo de torax al tercer día y pasa a cargo de Neurocirugía. Durante el ingreso, presenta una neumonía nosocomial, ITU complicada con buena evolución.

Comentarios: La evaluación y la estabilización de los individuos con lesiones traumáticas abdominales son piedra angular en las situaciones de urgencias, ya que el paciente puede no ser capaz de proveer una historia clínica adecuada, o la exploración física puede no ser confiable debido a cambios en el estado de conciencia o a la necesidad de llevar a cabo una intubación de emergencia. El abordaje diagnóstico y el resultado del tratamiento de las lesiones abdominales se ven influidos por múltiples factores. El intestino eviscerado representa la posibilidad de pérdida de líquido, calor y puede sufrir isquemia. El intestino eviscerado debe ser cubierto con compresas con suero fisiológico para mantener la humedad. No es apropiado intentar reducir las asas evisceradas a la cavidad abdominal por el riesgo de una lesión mayor.

Shock hemodinámico por traumatismo de mama

Almudena Moreno Serrano, Pablo Moreno Marín, Jacob Motos Mico, Alvaro Morales González, Vanesa Maturanan Ibáñez, Miguel Lorenzo Campos.

POSTER. CIRUGIA DE MAMA

Introducción: Los traumatismos torácicos abiertos representan alrededor del 5-10% del total de los traumatismos torácicos. Suelen confinarse a la propia pared torácica, no afectando a ningún órgano, o pueden penetrar en la cavidad pleural, en cuyo caso suelen provocar un neumotórax o un hemotórax.

Caso clínico: Paciente de 62 años sin antecedentes. Derivada del 061 tras sufrir accidente de tráfico por precipitar su coche, la paciente se encuentra consciente pero inestable hemodinámicamente, con hipotensión importante y acidosis mixta. Ingresa en la UCI, desde donde nos consultan porque en la exploración física presenta hematoma en pared abdominal, hematoma a nivel de hemitórax y mama izquierda que aumenta de forma progresiva e hipoventilación en pulmón izquierdo.

Además la paciente refiere dolor cervical. Se realiza TAC tórax que es informado como hemorragia masiva intramamaria con sangrado activo. Hematoma mide 15 x11x14 cm con un volumen de 1000 cc. A parte se aprecian áreas de contusión mamaria, deformidad de pared torácica izquierda sin signos de fracturas costales. No signos de neumotórax ni afectación del mediastino. Condensación bibasal que puede corresponder a contusión pulmonar. La paciente permanece en la unidad de cuidados intensivos durante el primer día con medidas conservadoras, vendaje compresivo de la mama izquierda. Pero la paciente continua inestable y hay signos evidentes de hemo-

rragia activa que no cede, se decide intervención quirúrgica urgente y drenaje de hematoma intramamario. La contusión pulmonar es tratada de forma conservadora por el servicio de Neumología.

La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta el quinto día postoperatorio.

Comentarios: Cualquier contusión torácica puede afectar a las mamas, aunque tienen bastante movilidad que les facilita eludir esa contusión. Cuando reciben el traumatismo contuso se producen grandes hematomas, sobre todo en períodos de lactancia o en la menstruación, ya que la mama tiene más irrigación. La evolución de estos hematomas puede ser: drenaje por el pezón, pasar a un quiste preexistente, infectarse y producir un absceso. El tratamiento de los hematomas en un primer momento consiste en la aplicación de hielo localmente y posteriormente una compresión. A veces, se puede realizar una punción evacuadora. En muy pocas ocasiones, requieren intervención quirúrgica urgente. Se ha descrito la probable relación entre la contusión y el cáncer de mama, por lo que tras la desaparición del hematoma y dependiendo de la edad del paciente, conviene realizar una ecografía o una mamografía.

Liposarcoma de mama izquierda

Almudena Moreno Serrano, Jacob Motos Mico, Pablo Moreno Marin, Vanesa Maturana Ibáñez, Alvaro Morales Gonzalez, Miguel Lorenzo Campos

POSTER. CIRUGIA DE MAMA

Introducción: El liposarcoma es el sarcoma más frecuente de partes blandas. El liposarcoma de glándula mamaria es una de las neoplasias malignas no epiteliales más infrecuentes. Es más frecuente en las extremidades inferiores y en la región retroperitoneal.

Caso clínico: Mujer de 48 años con antecedentes de tumorectomía por fibroadenoma en mama izquierda hace cinco años. Acude a la consulta por palpación de nódulo doloroso en cuadrante inferoexterno de mama izquierda. En la mamografía se observan mamas de parénquima homogéneo, que en el cuadrante inferoexterno izquierdo muestra lesión nodular, de aspecto heterogéneo, bien delimitada, de 34 mm. Posteriormente se realiza estudio secuencial de las mamas mediante resonancia magnética, donde se observa una lesión nodular única, de contorno bien definido y captación patológica del contraste, que mide 35 x 23 x 20 mm e hiperintensa en T2, compatible con proceso neoforativo sin afectación del complejo aréola-pezón ni del músculo pectoral.

Se interviene, realizando tumorectomía, obteniéndose pieza de 6 x 5 x 4 cm.

El diagnóstico definitivo histológico es de liposarcoma mixoide de mama, grado II.

En un seguimiento de 2 meses la paciente ha iniciado tratamiento adyuvante con radioterapia y se mantiene libre de enfermedad.

Comentarios

Aproximadamente el 3% de los tumores malignos de mama son sarcomas, aunque solo el 0,3% son liposarcomas. Algunos

autores sugieren que se puede desarrollar a partir de un tumor benigno preexistente, o el 10% tienen historia de traumatismo previo. Macroscópicamente, se presentan como masas pequeñas, firmes y de color amarillo, se caracterizan por presentar un rápido crecimiento. El diagnóstico se hace mediante la demostración de lipoblastos en secciones histológicas apropiadas. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa con bordes libres (> 2cm), siendo sólo necesaria la mastectomía total cuando la exéresis es incompleta y el tumor de gran tamaño. Usualmente no se realiza la linfadenectomía axilar, ya que la diseminación linfática es infrecuente. Los liposarcomas son resistentes a la irradiación, y por ello frecuentemente es conveniente reservarla para casos de bordes afectos. La utilidad de la quimioterapia es dudosa, estando aún por determinar. Es difícil establecer el pronóstico por los pocos casos publicados, siendo el comportamiento diferente según el tipo histológico. Las metástasis suceden principalmente por vía hematógena; la diseminación linfática es rara. La localización de las metástasis en orden decreciente de frecuencia son: pulmones, ganglios axilares, hueso, hígado, colon y útero.

Abordaje laparoscópico del absceso tuberculoso presacro.

Álvaro Morales González, Francisco A. Rubio Gil, Angel Reina Duarte, Pablo Moreno Marín, J. Jacob Motos Mico, Almudena Moreno Serrano

VÍDEO. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La tuberculosis osteoarticular representa hasta un tercio de los casos de tuberculosis extrapulmonar, siendo la espondilodiscitis tuberculosa la forma de afectación osteoarticular más frecuente. En los países subdesarrollados afecta a niños y jóvenes. Un 30% de los pacientes presentan afectación pulmonar.

El diagnóstico clínico se basa en la presencia de raquialgia, junto con limitación de la movilidad y hallazgos radiológicos de resonancia nuclear magnética

El tratamiento es médico, siendo la indicación quirúrgica en caso de deterioro neurológico agudo, inestabilidad o deformidad, si no hay respuesta a la quimioterapia o si el paciente incumple el tratamiento médico.

Caso clínico: Paciente de 30 años, natural de Gambia sin antecedentes personales de interés que acude por presentar sensación distérmica no termometrada y tos con expectoración amarillenta, dolor en región lumbosacra y articulación sacroiliaca derecha; presenta lassegue +; La RMN aprecia espondilodiscitis lumbar y absceso presacro. El paciente es diagnosticado de tuberculosis pulmonar y espondilodiscitis con colección asociada.

Tras tratamiento médico se realiza nueva RMN aprecia mejoría radiológica, pero persistencia de colección presacro, por lo que se plantea intervención quirúrgica.

Se hace abordaje laparoscópico del espacio presacro, accediendo a colección que se drena y aspira colocando sistema de drenaje aspirativo cerrado.

En revisiones posteriores el paciente se encuentra asintomá-

tico, habiendo recuperado la movilidad en miembro inferior derecho y sin dolor.

Comentarios: La espondilodiscitis tuberculosa en pacientes emigrantes de países subdesarrollados supone más de la mitad de los casos. Con frecuencia existe un periodo de latencia prolongado (12-18m) entre el episodio de infección pulmonar y el desarrollo de las manifestaciones musculoesqueléticas.

El tratamiento de elección es tratamiento médico, estando el tratamiento quirúrgico orientado a la toma de muestras tisulares cuando han fracasado otros métodos, cuando hay inestabilidad vertebral o presencia de abscesos que no ceden a tratamiento.

Hasta la fecha hay poco descrito respecto al abordaje anterior laparoscópico, pero dada la experiencia en la cirugía laparoscópica, en el abordaje del espacio presacro hace de la misma un abordaje eficaz.

Tratamiento del carcinoma rectal mediante tem. Nuestra experiencia

Álvaro Morales González, Angel Reina Duarte, Francisco Antonio Rubio Gil, Manuel Ferrer Marquez, Ricardo Belda Lozano, Isabel Blesa Sierra, Antonio Fernando Alvarez García

ORAL. CIRUGIA COLORRECTAL

Introducción: Presentamos un estudio prospectivo descriptivo de 4 años (Julio 2008 a Abril 2012) donde queremos presentar nuestros resultados en el tratamiento de lesiones malignas rectales (adenocarcinomas rectales) mediante TEM, así como discutir su papel en el tratamiento de dichas lesiones, siempre en pacientes correctamente seleccionados y sometidos a un estricto protocolo de seguimiento posterior. Además, estamos incluidos en un ensayo clínico, en el cual estudiamos los resultados de quimiorradioterapia preoperatoria más TEM frente a cirugía radical convencional en pacientes con lesiones rectales superficiales T2-T3 s NoMo.

Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo en el que incluimos a todos los pacientes intervenidos de adenocarcinoma rectal mediante TEM, siempre que reúnan criterios de selección, los cuales subdividimos en grupo con intención curativa, serían adenomas y carcinomas con criterio local, grupo consensuado que serían carcinomas de bajo grado, a menos de 10cm del margen anal, de 3 – 4 cm, y con QT-RT neoadyuvante y por último el grupo de paliativo que serían pacientes de alto riesgo, que no aceptan ni estoma ni los riesgos de la cirugía. Durante el estudio preoperatorio son sometidos a historia clínica detallada, exploración rectal, rectoscopia rígida, colonoscopia, RMN pélvica y TC toracoabdominal.

Previo a la cirugía se realiza preparación mecánica del colon, se administra profilaxis antibiótica y antitrombótica. Se coloca al enfermo de forma que la lesión quede colocada en el margen inferior del rectoscopio. Previa rectoscopia rígida en quirófano, se fija el rectoscopio con el brazo de Martin junto con el set de tubuladoras, óptica estereoscópica y la de asistencia. Se comienza marcando con bisturí eléctrico los bordes de la lesión, resecaando la misma con bisturí ultrasónico, alcan-

zando un borde de resección de 1 cm. Tras irrigar y revisar hemostasia, se cierra el defecto con monofilamento reabsorbible 3/0, sutura continua. El paciente comienza tolerancia progresiva al día siguiente. Pacientes que en el estudio definitivo sean catalogados como T2 o T1 con criterios desfavorables (invasión vascular o linfática, lesiones pobremente diferenciadas o márgenes positivos) se presentan en comité oncológico para proponer cirugía radical o tratamiento adyuvante. El seguimiento durante los dos primeros años se realizara rectoscopia y marcadores tumorales (CEA y Ca 19.9) cada 4 meses. Desde el tercer año al quinto, dichos controles se realizaran cada 6 meses. Todas las revisiones se acompañan de rectoscopia rígida en consulta, de TC abdominal y colonoscopia anual.

Resultado y conclusión: Se han intervenido un total de 25 enfermos (12 mujeres y 13 hombres) con una edad media de 59,5 años (32-89), con diagnóstico de adenoma en 6 pacientes y carcinoma en 19. De estos 15, 5 fueron catalogados como T3 y 4 como T2 siendo indicada la TEM en 6 de ellos por ser pacientes de alto riesgo quirúrgico y en 3 por no querer asumir la morbimortalidad de la resección radical y del posible estoma. Siempre intervenidos por los mismos cirujanos. Tiempo operatorio medio de 96,5+ 46 min. Las lesiones localizadas a una altura media de 6,7 + 3,5 cm. Resección de espesor total en el 100% de los casos, con una superficie total lesional de 14,3 + 10,8 cm. Cuatro entradas en cavidad abdominal, dos de las cuales obligaron a laparotomía, concluyendo en Hartmann y en Resección Anterior Baja. En los dos casos restantes, sutura biplano del defecto, 11,1% de reconversión. Estancia de 5,7 días. La morbilidad ha sido de un 16,7% , dos rectorragias autolimitadas que no necesitaron transfusión y una tercera rectorragia a la semana, que preciso de control hemostático de la línea de sutura. El seguimiento medio es de 15 meses. Se confirmo la Ro en 88,8%, los dos pacientes con R1 fueron pacientes sometidos a cirugía paliativa con diagnóstico preoperatorio de T3. Durante el seguimiento se ha evidenciado una recurrencia local, de un pólipo rectal. Dentro de los pacientes T3 dos fallecieron por consecuencias ajenas a la cirugía.

La TEM es un procedimiento mínimamente invasivo, seguro y efectivo para el tratamiento de lesiones rectales seleccionadas. Se asocia a una baja mortalidad, evitando en muchos casos la consecuencias de la cirugía radical. La TEM es una estrategia multidisciplinar, basada en un equipo multidisciplinar, fundamentada en una cuidadosa selección de pacientes, una técnica quirúrgica auditada y un estricto protocolo de seguimiento.

TUMOR DE GIST GÁSTRICO QUE SIMULA UN QUISTE DE DUPLICACIÓN

Álvaro Morales González

Pablo Moreno Marín
Jose Jacob Motos Micó
Almudena Moreno Serrano
Manuel Felices Montes
Leandro García Balart
Diego Rodriguez Morillas

PÓSTER. CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

TÍTULO TUMOR DE GIST GÁSTRICO QUE SIMULA UN QUISTE DE DUPLICACIÓN AUTORES Álvaro Morales González, Pablo Moreno Marín, Jose Jacob Motos Micó

Introducción: Presentar un caso de tumor del estroma gastrointestinal de morfología quística, al cual solo se pudo llegar al diagnóstico mediante anatomía patológica, ya que todas las pruebas orientaban el diagnóstico a un quiste de duplicación gástrica.

Caso clínico: Los tumores del estroma gastrointestinal representan un 3% de las neoplasias gastrointestinales, sin embargo es el tumor mesenquimático más frecuente del tracto gastrointestinal. Se define por la expresión del receptor del factor de crecimiento de tirosina kinasa CD 117, lo que lo diferencia de otros. Algunos de estos tumores pueden presentarse con morfología quística, lo que dificulta su diagnóstico preoperatorio, y su diagnóstico diferencial de otras patologías como los quistes de duplicación. Estos quistes son anomalías congénitas de muy baja incidencia, que pueden acontecer de la boca hasta el ano, siendo más frecuentes a nivel ileal y representando de un 4 – 8 % las que asientan en el estómago. El gold estándar diagnóstico es la ecoendoscopia con biopsia, con lo que podríamos llevar a cabo este diagnóstico diferencial, no solo con tumores GIST quísticos, sino con quistes mesentéricos, quistes y pseudoquistes pancreáticos, quistes hidatídicos, etc. Presentamos el caso de un varón de 72 años, con antecedentes de HTA, HBP, hipotiroidismo y apendicectomizado y colecistectomizado, que consulta a urgencias hasta en tres ocasiones por cuadro de dolor abdominal inespecífico, junto con náuseas y vómitos de características bilioalimenticias. Discreta hiporexia. Durante el estudio, se objetiva en una ecografía, tumoración en curvatura menor del estómago a filiar, para lo cual se realiza ecoendoscopia que informa como lesión anecoica que parece rodeada de todas las estructuras de la pared gástrica, distinguiendo todas las capas, sin apreciar relaciones con estructuras adyacentes. Es informado como quiste de duplicación gástrico. El paciente se somete a cirugía, debido al tamaño, y al aspecto macroscópico, se realiza antrectomía y reconstrucción en Y-Roux

Comentario: El resultado anatomopatológico definitivo fue de tumor GIST quístico. Queremos presentar este caso, por lo poco usual que es el tumor de GIST quístico y por su difícil diagnóstico diferencial con otras patologías aún menos frecuentes como sería el quiste de duplicación gástrico.

Ureterohidronefrosis como debut de un carcinoma papilar tiroideo

Álvaro Morales González, Jose Jacob Motos Micó, Pablo Moreno Marín, Almudena Moreno Serrano, Manuel Ferrer Marquez, Manuel Felices Montes, Ricardo Belda Lozano, Francisco Antonio Rubio Gil

POSTER. CIRUGIA ENDOCRINA

Introducción: El objetivo de esta comunicación es presentar

un debut anómalo, y de difícil diagnóstico, de una patología relativamente frecuente como es carcinoma papilar de tiroides.

Caso clínico: Mujer de 55 años sin antecedentes de interés, estudiada por cuadro de epigastalgia y pirosis de meses de evolución. A la exploración abdomen anodino. Se realiza ecografía objetivando, como hallazgo accidental, dilatación del riñón derecho (hidronefrosis grado IV) secundario a estenosis a nivel distal ureteral.

Se realiza TAC Abdominopélvico informado como: útero con cavidad endometrial discretamente aumentada, de aspecto heterogéneo, que se asocia a aumento de partes blandas en región anexial derecha que engloba uréter. Múltiples adenopatías de tamaño patológico en cadena iliaca derecha y de menor tamaño en raíz de mesenterio. Se observa riñón derecho disminuido de tamaño con retraso en captación, dilatación marcada pielocalicial y ureteral en tercio distal, en relación con uropatía obstructiva derecha. Se completa el estudio con RMN que se informa de masa polilobulada en hemipelvis menor derecha que realza tras administración de contraste en torno al uréter distal, atrapándolo produciendo hidronefrosis grado III/IV con extensión e infiltración de vejiga y extensión hacia cadena ilíaca interna derecha. Conglomerado adenopático de 6x2,5 cm en eje iliaco derecho y otras adenopatías de menores en eje iliaco derecho y grasa prevesical derecha.

Se decide abordaje quirúrgico mediante laparotomía observando lesión ureteral derecha de aspecto neoplásico y adenopatías retroperitoneales.

El diagnóstico histológico definitivo: metástasis de carcinoma papilar tiroideo.

Ante el hallazgo, se completa estudio cervical mediante ecografía y TAC apreciando bocio multinodular, con componente intratorácico, de predominio derecho, sin adenopatías laterocervicales de tamaño patológico.

Se realiza tiroidectomía total bilateral con vaciamiento central. El diagnóstico histológico es de carcinoma papilar multicéntrico variante folicular no encapsulado que no rebasa ni infiltra la capsula tiroidea (estadio IV: pT1 pN0 pM1).

Comentarios: El carcinoma papilar tiroideo constituye la neoplasia maligna más frecuente de la glándula tiroidea, representando aproximadamente un 80% de la patología tumoral. Las estirpes tumorales consideradas como diferenciadas (papilar y folicular) presentan una evolución lenta y un curso biológico indolente. Las metástasis son poco frecuentes, siendo las más comunes a regiones linfáticas cervicales adyacentes, apareciendo en un 30-40% de los casos en el momento del diagnóstico, llegando a ser de un 80% en casos de vaciamiento cervical completo. Las metástasis a distancia son poco comunes, y generalmente ocurren a largo plazo. Representan el 10%, fundamentalmente pulmón y hueso.

La singularidad de nuestra paciente radica en su debut, como presentación intraabdominal. El tratamiento de la lesión primaria, obviamente fue una tiroidectomía total bilateral junto con vaciamiento cervical, ya que una de las indicaciones de tratamiento más agresivo es la presencia de metástasis a distancia. El tratamiento se completó con Yodo 131 radioactivo, ya que de nuevo vuelve a ser indicación la presencia de metástasis a distancia, extensión extratiroidea y afectación ganglionar.

En conclusión, se trata de un caso muy poco frecuente, en

el contexto de una neoplasia endocrina frecuente, que hemos de tener en cuenta para seguir un tratamiento adecuado.

Estenosis esofágica péptica

Ana Belén Bustos Merlo, María Jesús Álvarez Martín, Ana García Navarro, Andrea Vilchez Rabelo, Carlos San Miguel Méndez, Javier Valdivia Risco, Jose Antonio Ferrón Orihuela

POSTER. CIRUGIA ESOFAGOGÁSTRICA

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico causa aproximadamente el 70% de los casos de estenosis esofágica. Se localizan habitualmente, justo proximal a la unión escamocolumnar.

La sintomatología es variable, siendo la disfagia, de comienzo insidioso, el síntoma más común en el momento diagnóstico. Ésta inicialmente aparece para alimentos sólidos y posteriormente a líquidos. La incapacidad del paciente para ingerir cantidades apropiadas de alimento conlleva una disminución del peso y un estado nutricional deficiente.

El diagnóstico se confirma mediante endoscopia con toma de biopsias, que permite visualización directa de la lesión y confirma la estenosis; y un esofagograma con bario, que objetiva un segmento variable de esófago estenosado.

Los objetivos del tratamiento de las estenosis esofágicas benignas son el alivio de la disfagia y la prevención de la recurrencia de las estenosis.

Presentamos un caso infrecuente de estenosis esofágica péptica benigna que requirió resección y reconstrucción esofágica para su resolución.

Paciente y métodos: Paciente de 74 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, infarto agudo de miocardio con implantación de stent, ictus isquémico carotídeo izquierdo, gastritis crónica.

Acude a nuestras consultas para valoración de intervención programada por cuadro de estenosis esofágica péptica resistente a tratamiento conservador. Se había sometido a múltiples intentos de dilatación endoscópica y colocación de dos prótesis sin éxito, la primera mecánica y la segunda biodegradable.

La clínica inicial del paciente comenzó con disfagia inicialmente a sólidos y posteriormente a líquidos. En endoscopia digestiva alta realizada, se evidenció estenosis esofágica ulcerada a 26 cm de arcada dentaria infranqueable con el endoscopio y de probable origen péptico, biopsias negativas para malignidad. La tomografía computarizada reveló la existencia de una hernia de hiato por deslizamiento de gran tamaño, que contenía la mayor parte del estómago; y un engrosamiento difuso de la pared del esófago distal con espesor de 11 mm y longitud de 6cm, provocando estenosis secundaria de la luz.

Se indicó cirugía, realizándose una laparotomía media supraumbilical, que puso de manifiesto una gran hernia hiatal, con un tercio de estómago en cavidad torácica y estenosis esofágica fibrosa con gran componente inflamatorio. Tras fracasar en el intento de dilatar el esófago intraoperatoriamente, pasando dilatadores vía oral y con control manual, se decidió esofagectomía subtotal con plastia gástrica (Akiyama);

practicándose cervicotomía lateral izquierda con disección del tercio superior del esófago y anastomosis esofagogastrica terminolateral manual.

Resultados: El paciente actualmente se encuentra asintomático, sin problemas para la tolerancia vía oral. En tránsito de control, no se evidencian hallazgos patológicos.

Discusión: El tratamiento de elección de las estenosis esofágicas benignas es la dilatación endoscópica; con remisión de los síntomas en el 75% de los pacientes. El problema radica en un 30% al 40% de los casos, que presentan síntomas recurrentes en un año tras la dilatación. La cirugía está indicada en pacientes con estenosis recurrentes que precisan dilataciones frecuentes o cuando el tratamiento médico fracasa. Debería realizarse una funduplicatura quirúrgica a los dos años de diagnóstico para subsanar la causa subyacente de reflujo. La realización de resección y reconstrucción esofágica solo está indicada de forma excepcional, como fue nuestro caso, ante casos de esofagitis refractaria, al tratamiento médico y/ o procedimientos antirreflujo, y estenosis no dilatada.

TUBERCULOSIS INTESTINAL

Ana Belén Bustos Merlo, María Jesús Álvarez Martín, Javier Valdivia Risco, Carlos San Miguel Méndez, Andrea Vilchez Rabelo, Manuel Segura Reyes, Ana García Navarro, Jose Antonio Ferrón Orihuela

PÓSTER. CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

Introducción: La tuberculosis intestinal es una enfermedad con una incidencia creciente en los últimos años, no sólo en países subdesarrollados, sino también en países occidentales donde la inmigración, el sida y el fenómeno de resistencia a fármacos tuberculostáticos parecen ser los factores determinantes. En pacientes sin alteraciones en el sistema inmunitario la incidencia es de aproximadamente el 10-15%.

La enterocolitis tuberculosa se produce por uno de los siguientes mecanismos: diseminación hematogena o linfática de lesiones pulmonares o miliares; ingestión de esputos infectados en pacientes con tuberculosis pulmonar activa; ingesta de leche o alimentos contaminados, o por contigüidad, a partir de lesiones de órganos adyacentes.

Más del 75 % de los casos de tuberculosis intestinal se localizan en el área ileocecal, yeyuno e íleon.

Paciente y métodos: Paciente de 21 años que acude a Urgencias por dolor abdominal a nivel de fosa iliaca izquierda de 3 meses de evolución irradiado hacia mesogastrio acompañado de fiebre, sin alteraciones del hábito intestinal. A la exploración, dolor a la palpación a nivel de fosa iliaca izquierda con defensa a ese nivel.

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

Se decide laparoscopia exploradora, objetivándose a nivel del puerto supraumbilical, tumoración en peritoneo parietal, decidiéndose convertir a laparotomía. Se observó carcinoma-

tosis generalizada afectando a peritoneo parietal, constituyendo nódulos mayores de cinco centímetros junto a siembra miliar y afectación de peritoneo visceral. Se obtuvieron muestras de pared abdominal, apéndices epiploicos de colon transverso y peritoneo visceral de intestino delgado.

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

Resultados: La paciente tras tratamiento con cuatro fármacos antituberculosos, se encuentra actualmente asintomática,

CONCLUSIÓN:

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

La radiología simple del abdomen puede demostrar asas intestinales dilatadas, estenosis, niveles hidroaéreos, ascitis y ganglios calcificados. Los hallazgos ecográficos y tomográficos más significativos son la presencia de engrosamiento de la pared intestinal, adenomegalias, hepatoesplenomegalia y ascitis.

El diagnóstico de certeza requiere, como fue en nuestro caso, la identificación del agente causal mediante cultivos.

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

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

sometidas a cirugía conservadora por carcinoma de mama en la Unidad de Patología Mamaria del HURS desde enero del 2006 hasta diciembre del 2010 para identificar factores predictores de afectación de márgenes.

RESULTADOS: De un total de 706 pacientes sometidos a CC, excluimos 42 pacientes por tener datos faltantes, histología definitiva benigna o tratarse de enfermedad recurrente. El 8,4% de las piezas quirúrgicas tuvieron márgenes afectos (<1mm), 19,4% cercanos (1mm-2mm) y 70,8% negativos (>2mm). Fueron reintervenidas 66 pacientes (9.9%), 46 de ellas mediante ampliación de márgenes (70%) y 20 (30%) mediante mastectomía. Sólo 21(31.8%) tuvieron tumor residual en la pieza de ampliación.

En el análisis univariante la presencia de microcalcificaciones en mamografía ($p=0,028$), la ausencia de diagnóstico preoperatorio que confirme malignidad ($p=0,045$), la presencia de componente in situ en el diagnóstico histológico tanto prequirúrgico ($p=0,016$) como postquirúrgico ($p=0,037$) y la presencia de componente intraductal extenso ($p=0,02$) se encontraron asociados con la afectación de márgenes.

En el análisis multivariante, la ausencia de confirmación de malignidad prequirúrgica ($OR=0,033$ [$0,002-0,69$]); $P=0,028$), la presencia de componente in situ en la histología ($OR=2,42$ [$1,24-4,73$]; $P=0,010$), la necesidad de arpón por tumor no palpable ($OR=4,1$ [$1,19-14,2$]; $P=0,025$) y el tamaño mayor de 30 mm en mamografía ($OR=2,36$ [$1,1-5,03$]; $P=0,027$) fueron factores independientes de predicción de márgenes afectos. El subtipo histológico de CA lobulillar ($OR=0,076$ [$0,008-0,718$]; $P=0,024$) fue un factor de riesgo para la presencia de enfermedad residual en la pieza de la reintervención. CONCLUSIÓN: La no confirmación de malignidad en biopsia prequirúrgica, el uso de arpón para resección, un tamaño tumoral en mamografía mayor de 30mm y componente in situ en el resultado histológico preoperatorio, han resultado ser factores predisponentes para presentar márgenes afectos, por lo que este grupo de pacientes podría beneficiarse de resecciones más amplias que garanticen una resección segura.

Factores predictores de positividad de márgenes en cirugía conservadora de mama

Ana Belén Gallardo Herrera, M^a Dolores Ayllón Terán, Anny Sofía Cadenas Febres, Rubén Ciria Bru, Pilar Rioja Torres, Guillermo Bascañana Estudillo, Sebastian Rufián Peña

ORAL. CIRUGÍA DE MAMA

Introducción: La cirugía conservadora (CC) en el tratamiento del cáncer de mama pretende evitar grandes resecciones manteniendo los mismos resultados oncológicos.

Nuestro objetivo ha sido identificar factores preoperatorios que puedan predecir el riesgo de márgenes afectos y así beneficiarse estos casos de resecciones más amplias en la primera intervención.

MATERIAL Y METODOS: Se recogieron datos demográficos, clínicos, radiológicos y patológicos de las pacientes

Pileflebitis portal: una rara complicación de la apendicitis aguda

Ander Bengoechea Trujillo. Marcos Alba Valmorisco. Daniel Pérez Gomar. María del Carmen Bazán Hinojo. María de los Ángeles Mayo Ossorio. Manuel López Zurera. Susana Roldán Ortiz. Antonio García Poley. José Manuel Pacheco García. José Luis Fernández Serrano

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La pileflebitis se denomina a la trombosis del sistema portal asociado a cuadro infeccioso de su área de drenaje. La pileflebitis asociada a apendicitis aguda es una rara complicación con una alta mortalidad debido a la inespecificidad de su clínica. Presentamos el caso de un varón de 14 años con pileflebitis del sistema portal por apendicitis aguda.

Caso clínico: Paciente de 14 años sin antecedentes que acude a servicio de urgencias por dolor abdominal, fiebre y

vómitos de repetición sin otra clínica. Presentaba abdomen blando, doloroso a palpación sin peritonismo junto con leucocitosis neutrofilica y elevación de RFA. Se realizó una ecografía sin hallazgos siendo ingresado en servicio Digestivo para observación. Ante empeoramiento del dolor y persistencia de fiebre se realiza TC informando de apendicitis y trombosis parcial de la vena mesentérica superior y porta. Ante hallazgos se decide cirugía urgente mediante laparoscopia encontrándose plastrón apendicular de localización subhepática y líquido libre periapendicular sin otras alteraciones. Ante dificultad de disección del apéndice se decide conversión a laparotomía media completándose apendicectomía. A los 4 días es dado de alta previa consulta a hematología descartando trombofilia y ajusta tratamiento pautándose HBPM con control por su parte al alta.

Discusión: La pyleflebitis se produce por la ascensión de la infección por el sistema venoso portal a cualquiera de sus ramas, siendo muy extraña la doble afectación como presenta nuestro caso. Es una complicación con una incidencia asociada a la apendicitis del 0,05% y 3% en caso de perforación, aunque realmente es desconocida por la inespecificidad de los síntomas. Presenta una alta mortalidad del 30%. Se asocia a todas las edades sin predominio de raza y sexo. Se presenta con dolor abdominal de localización con nauseas, fiebre, ictericia, leucocitosis y elevación de RFA con signos localizados de irritación peritoneal siendo el primer signo de sepsis sistémica. Como técnicas diagnósticas se encuentran la eco-doppler, siendo la técnica de elección la Angio-Tc con una sensibilidad y especificidad no conocida pero permitiendo localizar el foco de infección y la zona de trombosis. Así mismo, como en nuestro caso, hay que descartar trombofilia primaria como causa. El tratamiento es la erradicación del foco infeccioso siendo necesaria la cirugía en la mayoría de los casos junto con una cobertura antibiótica que cubra gérmenes gram- y anaerobios así como la anticoagulación precoz con heparinas por un periodo de 4-6 meses.

Polipo fibroide simulando mucocele apendicular

Ander Bengochea Trujillo. Daniel Pérez Gomar. Marcos Alba Valmorisco. María de los Ángeles Mayo Ossorio. M^a Carmen Bazán Hinojo. Manuel López Zurera. Susana Roldán Ortiz. José Manuel Pacheco García. José Luis Fernández Serrano

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: El pólipo fibroide inflamatorio es una rara entidad que afecta a diversas partes del tubo digestivo representando el 3% de los pólipos intestinales. Su clínica más frecuente es el dolor abdominal de duración variable pudiéndose producir complicaciones como la invaginación, hemorragia o signos de afectación sistémica. Presentamos el caso de una paciente con esta entidad con diagnóstico radiológico preoperatorio de mucocele apendicular.

Caso Clínico: Paciente de 70 años hipertensa, cardiopata, EPOC e intervenida de sigmoidectomía por diverticulitis, hernioplastia umbilical y apendicectomía. Es estudiada por

dolor abdominal de 4 meses de evolución sin otra clínica. Presenta a la exploración un abdomen blando, depresible, con molestias en hipogastrio sin otros signos relevantes. Analíticamente anemia normocítica. Se realiza una ecografía abdominal encontrándose colecciones quísticas recomendándose valoración por TC donde se informa de imagen tubular de 10.3x3.2 cm yuxtacecal sugestivo de mucocele apendicular. Durante la espera de intervención quirúrgica ingresa por dolor en FID junto con fiebre y leucocitosis con realización de nuevo TC observándose aumento de tamaño de la masa tubular de 15 x 3 cm con diagnóstico mucocele apendicular infectado y resolviéndose con antibioterapia hospitalaria. Con este diagnóstico se realiza laparotomía programada encontrándose masa de 10cm en yeyuno medio intraluminal completándose resección segmentaria de intestino delgado que comprendía la masa y anastomosis L-L mecánica. Fue dada de alta a los 7 días. La AP tuvo como diagnóstico pólipo fibroide inflamatorio.

Discusión: Los pólipos fibrosos son una entidad benigna rara que puede presentarse en todo el tubo digestivo, representando el 3% de los pólipos gastro-intestinales. Su principal lugar es el estómago (70%) y en orden decreciente ileon, colon, duodeno, yeyuno y esófago. Aparece entre los 20 y los 80 años con una incidencia máxima en la sexta o séptima década, como es nuestro caso, con predominio masculino (60%). Clínicamente dependen de su localización, los gástricos se asocian a HDA, gastritis con HP +, adenomas y carcinomas. Los intestinales con sangrado, perforación y obstrucción por invaginación; en nuestra paciente presentaba anemia por sangrado crónico. En el diagnóstico de presunción aparte de la clínica se realizan pruebas como la TC-abdomen. La confirmación patológica viene dada por la presencia de pólipo submucoso pediculado con células fusiformes, cromatina granular fina y citoplasma eosinófilo.

El tratamiento siempre es la resección con márgenes libres ya sea por vía endoscópica en los pólipos gástricos y colónicos y quirúrgica en los de intestino delgado.

Antrectomía por ingesta de cáusticos

A. Vélchez, A. Bustos, A. García, I. Segura J. Valdivia, C. San Miguel, M. Álvarez, JA. Ferrón

POSTER. CIRUGIA ESOFAGOGÁSTRICA

Introducción: La ingesta de cáusticos puede causar lesiones graves a nivel de esófago y estómago. La gravedad y la extensión del daño depende de la sustancia ingerida, cantidad y concentración así como la duración del contacto de la sustancia con la mucosa.

La sintomatología producida es variable y oscila desde casos asintomáticos a situaciones que comprometen la vida del enfermo.

La endoscopia constituye la prueba de elección para delimitar la extensión y gravedad de las lesiones. Debe realizarse tan pronto como sea posible (< 24 horas), una vez descartada la perforación y estabilizado el paciente. La clasificación endoscópica de Zargar, nos permite establecer el pronóstico y orientar la opción terapéutica.

Caso Clínico: Paciente de 36 años sin antecedentes de interés, la cual es traída a urgencias por ingesta voluntaria de cáusticos, destacando a la exploración dolor a nivel epigástrico con leucocitosis y desviación izquierda. Se realiza endoscopia digestiva alta, evidenciándose afectación gastroesofagoduodenal (grado IIIb, necrosis extensa, de Zargar). Se decide inicialmente tratamiento conservador.

En endoscopia de control se evidencia progresión de las lesiones y aparición de estenosis esofágica que se dilata endoscópicamente y otra zona de estenosis a nivel pilórico no susceptible de dilatación; decidiéndose intervención quirúrgica por este motivo.

En el acto quirúrgico, se objetiva estenosis circunferencial en antro extendiéndose hacia píloro con presencia de edema de toda la pared gástrica. Se realiza antrectomía, vagotomía troncular y gastroyeyunostomía en Y de Roux.

Postoperatorio favorable, con adecuada reinstauración de la ingesta oral y normalización del tránsito intestinal. La paciente actualmente se encuentra asintomática, en seguimiento y controles periódicos.

COMENTARIOS:

La ingesta de sustancias cáusticas continúa siendo un problema de manejo médico-quirúrgico.

Se ha comprobado que las lesiones gástricas clasificadas como estadio III mediante endoscopia, pueden tratarse inicialmente de manera conservadora, en ausencia de signos clínicos y biológicos de gravedad.

Las estenosis antropilóricas si son cortas pueden ser resueltas mediante dilataciones con balón o bujías, aunque en la mayoría de los casos requerirán cirugía, no necesariamente precisarán de gastrectomía total, se han encontrado estudios que abogan por el tratamiento definitivo quirúrgico temprano (antrectomía o piloroplastía), y no en dos tiempos (gastrotomía con yeyunostomía inicial), pues da una mejor calidad de vida y se evita una segunda operación, apreciando buenos resultados en cuanto morbi-mortalidad en las distintas series estudiadas.

Gastroyeyunostomía laparoscópica

A. Vílchez, A. Bustos, A. García, T. Villegas, C. San Miguel, J. Valdivia, JA. Ferrón

POSTER. CIRUGIA ESOFAGOGÁSTRICA

Introducción: El cáncer de páncreas es uno de los tumores de peor pronóstico, con supervivencia al cabo de cinco años del 1 al 4%. Un diagnóstico precoz puede beneficiarse de un tratamiento curativo, sin embargo, la mayoría de los pacientes presentan enfermedad diseminada en el momento del diagnóstico, sólo subsidiario de tratamiento paliativo.

El 90% corresponden a adenocarcinomas ductales, que se localizan entre un 60-70% en la cabeza del páncreas. El diagnóstico del cáncer de páncreas es en ocasiones difícil de realizar, presentando inicialmente síntomas inespecíficos, similares a otras entidades como la pancreatitis crónica.

Caso Clínico: Paciente de 66 años que consulta por ictericia cutánea y prurito de un mes de evolución, acompañado

de distensión abdominal, anorexia, orinas colúricas y heces acólicas.

Se inicia estudio por Digestivo, realizándose una tomografía computarizada, evidenciándose tumor pancreático a nivel de cabeza con afectación vascular de eje espleno portal y de arteria hepática, porción proximal de tronco celiaco y arteria gastroduodenal; junto contacto de la masa con región antropilórica sin plano graso, sin poder descartar infiltración.

La ecoendoscopia informaba de neoplasia de páncreas localmente avanzado en cabeza, de 26 mm con invasión de porta y de la pared duodenal. La Anatomía Patológica informó de adenocarcinoma ductal pobremente diferenciado.

Se decidió, dada la irsecabilidad, quimioterapia paliativa y derivación biliar; realizándose CPRE y colocación de prótesis

Meses más tarde, acudió por cuadro de vómitos y dolor abdominal, que imposibilitaban la tolerancia oral. En endoscopia digestiva alta, se objetiva estenosis pilórica por infiltración tumoral y en ecografía, obstrucción biliopancreática y prótesis biliar ocupada por aire y material ecogénico que la obstruye parcialmente.

Se opta por realización de by-pass paliativo; realizándose anastomosis gastroyeyunal retrogástrica antecólica mecánica vía laparoscópica.

La evolución inicial fue favorable. Procediendo al alta de la paciente, la cual falleció después en su domicilio debido a su enfermedad de base.

COMENTARIOS:

Aproximadamente el 20 % de los pacientes con cáncer de páncreas desarrollan una obstrucción a nivel de la salida del estómago. Tradicionalmente, estos pacientes han sido tratados con una gastroyeyunostomía abierta.

Actualmente, se ha demostrado que la gastroyeyunostomía laparoscópica ofrece una paliación segura y eficaz de la obstrucción a ese nivel en pacientes con cáncer de páncreas irsecable. Esta técnica permite la paliación rápida en un grupo de pacientes con una supervivencia muy limitada.

Tratamiento quirúrgico como primera opción en vólvulo de sigma con necrosis de pared

A. Vílchez, C. San Miguel, A. Becerra, A. Mansilla, J. Jorge, J. Valdivia, JA. Ferrón

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: El vólvulo de sigma constituye un 5% de los casos de obstrucción intestinal en América del Norte y Europa Occidental.

Además de la presencia de un sigma móvil, se han descrito otra serie de factores que facilitan su aparición, como son la dieta rica en fibra, el estreñimiento crónico, las enfermedades neuropsiquiátricas y la cirugía abdominal previa.

Su correcto diagnóstico de forma precoz resulta crucial para corregir las alteraciones de tránsito intestinal, hidroelectrolíticas y nutricionales que derivan de este problema mecánico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 83 años con antecedentes de HTA y Alzheimer, que acude a Urgencias

de nuestro hospital por presentar cuadro de dolor abdominal de dos días de evolución, con cuadro de decaimiento del estado general, alteraciones analíticas con leucocitosis, desviación izquierda y aumento de ácido láctico acompañado de disminución de PH venoso, se realiza radiología simple de abdomen donde se evidencia un vólvulo de sigma gigante. Debido al mal estado general del paciente y a la sospecha de afectación de la pared intestinal se decide laparotomía urgente, confirmándose el diagnóstico preoperatorio donde se aprecian signos de necrosis de la pared intestinal, realizándose intervención de Hartmann. El paciente evolucionó de forma favorable, con buena instauración de la alimentación y fue dado de alta sin complicaciones postoperatorias.

El tratamiento del vólvulo de sigma continua siendo un tema controvertido en la actualidad, dependiendo la actitud terapéutica empleada del estado clínico del paciente, de la recidiva o incluso la localización del vólvulo, siempre debiendo ser tratado por un equipo multidisciplinar.

El tratamiento mediante endoscopia para devolvulación del mismo es el método más eficaz y recomendado en todas las series estudiadas, encontrando en la literatura la necesidad de la cirugía como primer paso únicamente ante necrosis de la pared con mucosa no viable.

Una forma infrecuente de obstrucción intestinal en el adulto: invaginación colocolica.

Argote Camacho, Ángela X. Palomeque Jiménez, Antonio. Calzado Baeza, Salvador. Reyes Moreno, Montserrat.

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: El fenómeno de invaginación se produce cuando un segmento, generalmente proximal, del intestino llamado intususceptum se desplaza al lumen de un segmento intestinal adyacente distal llamado intususcipiens. Es una patología rara en adultos con una amplia variedad de presentación, que va desde síntomas agudos de obstrucción intestinal, hasta síntomas abdominales crónicos inespecíficos. Las colo-cólicas comprenden aproximadamente el 5% del total de invaginaciones, causando el 1% de todas las obstrucciones intestinales. Se describe que el 80-90% del total de las invaginaciones en adultos tienen una causa subyacente, en su mayoría procesos neoplásicos tanto benignos como malignos. El diagnóstico se puede realizar de forma confiable con el uso de tomografía computada al identificarse características imagenológicas particulares a esta patología. Reportamos el caso de un paciente que se presenta al servicio de urgencias con síntomas de obstrucción intestinal, originado por una invaginación intestinal debido a una neoplasia de colon transverso.

Caso clínico: Paciente varón de 56 años, con historia de dolor abdominal en hipogastrio de 20 días de evolución, asociado a náuseas y vómitos, además de deposiciones diarreicas con rectorragia. Niega pérdida de peso ni otros signos de alerta. Se realiza TAC abdominal sin contraste que demostró una invaginación colónica-colica que se extiende desde colon transverso a nivel de ángulo esplénico hacia colon descendente. Se practica luego un colon por enema logrando reducir la

invaginación intestinal procediendo posteriormente al alta hospitalaria. El paciente acude nuevamente a urgencias 2 días después de su alta hospitalaria por presentar cuadro clínico similar al anterior ingreso, por lo cual se decide realizar laparotomía exploradora encontrando tumoración estenosante en colon transverso, se efectúa hemicolectomía derecha oncológica ampliada y reconstrucción del tránsito intestinal. El estudio anatómico-patológico de la pieza confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado (T2N0M0).

El paciente presentó una evolución postoperatoria satisfactoria, siendo dado de alta hospitalaria a los 8 días.

Discusión: La invaginación colo-cólica es una patología infrecuente en adultos y cuando se presenta debe hacer sospechar una causa subyacente, que en este tipo de invaginación corresponde en la mayoría de los casos un proceso maligno. El mecanismo fisiopatológico de la invaginación se produce por el impulso de una masa situada en el lumen intestinal y es activada por los movimientos peristálticos normales. En la ausencia de masas se produciría por alteraciones funcionales causadas por una enfermedad subyacente que logre alterar la pared intestinal, como ocurre en la enfermedad celiaca. Las invaginaciones se pueden clasificar de acuerdo a su localización en entéricas, que comprometen yeyuno e íleon, y cólicas, que incluyen las íleo-cólicas y colo-cólicas. En el colon las invaginaciones son menos frecuentes que en intestino delgado, pero al contrario de estas últimas, la causa principal en su mayoría son lesiones neoplásicas malignas tales como el adenocarcinoma y linfoma, por lo que la resección es el procedimiento de elección.

Asociación de quimioterapia intraperitoneal postoperatoria precoz (epic) con procedimientos de peritonectomía y hipec en carcinomatosis peritoneal ovárica

A. Casado Adam; F.C. Muñoz Casares; A. Arjona Sánchez; C. León Salinas; F.J. Medina Fernández; R.J. Orti Rodríguez; M.D. Ayllón Terán, A. Padial Aguado; J.L. Medina Almansa; S. Rufián Peña

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La quimioterapia intraperitoneal perioperatoria que se asocia a la cirugía radical con procedimientos de peritonectomía, preconizada por Sugarbaker, incluye tanto la administrada de forma intraoperatoria con hipertermia (HIPEC) como la postoperatoria precoz en condiciones de normotermia, durante los cinco días inmediatos a la cirugía (EPIC) y 24 h/día. Sin embargo, los excelentes resultados descritos con HIPEC junto a su aceptación generalizada por los cirujanos oncológicos que realizan estos procedimientos, contrastan con las dudas en cuanto a eficacia y escasa utilización de la EPIC, en base a la grave morbilidad que se le atribuye.

Caso Clínico: Paciente de 44 años, diagnosticada en nuestra Unidad de Cirugía Oncológica de carcinomatosis peritoneal ovárica con PCI laparoscópico de 27/39. Recibió quimioterapia neoadyuvante con respuesta en marcadores y descenso de PCI (14/39). Posteriormente se realizó cirugía radical con

procedimientos de peritonectomía completos y HIPEC (paclitaxel) tras conseguir citorreducción Ro. Completó esquema de quimioterapia sistémica adyuvante sin incidencias. La paciente presentó recidiva precoz a los 5 meses con clínica de suboclusión intestinal, siendo rescatada para nueva citorreducción radical que se programó intercalada con otro esquema de quimioterapia sistémica que completaría tras la intervención. La citorreducción fue también Ro e incluyó HIPEC con cisplatino, dejando catéter intraperitoneal para EPIC con procedimiento modificado (paclitaxel durante 3 h/día, 5 días). El postoperatorio cursó con neutropenia severa y mucositis hemorrágica que precisó de hemoderivados y factor de estimulación de granulocitos. Actualmente, tras más de tres años de la última intervención quirúrgica, se encuentra libre de enfermedad.

Comentarios:

La modificación del procedimiento clásico de EPIC, podría reducir su morbilidad y favorecer sus potenciales beneficios conceptuales frente a la enfermedad microscópica residual, incrementando la acción de HIPEC. En este sentido, nuestro grupo realiza un estudio de investigación al respecto.

Procedimientos de peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica en la carcinomatosis peritoneal ovárica: nuestra experiencia (1996-2011)

A. Casado Adam; F.C. Muñoz Casares; A. Arjona Sánchez; C. León Salinas; M.D. Ayllón Terán; R.J. Orti Rodríguez; A. Padial Aguado; J.L. Medina Almansa; M.J. Rubio Pérez; S. Rufián Peña

ORAL. MISCELÁNEA

Objetivos: La carcinomatosis peritoneal en la mujer tiene con frecuencia un origen ovárico. Actualmente, el tratamiento que ofrece mejores resultados y expectativas de vida a estas pacientes es el que incluye la cirugía citorreductora radical con procedimientos de peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC). Analizamos nuestra experiencia y resultados tras dieciséis años realizando estos procedimientos.

Metodología: Estudio sobre una base de datos prospectiva (1996-2011) de 200 pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen ovárico (estadios III-IV de FIGO), intervenidas en nuestra Unidad con procedimientos de peritonectomía + HIPEC. El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: De las 200 pacientes del estudio con una edad media de 56 años (19-80), un 11% superaban los 70 años y el 20.5% presentaban estadio IV de FIGO con respuesta positiva a quimioterapia neoadyuvante. Del total de pacientes de la serie, 59% tenían carcinomatosis peritoneal ovárica primaria y 41% con carácter recurrente/persistente. El tipo seroso papilar fue la variante histológica predominante (63.5%). El PCI medio global fue de 14.4 ± 6.7 (3-30). El 70% de las pacientes tenían $PCI \geq 10$ y un 22.5% $PCI > 20$. En 143 pacientes (71.5%)

los procedimientos de peritonectomía fueron extensos o totales. En el 58.5% fue preciso realizar resecciones intestinales únicas o múltiples. La citorreducción óptima-Ro se alcanzó en 71% de pacientes (óptima Ro-R1 en 91.5%). En 37% los ganglios linfáticos, tras linfadenectomía, fueron positivos. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 6 horas (rango: 4-10) y la mediana de estancia postoperatoria 11 días (rango: 6-132). La morbilidad quirúrgica grave (grados III-IV de Dindo-Clavien) fue del 14% y global del 36%, con una mortalidad postoperatoria a 30 días del 1% (2/200) y global de 1.5%. La supervivencia global a cinco años fue del 46%, del 57% si Ro, 62% en estadio III con Ro, 73% si además tenían $PCI < 10$, alcanzando el 76% si además eran ganglios linfáticos negativos. El grado de citorreducción, nivel de PCI y la afectación ganglionar linfática fueron covariables predictoras de supervivencia.

Conclusiones: La citorreducción máxima con procedimientos de peritonectomía y HIPEC representa actualmente una opción terapéutica para la carcinomatosis peritoneal ovárica, con aceptable morbimortalidad en centros con experiencia, y resultados de supervivencia muy superiores a los conocidos con otros tratamientos. Es imprescindible conocer la carga tumoral o PCI de las pacientes para poder comparar los resultados de supervivencia obtenidos, incluso con citorreducción Ro.

Riesgos y beneficios de la cateterización ureteral bilateral en cirugía pélvica oncológica peritoneal

A. Casado Adam; F.C. Muñoz Casares; A. Arjona Sánchez; E. Navarro Rodríguez; C. León Salinas; J.H. García Rubio; E. Gómez Gómez; J. Valero Rosa; A. González Alfaro; S. Rufián Peña

POSTER. MISCELÁNEA

Objetivos: La cateterización ureteral bilateral evita yatrogenia de uréteres en pacientes que precisan de procedimientos de peritonectomía pélvica completos con peritoneo vesical, fondo de saco de Douglas y parametrios, aunque no está exenta de morbilidad. En nuestra Unidad, prolongamos algunos días la cateterización ureteral para evitar casos de hidronefrosis con necesidad de recateterización por edema de meatos. Analizamos la comorbilidad asociada a la cateterización ureteral bilateral mantenida tras cirugía radical de carcinomatosis peritoneal ovárica.

Metodología: Estudio prospectivo sobre 20 pacientes con carcinomatosis peritoneal ovárica intervenidas en nuestra Unidad de forma consecutiva en el año 2010 mediante procedimientos de cirugía radical-peritonectomía-HIPEC y citorreducción óptima Ro, a las que se le realizó cateterización ureteral bilateral previa a la intervención.

Resultados: El PCI medio fue 12.7 ± 12 (3-25) y la mediana pico de CA 125 fue 661 (48-41521). Todas las pacientes recibieron procedimientos de peritonectomía pélvica completos. 85% de estas incluyeron procedimientos más

extensos. Hubo resección intestinal en 75% de casos. Dos pacientes (10%) recibieron EPIC con procedimiento modificado. Ninguna paciente tuvo lesión de uréteres. La mediana del tiempo de retirada de catéteres fue de 3 días (2-7). Hubo una recateterización por hidronefrosis en paciente con retirada inicial de catéteres a los 3 días de intervención. El 55% presentaron hematuria de > 2 días de duración, y el 20% cólicos nefríticos con necesidad de reforzar analgesia. El 50% precisaron suero lavador vesical continuo transcurridos 2 días de intervención. No hubo ninguna infección de orina, si bien se mantuvo la quimioprofilaxis con amoxicilina-clavulánico hasta retirada de catéteres. La estancia media hospitalaria fue de 13.7±5 días. No hubo mortalidad postoperatoria.

Conclusiones:

La cateterización ureteral bilateral posibilita mayor radicalidad de la cirugía citorreductora pélvica con mínimo riesgo de yatrogenia ureteral pero asocia una significativa morbilidad. Nuestra Unidad realiza actualmente estudios para minimizarla.

Volvulo de intestino delgado en el contexto de enfermedad de crohn. A propósito de un caso.

A.R. Padilla, J. Candón, R. Martín, G. Morales, D. Bejarano, M.J. Perea, M. Delgado.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: El vólvulo de intestino delgado, consiste en una torsión anormal alrededor del eje o de su propio mesenterio, produciendo una obstrucción mecánica del intestino. Puede acompañarse también de torsión y oclusión de los vasos mesentéricos que conduce a isquemia intestinal y finalmente a necrosis.

El objetivo de nuestra comunicación es presentar un caso de vólvulo de intestino medio en el contexto de una Enfermedad de Crohn, analizando sus características y debut del cuadro oclusivo.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 17 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que acude a urgencias por epigastralgia intermitente e inespecífica de meses de evolución, acompañándose de vómitos en los últimos dos días.

Presenta una analítica de urgencias dentro de la normalidad excepto cifras de Hb 5,9 y Rx abdomen compatible con obstrucción.

Posteriormente se solicita TAC abdominal de urgencias: hallazgos compatibles con obstrucción intestinal en asa cerrada, a nivel de ileon proximal o yeyuno distal, secundaria a probable vólvulo de intestino medio y en el contexto de una probable malrotación de intestino delgado. Líquido libre periopléxico, pericecal, subfrénico izquierdo y en pelvis.

La paciente ingresa en nuestro servicio para tratamiento quirúrgico urgente.

Se realiza una laparotomía media visualizándose importante conglomerado adenopático mesentérico que provoca una

malrotación de intestino delgado con signos de sufrimiento de asas.

Una vez resuelta la malrotación, volviendo el intestino a su posición normal, se objetiva una zona de estenosis en ileon proximal que es reseca junto con parte del bloque adenopático, con posterior anastomosis latero-lateral.

El postoperatorio cursa sin incidencias.

En el estudio anatomopatológico de la pieza se observan pequeñas ulceraciones con formación de tejido de granulación y pequeñas fisuras, áreas de inflamación linfoplasmocitaria transmural con hiperplasia linfocitaria y ganglios con hiperplasia folicular reactiva. Todas estas alteraciones compatibles con Enfermedad de Crohn.

Comentarios

La Enfermedad de Crohn es una patología inflamatoria intestinal que puede afectar desde la boca hasta el ano. A menudo es segmentaria siendo el ileon terminal el segmento más frecuentemente afectado, presentando sólo un 10% afectación de yeyuno terminal-ileon proximal.

Las lesiones tienden a ser transmurales produciendo fístulas o estenosis, que a menudo comprometen la luz intestinal, y mesenteritis, produciendo inflamación de los ganglios mesentéricos que pueden confluir formando bloques adenopáticos, lo que nos obliga a realizar diagnóstico diferencial con patología neoplásica o infecciosa.

Estas adenopatías mesentéricas pueden girar sobre su eje dando lugar a vólvulos de intestino medio, entidad poco frecuente y que en nuestro medio representa únicamente entre 0.5 -2.5% de los casos de oclusión intestinal del adulto.

El diagnóstico de malrotación intestinal complicada con vólvulo de intestino medio, debe ser considerado en adultos jóvenes que presenten dolor crónico intermitente que sugiera obstrucción de intestino delgado o isquemia intestinal.

Enterocolitis neutropénica en paciente inmunodeprimido. A propósito de un caso

Angela R. Rodríguez Padilla, Juan Candón Vázquez, German Morales Martín, Mariela Delgado Morales, Rocío Martín García de Arboleya, María José Pera Sánchez, Daniel Bejarano Serna, Ignacio Escobedo Suárez.

ORAL. CIRUGIA COLORRECTAL

Introducción: La enterocolitis neutropénica es una entidad patológica que se caracteriza por la inflamación necrotizante de la pared intestinal en enfermos inmunodeprimidos. Se relaciona con el uso intensivo de quimioterapia.

Su incidencia varía desde un 0.8 a un 26%, siendo el pronóstico devastador con más del 50% de mortalidad.

Se desencadena por múltiples mecanismos que provocan complicaciones locales y sistémicas tales como hemorragia digestiva grave, perforación intestinal, peritonitis, sepsis y shock séptico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 57 años diagnosticada de cáncer de mama en Agosto de 2010 realizándose mastectomía y linfadenectomía axilar izquierdas. Anato-

mía Patológica: pT2N1Mo. Receptores estrogénicos positivos. Her2 negativo

En Septiembre de 2010 comienza tratamiento adyuvante con docetaxel, epirrubicina y ciclofosfamida.

En Octubre de 2010 tras ser valorada en urgencias es ingresada en observación con el diagnóstico de sepsis por gastroenteritis aguda en paciente neutropénica. Se inicia tratamiento médico con fluidoterapia y antibióticos. La evolución no es favorable desarrollando un cuadro de shock séptico que precisa cuidados y tratamiento intensivos.

Una vez estable hemodinámicamente, en planta de medicina interna empeora clínicamente realizándose TAC abdominal que resulta compatible con perforación de colon. Se interviene quirúrgicamente con carácter urgente realizándose hemicolectomía derecha, ileostomía y fistula mucosa. Como complicaciones postquirúrgicas destacar evisceración y absceso intraabdominal residual que se resuelven sin incidencias. A pesar de la evolución lenta, la paciente se recupera y es dada de alta en Noviembre 2010.

Conclusiones: La enterocolitis necrotizante en pacientes con tratamiento adyuvante para el cáncer de mama es una entidad poco frecuente con un pronóstico devastador.

Debemos sospecharla siempre ante pacientes inmunodeprimidos con síntomas abdominales para confirmar lo antes posible el diagnóstico e iniciar el tratamiento adecuado.

Obstrucción intestinal en el adulto. Presentación de un caso de invaginación intestinal

Argote Camacho, A.X; Palomeque Jiménez, A; Calzado Baeza S; Szuba, A.

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La invaginación intestinal es una patología rara en adultos con una amplia variedad de presentación, que va desde síntomas agudos de obstrucción intestinal, hasta síntomas abdominales crónicos inespecíficos. Las colo-cólicas comprenden aproximadamente el 5% del total de invaginaciones, causando el 1% de todas las obstrucciones intestinales. El diagnóstico se puede realizar de forma confiable con el uso de tomografía computarizada al identificarse características imagenológicas particulares a esta patología. Reportamos el caso de un paciente que se presenta al servicio de urgencias con síntomas de obstrucción intestinal, originado por una invaginación intestinal debido a una neoplasia de colon.

Materiales y métodos: Paciente varón de 56 años, con historia de dolor abdominal en hipogastrio de 20 días de evolución, asociado a náuseas y vómitos, además de deposiciones diarreicas con rectorragia. Niega pérdida de peso. Se realiza TAC abdominal sin contraste que demostró una invaginación colónica-cólica que se extiende desde colon transverso a nivel de ángulo esplénico hacia colon descendente. Se realiza colon por enema logrando reducir la invaginación intestinal procediendo posteriormente al alta hospitalaria. El paciente acude nuevamente a urgencias 2 días después de su alta hospitalaria por presentar cuadro clínico similar al anterior ingreso, por lo cual se somete a laparotomía exploradora encontrando tumo-

ración estenosante en colon transverso efectuándose hemicolectomía derecha ampliada.

Resultados: El estudio anatómico-patológico confirmó el diagnóstico de Adenocarcinoma moderadamente diferenciado T2NoMo. La intervención y el postoperatorio cursó sin complicaciones. Actualmente, el paciente se encuentra en control por Oncología.

Conclusiones: La invaginación colo-cólica es una patología infrecuente en adultos y cuando se presenta debe hacer sospechar una causa subyacente. La naturaleza de la cabeza de invaginación es muy variable; en el intestino delgado predominan los procesos benignos como pólipos, divertículo de Meckel y adherencias. En el intestino grueso son más frecuentes los procesos malignos primarios. En nuestro caso se trataba de un adenocarcinoma de colon transverso que había originado una intususcepción sobre el colon descendente. El tratamiento óptimo para las invaginaciones en adultos no está del todo establecido, se han descrito diferentes técnicas como la reducción de la invaginación mediante procedimiento colonoscópico, aunque todos los autores concuerdan que la laparotomía con resección intestinal del segmento afectado es mandatoria por la alta probabilidad de encontrar una lesión maligna.

Shock hipovolémico secundario a hemorragia retroperitoneal por fractura de cadera. Manejo y toma de decisiones

Argote Camacho, A; Sáez Zafra, A; García Rubio, J; Szuba, A.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: El hematoma retroperitoneal se produce como resultado de traumatismos, alteraciones de la coagulación, rotura de aneurismas aórticos, tumores benignos y malignos. El tratamiento de esta patología debe adaptarse a cada caso, y está orientado a controlar el sangrado y salvar la vida del paciente. Actualmente la arteriografía con embolización es el método terapéutico de elección en pacientes con hematomas retroperitoneales en los cuales se demuestra sangrado activo. En muchas ocasiones resulta compleja la toma de decisión entre un abordaje conservador o quirúrgico, por lo cual deben de tenerse en cuenta múltiples aspectos, tal y como ocurre en el caso que presentamos.

Materiales y Métodos: Mujer de 70 años de edad testigo de Jehová que acude a urgencias tras sufrir caída de dos metros de altura, presentando trauma de cadera siendo diagnosticada de fractura de rama isquiopubiana derecha estable; es valorada por traumatología quien ordena su alta médica con reposo absoluto, anticoagulación y control por consulta externa. Acude nuevamente a urgencias por dolor abdominal en hipogastrio, asociado a vómitos. Se realiza TAC abdomino-pélvico con contraste, observando gran hematoma retroperitoneal que desplazaba vejiga y presenta sangrado activo procedente de una rama de la arteria hipogástrica, que no se puede ser identificada. Además, evidencia fractura de la rama isquiopubiana derecha e iliopubiana izquierda. La paciente es trasladada a UCI, donde presenta shock hemorrágico que responde a in-

fusión sueroterapia, rechazando en todo momento (tanto ella como la propia familia) la transfusión de hemoderivados. Se inicia tratamiento con hierro (Fe), ácido fólico, vitamina K y Eritropoyetina. Es valorada por el servicio de Cirugía General y Vascular quienes descartan intervención quirúrgica urgente, por lo que se decide realizar arteriografía con embolización selectiva de arteria obturatriz izquierda, logrando bloquear el sangrado.

Resultados: La paciente es trasladada a cargo de Medicina Interna, donde se recupera hasta su posterior alta domiciliaria.

Conclusiones: El tratamiento del hematoma retroperitoneal en ausencia de complicaciones debe ser conservador, manteniendo actitud expectante. Ante inestabilidad hemodinámica, las primeras medidas deberán ir orientadas a la reposición de la volemia y la corrección de la coagulación. En pacientes estables con signos radiológicos de sangrado activo, está indicada la embolización angiográfica. La cirugía debe limitarse a pacientes hemodinámicamente inestables, con riesgo de hemorragia masiva y con compresión de estructuras nobles.

Absceso de músculo psoas iliaco secundario a enfermedad de crohn fistulizante

Alvarez García, Antonio Fernando; Rubio Gil, Francisco Antonio; Belda Lozano, Ricardo; Ferrer Marquez, Manuel; Blesa Sierra, Isabel; Reina Duarte, Angel

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La presencia de abscesos a nivel del músculo posas iliaco es poco frecuente, suelen deberse a enfermedad de Crohn, si bien es una complicación rara de esta enfermedad.

Caso clínico: Paciente varón, de 20 años de edad. Antecedentes de alergia a penicilina. Diagnosticado de Enfermedad de Crohn desde hace siete años, con patrón fistulizante y de afectación ileocólica. Ha recibido tratamiento con infliximab en 2006. Hasta 2009 estuvo en tratamiento con imurel y mesalazina.

Ingreso en Servicio de Digestivo por presentar absceso en FID secundario a brote de su enfermedad de base, presentando varias fistulas activas a nivel de ileon terminal. Se manejó de forma conservadora con: antibioterapia, drenaje percutáneo y soporte nutricional.

Pruebas complementarias: TAC abdominal: A nivel ileal distal se objetiva acúmulo de asas con áreas de marcado engrosamiento mural y estenosis severa, múltiples burbujas sugerentes de fiscalización, que contactan con músculo psoasiliaco derecho, el cual se muestra muy engrosado y con múltiples colecciones hidroaéreas y septos hiperdensos que se extienden hasta proximidad de la piel en región de cadera derecha, corresponde a abscesos de 15 x 7 x 4 cm. Se realiza drenaje ecoguiado de coleccion anfractuosa en iliopsoas derecho con cateter de 8 fr. En los controles de imagen tras drenaje se aprecia área flemonosa a nivel muscular, sin abscesos asociados. Se solicita valoración por Cirugía: Exploración física a su valoración en Cirugía: Paciente de aspecto desnutrido, orificio fistuloso en fosa iliaca derecha, miembro inferior derecho

flexionado, con imposibilidad para movilización del mismo, acude en silla de ruedas.

Se decide Intervención Quirúrgica realizándose laparotomía exploradora, con los hallazgos de: Orificio fistuloso en región inguinal derecha, área flemonosa en FID que implica cara posterior de colon ascendente y ciego (hacia retroperitoneo derecho), asas proximales de ileon dilatadas, resto de ileon y yeyuno de aspecto normal, salvo segmento corto de ileon proximal, que está infiltrando mesocolon derecho, hacia retroperitoneo y que sospechamos es origen de la fistula enterocutánea, se procede a seccionar dicho segmento, con anastomosis TT manual, se completa la intervención con hemicolectomía derecha.

Durante su evolución postoperatoria, es precisa reintervención por presentar fuga anastomótica, realizándose laparotomía exploradora urgente, que confirma el diagnóstico, evidenciándose fuga a nivel de las dos anastomosis de cirugía previa. Se realiza resección del segmento de intestino delgado entre ambas suturas previas y nueva anastomosis entre el ileon y transverso. El paciente presenta nueva fuga a través del drenaje pero sin presentar repercusión clínica, se decide el manejo conservador de la misma, siendo dado de alta tras el cierre de la misma y la rehabilitación adecuada.

Revisión en consulta: Paciente asintomático. recuperación funcional de miembro inferior derecho.

Comentarios: Se trata de un paciente joven con con complicaciones de su Enfermedad de Crohn que no se controlan con manejo conservador de las mismas, lo cual le conduce a deterioro desde punto de vista nutricional, funcional, aparición de complicaciones sépticas y necesidad, así mismo, de apoyo psicológico. Creemos importante una adecuada coordinación entre Servicios de Digestivo y Cirugía para intentar identificar precozmente a aquellos pacientes con complicaciones de Enfermedad de Crohn que son candidatos a Cirugía.

Necrosectomía pancreática retroperitoneal videoasistida como parte del tratamiento secuencial de la pancreatitis aguda grave con necrosis infectada

Antonio Jesús González Sánchez, José Manuel Aranda Narváez, Custodia Montiel Casado, Pascual López Ruiz, Rosa María Becerra Ortiz, Javier Moreno Ruiz, Julio Santoyo Santoyo

VÍDEO. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: Presentar el procedimiento denominado necrosectomía pancreática retroperitoneal videoasistida (NPRVA) como parte del tratamiento secuencial en la pancreatitis aguda grave con necrosis pancreática infectada.

Caso clínico: Varón de 47 años sin hábitos tóxicos, talasemia menor, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales, que acude a urgencias de nuestro hospital por presentar dolor epigástrico brusco de 6 horas de evolución, asociado a taquicardia (100 latidos por minuto), hipotensión (90/60 mmHg) y desaturación (saturación de O₂ 89%). En las pruebas complementarias destacaba 42% de hematocrito, amilasemia en 5.172 U/L y pH 7,21. Tras

realizarse ultrasonografía abdominal, que observó líquido en ambas correderas y espacios pararenales, así como coledocistitis, se diagnosticó de pancreatitis aguda grave litiasica y pasó a la Unidad de Cuidados

Intensivos. La tomografía computerizada (TC) de abdomen realizada a las 48 hrs mostró ausencia de perfusión mayor del 50% de la glándula junto con colecciones líquidas en espacio retrogástrico, pararenal anterior derecho, izquierdo y raíz del meso.

En el día +11 de ingreso hubo de realizarse fasciotomía subcutánea de la línea alba por síndrome compartimental abdominal, completándose el tratamiento con paracentesis continua de líquido claro y hemofiltración.

A partir del día +11 presentó fiebre persistente, aislándose en cultivos repetidos *Pseudomonas aeruginosa* por lo que se instauró antibioticoterapia dirigida. Por persistencia de fiebre, en el día +28 se realizó punción percutánea guiada por TC de la necrosis pancreática por vía retroperitoneal izquierda drenando líquido turbio a presión pero estéril. Tras mejoría inicial persistió fiebre alta con cultivos de líquido negativos, por lo que en el día +43 de ingreso se realizó NPRVA sin incidencias. Posteriormente el paciente continuó con picos febriles aislados y mejoría analítica significativa, pero con abundante drenaje purulento por la herida y drenaje, programándose una nueva revisión quirúrgica en el día +52, completándose la necrosectomía con éxito a pesar de tener que ser controlada una hemorragia arterial retroperitoneal. La evolución posterior fue satisfactoria.

Discusión: La NPRVA como parte de la terapia secuencial en la pancreatitis aguda grave con necrosis pancreática infectada es un procedimiento seguro y reproducible, que ha de tenerse en cuenta como tratamiento de primera línea para esta patología.

Complicación tras resección anterior ultrabaja laparoscópica: gangrena de Fournier

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

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante rápidamente progresiva del área genitoperineal. Es una infección polimicrobiana con alta mortalidad a pesar de tratamiento agresivo.

Es posible encontrar una causa urogenital, colorrectal o cutánea, siendo más frecuente la infección anorrectal. Generalmente, se asocia a trastornos sistémicos, como diabetes, alcoholismo y cáncer.

Caso Clínico

Varón de 56 años hipertenso y diabético en tratamiento con ADO. Diagnosticado de neoplasia de recto medio uT3No sometido a resección anterior ultrabaja laparoscópica asistida por robot con ileostomía de protección. Al 5º p.o. comienza con fiebre, deterioro general y edema escrotal que progresa

rápidamente hasta aparición de necrosis cutánea en región inguinal derecha, peneana y escrotal. Se realiza desbridamiento quirúrgico y rectoscopia que evidencia integridad anastomótica. Son necesarios sucesivos desbridamientos y contraindicaciones hasta flanco y miembro inferior derecho. Se observa en nueva rectoscopia dehiscencia de la anastomosis por lo que se realiza colostomía terminal.

Tras sucesivas curas en planta, los cultivos para *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis* y *Eubacterium lantum* se negatizaron. Es trasladado al Servicio de Cirugía Plástica y tras 51 días de la primera intervención el paciente es sometido a reconstrucción del defecto cutáneo. Finalmente, 2 meses después se procede a completar la amputación abdominoperineal y al cierre de la ileostomía de protección sin incidencias en el postoperatorio.

Comentarios

La gangrena de Fournier ha sido descrita como una rara complicación tras cirugía urológica y colorrectal. Encontramos casos en la literatura tras hemorroidectomía, dilatación anal, resección rectal transanal y, únicamente un caso, tras colectomía laparoscópica. Requiere tratamiento quirúrgico precoz por lo que debe sospecharse en pacientes con edema escrotal y malestar general, incluso antes de la aparición de áreas necróticas.

A pesar de la disminución de morbilidad asociada a la colectomía laparoscópica, la aparición de infecciones necrotizantes es, aunque extremadamente rara, posible. La detección precoz y el manejo agresivo son imprescindibles para mejorar la supervivencia.

Condiloma acuminado perianal gigante asociado a carcinoma escamocelular

Beatriz García Albiach, Iván González Poveda, Manuel Ruiz López, Joaquín Carrasco Campos, Jose Antonio Toval Mata, Rosa María Becerra Ortiz, Isabel Rosa Fernández Burgos, Santiago Mera Velasco, Julio Santoyo Santoyo

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: El tumor de Buschke-Lowenstein es una rara enfermedad que se presenta como una tumoración exofítica de comportamiento localmente agresivo, Es considerada como enfermedad de transmisión sexual ocasionada por el Virus del Papiloma Humano, principalmente serotipos 6 y11.

La relación entre el condiloma acuminado y el carcinoma escamocelular es bien conocida, presentando el condiloma acuminado gigante tasas de transformación maligna superiores al 50%.

Caso Clínico: Varón de 46 años VIH+, VHC+, ex-ADVP y Linfoma Hodking en remisión. Acude a Consulta Externa por tumoración perianal dolorosa y supurativa. A la exploración presenta lesión excrecente ulcerada de aspecto condilomatosa circunferencial que afecta a periné y región sacrococcigea. La colonoscopia objetiva lesiones en canal anal con recto normal. Ante la sospecha de malignidad se toman biopsias de las lesiones con resultado de carcinoma escamocelular in situ e infiltrante con áreas de ulceración. El paciente es presentado

en Comité Oncológico decidiéndose tratamiento combinado de quimiorradioterapia con Mitomicina C y 5-fluoracilo.

Comentarios: No existe consenso acerca del tratamiento del carcinoma escamoso relacionado con lesiones causadas por la infección por VPH. El tratamiento inicial con agentes tópicos como la podofilina no ha mostrado buenos resultados en tratamiento del condiloma acuminado gigante. La escisión local amplia ha sido el tratamiento clásico, sin embargo presenta tasas de recidiva muy elevadas (18-63%). La quimiorradioterapia, por sí sola o en combinación con la cirugía, se ha convertido en el tratamiento de elección de tumores del canal anal y ha presentado buenos resultados en el condiloma acuminado gigante.

El condiloma acuminado gigante presenta una incidencia creciente y elevadas tasas de malignización. El tratamiento quimiorradioterápico es una buena opción terapéutica en el condiloma acuminado gigante, evitando la morbilidad asociada al tratamiento quirúrgico y disminuyendo las recidivas.

Resultados de la hernioplastia inguinal en una unidad de cma y corta estancia

García Albiach B, Cabello Burgos A, Martínez Ferriz A, Fernández Burgos I, Prieto-Puga Arjona T, Jiménez Mazure C, Santoyo Santoyo J.

PÓSTER. CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL

Introducción: La hernia inguinal es una de las entidades quirúrgicas que mayor incidencia tiene en nuestros días, suponiendo un amplio número de intervenciones y un importante gasto sanitario.

Material y método

Estudio observacional descriptivo retrospectivo incluyendo los pacientes intervenidos por hernia inguino-crural entre Octubre 2010 y Septiembre 2011 en la Unidad de CMA y Corta Estancia en el HRU Carlos Haya de Málaga.

Fueron recogidos los datos operatorios del informe de alta y se realizó una encuesta telefónica evaluando diferentes ítems. Se utilizó el software en SPSS y se realizó un análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Muestra final constituida por 188 pacientes, 87% hombres y 13% mujeres, con edad mediana de 57 años (16-89).

En 90% de las hernias eran unilaterales y el 10% bilaterales. El 89% eran hernias primarias frente a un 11% de recidivadas. Se clasificaron en indirectas (61%), directas (29%), mixtas (7%) y crurales (3%).

Los pacientes ingresaron en régimen de CMA en el 4% de los casos y el 53% restante requirió hospitalización. Fueron intervenidos bajo anestesia raquídea (65%) y bajo anestesia general (35%). El 90% tuvo una estancia de 1 día, el 8% de 2 días y únicamente un 2% de 3 o más días.

En cuanto a la técnica quirúrgica, fue abierta en un 87%, distribuyéndose en 57% Lichtenstein, 26% Rutkow-Robbins y 4% técnica UHS. El restante 13% fue laparoscópica, 8% TAPP y 5% TEP. La malla más empleada fue la malla plana de

polipropileno (57%) seguida por la malla autoadhesiva Progrid® (26%).

Hubo una complicación grave intraoperatoria con hemo-peritoneo por sangrado de trócar. Se presentaron un 7.4% de complicaciones postoperatorias: seroma (50%), orquitis 30%, problemas con la malla (10%) y problemas con anestesia raquídea (10%). Un 1.5% presentaba dolor en el momento de la encuesta, un 4.5% durante la actividad y un 3.7% sufría alteraciones en la sensibilidad. El tiempo medio de vuelta a la actividad fue 9.14 días. Aparecieron recidivas en 4.5% de los pacientes. Por último, se evaluó el grado de satisfacción global y el 97% se sometería nuevamente a la intervención.

Conclusión

En nuestro centro se aplican diferentes técnicas de reparación de hernia inguinal con buenos resultados en cuanto a dolor crónico y tasa de recidiva.

Diverticulitis yeyunal perforada por cuerpo extraño

Marengo de la Cuadra, Beatriz; Gómez Rosado, Juan Carlos; Capitán Morales, Luis; Valdés Hernández, Javier; De Los Reyes López, Nestavo; Pérez Huertas, Rosario; Galan Álvarez, Juan; Guerrero García, Juan; Oliva Mompean, Fernando

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La diverticulosis yeyunal se trata de una patología adquirida poco frecuente, que suele diagnosticarse de forma casual en paciente varones mayores de 60 años. Habitualmente es una patología que permanece asintomática hasta en el 80% de los casos siendo causa de abdomen agudo en escasas ocasiones (10-20%).

Descripción: Presentamos el caso de un varón de 82 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal generalizado de aparición brusca, y en aumento progresivo, de 48h de evolución, asociado a estreñimiento en días anteriores con náuseas y vómitos.

A la exploración presenta abdomen en tabla, con dolor intenso, signos de irritación peritoneal y ausencia de ruidos hidroaéreos, presenta una marcada leucocitosis con neutrofilia y elevación de PCR, objetivándose en radiología simple de abdomen numerosos niveles hidroaéreos y cámara de neumoperitoneo en el tórax.

Se realiza IQ de urgencias objetivándose una diverticulosis yeyunal con divertículo perforado por cuerpo extraño, tras lo que se decide resección del segmento afecto.

Discusión: Tras revisar la literatura existente sobre este tema, objetivamos que la diverticulosis es una patología que suele pasar desapercibida, ya que generalmente se mantiene asintomática en la mayoría de los casos o presenta clínica inespecífica que en raras ocasiones nos haría sospechar esta entidad.

Es poco frecuente que se manifiesta de forma aguda, siendo en este caso lo más frecuente un cuadro de diverticulitis aguda con o sin perforación, o incluso sangrado. Sin embargo, la aparición de un divertículo perforado a causa de un cuerpo

extraño es una entidad con bajo índice de presentación (6% del total), cuya orientación diagnóstica suele ser clínico-radiológica y su confirmación intraoperatoria.

Una vez confirmado el diagnóstico, el tratamiento ideal consiste en la resección del segmento afectado y anastomosis. Aunque en casos muy seleccionados, puede llevarse a cabo un manejo conservador de la patología.

Vólvulo gástrico agudo

Marengo de la Cuadra, Beatriz; López Ruiz, Jose; Gordillo Hernandez, Alejandra; Del Rio La Fuente, Francisco; Sanchez Moreno, Laura; López Pérez, Jose; Oliva Mompean, Fernando

POSTER. CIRUGIA ESOFAGOGÁSTRICA

Introducción: El vólvulo gástrico se trata de una rara entidad de muy difícil diagnóstico, definida como una rotación mayor a 180° del estomago a lo largo de su eje longitudinal (organoaxial) o transversal (mesenteroaxial) creándose una obstrucción en bucle cerrado y estrangulación gástrica, que suele presentarse principalmente en la quinta década de la vida secundarios en la mayoría de los casos (70%) a defectos diafragmático.

Descripción del caso:: Exponemos el caso de una mujer de 63 años de edad, con antecedentes personales de HTA y Hernia de Hiato, que acude a urgencias por cuadro emético de 48h de evolución en probable relación con ingesta previa de marisco.

A la exploración la paciente presenta MEG, con tendencia a la hipotensión, dolor abdominal de predominio en epigastrio y HI. En analíticas al ingreso se objetiva un fallo renal, hepático, alteraciones en la coagulación y una importante acidosis metabólica. Ya en sala de recuperación presenta un empeoramiento progresivo y fugaz del estado general, con necesidad de maniobras de resucitación y traslado a UCI para su estabilización. En UCI se objetivando en control radiológico post vía central, imagen sugestiva de neumoperitoneo.

Se decide IQ urgente objetivándose gran cantidad de líquido oscuro libre y una gran hernia de hiato que consta de fundus y cuerpo gástrico volvulado, necrosado y perforado en su cara anterior. Tras estos hallazgos se decide realizar gastrectomía total de urgencias y drenaje de cavidad, dejando esofagostoma cervical y yeyunostomía de alimentación.

La paciente tras la intervención se mantiene en situación de fracaso multiorgánico, siendo éxitus en las horas posteriores

Dscusión: Esta entidad puede presentarse tanto de forma aguda como crónica, requiriendo en ambos casos un alto nivel de sospecha para su diagnóstico.

Los casos agudos debemos considerarlos como una emergencia quirúrgica, que requieren un diagnóstico y tratamiento precoz, puesto que en caso contrario suponen una mortalidad de hasta el 50% debido al desarrollo de hemorragia, isquemia o perforación gástrica.

Para llegar al diagnóstico precoz, es necesario sospecharlo a partir de una clínica característica, aunque poco específica (triada Borchart) de dolor epigástrico, vómitos seguidos de

nauseas no productivas e imposibilidad de colocación de SNG y su confirmación radiológica

En los casos en los que no exista sospecha de isquemia gástrica en pacientes de alto riesgo, puede llevarse a cabo un devolvulación endoscópica, siendo sin embargo el tratamiento quirúrgico, de elección en esta patología.

Debut de adenocarcinoma mucinoso de apéndice con trombosis venosa profunda

Martín Pérez, Beatriz1; Moreno Machuca, Francisco Javier2; Diéguez Rascón, Francisco2; López Lafuente, José Enrique2, García Prieto Bayarri, Victoria2; Núñez de Arenas Baeza, Guillermo2; García León, Andrés2; González Herráez, José Vicente2; Oliva Mompeán, Fernando1.

1Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y A. Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

2Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Los tumores primarios de apéndice son diagnosticados en el 0,5-1,5% de las piezas de apendicectomía y representa menos del 0,5% de los tumores gastrointestinales.

Presentamos un caso de diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso de apéndice que debuta como una trombosis venosa profunda de los vasos iliofemorales derechos.

Caso clínico: Mujer de 85 años, pluripatológica, que acude a Urgencias por presentar dolor en el miembro inferior derecho de 15 días de evolución, con edema y dificultad para la deambulación acompañado de discreto dolor abdominal en fosa ilíaca derecha (FID), sin otros síntomas. En la analítica destacan D-dímeros elevados y el TAC informa de colección del músculo psoas derecho que llega hasta el ciego y el íleon terminal, engloba la vena y arteria ilíacas externas derechas, con signos de trombosis a nivel de la vena, confirmado por ecografía-Doppler.

La paciente ingresa para drenaje percutáneo del absceso y tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) del paquete vascular ilíaco derecho. En los TAC de control, la TVP desaparece paulatinamente (correspondiendo con la clínica) pero la colección se mantiene y sumado a la presencia en el aspirado del drenaje de material de alto contenido mucoso, se decide intervención quirúrgica.

En la laparotomía exploradora se encuentra una gran tumoración ileocecal que engloba ciego, colon ascendente e íleon distal comprimiendo los vasos ilíacos. Se practica una hemicolectomía derecha con anastomosis ileocecal latero-lateral, con lavado y drenaje de la cavidad.

La paciente presenta una buena evolución, pudiendo ser dada de alta al 10º día postoperatorio.

Dscusión: La forma más común de presentación de los tumores apendiculares es como apendicitis aguda, dolor abdominal, masa palpable o ascitis (pseudomixoma peritoneal). La presentación como trombosis venosa por la compresión de los vasos por la lesión tumoral es muy infrecuente, siendo la TVP el primer síntoma del proceso oncológico subyacente.

Gangrena de fournier y perforación rectal por empalamiento

Martín Pérez B, Argüelles Arias F, Reyes Díaz ML, Pérez Huertas R, Retamar Gentil M, Marengo de la Cuadra B, Vecino Bueno C, Belisova M, Mauricio Alvarado C, Cano Matías A, Domínguez-Adame Lanuza E, Oliva Mompeán F.

UGC Cirugía General y A. Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

UGC Cirugía General y A. Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Los traumatismos anorrectales son poco frecuentes (1-2 casos/año/100.000 habitantes) y suelen ser consecuencia de heridas por armas de fuego y armas blancas, por accidentes de tráfico y por lesiones iatrogénicas y obstétricas, siendo menos frecuentes los casos de empalamiento. De forma habitual están asociados a otras lesiones toracoabdominales y/o osteomusculares, por lo que pueden pasar desapercibidas en un primer momento y ser evidentes cuando el paciente ya presenta un shock séptico.

Caso clínico: Paciente varón de 20 años, asmático y fumador de marihuana, que al saltar a un pantano se clava un palo en su glúteo derecho, extrayéndoselo de forma manual. A las 24 horas acude a Urgencias con fiebre, vómitos, dolor y distensión abdominal, peritonismo, sin leucocitosis, PCR elevada y estable hemodinámicamente. El TAC muestra pequeñas burbujas de gas extraluminal perirrectales y cuerpos extraños perirrectales, en fosa ilíaca derecha y glúteo derecho por lo que se decide intervención quirúrgica urgente.

En la laparotomía exploradora, se encuentra líquido purulento en todos los cuadrantes y una tumefacción perirrectal sin evidenciarse una perforación clara. En la herida glútea conecta con la cavidad abdominal se deja un sistema de lavado. Se realiza una colostomía de descarga en vacío izquierdo colocándose drenajes en pelvis.

Es reintervenido varias veces por gangrena de Fournier, evisceración y colecistitis, cierre simple de la herida perineal y amputación de los dedos del pie derecho necrosados por la administración de aminas.

Actualmente, está en estudio para valorar una posible reconstrucción con una RMN pélvica y una ecografía endoanal con integridad de los esfínteres.

Conclusiones: La clínica de los traumatismos anorrectales puede ser muy variada, desde molestias en hipogastrio hasta una franca hemorragia. Según la clasificación de Flint, en las lesiones más graves con gran contaminación fecal y/o han pasado más de 12 horas desde el traumatismo está indicado la realización de un estoma además del drenaje adecuado de la pelvis. En el caso de los empalamientos, se recomienda mantener el objeto en el lugar del trauma y extraerlo una vez el paciente esté en quirófano bajo control directo.

Nuestra experiencia en el tratamiento de

carcinomatosis peritoneal

Beatriz Martín Pérez, Carmen Bernal Bellido, José María Álamo, Marta Gutiérrez Moreno, Mercedes Rubio-Manzanares Dorado, Luis Miguel Marín Gómez, Gonzalo Suárez Artacho, Juan Serrano Díez-Caunedo, Miguel Ángel Gómez Bravo, Francisco Javier Padilla García.

UGC Cirugía General y A. Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Transplantes. UGC Cirugía General y A. Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

ORAL. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La carcinomatosis peritoneal ha sido considerada tradicionalmente un estadio avanzado e incurable de la enfermedad tumoral, únicamente tratable con quimioterapia sistémica paliativa. Diversos estudios han demostrado que una siembra peritoneal limitada puede ser curada usando cirugía citoreductora y de quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria (HIPEC). A día de hoy, los tumores susceptibles de este tratamiento radical serían el cáncer de ovario, colorrectal, gástrico, mesotelioma peritoneal, pseudomixoma peritoneal y sarcomatosis peritoneal.

Material y métodos: Nuestra serie abarca 16 pacientes con carcinomatosis peritoneal (13 mujeres y 3 hombres) sometidos a peritonectomía y quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (mitomicina o cisplatino) entre marzo 2009 y marzo 2012 en nuestra unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Transplantes del HU Virgen del Rocío (seguimiento entre 1 mes y 1 año). Los pacientes tenían entre 38 y 75 años en el momento de la cirugía. El origen de los tumores primarios era: 6 colorrectal, 5 pseudomixomas, 3 ovario, 1 endometrio y 1 mesotelioma peritoneal.

Resultados: De los 16 pacientes, 3 han tenido una recidiva del tumor primario (18,7%): mujer de 64 años con cáncer de ovario con metástasis inguinales y en el mesenterio a los 9 meses en tratamiento quimioterápico; mujer de 38 años con tumor de ovario que al año presenta múltiples recidivas peritoneales, en la que se realiza una segunda peritonectomía y a los dos años presenta metástasis hepáticas que se resecan también; varón de 60 años con carcinoma de colon con una recidiva peritoneal y pulmonar a los 6 meses en tratamiento quimioterápico. Sólo una paciente falleció por patología médica concomitante. En los pacientes revisados al año, la supervivencia libre de enfermedad al año es del 72% y global al año es de 92,3%.

Conclusiones: Los resultados de nuestra serie coinciden con los resultados obtenidos en otras series -en espera de resultados a más largo plazo- y confirma asimismo que la peritonectomía y la quimioterapia intraperitoneal pueden obtener resultados muy esperanzadores en estos tumores y deben ser consideradas en casos seleccionados de carcinomatosis peritoneal.

Obstrucción intestinal por endometriosis ileal

Martín Pérez, Beatriz, Valera Sánchez, Zoraida, Naranjo

Fernández, Juan Ramón; Infantes Ormad, Marina; Curado Soriano, Antonio; Sánchez Moreno, Laura; López Ruiz, José; Del Río Lafuente, Francisco; Navarrete De Cárcer, Enrique; López Pérez, José; Oliva Mompeán, Fernando.

UGC Cirugía General y A. Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La obstrucción intestinal es una emergencia quirúrgica muy común causada por diversas etiologías, como bridas postquirúrgicas, tumores o enfermedad inflamatoria intestinal, con pocos casos descritos en la literatura causados por endometriosis. Los implantes ileales desencadenan cuadros obstructivos sólo en un 7 a 23 % de los casos de endometriosis con afectación intestinal. Presentamos un caso de obstrucción intestinal causado por endometriosis ileocecal, siendo además el debut de dicha enfermedad.

Caso clínico: Mujer de 32 años, fumadora, con un aborto hace 10 años y sin otros antecedentes de interés, que acude a Urgencias por dolor abdominal, náuseas y vómitos de 9 días de evolución. A la exploración, está afebril, presenta dolor abdominal y distensión, sin peritonismo. En la radiografía se observa un patrón obstructivo de intestino delgado. Se realiza una tomografía axial (TAC) que describe un proceso inflamatorio regional de íleon con componente adenopático importante como causa de la obstrucción. Se instaura tratamiento conservador pero, al ser inefectivo durante las 48 horas siguientes y empeorarse la situación clínica de la paciente, se decide intervención urgente.

En la laparotomía media, se objetiva una obstrucción de intestino delgado causada por una tumoración a nivel de la válvula ileocecal. Se realiza ileocequ Coastomía con anastomosis ileocólica. La paciente es reintervenida a los 3 días por dehiscencia de la sutura con cuadro de shock séptico. Presenta además un cuadro de rectorragia autolimitado (angioTC y cápsula endoscópica negativos). Una vez en planta, la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a las 3 semanas de la primera intervención.

La anatomía patológica fue informada como endometriosis ileocecal.

Conclusiones: La endometriosis es una enfermedad benigna que se caracteriza por la presencia de tejido endometrial, glándulas y estroma fuera de la cavidad uterina, siendo el lugar más frecuente de implantación la pelvis. El tracto gastrointestinal es el asentamiento extrapélvico más frecuente (el íleon terminal está afectado pocas veces). Las intervenciones de urgencia son poco frecuentes, siendo lo más habitual por rotura o torsión de un endometrioma.

La endometriosis debería ser por tanto considerada entre los factores etiológicos de obstrucción intestinal en mujeres en edad fértil.

Piloroplastia laparoscópica

Martín Pérez, Beatriz¹; Peters, Christopher²; Martínez Isla, Alberto³; Silva, Miguel⁴; Ouro, Susana⁵; Fernandez, Fabiana⁶; Oliva Mompeán, Fernando¹.

Residente de Cirugía General y del Aparato Digestivo

1UGC Cirugía General y A. Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, Spain

2North West London Teaching Hospitals Trust. Londres, Reino Unido

3St Marks Hospital. North West London Teaching Hospitals Trust. Londres, Reino Unido

4Hospital Dr. Nélio de Mendonça, Funchal. Portugal

5Hospital Beatriz Angelo, Lisboa. Portugal

6Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba. Brasil

VÍDEO. CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

Introducción: Entre las complicaciones de las úlceras pépticas, encontramos las estenosis piloro duodenales, que cursan habitualmente con náuseas, vómitos y pérdida de peso. Cuando el tratamiento conservador falla, las dilataciones endoscópicas tienen un buen resultado. Cuando se realizan más de dos dilataciones o no son efectivas, la opción recomendada es entonces la cirugía.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 28 años con episodios de vómitos y pérdida de peso de 2 años de evolución. En la endoscopia se objetiva una estenosis pilórica de características inflamatorias sin posibilidad de dilatación neumática. En el tránsito esófago-gástrico duodenal se observa una estenosis a nivel pilórica y gran dilatación de la cámara gástrica con mínimo paso de contraste a duodeno. La tomografía axial muestra un engrosamiento de la pared pilórica con gran dilatación gástrica acompañante sin otros hallazgos relevantes. Con todos estos hallazgos, se decide programar a la paciente para cirugía.

Resultados: La intervención por vía laparoscópica comienza con la identificación del píloro y la estenosis, confirmando lo con el endoscopio. Se realiza una ligera movilización del duodeno y se colocan dos puntos tractores sobre el píloro. Se inicia la pilorotomía con el bisturí ultrasónico, extendiéndola hacia la vertiente duodenal y gástrica, también bajo control endoscópico, con toma de biopsia de la pared gástrica. Una vez completada la pilorotomía, se inicia la piloroplastia con puntos sueltos de vicryl de 3/0, similar a la técnica usada en cirugía abierta convencional. Con el endoscopio se comprueba el buen paso a través de la piloroplastia, encontrándose sorprendentemente una segunda estenosis de aspecto benigno que no deja pasar el endoscopio por lo que se decide dilatación neumática a 18mm, con buen paso a la segunda porción duodenal. Se deja un drenaje cercano a la anastomosis.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria y pudo ser dada de alta al tercer día del postoperatorio con buena tolerancia a la vía oral.

La anatomía patológica informó de úlcera péptica benigna.

Conclusiones: En los casos de estenosis pilóricas subsidiarias de cirugía, la piloroplastia es un método efectivo para su tratamiento y su abordaje laparoscópico es factible e igual de seguro que el abordaje convencional, recomendándose ser realizado por cirujanos entrenados en la cirugía laparoscópica.

Tratamiento de las fístulas rectovaginales.

Experiencia en nuestro centro

Martín Pérez B, Capitán Morales LC, Gómez Rosado JC, Valdés Hernández J, Díaz Milanés JA, Reyes Díaz ML, Galán Álvarez J, Guerrero García JM, Oliva Mompeán F.

Unidad de Cirugía Colorrectal. UGC Cirugía General y A. Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Las fistulas rectovaginales (FRV) se definen como una conexión patológica entre el epitelio del recto y de la vagina, permitiendo el paso del contenido rectal a vagina, con una prevalencia entre el 5 y el 9 % y con una etiología, opciones quirúrgicas y resultados variado.

Material y métodos: Presentamos 6 casos de fistulas rectovaginales intervenidas entre el 2009 y el 2011 en nuestro servicio.

Todas las pacientes presentaban salida de heces por la vagina. En 4 se realizó ecografía endoanal y TAC, TAC únicamente en la paciente con cáncer de colon sigmoides y RMN en la paciente del cáncer de recto.

Edad	Etiología	Procedimiento	Reintervención
36		Resección anterior ultrabaja (ca. recto)	Ileostomía temporal
39		Traumatismo obstétrico	Cola de fibrina
47		Enfermedad de Crohn	Ileostomía temporal
57		Desconocida	Fistulectomía y levatorplastia
70		Dilatación anal (fisura anal)	Fistulectomía y esfinterorrafia
78		Neoplasia de colon sigmoides avanzada	Colostomía de descarga

Resultados: La edad media es de 54,5 años (ASA 2: 4, ASA 3: 2). Las pacientes con ostomías (50%) tuvieron una estancia media de 4 días. La paciente con cáncer de sigma avanzado falleció a las 3 semanas por su patología neoplásica. Las otras dos pacientes están en espera para la reversión de las ileostomías.

Dos de las intervenciones transanales (33%) requirieron una segunda intervención realizada también por vía transanal, ambas sin sintomatología actualmente a los 8 y 13 meses respectivamente.

CONCLUSIONES

Diversos procesos anorrectales pueden causar fistulas rectovaginales siendo la solución la cirugía en la mayor parte de los casos. Nuestra experiencia abarca FRV de etiología muy variada. Se eligieron ostomías en los cánceres y EII y la vía transanal para casos de iatrogenia obstétricas o proctológica, con una alta tasa de reintervención en estos últimos, con mejores resultados tras la reintervención.

Tumor neuroendocrino de vía biliar

Beatriz Martín Pérez, José María Álamo Martínez, Carmen Bernal Bellido, Mercedes Rubio-Manzanares Dorado, Marta Gutiérrez Moreno, Gonzalo Suárez Artacho, Luis Miguel Marín Gómez, Juan Serrano Díez-Caunedo, Miguel Ángel Gómez Bravo, Inmaculada Sánchez-Matamoros Martín, Ángel Nogales Muñoz, Francisco Javier Padilla García.

UGC Cirugía General y A. Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Transplantes. UGC Cirugía General y A. Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

POSTER. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: Los tumores malignos de vías biliares son neoplasias poco frecuentes y menos aún los de tercio medio. El 90% de estos tumores son adenocarcinomas, siendo muy poco habitual encontrar tumores neuroendocrinos, que derivan de las células neuroendocrinas de la vía biliar, similares a las del tracto gastrointestinal. No suelen presentar manifestaciones neuroendocrinas en el momento del diagnóstico por lo que es difícil sospecharlos de forma preoperatoria.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 37 años que presenta malestar abdominal, diarreas e hipertransaminasemia de meses de evolución. La ecografía, TAC RMN muestra una imagen nodular de la misma ecogenicidad que el parénquima hepático de 4x3.2 cm entre segmentos IV y V, que comprime el colédoco y condiciona una dilatación del árbol biliar intrahepático y una obstrucción incompleta, por lo que se decide intervención quirúrgica programada.

En la intervención, se encuentra una tumoración extrahepática de unos 5 cm adherida a la rama derecha de la arteria hepática. La ecografía intraoperatoria confirma que la lesión depende de la vía biliar y que penetra en la luz ocluyéndola casi completamente, sin extensión intrahepática.

Se realiza colecistectomía, disección del tumor y exéresis completa de la vía biliar desde el margen suprapancreático hasta la confluencia de la placa hiliar, linfadenectomía hiliar completa y hepaticoyeyunostomía en Y-Roux.

La paciente presenta una buena evolución postoperatoria pudiendo ser de alta al 6º día postoperatorio.

La anatomía patológica informa de carcinoma neuroendocrino de vías biliares con márgenes de resección libres, sin extensión ganglionar.

Conclusiones: Los tumores neuroendocrinos de la vía biliar son poco frecuentes siendo entre un 0.2-2% de todos los tumores neuroendocrinos gastrointestinales, habiendo pocos casos descritos en la literatura. La resección curativa es el principal factor pronóstico, debiendo realizarse una extirpación en bloque del tumor. La supervivencia varía según la estirpe histológica, con una supervivencia del 80% a los 10 años en los tumores carcinoides frente al 0% de los tumores de células pequeñas.

Resultado del tratamiento quirúrgico de la ulcera venosa 150 casos consecutivos

Benjamín Narbona Calvo, Rodolfo González Sendra, Joaquín Navarro Cecilia, Marta Checa Ceballos, Carolina Luque Lopez Basilio Dueñas Rodríguez, Eva Quesada Bravo, Lorena Albert Candel

ORAL. MISCELÁNEA

Introducción: Entre febrero de 2009 y septiembre de 2011 se han desarrollado 5 proyectos de intervenciones quirúrgicas en San Rafael del Norte (Jinotega-Ni) por la ONG Quesada

Solidaria en colaboración con la ONG local ADIF y el permiso del departamento gubernamental INSA (Nicaragua). Los proyectos consistían en tratamiento quirúrgico de úlceras MMII al detectar que la población de la zona presenta la insuf venosa crónica en grados 3-5 como un problema significativo desde el punto de vista epidemiológico y carece de acceso a los tratamientos adecuados. La accesibilidad a cuidados de enfermería de calidad por no hablar de tratamiento quirúrgico es limitada. El tratamiento postural es inviable por su trabajo en zonas rurales con economía de subsistencia.

Metodo: Tras una primera jornada de evaluación clínica y eco-doppler selectivo se seleccionaban los pacientes para los programas quirúrgicos. Se han intervenido un total de 560 pacientes (590 procesos) de los cuales 336 han sido por varices (353 cirugías, algunos son bilaterales. De estos pacientes 150 presentaban grados 4 y 5 clasificación (equivalente a úlcera venosa) 139 mujeres (92,67%) 11 varones (7,33 %) Edad media 51,69 +- 11,63 Mediana 52 años. Estancia media 1 +/- 0, 12 días (0-3) Se realizaron 40 curas CHIVA (26,6%) 105 Safenectomías (70%) 4 curetajes (2,67%) y 1 úlcera sistémica (0,67%).

Resultados: Evolución

Cerrada	No cicatrizada	No contactada	Total
Trat._quir.	Cura Chiva	Recuento 28	11 1 40
	% de Trat._quir.	70,00	27,50 2,50 100,00
	% de Evolución	29,79	84,62 2,44 27,03
Safenectomía	Recuento 63	2	39 104
	% de Trat._quir.	60,58	1,92 37,50 100,00
	% de Evolución	67,02	15,38 95,12 70,27
Curetajes locales	Recuento 3	0	1 4
	% de Trat._quir.	75,00	0,00 25,00 100,00
	% de Evolución	3,19	0,00 2,44 2,70
Total	Recuento 94	13	41 148
	% de Trat._quir.	63,51	8,78 27,70 100,00
	% de Evolución	100,00	100,00 100,00 100,00

Conclusion: Existen asociación estadística entre el tratamiento quirúrgico realizado y su evolución, (Test chi-cuadrado, p_valor=0,000). Si estudiamos en cada uno de los tratamientos las diferencias de proporciones de casos que han evolucionado como Cerrada, No cicatrizada y No contactada, encontramos que: Existen diferencias significativas entre el porcentaje de casos que evolucionan como No cicatrizada en Cura Chiva (84,6%) y en Safenectomía (15,4%), siendo mayor en el tratamiento Cura Chiva. (Prueba z, p_valor<0,05) Existen diferencias significativas entre el porcentaje de casos que evolucionan como No Contactada en Cura Chiva (2,4%) y en Safenectomía (95,1%), siendo mayor en el tratamiento Safenectomía. (Prueba z, p_valor<0,05)

Peritonitis neumocócica puerperal

Bruno Claro Alves, C. Martin, J. Lorente, F.J. Jimenez, M.L. Ruiz, I. Ponce, A.Galindo.

VIDEO. MISCELANEA

La peritonitis neumocócica es una entidad rara en adultos, que ocurre sobretodo como peritonitis primaria en pacientes

cirróticos, con síndrome nefrótico, inmunocomprometidos o en diálisis peritoneal. También puede ocurrir en mujeres jóvenes portadoras de DIU, fase puerperal o con exploración instrumental ginecológica reciente.

Presentamos un caso de una paciente de 32 años, sin alergias medicamentosas, sin enfermedades de interés, con antecedentes de una cesárea 5 años previamente y un parto eutócico 2 años antes. En el día 38 de puerperio, acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado de instauración en 48 horas de evolución, objetivándose shock séptico. Se practica laparotomía exploradora de urgencia, con hallazgos de abundante líquido purulento en toda cavidad abdominal, ausencia de viscera hueca perforada, apéndice cecal normal, con útero hiperémico, trompas discretamente engrosadas y ovarios normales. Se aísla S.Pneumoniae en cultivo de líquido purulento y hemocultivos. Se sustituye tratamiento antibiotico empirico por antibioterapia con ampicilina. La paciente permanece en UCI hasta 4º día de postoperatorio, presentando distrés respiratorio al tercer día que se resuelve mediante BIPAP. Al 7º día es alta hospitalaria.

La peritonitis neumocócica en mujeres puérperas es una entidad rara, que se produce habitualmente por una colonización vaginal, con ascenso del microorganismo durante el parto, pudiendo pasar a cavidad abdominal mediante pequeñas perforaciones uterinas o desarrollarse por el estado de inmunosupresión asociado al embarazo. Consideramos, según evolución y revisión de literatura, que un abordaje quirúrgico precoz y antibioterapia dirigida son fundamentales para el tratamiento de esta patología.

Pseudomixoma peritoneal de origen apendicular y adenocarcinoma de colon izquierdo sincrónicos

C. León Salinas; F.C. Muñoz Casares; A. Arjona-Sánchez; A. Casado Adam; R.J. Orti Rodríguez; M.D. Ayllón Terán, A. Padial Aguado; F.J. Medina Fernández; E. Navarro Rodríguez; Rufián Peña

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción:

El pseudomixoma peritoneal (PMP) es una entidad clínica rara que se caracteriza por la presencia masiva de mucina intraabdominal de causa tumoral, que se puede originar en la ruptura de un mucocelo secundario a un cistoadenoma mucinoso apendicular. Actualmente se conoce el riesgo de que un cistoadenoma apendicular se asocie a otras neoplasias gastrointestinales, siendo de hasta un 20% con las neoplasias colorrectales.

Caso Clínico: Paciente varón de 67 años de edad, sin antecedentes de interés, que tras aumento del perímetro abdominal y sensación de masa en fosa iliaca derecha, es diagnosticado mediante Ecografía/TAC de mucocelo apendicular con signos de PMP. La colonoscopia, realizada en el centro de origen, informó de diferentes pólipos adenovelloso displásicos extirpados, aunque por dificultades técnicas quedó uno localizado a 65 cm. de margen anal. Los marcadores tumorales CEA y CA 19.9 fueron normales.

Programada en nuestra Unidad de Cirugía Oncológica para cirugía radical con procedimientos de peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC), se decide realizar colonoscopia intraoperatoria para valoración y posible marcaje del pólipo residual, que aconsejaba su resección quirúrgica. Se confirmó intraoperatoriamente la presencia sincrónica de un adenocarcinoma de colon descendente junto a PMP de origen apendicular con PCI (Peritoneal Cancer Index) de 19. El paciente precisó de procedimientos de peritonectomía parietal completos (pélvica completa + parietocólicos, diafragmas y Glisson) con colectomía subtotal, extirpación de lesiones de peritoneo visceral, omentectomía y HIPEC con Mitomicina C durante 60 minutos, tras conseguir citorreducción óptima. El alta postoperatoria se produjo a los 10 días, sin incidencias destacables

Comentarios:

La colonoscopia preoperatoria meticulosa es una prueba recomendada ante la sospecha o confirmación diagnóstica de PMP, incluso cuando este tenga un origen apendicular, dado el riesgo de asociar neoplasias colorrectales sincrónicas.

Pseudomixoma peritoneal tratado mediante procedimientos de peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica: nuestra experiencia

C. León Salinas; F.C. Muñoz Casares; A. Arjona Sánchez; A. Casado Adam; M.D. Ayllón Terán; R.J. Orti Rodríguez; A. Padial Aguado; R. Ortega Salas; J.L. Medina Almansa; S. Rufián Peña

ORAL. CIRUGIA COLORRECTAL

Objetivos: Pseudomixoma peritoneal (PMP) es un término que hace referencia a una entidad clínica infrecuente, caracterizada por la presencia de ascitis mucinosa de origen tumoral y una evolución hacia la obstrucción intestinal y caquexia terminal. En la mayoría de casos el tumor se localiza a nivel de apéndice u ovario. El objetivo del estudio es analizar la supervivencia, morbilidad y mortalidad de los pacientes con PMP intervenidos en nuestra Unidad de Cirugía Oncológica mediante procedimientos de peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC).

Material y Métodos: Estudio sobre una base de datos prospectiva (1997-2011) de 56 pacientes con pseudomixoma peritoneal, intervenidas con procedimientos de peritonectomía y HIPEC, desde julio-1997 a enero-2012. El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: De los 56 pacientes, 82% (46) tenían origen apendicular, 16% (9) ovárico y 2% (1) pancreático. Atendiendo a la clasificación histopatológica de Ronnet, 11 (19.6%) eran del tipo adenomucinoso (DPAM), 25 (44.6%) del tipo adenocarcinomatosa (PMCA) y 20 (35.7%) del tipo híbrido (PMCA-I). La edad media de los pacientes fue 56 ± 11 años (31-77). El índice de carcinomatosis peritoneal (PCI) medio fue 20.6 ± 9.6 (3-38), con $PCI \geq 20$ en 54% de pacientes, y tiempo medio quirúrgico de 7.6 ± 1.7 horas (4-11). En 35 pacientes (62.5%)

los procedimientos de peritonectomía incluyeron la resección completa del peritoneo parietal abdominal además de otras resecciones asociadas. En 34 pacientes (60.7%) se realizaron resecciones intestinales únicas o múltiples y en 20 pacientes (35.7%) se realizó esplenectomía. Se consiguió citorreducción óptima-CCo en 35 pacientes (62%), óptima-CC1 en 16 (29%) y subóptima-CC2 en 5 (9%). Dos pacientes presentaron metástasis hepática intraparenquimatosa extirpada (4%). En 42 pacientes (75%) se utilizó Mitomicina C como HIPEC. Ocho pacientes (14.3%) se han reintervenido por recidiva de la enfermedad. La morbilidad postoperatoria grave (grados III-V de Dindo-Clavien) fue del 17.9% y la mortalidad postoperatoria a 30 días del 1.8% (1/56), con una mediana de estancia hospitalaria de 12 días (7-66). La supervivencia global fue del 66% a cinco años, 81% si citorreducción-CCo. La supervivencia a cinco años según estadio de Ronnet, fue del 100% para DPAM, 68% para PMCA-I y 51% para PMCA.

Conclusiones: Nuestros resultados, en consonancia con otras series publicadas, reflejan que la cirugía citoreductora radical con procedimientos de peritonectomía-HIPEC es actualmente el tratamiento estándar para los pacientes con pseudomixoma peritoneal, al mejorar sustancialmente las cifras de supervivencia con respecto al tratamiento tradicional.

Impacto de las comorbilidades en la colecistectomía por colecistitis aguda

San Miguel C, Jorge J, Paz A, Mansilla A, Torres T, Carrasco M, Segura I, Ferrón JA.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

ORAL. CIRUGIA HEPATOBILIAR

Introducción: La colecistectomía laparoscópica precoz es el tratamiento de elección en la colecistitis aguda. El manejo en pacientes pluripatológicos sigue siendo controvertido actualmente. El objetivo del estudio es comparar la evolución de la colecistectomía por colecistitis aguda en función de las comorbilidades asociadas.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, que incluyó a todos los pacientes con colecistitis aguda intervenidos en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada) durante septiembre de 2009 y diciembre de 2010. Se analizaron las comorbilidades, y se compararon con las características de la muestra, factores operatorios y evolución posterior.

Los datos fueron obtenidos del registro de historias clínicas informatizadas del hospital y se analizaron mediante el programa informático SPSS 20.0[®].

Resultados: Se analizaron 304 pacientes. La edad media fue de 68 ± 16 años, y el 56% fueron varones. Se intervinieron a 284 (93%) pacientes, de ellos el 86% por vía laparoscópica (7% de reconversiones). La mortalidad global fue de 15 (5%) pacientes y la mediana de la estancia fue de 4 días (3-8) Q25-Q75.

El análisis en función de la cardiopatía mostró los siguientes Resultados:

Variable	medida	cardiopatía si	cardiopatía no	p
----------	--------	----------------	----------------	---

Edad	Media ± DT	75 (±12)	64 (±16)	0.000
Varones	N (%)	49 (59%)	112 (55%)	0.703
Neumopatía	N (%)	24 (28%)	24 (11%)	0.001
DM	N (%)	30 (36%)	41 (20%)	0.008
Riesgo ASA III-IV	N (%)	57 (68%)	45 (22%)	0.000
Tiempo evolución > 48h	N (%)	41 (50%)	72 (36%)	0.051
Colecistitis gangrenosa	N (%)	9 (11%)	8 (4%)	0.055
Inicio de cirugía abierta	N (%)	24 (28%)	19 (9%)	0.000
Complicaciones biliares	N (%)	3 (3%)	0 (0%)	0.024
Reconversión	N (%)	9 (15%)	13 (7%)	0.105
Reintervención	N (%)	7 (8%)	6 (3%)	0.092
Estancia	Mediana (Q75-Q25)	4 (3-6)	6 (3-9)	0.000
Éxito	N (%)	8 (9%)	1 (0.5%)	0.000
En función de la patología respiratoria de base:				
VARIABLE	MEDIDA	Patol. respiratoria SI Patol. respiratoria NO		
Varones	N (%)	36 (75%)	125 (53%)	0.008
Cardiopatía	N (%)	24 (50%)	59 (25%)	0.001
Riesgo ASA III-IV	N (%)	38 (79%)	64 (27%)	0.000
Inicio cirugía abierta	N (%)	8 (16%)	35 (14%)	0.686
Reconversión	N (%)	5 (12%)	17 (8%)	0.610
Reintervención	N (%)	3 (6%)	10 (4%)	0.455
Estancia	Mediana (Q75-Q25)	5.5 (3-11)	4 (3-7)	0.006
Éxito	N (%)	3 (6%)	6 (2%)	0.181
En función de la Diabetes:				
VARIABLE	MEDIDA	Diabetes Mellitus SI		
Diabetes Mellitus NO	p			
Edad	Media ± DT	70 (±13)	66 (±17)	0.108
Neumopatía	N (%)	13 (18%)	35 (16%)	0.855
Cardiopatía	N (%)	30 (42%)	53 (24%)	0.008
Hepatopatía	N (%)	7 (9%)	6 (2%)	0.033
Riesgo ASA III-IV	N (%)	43 (60%)	59 (27%)	0.000
Inicio cirugía abierta	N (%)	15 (21%)	28 (13%)	0.155
Reconversión	N (%)	7 (12%)	15 (8%)	0.462
Reintervención	N (%)	2 (2%)	11 (5%)	0.529
Estancia	Mediana (Q75-Q25)	4 (3-7)	4 (3-8)	0.867
Éxito	N (%)	3 (4%)	6 (2%)	0.695

Conclusión: A la espera del análisis multivariante, los resultados preliminares parecen orientar que los pacientes con patologías concomitantes (sobre todo cardiopatías) están asociados a un postoperatorio más tórpido, con mayor índice de complicaciones estancia y mortalidad.

Vólvulo gástrico secundario a hernia diafragmática paraesofágica gigante; a propósito de un caso

San Miguel C, Valdivia JH, Bustos AB, García A, Villar J, Turiño JD, Ferrón JA.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

POSTER. CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

Introducción: La hernia paraesofágica constituye un problema relativamente infrecuente del hiato esofágico, y se caracteriza por la conservación del componente posterolateral del ligamento frenoesofágico, que estabiliza la posición de la unión esofagogastrica dentro del abdomen, aspecto que la diferencia fundamentalmente de la común hernia hiatal por desliza-

miento. Además, asocia problemas de naturaleza obstructiva y mecánica, a diferencia de los problemas gastrointestinales funcionales de las segundas. Habitualmente diagnosticada en adultos de forma incidental, se manifiesta en muchos casos como una urgencia quirúrgica por complicaciones como el vólvulo, la incarceration, la hemorragia, o la perforación de víscera hueca.

Material y métodos: Mujer de 64 años que acudió a Urgencias de nuestro hospital por un cuadro de dolor epigástrico de dos días de evolución, asociado a vómitos "en posos de café". A la exploración presentaba un abdomen doloroso de forma difusa, con un patrón analítico de neutrofilia sin leucocitosis.

Tras realizar TAC abdominal se evidencia una hernia diafragmática paraesofágica gigante con vólvulo gástrico asociado.

Resultados: Una vez confirmado el diagnóstico, se procede a intervención quirúrgica urgente, realizando reducción del contenido (cuerpo y antro gástricos sin isquemia) y resección del saco herniario. Se realiza el cierre de pilares diafragmáticos con tres puntos sueltos y una funduplicatura de Nissen asociada. La evolución postoperatoria fue satisfactoria siendo dada de alta al tercer día postoperatorio, con buen estado general, sin disfagia ni síntomas de atrapamiento aéreo. A los tres meses se realizó tránsito baritado sin alteraciones funcionales ni signos de recidiva.

Conclusión: La hernia hiatal paraesofágica debe ser estudiada en el diagnóstico diferencial de síntomas respiratorios o digestivos no específicos. Se recomienda así mismo el abordaje quirúrgico de la misma, ya que no se han registrado recurrencias de la enfermedad, independientemente de la técnica utilizada y sí se previenen complicaciones potencialmente graves como ocurrió en nuestro caso.

Proceso apendicular como contenido de saco herniario: hernia de amyand

J. Álvarez Medialdea, C. De La Vega, M. Balbuena, J. Falckenheiner, A. Camacho Ramírez, A. Díaz Godoy, A. Martínez Vieira, A. Calvo Durán, V. Vega Ruiz.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

POSTER. CIRUGIA DE PARED ABDOMINAL

Objetivo: Se plantea exponer dos casos clínicos en los cuales se aprecia la presencia del apéndice cecal como contenido del saco de una hernia inguinal (Hernia de Amyand). Se compara la incidencia de la misma con respecto a la reflejada en la literatura previa.

Revisión de historia clínica y comparación con bibliografía previa

En ambos casos se trata de pacientes intervenidos de forma programada en régimen de CMA de hernia inguinal en los cuales durante el acto quirúrgico se detecta de manera incidental la presencia de apéndice vermiforme como contenido del saco herniario. Aunque se trate de dos casos aparentemente similares, ambos pacientes han referido distinta sintomato-

logía y como antecedentes a destacar, resaltamos la presencia de alergias medicamentosas a AAS y betalactámicos en ambos.

En estudios previos no se detecta la presencia de dicho contenido herniario

En ambos casos, los pacientes presentaban a la exploración abdómenes blandos, depresibles, no dolorosos a la palpación, sin signos de irritación peritoneal ni defensa abdominales. En región inguinal, se apreciaba protusión de consistencia blanda, reductible que aumentaba con las maniobras de Valsalva correspondiente con hernia inguinal.

El estudio preoperatorio realizado no contraindica la intervención.

Resultado: Se decide realizar la intervención quirúrgica en ambos casos. En uno de ellos, a través de un abordaje inguinal y tras la identificación y disección del saco de predominio indirecto, se aprecia proceso apendicular que se reduce a cavidad peritoneal realizándose a continuación hernioplastia según técnica de Lichtenstein. En el otro caso, realizándose similar abordaje, durante la disección y apertura del saco se aprecia apéndice cecal con signos inflamatorios cuya luz se encuentra ocupada por apendicolito por lo que se decide realización de apendicectomía según técnica habitual y hernioplastia según técnica de Lichtenstein. El postoperatorio en ambos casos transcurrió sin incidencias ni complicaciones.

CONCLUSIONES: La hernia de Amyand constituye un raro tipo de herniación de inguinal en la que su contenido es el apéndice vermiforme, siendo infrecuente encontrarnos con un apéndice inflamado en el interior del saco herniario, siendo muy pocos casos descritos en la literatura. La incidencia de hernias de Amyand se sitúa entorno al 0.28-1%, siendo más infrecuente aún la presencia de apendicitis en el interior de una hernia inguinal, con una incidencia del 0.07-0.13 %, siendo excepcional realizar un diagnóstico preoperatorio.

Tras la revisión en una serie de casos en nuestro centro con un tamaño muestral de 234 casos, se comprueba que la incidencia de dicho hallazgo se sitúa en torno al 0.85%.

Carcinoma neuroendocrino de recto a propósito de un caso

Carolina Arcos Quirós, Javier Mena Raposo, Esperanza Hernandez Ollero, Jose Antonio Guerra Bautista, Abdul Karim Moalla Masa, Javier Mena Raposo, Jose Luis Muñoz Boo, Dolores Candil Comensal, Francisco Acedo Díaz, Luis Mendizabal Rosales

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Los tumores neuroendocrinos de recto son poco frecuentes, representando el 1.8% de las neoplasias anorrectales. La clínica es inespecífica y en el momento del diagnóstico suelen presentar enfermedad a distancia en un 15% de casos. El tratamiento quirúrgico y quimioterápico combinado puede alargar más la supervivencia de los pacientes.

A continuación presentamos un caso de carcinoma neuroendocrino de recto que continua en remisión tras un año de seguimiento.

Caso clínico: Varón de 70 años con AP de HTA, DM,

DL, CI, FA paroxística y SAOS, que acude por presentar rectorragia de 3 meses de evolución sin alteración del hábito intestinal. Exploración física y tacto rectal sin hallazgos. Se solicita analítica completa con marcadores tumorales (CA 15.3 30.3 U/ml) y colonoscopia, observándose en recto a 10 cm una lesión de 4 cm de tamaño ocupando ¼ de la luz, la biopsia informa de carcinoma neuroendocrino. Se realiza estudio de extensión con TAC toraco-abdomino-pélvico, con ausencia de metástasis a distancia. Se presenta el caso en el comité de tumores decidiéndose tratamiento quirúrgico, practicándose, resección anterior baja con ileostomía de protección. El análisis histológico de la pieza confirma la existencia de carcinoma neuroendocrino de alto grado con metástasis en 4 de los 10 ganglios aislados, índice de proliferación celular (ki-67): 40% y positividad para citoqueratinas de amplio espectro, enolasa neuronal específica, sinaptofisina y cromogranina A. Tras la intervención el paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta a los 10 días. Tras un año de seguimiento, el paciente continua en remisión completa.

CONCLUSIONES: Son los más agresivos de los cánceres colorrectales primarios, presentando diseminación rápida y peor pronóstico.

Raramente existen síntomas de síndrome paraneoplásico, carcinoide ni anomalías metabólicas.

El estadio del tumor en el momento del diagnóstico marca en gran medida el pronóstico y la supervivencia del paciente, situándose entre 6 y 15 meses. El tratamiento es quirúrgico, siendo, la quimioterapia, un factor menor para mejorar la supervivencia del paciente. Se están desarrollando ciclos de quimioterapia como es el caso de algunos esquemas agresivos, basados en la administración de estreptozotocina y 5-fluorouracilo o de doxorubicina con 5 fluorouracilo.

Invaginación yeyuno-esofágica en paciente intervenido por adenocarcinoma gástrico

Carolina Arcos Quirós, Raquel Gonzalez Heredia, Ma José Sanchez Melo, Angel Pareja Gonzalez, Murad Muteb, Pedro Fernandez Balaguer, Jose Luis Dominguez Trisancho, Carlos Celis Pinilla, Jose Luciano Santonja Garriga, Gregorio García Fidalgo

POSTER. CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

Introducción: La invaginación intestinal consiste en la introducción en forma telescópica espontánea de una porción de intestino en otra asa o segmento intestinal. La invaginación yeyuno-esofágica es una complicación rara tras gastrectomía total. La patogénesis de la intususcepción en pacientes con historia de cirugía gástrica es desconocida, la teoría más aceptada es la peristalsis antero grada o retrógrada produciendo la intususcepción de asas eferente o aferente. Otras teorías incluyen causas mecánicas como el incremento de la presión intraabdominal y adherencias postoperatorias. El primer caso de invaginación intestinal fue descrito en 1674 por Barbette, realizándose la primera reducción quirúrgica con éxito en 1871. En adultos en hasta en el 90% de los casos existe una anomalía patológica bien definida. La intususcepción

primaria o idiopática se presenta en el 8-20 % de los casos y afecta con mayor frecuencia al intestino delgado, existiendo en el 6-30% de los casos lesiones malignas intestinales asociadas. Pueden aparecer invaginaciones yeyuno-gástricas y yeyuno-esofágicas en paciente con antecedentes de gastrectomías, sin embargo, los casos publicados son escasos. A continuación presentamos el caso de una invaginación yeyuno-esofágica en paciente intervenido por adenocarcinoma gástrico.

Caso clínico: Varón de 76 años sin AP de interés, intervenido por adenocarcinoma gástrico antral hacía un año (realizándose gastrectomía total y linfadenectomía con anastomosis esófago yeyunal). Acudió por presentar dolor abdominal asociado a episodios de regurgitación con disfagia a sólidos de 3 semanas de evolución. Se practicó examen físico y analítica sin hallazgos. A continuación, se realizó TAC toracoabdominal, encontrándose una dilatación esofágica sin causa aparente, decidiéndose practicar un tránsito esófago-yeyunal, donde se observaba una dilatación esofágica con anastomosis estrecha de paredes lisas, y una endoscopia, que mostraba a 38 centímetros la anastomosis esófago-yeyunal amplia y permeable, sin rigidez ni estenosis a dicho nivel con protrusión importante de la mucosa yeyunal. Dado los hallazgos, se decidió colocar una endoprótesis a nivel de la anastomosis, evolucionando el paciente favorablemente y permaneciendo asintomático.

Comentarios: La invaginación intestinal es una patología relativamente frecuente en niños, sin embargo, en adultos se presenta únicamente en un 1-5% de los casos, siendo la incidencia de invaginación yeyuno-gástrica y yeyuno-esofágicas del 0.1%. Pueden aparecer invaginaciones yeyuno gástricas y yeyuno-esofágicas en paciente con antecedentes de gastrectomías, sin embargo, los casos publicados son escasos. Las localizaciones más frecuentes son las uniones entre los segmentos de movimiento libres y el retroperitoneo, como la región ileocecal, o segmentos fijos por adherencias y la mayoría de los casos se producen en el intestino delgado, secundario a lesiones benignas.

Con respecto a la sintomatología suele ser inespecífica, y con frecuencia aparecen síntomas de obstrucción intestinal, masa palpable, hematemesis y disfagia.

Para el diagnóstico son fundamentales las pruebas de imagen como radiografía, ecografía, TAC de abdomen y estudios baritados. Existen signos radiológicos patognomónicos característicos como son el signo de diana en el corte transversal y el signo de pseudoríñon en la longitudinal. La endoscopia es el procedimiento de elección en caso de hematemesis y disfagia.

El tratamiento usualmente suele ser quirúrgico aunque en ocasiones es posible una reducción endoscópica con colocación de endoprotesis, como muestra el caso. El diagnóstico precoz es fundamental para reducir la morbilidad asociada a la intususcepción asociada frecuentemente a la obstrucción y la isquemia intestinal secundaria.

Tumor desmoide intrabdominal en paciente intervenido de ca. Urotelial de vejiga

Carolina Arcos Quirós, Esperanza Hernandez Ollero, Abdul Karim Moalla Masa, Jose Luis Muñoz Boo, Jose

Antonio Guerra Bautista, Javier Mena Raposo, Dolores Candil Comensal, Francisco Acedo Díaz, Luis Mendizabal Rosales

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: El tumor desmoide es una neoplasia rara que representa menos del 3% de todos los tumores de tejidos blandos. La etiología es desconocida, asociándose a múltiples malformaciones óseas, traumatismos abdominales, cirugía previa y estimulación estrogénica. Puede aparecer a cualquier edad, pero el pico de mayor incidencia está en la tercera década, con una clara preponderancia femenina.

No suelen dar metástasis a distancia, sin embargo, presenta una elevada agresividad loco regional con recurrencia del 80% en los dos primeros años.

La clínica es inespecífica pudiendo aparecer como masa indolora y antecedente de cirugía previa, como muestra el caso presentado.

Caso clínico: Varón de 67 años con AP de ca urotelial de vejiga intervenido en 2010 (realizándose cistectomía radical con reconstrucción de neovejiga ortotópica tipo studer y linfadenectomía), es derivado por presentar en TAC abdominal una gran masa intraperitoneal centroabdominal de 10 cm de diámetro con atenuación homogénea y valores de densidad propio de sólidos, no realzante, con márgenes netos, que rechaza las estructuras circundantes, sugestiva de tumor desmoide, metástasis peritoneal y sarcoma entre otras.

Se decidió realización de analítica con marcadores tumorales (Ca 19.1 433.4 U/ml, Ca 15.3 30.7 U/ml y CEA 125 143.80, resto normal), BAG (siendo informada de lesión mesenquimal fusocelular de bajo grado, estudio inmuno histoquímico negativo para desmina, actina de musculo liso y S-100, la determinación de beta-catenina para descartar fibromatosis de tipo desmoide no resultó posible por la ausencia de material en el bloque), y Tac torácico que no mostraba metástasis a distancia. Dado los hallazgos, se realizó intervención quirúrgica programada, observándose tumoración que asienta sobre anastomosis ileo-ileal de cirugía previa, por lo que se practica exéresis en bloque de tumoración y asas de ID afectas, y anastomosis ileo-ileal. El análisis histológico informó de tumor desmoide con marcada positividad para vimentina y b-catenina. A los 10 días presentó episodio de vómitos con mal estado general y dolor abdominal en flanco derecho, realizándose analítica (destacaba PCR 317) y TAC abdominal, observándose gran colección subfrenica y perihepática con nivel hidroaéreo en continuidad con otra gran colección que ocupa todo el hemiabdomen derecho hasta la pelvis con burbujas aéreas, decidiéndose laparotomía urgente. Realizándose lavado de colecciones e ileostomía terminal. El paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta a las 3 semanas.

Actualmente ha pasado un año de la intervención quirúrgica, permaneciendo libre de enfermedad.

Comentarios: Aproximadamente en el 16% de los casos de tumores desmoide existe antecedente de cirugía previa, y el tumor se desarrolla subyacente o alrededor de la cicatriz producida, como muestra el caso presentado.

Actualmente, el tratamiento quirúrgico de elección es la exéresis en bloque con un margen libre de tumor de 2-3 cm. La radioterapia puede controlar las lesiones irsecables y

disminuir el riesgo de recurrencia local cuando los márgenes de resección están cerca del borde. En el caso de tumores irresecables, esta indicado el tratamiento con AINÉs (sulindac o indometacina), antiestrógenos (tamoxifeno y el toremifeno), agentes progestacionales (medroxiprogesterona) o la administración de esteroides. En la actualidad se recomienda QMT en pacientes sintomáticos con tumores desmoides irresecables que no han respondido a regímenes menos tóxicos.

Adenocarcinoma de duodeno y screening de tumores en el síndrome de gardner, presentación de un caso y revisión

Christian Mauricio Alvarado, Antonio Curado Soriano, Dra. Asunción Pérez Sánchez, Dra. Inmaculada Sánchez-Matamoros Martín, Luis Ángel Nogales Muñoz, Fernando Oliva Mompeán.

POSTER. MISCELÁNEA

Resumen: Introducción: En la década de los 50's Gardner describió a algunas familias con poliposis adenomatosa familiar (PAF) y tumoraciones extracolónicas incluyendo osteomas, quistes epidérmicos, anomalías dentales, tumores desmoides y fibromas (1-3), al conjunto de estas alteraciones se le denominó Síndrome de Gardner (SG). El adenocarcinoma de duodeno solo se presenta de un 2 a 4% de éstos casos.

MATERIAL Y METODOS: Presentamos un caso clínico de SG con adenocarcinoma duodenal. Realizamos una revisión bibliográfica para describir las pautas de screening de tumores en éstos pacientes.

Resultados: Caso clínico: Masculino de 59 años con SG al cual se le realizó colectomía subtotal a los 28 años por afectación colónica. Acude a consultas por dispepsia de repetición por lo que se le realiza esófago-gastroscopia (Imágenes) encontrando pólipo en duodeno distal, diagnosticándose por biopsia adenocarcinoma de intestino delgado. Se realiza de forma reglada resección de 3er y 4ª porción duodenal, con biopsia intraoperatoria de ganglios linfáticos vecinos negativos para metástasis.

Revisión: La PAF y el SG se originan por mutaciones del gen PAC el cual ocasiona de cientos a miles de pólipos colónicos que crecen entre la 2ª y 3er década de la vida. El cáncer de colon es inevitable si éste no se reseca. Afecta igual a hombres y mujeres y la prevalencia es de 2,29 a 3,2 casos por cada 100,000 habitantes (4-6) Para el screening de tumores malignos extraintestinales y desmoides se recomienda lo siguiente (7-9): Tiroides: exploración física y ecografía anual comenzando a los 10 o 12 años. Sistema Nervioso Central: Evaluación médica periódica en busca de síntomas clínicos. Si algún miembro de la familia tiene tumores en el SNC, se recomienda RMN cada 1 a 3 años. Hígado: palpación hepática anual con pruebas de función hepática, ECO abdominal y alfa-fetoproteína en busca de hepatoblastoma, especialmente durante los primeros 5 años de vida hasta los 15 años. La prueba genética puede discriminar a los neonatos candidatos a seguimiento para detectar alteraciones hepáticas. Vías biliares: se

recomienda valoración solo en caso síntomas o de alteraciones en las pruebas de función hepática o en el caso de síntomas. Estómago y duodeno: Se recomienda endoscopia superior cada 1 a 3 años. Desmoides: no se recomienda screening de rutina, solo en caso de alteraciones palpables.

Conclusiones: Ante un paciente o familia con síndrome de Gardner es importante no exceptuar a ningún paciente de las pautas de screening.

Bezoar gástrico y duodenal como causa de obstrucción intestinal.

Cristina González Callejas, Aurelio Alarcón López, Pedro Medina Reborio.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Comarcal de Baza. Granada

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Bezoar se define como una sustancia extraña acumulada en el estómago, duodeno o intestino delgado. Se asocia con personas con alteraciones psicológicas y predomina en mujeres jóvenes. Sin embargo, presentamos un caso en un varón adulto con antecedentes de cirugía ulcerosa y sin otros antecedentes de interés.

Caso Clínico: Paciente con AP de intervención por úlcera gástrica hace 30 años que acude a Urgencias por vómitos incoercibles de una semana de evolución. Exploración abdominal: cicatriz de laparotomía, levemente doloroso a la palpación en epigastrio, no masas ni megalias. Análisis normal. Rx de abdomen con dilatación gástrica. Se coloca SNG con aspirado de 100 cc. Ingresar en Digestivo para continuar estudio realizándose TAC abdominal: dilatación de vía intra y extrahepática con colédoco de 17 mm a nivel de cabeza de páncreas sin apreciarse causa obstructiva y discreta dilatación de asas de intestino delgado. Posteriormente se completa estudio con una gastroscopia: restos alimenticios en estómago que dificultan la correcta visualización de fundus. En duodeno amplia ulceración superficial de pared anterior. A nivel de primera rodilla y segunda porción duodenal se aprecia obstrucción por bezoar. Se realizan diversos intentos de extracción sin éxito por lo que se realiza interconsulta al Servicio de Cirugía. Se decide intervención quirúrgica por bezoar encontrándose este a nivel de tercera porción duodenal. Se trata de movilizar sin lograrlo por lo que se realiza enterotomía y extracción del mismo. Cierre con sutura doble continua. Se explora intestino delgado y estómago encontrándose otro bezoar no objetivado en pruebas complementarias realizándose gastrostomía. Se deja drenaje de penrose a nivel de enterotomía. El postoperatorio cursa sin complicaciones dándose de alta hospitalaria al sexto día con buena tolerancia oral y buen tránsito.

Comentario: El primer bezoar intervenido fue descrito por Schonborn en 1883. Se pueden clasificar según el material que los forme siendo más frecuentes los tricobezoares en mujeres jóvenes (90%), con antecedentes psiquiátricos menores de 40 años. Pueden existir factores etiológicos predisponentes como gastroenteropatías o cirugías gástricas con alteración del peristaltismo, como en nuestro caso. El diagnóstico se sospecha por

la clínica, propia de obstrucción intestinal y es confirmado por las pruebas complementarias. En la radiografía de abdomen puede observarse la cavidad gástrica distendida, como en el caso descrito. La TAC, muestra una imagen hipodensa, heterogénea, endoluminal dentro de la cavidad gástrica o duodenal. En nuestro caso solo se observó leve dilatación intestinal. El diagnóstico se confirma mediante una EDA que es el método más sensible para el diagnóstico, pero de baja eficacia para el tratamiento.

El tratamiento de elección es quirúrgico, mediante gastrotomía amplia y extracción del bezoar. Es una patología poco frecuente que debería ser tenida en cuenta ante un paciente con la sintomatología y AP descritos. En nuestro caso el bezoar gástrico pasó inadvertido por lo que aconsejamos la revisión sistemática del intestino y estómago en todos los casos.

Obstrucción intestinal por cálculo biliar en sigma

Cristina González Callejas, Blas Molina Escobar, Pedro Medina Reborio.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Comarcal de Baza. Granada.

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: El íleo biliar es una complicación poco frecuente de la litiasis biliar, que se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal. Se debe a la existencia de una comunicación anormal entre la vía biliar y el tubo digestivo cuya formación pasa generalmente inadvertida. Presentamos un caso de obstrucción intestinal por cálculo biliar a nivel sigmoideo.

Caso clínico: Paciente mujer de 81 años con AP de HTA, DM, y coledocistitis que acude a urgencias por vómitos alimenticios de tres días de evolución incoercibles. Refiere dolor en HD y náuseas hace un mes que cedió espontáneamente. Exploración: abdomen doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho sin peritonismo. Análítica con leucocitosis sin desviación izquierda. No otras alteraciones. TAC abdominal: Hepatomegalia. Litiasis biliar, de pared engrosada presentando burbujas de aire en su pared. Aerobilia. Valorar coledocistitis con clínica, analítica. Gran dilatación de i.d. con signos de sufrimiento parietal en íleon distal. Es diagnosticada de obstrucción intestinal y se realiza laparotomía exploradora encontrándose masa a nivel sigmoideo, móvil e indurada. Se realiza enterostomía encontrándose cálculo biliar como causa de la obstrucción. Dado el estado del sigma se decide realización de colostomía temporal. El postoperatorio cursa sin complicaciones por lo que es dada de alta quince días después de la intervención con colostomía funcionante y buena tolerancia oral.

Comentario: Se describe que sólo 1-15% de las fístulas biliodigestivas producen íleo biliar. Se presenta predominantemente en mujeres y la edad de presentación más frecuente es de 60 a 75 años. Representa el 1-6% de todos los cuadros de obstrucción intestinal mecánica.

La fístula biliodigestiva más frecuentemente hallada es la colecistoduodenal (65-77%) seguida de la colecistocólica (10-25%). El sitio de enclavamiento más frecuente de los cálculos es el íleon terminal en hasta el 65% de los casos. Los datos de

laboratorio son inespecíficos para la orientación diagnóstica. Los signos radiológicos de íleo biliar se atribuyen a Rigler: distensión de asas delgadas y niveles hidroaéreos, signos de aerobilia y la imagen litiasica radioopaca que cambia de posición con los movimientos del paciente. Sin embargo, ninguno de estos datos aislados es patognomónico de íleo biliar.

La ecografía abdominal permite la visualización de la aerobilia y de una imagen hiperecogénica intraluminal, que serían de gran ayuda para establecer el diagnóstico.

El tratamiento debe ser quirúrgico lo más precoz posible. Existe un acuerdo en que lo primero a tratar sería la oclusión intestinal y secundariamente la fístula biliodigestiva.

Es una patología de baja incidencia aunque su diagnóstico se debe tener en cuenta, ya que en la mayoría de los casos es intraoperatorio. En general se prefiere resolver en primera instancia el cuadro oclusivo y diferir el tratamiento de la fístula biliointestinal.

Complicación excepcional secundaria a fístula pancreática: absceso retrofaringeo y mediastinitis

Cristina Rodríguez Silva, Belinda Sánchez Pérez, José Luís Fernández Aguilar, Miguel Ángel Suárez, José Antonio Pérez Daga, M^a Esther Gamez Córdoba, Naiara Marín Camero, Ysabel Pulido Roa, Julio Santoyo Santoyo

POSTER. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: Las fístulas pancreatopleurales son complicaciones excepcionales de las pancreatitis agudas o crónicas (0.4%). Suelen relacionarse con alcoholismo, traumatismo abdominal cerrado, lesión iatrogénica o patología pancreática subyacente: crónica o aguda.

Caso Clínico: Varón de 45 años con antecedentes de pancreatitis crónica. En Abril 2011 ingresó con reagudización de su pancreatitis crónica y sufrió episodio de rotura espontánea de bazo que precisó esplenectomía urgente. En Noviembre 2011 ingresó con cuadro de disnea progresiva y síndrome de vena cava superior. En el TAC cervico-torácico observamos absceso retrofaringeo, que se extendía de retrotraqueal y periesofágico dando lugar a colecciones mediastínicas, importante derrame pleural derecho y una pequeña colección peripancreática, todo ello secundario a fístula pancreática que se constató por los elevados niveles de amilasa en el líquido pleural (>10.000U/L). Precisó intervención de urgencia requiriendo cervicotomía, traqueotomía y toracotomía derecha, soporte ventilatorio e ingreso en la unidad de cuidados intensivos. En planta evolucionó favorablemente hasta el día 21 PO, donde se exteriorizó una fístula pancreática a través de los orificios de los drenajes torácicos. Se confirmó mediante TAC torácico presencia del trayecto desde el cuerpo del páncreas, pasando por el hiato esofágico, cavidad torácica y drenando a través de la pared. La RMN puso de manifiesto la disrupción a nivel de Wirsung responsable del cuadro, por lo que se decidió colocación de endoprotesis mediante CPRE, no siendo efectiva por no sobrepasar la rotura del conducto. Se indicó cirugía realizándose pancreatectomía distal. En la pieza quirúrgica se observó la lesión del conducto mediante la extravasación de

azul de metileno. El paciente fue dado de alta el 6 postoperatorio sin complicaciones.

Discusión: Las fistulas pancreatopleurales constituyen un reto diagnóstico y terapéutico. Requieren un alto índice de sospecha, en aquellos pacientes con derrame pleurales reiterativos concomitantes con alcoholismo y/o pancreatitis crónica. Predominan los signos pulmonares (disnea y derrame pleural) sobre los abdominales. El diagnóstico está basado en los altos niveles de amilasa del líquido pleural y las pruebas de imagen (TAC y colangioRNM). El tratamiento asienta en inhibidores de la secreción pancreática más colocación de endoprótesis mediante CPRE. La cirugía queda reservada tras el fallo del primer escalón terapéutico. Sin embargo, una cirugía precoz ha demostrado una rápida recuperación de los pacientes y un elevado índice de éxitos.

Capacidad predictiva de mortalidad de los modelos possum y p-possum tras cirugía urgente o emergente en pacientes mayores de 65 años

Rodríguez Silva C, Gámez Córdoba E, Aranda Narvárez JM, Montiel Casado MC, González Sánchez AJ, López Ruiz P, Fernández Burgos I, Prieto-Puga Arjona T, García Albiach B, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Avda. Carlos Haya s/n, 29010, Málaga.

ORAL. MISCELÁNEA

Introducción: Aunque las escalas Physiologic and Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and Morbidity (POSSUM y su variante P-POSSUM) continúan siendo las más empleadas como predictoras de mortalidad postoperatoria, su capacidad predictiva ha sido puesta en duda por algunos estudios, especialmente en cuanto a defectos de sobreestimación. La elección de uno u otro modelo también es objeto de controversia, dependiendo para muchos autores del modelo elegido para su validación. Presentamos un estudio para evaluar la capacidad predictora de estas escalas en un colectivo de máxima potencialidad de mortalidad postoperatoria.

Material y método: Estudio observacional analítico desarrollado sobre el grupo de pacientes >65 años, intervenidos con carácter urgente o emergente por la Unidad de Urgencias y Trauma del Hospital Regional Universitario Carlos Haya (tercer nivel), durante un periodo de 2 años (Enero 2010-Diciembre 2011) (N=219). Variable predictora: escalas POSSUM de mortalidad y P-POSSUM. Variable resultado: mortalidad postoperatoria, definida como la producida en los primeros 30 días del postoperatorio. Análisis estadístico: software SPSS y Epidat 3.1. 1) Regresión logística binaria con cada una de las escalas como predictor; 2) Calibración mediante test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow (H-L, buena calibración si test n.s.); 3) Discriminación mediante curva Receiver Operating Characteristic (ROC) y área bajo la curva (AUC). 4) Comparación de curvas ROC y AUC mediante χ^2 de homogeneidad de áreas. Se aceptaron como de relevancia estadística niveles de significación $p < 0.05$ y para todos los parámetros se definió su intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Muestra de 219 pacientes con edad mediana de 72 años (65-90), con 45% de ASAI I y 42% de ASAI III. Se contempló una gran variedad de indicaciones y procedimientos, con un 57% de intervenciones clasificadas como mayor plus de la British United Provident Association (BUPA), todos ellos con carácter urgente (cirugía necesaria en 24-48 horas, 88%) o emergente (cirugía necesaria con carácter inmediato, 12%). Mortalidad: 29 pacientes (13.2%). Las 2 escalas mostraron una mala calibración (POSSUM: H-L $p < 0.007$; P-POSSUM: H-L $p < 0.001$). En cuanto a su capacidad discriminativa, el análisis de regresión y el AUC de la Curva ROC para las dos escalas mostró los siguientes resultados: 1) POSSUM: OR 1.07 (1.04-1.1, $p < 0.00$); AUC 92% (88-96, $p < 0.00$); 2) P-POSSUM: OR 1.06 (1.03-1.08, $p < 0.00$); AUC 91% (87-95, $p < 0.00$). No se encontraron diferencias significativas entre las AUC de las 2 escalas (n.s.).

CONCLUSIONES: Las dos escalas mostraron una mala calibración, definida por su carácter de sobreestimar la mortalidad postoperatoria global de los pacientes mayores de 65 años. Sin embargo, la capacidad discriminativa de ambas es excelente. Siempre que se tenga en cuenta que esta información incluye parámetros operatorios y que, calculada a priori, debe contemplarse con precaución, estas escalas constituyen una buena aproximación al riesgo individual de mortalidad postoperatoria.

Hepatectomía derecha ampliada por hepatocarcinoma fibrolamelar: nuevas técnicas quirúrgicas y avances tecnológicos

Cristina Rodríguez Silva, Belida Sánchez Pérez, Julio Santoyo, Miguel A Suárez, José L Fernández Aguilar, JA Pérez Daga, I Fernández Burgos, Esther Gámez Córdoba

VÍDEO. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: En el momento del diagnóstico los hepatocarcinoma fibrolamelares (HF) suelen ser masas intrahepáticas de gran tamaño (>10 cm) con o sin afectación ganglionar. El tratamiento curativo de estos tumores es la cirugía, pero debido al gran tamaño que presentan, requieren resecciones hepáticas mayores (hepatectomías derechas o izquierdas, hepatectomías ampliadas, etc) asociadas a linfadenectomías extensas. El desarrollo de técnicas quirúrgicas avanzadas como el abordaje anterior del hígado, la suspensión hepática ("Hanging Manoeuvre"), maniobras de exclusión vascular intra o extraglissonianas, y el desarrollo de algunos dispositivos técnicos, como los hidro-coaguladores bipolares (Aquamantis®), nos permiten realizar la resección hepática con morbimortalidad cercana al 0%.

Caso Clínico: Varón de 23 años sin antecedentes, asintomático, que tras realización de una ecografía abdominal se halló una masa de 15 x 19 cm en el lóbulo hepático derecho (LHD). El TC ABD mostró una masa de 15 x 20 cm con afectación de casi la totalidad del LHD e identificación de adenopatías > 1cm a nivel de hilio hepático, tronco celiaco (TC) e interaortocava (IAC). Los hallazgos analíticos, perfil hepático y marca-

dores tumorales eran normales. El diagnóstico de imagen más probable fue de HF.

Intraoperatoriamente encontramos una masa de aproximadamente 15 cm que afectaba a los segmentos V, VI, VIII así como parte del IV y del I. La ecografía intraoperatoria mostraba una masa heterogénea que se apoyaba en la bifurcación portal rechazándola anteriormente y abriendo la bifurcación de los sectoriales derecho anterior y posterior. Inicialmente realizamos una disección del hilio hepático, observando arteria hepática derecha procedente de la mesentérica más arteria hepática media del tronco celiaco. Clampaje vascular del aporte derecho del hígado obteniendo una demarcación isquémica del mismo. Seguidamente efectuamos una maniobra de suspensión hepática con una sonda nasogástrica pediátrica ("Hanging Manoeuvre"). La transección hepática se realizó, sin clampaje pedicular (Pringle) con bisturí ultrasónico (CUSA®) y coagulador bipolar (Aquamantis®). La sección del pedículo derecho se llevo a cabo de forma intrahepática extrafascial mediante grapadora vascular (EndoGIA®). La hepatectomía comprendió el LHD ampliado a segmento IVB y I. Finalmente se hizo una linfadenectomía extensa de ganglios IAC, retroportales y retropancreáticos, así como de AH y TC. Colocamos un hemostático de colágeno-trombina (Tachosil®) en superficie interaortocava y en transección hepática. Las pérdidas sanguíneas intraoperatorias fueron <250 ml. No precisó transfusión intra ni postoperatoria. El paciente no presentó complicaciones. Fue dado de alta el tercer día postoperatorio.

Comentarios: Hoy en día, el único tratamiento curativo del HF es conseguir resecciones R0, aunque presentan recurrencias hasta en el 70% de los casos. Solo las re-resecciones han demostrado aumento en la supervivencia. Por ello es importante realizar técnicas quirúrgicas oncológicas avanzadas, que nos aporta un mejor control del sangrado en el plano de transección, menor manipulación del tumor y una mayor estabilidad hemodinámica. Los nuevos dispositivos de corte y coagulación del parénquima, como el coagulador bipolar, nos proporciona una hemostasia en el lecho de transección rápida y segura, consiguiendo una reducción de las pérdidas sanguíneas, lo que se traduce en una menor morbimortalidad de los pacientes.

Masa retroperitoneal gigante en neurofibromatosis tipo 1 (enfermedad de von recklinghausen)

Titos García A, Mera Velasco S, Rodríguez Silva C, Toval Mata JA, González Poveda I, Ruiz López M, Carrasco Campos J, Gámez Córdoba E, Santoyo Santoyo J.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La neurofibromatosis tipo 1 (NF1) o enfermedad de Von Recklinghausen es una enfermedad neurocutánea caracterizada por la presencia de tumores benignos de los nervios periféricos (neurofibromas), lesiones pigmentadas de piel (manchas café con leche), pecas en áreas no expuestas, hamartomas en iris (nódulo de Lish) y pseudoartrosis. Los neurofibromas suelen ser múltiples y habitualmente cutáneos; siendo infrecuente la presentación aislada y la localización

retroperitoneal. Presentamos el caso de un paciente con un neurofibroma solitario gigante retroperitoneal intervenido en nuestro servicio.

Caso clínico: Paciente de 29 años diagnosticada de Neurofibromatosis tipo I, que en el seguimiento anual refiere distensión y molestias abdominales en flanco y región lumbar izquierda. En las pruebas de imagen (TC abdominal y RMN) se detecta una masa gigante de 15 cm. Con el diagnóstico de tumor retroperitoneal se decide cirugía, encontrándose una masa dependiente de L2-L4 y que se extiende lateralmente por retroperitoneo medializando las estructuras vasculares. La histología nos informó de un neurofibroma gigante. Fue dada de alta al 7º día de la intervención.

Comentarios: La NF1 es una enfermedad autosómica dominante producida por una mutación en el gen supresor de tumores NF1 en el cromosoma 17. Los pacientes con esta enfermedad presentan mayor riesgo de sufrir neoplasias del sistema nervioso (gliomas, ependimomas, astrocitomas) y tumores benignos como los neurofibromas. Éstos suelen ser de pequeño tamaño (inferiores a 6 cm.), de aspecto gomoso y generalmente asintomáticos, aunque pueden producir síntomas en caso de compresión nerviosa o crecimiento exacerbado como en nuestro paciente. La presentación aislada y de gran tamaño es infrecuente, y más aún en región retroperitoneal.

Conclusiones: La exéresis completa del tumor es fundamental para evitar la recidiva local y sobre todo la degeneración sarcomatosa, posible en este tipo de tumores.

Mioma uterino retroperitoneal

Rodríguez Silva, C; Mera Velasco, S; Ruiz López, M; González Poveda, I; Carrasco Campos, J; Toval Mata, JA; Titos García, A; Gámez Córdoba, ME; Santoyo Santoyo, J; *Servicio de Cirugía general, digestiva y trasplantes. HRU Carlos Haya. Málaga. España.*

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: Los tumores retroperitoneales son neoplasias infrecuentes, que en la mayoría de ocasiones se tratan de sarcomas. Sus manifestaciones clínicas son derivadas de la compresión de órganos vecinos. La tomografía computerizada es el método más utilizado para la detección, caracterización, estudio preoperatorio y seguimiento. Presentamos el caso de un mioma dependiente del cérvix con extensión a retroperitoneo, dando aspecto de masa retroperitoneal.

Caso clínico: Mujer de 42 años, intervenida en Octubre 2011 de histerectomía subtotal por útero miomatoso. Posteriormente, tras persistencia de clínica, se evidencia en RMN gran masa sólida de 11x7 cm de tamaño, procedente de pared posterior de cérvix y compatible con mioma degenerado, existiendo duda radiológica con el sarcoma retroperitoneal.

En TAC de abdomen, se evidencia masa de localización retrovesical, que comprime y desplaza colon sigmoide sin infiltrarlo.

Se realizó laparotomía exploradora con hallazgo de tumoración pélvica gigante dependiente del cérvix, extendiéndose hacia el retroperitoneo. Se resecó respetando el cérvix uterino.

La biopsia intraoperatoria informó de tumoración sólida, compatible con leiomioma degenerado. El postoperatorio fue favorable.

Comentarios: Los leiomiomas uterinos son los tumores pélvicos más comunes en mujeres. Se manifiestan clínicamente en aproximadamente 12- 25 % de mujeres en edad reproductiva, (típicamente con metrorragia, dispareunia, dismenorrea, dolor/sensación de presión pélvicas y problemas de infertilidad) estando presentes en el 80% de úteros resecaados por otras causas.

En raras ocasiones, el crecimiento del leiomioma puede extenderse fuera del útero de múltiples maneras, un tipo muy raro es el leiomioma con crecimiento retroperitoneal.

En éste caso, se plantea el diagnóstico diferencial con otras entidades, tales como el liposarcoma, fibrosarcoma, fibrohistiocitoma maligno, rhabdomyosarcoma, leiomyosarcoma, hemangiopericitoma, mixoma, linfangioma, schwannoma, paraganglioma, teratoma, carcinoma embrionario, seminoma, cordoma y otros tumores metastásicos.

CONCLUSIÓN: Aunque muy infrecuentes, los leiomiomas deben contemplarse como otra posibilidad dentro del diagnóstico diferencial de las masas retroperitoneales en el sexo femenino.

Neumatosis portal secundaria a dilatación aguda gástrica

Rodríguez Silva, C; Montiel Casado, MC; Marín Camero, N; González Sánchez, AJ; López Ruiz, P; Aranda Narváez, JM; Santoyo Santoyo, J.

Servicio de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes. HRU Carlos Haya. Málaga. España.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La pyleflebitis es un estado grave con morbilidad y mortalidad significativas. Revisando la literatura, existen diferentes causas de neumatosis portal: (a) relacionada con sepsis intraabdominal, (b) asociada a enfermedad inflamatoria intestinal y obstrucción intestinal, y (c) secundaria a procesos “benignos” como el enema opaco, la colonoscopia, la esfinterotomía endoscópica y las convulsiones. Presentamos un caso de neumatosis portal secundario a dilatación aguda gástrica.

Caso clínico: Varón de 65 años con antecedentes de diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en estudio para trasplante renal, que consultó en urgencias por cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho y signos de shock. En radiografía simple de abdomen se observó dilatación gástrica (Figura 1) y en TC de abdomen se identificó neumatosis portal y microlitiasis vesicular (Figura 2). Ante sospecha de colelitiasis complicada se realizó laparotomía exploradora, donde no se encontraron hallazgos de interés. El diagnóstico postoperatorio fue neumatosis portal secundaria a dilatación aguda gástrica. El paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos con antibioterapia empírica intravenosa y colocación de sonda nasogástrica. La evolución posterior fue satisfactoria

Discusión: Históricamente el gas portal se ha asociado a

enfermedades graves con una alta tasa de mortalidad. Sin embargo, la fisiopatología que explica la presencia de gas portal puede tener diferentes mecanismos de producción. En la literatura se han descrito seis casos de neumatosis portal secundaria a dilatación aguda gástrica. El mecanismo de aparición sería debido al aumento de presión intragástrica, forzando la entrada de gas a través de la pared gástrica pasando finalmente a la circulación portal.

CONCLUSIÓN: La neumatosis portal secundaria a dilatación aguda gástrica tiene buen pronóstico y debe tratarse de forma conservadora con descompresión gástrica y antibioterapia intravenosa.

Obstrucción intestinal secundaria a sonda de gastrostomía

Rodríguez Silva, C; Montiel Casado, MC; Marín Camero, N; González Sánchez, AJ; López Ruiz, P; Aranda Narváez, JM; Santoyo Santoyo

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La gastrostomía percutánea de alimentación, es el método de preferencia en aquellos casos en los que se imposibilite la alimentación natural. Se trata de un procedimiento seguro y bien tolerado, sin embargo, se asocia a diversas complicaciones potenciales.

Caso clínico: Varón de 74 años, con antecedentes personales de cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, ACV con hemiparesia y epilepsia residuales, enfermedad de Alzheimer y Parkinson, portador de gastrostomía percutánea de alimentación.

Acudió a urgencias 2 días después de realizarse el primer cambio de sonda de gastrostomía, refiriendo desde entonces clínica de dolor asociado a distensión abdominal, vómitos y ausencia de tránsito a heces y gases. En la analítica destacaba únicamente leucocitosis.

En el TC de abdomen (Figura 1) se evidenció dilatación generalizada de asas de intestino delgado, observando la presencia de un cuerpo extraño radiopaco impactado a nivel de la válvula ileocecal.

Ante la sospecha diagnóstica de oclusión intestinal secundaria a cuerpo extraño, se indicó tratamiento quirúrgico, realizándose minilaparotomía infraumbilical, enterotomía longitudinal y extracción del cuerpo extraño, comprobándose que se trataba del extremo de anclaje de la sonda de gastrostomía (Figura 2). La evolución posteriormente fue favorable.

Discusión: Diversos estudios han demostrado que la mortalidad relacionada con la realización de la gastrostomía percutánea es menor al 1%, con una morbilidad escasa.

Las complicaciones más frecuentemente descritas en la literatura son la infección del estoma, el “Buried bumper syndrome” (inclusión del tope interno de la sonda en la pared abdominal), la salida accidental de la sonda-balón, la necrosis de pared abdominal y la obstrucción duodenal por emplazamiento anómalo del balón. Excepcionalmente se han publicado casos de colangitis y pancreatitis. En nuestro caso, la impactación del extremo de anclaje a nivel de la válvula

ileocecal provocó un cuadro oclusivo que requirió cirugía para su resolución.

CONCLUSIÓN: La Gastrostomía percutánea es una técnica bien tolerada, con escasa morbimortalidad. La sección y abandono del extremo de anclaje proximal de la sonda de gastrostomía puede causar un cuadro obstructivo. Por ello, es necesario una optimización de su manejo y una adecuada vigilancia de las complicaciones potenciales.

Insulinoma: presentación y tratamiento

Vecino-Bueno C, Nogales A, Sánchez-Matamoros I, Pérez-Sánchez A, Oliva-Mompeam F (Director Unidad Gestión Clínica Cirugía General y del Aparato Digestivo)

POSTER. CIRUGIA DE PARED ABDOMINAL

Introducción: El insulinoma es el tumor endocrino pancreático más frecuente, contando tan solo con una prevalencia de 1 por cada millón de habitantes. La edad media de presentación son los 45 años presentándose por igual en hombres que en mujeres. Y aunque la localización más frecuente es el páncreas afectando por igual a cabeza cuerpo y cola, están descritas presentaciones en duodeno, hilio esplénico o epiplon mayor.

Generalmente se trata de tumores benignos y de pequeños tamaño, menores a 2 cm, suelen ser esporádicos y únicos. Tan sólo el 10% de los casos son malignos, lo que sumado a su pequeña prevalencia hace muy rara la presentación de un caso de malignidad.

Caso clínico: Presentamos 2 casos diagnosticados y tratados recientemente en nuestro hospital pero con un desenlace completamente opuesto.

El primer caso es un paciente varón de 31 años que debuta por episodios de hipoglucemia progresiva en los últimos 6 años. Mediante TAC se describe una imagen nodular de 15 mms de diámetro máximo en el proceso uncinado del páncreas, sólo visible en la fase arterial sin otras alteraciones. Se realizó enucleación del tumor mediante laparotomía realizándose movilización y palpación pancreática y ecografía intraoperatoria.

El segundo caso es también un varón de 31 años que acude a urgencias por epigastralgia intensa con historia en los últimos 6 meses de mareos y síncope. En este caso la TAC reveló la existencia de una lesión lobulada de 5x4x6 cm en cabeza de páncreas con múltiples lesiones hipodensas e hipocaptantes en el hígado. El estudio se completó con RNM y angio-resonancia que confirman la tumoración que se extiende a proceso uncinado con múltiples metástasis hepáticas y adenopatías retroperitoneales. El tratamiento se realizó con Everolimus y quimioembolización de las lesiones hepáticas con lo que se consiguió el control de la sintomatología. Se planteó la resección de la tumoración con posterior trasplante hepático. Pero la resección del tumor primario no fue posible por el hallazgo intraoperatorio de múltiples adenopatías para-aórticas que se extienden a cadenas ganglionares ilíacas bilaterales.

Conclusión: Aunque se trata de una misma entidad, la supervivencia está claramente condicionada al carácter benigno

o maligno de la enfermedad ya que mientras en el primer caso, el sujeto se encuentra libre de enfermedad, el segundo paciente presenta una esperanza de vida inferior al 50% en los 5 primeros años.

Afectación muscular y ósea por evolución de fascitis necrosante

Vecino-Bueno C, López-Ruiz J, Marenco-De La Cuadra B, DelRío-LaFuente, Sánchez-Moreno L F, López-Pérez J.

Unidad de Gestión Clínica Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

POSTER. CIRUGIA DE PARED ABDOMINAL

Introducción: Conocemos por Fascitis Necrosante las infecciones de los tejidos blandos provocadas por Streptococos pyogenes (tipo 1) o por flora mixta (tipo 2) que se circunscriben a la fascia. La presencia de un absceso en el músculo esquelético es conocida como miositis y generalmente es causada por una bacteriemia estafilocócica. Las infecciones que afectan a todo el espesor de los tejidos blandos se conocen como Gangrena Estreptocócica y generalmente se acompañan de manifestaciones más graves como el Shock tóxico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 46 años de edad, cuyos antecedentes se desconocen y no presenta familia, que acude al servicio de urgencias con mal estado general y absceso en región sacra. Tras realizar analítica de urgencias destacan 19.000 leucocitos y fracaso renal con Creat. 3'5 mg/dl y Urea 168. Se decide realizar TAC urgente donde se identifican múltiples colecciones retroperitoneales y en tejido blando de la musculatura paravertebral bilateral alcanzando glúteo derecho y psoas iliaco bilateral, así mismo se visualiza gas a nivel óseo (ala sacra, iliaca, acetábulo y cabza y cuello femoral derecho) entrando en canal medular.

Se realiza tratamiento quirúrgico drenando colección superior a úlcera sacra, aunque ambas resultan estar comunicadas, se disecciona la musculatura paravertebral alcanzando psoas iliaco y penetrando en retroperitoneo. Drenaje de colección glútea sobre pala iliaca derecha y colocación de penrose en ambas localizaciones.

EL paciente requirió ingreso de larga estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (28 días) por fallo multiorgánico secundario al Shock Séptico. Evolucionó lenta pero favorablemente realizándose control radiológico al 4º día postoperatorio donde se evidencia la mejoría de las lesiones y persistencia de colección sobre psoas izquierdo que es drenado mediante radiología intervencionista.

En los cultivos obtenidos de la primera intervención se aisló Streptococo constellatus. Este streptococo anaerobio pertenece a la familia del S. Viridans y es generalmente sensible a Penicilinas por lo que se realizó este tratamiento antibiótico con buena remisión.

Conclusión: Las infecciones de partes blandas precisan drenaje quirúrgico temprano ya que su progresión puede ser rápida y situar al paciente en extrema gravedad, no sólo por el establecimiento de Shock Séptico si no por la afectación de órganos vitales por continuidad.

Experiencia inicial en el abordaje laparoscópico en pacientes con stent colónico

Aparicio Sánchez D, Reguera Rosal J, García Matinez J, García Cabrera AM, López Bernal F, Flores Cortés M, Ramirez Plaza C, Jimenez Rodriguez R, Alarcon del Agua I, Pareja Ciuró F.

ORAL. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Realizamos un estudio retrospectivo que compara las ventajas de la vía de abordaje laparoscópica frente a la vía abierta convencional en pacientes con obstrucción de colon por lesión neoplásica que se tratan endoscópicamente con un stent como puente a la cirugía.

Material y métodos: Presentamos nuestra experiencia en el manejo de 21 pacientes con cáncer colorrectal obstructivo que fueron tratados inicialmente con stent metálicos autoexpandibles. Un total de 6 pacientes fueron tratados mediante vía abierta y 13 mediante vía laparoscópica. Los otros 2 pacientes fueron tratados con stent paliativos. El periodo de seguimiento medio ha sido de 18 meses.

RESULTADOS: El intervalo medio entre la colocación del stent y la cirugía fue de 15 días (rango 1-26). El tiempo de cirugía fue de 248.64±/49.55 minutos en la vía laparoscópica y de 192±/37 minutos en la vía abierta ($p < 0.0005$). No hubo complicaciones intraoperatorias y el porcentaje de conversión fue del 15.4%. La incidencia de morbilidad postoperatoria fue de 25% en la vía laparoscópica y de 71% en la cirugía abierta. La estancia media postoperatoria fue de 10.5 días en el grupo de laparoscopia y de 27 días en el grupo de cirugía abierta. ($p = 0.03$). La mortalidad hospitalaria fue del 0%. Los dos pacientes del grupo paliativo fallecieron con una media de supervivencia de 2 meses. De los 19 pacientes tratados quirúrgicamente 18 están vivos en el momento actual (85.7%).

CONCLUSIÓN: En nuestra experiencia la vía de abordaje laparoscópico en el tratamiento de pacientes portadores de stent colónico tras obstrucción intestinal por cáncer de colon es válida y aporta todas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

¿Es necesario el estudio histológico sistemático de la pieza quirúrgica tras apendicectomía por apendicitis aguda?

Aparicio Sánchez D, Navas Cuéllar JA, Cañete Gómez J, Reguera Rosal J, Pareja Ciuró F, De la Portilla De Juan F, Padillo Ruiz FJ

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: En los últimos años han surgido algunas publicaciones que evalúan la necesidad o no de realizar el estudio histológico sistemático de las piezas quirúrgicas de apendicectomías por apendicitis agudas, debido a la muy baja incidencia de un diagnóstico inesperado. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de diagnósticos infrecuentes tras el estudio histológico sistemático de las piezas quirúrgicas y evaluar

la validez del diagnóstico intraoperatorio de dichos hallazgos, para plantear el envío selectivo de la pieza quirúrgica.

Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo observacional de una serie de casos sometidos a intervención quirúrgica urgente por cuadro de abdomen agudo sugestivo de apendicitis, entre Abril 2006 y Diciembre 2009. Se analiza la incidencia de los distintos hallazgos tras estudio histológico de la pieza quirúrgica (englobados como apéndice normal, inflamación, otros hallazgos, otras patologías, patología tumoral benigna y tumoral maligna), y el diagnóstico en base a los hallazgos intraoperatorios.

Resultados: El estudio histológico de 964 piezas quirúrgicas determinó 26 con características normales (2,69%) y 22 con otros hallazgos no patológicos (2,28%). 895 piezas quirúrgicas presentaron diferente grado de inflamación (92,84%). En 9 piezas se identificaron otras patologías (0,93%), no siendo detectadas intraoperatoriamente (sensibilidad=0%). En 11 piezas se identificaron tumores benignos (1,14%), siendo detectado un único caso dentro del acto quirúrgico (sensibilidad=0,09%). Tan solo un caso de tumor maligno fue diagnosticado histológicamente (0,1%), no sospechándose intraoperatoriamente (sensibilidad=0%).

Conclusion: A pesar de la muy baja incidencia de encontrar tumores u otra patología en la pieza quirúrgica de apendicectomías, debemos realizar el estudio histológico sistemático de las piezas quirúrgicas, dada la baja sensibilidad de su detección en base a los hallazgos intraoperatorios y ser éste cirujano-dependiente, además de las repercusiones que puede conllevar para el paciente la no detección de un hallazgo que requiera de un procedimiento diagnóstico o terapéutico complementario.

Divertículo yeyunal complicado, causa poco frecuente de abdomen agudo

Pérez Gomar, Daniel; Alba Valmorisco, Marcos; Bengoechea Trujillo, Ander; Mayo Ossorio, M^a Angeles; Roldán Ortiz, Susana; López Zurera, Manuel; Bazán Hinojo, Carmen; Pacheco García, Jose Manuel; Castro Fernández, Jose Ramón; Fernández Serrano, Jose Luis

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Los divertículos yeyunoileales no meckelianos son una causa infrecuente de abdomen agudo. En el 60% de los casos permanecen sin dar clínica, sólo un 25% dan algún tipo de síntoma y un 15% desarrollan complicaciones. Se presenta el caso de una mujer de 72 años con abdomen agudo a causa de una diverticulitis yeyunal perforada.

Caso clínico: Mujer de 72 años que acude a urgencias por dolor y distensión abdominal de 24h de evolución, junto con náuseas. La paciente aporta ecografía en la que se aprecia dilatación intestinal e imagen sugestiva de isquemia o vólvulo intestinal. En analítica solo se aprecia incremento de reactantes de fase aguda. Se le practica TAC abdominal en el que se aprecia diverticulosis duodenoyeyunal con signos de diverticulitis a nivel de flanco izquierdo y posible perforación. Se decide laparotomía, evidenciándose divertículo yeyunal complicado con perforación a unos 50 cm del ángulo de Treitz, realizándose

se resección del segmento afecto con anastomosis latero-lateral yeyunoileal. La AP fue de diverticulitis complicada en asa de yeyuno. La paciente evolucionó favorablemente, como única incidencia, en su seguimiento ambulatorio, se evidenció una eventración a nivel de la laparotomía media, de la que se intervino posteriormente de manera satisfactoria.

Discusión: Las primeras publicaciones de divertículos de yeyuno fueron hechos por Sommervit en 1794, Voigtel en 1804 y Sir Astley Cooper en 1807; los primeros en publicar las complicaciones derivadas de esta enfermedad fueron Virchow en 1853 y Osler en 1881. Los divertículos a nivel de intestino delgado suponen la segunda localización más frecuente para el desarrollo de divertículos en el tubo digestivo por detrás del colon. Siendo la localización más frecuente el duodeno en su segunda porción (6-22% de incidencia), más raramente aparecen en yeyuno e ileon, con una prevalencia del 0,1-2,3%. Los divertículos yeyunales suelen aparecer entre la sexta y séptima década de la vida, y parece ser más frecuente en el sexo masculino. Generalmente no son únicos, sino que suelen coexistir con divertículos en otras localizaciones 35-75% colon, 15-42% duodeno y con menor frecuencia esófago, estómago o vejiga. En nuestro caso, la paciente presentaba divertículos a nivel de duodeno, yeyuno, colon transversal, descendente y sigma. Son mayores y más numerosos proximalmente. Se producen por el aumento de la presión intraluminal, haciendo que la mucosa y submucosa protruyan en la zona más débil de la pared intestinal. Sólo en el 25% de los pacientes que los presentan aparece algún síntoma y de éstos solo un 15% desarrollan algún tipo de complicación. La sintomatología es inespecífica: molestias abdominales vagas post ingestión, dispepsia crónica, malabsorción crónica expresada por esteatorrea, anemia megaloblástica que se encuadra dentro del síndrome de asa ciega por proliferación bacteriana, o incluso neumoperitoneo masivo asintomático y sin peritonitis. Pueden presentar complicaciones agudas, como perforación, hemorragia u obstrucción intestinal. La complicación más frecuente es la diverticulitis con o sin perforación. La prueba diagnóstica más rentable es la TAC, permitiendo la valoración completa de la cavidad abdominal. El tratamiento de la diverticulosis yeyunal complicada es la resección del segmento afecto, en cambio, la enfermedad diverticular yeyunal no complicada no precisa actuación terapéutica.

Rotura esplénica espontánea como manifestación inicial de mononucleosis infecciosa

Pérez Gomar, Daniel; Bengoechea Trujillo, Ander; Alba Valmorisco, Marcos; Roldán Ortiz, Susana; López Zurera Manuel; Bazán Hinojo, Carmen; Mayo Ossorio, M^a Angeles; Pacheco García, Jose Manuel; Castro Fernández, Jose Ramón; Fernández Serrano, Jose Luis

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La mononucleosis infecciosa en Occidente es la causa más frecuente de rotura esplénica espontánea, siendo el VEB el agente etiológico más frecuente que lo causa. Es una complicación infrecuente de esta enfermedad (0,1-0,5%), pero

con una mortalidad no desdeñable (11-20%). A continuación presentamos el caso de una paciente con rotura esplénica como primer síntoma de mononucleosis infecciosa.

Caso clínico: Mujer de 18 años que acude a urgencias por dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos de 48h de evolución. Refiere que hace 2 días mientras se peinaba le apareció un dolor súbito en cuello, hombro izquierdo y abdomen, permaneciendo éste último hasta el momento de su visita. La paciente presenta buen estado general y estabilidad hemodinámica. No se evidencian adenopatías ni otras anomalías a la exploración física. Se realiza hemograma en el que destaca una hemoglobina de 10.5 y una linfocitosis (11.500). Se realiza ecografía y TAC abdominal en el que se informa de esplenomegalia con la existencia de un hematoma subcapsular y posible rotura esplénica con importante hemoperitoneo. Se decide intervención quirúrgica, evidenciándose múltiples laceraciones esplénicas, con la existencia de hematoma subcapsular, y una gran fragilidad esplénica a la manipulación. La anatomía patológica viene informada como bazo con cambios concordantes con mononucleosis infecciosa, sin evidencia de proceso linfoproliferativo. Estudio inmunohistoquímico muestra expansión de células T CD3+CD8+, blastos CD30 positivos y células positivas para EBV-EBER.

Discusión: La rotura esplénica es una complicación rara de diversas enfermedades infecciosas, más frecuente en el paludismo y en la mononucleosis infecciosa. En Occidente las enfermedades producidas por virus son las que con mayor frecuencia producen esta complicación. La mononucleosis infecciosa es una entidad producida en el 90% de los casos por Epstein Barr, el 10% restante engloba Citomegalovirus, VHA, VHB, VIH, ... La mononucleosis por VEB cursa en el 50% de los casos con esplenomegalia, pero tan solo se da la rotura en un 0,1-0,5% de los casos. Aunque dicha complicación en el transcurso de la enfermedad supone una mortalidad del 11-20%. Lo usual es que la rotura se produzca en el transcurso de la enfermedad, aunque en ocasiones, como es nuestro caso, suponen el debut de la misma. La mononucleosis en una enfermedad linfoproliferativa caracterizada por la tríada de fiebre, faringitis y adenopatías inflamatorias, nuestra paciente debutó con la rotura esplénica, apareciendo la clínica de fiebre y faringitis en los días posteriores. El bazo está aumentado de tamaño en la mitad de las ocasiones, se debe al infiltrado del parénquima por linfocitos atípicos y a la desaparición de la arquitectura normal del bazo, macroscópicamente presenta un aspecto congestivo, todo ello conlleva a la disminución de la consistencia del órgano, favoreciendo la rotura ante mínimos traumas (defecación, tos, estornudos, ...) e incluso espontáneamente.

El tratamiento es controvertido, clásicamente se optaba por la esplenectomía, en la actualidad se aboga por una actitud conservadora, dado que en la mayoría de los casos se tratan de hematomas subcapsulares que se resuelven con reposo absoluto y controles radiológicos y analíticos seriados. No obstante, en nuestro caso ante los hallazgos del TAC se optó por la cirugía. El tratamiento quirúrgico se reserva para los casos de inestabilidad hemodinámica, necesidad de transfusión de sangre, lesiones grado 5 de la American Association for the Surgery Trauma o deterioro de imágenes radiológicas de control.

Estudio retrospectivo de 160 casos de cáncer de la unión esofago-gástrica en un período de 10 años

Bernal Moreno DA, Vázquez Medina AJ, Prendes Sillero E, Ibáñez Delgado F, Alcántara Delgado F, Padillo Ruiz FJ

ORAL. CIRUGIA ESOFAGOGÁSTRICA

Introducción: El cáncer de la unión esofagogastrica supone un reto para el cirujano por su localización anatómica, existiendo controversia actualmente si tratarlo como un cáncer de esófago, gástrico o como entidad independiente. La literatura informa que el pronóstico de esta patología sigue siendo pobre. El objetivo es comunicar los resultados quirúrgicos y la supervivencia de los pacientes con adenocarcinoma de la unión esófago-gástrica.

Material y método: Se realiza estudio retrospectivo de una serie de 160 pacientes (100 H – 60 M) con diagnóstico de cáncer de la unión esofagogastrica, durante el periodo desde 2000 a 2010. De ellos, 123 pacientes (76.87%) fueron intervenidos, pero sólo 81 de los asistidos fueron sometidos a cirugía resectiva (50.65%). Se analiza la técnica quirúrgica utilizada, la estadificación al diagnóstico, la tasa de supervivencia según el estadiaje y la global, así como el impacto de la cirugía en dicha tasa y las diferencias entre dos periodos (2000 – 2004 y 2005 – 2010).

Resultados: La técnica utilizada fue la de Ivor Lewis en la mayoría de los casos (66), aunque también se realizaron 11 resecciones transhiatales y en un paciente fue necesaria una intervención de Mc Keown. La estadificación al diagnóstico fue T3NX 46%, T4NX 19%, T3No 11%, T1No 9%, T2NX 8%, T2No 7%. La tasa de supervivencia global es de un 11.25 % a los 5 años, ascendiendo a un 22.22 % a los 5 años en los pacientes intervenidos con intención curativa. Se objetiva, además, un cambio notable en la proporción de sexos según el periodo, pasando de 1:1 en 2000 – 2004 a 1:4 en 2005 – 2010. La tasa de cirugía resectiva desciende de un 53.68 % a un 41.5 % de un periodo a otro y se observa una mejora del estadiaje al diagnóstico de un periodo a otro, pasando de un 20% a un 29.3% en los T1 y T2 y de un 80% a un 69.1% en los T3 y T4.

Conclusiones:

Es crucial un diagnóstico precoz en el cáncer de la unión esofagogastrica, de tal modo que el estadiaje del tumor permita un tratamiento quirúrgico efectivo, lo cual se traduce en una mejora de las tasas de supervivencia. La ecoendoscopia juega un papel importante en este aspecto. La neoadyuvancia ha influido en el descenso de la tasa de cirugía resectiva, permitiendo discriminar los pacientes no candidatos a tratamiento quirúrgico. Así, los pacientes quirúrgicos presentan mejor tasa de supervivencia que los no intervenidos.

Formación de fecalitos en un reservorio ileal en "J": una rara complicación

Bernal Moreno DA, Aparicio Sánchez D, Soares Medina AR, Vázquez Monchul JM, Palacios González C, Díaz

Pavón JM, Gollonet Carnicero JL, de la Portilla de Juan F, Sánchez Gil JM

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: El reservorio ileoanal en J es un procedimiento llevado a cabo en pacientes sometidos a panproctectomía, ofreciendo una alternativa continente a la ileostomía tradicional. Tiene una morbilidad del 18 al 70%, que incluye "pouchitis", sepsis pélvica crónica, fistulas, estenosis anal, o fracaso del reservorio, entre otros. Presentamos un caso de formación de fecalitos en un paciente con reservorio que requirió de intervención quirúrgica.

Material y método: Paciente de 65 años con historia personal de diabetes y neuritis óptica isquémica bilateral. Intervenido de colectomía total con reservorio ileal por colitis ulcerosa. Sin seguimiento médico durante once años, consulta ahora por deposiciones muy frecuentes (hasta 20-30 diarias), dolor abdominal esporádico y pérdida de 5-6 kg de peso en el último año.

En la reservorioscopia se ven dos grandes "masas" de color amarillento muy duras, ocupando prácticamente toda la luz y ocasionando úlceras planas en las zonas de roce, que no pueden extraerse.

En la intervención quirúrgica se realiza reservoriotomía y extracción de 3 fecalitos de hasta 10 cms, con cierre en dos planos del asa intestinal y sellado con esponja de fibrinógeno y trombina.

Resultados: Los 3 fecalitos extraídos fueron analizados, arrojando una composición de estearato cálcico, palmitato cálcico, ácido palmítico y proteínas. La evolución postoperatoria estuvo marcada por la aparición de un cuadro suboclusivo resuelto con medidas conservadoras, pudiendo ser alta al 10º día postoperatorio. Seguimiento en consultas con 3 reservorioscopias que no muestra alteraciones de interés, presentando el paciente un hábito intestinal normal. Realiza ciclos mensuales de rifaximina para la prevención de nuevas formaciones litiasicas.

Conclusiones: La formación de enterolitiasis en los reservorios ileoanales está poco descrita en la literatura. Su formación parece ligada a estados de estasis fecal prolongado en el reservorio por estenosis anal junto con alteraciones en el pH del medio que favorece el sobrecrecimiento bacteriano de flora gram-negativa y anaerobia. Es fundamental el seguimiento de estos pacientes con reservorioscopias periódicas, que en la mayoría de los casos pueden ser tanto diagnósticas como terapéuticas, aunque como en nuestro caso, puede ser precisa la cirugía para resolver el problema.

Miotomía de Heller laparoscópica mediante dislaceración muscular más reparación de hernia umbilical en el mismo acto

Bernal Moreno DA, Calzado Baeza S, Martínez Isla A

VIDEO. CIRUGIA ESOFAGOGÁSTRICA

Introducción: La achalasia es una patología infrecuente con una incidencia de entre el 0,4 y el 0,6/100000 personas. La

edad de presentación más frecuente suele estar entre los 20 y los 40 años sin diferencia en cuanto a la presentación por sexo. En el momento actual se considera el tratamiento laparoscópico como el mejor indicado para la paliación de los síntomas.

Caso clínico: Paciente de 63 años con antecedentes de IAM en 2000, cáncer de pulmón intervenido en 2008 mediante lobectomía sin necesidad de quimioterapia posterior y controles normales, apendicectomizado. Durante los últimos cuatro meses ha notado de manera paulatina dificultad en la deglución y pérdida de peso. Trastornos de la deglución previos intermitentes, nunca consultó. Endoscopia digestiva alta, demuestra esófago dilatado con restos de comida, Transito GE y CT toraco-abdominal apoyan el diagnóstico de Acalasia.

Intervención: Bajo anestesia general se realiza inducción de neumoperitoneo mediante aguja de Veress Utilización de un trocar de 10 mm un trocar de 12 mm y tres trocres de 5 mm, colocación de separador hepático tipo Nathanson en posición subxifoidea de 5 mm. Apertura de pars flácida del epiplón menor disección del hiato, identificación del nervio vago anterior y respeto del mismo. Se realiza miotomía larga sobre la cara anterior del esófago y tres centímetros hacia el estómago, dislacerando las fibras y evitando así producir una lesión térmica en la mucosa; se realiza endoscopia digestiva alta intraoperatoria que asegura el éxito de la miotomía; finalmente se asocia técnica antireflujo tipo hemivalva anterior (D'Or). Reparación laparoscópica a través de los mismos trocres de hernia umbilical asociada mediante implante de malla dualMesh en defecto.

Conclusión: El tratamiento laparoscópico de la achalasia en el momento actual es el mejor considerado y el que mejores resultados presenta a largo plazo. Es imprescindible la realización de una miotomía larga que abarque los primeros centímetros (hasta tres según las series) de las fibras musculares del estómago. El interés de este caso, es por un lado la utilización para la realización de la miotomía de una técnica que no genera calor y que consideramos importante para evitar aperturas iatrogénicas de la mucosa esofágica con lo que dicha complicación con lleva, y por otro lado el realizar dos procesos laparoscópicos en un paciente con un riesgo anestésico a tener en cuenta.

Síndrome de Mirizzi tipo II: presentación de 7 casos tratados por vía laparoscópica

Bernal Moreno DA, Calzado Baeza S, Quiñones Sampedro J, Martínez Isla A

ORAL. CIRUGIA HEPATOBILIAR

Introducción: El síndrome de Mirizzi tipo II se caracteriza por la presencia de cálculos en la vía biliar con una fistula colecistocolociana. La colecistectomía con reparación de la vía biliar mediante abordaje laparotómico ha sido el tratamiento estándar. Con el perfeccionamiento de las técnicas laparoscópicas en cirugía hepatobiliar es factible tratar esta patología con métodos mínimamente invasivos.

Material y método: Se realiza estudio retrospectivo de una serie de 7 pacientes (6M, 1H) con una edad media

de 57 años (28-81) con diagnóstico de síndrome de Mirizzi tipo II (según la clasificación de McSherry) tratados mediante laparoscopia, desde julio de 2001 a diciembre de 2011. En el mismo periodo el autor realizó 200 exploraciones laparoscópicas de la vía biliar.

El síntoma más frecuente de presentación fue la ictericia y el diagnóstico preoperatorio se basó en ecografía, colangiografía, TC y CPRE, logrando un diagnóstico correcto en 3 pacientes.

En todos los pacientes se practicó colecistectomía laparoscópica con extracción de los cálculos mediante coledoscopia y reparación del colédoco usando parte del Hartmann en casos de defecto grande. Además, se coloca tubo en T en dos casos y en el resto se inserta un stent de forma anterógrada según técnica previamente descrita.

Resultados: En ningún caso hubo conversión a vía abierta. No hubo mortalidad, pero sí 2 casos de fuga biliar en pacientes con stent, resueltos con medidas conservadoras. La estancia postoperatoria mediana fue de 5 días (2-12) y el seguimiento actual mostró todos los pacientes asintomáticos.

Conclusiones:

El síndrome de Mirizzi es un trastorno poco común, en el cual, la sospecha preoperatoria es crucial para un correcto diagnóstico. El tipo II es de reparación más compleja pues requiere de cierto grado de reconstrucción de la vía biliar. El dolor abdominal junto con la ictericia y la alteración de los parámetros bioquímicos de la función hepática son los datos clínicos más predominantes. La ecografía es la primera herramienta diagnóstica utilizada y aunque la CPRE es la más útil y sensible (50% - 100%), se recomienda el uso de la colangiografía dada su menor morbimortalidad.

Con un diagnóstico preoperatorio certero, el síndrome de Mirizzi tipo II puede intervenir quirúrgicamente por abordaje laparoscópico de forma segura y efectiva, debiendo ser referido a cirujanos expertos en la cirugía laparoscópica de las vías biliares. Dada la alta incidencia de fugas biliares recomendamos el uso de stents anterógrados en el cierre del colédoco.

Tumor del estroma gastrointestinal de presentación esofágica: una localización infrecuente

Bernal Moreno DA, Tinoco González J, Reguera Rosal J, García Martínez JA, Vázquez Medina AJ, Ibáñez Delgado F, Prendes Sillero E, Alcántara Gijón F, Padillo Ruiz FJ

POSTER. CIRUGIA ESOFAGOGÁSTRICA

Introducción: Los GIST son tumores mesenquimales con unas características inmunofenotípicas bien establecidas. Se trata del sarcoma más frecuente del tracto digestivo. La localización más frecuente es el estómago, seguido del intestino delgado, representando el esófago sólo el 5% de los casos. Presentamos 2 casos de tumores GIST localizados en el esófago, con manejo quirúrgico exitoso.

Material y método: Paciente 1: mujer de 46 años, fumadora leve, estudiada por hemorragia digestiva alta secundaria a la toma de AINEs y diagnosticada de tumoración en tercio bajo esofágico. La ecoendoscopia

oral revela un tumor de 10 x 4,6 cms en tercio distal con características de tumor mesenquimal y con datos que sugieren malignidad (áreas de necrosis). Tanto el EGD como el TC plantean el diagnóstico diferencial entre leiomioma versus GIST, al tratarse de una tumoración en esófago distal de aspecto submucoso.

Paciente 2: mujer de 63 años estudiada por melenas y hematemesis, a la que se le realiza endoscopia que objetiva una lesión submucosa de esófago distal, amplia y con úlcera sangrante. El informe del EGD y del TC coinciden objetivando voluminosa lesión submucosa de 7 x 5,5 cms a nivel de esófago distal con estenosis de la luz, que obliga a pensar en la existencia de un leiomioma versus GIST. En posterior ecoendoscopia se toman biopsias diagnósticas de GIST.

Resultados: Se practica intervención de Ivor Lewis, para realizar esofagectomía de los dos tercios distales con anastomosis gastroesofágica, previa gastroplastia tubular en el tiempo abdominal. Postoperatorio favorable, tolerando ingesta oral al alta y sin presentar complicaciones. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica confirmaba el diagnóstico de GIST de localización esofágica, con márgenes libres.

Discusión:

Los GIST suelen presentarse de manera asintomática, siendo la hemorragia digestiva una forma poco común. La ecoendoscopia es necesaria en caso de sospecha de GIST para observar la afectación zonal. El TC ayuda a descartar extensión metastásica, lo cual puede cambiar la estrategia terapéutica. El tratamiento del GIST primario es la resección completa con márgenes microscópicos libres. En el caso de intestino y estómago sería correcta una resección segmentaria, pero en el esófago se requiere una resección más amplia.

Tumores neuroendocrinos . A proposito de un caso

Dolores Candil Comesaña, Javier Mena Raposo, Esperanza Hernandez Ollero, Jose Antonio Guerra Bautista, Carolina Arcos, Francisco Acedo Diaz, Jose Luis Muñoz Boo, Luis Mendizabal, Abdull Karim Moalla Massa

POSTER. CIRUGIA ENDOCRINA

Introducción: Los tumores neuroendocrinos son un amplio grupo de tumores alojados tanto en el tubo digestivo como extraintestinal (páncreas, pulmón, hígado...) que tienen la particularidad de ser originados en células enterocromafines (células glandulares secretoras de hormonas endocrinas, péptidos, aminas vasoactivas, neurotransmisores). Los tumores Carcinoides fueron descritos por primera vez en 1907 por Oberndorfer.

Descripción del Caso clínico: Paciente mujer de 36 años, fumadora , con antecedentes de síndrome ansioso-depresivo y gastritis-duodenitis que es ingresada por Medicina Interna por cuadro de dolor abdominal recurrente de 4 meses de evolución , con vómitos y Síndrome constitucional con una pérdida de peso de 25 kg.

Se le realizaron analíticas :hemograma, bioquímica, marcadores tumorales, coagulación, y estudios de microbiología siendo todos normales. Se estudió por endoscopia siendo

normal y en radiología se le realizó ecografía sin alteraciones, Tránsito abdominal que resultó enlentecido y con una zona de estenosis sugestiva de EII que permitía el paso de contraste y TAC Abdominal que nos lo informan como obstrucción incompleta de intestino delgado y adenopatías en meso.

La paciente sufrió una crisis de dolor abdominal aguda, con vómitos y sin emisión de heces y gases, presentando un abdomen distendido y timpanizado y doloroso de forma generalizada por lo que consultaron con Cirugía e indicamos la intervención quirúrgica de urgencias.

Se realizó una laparotomía media en la que se evidenció una tumoración en íleon con intensa reacción desmoplásica, fibrosis mesentérica y adenopatías en meso algunas de 2 cms por lo que se procedió a la resección de un segmento de 23 cms de íleon con linfadenectomía mesentérica y anastomosis L-L manual, el hígado no presentaba metástasis .

El informe de Anatomía Patológica resultó como Carcinoma Neuroendocrino Bien Diferenciado de 1.1 cms con metástasis en 4 de 16 ganglios.

Discusión: Los Tumores Neuroendocrinos suponen un 2% de las neoplasias de tracto gastrointestinal y un 1% de las neoplasias de intestino delgado siendo el lugar más frecuente en íleon en los últimos 60 cms.

Los tumores neuroendocrinos de intestino delgado suelen ser bien diferenciados, tener un crecimiento lento y ser más frecuentes en mujeres en la 6ª-7ª década de la vida. Son de difícil diagnóstico ya que presentan una clínica inespecífica y recurrente y suele ser cuando ya está muy avanzado presentando una reacción desmoplásica con fibrosis retroperitoneal y mesentérica ocasionando obstrucción y/o isquemia, y en otras ocasiones presentando un síndrome carcinoide. Su diseminación es a través de los ganglios locales y por hígado.

El tratamiento de elección es quirúrgico limitándose el tratamiento médico a Octreótide, Interferón, antidiarreicos, broncodilatadores y diuréticos para control del Síndrome Carcinoide.

CONCLUSIONES: 1-Recalcar el predominio de este tipo de tumores en el intestino delgado sobre todo en íleon

2-Ante dolores abdominales recurrentes hay que sospechar en la posibilidad de este tipo de patología que aunque no es frecuente existe y es de muy difícil diagnóstico

3-El caso que nos ocupa es llamativo la edad de la paciente ya que suelen presentarse este tipo de tumores en la 6ª-7ª década de la vida por lo que hay que estar atentos ante cuadros de similares características

Cáncer de mama en mujeres con infección por vih: serie de casos

Navarro Rodríguez E., Gómez Luque I., Rioja Torres P., Bascuñana Estudillo G., Álvarez Benito M., Rufián Peña S.

POSTER. CIRUGIA DE MAMA

Introducción: El cáncer de mama no se considera una enfermedad diagnóstica de SIDA, sin embargo existe controversia entre su posible asociación con la infección por VIH. Tampoco está demostrado si el cáncer de mama en mujeres

con VIH muestra mayor agresividad natural y peor pronóstico que en el resto de mujeres con esta patología.

PACIENTES Y METODOS: Se revisaron 2325 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama entre enero de 2006 y Diciembre de 2011 identificando 3 pacientes con seropositividad VIH, analizando la recurrencia y supervivencia como principal objetivo.

RESULTADOS: Se identificaron 3 pacientes con edad media al diagnóstico de 42 años. Con una mediana de seguimiento de 48 meses, la supervivencia fue del 100%. En una de ellas se objetivó recurrencia tumoral local. El diagnóstico de cáncer de mama se hizo a los 2, 17, y 25 años tras el diagnóstico de la co-infección. El conteo de CD4 fue de 217 en una de las pacientes, y mayor de 500 linfocitos/cm³ en el resto. En los tres casos, el resultado anatómico-patológico fue de carcinoma ductal infiltrante con grados de diferenciación I y II. En todas las enfermas se realizó mastectomía, con VA en un caso (5 de 10 adenopatías positivas) y VA bilateral (4 de 23 adenopatías positivas) en otra paciente por adenopatías metastásicas bilaterales. Recibió neoadyuvancia en uno de los casos y adyuvancia con hormonoterapia en los otros 2.

CONCLUSIONES: El cáncer de mama en enfermas con infección VIH es una enfermedad severa por tratarse de tumores pobremente diferenciados y con baja tasa de supervivencia. Un diagnóstico precoz, la derivación a programas de screening de dicha cohorte de pacientes, buen control de la infección con terapia antiretroviral y un registro multicéntrico ayudarían a mejorar su pronóstico. No obstante, en nuestra experiencia, pese a una elevada recurrencia, su estrecho control ha contribuido a una supervivencia óptima.

Impacto de la linfadenectomía axilar en la recurrencia del cáncer de mama con ganglio centinela metastásico

Navarro Rodríguez E., Gómez Luque I., Rioja Torres P., Bascuñana Estudillo G., Ciria Bru R., Álvarez Benito M., Rufián Peña S.

ORAL. CIRUGIA DE MAMA

Introducción: La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) supone una importante herramienta para el estadiaje del cáncer de mama, que en caso de ser positivo para malignidad la recomendación clásica es la linfadenectomía axilar (LA). En los últimos años se ha puesto en duda el beneficio real en términos de supervivencia y recurrencia completar la linfadenectomía en los casos de células tumorales aisladas o micrometástasis en los ganglios axilares, procedimiento que asocia una no desdeñable morbilidad.

OBJETIVOS: Analizar la influencia de la LA sobre la tasa de recurrencia en el cáncer de mama con resultado en la BSGC de micrometástasis y células aisladas. En una segunda etapa, pretendemos determinar qué factores "a-priori" son de riesgo para recurrencia en presencia de micrometástasis y células aisladas.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se incluyeron 889 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama subsidiarias de BSGC entre

enero de 2006 y diciembre de 2011. Se analizó la tasa de recurrencia en pacientes con ganglio centinela negativo y positivo, desglosada en la presencia de células positivas, micrometástasis y macrometástasis. Se compararon las tasas de recurrencia en función de la realización de linfadenectomía axilar a través de modelos univariantes y multivariantes (Regresión de Cox).

RESULTADOS: De un total de 889 pacientes incluidas se identificaron, con un seguimiento medio de 45 meses, 24 pacientes (2'7%) con recurrencia regional o a distancia. En solo 3 (0'3%) la recurrencia fue axilar, 2 de ellas con ganglio centinela negativo y una tercera con aislamiento de células aisladas sin completar vaciamiento axilar. Hubieron 607 pacientes con BSGC negativo y 282 con resultado positivo, con tasas de recurrencia regional o a distancia del 2'5% y 3'2% respectivamente. Entre los casos de BSGC positivos, 43 presentaron células tumorales aisladas, 101 micrometástasis y 138 macrometástasis con tasas de recurrencia del 4'7%, 1% y 4'3% respectivamente. El grado histológico (HR=2'481; [0'936- 6'578]; p=0'068), un tamaño tumoral superior a 2cm (HR=2'544; [0'528-12'247]; p=0'244), receptores hormonales positivos (HR=0'133; [0'036-0'494]; p=0'033), la presencia de más de 2 ganglios axilares metastásicos (HR=7'427; [1'982-27'829]; p=0'003) o los diferentes grupos de edad (HR=0'319; [0'141-0'724]; p=0'06) fueron factores de riesgo o protectores independientes de recurrencia. Realizar o no vaciamiento axilar no se relacionó ni en el modelo uni- (p=0'328) ni en el multivariante (4'153 IC95% 0'408-49'868) con el desarrollo de recurrencia.

CONCLUSIONES: La presencia de ganglios positivos axilares constituye un factor de mal pronóstico en el cáncer de mama. No obstante, la linfadenectomía axilar parece no tener una significativa influencia sobre la recurrencia tumoral. Teniendo en cuenta el empeoramiento en la calidad que supone para los pacientes y los avances de la terapia sistémica, podría reservarse para los casos de células aisladas y micrometástasis en la BSGC con características tumorales de mal pronóstico.

Liposarcoma retroperitoneal gigante: a proposito de un caso

Esperanza Hernandez Ollero, Carolina Arcos Quirós, Jose Antonio Guerra Bautista, Abdul Karim Moalla Masa, Javier Mena Raposo, Jose Luis Muñoz Boo, Dolores Candil Comensal, Francisco Acedo Díaz, Luis Mendizabal Rosales

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: El liposarcoma es la variedad histológica más frecuente de los tumores mesenquimales retroperitoneales, suponiendo hasta un 0.2 % de todas las neoplasias. Suelen aparecer en la edad adulta y es algo más predominante en varones.

La sintomatología es inespecífica, aunque suele ser habitual el aumento del perímetro abdominal por masa palpable, tal como muestra el caso presentado.

Caso clínico: Varón de 70 años que consulta por aumento del perímetro abdominal sin otra sintomatología asociada. A la exploración, gran masa palpable mal delimitada de consistencia firme no dolorosa y fija que ocupa todo el hemiabdomen izquierdo, sobrepasando línea media. Se solicita analítica

(normal), ecografía de abdomen: gran masa heterogénea, de contenido graso y calcio, en vacío izquierdo y TAC de tórax – abdomen/angioTAC: gran masa retroperitoneal izquierda de 25x19x22 cm que contacta con pared abdominal izquierda, y desplaza anteromedialmente riñón izquierdo, asas de ID y colon con predominio de atenuación grasa y áreas sólidas en su interior, así como estructuras vasculares abdominales, siendo más evidente el desplazamiento de la arteria mesentérica inferior rotada hacia la derecha. Sugestivo de liposarcoma retroperitoneal. Se decide intervención quirúrgica programada realizándose laparotomía media, objetivándose gran masa retroperitoneal izquierda bien encapsulada, que contacta con musculatura de pared abdominal y retroperitoneal sin invadirla, practicándose exéresis macroscópicamente completa. El resultado histológico informó de liposarcoma bien diferenciado variante adipocítica con márgenes libres. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento evolutivo, pasando 4 años, libre de enfermedad.

Comentarios: Con respecto al diagnóstico la ecografía, TAC y RMN permiten detectar la hipodensidad característica del tejido adiposo. En caso de duda, la punción dirigida por ecografía o TAC permite filiar la estirpe histológica preoperatoriamente.

El tratamiento es la cirugía radical con resección completa. La radioterapia como tratamiento complementario, esta indicada en tumores no operables o en caso de resección incompleta, sin embargo, no aumenta la supervivencia si la extirpación macroscópica es completa. La recidiva local es muy elevada si no están encapsulados o no se han resecado totalmente, siendo la supervivencia de 60-70% a los 5 años.

Pileflebitis secundaria a diverticulitis aguda a propósito de dos casos

Esperanza Hernandez Ollero, Carolina Arcos Quirós, Abdul Karim Moalla Masa, Jose Luis Muñoz Boo, Jose Antonio Guerra Bautista, Javier Mena Raposo, Francisco Acedo Díaz, Dolores Candil Comensal, Luis Mendizabal Rosales

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La pileflebitis o trombosis infecciosa de la vena porta, es una complicación poco frecuente asociada a la infección intrabdominal de cualquier etiología. Su causa más frecuente es la diverticulitis aguda del colon. Su incidencia ha aumentando en los últimos tiempos debido a un incremento en su detección a través de las técnicas de imagen. Es fundamental un diagnóstico y un tratamiento precoz para el pronóstico del paciente, ya que al ser una complicación grave y de baja sospecha clínica se asocia a alta morbimortalidad. Presentamos dos casos de pileflebitis asociados a diverticulitis aguda con presentación clínica distinta en cuanto a la gravedad de los pacientes, diagnosticados precozmente.

Casos clínicos

Caso 1: Varón de 36 años con antecedentes de cólicos nefríticos de repetición que consultó por dolor lumbar irradiado a vacío y fosa iliaca izquierda, asociado a febrícula y escalofríos

de una semana de evolución. A la exploración destacaba tinte subicterico y dolor abdominal predominantemente en FII sin signos de irritación peritoneal. En analítica presentó leucocitosis con neutrofilia, movilización de las enzimas hepáticas y PCR elevada. Se realiza ECO y TAC de abdomen que objetivó ligera hepatoesplenomegalia, nefrolitiasis y diverticulosis con signos radiológicos de diverticulitis grado I. Ante el buen estado del paciente y los hallazgos del TAC, se decide inicialmente tratamiento médico, a las 72 horas, el paciente empeoramiento entrando en shock séptico con insuficiencia hepática, por lo que se reevalúa con TAC abdominal, evidenciándose gas a nivel de la vena mesentérica inferior compatible con pileflebitis, asociado a diverticulitis con moderada cantidad de líquido libre, decidiéndose laparotomía urgente. Siendo confirmando el hallazgo de diverticulitis sigmoidea sin perforación ni absceso con líquido libre de aspecto seroso y salida de pus al ligar venas sigmoideas, realizándose sigmoidectomía con anastomosis mecánica colorrectal. El paciente evolucionó favorablemente y la histología confirmó el diagnóstico de diverticulitis.

Caso 2: Varón de 56 años de edad que consulta por dolor abdominal asociado a fiebre y deposiciones líquidas. En la exploración abdominal destacaba dolor selectivo en FII con leve peritonismo. Se practicó analíticas con PCR elevada y TAC de abdomen que confirmó diverticulitis sigmoidea con engrosamiento y edema de pared de sigma asociada a pileflebitis de vena mesentérica inferior. Dado el buen estado del paciente se decidió tratamiento médico conservador, evolucionando sin complicaciones.

Comentarios: La pileflebitis puede complicar cualquier infección abdominal o pélvica que ocurra en un órgano abdominal drenado por el sistema venoso portal o una de sus ramas. La causa más común es la diverticulitis colónica, la apendicitis, la colangitis, la EII y otros casos se asocian a alteraciones de la coagulación, tumores digestivos y síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El proceso infeccioso se extiende a través del sistema venoso portal alterando el endotelio vascular y provocando la aparición de la trombosis. Existe bacteriemia en un 23- 80% de los casos, el microorganismo aislado con más frecuencia es el bacteroides fragilis seguido por bacilos aerobios gram negativos (E. Coli) y estreptococos aerobios. Es una patología infrecuente que a pesar de los nuevos antibióticos y anticoagulantes tiene una tasa de mortalidad alrededor del 35%, pudiendo dar complicaciones como infarto isquémico intestinal por extensión a la vena mesentérica superior, formación de abscesos hepáticos e hipertensión portal. Su presentación clínica es inespecífica y variable. Debe sospecharse en un paciente con dolor abdominal y fiebre asociado a ictericia, alteración de la coagulación y aumento de las enzimas hepáticas. Las técnicas radiológicas más empleadas son la ecografía, Eco-doppler y la TAC abdominal. La ecografía permite demostrar material ecogénico en la luz portal y el control evolutivo del trombo y su recanalización. La TAC permite el diagnóstico del foco infeccioso abdominal, demuestra la trombosis y a veces gas en el del sistema venoso portal. Respecto al tratamiento, los antibióticos constituyen el elemento principal, deben ser de amplio espectro y de iniciación precoz, manteniéndose de 2 a 4 semanas (si hay abscesos hepáticos hasta 6 semanas). En la pileflebitis, la cirugía a veces es necesaria para tratar el proceso desencadenante. El papel de la anticoa-

gulación es controvertido, no existen estudios concluyentes. La terapia trombolítica es otra alternativa recomendada por diferentes autores.

Título: ¿es posible predecir el riesgo de mortalidad tras cirugía urgente o emergente en pacientes mayores de 65 años sin datos relacionados con la intervención?

Gámez Córdoba E, Rodríguez Silva C, Aranda Narváez JM, Montiel Casado MC, González Sánchez AJ, López Ruiz P, Fernández Burgos I, Prieto-Puga Arjona T, García Albiach B, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Avda. Carlos Haya s/n, 29010, Málaga.

ORAL. MISCELÁNEA

Introducción: Las escalas Physiologic and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity (POSSUM y su variante P-POSSUM) son las más empleadas como predictoras de mortalidad postoperatoria. Sin embargo, su capacidad predictiva ha sido puesta en duda por algunos estudios, y su principal crítica se centra en la necesidad de incorporar datos relacionados con la intervención y que, por tanto, su información calculada a priori debe ser evaluada con precaución. En la literatura se han descrito escalas predictoras de mortalidad que no precisan de esta información, aunque no han alcanzado una gran difusión. Presentamos un estudio para evaluar la capacidad predictora de estas escalas en un colectivo de máxima potencialidad de mortalidad postoperatoria.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional analítico desarrollado sobre el grupo de pacientes >65 años, intervenidos con carácter urgente o emergente por la Unidad de Urgencias y Trauma del Hospital Regional Universitario Carlos Haya (tercer nivel), durante un periodo de 2 años (Enero 2010-Diciembre 2011) (N=219). Se realizó una revisión de la literatura para identificar aquellas escalas de mortalidad que no precisan información perioperatoria para su cálculo. Por su sencillez y capacidad predictiva se escogieron y calcularon: 1) Score de Donati (Br J Anaesth 2004); 2) Biochemistry and Haematology Outcome Model (Br J Surg 2003, BHOM); Surgical Risk Scale (Br J Surg 2002, SRS). Variable resultado: mortalidad postoperatoria, definida como la producida en los primeros 30 días del postoperatorio. Análisis estadístico: software SPSS y Epidat 3.1. 1) Regresión logística binaria con cada una de las escalas como predictor; 2) Calibración mediante test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow (buena calibración si test n.s.); 3) Discriminación mediante curva Receiver Operating Characteristic (ROC) y área bajo la curva (AUC). 4) Comparación de curvas ROC y AUC mediante χ^2 de homogeneidad de áreas. Se aceptaron como de relevancia estadística niveles de significación $p < 0.05$ y para todos los parámetros se definió su intervalo de confianza al 95% (IC_{95%}).

Resultados: Muestra de 219 pacientes con edad mediana de 72 años (65-90), con 45% de ASAII y 42% de ASAIII. Se contempló una gran variedad de indicaciones y procedimientos,

con un 57% de intervenciones clasificadas como maior plus de la British United Provident Association (BUPA), todos ellos con carácter urgente (cirugía necesaria en 24-48 horas, 88%) o emergente (cirugía necesaria con carácter inmediato, 12%). Mortalidad: 29 pacientes (13,2%). Las 3 escalas mostraron una buena calibración (Hosmer-Lemeshow n.s.). El análisis de regresión y el AUC de la Curva ROC para las tres escalas reveló los siguientes resultados: 1) Donati: OR 1.11 (1.06-1.15, $p < 0.00$); AUC 79% (69-88, $p < 0.00$); 2) BHOM: OR 1.09 (1.05-1.13, $p < 0.00$); AUC 80% (70-88, $p < 0.00$); 3) SRS: OR 1.1 (1.06-1.14, $p < 0.00$); AUC 78% (69-87, $p < 0.00$). No se encontraron diferencias significativas entre las AUC de las 3 escalas (n.s.).

CONCLUSIONES: Las tres escalas mostraron buenos parámetros de calibración y discriminación, por lo que puede predecirse el riesgo de mortalidad sin la necesidad de inclusión de parámetros relacionados con la intervención.

Abdomen agudo como debút de vasculitis intestinal

Martín Orta Eva, Marengo de la Cuadra Beatriz, Naranjo Fernández Juan Ramón, Valera Sánchez Zoraida, Dominguez Amodeo Antonio, Piñán Díez Julia, Retamar Gentil Marina, Díaz Milanés Juan Antonio, Navarrete de Cárcer Enrique, Oliva Mompeán Fernando.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: Las vasculitis son enfermedades inflamatorias que afectan a los vasos sanguíneos y que pueden presentarse tanto de forma localizada como sistémica, afectando a vasos de distintos tamaños y múltiples órganos, siendo muy poco frecuente la localización aislada del tracto gastrointestinal.

Material y método: Se trata de una paciente de 81 con antecedentes de HTA, DLP, FA anticoagulada, Insuficiencia renal crónica por probable nefropatía intersticial, lumboartrosis y diverticulosis colónica.

Acude a urgencias por presentar dolor abdominal generalizado de varios días de evolución asociado a náuseas y vómitos.

A la exploración la paciente presenta REG, palidez mucocutánea, abdomen doloroso de forma difusa con marcado peritonismo, en la analítica destaca una marcada leucocitosis con neutrofilia, PCR elevada, Hemoglobina de 10g/dl en descenso hasta 7 en controles posteriores. En TAC abdominal se objetiva engrosamiento de un asa de intestino delgado con aumento importante de sus paredes, siendo sugestivo de cambios inflamatorios/ isquémicos, sin objetivarse obstrucción vascular y líquido libre en cuantía moderada.

Debido al empeoramiento progresivo de la enferma, se decide realizar intervención quirúrgica de urgencias donde se objetiva un importante hemoperitoneo así como una enteritis parcheada desde el ángulo de Treitz hasta ileon terminal, por lo que se realiza resección segmentaria de I. delgado para biopsia y anastomosis T-T.

En postoperatorio la paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta con diagnóstico anatómico-patológico de vasculitis neutrofílica, siendo remitida a consultas de reumatología para estudio y seguimiento.

Discusión y conclusiones: A pesar de que la afectación gastrointestinal es común en las vasculitis de la infancia (sobre todo en la enfermedad de Schonlein Henoch), su afectación en la edad adulta resulta excepcional, apareciendo en sólo 3 al 23% de los casos. Generalmente cuando existe afectación del tracto gastrointestinal se afecta principalmente al territorio de la mesentérica superior, principalmente el intestino delgado (89%) (yeyuno e íleon), en comparación con el intestino grueso (54%)

Generalmente su diagnóstico precoz resulta complicado, puesto que sus manifestaciones suelen ser poco específicas, presentándose como dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, distensión abdominal, hemorragia digestiva baja... por lo que en enfermos de edad avanzada con antecedentes de estados de hipercoagulabilidad, arritmias cardíacas, enfermedad arteriosclerótica, así como evidencias de afectación vasculítica previa de articulaciones, riñones... deben hacernos pensar en esta entidad.

A nivel macroscópico resulta característica la afectación parcheada del intestino, así como hemorragias intestinales, úlceras o perforaciones intestinales, por lo que generalmente se llega al diagnóstico una vez obtenidos los resultados anatomopatológicos de la pieza quirúrgica.

Lipoma omental con necrosis focal como causa de dolor abdominal agudo

Martín Orta Eva, Belisova Marta, Valera Sánchez Zoraida, Naranjo Fernández Juan Ramón, Piñán Díez Julia, Jiménez Jiménez José Antonio, Landra Dulanto Piero, Díaz Milanés Juan Antonio, Navarrete de Cárcer Enrique, Oliva Mompeán Fernando.

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: Tumores lipomatosos son los más frecuentes del grupo de los tumores mesenquimales. Pueden asentar en cualquier sitio del cuerpo humano preferentemente en el cuello, tronco y las extremidades. Su localización intraabdominal es muy excepcional y los tumores primarios de omento mayor son muy infrecuentes, liderados por la estirpe mioepitelial (37%). Lipomas omentales representan tan sólo 7-9% de todos los tumores primarios. A continuación presentamos un caso clínico de dolor abdominal agudo debido a un lipoma omental parcialmente necrosado y calcificado.

Material y método: Mujer de 68 años con antecedentes de intolerancia a hierro oral, osteoporosis y estreñimiento crónico, acude al servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal, de comienzo brusco en mesogastrio, de carácter cólico y sin irradiación. Se acompaña de estreñimiento y náuseas sin vómitos. A la exploración se muestra afebril, con abdomen con dolor abdominal centroabdominal con discreto peritonismo. Analítica y radiografía simple de abdomen sin hallazgos, TAC de abdomen que objetiva imagen ovoidea de densidad grasa con periferia parcialmente calcificada compatible con un lipoma como primera posibilidad diagnóstica, también se

identifica líquido libre subfrénico derecho, en espacio hepato-renal y pelvis, y una imagen sospechosa de una hernia interna transmesocólica. Se plantea intervención quirúrgica, tumoración abdominal versus hernia interna.

Resultados: En la intervención quirúrgica se accede a la cavidad abdominal a través de una minilaparotomía media periumbilical. A nivel del omento mayor, en proximidades del tercio lateral izquierdo de colon transversal se descubre una tumoración pediculada redondeada blanquecina encapsulada de ocho cm., realizándose extirpación de la misma. Revisión exhaustiva de la cavidad abdominal no revela ninguna hernia interna ni otra patología subsidiaria a tratamiento quirúrgico. El postoperatorio cursa sin incidencias pudiendo ser derivada al alta el primer día postoperatorio.

Discusión: Los tumores de omento mayor son extremadamente raros. Pueden ser asintomáticos y ser descubiertos en laparotomías por otras causas, como un hallazgo casual radiológico o en una autopsia. En casos de lipomas sintomáticos, éstos de presentan con aumento de perímetro abdominal especialmente en niños, masa abdominal palpable o en algunos casos como dolor abdominal agudo.

Conclusiones: Los síntomas se relacionan con el tamaño tumoral y en algunos casos con su torsión y necrosis. El tratamiento de los tumores sintomáticos es quirúrgico y consiste en exéresis de la lesión. La recidiva es muy escasa y es debida a una exéresis tumoral incompleta. Algunos autores han propuesto tratamiento conservador sin embargo éste se relaciona con mayor tasa de complicaciones y fracaso terapéutico. La torsión por un pedículo largo como causa de dolor abdominal agudo.

Evolución hacia el tratamiento ambulatorio en cirugía tiroidea y paratiroidea en el hospital de poniente

E.J Jiménez Olmo, L.M Ochoa Labarta, M.D González Olid, O Rodríguez Ruíz, E Vidaña Márquez, B Narbona Clavo.

ORAL. CIRUGIA ENDOCRINA

OBJETIVO: Describir los resultados en cuanto a estancia hospitalaria y la evolución hacia cirugía en régimen ambulatorio de pacientes intervenidos por patología tiroidea y paratiroidea en un hospital comarcal.

MATERIAL Y METODOS: Análisis descriptivo, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas de los pacientes intervenidos en nuestro servicio por patología tiroidea y paratiroidea desde Enero de 2007 hasta Abril de 2012. Se analiza en los distintos grupos morbilidad postoperatoria y evolución de estancias hospitalarias, valorando el número de casos realizados en régimen ambulatorio, entendiendo como tal, pacientes dados de alta la misma tarde del día que son intervenidos.

Centramos los resultados en analizar la evolución de las estancias hospitalarias de tres grupos (lobectomías unilaterales, tiroidectomías totales y paratiroidectomías) comparando dos períodos (2007-2009 y 2010-2012), observando una reducción progresiva en los últimos años.

Resultados: Entre Enero de 2007 y Abril del 2012 han sido intervenidos 195 pacientes por patología tiroidea, 88 lobectomías unilaterales y 87 tiroidectomías totales y 24 pacientes por hiperparatiroidismo primario.

La estancia media global ha sido de 0'71 días en lobectomías unilaterales, 1'95 días en tiroidectomías totales con o sin vaciamiento cervical y 0'62 días en cirugías por hiperparatiroidismo.

Si analizamos la estancia por períodos, existe un claro descenso en los tres grupos en los últimos 28 meses.

El porcentaje de cirugías realizadas en régimen ambulatorio ha sido para el grupo de lobectomías unilaterales del 25'6% (10 pacientes de 39) entre 2007-2009 y del 55'1 % (27 pacientes de 49) a partir del 2010.

En los pacientes intervenidos por hiperparatiroidismo el porcentaje de cirugía ambulatoria ha sido del 33'3% entre 2007-2009, alcanzando el 88 % a partir del 2010.

Se han llegado a realizar 2 tiroidectomías totales y 3 tiroidectomías de totalización sin ingreso.

No ha habido ningún reingreso de pacientes en todo el periodo.

En cuanto a complicaciones, en el segundo periodo (a partir del 2010) ha habido un hematoma en herida que precisó reintervención, una parálisis recurrencial permanente y dos casos de hipoparatiroidismo permanente.

Conclusiones: La cirugía tiroidea y paratiroidea puede realizarse en régimen ambulatorio o corta estancia, con seguridad para los pacientes debido al decreciente uso de drenajes, al descenso del tiempo quirúrgico con el empleo de Ligasure y al uso rutinario de la determinación de PTH-i para control postoperatorio de calcemia tras tiroidectomía total.

Evisceración vaginal

Farah Adel, Cristina Sabater, Jose Manuel Ramia, Roberto De la Plaza, Jose Quiñones, Vladimir Arteaga, André Kuhnhardt, Johny David Gonzales, Jorge Garcia Parreño.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La evisceración vaginal (EV) es una complicación poco frecuente y supone una urgencia quirúrgica. Suele presentarse en mujeres posmenopáusicas, relacionada sobre todo con cirugía vaginal previa y cierto grado de disfunción del suelo pélvico.

Es mucho menos frecuente en el caso de la mujer premenopáusica, y suele estar asociada con traumatismos durante el coito, violaciones, iatrogenia, e introducción de cuerpos extraños.

Presentamos un nuevo caso sin antecedente claro.

Caso clínico: Paciente 81 años con antecedente de histerectomía y doble anexectomía hace 14 años y gastrectomía subtotal por adenocarcinoma gástrico estadio pT2N1M1 con carcinomatosis tratada con quimioterapia, actualmente en remisión completa. Acude a urgencias por salida de intestino delgado por vagina coincidiendo con la deposición, mareos y sudoración fría.

A la exploración se aprecia erosión de la pared posterior

de la vagina y evisceración de parte de intestino delgado. Se le realiza TAC abdominopélvica que confirma la presencia de enterocele a través del fundus vaginal. Se procede a intervención quirúrgica urgente.

En posición ginecológica, se reduce el intestino delgado vía vaginal sin éxito. Se accede a la cavidad abdominal mediante laparotomía media infraumbilical. Se reduce intestino delgado a la cavidad abdominal por completo, comprobando previamente su viabilidad e integridad. Cierre de la pared posterior de la vagina. Se deja un drenaje de silicona en la pelvis y se cierra la cavidad abdominal. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta al 4 día postoperatorio. A los 6 meses de la intervención quirúrgica la paciente se encuentra asintomática, sin dolor abdominal ni pélvico y sin signos de recidiva del enterocele.

Conclusión: La EV es una urgencia quirúrgica, que se da con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas con antecedente de cirugía vaginal previa. El tratamiento consta de tres fases, la primera es la reducción del contenido abdominal eviscerado y actuación sobre el intestino comprometido si existe y posteriormente debe extirparse el tejido isquémico y por último reparar el defecto vaginal. Dada la alta tasa de recidiva por la debilidad de los tejidos pélvicos, es importante el seguimiento de estas paciente.

Hernia traumática de pared abdominal contralateral al mecanismo etiológico

Grasa González F., ElMalaki Hossain L., Saenz de Tejada P., Rodríguez Ramos M., Gómez Sánchez T., Sánchez Relinque D., Ruiz de Gopegui M., Salas Martínez A., Tejedor Cabrera L., Santos Martínez J., Gómez Modet S., García Romero E.

POSTER. CIRUGIA DE PARED ABDOMINAL

Las hernias de pared abdominal de origen traumático son poco frecuentes. La mayoría de estas hernias publicadas, están relacionadas con traumatismos de alta energía debidas a accidentes de tráfico por cinturón de seguridad o bien con el manillar de bicicletas.

Tanto la etiología como la clínica del caso que presentamos son extraordinariamente infrecuentes. El paciente sufrió una caída casual sobre flanco derecho, seguida de hiperextensión del a musculatura abdominal contralateral, lo que presumiblemente dio origen a la rotura de algunas estructuras de la pared abdominal del flanco izquierdo y consecuentemente a una hernia de pared.

Nuestra experiencia refuerza la necesidad de completar la anamnesis y exploración física detalladas con pruebas complementarias, destacando el TAC abdominopélvico, para filiar correctamente el defecto de pared y las posibles lesiones de estructuras abdominales adyacentes.

Control de las complicaciones tras el alta por cirugía laparoscópica ambulatoria

Docobo, F; García, J; Navas, A; Arance, M ; Padillo, J
*Hospital Universitario Virgen del Rocío. UGC Cirugía
 General-Bloque Quirúrgico*

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: En la mayoría de las series las complicaciones de la cirugía laparoscópica oscilan entre el 1-5% y la tasa de mortalidad es aproximadamente del 0.05%

El objeto de este estudio es valorar la incidencia de complicaciones en enfermos intervenidos de colecistectomía por vía laparoscópica en régimen de CMA y valorar sus complicaciones post alta de unidad satélite de un hospital general.

MATERIAL Y METODOS. En el período 2003-10, 826 pacientes se intervinieron por colecistitis crónica litiásica de forma electiva por vía laparoscopia y con criterios e intención de ambulatorización.

663 (80,26%) eran mujeres y 163 (19,73%) varones. 323 pacientes (39.10 %) se encontraban entre 40-59 años.

339 pacientes (41.04 %) vivían a menos de 20 kilómetros de la UCMA. 184 pacientes (22.27%) se clasificaron como ASA I, ASA II 543 (65.73%) y 99 (11.98%) ASA III compensados.

El IMC medio fue de 28 kg/m². La bilirrubina total media fue de 0.57 mg/dl.

Tipos de anestesia: Intravenosa (TIVA) en 255 pacientes (30.99%) y en 571 (69%) balanceada.

Tiempo medio de intervención: 28+/- 7 minutos.

Numero de puertos: 3 en 825 pacientes (99.88%) y 4 en 1 (0.12%) pacientes.

RESULTADOS. Momento del alta: CMA 682 (82.5%) ; Alta <23 horas 129 (15.6%); Alta entre 24-48 horas 7 (0.84%); Alta > 48 horas 8 (0.96%).

Índice sustitución hospital de día: 82.8%, 682 / 826 pacientes.

Tiempo medio de alta tras la intervención: 6 horas.

Causas de no alta en el mismo día: 144 pacientes presentaron 150 síntomas, incluidas 11 conversiones (1.33%). Dolor abdominal 30 (3.63%), náuseas-vómitos 25 (3.02%), disconfort 38 (4.6%), criterios sociales 40 (4.8%), otros 10 (1 drenaje y 2 drenajes teñidos de sangre) (1.2%).

755 pacientes (91.4%) toleraron dieta el mismo día de la intervención. Los otros 71 pacientes (8.6%) tuvieron una estancia hospitalaria determinada por los síntomas, la necesidad de haber convertido, el disconfort o razones sociales en relación con inseguridad o duda de ser alta en el día.

Complicaciones mayores: 1 sangrado / 826 (0,1%); 3 fuga biliar / 826 (0.36%)

Tasa de readmisión: 3 / 826 pacientes (0.36%)

A los 3 meses de la intervención, 815 (98.66%) de los pacientes estaban asintomáticos. Nueve presentaban el mismo tipo de dolor abdominal (1.08%); 2 pacientes diarrea (0.24%).

Estudios histopatológicos: colecistitis crónica inespecífica en 633 (76.637%) casos, colesterolesis, en 140 (16.94%) y adenomiosomatosis, en 53 (6.41%).

Índice de satisfacción : Elevado 569 (68.88%) ; Normal 245 (29.66%) ; Bajo : 12 (1.45%).

Conclusiones: Los procedimientos laparoscópicos con alta en el día son cada vez más comunes en cirugía digestiva. Debe realizarse consentimiento escrito próximo a la intervención.

Informar de las posibles complicaciones incluso de las más infrecuentes. Programar las intervenciones a primera hora. Teléfono de contacto 24 horas todos los días. Control telefónico a las 24-48 horas.

Tras el alta: Los pacientes que no se encuentran en buen estado tienen una elevada sospecha de tener una complicación, y deben de ser controlados estrechamente. Son síntomas clínicos de alerta: Dolor abdominal. Abdomen distendido o defendido. Necesidad de opiodes. Movilidad reducida o imposible. Náuseas, escaso apetito. Escalofríos, fiebre persistente. Arritmia o taquicardias. Diuresis escasa. Drenajes con bilis o sangre. El estado clínico será la base de su tratamiento en cada momento.

Con una adecuada selección de pacientes y procedimientos, estos se realizan con seguridad y, eficacia obteniendo resultados favorable y escasas complicaciones que pueden ser controladas.

Eficacia y seguridad de la colecistectomía laparoscópica sin estancia nocturna

Docobo, F; García, J; Navas, J.A.; García, S; Mena, J.; Padillo, J.

PÓSTER. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: La posibilidad de alta el mismo día tras colecistectomía laparoscópica sigue estando en controversia. El objetivo del estudio es analizar los factores que han posibilitado el alta en el mismo día sin pernocta del paciente.

Material y métodos: Se revisa una serie de 686 enfermos intervenidos por colecistitis crónica litiásica de forma electiva por la mañana, practicándose colecistectomía laparoscópica por un equipo quirúrgico y anestésico entrenado y que fueron alta en la UCMA el mismo día de su intervención. Se valora las características de los pacientes, tipo de anestesia, cirugía realizada, complicaciones, anatomía patológica de la vesícula, índice de satisfacción y evaluación clínica a los 3 meses de la intervención.

RESULTADOS: De los 686 pacientes, 543 eran mujeres (82%) y 143 varones (18%). Edad: 20-39 años 163 (23.7%) ; 40-59 años 268 (39.2%) ; 60-79 años 255 (37.1%). Criterios Anestésicos: ASAI 154 (22.5%); ASAII 453 (66%) ; ASA III 79 (11.5%). Tipo anestesia: Balanceada 491 (71.1%); TIVA 195 (28.4%). Número de trócares: 3 en 684 (99.7%) 4 (0.6%). Tiempo medio de la intervención quirúrgica 24+/- 7 minutos. Alta en la UCMA: 6-8 horas.

Controles postoperatorios telefónicos y primera semana: Asintomáticos 671 (97.85%); Dolor controlado en hipocondrio derecho 17 (2.47%), náuseas o vómitos controlados 2 (0.29%).

Controles a los 3 meses: Asintomáticos 684 (99.7%), dolor residual en hipocondrio derecho 2 (0.29%), diarrea 2 (0.29%).

Estudios Anatomopatológicos: Colecistitis crónica 568 (82.79%); colesterolesis 75 (10.93%); adenomiosomatosis 43(6.26%).

Encuesta de satisfacción: Muy alta 487 (70.99%); alta 198 (28.86%); baja 1 (0.14%)

CONCLUSIONES: La colecistectomía laparoscópica en circuito sin pernocta se realiza con seguridad, eficacia y satisfacción siempre que se establezca:

- Instalaciones adecuadas (Tipo de UCMA) y circuitos de derivaciones activos.
- Información a los pacientes sobre el procedimiento, alta y controles.
- Selección de los pacientes (colaborador, apoyo social, teléfono, distancia, etc)
- Técnica anestésica preventiva de dolor, náuseas y vómitos.
- Cirugía meticulosa en tiempo controlado.
- Controles postoperatorios programados.

Evaluación de la calidad asistencial en hernias de la pared abdominal en cirugía sin ingreso

Docobo, F; García, J; Navas, J. A; García, S; Mena, J; Padillo, J

UGC Cirugía General y Digestivo. Htal. Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

POSTER. CIRUGIA DE PARED ABDOMINAL

Introducción: La prevalencia de las hernias de la pared y su resolución en circuitos asistenciales sin ingreso conlleva una gestión adecuada de las demoras asistenciales, del gasto derivado y del grado de satisfacción por los pacientes.

El objetivo del estudio es valorar estos parámetros en nuestro medio a largo plazo.

Material y método: Estudio retrospectivo entre 2005-2009 de las 4112 hernias que fueron intervenidas en la UCMA. De ellas 2685 (65.4%) inguinales, 929 umbilicales (22.7%), 256 epigástricas (6.32%), 155 eventraciones (3.8%), 35 crurales (0.9%), 8 de Spiegel y 14 rechazos de prótesis (0.5%).

Las técnicas anestésicas fueron: local más sedación 3943 (95.89%), regional 153 (3.72%) y general en 16 (0.38%). Se valora la tasa de resolución del proceso, la morbimortalidad, la tasa de reingreso y la tasa de satisfacción en relación al tratamiento mediante encuesta telefónica tras un mes del alta definitiva.

Resultados: Índice de resolución en hospital de día: Hernias inguinales 2675/2685 (99.72%), umbilicales 929 (100%), epigástricas 256(100%), eventraciones 150/155 (96.77%), crurales 35 (100%), Spiegel 5/8 (62.5%) y rechazo material protésico 14 (100%).

18 pacientes no fueron alta en el día, 12 por dolor (66.66%) y 6 por sangrado (33.33%)

Mortalidad nula. Morbilidad presentaron 62 pacientes (1.5%), que fueron 4 infecciones, 32 sangrados y 26 por dolor.

La tasa de reingreso fue de 13/4112 (0.26%) de los que 4 fueron por dolor (30.76%) y 9 por sangrado (69.23%).

Índice de satisfacción: Muy alta 3380 (82.19%), alta 699 (16.99%), bajo 33 (0.80%).

Conclusiones: La elevada prevalencia de las hernias de la pared abdominal y la demanda de la asistencia lleva a establecer circuitos sin ingreso.

La información sobre el procedimiento sin ingreso y una

selección de los pacientes según patología y criterios anestesiológicos (ASA I-II y III compensados), junto con los criterios propios de ambulatorización (apoyo social, teléfono, transporte, distancia, etc) proporciona un elevado índice de resolución sin ingreso y un elevado índice de satisfacción.

Adenocarcinoma de ángulo esplénico , extirpación transvaginal híbrida, manos

Francisco Alba Mesa, Jose Manuel Romero Fernandez, Antonio Amaya Cortijo, Miguel Angel Sanchez Hurtado, Andrew Komorowski, Enrique Fernandez Ortega, Rafael Rosendo.

VÍDEO. CIRUGÍA COLORRECTAL

Adenocarcinoma de ángulo esplénico extirpación transvaginal híbrida MANOS.

Francisco Alba Mesa, Jose Manuel Romero Fernandez, Antonio Amaya Cortijo, Miguel Angel Sanchez Hurtado, Andrew Komorowski, Enrique Fernandez Ortega, Rafael Rosendo.

Introducción: Los procedimientos laparoscópicos aplicados a la extirpación de neoplasias de colon siguen siendo procedimientos laparoscópicos asistidos ya que precisamos realizar una incisión abdominal para la extirpación de la pieza quirúrgica y en la mayoría de las ocasiones para realizar una anastomosis extracorpórea. Cuanto mayor sea la incisión abdominal, mayor es el riesgo de dolor y morbilidad asociada.

La vagina es considerada como un abordaje factible para la cirugía híbrida por orificios naturales.

Material y Método.

Presentamos un video sobre la realización de una colectomía segmentaria por una neoplasia de ángulo esplénico en una paciente de 47 años.

La colonoscopia realizada a la paciente revelaba una neoformación a 25 cm de margen anal por lo que se considero una paciente apta para la inclusión en nuestro protocolo de sigmoidectomía híbrida transvaginal. Sin embargo intraoperatoriamente el tatuaje de la neoformación se localizaba en ángulo esplénico del colon. El hecho de que en nuestra técnica híbrida se realice una anastomosis intracorpórea- a diferencia de otros autores que exteriorizan el colon por vagina para la introducción del yunque de la grapadora cortadora circular- facilito la resolución del caso sin la necesidad de realizar una incisión para la realización de la anastomosis. Tras la movilización del colon trasverso, colon izquierdo y sigma, se decidió realizar una colectomía segmentaria en función de la vascularización observada con anastomosis latero-lateral mecánica intracorpórea .La cirugía se practico con dos puertos de trabajo abdominales y un puerto vaginal de 12 mm, la extracción de la pieza se realizo por vagina .

Resultados.

La paciente evolucionó favorablemente siendo dada de alta al cuarto día de la intervención , no presento morbilidad asociada al acceso vaginal. Del meso se aislaron 12 adenopatias sin evidencia de metástasis, el margen proximal a la neoplasia fue de 12 cm y el distal de 14 cm.

Conclusiones.

Aunque son necesarias series que evidencien una disminución de la morbilidad asociada a la incisión quirúrgica de los procedimientos híbridos respecto a los laparoscópicos puros, creemos que pueden ofrecer ventajas en cuanto al dolor y las complicaciones derivadas de las incisiones quirúrgicas de asistencia.

Analisis de resultados sobre el uso del bisturí armonico en la hemorroidectomía

Francisco Alba Mesa, Jose Manuel Romero Fernandez, Antonio Amaya Cortijo, Enrique Fernandez Ortega.

ORAL. CIRUGIA COLORRECTAL

Introducción: El uso del bisturí armonico esta ampliamente difundido en la realización de la hemorroidectomía, su uso se ha difundido en base a una menor inflamación local y dolor postoperatorio. Sin embargo la mayoría de los estudios evidencian una disminución del dolor comparado con el uso de bisturí eléctrico, especialmente en las primeras 72 horas postoperatorias. Sin embargo su alto coste nos ha hecho plantearnos su uso en términos de coste efectividad.

Material y Metodos.

Se trata de un estudio retrospectivo realizado sobre 50 hemorroidectomías realizadas en nuestro servicio en 2011, todas ejecutadas con bisturí armónico. A 40 pacientes se les prescribió analgesia oral con aines-paracetamol y a 10 analgesia con elastómero. Se ha evaluado el número de consultas a urgencias de los pacientes sometidos a esta técnica quirúrgica, las causas de la consulta (dolor, sangrado, fiebre), así como los reingresos.

Resultados.

Un total de 13 pacientes, un 26% acudieron al servicio de urgencias por problemas relacionados con la cirugía; en el 100% de los casos la consulta se realizó en los primeros 6 días postoperatorios, siendo la moda el día 4.

Un 10% consultaron en urgencias por sangrado y dolor intenso asociado, otro 10% por sangrado exclusivamente requiriendo el reingreso dos pacientes, un 6% consultaron exclusivamente por dolor. De los 10 pacientes que portaban elastómero, consultaron por dolor en urgencias 3, es decir un 30% de los que se les aplicó esta técnica analgésica.

De los pacientes tratados con paracetamol+aines consultaron por dolor 6 es decir un 15% de los que fueron tratados en domicilio con analgesia clásica.

Conclusiones.

Aunque son necesarios estudios aleatorizados, los resultados son equiparables a los descritos en la literatura utilizando otras fuentes de energía. En una época como la actual creemos que debemos reconsiderar los beneficios de tecnologías de alto coste económico.

Funduplicatura tipo nissen realizada por puerto unico, estudio experimental

Francisco Alba Mesa, Jose Manuel Romero Fernandez, Antonio Amaya Cortijo, Manuela Sanz Chinesta, Miguel Angel Sanchez Hurtado.

ORAL. CIRUGIA ESOFAGOGÁSTRICA

Introducción: Los dispositivos multivalvulares están siendo utilizados en la mayoría de los procedimientos tradicionalmente laparoscópicos. Si bien es en la colecistectomía donde han encontrado una mayor aplicación otras cirugías han sido abordadas a través de dispositivos multivalvulares (SILS, Tri-Port, Gel-Port). El objetivo de nuestro estudio ha sido analizar la aplicación del puerto único (SILS) en la funduplicatura tipo Nissen.

Material y Metodo: Se trata de un estudio experimental realizado en cerdos (n=6), peso medio 42,3 Kg, a los que se ha realizado un procedimiento Nissen utilizando únicamente un abordaje por puerto único (SILS) sin trocarea de apoyo. Los animales se mantuvieron con vida 15 días, antes de su sacrificio se realizó endoscopia digestiva alta, laparoscopia exploradora y necropsia abierta. Se analizó el tiempo de ejecución de la técnica, morbilidad intraoperatoria, fases del procedimiento de difícil ejecución, así como la morbilidad en el postoperatorio.

Resultados: El tiempo medio de ejecución de la técnica fue de 69,7 minutos, en todos los casos fueron necesarios puntos transparietales para la tracción esofágica, en todos los casos se precisó la separación de la lengüeta hepática (se utilizó el método Estambul descrito en la literatura) en la disección del hiato. La fase del procedimiento más compleja fue la correcta exposición del campo quirúrgico, así como la realización de la sutura de los pilares diafragmáticos. Ningún animal fue convertido a laparoscopia convencional. En tres animales se observó pérdida ponderal por disfagia, observándose en la necropsia torsión de la funduplicatura realizada.

Conclusiones.

Aunque es un estudio con un número escaso de animales, se evidencia una alta complejidad técnica del procedimiento, así como una falta de instrumental específico que permita la correcta realización de la misma en condiciones similares a la laparoscopia convencional.

Parasitosis apendicular

Baez Romero F; Alonso Gómez J.; Lopez Ruiz J.; Cruz Muñoz A.; De Luna Diaz MM; Sanchez Ganfornina F; Ruiz Fernandez M.; Moreno Toril I.; Sanchez Arcas E

POSTER. MISCELÁNEA

El dolor abdominal agudo sigue siendo la mayor fuente de consultas urgentes para un cirujano, siendo el dolor en Fosa Iliaca Derecha (FID) un motivo frecuente. Este puede ser secundario a muchas patologías, algunas de ellas sin tratamiento quirúrgico como las parasitosis. En estos cuadros puede llegarse a la intervención por un diagnóstico de sospecha erróneo.

Aunque los parásitos son responsables de un buen número de dolores abdominales, la forma de presentación clínica no suele ser causa de confusión.

La presencia de parásitos dentro de la pieza quirúrgica de apendicetomía no implica de manera categórica su papel etiológico como responsable del cuadro clínico de dolor en FID, y en nuestro medio constituye una rareza.

Material y método: Hemos revisado las piezas de apendicetomía de pacientes intervenidos con carácter de Urgencia en nuestro Hospital en los últimos cinco años. Del total (463 casos) sólo se hallaron parásitos (*Enterobius vermicularis* o *ascaris lumbricoides*) en cuatro especímenes, una proporción similar a otras series publicadas.

El cuadro clínico era compatible con apendicitis y las pruebas complementarias apoyaron este diagnóstico en dos de los casos.

Conclusión: Aunque poco frecuentes, las parasitosis pueden ser responsables de un cuadro de abdomen agudo. Por tanto deben ser tenidas en cuenta en el proceso de diagnóstico diferencial y evitar intervenciones innecesarias.

No obstante pueden coexistir inflamación del apéndice y parasitosis sin que pueda establecerse una correlación etiológica entra ambos.

La conducta quirúrgica no se condiciona por el diagnóstico de parasitosis, sino por los síntomas y signos clínicos

Dieciséis años de experiencia con más de trescientas pacientes tratadas de carcinomatosis peritoneal mediante procedimientos de peritonectomía y hipec: resultados morbi-mortalidad y supervivencia

F.C. Muñoz Casares; A. Arjona Sánchez; R.J. Orti Rodríguez; M.D. Ayllón Terán; A. Padial Aguado; F.J. Medina Fernández; E. Navarro Rodríguez; J.L. Medina Almansa; M.J. Rubio Pérez; S. Rufián Peña

ORAL. MISCELÁNEA

Objetivos: El abordaje radical de la carcinomatosis peritoneal, mediante procedimientos de peritonectomía con quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC), ha mejorado las expectativas de vida de estos pacientes. Analizamos nuestra experiencia basada en dieciséis años utilizando dichos procedimientos, en términos de morbilidad, mortalidad y supervivencia.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre base de datos prospectiva (1996-enero 2012) de 336 pacientes intervenidos en nuestra Unidad con procedimientos de peritonectomía e HIPEC. El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: De los 336 pacientes intervenidos, el 86% eran mujeres y el 10.4% superaban los 70 años de edad (rango 19-80). Un 2% de pacientes (7/336) que recibieron este tratamiento, padecían carcinoma ovárico avanzado sin evidencia de carcinomatosis en el estudio anatomopatológico definitivo ("carcinoprofilaxis"). El PCI medio (Índice Cáncer Peritoneal) de los pacientes con carcinomatosis peritoneal fue 15.8 ± 8.0 (3-38) y la mediana del tiempo quirúrgico de 7 horas (4-11). El origen ovárico (estadios III-IV FIGO) con un 61.6% representó la causa más frecuente de estas intervenciones, seguido del pseudomixoma (16.7%), carcinomatosis colorrectal (12.5%),

mesotelioma (3%), sarcomatosis peritoneal (1.8%), carcinomatosis gástrica (1.2%), carcinomatosis peritoneal primaria (1.2%) y otras. La citorreducción óptima (CCo-CCi) se consiguió en 92.3% de pacientes (CCo en 70.8%). Todos los estadios IV con enfermedad sistémica (16.7%) mostraron respuesta a quimioterapia previa. Los procedimientos de peritonectomía fueron extensos o completos en el 70.2% de los pacientes y pélvicos o localizados en el 29.8%. En el 60% de los pacientes se realizó resección intestinal con al menos una anastomosis. La morbilidad postoperatoria global fue del 29.8% (morbilidad grave, grados 3 y 4, del 13.5%) y la mortalidad postoperatoria del 2.1% (7/336). La estancia postoperatoria mediana de 12 días (6-132) y la supervivencia global de la serie a 5 años del 50% (61% en CCo), siendo del 73% cuando PCI <10, del 46% cuando PCI de 10-20 y del 30% si PCI >20. En base al origen tumoral, las mejores supervivencias globales a 5 años (sin distinguir estadios III o IV, tipo histopatológico, grado de citorreducción ni PCI), se obtuvieron en mesotelioma (67%) y pseudomixoma peritoneal (66%).

Conclusiones: Nuestros resultados, acorde con otras series publicadas, no muestran que estos procedimientos de peritonectomía con HIPEC tengan tasas de morbilidad y mortalidad superiores a otros procedimientos de cirugía mayor gastrointestinal y, sin embargo, si que aportan opciones de tratamiento con finalidad curativa y mejores resultados de supervivencia que los históricos.

Cáncer de estómago descubierto por una metástasis testicular

Francisco J. del Rio Lafuente; Paola Fernandez Zamora; Francisco del Rio Marco

POSTER. CIRUGIA ESOFAGOGÁSTRICA

Introducción: Entre los escasos tumores secundarios localizados en el testículo, las metástasis de un epiteloma de estómago, ocupan, en frecuencia, la tercera plaza, después de las neoplasias de próstata y de pulmón. Es raro que la metástasis testicular revele el tumor de origen desconocido.

Caso clínico: Paciente de 60 años que presentaba desde hace unos quince días, un aumento de tamaño de la bolsa testicular izquierda, no dolorosa y sin signos inflamatorios. Este paciente sin antecedentes urogenitales, presentaba trastornos disépticos con sensación de pesadez gástrica.

Al examen físico presentaba un gran testículo izquierdo, sin signos inflamatorios, negativo a la transiluminación. El cordón es duro y aumentado de calibre. Las constantes biológicas sanguíneas y urinarias, así como el examen bacteriológico de la orina eran normales.

Fue intervenido quirúrgicamente y se le practicó una orquiectomía. El cordón espermiático estaba muy engrosado y el testículo presentaba adherencias a las membranas del escroto.

El examen anatomopatológico revela un testículo rodeado de un tejido escleroso, con pocas células pero con numerosos núcleos y mitosis. El parénquima testicular está atrofiado y con imágenes similares a las descritas anteriormente. Ante estos hallazgos se realiza un estudio histoquímico llegando al

diagnóstico de metástasis testicular de un epiteloma mucíparo.

Debido a sus antecedentes dispépticos se realizó un estudio gastroduodenal que muestra una voluminosa ulceración en curvatura mayor. Lesiones que se confirman mediante gastroscopia. En la laparotomía realizada se encuentra una metástasis en peritoneo parietal de gran tamaño así como numerosos nódulos metastásicos en epiplon. Ante estos hallazgos no se realiza gesto quirúrgico alguno. La evolución es mala, falleciendo el paciente a los dos meses.

Comentarios: La metástasis testicular de una neoplasia visceral constituye una eventualidad rara. Cuando la metástasis es descubierta clínicamente, su sintomatología es poco específica y consiste en tumefacción escrotal indolora que recuerda la posibilidad de un tumor primitivo. Los signos digestivos, producidos por el epiteloma gástrico primitivo son, en general, de importancia moderada y pasan desapercibidos ante la aparición de un tumor testicular. El modo de diseminación de las células metastásicas en el testículo es controvertido, parece que en lo concerniente al epiteloma gástrico, la diseminación se hace por vía linfática retrógrada por bloqueo neoplásico de las cadenas ganglionares latero-aórticas. La presencia de una metástasis testicular de un epiteloma gástrico, constituye un elemento de pronóstico particularmente sombrío.

Carcinoma epidermoide primitivo de la vesícula biliar

Francisco J. del Rio Lafuente; Paola Fernandez Zamora;
Francisco del Rio Marco

POSTER. CIRUGIA HEPATOBILIAR

Introducción: El carcinoma epidermoide de la vesícula biliar es una variante histológica rara. Este tumor evoluciona con escasa sintomatología; generalmente descubierto en un estadio avanzado, debido a esto su pronóstico es malo.

Caso Clínico: Paciente de 69 años de edad, admitida en el Servicio por presentar cuadro de cólicos hepáticos debido a litiasis biliar ya conocida. La ecografía abdominal mostraba una vesícula biliar con paredes gruesas, asiento de una formación ecógena, inmóvil, de 5cm. de diámetro. La TAC abdominal confirmaba la existencia de una masa que se realizaba tras la inyección de contraste y que invadía los segmentos IV y V del hígado. Una colecistectomía y bisegmentectomía del IV y V fue realizada.

Macroscópicamente, la vesícula era hipertrófica, con paredes esclerosas y medía 10 cm de eje mayor. En ella asentaba una neoformación polipoidea, de 5 cm de diámetro, situada en el fondo. El lecho vesicular estaba invadido por una necrosis tumoral y la mucosa adyacente estaba ulcerada. La vesícula contenía cálculos amarillentos. Al examen anatomopatológico existía una proliferación epitelial maligna, infiltrando toda la pared vesicular y el parénquima hepático adyacente y se desarrollaba sobre lesiones de colecistitis crónica litiasica.

El curso postoperatorio inmediato fue sin complicaciones. La paciente recibió tratamiento adyuvante con radioterapia. La evolución ha sido satisfactoria sin demostrarse extensión loco-regional en los controles realizados a lo largo de un año.

Comentarios: Los cánceres de la vesícula biliar constituyen el 3% de todos los tumores malignos y se sitúan en el quinto lugar de los cánceres digestivos. Están dominados por el adenocarcinoma.

Los carcinomas epidermoide primitivos de la vesícula biliar representan entre el 0,5 y 12% de los tumores de la vesícula biliar. Los signos clínicos son poco específicos, de aparición tardía y son semejantes a los de otros carcinomas de la vesícula biliar. El tratamiento de los carcinomas epidermoides de la vesícula no difiere del tratamiento de los otros carcinomas vesiculares. Depende sobre todo, del grado de infiltración loco-regional. El tratamiento adyuvante puede asociar radioterapia o quimioterapia.

El pronóstico de los carcinomas epidermoides de la vesícula es malo. La precocidad en el diagnóstico y la rapidez en la toma de decisión terapéutica son de una importancia primordial en una mayor supervivencia.

El tratamiento es quirúrgico y depende de la extensión loco-regional en el momento del diagnóstico.

Enfermedad de paget del pezón

Francisco J. del Rio Lafuente; Paola Fernandez Zamora;
Francisco del Rio Marco

POSTER. CIRUGIA DE MAMA

Introducción: La enfermedad de Paget es una entidad clínica caracterizada por una lesión eritematosa, de carácter erosivo a nivel de pezón y en la que se considera patognomónica la presencia de células de Paget. En realidad, la enfermedad de Paget parece ser un carcinoma que se inicia en los conductos galactóforos en la profundidad del pezón, y que muy lentamente asciende hacia la epidermis, el cual determina lesiones características: erosión, úlceras y el típico eczema.

Caso clínico: Mujer de 59 años de edad. Acude a la consulta de su ginecólogo por un cuadro de dolor y escozor en areola izquierda. A la exploración se aprecia una lesión eritematosa localizada en complejo areola-pezón izquierdo, con signos inflamatorios y dolorosa a la palpación, diagnosticándose de mastitis con signos de flogosis. Se instaura tratamiento anti-biótico.

Tras seis meses de mejoría clínica, acude de nuevo a la consulta por aparecer en la zona del pezón una superficie costrosa y eczematosa. Se realiza citología por raspado que resulta sospechosa de enfermedad de Paget. Es enviada al Servicio de Cirugía General. En la exploración mostraba un pezón eczematoso y retraído. Se palpaba induración retroareolar difusa y adenopatía axilar izquierda. En la mamografía se observaron microcalcificaciones retroareolares de aspecto sospechoso. Se realiza PAAF de la adenopatía axilar que resultó sospechosa de malignidad. Una biopsia escisional de la lesión dio el diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante.

Se plantea realizar mastectomía radical modificada y el estudio anatomopatológico de la pieza es de carcinoma ductal infiltrante de 23 mm de diámetro, con invasión linfovascular. Enfermedad de Paget del pezón. Dos adenopatías axilares positivas en nivel I. Es remitida al Servicio de Oncología, y

tras valorar el estudio anatomopatológico deciden realizar tratamiento adyuvante con quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia sobre pared y nivel I axilar.

Comentarios:

El diagnóstico de esta afección es fundamentalmente histológico y ante cualquier eczema rebelde del aréola o pezón debemos plantear el diagnóstico mediante una biopsia.

El tratamiento dependerá fundamentalmente de la existencia o no de un carcinoma subyacente. Cuando no se asocia a a lesión intramamaria se realizará cirugía conservadora y radioterapia adyuvante. En caso de carcinoma se recomienda mastectomía radical.

Un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado a su enfermedad mejoran el pronóstico de esta enfermedad.

Intervención de altemeier en el tratamiento de un prolapso rectal completo asociado a tumor maligno de recto

Francisco J. del Rio Lafuente; Paola Fernandez Zamora; Francisco del Rio Marco

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Con el término de prolapso rectal, se denomina al descenso circunferencial de la pared rectal a través del orificio anal. Es completo cuando lo que hace prociencia es todo el espesor de la pared del recto, incluida la capa muscular. Predomina claramente, en el sexo femenino. En 1634, Ambrosio Paré pensaba que el prolapso provenía de una parálisis de los músculos elevadores. Fue Parks en 1977 el que identificó como causa más habitual su origen neurógeno. Muchas son las técnicas que se han propuesto para tratar estos pacientes, unos abordan el problema por vía transabdominal (rectopexia, técnica de Moschowitz, técnica de Gabriel) y otros por vía perineal (cerclaje anal, técnica de Delorme, proctosigmoidectomía de Altemeier).

Caso clínico: Paciente de 92 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y prolapso rectal de larga duración con frecuentes episodios de protusión en los que siempre se había logrado la reducción manual. Acude a Urgencias por nuevo episodio de prolapso, esta vez irreductible. A la exploración se apreciaba el recto prolapsado con áreas de necrosis en su pared. También se apreciaba una neoformación vegetante y ulcerada de aspecto maligno en cara lateral del segmento prolapsado. Intervenido de urgencia se practicó proctosigmoidectomía perineal resecaando el segmento prolapsado junto con la tumoración. Se realizó sutura de ambos cabos con puntos sueltos de material reabsorbible y se dejó un tutor plástico endoanal para proteger la anastomosis. El informe anatomopatológico de la pieza resecaada fue de prolapso rectal y adenocarcinoma bien diferenciado en estadio A de Dukes. El postoperatorio transcurrió con normalidad.

Comentarios: Las técnicas transabdominales ofrecen mejores resultados funcionales y una tasa de recidiva inferior al 10%. No obstante, en pacientes ancianos con severas enfermedades crónicas deben practicarse técnicas con baja morbilidad. La proctosigmoidectomía de Altemeier ofrece una

tasa de recidivas que llega hasta el 50 % en algunas series, pero reúne características únicas como la posibilidad de efectuarla con anestesia loco-regional, su relativa sencillez y el hecho de poderse repetir ante una recidiva. Sin embargo, la solución a este problema debe ser individualizada para cada paciente en función de sus circunstancias.

Las esplenectomías por afección hematologica

Francisco J. del Rio Lafuente; Paola Fernandez Zamora; Francisco del Rio Marco

POSTER. CIRUGIA ENDOCRINA

Introducción: Las importantes funciones que cumple el bazo en el mantenimiento de la homeostasis del tejido sanguíneo (Filtración, Fagocitosis, Función de reservorio de hemáties, Respuesta inmunitaria y Hematopoyesis) lo convierten en el objetivo de un método terapéutico quirúrgico, la esplenectomía, con la que se trata de mejorar una determinada situación patológica. Tres son las vías por las cuales la esplenectomía puede ser efectiva en el tratamiento de algunas hemopatías: A) Mediante la eliminación de su capacidad destructora, normal o ligeramente incrementada. B) A través de la exéresis de un bazo aumentado de volumen (esplenomegalia) y exacerbado en su función (hiperesplenismo) que destruye y retiene un número excesivo de células normales o alteradas. C/ Mejorando el estado general del paciente y la semiología que depende de la existencia de una esplenomegalia voluminosa.

Objetivo: Analizar las indicaciones, técnicas y resultados de la esplenectomía por enfermedad hematológica.

Material y método:

Se incluyen 257 pacientes, 172 mujeres y 85 hombres, con una edad media de 42,6 años (18 – 87 años). La indicación de esplenectomía fue realizada por el Servicio de Hematología, teniendo en cuenta la exploración, tratamiento y evolución de estos pacientes.

Según su patología la púrpura trombocitopénica fue la indicación más frecuente con 138 casos, mientras que el hiperesplenismo fue la segunda causa con 52 casos. La enfermedad de Hodgkin fue la causa de 46 esplenectomías. También se han recogido 16 casos de leucemia mieloide crónica y 5 tumores sólidos.

Antes de realizar una esplenectomía, es recomendable una vacunación antimeningocócica y antineumocócica, 15 días antes de la intervención.

La profilaxis antibiótica se realiza al inicio de la anestesia.

Resultados: La vía de abordaje preferente ha sido la subcostal izquierda en 187 casos; la supraumbilical media en 55 casos. La esplenectomía laparoscópica ha sido realizada en 15 ocasiones, teniendo que convertirla en cirugía abierta en 2 ocasiones.

La morbilidad global ha sido de 26 pacientes (10,1%). Se han tratado de 12 complicaciones pulmonares, 1 absceso subfrénico, 5 abscesos de pared, 1 evisceración, 2 íleos paralíticos, 4 flebotrombosis y 1 retención urinaria. Ha habido 5 fallecimientos.

Conclusiones:

La decisión o no de intervenir, el momento de la intervención y la vigilancia de los enfermos implican una estrecha colaboración entre hematólogos y cirujanos. La esplenectomía laparoscópica, cuando está indicada, es actualmente el tratamiento de elección de ciertas enfermedades hematológicas

Perforación sigmoidea por emigración de una prótesis biliar

Francisco J. del Rio Lafuente; Paola Fernandez Zamora;
Francisco del Rio Marco

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La emigración distal de una endoprótesis biliopancreática son acontecimientos raros, generalmente benignos, pero que pueden convertirse en complicaciones graves, como la perforación de un segmento del tubo digestivo.

Presentamos el caso de un paciente que presentó una perforación sigmoidea como consecuencia de la emigración distal de una endoprótesis biliar colocada como tratamiento paliativo de un cáncer de cabeza de páncreas.

Caso Clínico: Paciente de 73 años de edad que ingresó para tratamiento de un adenocarcinoma resecable de cabeza de páncreas. En un primer tiempo se realizó una esfinterotomía endoscópica y se colocó una endoprótesis plástica de 5 cm. de longitud y 10 French de diámetro. A la semana de realización del drenaje biliar, una TAC abdominal realizada por presentar el paciente un cuadro de clínico de peritonitis localizada en hemiabdomen izquierdo, muestra una perforación sigmoidea, producida por la endoprótesis, con una reacción inflamatoria local y neumoperitoneo.

En la laparotomía exploradora realizada se encuentra una perforación de un divertículo sigmoideo producida por la endoprótesis y realizando una resección sigmoidea sin restablecimiento de la continuidad digestiva (HARTMANN). Abierta la pieza operatoria se confirma la perforación de un divertículo sigmoideo producida por la endoprótesis.

Comentarios:

La endoprótesis biliar se ha considerado como el tratamiento de primera intención en las patologías obstructivas biliares benignas y del tratamiento paliativo del cáncer de páncreas inoperable, debido a su eficacia (90%) y a su reducida morbilidad (angiolocolitis 16%; pancreatitis aguda, 7%; perforación y hemorragia 2%). La controversia se produce en cuanto a su utilización preoperatoria en el cáncer de páncreas resecable. Las endoprótesis plásticas están indicadas en el tratamiento de las afecciones benignas y en tratamientos preoperatorios ya que son más fáciles de colocar, de retirar y son más baratas. El mayor inconveniente es la obstrucción y en menor medida su emigración. Las endoprótesis metálicas se emplean en tratamientos paliativos debido a su menor riesgo de obstrucción y el de su emigración.

Una vigilancia clínica (dolor abdominal, fiebre) y paraclínica (endoscopia, radiología) son necesarias para diagnosticar, lo antes posible, la emigración de la prótesis y su extracción endoscópica y evitar de esta manera la morbilidad de una per-

foración digestiva. Esta perforación se produce la mayoría de las veces en el duodeno y menos frecuentemente en el colon,

Cirugía del Quiste Tirogloso: 20 años de experiencia.

Jimenez Vega FJ, Moles Morenilla L, Gómez Rubio D,
Ponce Guerrero I, Ruiz Juliá ML, Claro Alves B, Recio Moyano, G

ORAL. CIRUGIA ENDOCRINA

Introducción: Actualmente existe consenso en cuanto al diagnóstico, basado en la clínica y apoyado frecuentemente en una prueba de imagen, sobretodo ecografía, y menos veces con PAAF, así como en el tratamiento mediante la operación de Sistrunk. Menos unánime es la opinión sobre el tratamiento del carcinoma del mismo, habitualmente papilar, existiendo división de opiniones en cuanto a seguimiento o practicar tiroidectomía total añadida. Presentamos nuestra experiencia.

Material y métodos: Analizamos retrospectivamente la exéresis de 64 quistes tiroglosos realizadas en nuestro hospital entre 1992 y 2011. El abordaje fue mediante cervicotomía transversa sobre la tumoración y en todos se realizó la operación de Sistrunk. Se analizan datos demográficos, pruebas complementarias, complicaciones, recidivas, malignidad y actitud ante la misma, estancia hospitalaria postoperatoria y diagnósticos anatomopatológicos de quistes no tiroglosos

Resultados: Se intervinieron 64 pacientes, 35 varones y 29 hembras, con una edad media de 25,3 años (rango 3-79). En 31 (48%), se practicó ECO cervical que fue diagnóstica en 28 (90%), y en 33 (51%) se realizó PAAF, diagnóstica en 20 (61%). Como complicaciones se recogen 6 hematomas (9,37%), 2 de los cuales precisaron reintervención y hubo 1 recidiva (1,56%) y otra operada fue de una intervención en otro centro. Se diagnosticaron 2 ca papilares (3,12%), ambos postoperatoriamente, en los que se practicó tiroidectomía total en ambos casos. La estancia hospitalaria fue de 1,1 días (rango 0-4). Como diagnósticos anatomopatológicos de supuestos quistes del conducto tirogloso que no se confirmaron se recogen: 4 quistes dermoides, 4 ganglios linfáticos, 3 nódulos tiroideos benignos y 2 ca papilares tiroideos y 1 tejido fibroadiposo

Conclusión: La prevalencia de cirugía del quiste del conducto tirogloso en nuestra área sanitaria (alrededor de 400.000 hab) fue de 3,42 casos/año. La intervención de Sistrunk ofrece unos excelentes resultados en cuanto a complicaciones y recidivas. Actualmente no hay unanimidad en el tratamiento de los carcinomas, pues su baja frecuencia y la amplia expectativa de vida habitual del ca papilar de tiroideos dificulta la existencia de series amplias que permitan conclusiones claras que propicien actitudes unánimes. En nuestros dos casos en la elección del tratamiento fue decisiva la opinión del paciente. En nuestra experiencia el hecho de tener 2 casos que requirieron intervención, y el haberse referido en la literatura la existencia de hematoma sofocante como complicación, hace que seamos extremadamente prudentes al plantear el tratamiento en régimen de CMA

Introducción de la cirugía laparoscópica adrenal en un hospital de nivel II

Jiménez Vega FJ, Gomez Rubio D, Mulet Zayas O, Recio Moyano G, Claro Alves B

ORAL. CIRUGIA ENDOCRINA

Introducción: En el momento actual existen opiniones encontradas en cuanto a la utilización de la vía laparoscópica por todas las Unidades de Cirugía Endocrina o reservar esta vía a Centros de gran tamaño que tienen una casuística elevada. El objetivo de esta comunicación es aportar la experiencia de un Hospital de tamaño medio con un área hospitalaria de unos 400.000 habitantes y valorar la reproducibilidad y seguridad de la cirugía laparoscópica adrenal mostrando el tramo inicial de nuestra curva de aprendizaje "Material y métodos": Análisis prospectivo de los diez primeros casos de cirugía adrenal por vía laparoscópica llevados a cabo en nuestra Unidad de Cirugía Endocrina entre diciembre 2010 y marzo 2012.

El abordaje fue transperitoneal lateral en todos los pacientes. Se analizan datos demográficos, comorbilidad, diagnóstico, riesgo anestésico-quirúrgico (ASA), tamaño de las lesiones, tasa de conversión, tiempo quirúrgico, mortalidad, complicaciones y estancia hospitalaria postoperatoria "Resultados": Se operaron 7 mujeres y 3 varones con una edad media de 53,5 a (32-68). En 2 casos se asoció colecistectomía por coledocitis y en uno tiroidectomía total por bocio endocrítico. En la comorbilidad destacaron HTA en el 50%, obesidad (IMC > 30) 20%. Los diagnósticos fueron 4 incidentalomas, 2 aldosteronomas, 3 S de Cushing y 1 feocromocitoma. En cuanto al riesgo anestésico-quirúrgico 1 ASA IV, 6 ASA III y 3 ASA II. El tamaño medio de las lesiones fue de 5,76 cms (3,5 a 7,8). La tasa de conversión fue 0%. El tiempo quirúrgico medio fue de 107,5 minutos (85-140). No hubo mortalidad. Como complicaciones se presentaron dolor dorso lumbar intenso en un caso, infección respiratoria e insuficiencia cardiaca en otro y hematoma moderado en pared. La estancia hospitalaria postoperatoria media fue de 4,1 días (3-8).

Conclusión: La vía laparoscópica en la cirugía adrenal en nuestra aun corta experiencia se ha

mostrado segura reproducible y eficiente con una casuística de unos 7 casos año

Modulación psicológica en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico con o sin hernia de hiato intervenidos quirúrgicamente

F.J. Pérez Lara, G. Carranque, J. Hernández, H. Oehling, M.J. Castro, J. Doblas, A. del Rey, H. Oliva

ORAL. MISCELÁNEA

Introducción: Con frecuencia se ha venido relacionando la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) con algunas dimensiones psicológicas. El presente estudio evalúa la influencia que ejerce el estado de ánimo, la inteligencia emocional y la calidad de vida percibida sobre la sintomatología

clínica y los resultados de la cirugía antirreflujo en pacientes con hernia de hiato o sin ella.

Material y Método: Se incluyen en el estudio 61 pacientes diagnosticados de ERGE entre 2001 y 2008, 16 sin hernia hiatal (grupo A) y 45 con hernia hiatal (grupo B). Todos fueron sometidos a cirugía antirreflujo por vía laparoscópica. Se evaluaron clínicamente y a través de los instrumentos: Cuestionario de Salud SF-36, Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI), Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) y Trait Meta-Mood Scales (TMMS-24).

Resultados: El análisis estadístico se efectuó con el test Chi-cuadrado para comparación de dos proporciones y el test T de Student (con la corrección de Bonferroni) cuando se compararon dos medias. Los pacientes del grupo A (sin hernia) eran más jóvenes ($p < 0.001$) y con riesgo ASA más bajo. Obtuvieron puntuaciones más altas en las dimensiones del SF-36: función física (FF), rol físico (PF), función social (FS) y rol emocional (RE) $p < 0.001$. En el GIQLI, puntuaron más bajo en la dimensión emocional (E) $p = 0.0068$; y en el HAD presentaron mayor puntuación en las subescalas de Ansiedad ($p < 0.001$) y Depresión (sin significación estadística). Los varones del grupo A en las subescalas del TMMS comprensión y regulación emocional, puntuaron más alto que los del grupo B $p < 0.001$; mientras que son las mujeres del grupo B las que tenían puntuaciones más elevadas en comprensión emocional $p < 0.0012$.

Conclusión: Los pacientes con ERGE sin hernia de hiato presentan una mejor calidad de vida percibida en cuanto a la dimensión física de salud. Sin embargo, manifiestan niveles más altos de ansiedad que interfiere en su vida social, sin afectar a su vida familiar y laboral. Asimismo, se observa en ellos una menor tolerancia a situaciones vitales estresantes, a la frustración, miedo e inquietud. Las mujeres del grupo sin hernia poseen menor comprensión emocional; sucediendo lo contrario en los varones que mantienen una mayor comprensión y regulación de sus emociones. Es posible que los pacientes con ERGE sin hernia (enfermedad más funcional que orgánica) respondan a un perfil psicológico con mayor carga afectiva, que sería interesante tener en cuenta a la hora de planificar el tratamiento multidisciplinario, no obstante hacen falta estudios con un mayor número de pacientes para confirmar estos hallazgos.

Modulación psicológica en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico intervenidos quirúrgicamente

F.J. Pérez Lara, G. Carranque, H. Oehling, J. Hernández, T. Galeote, R. Marín, J.M. Mata, H. Oliva

ORAL. MISCELÁNEA

Introducción: Con frecuencia se ha venido relacionando la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) con algunas dimensiones psicológicas. El presente estudio evalúa la influencia que ejerce el estado de ánimo, la inteligencia emocional y la calidad de vida percibida sobre la sintomatología

clínica y los resultados de la cirugía antirreflujo comparados con la población general.

Material y Método: Se incluyen en el estudio 61 pacientes diagnosticados de ERGE entre 2001 y 2008. Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía antirreflujo por vía laparoscópica. Se evaluaron clínicamente y a través de los instrumentos: Cuestionario de Salud SF-36, Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI), Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) y Trait Meta-Mood Scales (TMMS-24).

Resultados: El análisis estadístico se efectuó con el test Chi-cuadrado para comparación de dos proporciones y el test T de Student (con la corrección de Bonferroni) cuando se compararon dos medias. En el test SF-36 los pacientes puntuaron por debajo de los valores de la población general en todos los ítems, al igual que ocurrió en el test GIQLI. En la escala HAD los pacientes puntuaron la ansiedad en el rango dudoso de la normalidad y la depresión en niveles considerados patológicos. Finalmente en el test TMMS-24 los resultados en las tres subescalas se encuentran por en el límite bajo de la normalidad.

Conclusión: Los pacientes intervenidos por ERGE presentan puntuaciones por debajo de los niveles normales en el test de salud general y test de calidad de vida gastrointestinal. Por otra parte presentan niveles patológicos depresión y en los límites de la normalidad en cuanto a inteligencia emocional y ansiedad, por lo que creemos que un mejor conocimiento del perfil psicológico de los pacientes con ERGE, facilitaría la aplicación de tratamientos individualizados médicos y psicológicos con mayores posibilidades de éxito.

Colectomía izquierda parcial laparoscópica por neoplasia de ángulo esplénico. Abordaje medial-lateral y anastomosis intracorpórea.

Francisco José García Molina, Mercedes Díaz Oteros, Elisa Mostes Posada, Juan de Dios Franco Osorio, Francisco J Mateo Vallejo

VÍDEO. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción. La movilización laparoscópica del ángulo esplénico del colon es un procedimiento complejo. En este vídeo mostramos una resección oncológica segmentaria de esta zona del colon con anastomosis intracorpórea colo-cólica.

Caso clínico. Mujer de 59 años, IMC 35, diabética tipo II, hipertensa y mastectomizada un año antes. Tras una elevación de los marcadores tumorales y el estudio subsiguiente (colonoscopia, enema opaca y tomografía computerizada) se le diagnosticó un adenocarcinoma en ángulo esplénico del colon. **Intervención:** abordaje laparoscópico en posición de semilitotomía, cirujano y cámara a la derecha del paciente; ayudante y pantallas a la izquierda. Se colocaron 6 trocares. Para el sellado y sección de vasos y mesos se utiliza LigaSure™. 1ª fase: disección medial-lateral desde el ángulo de Treitz seccionando la arteria cólica izquierda e identificando la vena mesentérica inferior que se respeta. La disección sobre la fascia de Told se amplía lateral y cranealmente hasta alcanzar el páncreas y seccionar la raíz del mesocolon transversal

que da paso a la transcavidad. Movilización lateral del colon descendente hasta el ángulo esplénico y sección del sigma proximal con endograpadora-cortadora. 2ª fase: apertura del ligamento gastrocólico hacia la derecha y después hacia el bazo alcanzándose la superficie anterior del páncreas y liberándose por completo el ángulo esplénico con una generosa porción de epliplon. Sección del mesocolon desde el ángulo de Treitz hacia el colon transversal incluyendo los vasos cólicos medios. El colon transversal se secciona a 10 cm del tumor. 3ª fase: anastomosis intracorpórea colo-cólica T-T funcional con endograpadora-cortadora y cierre del orificio marginal resultante con doble sutura manual. Finalmente la pieza se extrae por una minilaparotomía media de 6 cm. El sangrado fue inapreciable. Postoperatorio sin incidentes con alta al 5º día. **Comentarios.** La estrategia quirúrgica puede ser discutible y algunos cirujanos preferirían una hemicolectomía izquierda clásica o incluso una colectomía subtotal. Todas son oncológicamente aceptables. Por otro lado está la dificultad del abordaje laparoscópico de esta zona del colon, si bien la visión que se obtiene por esta vía no es mejorable con una laparotomía, sobre todo en obesos. En cuanto a la anastomosis intracorpórea, aunque requiere más tiempo, pensamos que se realiza con menos tracciones que si se extraen los dos extremos del colon por la minilaparotomía.

Hepatectomía izquierda por hepatolitiasis

Lopez Ordoño, G; Lopez Del Pino, M.P; Motos Micó, J.J.; Morales Gonzalez, Alvaro; Vargaz Fernandez, JM; Orte Martinez, A. G.

UnidadHBP, Hospital Torrecardenas. Almería

VÍDEO. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

OBJETIVO: Se presenta vídeo mostrando el caso clínico de una Hepatectomía Izquierda por Hepatolitiasis.

Introducción: La Litiasis Biliar Intrahepática es un proceso clínico frecuente en los países asiáticos (10-15%) y muy rara en los países occidentales (<1%). Supone un reto para el cirujano, por las diferentes estrategias de tratamiento, la frecuente recurrencia de la patología y el riesgo de desarrollar Colangiocarcinoma.

MATERIAL Y METODOS: Se presenta el caso de una paciente de 55 años de edad, sin antecedentes clínicos de interés que consulta por dolor abdominal, sin alteraciones analíticas relevantes, con dilatación de la vía biliar intrahepática izquierda en la ecografía. Se practica Colangiografía-RM que objetiva los hallazgos descritos y descarta afectación del hígado derecho y/o extrahepática. Se realiza Hepatectomía Izquierda abierta, con control vascular selectivo, sin maniobra de Pringle.

Se discute la clasificación, epidemiología y algoritmo de manejo de la hepatolitiasis.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN: La etiología de la HL no está claramente determinada. La estasis biliar, la infección biliar y la producción de mucina biliar son los factores más importantes para la formación de HL. No hay diferencia de prevalencia entre sexos como ocurre en la colelitiasis y es más frecuente en la 3ª y 4ª década de la vida. Se cree que hay fac-

tores genéticos y ambientales implicados, ya que la HL es más frecuente en las áreas rurales y en pacientes con nivel socioeconómico bajo probablemente relacionado con la dieta ingerida.

La hepatectomía del segmento afecto incluyendo las litiasis intrahepáticas y las posibles estenosis biliares es probablemente la mejor opción terapéutica, ya que obtiene los mejores resultados a largo plazo (85-95% de éxito terapéutico), elimina la estasis biliar y evita el riesgo de malignización. Está especialmente indicada, cuando hay: a) HL monolobar especialmente si se localizan en el hígado izquierdo; b) lóbulo atrófico o con múltiples abscesos secundarios a colangitis; c) colangiocarcinoma; y d) pacientes con estenosis múltiples intrahepáticas no tratables endoscópicamente. Entre el 4 y 16% de los pacientes a los que se les realiza hepatectomía presentarán HL en el hígado remanente, tasa muy inferior a la obtenida con cualquier técnica derivativa. En los pacientes con enfermedad bilobar, se recomienda la realización de una hepatectomía izquierda y tratamiento percutáneo del lóbulo derecha. Cuando la hepatectomía no es factible, la técnica quirúrgica de elección es la hepaticoyunostomía, que es útil en casos de: HL bilobar, recidiva de la HL y cuando la vía biliar extrahepática está lesionada, pero no funciona cuando hay estenosis intrahepáticas

Enfermedad de crohn y cáncer colo-rectal

G Jiménez Riera, J Reguera Rosal, RM Jiménez Rodríguez, J Cañete Gómez, JM Díaz Pavón, JM Vázquez Monchul, JL Gollonet Carnicero, C Palacios González, JM Sánchez Gil, F Portilla de Juan, FJ Padillo Ruiz

ORAL. CIRUGIA COLORRECTAL

Introducción: Los adultos con enfermedad inflamatoria intestinal (EII)- enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU)- tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer colo-rectal (CCR) que la población general. Ese riesgo se relaciona principalmente con duración y la extensión anatómica de la enfermedad. La mortalidad del CCR sobre EII es mayor que en los casos esporádicos.

Objetivo: Analizar la incidencia de CCR sobre EEI en una serie histórica.

Material y métodos: Incluimos 1925 pacientes con EEI histológica (2004-2011). Analizamos datos demográficos, familiares, distribución, tiempo evolución y curso enfermedad.

Resultados: 1017 pacientes con EC y 908 CU. Desarrollaron CCR 11 (1,08%) y 2 (0,22%) respectivamente.

EC: 8 varones, edad media 59,5 (31-82) años. 6 casos de EC con diagnóstico incidental en estudio histológico postquirúrgico. 5 restantes: tiempo evolución EC 17,4 (4-32) años. Distribución: 3 colo-recto-perianal, 1 colo-rectal, 1 pancolitis, 2 colon derecho, 2 colon izquierdo, 2 rectal. Resección: una proctocolectomía total con amputación abdominoperineal (AAP), una colectomía total con resección anterior baja (RAB), 3 hemicolectomías, 2 RAB, 3 Proctectomía AAP, una sigmoidectomía. Anatomía patológica: un adenoma displasia bajo grado, 4 adenocarcinoma (ADC) colon, 4 ADC recto, un ADC mucinoso colon; un ADC recto y fístula perianal. Dos casos con antecedentes familiares CCR, uno menor de 60

años al diagnóstico. Mortalidad: primer año de seguimiento, 18%, tercer año, 36%.

CU: 2 varones, edad media 57,5 (41-74) años. Uno incidental, otro 7 años evolución. Una afectación recto-sigmoidea, desarrollando ADC colon. Mortalidad primer y tercer año, 50%. Un antecedente familiar de CCR (mayor 60 años).

Conclusiones: En EC estos datos concuerdan con los publicados. En CU las cifras son menores. En ambos el diagnóstico de CCR es más tardío. En nuestra serie no parece haber relación entre la extensión de EII y la frecuencia de CCR.

Fístula aorto-entérica tras evar

G Jiménez Riera, D Aparicio Sánchez, S García Ruiz, C Martín, JM Sánchez Rodríguez, J Ponce, M Canalejo, E Bataller, JJ Castilla, F Gómez Tadeo

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La reparación endovascular de los aneurismas de aorta abdominal (AAA) excluye el aneurisma del sistema circulatorio, mediante la inserción a distancia de un dispositivo tubular impermeable, autosustentable por stents metálicos, que se "sella" en los segmentos proximal y distal mediante su propia fuerza radial.

Material y métodos

Presentamos el caso de un varón de 71 años, con HTA, obesidad, dislipemia, cardiopatía isquémica crónica revascularizada, insuficiencia renal leve y exfumador, sometido a reparación endovascular de AAA infrarrenal con una endoprótesis aorto-monoiliaca derecha y by-pass fémoro-femoral derecha-izquierda.

Dos años después ingresa por cuadro de malestar general, fiebre, dolor lumbar e hipogástrico, fracaso renal agudo. TC: crecimiento del saco aneurismático de 8,1 a 9,2 cm sin demostrar endofuga en TC previas de seguimiento, imagen compatible con fístula aorto-entérica, gas en saco aneurismático, datos de posible infección protésica.

Resultados: Se decide intervención quirúrgica confirmando la existencia de la fístula aorto-duodenal, realizándose by-pass axilo-prótesis femoral derecha, apertura del aneurisma (con absceso en hematoma intraaórtico), exéresis de la prótesis y plastia de yeyuno sobre el duodeno. El séptimo día postoperatorio, comienza con fiebre, dolor abdominal y emisión de material sero-purulento por drenaje abdominal. Se realiza nueva TC de abdomen: absceso retroperitoneal que se drena quirúrgicamente. Evoluciona de forma desfavorable, siendo éxitus al décimo día postoperatorio a causa de fallo multiorgánico secundario a shock séptico.

Discusión

El tratamiento endovascular de AAA se asocia a complicaciones propias de este procedimiento: Lesión del acceso arterial, microembolización, desplazamiento, mal posicionamiento, desgaste o desgarrado de la prótesis, oclusión de las ramas arteriales principales, endofuga, síndrome "post-implantación", compresión, estenosis u oclusión de los brazos, infección o

trombosis de la prótesis, Kinking, fístulas aorto-entéricas, crecimiento o rotura del aneurisma.

Las fístulas aorto-entéricas (FAE) pueden manifestarse como hemorragia digestiva, sepsis o dolor abdominal. Aunque son poco frecuentes, su elevada mortalidad las convierte en una complicación temible. Las primarias son muy poco frecuentes. Las secundarias injertos protésicos están bien documentadas. Hay pocos casos publicados de FAE secundarias a reparación endovascular de AAA, cuya manifestación típica es la infección y cuadro séptico. Se recomienda exéresis del injerto infectado y derivación extra-anatómica. Estudios recientes sugieren que algunos pacientes pueden ser tratados de forma conservadora.

Es una técnica menos invasiva, pero requiere un seguimiento más frecuente y complejo que la cirugía abierta o convencional.

Hemorragia digestiva baja aguda

G Jiménez Riera, J Tinoco González, JC Herrera del Castillo, M Flores Cortés, M Pérez Andrés, RM Jiménez Rodríguez, I García González, F López Bernal, F Pareja Ciuró, FJ Padillo Ruiz

POSTER. MISCELÁNEA

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA

G Jiménez, J Tinoco, JC Herrera, M Flores, M Pérez, RM Jiménez, I García, F López, F Pareja, FJ Padillo

Introducción: La hemorragia digestiva (HD) aguda presenta una mortalidad del 6-10% en la HD alta, y del 4% en la HD baja. La tomografía computarizada (TC) puede ser una exploración diagnóstica de primera elección en la HD masiva, sustituyendo a la angiografía.

Material y métodos

Presentamos el caso de un varón de 31 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por hematoquecia profusa y cuadros presinco-pales. Tras administración de 2000 cc volumen, transfusión 5 concentrados de hemáties, presentaba cifras tensionales de 90/60 mm Hg, frecuencia cardíaca de 100 lpm, hemoglobina de 60 g/dl, por lo que se realizó colonoscopia urgente (sin preparación) hasta ciego, sin encontrar foco sangrante. La angioTC evidenció un punto de sangrado activo a nivel de íleon.

Resultados: Se decide intervención quirúrgica urgente, evidenciándose lesión polipoide de unos 3 mm, a 90 cm de la válvula ileo-cecal, con vaso sangrante activo. Se realiza resección segmentaria de 4 cm y anastomosis latero-lateral manual. El paciente fue dado de alta el 5º día postoperatorio sin nuevos episodios de sangrado. Anatomía patológica: hemangioma cavernoso submucoso con ulceración superficial (la lesión vascular se encuentra en relación directa con el punto de sangrado).

Discusión

Las HD bajas suponen el 25% de las HD. Un 12% tienen un origen alto, fundamentalmente los sangrados importantes. Son masivas cuando precisan transfusión de 4 concentrados de hemáties en 24 horas, caída > 20% del hematocrito, hemoglobina <100 g/l, TAS < 100 mm Hg o frecuencia cardíaca > 100

latidos/minuto. Causas más frecuentes de HD baja en adultos jóvenes: divertículo de Meckel, enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos y angiodisplasias. La colonoscopia está indicada en sangrados de colon e íleon distal. La preparación retrasa la prueba 3-4 horas, y existe hasta un 15% son incompletas, con una baja sensibilidad. La angioTC es un método disponible, no invasivo, rápido, permite visualizar todo el tracto digestivo, detecta lesiones, identificar su vascularización, posibles anomalías vasculares, y no precisa una preparación especial. Puede detectar sangrados a débitos bajos (inferior al que necesita la angiografía). La angiografía por TC permite obviar la realización de una angiografía, o localizar el punto de sangrado, orientar el tratamiento y determinar su etiología y pronóstico. Si la colonoscopia y la TC son negativas, y el paciente está hemodinámicamente inestable, debe realizarse una arteriografía.

Trasplante hepático y fallo primario del injerto

G Jiménez Riera, DA Bernal Moreno, C Bernal Bellido, G Suárez Artacho, LM Marín Gómez, JM Álamo Martínez, J Serrano Díez-Canedo, MA Gómez Bravo, FJ Padillo Ruiz

PÓSTER. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: El fallo primario del injerto (FPI) se define como ausencia de recuperación de función celular durante el post-trasplante. Supone una causa importante de retrasplante y mortalidad en el postoperatorio inmediato.

Objetivos: Analizar la incidencia de FPI en nuestra serie y determinar posibles factores de riesgo.

Material y métodos

En los trasplantes de 1999 a 2011 que presentaron FPI, analizamos las características del donante (edad, sexo, índice de masa corporal, natremia, días de estancia en UCI, uso de fármacos vasoactivos), calidad del injerto, solución de preservación utilizada y tiempo de isquemia fría.

Resultados: De los 667 pacientes que fueron sometidos a TH durante el periodo estudiado, 12 presentaron FPI (1,8%).

Las características del donante fueron: Donante femenino en el 58% , edad media de los donantes de 53,5 años, edad mayor de 70 años en el 25% , IMC mayor de 30 (obesidad) en el 17% , natremia mayor de 155 mmol/L en el 25% , estancia en UCI mayor o igual a 5 días en el 25% , uso de drogas vasoactivas a dosis elevadas en el 50% . Órganos subóptimos en el 67% .

El tiempo de isquemia fría fue menor de 10 horas en el 8,3%. La solución de preservación fue Wisconsin en el 58% y Celsior en 25% .

Un paciente recibió retrasplante (8,3%), 5% de los retrasplantes realizados, 11 pacientes fallecieron (mortalidad del 91,6%), 12% de la mortalidad global en los primeros 30 días postrasplante.

Conclusiones:

La etiología del FPI es desconocida. Debido a la gran demanda de TH y la escasez de órganos disponibles, han aumentado los donantes "de riesgo". Es necesario optimizar cada paso del proceso para reducir al máximo las complicaciones, y

hacer un diagnóstico precoz de FPI para intentar el retrasplante urgente

Esplenectomía laparoscópica por torsión de un bazo errante

Gregorio González Álvarez, Paolo Fabiano, Diego Ramírez Soler, Andrés Gallardo Ortega, Susana Mezquita Gayango, Juan Antonio Pinto Moureira, Rafael Rosado Cobian.

VÍDEO. MISCELANEA

Introducción: El bazo errante es una entidad clínica poco frecuente que representa menos del 0,25% de todas las indicaciones para una esplenectomía, aunque su verdadera incidencia sigue siendo aún desconocida. Esta anomalía se encuentra más comúnmente en mujeres en edad fértil.

Caso clínico.

Mujer de 19 años de edad ingresó en urgencias con historia de dos semanas de evolución de dolor abdominal, que en las últimas horas se hizo más intensa. Los parámetros bioquímicos de rutina fueron normales. La ecografía mostró una esplenomegalia hipoeoica sin flujo arterial o venoso. La tomografía axial computada (TC) mostró una masa homogénea de 171 x 129 x 73 mm que desplazaba el estómago y el colon, y puso de manifiesto la ausencia del bazo en su posición anatómica normal. Debido a la esplenomegalia sintomática por torsión crónica, se realizó una esplenectomía laparoscópica con colocación de 4 trócares. El tiempo quirúrgico total fue de 90 minutos y la pérdida de sangre fue mínima. Al tercer día postoperatorio la paciente fue dada de alta.

Comentarios.

El bazo errante es una enfermedad poco frecuente, pero debe tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial de abdomen agudo, especialmente en mujeres jóvenes con una masa palpable dentro del abdomen. El abordaje laparoscópico es técnicamente factible y seguro, basado en las conocidas ventajas que ofrece el abordaje mínimamente invasivo, y debe considerarse como el tratamiento de elección para esta rara enfermedad.

Pancreatectomía distal vía laparoscópica: una técnica segura

Gregorio González Álvarez, Paolo Fabiano, Diego Ramírez Soler, Andrés Gallardo Ortega, Susana Mezquita Gayango, Juan Antonio Pinto Moureira, Rafael Rosado Cobian.

VÍDEO. CIRUGÍA ENDOCRINA

Introducción: La cirugía laparoscópica del páncreas distal ha ganado popularidad en la última década. La pancreatectomía distal es una opción segura y viable para las resecciones pancreáticas distales en centros con experiencia. La tasa de complicaciones postoperatorias es comparable a la de la pancreatectomía laparotómica. La pancreatectomía distal laparoscópica se asocia con una menor pérdida de sangre durante la

cirugía, a mayor tasa de conservación esplénica y a una menor duración de la hospitalización.

Caso clínico: Mujer de 75 años diabética, dislipémica y con cardiopatía isquémica y gastritis y con antecedentes quirúrgicos de apendicectomía, histerectomía, hernioplastia inguinal derecha y prótesis de rodilla, que es remitida a nuestra consulta por parte de digestivo por síndrome emético autolimitado, sin síndrome constitucional, clínica de pesadez postprandial, sin otros hallazgos de interés. Se realizó gastroscopia objetivando gastritis crónica antral y en el TC se objetiva imagen tumoral de cola de páncreas con patrón multiquístico y calcificaciones en su interior de 65 x 44 x 59 mm que contacta con la vena esplénica y renal izquierda sin englobarla (30% de contacto), sin que se visualice infiltración de la mesentérica superior ni del tronco celíaco. El tumor contactaba con el estómago y asas intestinales sin evidentes signos de infiltración por este método.

La paciente se intervino y se realizó una pancreatectomía laparoscópica distal a través de 4 trócares vía totalmente laparoscópica y preservación esplénica sin mayores complicaciones. La paciente fue dada de alta al quinto día postoperatorio sin complicaciones.

La anatomía patológica ha sido informada como adenoma seroso microquístico, con márgenes quirúrgicos libres.

Comentarios

Un metaanálisis publicado en abril de 2012 que incluye 18 estudios concluye que con la pancreatectomía distal vía laparoscópica se produce una menor pérdida de sangre y menor estancia hospitalaria. Hubo menos complicaciones postoperatorias en general e infección de la herida, sin un aumento sustancial del tiempo operatorio. No se pudo realizar una evolución minuciosa de los resultados oncológicos aunque la positividad de los márgenes son comparables a los de la técnica abierta. Todo esto sugiere que puede ser una técnica factible ante tumores de la cola del páncreas, independientemente de su malignidad o no, en manos de cirujanos experimentados.

Tratamiento quirúrgico laparoscópico de la enfermedad diverticular de colon complicada

Gregorio González Álvarez, Paolo Fabiano, Diego Ramírez Soler, Andrés Gallardo Ortega, Susana Mezquita Gayango, Juan Antonio Pinto Moureira, Rafael Rosado Cobian.

VÍDEO. CIRUGÍA COLORRECTAL

Un tercio de los pacientes con Enfermedad Diverticular del Colon presentará algún episodio de Diverticulitis Aguda. De estos, en una cuarta parte se presentará una complicación. La enfermedad diverticular del colon complicada se define como una diverticulitis asociada a absceso, flemón, fístula, estenosis, obstrucción, sangrado o perforación. La indicación quirúrgica de cada complicación depende de cada caso; así la indicación quirúrgica de las fístulas colo-vesicales y colo-vaginales es clara dado que presentan cuadros repetidos de infecciones que pueden poner en serio riesgo al paciente. El abordaje quirúrgico tradicional ha sido la laparotomía, realizándose una resección de la zona afectada con anastomosis primaria.

La incidencia de fístulas en pacientes con diverticulosis asciende a un 4-20%, siendo en la mayoría de los casos colovesicales o colovaginales, estas últimas más frecuentes en mujeres intervenidas de histerectomía. Inicialmente, debido al origen inflamatorio de esta patología, el abordaje laparoscópico estaba contraindicado y la presencia de fístulas, estenosis o procesos inflamatorios severos habían demostrado aumentar la tasa de conversión y la morbilidad. Cada vez son más las publicaciones que defienden la indicación de cirugía laparoscópica para estas complicaciones, pues los datos que existen en la literatura en cuanto a la morbimortalidad de estos procesos no son concluyentes. Sin embargo, la experiencia del equipo quirúrgico si ha demostrado disminuir la tasa de conversión y el tiempo quirúrgico. Las fístulas colovesicales, colovaginales o colocutáneas no deben ser consideradas una contraindicación absoluta para realizar una colectomía laparoscópica. El procedimiento en estos pacientes requiere más habilidad que para los casos no complicados. Aumentar la experiencia en laparoscopia de los cirujanos colorrectales permitirá aumentar las indicaciones de la cirugía mínimamente invasiva para esta patología sin aumentar las complicaciones intraoperatorias, la tasa de conversión ni la morbimortalidad.

Presentamos un video con diversos ejemplos de tratamiento laparoscópico de enfermedad diverticular complicada.

Peritonitis aguda por perforación de divertículo yeyunal

Hermann Oehling, Juan Hernández Carmona, Ricardo Marín, Juan Guerrero Mantas *, Horacio Oliva.

*Servicio de Anestesia

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La diverticulosis yeyunal es una rara entidad, que probablemente no produce síntomas o bien estos son inespecíficos hasta que se producen complicaciones. Su incidencia varía entre un 0.2 % - 1.3 % de estudios de necropsias. Aunque la mayoría se comportan de forma asintomática, es probable que sean causantes de síntomas vagos o inespecíficos.

La causa de aparición de estos divertículos podría ser debida a una disfunción de la motilidad intestinal con sobrecrecimiento bacteriano, pudiendo tener relación con una degeneración de los plexos mientéricos, dada la mayor prevalencia en ancianos de 80 años.

La importancia radica cuando se presentan complicaciones, como obstrucción intestinal, hemorragia digestiva baja o perforación intestinal con peritonitis, así como la dificultad del diagnóstico previo al tratamiento quirúrgico.

Caso clínico: Paciente de 89 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2, disnea de esfuerzo grado II, FA crónica, prostatismo y ceguera OI. Anemia ferropénica en tratamiento. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de inicio epigástrico irradiado al resto del abdomen de unas horas de evolución. En la exploración destaca afectación del estado general con un abdomen con defensa muscular generalizada y hernia inguinal derecha no complicada.

Se realiza TAC de abdomen informado como abundante

líquido libre, dilatación de asas de delgado y edema de grada mesentérica.

Se interviene de forma urgente encontrando peritonitis purulenta por perforación de divertículo yeyuno - ileal, así como numerosos divertículos yeyunales. Se realizó lavado exhaustivo y resección de aproximadamente un metro de yeyuno con anastomosis primaria.

El paciente evolucionó satisfactoriamente salvo cuadro de descompensación cardiaca que mejoró con tratamiento. Posteriormente esta asintomático salvo anemia ferropénica crónica moderada que trata con suplementos de hierro oral.

Comentarios: Los divertículos yeyunales aunque infrecuentes pueden representar una amenaza vital. A pesar de los esfuerzos de diagnóstico preoperatorio, es raro alcanzarlo antes de la laparotomía. El tratamiento se realizará con arreglo a los hallazgos de la cirugía, incluyendo resecciones más o menos extensas en función de la zona afectada. En nuestro caso, debido al elevado número de divertículos, fue necesaria una resección de aproximadamente un metro. Es difícil obtener más conclusiones debido a la baja incidencia de ésta enfermedad.

Suprarrenalectomía izquierda: abordaje laparoscópico transperitoneal

Hermann Oehling, Javier Perez Lara, Maria Jesus Castro, Ricardo Marín Moya, Horacio Oliva.

VIDEO. CIRUGIA ENDOCRINA

Introducción: Los tumores adrenales comprenden un amplio rango de patologías, desde adenomas benignos no funcionantes, carcinomas adrenales, o tumores secretores adrenales (feocromocitoma).

La decisión de intervención quirúrgica se basa fundamentalmente en tumores funcionantes, tumores no funcionantes cuando alcanzan un tamaño de entre 4 / 6 cm y crecen (menores en jóvenes), o ante la sospecha de lesión maligna.

Hoy en día la laparoscopia se ha erigido como método de elección en el tratamiento de lesiones adrenales, salvo casos con sospecha de malignidad con peligro de ruptura de la capsula tumoral o extensión a otros órganos, o en casos de tumores mayores de 8 / 10 cm. El objetivo del video que presentamos es mostrar nuestra técnica en el tratamiento laparoscópico transabdominal anterior de un incidentaloma suprarrenal izquierdo. Empleamos este abordaje porque el paciente precisaba una colecistectomía por colelitiasis, y por la sospecha de una lesión paraaortica izquierda que planteaba dudas diagnósticas acerca de su origen retroperitoneal versus adrenal izquierdo.

Caso clínico: Se trata de una paciente con AP de obesidad, HTA y asma bronquial que presenta dolor abdominal epigástrico irradiado a ambos hipocondrios. Exploración normal salvo obesidad sin signos claros de feminización o masculinización. Estudio hormonal catecolaminas, corticoides y eje renina angiotensina normales.

TAC abdomen informando de colelitiasis y lesión paraaortica izquierda de 5.7 x 2.9 con áreas hiperdensas (sangrado) y calcificaciones (retroperitoneal versus suprarrenal).

RMN. Lesión en localización suprarrenal izquierda de 3,1 x 5 x 5 cm heterogénea con áreas de sangrado en su interior.

Se interviene la paciente previo consentimiento informado, y tras colecistectomía reglada, se coloca en decúbito lateral derecho con tres trocares en línea subcostal izquierda, apertura de gastrocólico y ligamentos frenoesplénico y esplenocólico. Apertura reflexión peritoneal esplénica. Disección para localizar vena renal y seccionar la vena adrenal y arteria adrenal media. Sección arteria adrenal superior. Disección y sección de pedículo adrenal inferior. Movilización de la adrenal del polo superior renal y separación de la grasa circundante. Extracción con bolsa.

Anatomía patológica. Hemorragia reciente de la medula suprarrenal.

Postoperatorio con cuadro de insuficiencia cardiaca que se resuelve con medicación., tiempo quirúrgico 95 minutos. Postoperatorio sin complicaciones.

COMENTARIOS: La patología suprarrenal comprende un amplio rango de lesiones, funcionantes o no funcionantes, malignas o benignas. El manejo es muy específico y debe ser realizado por equipos multidisciplinarios. En cuanto a la vía de abordaje debe acondicionarse a las preferencias y experiencias de cada equipo. En nuestro caso se opta por la vía transperitoneal por la necesidad de colecistectomía y por el diagnóstico previo de patología suprarrenal versus retroperitoneal.

Tratamiento laparoscópico de tumor de gist antral

Hermann Oehling, Javier Perez Lara, Maria Jesus Castro Santiago, Horacio Oliva

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan un raro y bien definido grupo de tumores digestivos de origen mesenquimal. Mas de la mitad se sabe que asientan sobre el estómago. La cirugía y concretamente la laparoscopia son fundamentales para el manejo de éste tumor. La localización extraluminal, su diseminación hepática o peritoneal, no por vía linfática así como su crecimiento expansivo no infiltrativo, han facilitado que el uso de la laparoscopia se haya impuesto en su tratamiento. No obstante, los tumores localizados en antro plantean problemas técnicos por el riesgo de estenosis, especialmente aquellos cercanos al píloro o con tamaño – extensión en pared que no los haga recomendables para una extirpación en cuña pudiendo recurrir entonces a una gastrectomía distal laparoscópica como es el caso que se presenta.

Caso clínico: Paciente de 73 años con AP de asma e intervención previa histerectomía mas doble anexectomía. Estudiada por cuadro de emisión de heces oscuras de varias semanas de evolución y astenia progresiva.

Hemograma con Hgb de 7,8, hcto 23,5 %. CEA, Ca 125 y CA 9.9 normales. EDA: Lesión polipoidea de aspecto submucoso sugestiva de leiomioma a nivel del cuerpo gástrico que se biopsia. Ecoendoscopia: En cara posterior de antro gástrico lesión bilobulada con mucosa aspecto normal que corresponde a una tumoración hipocogénica que procede de la muscular.

Se procede a realizar gastrectomía subtotal con posterior

anastomosis gastroyeyunal extracorporea y enteroenteroanastomosis, ambas con CEEA 25.

Procedimiento: Colocación del paciente en decúbito supino con cirujano entre las piernas. Trócares supraumbilical para óptica, subcostal derecho, línea media epigástrica y subcostal izquierdo para trabajo y línea axilar media izquierda para asistencia.

Revisión de cavidad abdominal apreciándose tumoración de cara anterior antral. Se realiza apertura ligamento gastrocólico. Ligadura de gastroepiploica derecha. Liberación de curvatura menor y movilización de antro por encima de la tumoración. Transección segmento gástrico conteniendo tumoración. Sección asa yeyunal para Y de Roux. Minilaparotomía de asistencia para extracción de pieza, anastomosis gastroentérica con CEEA 25. Anastomosis enteroentérica terminolateral según técnica habitual.

No hubo complicaciones intraoperatorias ni evidencias de fuga de sutura. Evolución de la paciente sin complicaciones salvo infección de herida quirúrgica. Posteriormente la paciente recibió quimioterapia y a fecha actual se encuentra sin hallazgos de enfermedad.

Comentarios: La resección quirúrgica completa con márgenes libres es la medida fundamental para lograr la curación de los GIST en fase precoz. La mínima morbilidad que se consigue mediante el abordaje laparoscópico de éstos tumores nos permite ser cada vez más agresivos. La técnica no obstante debe ser minuciosa pues es importante evitar la ruptura de la cápsula en las maniobras ya que existe entonces riesgo de progresión de la enfermedad y recidiva.

La larga supervivencia obtenida en varias series junto con la menor morbilidad obtenida mediante abordaje laparoscópico nos hace pensar que ésta es la mejor vía de abordaje para este tipo de tumores.

Cancer de sigma: abordaje laparoscópico por puerto unico

Hermann Oehling, Javier Perez Lara, Maria Jesus Castro Santiago, Horacio Oliva

VÍDEO. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Como consecuencia de los avances y la innovación tecnológica, se viene desarrollando un nuevo enfoque en el abordaje laparoscópico mediante una única incisión abdominal y un puerto único multicanal en un intento de minimizar el daño parietal, el número de puertos y mejorar la estética. Cada vez aparecen mas publicaciones intentando aclarar sus probables beneficios y/o desventajas. Se pretende con éste video dar a conocer el sistema y la técnica que empleamos para el abordaje laparoscópico de incisión única en una sigmoidectomía por cáncer de colon.

Caso clínico: Paciente de 78 años con AP: HTA, DM2, dislipemia, cardiopatía hipertensiva con prótesis valvular mitral . FA crónica, asma bronquial y nefrolitiasis renal. Estudiada por cuadro de astenia y pérdida de peso, se descubre en colonoscopia neoformación estenosante de colon a 35 cm.

Paciente en posición habitual para resección anterior baja

laparoscópica, cámara de 10 mm con 30°, y dispositivo multipuerto con canales de 12,10 y 2 de 5 mm diámetro. Incisión umbilical de unos 5 cm y resto de material habitual laparoscópico no curvo ni articulado. Se realiza sigmoidectomía oncológica según técnica habitual.

La paciente evoluciona sin complicaciones salvo descompensación de su fibrilación auricular previa sin repercusión hemodinámica que cede tras medicación.

AP informa de Adenocarcinoma bien/moderadamente diferenciado (infiltra la totalidad de la pared muscular, no afecta márgenes quirúrgicos, 15 ganglios linfáticos sin evidencia de tumor) Estadio T₃N₀M_x

Comentarios: El modelo de puerto único que empleamos, gracias a sus cualidades de giro, elasticidad y flexibilidad, nos permite realizar la cirugía sin necesidad de emplear materiales curvos o articulados, facilitando la técnica.

Tras la aceptación de la cirugía laparoscópica como estándar de tratamiento, a consecuencia del avance de la técnica y la innovación, el puerto único aparece para intentar mejorar los resultados y/o como puente a otras técnicas. Se proclama una reducción en complicaciones derivadas de un menor número de puertos, permitiendo la extracción de la pieza por un solo orificio, si bien a cambio de una mayor dificultad técnica (menor libertad de movimiento, triangulación). Probablemente se trate de un paso intermedio hasta el empleo de puertos menores de 3 mm con una mayor libertad de movimientos. Hacen falta más estudios prospectivos randomizados antes de incorporar esta técnica a la práctica diaria.

Carcinoma neuroendocrino de mesocolon como causa de hemorragia digestiva baja grave

Hermann Oehling, Juan Hernández Carmona, Juan Doblas Fernández, Horacio Oliva Muñoz

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Los tumores neuroendocrinos del tubo digestivo representan menos del 5 % de todas las neoplasias del aparato gastrointestinal y derivan de las células del sistema endocrino difuso gastrointestinal. Los carcinomas neuroendocrinos poco diferenciados (alto grado) también conocidos como carcinomas de células pequeñas son neoplasias poco diferenciadas, funcionantes o no, de células de tamaño intermedio a pequeñas. El caso presentado corresponde a un carcinoma neuroendocrino de alto grado de malignidad localizado en mesocolon sigmoideo, y que debuta como hemorragia digestiva grave, no habiendo encontrado otro caso similar en la literatura revisada.

Caso clínico: Se trata de un paciente varón de 59 años con AP de DM tipo 2, HTA, dislipemia, insuficiencia renal incipiente, fumador y bebedor habitual, y que se encuentra en proceso de estudio por anemia por pérdidas digestivas. Ingresó por urgencias por cuadro de rectorragia abundante, siendo el tercer episodio en 2 meses, y pérdida ponderal de unos 10 kg. Destaca en la exploración una anemia de 6.1 g Hgb, con moderada afectación de la función renal y trombopenia. Se realiza estabilización con cristaloides y 5 unidades de hemátis, reali-

zando EDA y rectoscopia que no son concluyentes. En estudio TAC se aprecia una masa centro abdominal infraumbilical en íntima relación con la pared del sigma, no obstructiva, de 12 m de diámetro, esférica, sin LOES hepáticas y sugestiva de tumor mesenquimal/ linfoide.

Ante la persistencia de rectorragia y la necesidad de más transfusiones, se decide laparotomía urgente, encontrando gran tumoración sólida dependiente de sigma que se reseca, lesión blanquecina en epiploon que se envía a AP, hígado cirrótico multinodular, sección accidental de ambos uréteres que se reparan, colostomía terminal en flanco izquierdo.

El postoperatorio cursó sin complicaciones. Posteriormente el paciente fue tratado con quimioterapia, y a la fecha actual (9 meses de seguimiento) no hay evidencia de recidiva, siendo las imágenes de TAC sin evidencia de afectación.

La anatomía patológica informa como carcinoma neuroendocrino de alto grado y evidencia una pieza de sigmoidectomía cuya sección axial demuestra una tumoración mesentérica blanquecina y sonrosada de unos 14 cm que parece afectar extrínsecamente a la pared y la luz del sigma ulcerando su mucosa. El examen microscópico informa de tumoración mesentérica pseudoencapsulada consistente en proliferación epitelial de células neuroendocrinas de patrón sólido-trabecular, formada por células pequeñas e intermedias con elevado índice mitótico, Ki-67 superior al 75 – 80 % en las áreas más proliferantes. Inmunofenotipo positivo para CKAE1-3, cromogranina A y sinaptofisina.

Comentarios: La mayoría de los tumores mesentéricos suelen ser fibromas/fibrosarcomas, leiomas/leiosarcomas, neurofibromas o mesenquimales. Aunque los tumores carcinoides del intestino con frecuencia invaden el mesenterio, un tumor neuroendocrino primario de mesenterio parece ser algo extremadamente raro. La revisión de la literatura solo aporta un caso de tumor neuroendocrino de grado medio de mesocolon transversal. Por lo tanto creemos que es la primera comunicación de un caso de carcinoma neuroendocrino de alto grado de mesocolon. Aparte, la presentación como hemorragia digestiva baja grave hace del caso un suceso excepcional en la práctica clínica.

Impacto de la linfadenectomía axilar en la recurrencia del cáncer de mama con ganglio centinela metastásico

Navarro Rodríguez E., Gómez Luque I., Rioja Torres P., Bascuñana Estudillo G., Ciria Bru R., Álvarez Benito M., Rufián Peña S.

ORAL. CIRUGÍA DE MAMA

Introducción: La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) supone una importante herramienta para el estadiaje del cáncer de mama, que en caso de ser positivo para malignidad la recomendación clásica es la linfadenectomía axilar (LA). En los últimos años se ha puesto en duda el beneficio real en términos de supervivencia y recurrencia completar la linfadenectomía en los casos de células tumorales aisladas o

micrometástasis en los ganglios axilares, procedimiento que asocia una no desdeñable morbilidad.

OBJETIVOS: Analizar la influencia de la LA sobre la tasa de recurrencia en el cáncer de mama con resultado en la BSGC de micrometástasis y células aisladas. En una segunda etapa, pretendemos determinar qué factores “a-priori” son de riesgo para recurrencia en presencia de micrometástasis y células aisladas.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se incluyeron 889 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama subsidiarias de BSGC entre enero de 2006 y diciembre de 2011. Se analizó la tasa de recurrencia en pacientes con ganglio centinela negativo y positivo, desglosada en la presencia de células positivas, micrometástasis y macrometástasis. Se compararon las tasas de recurrencia en función de la realización de linfadenectomía axilar a través de modelos univariantes y multivariantes (Regresión de Cox).

RESULTADOS: De un total de 889 pacientes incluídas se identificaron, con un seguimiento medio de 45 meses, 24 pacientes (2'7%) con recurrencia regional o a distancia. En solo 3 (0'3%) la recurrencia fue axilar, 2 de ellas con ganglio centinela negativo y una tercera con aislamiento de células aisladas sin completar vaciamiento axilar. Hubieron 607 pacientes con BSGC negativo y 282 con resultado positivo, con tasas de recurrencia regional o a distancia del 2'5% y 3'2% respectivamente. Entre los casos de BSGC positivos, 43 presentaron células tumorales aisladas, 101 micrometástasis y 138 macrometástasis con tasas de recurrencia del 4'7%, 1% y 4'3% respectivamente. El grado histológico (HR=2'481; [0'936- 6'578]; p=0'068), un tamaño tumoral superior a 2cm (HR=2'544; [0'528-12'247]; p=0'244), receptores hormonales positivos (HR=0'133; [0'036-0'494]; p=0'033), la presencia de más de 2 ganglios axilares metastáticos (HR=7'427; [1'982-27'829]; p=0'003) o los diferentes grupos de edad (HR=0'319; [0'141-0'724]; p=0'06) fueron factores de riesgo o protectores independientes de recurrencia. Realizar o no vaciamiento axilar no se relacionó ni en el modelo uni- (p=0'328) ni en el multivariante (4'153 IC95% 0'408-49'868) con el desarrollo de recurrencia.

CONCLUSIONES: La presencia de ganglios positivos axilares constituye un factor de mal pronóstico en el cáncer de mama. No obstante, la linfadenectomía axilar parece no tener una significativa influencia sobre la recurrencia tumoral. Teniendo en cuenta el empeoramiento en la calidad que supone para los pacientes y los avances de la terapia sistémica, podría reservarse para los casos de células aisladas y micrometástasis en la BSGC con características tumorales de mal pronóstico.

Influencia de la biopsia selectiva del ganglio centinela de la cadena mamaria interna en el pronóstico del cáncer de mama

Gómez Luque, Irene; Navarro Rodríguez, Elena; Rioja Torres, Pilar; Bascuñana Estudillo, Guillermo; Álvarez Benito, Marina; Rufian Peña, Sebastián

ORAL. CIRUGÍA DE MAMA

Introducción: La presencia de metástasis en la cadena mamaria interna (CMI) se ha descrito como un factor de mal

pronóstico del mismo modo que las axilares. El uso cada vez más frecuente de la linfoscintigrafía ha aumentado el interés por el estudio de la CMI cuando en ella se localiza el ganglio centinela con o sin drenaje axilar, sin haberse demostrado su impacto real en el cáncer de mama.

OBJETIVOS: Determinar el impacto del estudio de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en la CMI en términos de recurrencia y supervivencia en el cáncer de mama.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio observacional longitudinal prospectivo sobre pacientes con realización de BSGC por cáncer de mama entre el año 2006 y 2011. Se realizaron análisis univariantes (T-test, chi-cuadrado y Kaplan-Meier) y multivariantes (Cox para supervivencia y regresión logística binaria para recurrencia) de factores de riesgo. P<0.05 se consideró el punto de corte para la significación estadística.

RESULTADOS: Se incluyeron a 889 pacientes con edad media de 55 años. De ellas, 85 presentaron drenaje a la CMI. En 40 pacientes se completó la BSGC de la CMI, siendo negativo en 36 casos y metastásica en 4 casos acompañándose también de afectación tumoral axilar. En los 45 pacientes restantes no se realizó la biopsia del ganglio centinela mamario interno. Con una mediana de seguimiento de 48 meses, la supervivencia global de la serie fue del 98'8% y la recurrencia global fue del 1'2% (una único caso de recidiva y muerte en la misma paciente). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia de las pacientes con drenaje a CMI (100% y 96'9% a 3 y 5 años) (P=0'031) respecto de las pacientes con drenaje fuera de CMI (99'6% y 99'1 a 3 y 5 años) (P=0'002). A su vez, no aparecieron diferencias estadísticamente significativas en la probabilidad de recurrencia en pacientes con (100% y 96'9% a 3 y 5 años) (P=0'031) o sin (97'5% y 95'7 a 3 y 5 años) (P=0'01) drenaje a la CMI. La realización o positividad tampoco fue factor de riesgo de supervivencia o de recurrencia.

CONCLUSIÓN: La biopsia del ganglio centinela en la CMI es una herramienta para estadiaje del cáncer mamario. En nuestro estudio no se ha demostrado que el drenaje del ganglio centinela a la mamaria interna por sí mismo sea un factor de mal pronóstico, y tratándose de un gesto quirúrgico no exento de complicaciones, no permite la recomendación rutinaria de la biopsia del ganglio centinela en la CMI.

Influencia de la biopsia selectiva del ganglio centinela de la cadena mamaria interna en el pronóstico del cáncer de mama

Gómez Luque I.; Navarro Rodríguez E.; Rioja Torres P.; Bascuñana Estudillo G.; Álvarez Benito M.; Rufian Peña S.

Introducción: La presencia de metástasis en la cadena mamaria interna (CMI) se ha descrito como un factor de mal pronóstico del mismo modo que las axilares. El uso cada vez más frecuente de la linfoscintigrafía ha aumentado el interés por el estudio de la CMI cuando en ella se localiza el ganglio centinela con o sin drenaje axilar, sin haberse demostrado su impacto real en el cáncer de mama.

OBJETIVOS: Determinar el impacto del estudio de la

biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en la CMI en términos de recurrencia y supervivencia en el cáncer de mama.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio observacional longitudinal prospectivo sobre pacientes con realización de BSGC por cáncer de mama entre el año 2006 y 2011. Se realizaron análisis univariantes (T-test, chi-cuadrado y Kaplan-Meier) y multivariantes (Cox para supervivencia y regresión logística binaria para recurrencia) de factores de riesgo. $P < 0.05$ se consideró el punto de corte para la significación estadística.

RESULTADOS: Se incluyeron a 889 pacientes con edad media de 55 años. De ellas, 85 presentaron drenaje a la CMI. En 40 pacientes se completó la BSGC de la CMI, siendo negativo en 36 casos y metastásica en 4 casos acompañándose también de afectación tumoral axilar. En los 45 pacientes restantes no se realizó la biopsia del ganglio centinela mamario interno. Con una mediana de seguimiento de 48 meses, la supervivencia global de la serie fue del 98'8% y la recurrencia global fue del 1'2% (una único caso de recidiva y muerte en la misma paciente). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia de las pacientes con drenaje a CMI (100% y 96'9% a 3 y 5 años) ($P=0'031$) respecto de las pacientes con drenaje fuera de CMI (99'6% y 99'1 a 3 y 5 años) ($P=0'002$). A su vez, no aparecieron diferencias estadísticamente significativas en la probabilidad de recurrencia en pacientes con (100% y 96'9% a 3 y 5 años) ($P=0'031$) o sin (97'5% y 95'7 a 3 y 5 años) ($P=0'01$) drenaje a la CMI. La realización o positividad tampoco fue factor de riesgo de supervivencia o de recurrencia.

CONCLUSIÓN: La biopsia del ganglio centinela en la CMI es una herramienta para estadiaje del cáncer mamario. En nuestro estudio no se ha demostrado que el drenaje del ganglio centinela a la mamaria interna por sí mismo sea un factor de mal pronóstico, y tratándose de un gesto quirúrgico no exento de complicaciones, no permite la recomendación rutinaria de la biopsia del ganglio centinela en la CMI.

Absceso pared abdominal como metástasis séptica de una osteomielitis pélvica

I.M.Ponce-Guerrero, D. Gómez-Rubio, J.M.Lorente-Herce, J.Jimenez-Vega, B.M.Claro-Alves, M.L.Ruiz-Julí, A.Galindo-Galindo.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: Presentamos un caso clínico de osteomielitis pélvica que se diagnostica gracias a los resultados obtenidos del cultivo de un absceso de la vaina de los rectos que drenamos.

CASO CLÍNICO

Varón de 70 años que acude por fiebre, dolor en hipogastrio e impotencia funcional MII de 10 días de evolución, ingresando en el Servicio de Infeccioso de nuestro hospital. Entre sus antecedentes, no RAMS, HTA, obeso y exfumador, gastropatía ulcerosa, cardiopatía isquémica e hipertensiva, EPOC.

PPCC: leucocitosis 17400 con neutrofilia. PCR 305.7. TAC

abdominal: absceso pared abdominal región suprapúbica. No otros hallazgos.

Interconsulta a cirugía de guardia.

Se procede al drenaje del absceso y cultivo del mismo, y se aísla *S. Aureus*.

Ante la sospecha de afectación osteoarticular (clínica de impotencia funcional MII que se había atribuido al absceso) se solicita RMN, donde se observan hallazgos compatibles con osteomielitis pubis con extensión a región acetabular izquierda.

Se instaura tratamiento antibiótico iv durante 3 semanas, con evolución favorable, siendo capaz de movilizarse solo y deambular con andador al alta.

Comentarios: Destacar la importancia del cultivo del absceso, que en este caso en concreto, ha permitido llegar al diagnóstico de osteomielitis pélvica, que había pasado desapercibida en el TAC de abdomen, precisando la realización de una RMN para su confirmación.

Quiste tímico cervicomedial. Consideraciones a propósito de un caso

Ponce Guerrero I, Gómez Rubio D, Luque García JA*, Jiménez Vega FJ, Zorro** J, Moles Morenilla L. Servicio de Cirugía.* Servicio de Radiodiagnóstico.** Servicio A.Patológica

PÓSTER. CIRUGÍA ENDOCRINA

Introducción: Los quistes tímicos son lesiones muy infrecuentes que representan del 1 al 3% de las masas mediastínicas anteriores, las cuales se estiman en el 65% de todas las masas mediastínicas. Mas rara vez se localizan exclusivamente en el cuello.

Desde el punto de vista clínico, suelen ser asintomáticos y suelen ser detectados de forma accidental en una RX de tórax. A veces, en relación con tamaños importantes, producen clínica de disnea, tos, dolor torácico y/o fiebre. El diagnóstico se apoya en pruebas de imagen y se confirma mediante anatomía patológica.

Caso clínico:

Mujer de 42 años sin ap de interés que consulta al Servicio de ORL por disfonía. En la exploración física, se objetiva masa de unos 3,5 cms que emerge bajo horquilla esternal pre y para traqueal izquierda de consistencia blanda. Se practica TAC (Fig 1) que muestra masa cervicomedial de unos 5 cms de diámetro mayor y contenido líquido. En la laringoscopia se objetiva quiste de cuerda vocal derecha, sin relación con lo anterior y responsable de la disfonía. En el mismo acto operatorio, se realiza exéresis del quiste de cuerda vocal por microcirugía laríngea y exéresis del quiste cervicomedial por el Servicio de Cirugía, observándose quiste de paredes muy finas que desde la base del cuello se introduce por el opérculo torácico, con líquido claro (Fig 2)

La Anatomía Patológica informa: Quiste sacular de cuerda vocal. Formación quística de 4,8 cms donde se reconoce tejido tímico con corpúsculos de Hassai involutivos y centros germinales prominentes. Diagnóstico: QUISTE TÍMICO.

Comentarios:

Para el abordaje quirúrgico de estas masas mediastínicas, es preciso una colaboración estrecha con Radiología para evaluar la posibilidad de exéresis por vía cervical, pues en caso de dudas, es preferible remitirlo a Cirugía Torácica. Desde el punto de vista técnico, la disección debe de ser paciente y minuciosa, pues la apertura del quiste, favorecida por unas paredes finas como en este caso, con frecuencia aboca a la exéresis incompleta y por tanto, a la recidiva. Especial atención hay que tener con el nervio laríngeo recurrente, que se suele adosar a la pared posterior del quiste

Resección quirúrgica compleja de hemangioma cavernoso hepático

Fernández Burgos, I.; Santoyo Santoyo, J.; Suarez, MA.; Fernández Aguilar, JL.; Sánchez Pérez, B.; Pérez Daga, JA.; Marín Camero, N.; Pulido Roa, I.

VÍDEO. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: El hemangioma cavernoso del hígado, es el tumor hepático benigno sólido más frecuente. Su prevalencia se estima entre 0,4 y 20% de la población, habiendo aumentado esta de forma considerable por la realización cada vez más frecuente de ecografías y TC abdominales. Representan el 73% de todos los tumores hepáticos benignos. La gran mayoría de los hemangiomas hepáticos no ocasionan síntomas, son hallazgos incidentales, salvo los hemangiomas gigantes, que pueden presentar dolor o molestias abdominales o rara vez complicaciones. La conducta general frente a estas lesiones es la observación. La cirugía se reserva para casos excepcionales en que existe un crecimiento sostenido, no se puede descartar la naturaleza de la lesión, existen síntomas secundarios o es el deseo del paciente.

CASO CLÍNICO.

Presentamos el caso de una mujer de 42 años de edad sin antecedentes médicos de interés, con clínica de dolor epigástrico e intolerancia alimenticia asociado a síndrome asténico y disnea a moderados esfuerzos. Al examen físico se evidenció masa abdominal palpable a nivel epigástrico-hipocondrio derecho. Se realiza Eco y posteriormente TC abdominal que evidenciaron una lesión hepática central con realce nodular periférico de 9 x 7,6 cm de diámetro que abarcaba los segmentos I, IVa, IVb, VII y VIII junto a otras de menor tamaño de similares características. El examen de laboratorio no evidenció alteraciones de la normalidad.

Con el diagnóstico de hemangioma gigante central hepático, y dada la clínica incapacitante que presentaba la paciente se decidió intervención quirúrgica, consistente en una resección-enucleación del tumor. Se realizó una hepatotomía sobre cisura umbilical hasta llegar a la capsula del hemangioma y posterior enucleación del mismo, separándolo de la VSH media y derecha, así como de la bifurcación portal. Se llevo a cabo control vascular del pedículo hepático, así como de las venas suprahepáticas de forma independiente (Pringle de 10 +10 + 14 min). La enucleación y transección hepática de realizo mediante CUSA y Aquamantis-Tissuelink bipolar.

La enucleación equivalió a un vaciamiento central hepático (“core out”) de los segmentos IV, VIII y IX.

La paciente fue dada de alta con evolución satisfactoria y sin complicación quirúrgica alguna al 10º día postoperatorio. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de hemangioma cavernoso.

CONCLUSIONES

La gran mayoría de los hemangiomas hepáticos no requieren tratamiento específico. Solo los mayores de 5 cm se siguen con imágenes de control para vigilar si existe un aumento del tamaño de la lesión. Cuando estas lesiones son asintomáticas no se recomienda la resección quirúrgica, ya que el riesgo eventual de ruptura o hemorragia es muy bajo. Son sólo los pacientes que presentan dolor secundario a compresión extrínseca o complicación del mismo los que deben ser evaluados para resección. La enucleación es el tratamiento quirúrgico de elección, y es posible realizarlo en todos los casos con maniobras avanzadas de cirugía hepática (control vascular, maniobra de suspensión hepática, etc.)

Pancreatectomía distal laparoscópica eco-dirigida por tumor neuroendocrino

Santoyo Santoyo, J.; Fernández Burgos, I.; Suarez, MA.; Fernández Aguilar, JL.; Sánchez Pérez, B.; Pérez Daga, JA.; Rodríguez Silva, C.; Gámez Córdoba, ME.

UGC de cirugía general, digestiva y trasplantes. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

VÍDEO. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: La detección de lesiones pancreáticas tanto sólidas como quísticas es cada día más frecuente debido al uso extensivo de técnicas de imagen en el abdomen. Por ello, actualmente es más exigente realizar una correcta aproximación diagnóstica para establecer la indicación de cirugía y la extensión de la misma. La cirugía laparoscópica, es hoy día la vía de abordaje ideal para las lesiones pancreáticas situadas en el cuerpo o cola de páncreas y que pueden requerir una pancreatectomía distal o una resección más conservadora.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 45 años de edad, con antecedentes de duplicación duodenal que fue intervenida en la infancia. Es estudiada por clínica de dolor abdominal focalizado a nivel de epigástrico, sin otros síntomas asociados, descubriéndose una lesión sólida inferior a 1 cm a nivel central del cuerpo del páncreas. Se realiza Eco-Endoscopia y PAAF evidenciando proliferación celular sugerente de neoplasia neuroendocrina. La determinación de los niveles plasmáticos de la Cromogranina A indicaron un valor de 257.

Con la sospecha de Tumor Neuroendocrino de páncreas y ante el importante cuadro de cancerofobia que manifestó la paciente se decidió realizar una exploración laparoscópica con ecografía intraoperatoria y enucleación de la lesión pancreática. La ecografía detectó un nódulo hipocogénico de 7 x 6 mm bien delimitado en el cuerpo pancreático, en íntima relación con un fino conducto pancreático principal. Por ello, se decide llevar a cabo una pancreatectomía distal con preservación de vasos esplénicos.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, siendo dada de alta en el 5º día postoperatorio sin complicaciones. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de glucagonoma de 5mm de diámetro.

Comentarios: La cirugía pancreática por lesiones benignas, debe ser lo más conservadora posible, realizándose pancreatetectomías limitadas o enucleaciones siempre que sea posible. La información aportada por la ecografía intraoperatoria es decisiva de cara a la toma de decisiones correctas, no solo para identificar y caracterizar las lesiones, sino para ver las relaciones vasculares y la proximidad al conducto pancreático. Por otro lado, la pancreatetectomía distal laparoscópica debe realizarse siempre que sea técnicamente posible con conservación de vasos esplénicos para evitar complicaciones asociadas a la ligadura de los mismos (infartos esplénicos, hipertensión portal segmentaria, etc)

Aplicabilidad de una vía clínica e indicadores de resultado en la colecistectomía precoz por colecistitis aguda litiasica

Fernández Burgos I, Aranda Narváez JM, Montiel Casado MC, Titos García A, Becerra Ortiz R, González Sánchez AJ, López Ruiz P, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Avda. Carlos Haya s/n, 29010, Málaga.

ORAL. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: La colecistitis aguda (CA) continúa constituyendo una de las patologías urgentes de máxima prevalencia, cuyo tratamiento más aceptado es la colecistectomía precoz. Presentamos un estudio para analizar si la implantación de una vía clínica en la que se estandariza el tratamiento de la CA mejora los resultados de la colecistectomía precoz como política de tratamiento de la CA.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional analítico de cohortes, sobre pacientes intervenidos por CA con colecistectomía precoz (durante el ingreso por episodio agudo) durante un periodo de 4 años (Enero 2008-Diciembre 2011) (N=444) en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Se determinaron dos subperiodos de dos años (2008-9:N1:202; 2010-11:N2:242), marcados por el desarrollo y la implantación durante el segundo periodo de una vía clínica para el tratamiento de la CA. En ambos periodos se analizaron los siguientes indicadores: porcentaje de colecistectomías abiertas y conversiones, morbimortalidad y estancia postoperatoria. Análisis estadístico: software SPSS. Test de la χ^2 o t de Student dependiendo de la naturaleza de las variables. Se aceptaron resultados estadísticamente significativos con $p < 0.05$.

Resultados: Edad y género no difieren de grandes series y no mostraron diferencias en ambos periodos. Se indicó colecistectomía precoz en un mayor número de pacientes en el segundo periodo (202vs242), con una mayor presencia de ASA III-IV (18%vs26%, $p < 0.04$). El número de indicaciones de acceso abierto y la conversión fueron menores en el segundo periodo (21%vs11% y 15%vs8% respectivamente, $p < 0.00$). El número

de formas evolucionadas (gangrenosa/peritonitis) fue menor en el segundo periodo (56%vs47%, $p < 0.00$), y se consideró necesario el drenaje en un menor número de procedimientos (73%vs43%, $p < 0.00$). La morbilidad afectó un porcentaje similar de pacientes en ambos grupos (21%vs18%, n.s.), y la mortalidad tampoco mostró diferencias (4vs2 episodios). El porcentaje de ISQ O/E (1.5%vs1.7%, n.s.) y de fistula biliar (6vs5 episodios, n.s.) fue similar, pero sí fueron distintos en cuanto a la distribución según la clasificación de Strasberg de esta última (en el primer periodo 2 fistulas tipo D y E1 precisaron manejo endoscópico mientras en el segundo las 5 fistulas fueron tipo A con cierre espontáneo). Un adecuado control postoperatorio permitió reducir la estancia de forma significativa (5.6vs4.4 días, $p < 0.01$).

CONCLUSIONES

La implantación de una vía clínica para el tratamiento de la CA ha permitido optimizar las indicaciones y los resultados de la colecistectomía precoz como núcleo terapéutico central de esta patología.

Análisis de resultados para esplenectomías programadas en un hospital de tercer nivel

I Pulido Roa, J Moreno Ruiz, A Rodríguez Cañete, ME Gámez Córdoba, B López Rueda, JA Bondía Navarro, J Santoyo Santoyo

ORAL. CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

Introducción:

El abordaje laparoscópico en la patología esplénica no traumática aporta importantes ventajas como disminución del dolor y la estancia postoperatoria, menor número de complicaciones infecciosas y mejoría del resultado estético. La esplenomegalia masiva (bazo superior a un kilogramo y veinte centímetros) y la hipertensión portal constituyen contraindicaciones relativas, pero no lo es la etiología neoplásica.

Objetivo: Analizar los resultados en esplenectomía programada en nuestro servicio, tanto por vía laparoscópica como convencional, con la intención de autoevaluarnos tomando como referencia los estándares internacionales.

Material y Métodos:

Estudio observacional descriptivo en base a las esplenectomías programadas realizadas en un periodo de catorce años en la UGC de Cirugía Digestiva del HRU Carlos Haya de Málaga. Las variables recogidas son: demográficas (edad, sexo, ASA), indicación quirúrgica, intraoperatorias (vía, necesidad de conversión, tiempo quirúrgico), estancia postoperatoria y morbimortalidad (morbilidad estratificada en función de la clasificación de Clavien). Estudio comparativo entre dos grupos en función de la vía de abordaje utilizada (laparoscópica versus convencional).

Resultados: Tamaño muestral de 106 pacientes. La vía de abordaje mayoritaria es la laparoscópica (61%). El sexo equiparable en ambos grupos, mientras la edad y el riesgo anestésico (ASA) es superior en el grupo convencional. La indicación quirúrgica predominante en el grupo convencional es la neoplásica y en el grupo

laparoscópico los trastornos hematológicos benignos, fundamentalmente la PTI; sin embargo, se observa en el periodo más reciente un aumento progresivo del abordaje laparoscópico también en la etiología neoplásica. No se ha recogido ninguna conversión. El tamaño del bazo es superior en el grupo convencional dado que la esplenomegalia masiva constituye una contraindicación relativa del abordaje laparoscópico. El tiempo quirúrgico es también más prolongado en el grupo convencional. La estancia postoperatoria es superior y las complicaciones más frecuentes en el grupo convencional. La mortalidad recogida es nula.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico en la esplenectomía programada es una vía segura, con escaso mortalidad, menor estancia postoperatoria y mejoría del resultado estético.

El abordaje convencional presente tiempos quirúrgicos y estancias postoperatorias superiores y mayor índice de complicaciones debido a la mayor complejidad de los casos respecto a edad, comorbilidad, etiología neoplásica y tamaño de la pieza quirúrgica.

Es fundamental una correcta elección del la vía de abordaje en el diseño de la estrategia quirúrgica en función de factores relacionados tanto con el paciente como con la patología a tratar. Las infrecuentes o nulas conversiones indican una adecuada planificación.

La recogida exhaustiva de datos es necesaria para evaluar la calidad de nuestra actividad diaria permitiéndonos diagnosticar puntos de mejora, optimizar los resultados y la comparativa intercentros (benchmarking).

Cirugía de reasignación de sexo: fístula recto-vaginal como complicación

I Pulido Roa, J Carrasco Campos, JA Toval Mata, A Titos García, I González Poveda, M Ruiz López, S Mera Velasco, J Santoyo Santoyo

ORAL. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción:

El trastorno de identidad de género supone una discordancia entre la somatosexualidad y la psicosexualidad. Su tratamiento precisa una Unidad de Atención Integrada que ofrezca de forma coordinada psicoterapia, hormonoterapia y cirugía, así como un seguimiento a largo plazo. Las complicaciones intraoperatorias (perforación visceral) son infrecuentes. Las complicaciones propias de esta intervención son la estenosis vaginal (más frecuente), neovagina corta, necrosis de colgajos y fístulas uretrales o recto-vaginales.

Caso clínico:

Varón transexual de 24 años, fenotipo femenino tras hormonoterapia y genitales externos masculinos sometido a genitoplastia feminizante según la técnica de Jones. Intraoperatoriamente se objetiva pequeño desgarró rectal a nivel antero-lateral izquierdo que se sutura con material reabsorbible. En el noveno día postoperatorio, tras la retirada del sistema de contención, se observa emisión de heces y gases a través de

la sutura del labio mayor izquierdo identificándose una fístula fecal de bajo débito. Se instaura tratamiento conservador: Dieta absoluta, NPT, antibioticoterapia de amplio espectro y curas por turnos. La evolución es favorable, con buena exteriorización del escaso débito hasta desaparecer. Previo al alta se realiza control radiológico mediante enema opaco, siendo éste normal.

Conclusiones: La reasignación de sexo supone la transformación de los genitales masculinos en estructuras que asemejen a los femeninos de forma irreversible. La disforia de género precisa un tratamiento en el seno de una Unidad Multidisciplinar (Psicología, Psiquiatría, Endocrinología, Cirugía Plástica y Reparadora, Cirugía Digestiva, Urología y Ginecología). El papel de la Cirugía Digestiva es la disección del espacio virtual recto-uretral e isquio-rectal donde se posicionará la vagina. Las complicaciones postoperatorias presentan una incidencia del 1%. Las fístulas rectales se resuelven habitualmente con tratamiento conservador. Los resultados estéticos y funcionales son buenos y la satisfacción de los pacientes alta.

Hipoglucemias sintomáticas tras la cirugía bariátrica inicial: conversión de bypass gástrico a sleeve gástrico

I Pulido Roa, J Moreno Ruiz, A Rodríguez Cañete, ME Gámez Córdoba, B López Rueda, JA Bondía Navarro, J Santoyo Santoyo

ORAL. CIRUGÍA DE LA OBESIDAD Y METABÓLICA

Introducción:

La cirugía bariátrica es una cirugía sintomática o fisiológica que pretende evitar las comorbilidades de la obesidad. La hipoglucemia sintomática como complicación tras el bypass gástrico es un hallazgo infrecuente. La etiología más frecuente comprende el síndrome de Dumping, la administración exógena de insulina/sulfonilureas y la nesidioblastosis. El síndrome de Dumping, presente en el 10-30% de los paciente intervenidos, es desencadenado por el paso rápido del alimento al yeyuno con las consecuentes manifestaciones postprandiales. La nesidioblastosis es un trastorno genético relacionado con el transporte del potasio en la célula B pancreática; células que también pueden hipertrofiarse debido al aumento de incretina secundario al rápido paso de alimento al yeyuno (nesidioblastosis-like). El diagnóstico diferencial se basa en la anamnesis minuciosa y la bioquímica (niveles plasmáticos de glucosa, proinsulina, insulina y péptido C). El tratamiento es inicialmente médico-dietético quedando la cirugía como último recurso tras valorar adecuadamente el balance riesgo/beneficio.

Caso clínico:

Mujer de 48 años con bypass gástrico por obesidad mórbida y pancreatocoma corporo-caudal por nesidioblastosis. La cirugía bariátrica resultó eficaz a medio plazo con pérdida mantenida de peso pasado el IMC de 48 a 32kg/m² durante siete años. En el seguimiento presenta hiperinsulinismo con hipoglucemias secundarias sintomáticas resistente al trata-

miento médico-dietético que alteran significativamente su calidad de vida. Se diagnostica como nesidioblastosis-like al objetivar niveles plasmáticos bajos de péptido C y proinsulina señalando la alteración del tránsito como su causa directa. Se realizó gastrostomía de alimentación sobre el estómago remanente para comprobar la funcionalidad de éste (tanto clínica como en pruebas radiológicas dinámicas) y el efecto sobre el metabolismo observando la desaparición de la sintomatología neurológica asociada a las hipoglucemias. Tras dicho test fisiológico se procedió a convertir a sleeve gástrico: Anastomosis del resorvorio al remanente gástrico excluyendo el asa alimentaria restableciendo el tránsito fisiológico. La paciente presentó un postoperatorio favorable con normalización de la glucemia y alta sin incidencias.

Conclusión:

La conversión en cirugía bariátrica es una decisión compleja tanto para la selección de pacientes como para la elección de la técnica quirúrgica. Las indicaciones son pérdida de peso insuficiente/excesiva, persistencia de comorbilidades que justificaron la intervención y efectos adversos secundarios con repercusión sobre la calidad de vida (Índice BAROS). En el caso de la hipoglucemia, es necesaria una exhaustiva historia clínica y el apoyo del laboratorio para el correcto diagnóstico. Tras agotar el tratamiento médico (hábitos dietéticos, octreótido) existe base científica para la opción quirúrgica. Las alternativas quirúrgicas son la conversión restaurándose el tránsito fisiológico a través de duodeno o la pancreatometomía distal/totalen función de la etiología. En el caso de la conversión el objetivo final es erradicar los efectos adversos de la cirugía inicial evitando la reganancia de "exceso de peso perdido". Dicha conversión es un proceso seguro y reproducible en centros especializados y que debe encuadrarse dentro de una atención al paciente por parte de un equipo multidisciplinar.

Paciente gestante con hernia diafragmática de origen iatrogénico estrangulada

I Pulido Roa, I González Poveda, M Ruiz López, A Titos García, J Carrasco Campos, JA Toval Mata, S Mera Velasco, J Santoyo Santoyo

ORAL. CIRUGÍA COLORRECTAL

:

Introducción:

Las hernias diafragmáticas adquiridas iatrogénicas se producen durante la cirugía o en el momento de la colocación de drenajes tanto a nivel torácico como abdominal. Mayoritariamente son asintomáticas o de clínica larvada, pero los cambios en la presión intraabdominal presentes en el embarazo o el parto pueden llevar consigo la aparición de síntomas o incluso complicarlas. El tratamiento es siempre quirúrgico y la vía de abordaje la abdominal.

Caso clínico:

Mujer de 34 años, gestante de 26 semanas. Como antecedentes personales, esplenectomía y colecistectomía laparoscópica indicadas por microesferocitosis hereditaria y colelitiasis sintomática, con postoperatorio tórpido que requirió drenaje

torácico (derrame pleural) y abdominal (coleción subfrénica izquierda). Acude con cuadro clínico de dolor retroesternal-hemiabdomen superior, disnea y náuseas; acompañados de empeoramiento progresivo del estado general. A la exploración física silencio en hemitórax izquierdo y RM que objetiva cámara gástrica en tórax. Intervención emergente con parada cardio-respiratoria tras la inducción; inicio de RCP avanzada, tras laparotomía media y extracción del feto, se objetiva hernia diafragmática postero-medial izquierda con curvatura mayor gástrica estrangulada realizándose frenotomía, reducción, masaje cardiaco directo y frenorrafia. En second look gastroplastia longitudinal por curvatura mayor gástrica necrosada no perforada. Evolución favorable. Ha presentado tres reingresos por obstrucción de intestino delgado, dos por síndrome adherencial resueltos con tratamiento conservador y uno secundario a hernia interna por brida a nivel de HCI que precisó tratamiento quirúrgico.

Conclusión:

La hernia diafragmática es un factor de riesgo durante el embarazo. Su tratamiento depende del tiempo y, fundamentalmente, de la clínica asociada: Las asintomáticas se tratan de forma conservadora y las sintomáticas requiere intervención; la emergencia de ésta y la posibilidad de favorecer la madurez fetal previa estriba en la estabilidad de la paciente y el feto. La morbimortalidad depende de la precocidad del diagnóstico y de las lesiones asociadas.

Tratamiento domiciliario y seguimiento ambulatorio en pacientes sin factores de riesgo en la diverticulitis aguda no complicada

I Pulido Roa, S Mera Velasco, I González Poveda, A Titos García, M Ruiz López, J Carrasco Campos, JA Toval Mata, J Santoyo Santoyo

ORAL. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: En la actualidad no existe una pauta ni criterios clínico-radiológicos para determinar la opción del tratamiento conservador domiciliario versus hospitalario en pacientes con diverticulitis aguda no complicada (Hinchev grado I) en pacientes sin factores de riesgo de mala evolución.

Material y Métodos:

Presentamos un estudio observacional descriptivo en base a un protocolo elaborado en nuestro Servicio coherente con las guías clínicas actuales para el manejo de la diverticulitis aguda no complicada con estrictos criterios de exclusión relacionados con factores de riesgo de mala evolución. Tras alta en Urgencias, los pacientes fueron remitidos a consulta para completar estudio y programar intervención en los casos en los que existiera indicación. Tras alta en Consulta se realiza seguimiento telefónico.

Resultados: Tamaño muestral de 31 pacientes en un periodo de 18 meses. La muestra presenta un predominio masculino (61%) y una edad media de 49 años, todos sin comorbilidad asociada a peor pronóstico. La antibioterapia pautada mayoritariamente es amoxicilina-clavulánico. El estudio se completa con enema opaco

(100% confirman diverticulosis) y colonoscopia asociada a marcadores tumorales ante dudas diagnósticas (13%). Intervención programada en tres pacientes indicada por dos o más episodios de diverticulitis no complicada. Alta de consulta al 84% de pacientes. En el seguimiento directo (telefónico) o indirecto de estos pacientes, ninguno ha precisado reingreso y/o intervención urgente.

Conclusión:

Optar por el tratamiento domiciliario implica evaluar edad, comorbilidades, facultad mental, entorno y estado general del paciente; además de la realización de un TC para su correcta estadificación y pautar antibioticoterapia con buena cobertura para gérmenes anaerobios y gram-negativos. Concluimos en base a nuestros datos que, respaldados por una adecuada selección de los pacientes, el tratamiento domiciliario es seguro sin aumentar los reingresos. Son necesarios estudios de mayor evidencia científica.

Oclusión intestinal secundaria a endometriosis

Fernández Burgos, I.; Ruiz López, M.; Carrasco Campos, J.; González Poveda, I.; Toval Mata, J.A.; Titos García, A.; Mera Velasco, S.; Santoyo Santoyo, J.

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

UGC de cirugía general, digestivo y trasplantes. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

Fernández Burgos, I.; Ruiz López, M.; Carrasco Campos, J.; González Poveda, I.; Toval Mata, J.A.; Titos García, A.; Mera Velasco, S.; Santoyo Santoyo, J.

Introducción: La endometriosis es una enfermedad benigna que afecta a mujeres en edad fértil. Su clínica principal es el dolor pélvico y perineal, la dispareunia, la hipermenorrea y la infertilidad. El sigma y el recto son los segmentos habitualmente más afectados. Ni la clínica, ni la radiología o la colonoscopia nos sirven para el diagnóstico diferencial con procesos neoplásicos. Es poco frecuente que estos cuadros requieran intervención quirúrgica urgente.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una búsqueda de los casos de oclusión intestinal por endometriosis ocurrida en el Hospital Regional Carlos Haya de Málaga en los últimos 10 años, desde Marzo de 2001 a Marzo del 2010. Utilizando para ello la base de datos del servicio (Filemaker pro 4.0). Se excluyeron todos aquellos cuadros de endometriosis intestinal en los que no se realizó cirugía de urgencia.

Resultados: Se obtuvieron 5 casos de oclusión intestinal secundaria a endometriosis en mujeres entre 30-40 años, cuatro de las cuales tenían antecedentes previos de endometriosis, que debutaron con clínica de molestias abdominales difusas que evolucionaron a oclusión intestinal y precisaron de cirugía urgente. Tres de ellas con lesiones de localización ileal, teniendo las otras dos una localización sigmoidea. Se llegó al diagnóstico mediante TC en todos los casos, requiriendo intervención quirúrgica urgente con resección intestinal. Cursaron con un postoperatorio sin incidencias.

CONCLUSIONES

La endometriosis intestinal debe ser considerada como un diagnóstico diferencial en mujeres en edad fértil con síntomas y signos gastrointestinales inespecíficos.

Su presentación clínica, es indistinguible de la oclusión intestinal por carcinoma, y ni la colonoscopia ni la radiología pueden aportarnos un diagnóstico definitivo preciso. Y frente a otros estudios que plantean un tratamiento conservador, nosotros consideramos necesario la realización de cirugía oncológica en todos los casos ante la imposibilidad de conocer con seguridad el origen del proceso previo al análisis histológico.

Rescate quirúrgico de pacientes n2 sometidos a neoadyuvancia: pronóstico de supervivencia

Fernández Burgos, I.; Bermejo, E.; García Albiach, B.; Aranda Narvaez, J.; Becerra Ortiz, R.; Titos García, A.; Marín Camero, N.; Pulido Roa, Y.; Prieto Puga, T.; Arrabal Sánchez, R.; Santoyo Santoyo, J.

UGC de Cirugía general, digestivo y trasplantes. Unidad Cirugía Torácica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

ORAL. MISCELÁNEA

OBJETIVOS: Valorar que factores pronósticos radiológicos, quirúrgicos y patológicos determinan una mejor supervivencia en aquellos pacientes estadificados como N2 que tras ser sometidos a quimioterapia neoadyuvante son intervenidos quirúrgicamente.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de 31 pacientes que entre 1992 y 2011 fueron diagnosticados de carcinoma pulmonar no microcítico estadio N2 (por mediastinoscopia/mediastinotomía); sometidos a quimioterapia neoadyuvante y posteriormente intervenidos. Se evalúan los siguientes factores pronósticos: respuesta radiológica tras la quimioterapia según la Tac, tipo de resección anatómica realizada, resección quirúrgica conseguida (Ro vs R1), respuesta patológica en la pieza tras la quimioterapia, estadio N final e histología. Análisis bivariante de la supervivencia Kaplan-Meier y multivariante regresión de Cox.

Resultados: La supervivencia global de la muestra tuvo una mediana de 31+-13 meses (IC al 95% de 5 a 57), siendo la supervivencia a los 5 años del 37%. Tuvieron una respuesta radiológica completa 5 (16%) enfermos, 16 (51%) una parcial y 10 (32%) se definieron como enfermedad estable según la Tac. Tras la intervención, 13 (42%) enfermos se estadificaron como N0, 4 (13%) como N1 y 14 (45%) como N2 (de ellos 3 fueron N2 multiestadial). 7 (23%) pacientes tuvieron una respuesta patológica completa y 24 (77%) una respuesta parcial. En el análisis bivariante de la supervivencia no fueron factores pronósticos con significación la histología ni el tipo de resección anatómica realizada. Aunque la respuesta radiológica tras la quimioterapia no tuvo significación estadística ($p=0,20$), probablemente por el tamaño muestral, la supervivencia a los 5 años de los enfermos con respuesta radiológica completa fue del 70% frente al 30% del resto. Si tuvieron significación estadística los factores pronóstico estadio N final (N0-N1 vs N2, $P=0,04$), tipo de resección conseguida (Ro vs R1, $P=0,01$) y respuesta patológica (

completa vs parcial, $P=0,05$). En el análisis multivariante de los tres factores pronóstico con significación estadística estos perdieron la misma. Sin embargo, si mostraron una asociación de riesgo clara de manera que las posibilidades de fallecer al no realizar una resección R0 se incrementaban en 2,3 veces; las posibilidades de fallecer al continuar siendo N2 se incrementaban 1,8 veces respecto a No-N1 y las posibilidades de fallecer al no conseguir una respuesta patológica completa se incrementaban en 3,6 veces respecto a las respuestas parciales.

CONCLUSIONES

El rescate quirúrgico tras la neoadyuvancia consigue supervivencias aceptables en el carcinoma pulmonar no microcítico. Conseguir unos bordes sanos en la resección quirúrgica, infraestadificar el N2 tras la neoadyuvancia y conseguir una respuesta patológica completa son los factores que marcan una mejor supervivencia de estos pacientes.

Acreditación de una unidad de gestión clínica como significado de calidad asistencial sanitaria

Alberto Titos García, Santiago Mera Velasco, Isabel Rosa Fernández Burgos, Ivan González Poveda, Manuel Ruiz López, Jose Antonio Toval Mata, Joaquín Carrasco Campos, Cristina Rodríguez Silva, Julio Santoyo Santoyo

POSTER. MISCELÁNEA

Título: Acreditación de una Unidad de Gestión Clínica de Cirugía como significado de calidad asistencial sanitaria

Autores: Titos García A, Mera Velasco S, Fernández Burgos IR, González Poveda I, Ruiz López M, Toval Mata JA, Carrasco Campos J, Rodríguez Silva C, Santoyo Santoyo J.

Introducción: Un programa de acreditación es el proceso por el cual se observa, analiza y reconoce si la atención que prestamos a los ciudadanos en materia de salud es adecuada, es decir, si responde a nuestro modelo de calidad. La Agencia de Calidad Sanitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía es el organismo encargado de definir el modelo de calidad y elaborar una metodología de trabajo para la mejora continua, evaluando los resultados de dicho análisis.

Material: El programa de acreditación consta de 109 estándares o criterios que tratan de mostrar la realidad del funcionamiento del servicio. Se articulan en 5 bloques de trabajo: el ciudadano, la atención sanitaria integral, los profesionales, las áreas de soporte y la eficiencia y los resultados. La metodología de trabajo consiste en un proceso de autoevaluación interna en el que los profesionales definidos por la UGC analizan los estándares en su medio hospitalario estableciendo evidencias positivas (situaciones que cumplen con el criterio) y áreas de mejora. Posteriormente un equipo de evaluadores externos de la agencia de calidad sanitaria analiza los resultados, realiza una visita al hospital y establece un grado de acreditación en función del nivel de calidad y seguridad cumplido.

Discusión: El modelo de acreditación del sistema sanitario andaluz tiene entre sus objetivos el reconocimiento de las UGC, incrementar la confianza de los ciudadanos en el sistema y fomentar una cultura de mejora en la calidad de la atención sanitaria. Es por tanto, una herramienta de evaluación

para reconocer en qué grado las tecnologías, las instituciones y los profesionales responden a los criterios de calidad, y a partir de ahí poder emprender mejoras y proyectos de trabajo para la mejora continua de la asistencia a los ciudadanos.

Tratamiento mínimamente invasivo de la dehiscencia de anastomosis colorrectal.

Manuel Ruíz-López, Iván González-Poveda, Joaquín Carrasco Campos, Rosa Becerra Ortiz, Alberto Titos García, Jose Antonio Toval Mata, Santiago Mera Velasco, Julio Santoyo Santoyo

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Paciente de 72 años que es intervenida de neoplasia de recto medio (uT3uN1), tras recibir neoadyuvancia con radioterapia (180 cGy/fracción/5 días/semana), realizando RAUB laparoscópica oncológica asistida por robot (da Vinci©) con anastomosis coloanal e ileostomía de protección. Tras buena evolución es dada de alta en el 6º día postoperatorio. Reingresa a las 72 horas por colección presacra que se trata mediante drenaje percutáneo. Tras la retirada del drenaje dicha colección recidiva pero en esta ocasión se drena espontáneamente por vía endoanal a través de la anastomosis. Al comprobar dehiscencia de cara posterior anastomótica y gran cavidad presacra mediante exploración y enema opaco, se decide tratamiento de dicha cavidad con una endoesponja de poliuretano de poro abierto (B. Braun Medical BV, Melsungen, Alemania).

La técnica se realizó en quirófano. En primer lugar se realizó lavado abundante con suero de la cavidad con de sonda de Foley. En segundo lugar se estima que la longitud y el tamaño de la cavidad del absceso era demasiado grande para una esponja, por lo que se colocaron dos esponjas. A continuación, las esponjas se conectan a una botella de vacío de baja succión (Redy Rono-TRANS dispositivo de succión PLUS, Melsungen, Alemania), creando una presión negativa constante en la esponja. La esponja se cambió cada 3-4 días y se fue reduciendo el tamaño de la esponja a la par que se reducía el tamaño de la cavidad, hasta que la cavidad se clausuró. Para ello fueron necesarias 6 semanas de tratamiento.

Las anastomosis colorrectales/coloanales y las ileoanales tienen una tasa de fuga relativamente alta. La desfuncionalización de la anastomosis con la realización de ileostomía de protección puede evitar la fuga de la anastomosis en algunos casos. A pesar de ello se pueden formar grandes abscesos en el área presacra. Siguiendo la técnica de escisión parcial o total del mesorrecto se genera una cavidad presacra grande que no se llena por completo por el neorrecto. En presencia de una fuga, el moco y el líquido se acumula en la cavidad. Con el tiempo, estos abscesos presacros paraanastomóticos pueden madurar y convertirse en un sinus presacro crónico.

El tratamiento endoesponja resuelve la sepsis y edema existente, permitiendo la clausura progresiva de la cavidad. Son necesarias al menos 5 semanas de tratamiento para conseguir clausurar la sinus generado. Se han aportado distintas soluciones para tratar de acelerar este proceso mediante el empleo de agentes adhesivos, destechamiento del sinus in-

corporando el sinus al neorrecto y el cierre endoscópico con Over-The-Scope-Clip.

Gran masa abdominal abscesificada y obstrucción intestinal. Se trataba de un gist.

J. Álvarez Medialdea; M. Balbuena; C. Perez Alberca; J. Falckenheiner; A. Calvo Durán; A. Martinez Vieira, C. De la Vega Olias; M. Robles, A. Najeb; MA Urbano

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Objetivo: Exponer el caso de un paciente diagnosticado de GIST

Materiales y método: Presentación de caso clínico.

Paciente de 52 años que refiere nauseas y vómitos postprandiales de unas 72 horas de evolución. Se acompaña de dolor abdominal intenso y marcado deterioro del estado general.

Sin antecedentes personales de interés.

A la exploración el paciente se halla consciente, orientado y colaborador. Buen estado de nutrición e hidratación. Afectación del estado general. Bien perfundido, normocoloreado, no ictericia ni cianosis. Eupneico. Abdomen distendido, doloroso a la palpación y con cierta reactividad peritoneal. Se aprecia gran masa a nivel de mesogastrio.

En analítica se detecta leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda.

Se solicita TAC abdominal en el que se observa una gran masa dependiente de intestino delgado, necrosada, cavitada y con captación heterogénea, calcificaciones groseras y burbujas aéreas en su interior con un diámetro de 19x18 cm. Lesión en segmento VII de unos 28 mm hipodensa y con captación de contraste. Múltiples nódulos a nivel de FID, parietocolico izquierdo, FII y Douglas.

Se decide drenaje de la colección con dren Pig-Tal guiado por TAC con salida de material necrótico-purulento. Se biopsia la lesión que se informa como tumor del estroma gastrointestinal por lo que se decide iniciar tratamiento con imatinib.

En TAC de control se objetiva respuesta favorable al tratamiento por lo que se programa intervención quirúrgica.

RESULTADO: Se realiza intervención urgente.

Se practica laparotomía exploradora con resección de la masa tumoral y múltiples implantes peritoneales, peritonectomía, nódulos hepáticos y en diafragma derecho. Resección de intestino delgado y grueso. Anastomosis yeyuno-yeyunal, yeyuno-ileal e ileocólica.

El postoperatorio cursa sin incidencias ni complicaciones siendo dado de alta al octavo día

Conclusiones: El GIST es un tipo de tumor que habitualmente cursa de manera asintomática. Sin embargo cuando presenta sintomatología asociada ésta puede ser muy variada: dolor o malestar abdominal, hemorragia digestiva, masa abdominal, anorexia, pérdida de peso, anemia... Habitualmente presenta buena respuesta a imatinib lo que favorece el tratamiento neoadyuvante y la reducción de la masa neoplásica como paso previo a la intervención.

Gran tumoración perianal, melanoma de localización atípica.

J. Álvarez Medialdea; M. Balbuena; C. Perez Alberca; J. Falckenheiner; A. Martinez Vieira, A. Diaz; V. Vega; A. Najeb, M. Velasco

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Objetivo: Exponer el caso de una paciente con clínica proctológica de varios meses de evolución y que tras estudio es diagnosticada de melanoma perianal estadio IV.

Materiales y método: Presentación de caso clínico.

Se trata de una paciente de 54 años que acude al Servicio de Urgencias por referir proctalgia, rectorragia y tumoración del margen anal de ocho meses de evolución. La lesión ha tenido un crecimiento progresivo y refiere hábito intestinal estreñido desde su aparición. Desde hace 24 horas debuta con dolor abdominal y vómitos en posos de café.

Entre sus antecedentes personales cabe destacar un síndrome depresivo en tratamiento con venlafaxina, alprazolam y seroquel.

A la exploración paciente consciente, orientada y colaboradora. Buen estado de hidratación, obesidad. Bien perfundida, normocoloreada, no ictericia ni cianosis. Eupneica. Facies afilada. El abdomen sin hallazgos de interés.

En región anal se observa tumoración con un diámetro máximo de 8 cm, ubicada en margen derecho y abarcando 180° de la circunferencia. Superficie friable, hiperpigmentada en la cara lateral de la lesión. Al realizar tacto se aprecia un discreto engrosamiento mucoso a la entrada del canal anal. Dedil sin producto patológicos.

Analítica sin hallazgos de interés.

RESULTADO: Ante la sospecha clínica de melanoma se decide realizar biopsia de la lesión y solicitar estudio de extensión.

Marcadores tumorales dentro del rango de normalidad.

En ECO-endoanal se observa tumoración que comienza fuera del margen anal e infiltra esfínteres externo e interno para prolongar su expansión hacia grasa perirrectal. Presencia de al menos tres adenopatías perirrectales.

En TAC toraco-abdominal se aprecia la existencia de nódulos pulmonares bilaterales múltiples metastásicos, lesiones osteolíticas vertebrales y hepatomegalia por incontables LOEs metastásicas. Adenopatías inguinales bilaterales de 25 mm y engrosamiento anal.

La paciente es diagnosticada de melanoma anal estadio IV siendo derivada a Consultas de Oncología para tratamiento y evolución.

La paciente reingresa a los 10 días por deterioro del estado general, fallo renal y hepático agudos, hemorragia digestiva baja severa. Se certifica el exitus a las 24 horas del reingreso.

Conclusiones: El melanoma anorrectal es un tipo de tumor poco frecuente pero que presenta una elevada agresividad y mal pronóstico. Clínicamente los pacientes refieren la presencia de una tumoración perianal, hematoquecia, dolor, tenesmo y alteración del tránsito intestinal. En muchas ocasiones son mal diagnosticados al inicio de la enfermedad infravaloran-

dose la severidad del proceso que padecen; ello supone un importante retraso en el inicio del tratamiento.

Hernia interna paraduodenal como causa de cuadro obstructivo

J. Álvarez Medialdea; M. Balbuena; C. Perez Alberca; J. Falckenheiner; A. Diaz; A. Martinez Vieira, E. Sancho; M. Robles, MA Urbano; A. Calvo Durán.

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

OBJETIVO: Presentar el caso de un paciente con cuadro clínico de obstrucción intestinal secundario a la existencia de una hernia interna.

MATERIALES Y MÉTODOS: Revisión de Historia Clínica

Se trata de un paciente de 59 años que acude a Urgencias por referir náuseas y vómitos persistentes de cuatro días de evolución. Se acompaña de distensión abdominal y sensación de plenitud gástrica. Sin fiebre ni otras sintomatología acompañante.

Entre sus antecedentes personales cabe destacar la existencia de alergia medicamentosa a pirazolonas. Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril. Intervenido previamente de meniscopatía y vasectomía.

Al la exploración paciente consciente, orientado y colaborador. Buen estado de nutrición, deshidratación leve. Bien perfundido, normocoloreado, no ictericia ni cianosis. Eupneico. Abdomen distendido, globuloso. A la palpación superficial y profunda se aprecia masa a nivel de hipocondrio izquierdo con cierta defensa y reactividad peritoneal. Peristaltismo disminuido.

Analíticamente sin hallazgos de interés.

Se solicita TAC de abdomen en el que se objetivan signos de obstrucción intestinal con dilatación de asa de delgado. Engrosamiento del meso.

RESULTADO:

El paciente es intervenido de urgencia.

Se realiza laparotomía media en la que se observa anivel de HI una gran hernia interna de unos 25 cm de diámetro con importante conglomerado de asas de intestino delgado. Las asas presentan un aspecto edematoso con paredes engrosadas aunque sin signos de isquemia ni necrosis. Se realiza adheriolisis de sinequias y liberación de las asas de delgado. Disección y apertura del saco herniario hasta identificar el anillo. Se realiza exeresis completa del saco y revisión completa de asas desde el Treitz hasta el ciego manteniendo buena coloración y peristalsis.

El paciente presenta una evolución favorable durante su ingreso, el postoperatorio cursa sin incidencias ni complicaciones siendo dado de alta al cuarto día.

Conclusiones: Las hernias internas causan el 0.9% de las obstrucciones intestinales. De estas, aproximadamente la mitad (53%) son causadas por hernias paraduodenales: las hernias paraduodenales son producto de una embriogénesis defectuosa, donde el intestino no rota o los pliegues mesentéricos no se fusionan adecuadamente. Estas hernias son más

comunes en el género masculino y en el lado izquierdo. La presentación clínica es inespecífica con manifestaciones que varían desde la dispepsia, perforación intestinal y el shock séptico. Los estudios de imagen muestran el agrupamiento de las asas intestinales en el abdomen superior dando una imagen de compartimentalización de la cavidad abdominal. Para el manejo quirúrgico de estos pacientes se debe reducir el intestino herniado, verificar que este sea viable y posea una adecuada perfusión y reparar el orificio herniario con material no absorbible.

Rectorragia e inestabilidad hemodinámica severa. El debut de un meckel.

J. Álvarez Medialdea; C. Perez Alberca; M. Balbuena; J. Falckenheiner; A. Martinez Vieira, R. Jiménez, A. Camacho Ramirez, C. De la Vega Olias; A. Diaz; A. Calvo Durán

ORAL. CIRUGÍA COLORRECTAL

Objetivo: Presentar el caso de una paciente que presenta inestabilidad hemodinámica severa secundaria al sangrado activo de un divertículo de Meckel.

Materiales y método: Presentación de caso clínico.

Paciente de 28 años que es trasladada por DCCU al Servicio de Urgencias de este Centro tras presentar episodio de rectorragia franca y cuadro sincopal, dicha clínica viene precedida de tenesmo rectal y molestias abdominales.

Sin antecedentes personales de interés.

A su llegada la paciente se halla consciente, orientada y colaboradora. Buen estado de nutrición e hidratación. Bien perfundida aunque con palidez mucocutánea. Eupneica. EL abdomen es blando y depresible, sin masas ni megalias. No dolor, no defensa abdominal ni signos irritativos. Peristaltismo conservado. En región anal se observan restos hemáticos de sangre roja fresca sin otros hallazgos relevantes.

La paciente pasa a observación donde se mantiene estable y con una hemoglobina de 10 g/dl, se propone para colonoscopia que resulta incompleta al encontrar restos hemáticos a 40 cm del recto. Tras ello presenta nuevo episodio de rectorragia franca y la hemoglobina desciende a 6gr/dl por lo que se transfunden concentrados de hematíes e ingresa en UCI. En angioTAC y nueva colonoscopia no se evidencian zonas de sangrado activo.

Se decide intervención quirúrgica pero antes de la misma presenta un nuevo episodio de rectorragia masiva con deterioro hemodinámico que requiere de sueroterapia intensiva y transfusión de concentrados de hematíes.

RESULTADO

Se realiza intervención urgente.

Se practica laparotomía media. Se revisan asas de delgado que presentan contenido hemático. A nivel de ileón se observa divertículo con engrosamiento mucoso, no otros hallazgos. Se realiza resección de delgado englobando la formación diverticular y reconstrucción con anastomosis mecánica latero-lateral isoperistáltica.

Tras ello la paciente presenta una evolución favorable siendo dada de alta a los seis días de la intervención.

La anatomía patológica se informa como divertículo de Meckel.

Conclusiones: La mayoría de los Meckel son asintomático. Las manifestaciones clínicas suelen estar relacionadas con sus complicaciones: hemorragia digestiva, obstrucción intestinal, diverticulitis y neoplasia. El divertículo de Meckel es una causa de hemorragia digestiva fundamentalmente en pacientes jóvenes que puede ocasionar un sangrado crónico o agudo, normalmente autolimitado. En este caso la paciente presenta una inestabilidad hemodinámica severa a consecuencia de del sangrado digestivo por lo que no se puede obviar las complicaciones y riesgos derivadas de esta patología.

Cordoma presacro de gran tamaño tratado mediante abordaje combinado y recubrimiento del defecto posterior con injerto pediculado de pared anterior

Martín Cartes, JA., Bustos Jiménez, M. y Tamayo López, MJ.

ORAL. CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL

Cordoma presacro de gran tamaño tratado mediante abordaje combinado y recubrimiento del defecto posterior con injerto pediculado de pared anterior.

Martín Cartes, JA., Bustos Jiménez, M. y Tamayo López, MJ.

Introducción.- El cordoma es un tumor óseo, muy poco frecuente, que deriva de la notocorda primitiva y asienta preferentemente en la región sacrococcígea, infiltrando, de forma lenta pero progresiva, raíces nerviosas y partes blandas vecinas. Dada su localización presentan un difícil manejo.

Caso clínico.- Presentamos un caso de cordoma sacro en un paciente de 36 años que acudió a la consulta por presentar en los últimos 2 años una gran masa sacra que había ido aumentando de tamaño. Se realizaron TAC y RMN, Tumoración de partes blandas heterogénea con áreas mas hipo e hiperdensas y calcificaciones groseras dispersas por toda la lesión que ocupa practicamente toda la pelvis menor -espacio presacro desde S2 crece en sentido caudal hacia la región glútea, no siendo posible su medición en todos los ejes(superior a 15 cm en los ejes AP y Transverso).

La tumoración engloba y destruye desde S2 hasta coxis. Resto de las estructuras óseas de la pelvis están respetadas.

En el margen posteroinferior , la tumoración crece hacia la musculatura glútea sobre todo en su margen derecho, donde se observa una lobulación de 8cm y 6 cm en el lado contralateral.

Esta tumoración se extiende desde planos profundos hasta planos más superficiales ya que en la línea media a la altura del coxis no se respeta el tejido celular subcutáneo. El diagnóstico se confirmó mediante PAB guiada por TAC. La intervención se realizó en un mismo acto quirúrgico en dos tiempos: un primer tiempo por vía anterior en el que se abordó el retroperitoneo, liberando y movilizando los vasos ilíacos, ambos uréteres y recto con respecto al tumor, así como se procedió a

tomar una paleta de pared abdominal que englobaba espesor total de la misma, incluyendo el recto anterior derecho casi entero, pediculizado con los vasos epigástricos derechos; y, a continuación, un segundo tiempo, por vía posterior, en el que se reseco el sacro a nivel de la articulación S2-S3 (preservando ambas raíces sacras S1, S2 y la S3 derecha). El defecto posterior se cubrió con el colgajo tomado de la pared anterior.

Comentarios.- El cordoma es un tumor poco frecuente. En cuanto al tratamiento existe unanimidad en su indicación quirúrgica. Nos hemos decidido por el abordaje combinado (anterior y posterior) ya que permite un mejor control de los vasos ilíacos internos y posibilita el poder realizar una colostomía temporal de protección (tanto frente a una hipotética necesidad de exéresis rectal, como al riesgo de incontinencia por exéresis de las 1ª raíces sacras), como la separación del recto del espacio presacro.

Traumatismo esplénico a proposito de 1 caso cirugía conservadora, con esplenectomía parcial

Dr Jairo M. Avella Vega, Dra García Navarro, Dr Carlos San Miguel, Dr Emilio Corral, Dr Jose Antonio Ferron Orihuela.

POSTER. MISCELÁNEA

La mayoría de las lesiones esplénicas , hasta el 80 % de los casos, se producen como consecuencia de accidentes de tráfico, y con mucha menos frecuencia son debidos a accidentes de trabajo, caídas casuales, accidentes deportivos, agresiones y contusiones abdominales diversas, juegos infantiles , etc.

Con frecuencia , al traumatismo del bazo se asocian otras lesiones abdominales o extrabdominales, tales como fracturas costales, heridas torácicas, hemotorax, lesiones diafragmáticas, cólicas e intestinales, hepáticas , renales izquierdas, traumatismos de las extremidades etc. Estas lesiones agravan el pronóstico y elevan la mortalidad. La lesión esplénica aislada sólo se presenta en el 20% de los casos en algunas series.

Según el registro nacional de trauma del Colegio Americano de Cirujanos, en el perio-

Do 1994-2003 se registraron 35767 traumatismos esplénicos (92.7% cerrados).

El tratamiento conservador no quirúrgico o tratamiento no operatorio, es el el standart en la actualidad, de manera que el tratamiento quirúrgico se utilizó en el 28.7% de los traumatismos esplénicos, los procedimientos de conservación esplénica están indicados en los traumatismos aislados del bazo y los pacientes sin coagulopatía, sin lesiones del hilio esplénico ni lesiones que producen una destrucción masiva del bazo.

Las dos variables que predicen la necesidad de cirugía de urgencia son el Injury Severity Score(ISS) y la hipotensión al ingreso.

En nuestro caso presentamos una paciente de 75 años con AP de HTA en tratamiento con nifedipino, apendicectomizada, que sufre accidente de tráfico con salida del coche atendida por O61, sin pérdida de conocimiento, consciente, con dolor flanco izquierdo con necesidad de perfusión de cristaloides, que llega en situación de shock requiriendo ingreso en UCI,

estabilizándose su situación clínica, permitiendo la realización de pruebas y de imagen TAC Torácico y abdominal: Fracturas de arcos posteriores 8ª y 9ª Ilioperitoneo fundamentalmente a nivel peri-esplénico, peri hepático y en fondo de saco de Douglas. Marcada laceración esplénica afectando fundamentalmente el polo superior.

Ante la persistencia de inestabilidad, con necesidad de transfusión y ante los hallazgos

en pruebas de imagen se decide hacer laparotomía: Hemoperitoneo en los 4 cuadrantes, secundaria a desgarro de vasos cortos con rotura de mitad superior del bazo, se realiza sección del parénquima esplénico con GIA 60 (Azul), procediéndose a esplenectomía parcial que permite conservar el polo inferior y el parénquima adyacente al hilio.

La paciente evoluciona satisfactoriamente dándose de alta al 4º día postoperatorio.

1.- SEUFERT, RM; R.S; SISE, M.J.; MITROU, PS: "Surgery of spleen". New York Thieme.

INC.1986: 34-48.

2. Gamlin TC, Wall CE Jr Royer EW Dalton ML, Ashley DW, Delayed splenic rupture: case reports and review of the literature. J Trauma, noviembre 2005; 59(5); 1231-1234.

3. Shackford, R.S.; Sise, M.J.; Virgilio, R.W.; Peters, R.M. "Evaluation of splenorraphy: a Grading system for splenic trauma" J. Trauma 1981; 21:538-542.

4. Weinberg JA, Magnotti L.J, Croce MA, Edwards N.M. Fabian T.C.; The Utility of serial computed tomography imaging of blunt splenic injury; still worth a second look? J Trauma, mayo 2007; 62(5): 1143-1148; discussion 1147-1148

Estricturoplastia: alternativa segura y eficaz a la resección quirúrgica en la enfermedad de Crohn

J. Valdivia, A. Bustos, A. Vilchez, R. Conde, P. Palma, J. A. Ferrón
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo; HUVN - Granada

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Pese a ser el tratamiento médico el pilar básico del manejo de la enfermedad de Crohn (EC), la cirugía es necesaria en aproximadamente el 70% de los pacientes. Debido a repetidas intervenciones, a menudo son necesarias técnicas conservadoras de intestino y enfoques mínimamente invasivos, incluyendo la estricturoplastia para reducir el riesgo de síndrome de intestino corto. Mediante esta técnica, se consigue incrementar el calibre de la luz intestinal sin necesidad de resección. Presentamos dos casos recientemente tratados.

Material y método: Pacientes varones de 33 y 27 años sin cirugías previas, buen estado de nutrición con diagnóstico de EC estenosante de 10 y 12 años de evolución que responden parcialmente al tratamiento médico (mercaptopurina, mesalazina) y que en los últimos 6 meses acudieron a urgencia por sintomatología de obstrucción intestinal. En la TC abdominal del primer paciente se describe zona estenótica engrosada de 15cm. de longitud sin afectación de la válvula ileocecal, sin presencia de fístulas ni colecciones perilesionales. El segundo caso presentaba estenosis múltiples entre ileon proximal y

distal de aproximadamente 30cm de longitud sin presencia de fístulas ni colecciones periestenóticas.

Resultados: Dada la clínica de los pacientes, la edad, la mala respuesta al tratamiento médico y el pronóstico de cada uno de ellos, se opta por el tratamiento quirúrgico conservador en ambos casos decidiendo por la estricturoplastia de Finney y de Michelassi respectivamente, evitando así la resección intestinal amplia y con posterioridad el síndrome de intestino corto. La evolución fue satisfactoria, tolerando bien por vía oral a las 48-72 horas y siendo dados de alta al cuarto y quinto día de la intervención. Ambos pacientes están libres de sintomatología obstructiva en los últimos 12 meses.

Conclusiones:

La estenosis ileal constituye la complicación más frecuente de la EC. En tanto que la cirugía no es curativa en la EC, la resección debe ir encaminada únicamente a resolver la estenosis. La estricturoplastia es una técnica segura y efectiva para la EC yeyunoileal, sin tener esta técnica mayor morbimortalidad ni recidiva con respecto a la cirugía de resección convencional.

Mastectomía ahorradora del complejo areola-pezones con patrón vertical cutáneo

Joaquín Navarro Cecilia, Carolina Luque López, Basilio Dueñas Rodríguez, Crisóstomo Ureña Tirao, Juan Jimenez Anula, Mª Carmen Muñoz García.

VIDEO. CIRUGÍA DE MAMA

Introducción: La conservación del CAP significa transformar la mastectomía ahorradora de piel en una mastectomía con resultados estéticos superiores. Debe seleccionarse bien el caso para evitar complicaciones y riesgos oncológicos.

Caso clínico: Paciente de 40 años con ca ductal infiltrante (grado II, RE -, RP - Herceptest +++) multicéntrico en CSE y CSI de MI, y ganglios axilares positivos. Tras QT neoadyuvante, se procedió a cirugía radical y reconstrucción inmediata.

Comentarios: Presentamos un caso de mastectomía ahorradora del complejo areola-pezones izquierda con patrón cutáneo vertical, reconstrucción inmediata mediante implante anatómico, linfadenectomía axilar y simetrización contralateral, todo en el mismo acto quirúrgico.

Mastectomía ahorradora de piel: optimización de incisiones y patrones cutáneos

Joaquín Navarro Cecilia, Carolina Luque López, Basilio Dueñas Rodríguez, Julia Martínez Ferrol, Francisco Morales Vida, Marta Checa Ceballos, Rocío Polo Muñoz

ORAL. CIRUGÍA DE MAMA

Introducción: Desde la introducción de la cirugía conservadora de la mama y la quimioterapia neoadyuvante, la incidencia de las mastectomías han ido disminuyendo, pero todavía son inevitables en tumores desproporcionados con respecto

al tamaño de la mama o multicéntricos, en aquellas con alto riesgo familiar o personal, cuando haya contraindicación de radioterapia postoperatoria o bien si la preferencia de la paciente es una mastectomía de entrada.

Material y Métodos: Se describen el tipo de incisiones. Éstas variarán según el tamaño y la configuración de la mama afecta y de la contralateral, del tamaño y la localización del tumor, de la localización de la biopsia previa y de la preferencia del cirujano, y se deben planear con vistas a una reconstrucción mamaria inmediata. Las incisiones más utilizadas son la periareolar (circular), periareolar con prolongación lateral (en raqueta de tenis), periareolar con prolongaciones lateral y medial, periareolar elíptica y las del tipo mamoplastia de reducción o mastopexia.

Resultados: Se muestran diferentes ejemplos de las incisiones.

Conclusión: Este tipo de mastectomía facilita la reconstrucción de la mama con una forma más natural y simétrica con escasos cambios en el color dérmico, disminuyendo la morbilidad psicológica y obteniendo unos buenos resultados estéticos.

Vólvulo cecal: A propósito de un caso

J. Santos Martínez, L. Elmalaki Hossain, F. Grasa González, T. Gómez Sánchez, M. Ruiz de Gopegui, D. Sánchez Relinque, S. Gomez Modet, L. Tejedor Cabrera, S. Salas Díaz, P. Saenz de Tejada, M. Rodríguez Ramos, E. García Romero

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: El vólvulo cecal representa aproximadamente entre el 10-40% de los vólvulos de colon, siendo menos frecuente que el de sigma. Más habitual en mujeres de mediana edad.

El vólvulo cecal es una torsión anómala sobre su eje mesentérico.

Caso clínico:

Mujer de 43 años con antecedentes de alergia a penicilina, asma, estreñimiento crónico. No IQ previas. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado de 24h de evolución, acompañado de náuseas y dos deposiciones líquidas.

A la exploración se encuentra hemodinámicamente estable, ACR: Buena ventilación pulmonar, con tonos rítmicos y puros. No edemas maleolares

Abdomen muy distendido, sin masas ni megalias palpables, con signos de irritación peritoneal generalizada.

PC: Hemograma: leucocitos: 20500, Cayados 10%. Bioquímica: PCR:16.6

TAC abdominopélvico: Ciego y colon derecho medializado, con localización de ileon en el lado derecho del ciego, no existiendo colon en flanco derecho. Dado los hallazgos puede corresponder con volvulación de ciego.

Se procedió a tratamiento quirúrgico urgente: Laparotomía exploradora, identificando volvulación antihoraria de ciego sobre su meso, con una gran distensión cecal de 8-10cm de

diámetro aproximadamente. El gesto quirúrgico fue una hemicolectomía derecha con anastomosis mecánica ileocólica anisoperistáltica con GIA 80mm.

La evolución de la paciente cursa de forma favorable, procediendo al alta a los 8 días.

Anatomía Patológica: Pieza de colon derecho con severa melanosis coli y hallazgos compatibles con colon catártico. Apéndice cecal se encuentra con melanosis coli y congestión vascular. Fragmento de Intestino delgado con congestión vascular y leves infiltrados inflamatorios linfoplasmocitarios

Conclusión: El vólvulo cecal es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, que precisa de tratamiento quirúrgico urgente, puesto que la desvolvulación endoscópica, se consigue en pocos casos con riesgo añadido de perforación y recidiva precoz.

Otras opciones quirúrgicas como la cecostomía o la cecopexia quedan en segundo lugar por las complicaciones postoperatorias y recidivas.

Dermatofibrosarcoma protuberans en una mujer adulta

José Antonio Guerra Bautista, Francisco Acedo Diaz, Esperanza Hernández Ollero, Javier Mena Raposo, Carolina Arcos Quiros, Abdul Karim Moalla Massa

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: El también llamado tumor de Darier-Ferrand es una neoplasia dérmica rara que afecta fundamentalmente a varones jóvenes, y aunque presenta un crecimiento local lento con excepcional comportamiento metastásico, posee una gran tendencia a la recidiva local tras su exéresis. Suele presentarse como una lesión de aspecto queloideo en hombros y espalda de modo que el diagnóstico de certeza preoperatorio no es habitual. Presentamos un caso intervenido en nuestro hospital que no se ajusta a los parámetros epidemiológicos ni topográficos más frecuentes publicados en la literatura.

Caso Clínico: Mujer de 64 años que consulta por nódulo subcutáneo en región epigástrica de varios meses de evolución, que se ha enrojecido en varias ocasiones y que le produce molestias leves. En la exploración se aprecia tumoración subdérmica de unos 20mm, móvil pero adherida a la piel superficialmente, y de aspecto similar a un quiste de inclusión epidérmica. Además presenta pequeñas lesiones satélites en su periferia. Se extirpa todo ello en bloque y respetando márgenes cutáneos de seguridad. El informe AP describe una superficie parda rugosa y un área blanquecina mal delimitada de 2,5cm, así como proyecciones en profundidad que contactan con borde posterior de la pieza, y dos pseudonódulos periféricos de 0,7 y 0,5cm. Expresión positiva para CD34 en células neoplásicas. Se reinterviene con márgenes de 3-5cm, presentando márgenes histológicos sanos. Actualmente sigue revisiones en nuestra Unidad.

COMENTARIOS:

El dermatofibrosarcoma presenta una etiología desconocida, pero se diferencia de otros tumores malignos mesenquimatosos por su probable origen neuroectodérmico y la trans-

formación de fibroblastos en histiocitos. Constituye el 0,1% de todos los tumores malignos, afectando generalmente a varones de raza negra de 20 a 50 años de edad. No se ha establecido componente hereditario y en un 20% de los casos se ha relacionado con elementos traumáticos (quemaduras, picaduras de insectos, vacunas) o exposición al arsénico. Suele presentarse como una lesión solitaria, multilobulada, de 1 a 20 cm de diámetro, y a veces con nódulos satélites. Su extensión local suele ser hacia planos superficiales. Histopatológicamente se caracteriza por presentar varios subtipos, pero son característicos la disposición verticilar de los fibroblastos (“en remolino o rueda de carreta”), la extensión hacia la periferia de proyecciones de aspecto semejante a la colágena, y la positividad para CD34 en las células tumorales. El tratamiento de elección es quirúrgico con márgenes de resección de 2,5 a 5 cm, involucrando a la fascia profunda y sin linfadenectomía ni radioterapia profilácticas. Se ha recomendado la cirugía micrográfica de Mohs (resecciones controladas por estudios anatomopatológicos intraoperatorios). El uso de la radioterapia es controvertido en caso de pérdida completa de funcionalidad o estética con la cirugía, aunque se se han registrado regresiones totales. La quimioterapia no es útil. La recidiva local es del 60%, la afectación ganglionar del 4% y las metástasis a distancia del 1%.

Malla de pte de baja densidad para la laparostomía temporal en la sepsis abdominal

José Antonio Guerra Bautista, Abdul Karim Moalla Massa, Javier Mena Raposo, Dolores Candil Comesaña, Esperanza Hernández Ollero, Jose Luis Muñoz Boo

POSTER. CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL

Introducción: La laparostomía temporal se ha empleado para prevenir las complicaciones sépticas del abdomen evitando la formación de focos sépticos múltiples y protegiendo la pared del daño tisular y edema provocado por sucesivos cierres. Aunque algunas series han demostrado mejoría clínica y disminución de la mortalidad relativa, esta técnica no está exenta de complicaciones: deterioro de la estabilidad hemodinámica, e incremento de la morbilidad (fistula intestinal, evisceración, diseminación micótica). Presentamos las ventajas teóricas del empleo de una prótesis de PTFE de baja densidad en un abdomen abierto por una pancreatitis aguda complicada

Caso Clínico: Paciente de 21 años con obesidad mórbida, ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro hospital por pancreatitis aguda con mala evolución clínica. Se indica intervención quirúrgica urgente ante su estado de inestabilidad hemodinámica, sepsis, elevación de los marcadores inflamatorios y hallazgos de TAC compatibles con Pancreatitis Aguda grado E de Balthazar: Múltiples focos de necrosis pancreática a nivel de cuerpo, cabeza y proceso uncinado, abundantes colecciones peripancreáticas, la mayor de ellas en saco menor, de 10x6 cm, y abundante líquido periesplénico, en espacios pararenales anteriores, fosa iliaca izquierda y pelvis. Se realiza laparotomía exploradora evidenciando gran cantidad de líquido libre. Celda pancreática ocupada en su practica

totalidad por contenido necroticopurulento que se drena. Se procede a colocar en lecho quirúrgico sistema abierto de lavado a modo de dos sondas de Foley con entrada y salida por ambos flancos. Laparostomía con prótesis de PTFE de bajo peso (Omyra Mesh, Braun®) suturada a fascia con monofilamento reabsorbible. Preciso reexploración de cavidad a través de la prótesis por fallo en el sistema de lavado. En seis semanas, la radiología identificó únicamente atrofia glandular y dos colecciones laterales a la cola pancreática de 3 y 4 cm. El exudado a través de la prótesis y los drenajes era limpio.

COMENTARIOS:

La técnica de abdomen abierto tiene actualmente las siguientes indicaciones: cirugía de control de daños, cierre de la pared a tensión, síndrome compartimental abdominal, pérdida masiva de sustancia parietal, y sepsis intraabdominal severa. Entre las causas más frecuentes de ésta última en nuestro medio se encuentran la pancreatitis aguda grave y la perforación colónica/apendicular, que a su vez presentan hasta el 30% de recidiva postoperatoria con abscesos múltiples. Las estrategias a seguir con esta técnica pueden ser dos: relaparotomías planeadas por etapas, o a demanda. La cubierta temporal del abdomen debe ser biológicamente inerte, sencilla, rápida, y que proteja vísceras, aponeurosis y piel. Los materiales empleados para ello van desde las bolsas (colectoras de orina/polietileno, de sueros/polivinilo), los sistemas de vacío (“vacuum pack”), hasta el uso de mallas. Entre estas últimas, el empleo de materiales como PTFE de bajo peso nos reporta un serie de ventajas. La primera es su empleo como “bolsa de Bogotá”, con menor riesgo de adherencias y fistulización, y con una buena visualización de la cavidad abdominal por transparencia. En segundo lugar posee una mayor resistencia tensil, pudiendo resuturarse las veces necesarias, a la vez que permite la observación y contabilización del exceso de exudado debido a su macroporosidad. En tercer y último lugar, permite su empleo como eficaz interfase entre las vísceras abdominales y el sistema de vacío comercial (esponja de poliuretano) o elaborado (compresas) empleado.

TRATAMIENTO NO ETIOLÓGICO DE HERIDAS CON FACTORES DE CRECIMIENTO DERIVADOS DE PLAQUETAS

José Antonio Guerra Bautista, Manuel Escamilla Cardeñosa, Carmen Ruda Buzon, María José Medina Pérez, Carolina Arcos Quirós, Francisco Acedo Diaz, Luis Mendizbal Rosales, Abdul Karim Moalla Massa

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: Los Factores de Crecimiento Derivados de las Plaquetas o Plasma Rico en Plaquetas (PRP), están abriendo nuevos campos de aplicación en lesiones óseas, osteocondrales, musculotendinosas, articulares, corneales y nerviosas.

La estrategia terapéutica de mayor eficacia en heridas y sobretodo en úlceras de la extremidad inferior es aquella que incide sobre su etiología y que muestra capacidad para resolverla, ya sea de forma temporal o definitiva. Establecido este criterio fundamental, resulta por otra parte absolutamente

cierto que un porcentaje no inferior al 60% de las úlceras de extremidad inferior tienen una difícil solución etiológica y que otras, a pesar de un resultado terapéutico inicial aceptable, evolucionan de una forma lenta hacia su cicatrización.

El presente estudio se justifica en base a la necesidad de mejorar los resultados clínicos del tratamiento no etiológico de las heridas mediante la aplicación de Factores de Crecimiento derivado de las plaquetas que mejore los resultados de los procedimientos más habituales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza ensayo clínico a 9 pacientes con heridas de diferente etiología (4 etiología quirúrgica, 1 úlcera de Martorell, 2 etiología venosa, 1 etiología isquémica y 1 etiología neuropática) en proceso de cicatrización por segunda intención. Se prepara un plasma rico en plaquetas y factores de crecimiento a partir de la sangre del paciente, minutos antes de realizar la aplicación en heridas. Este plasma incluye un número elevado de plaquetas que contienen factores de crecimiento y otras proteínas que inciden en las heridas acelerando significativamente la reparación de éstas.

Durante dos semanas se realiza cura diaria de las heridas según los principios básicos del cuidado de la herida. Se midieron la superficie de la herida al principio y al cabo de dos semanas. Se anota el porcentaje de área cicatrizada.

Después de dos semanas de curas estándar se expone la herida al protocolo objeto del estudio: Limpieza con suero fisiológico, aplicación de PRP en el lecho de la herida una vez por semana y cura estándar cada dos días, calculando la superficie de la herida el día 14. Se anota el porcentaje de área cicatrizada.

Se recogen y anotan los datos referentes a la aparición de efectos adversos tras la aplicación de PRP.

RESULTADOS.

Los resultados muestran una mayor superficie cicatrizada en las heridas tras la aplicación de PRP.

La media del "porcentaje área cicatrizada antes de la aplicación de PRP" es de 16,456, mientras que la media del "porcentaje área cicatrizada después de la aplicación de PRP" es de 54,144. Para realizar el contraste de igualdad entre medias utilizamos la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas, dando como resultado que puede afirmarse que el porcentaje de cicatrización difiere significativamente entre los dos grupos con una $P = 0,012$ a favor de la cura donde se aplica PRP.

No se evidenció la aparición de efectos adversos tras la aplicación de PRP.

CONCLUSIONES

1.-La aplicación local de plasma rico en plaquetas en heridas reduce el tiempo de cicatrización frente a las curas tradicionales mediante un mecanismo que reproduce y acelera las etapas fisiológicas de la reparación tisular en toda la variedad etiológica estudiada.

2.-El empleo de plasma rico en plaquetas en heridas ha demostrado ser una técnica segura y sin riesgos en la que no se ha evidenciado la aparición de efectos adversos.

3.-El protocolo de obtención de plasma rico en plaquetas resulta ser una técnica sencilla, fácilmente reproducible en el ámbito de sala de curas de centro de salud u hospital que no

requiere grandes volúmenes de sangre y sin los riesgos asociados al uso de hemoderivados externos.

Linfangiomatosis esplénica

José Antonio Toval Mata, Joaquín Carrasco Campos, Manuel Ruiz López, Iván González Poveda, Alberto Titos García, Rosa María Becerra Ortiz, Santiago Mera Velasco, Julio Santoyo Santoyo

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La linfangiomatosis esplénica es una rara neoplasia benigna caracterizada por dilataciones quísticas de vasos linfáticos en el parénquima del bazo.

Caso clínico: Varón de 62 años. Antecedentes de tuberculosis y Lúes tratadas años atrás. Diagnosticado de enfermedad de Crohn de 20 años de evolución con múltiples ingresos. Intervención hace 10 años con resección de yeyuno proximal y resección ileocecal. Hace 5 años nueva intervención con resección de segmento ileal y la anastomosis ileocólica previa.

Presenta estenosis sintomática del primer asa yeyunal e imagen de gran esplenomegalia sugerente de quiste hidatídico esplénico con signos de hipertensión portal.

Se realiza resección intestinal de yeyuno proximal y esplenectomía, encontrándose un bazo muy agrandado y multilobulado, de 18,5 cm de diámetro mayor, que presenta múltiples cavidades quísticas de coloración blanquecina, con diagnóstico anatomopatológico de linfangiomatosis esplénica.

La evolución postoperatoria transcurrió sin incidencias y no se han encontrado indicios de linfangiomas a otros niveles.

Comentarios: El linfangioma es una rara entidad patológica que afecta a los vasos linfáticos, pudiendo localizarse en bazo, hígado o en otros órganos de forma aislada o formando parte de una enfermedad diseminada conocida como linfangiomatosis. La afectación aislada del bazo es muy infrecuente.

Pueden presentarse como nódulos solitarios, múltiples o crecimiento difuso. Usualmente consiste en múltiples quistes de diversos tamaños.

En el adulto es frecuente que tenga un curso asintomático y se descubra de manera incidental; a veces aparecen síntomas relacionados con el tamaño como dolor en hipocondrio izquierdo, y puede haber esplenomegalia palpable. En raras ocasiones se presentan manifestaciones hematológicas por hiperesplenismo o rotura traumática.

Son útiles la ecografía, la RMN y sobre todo la TC.

El tratamiento de elección es la esplenectomía, abierta o laparoscópica.

A pesar de su rareza hay que incluirla en el diagnóstico diferencial de otras lesiones quísticas esplénicas como el quiste hidatídico.

Adenomucinosi (pseudomixoma peritoneal) originado en un teratoma quístico maduro ovárico (tejido apendicular ectópico)

Jose Jacob Motos Micó, Alvaro Morales Gonzalez, Juan Torres Melero, Javier Velasco Albendea, Emilia Medina Estevez, Pablo Moreno Marin, Almudena Moreno Serrano, Guillermo Verdejo Lucas

C.H. Torrecardenas Unidad De Cirugia Oncologica Peritoneal-Carcinomatosis

POSTER. MISCELÁNEA

OBJETIVO: Presentamos un caso de adenomucinosi (pseudomixoma peritoneal) de origen poco frecuente de neoplasia mucinosa apendicular desarrollada en teratoma maduro quístico ovárico

MATERIAL Y METODOS: Paciente mujer de 76 años con antecedentes de HTA, DMNID, dislipemia y espondiloartrosis que es remitida a la Unidad de Cirugía Oncológica-Peritoneal-Carcinomatosis para valoración y tratamiento. Refiere una historia de 3 meses de dolor y distensión abdominal acompañado de náuseas, discreta pérdida de peso no cuantificada y anorexia. No había presentado vómitos, cambios en el hábito intestinal, disnea, fiebre, ni otros síntomas. A la exploración, presenta un abdomen extremadamente distendido, doloroso, a tensión, que le imposibilita adoptar cualquier postura, abdomen en bactracio, gelatinoso "jelly belly". Aporta ecografía que informa de gran tumoración mucinosa que ocupa toda la cavidad abdominal sin poder precisar su origen. No parece depender de apéndice vermiforme y se extiende hasta pelvis. En el TAC informa de gran masa abdominal que comprime las vísceras, probable pseudomixoma peritoneal: tumor mucosecretor de ovario izquierdo. Se decide intervención quirúrgica realizando laparotomía y excisión de lesiones del peritoneo, retroperitoneo, epiplón, mesenterio y apéndices epiploicos. Presenta afectación de toda la cavidad abdominal, con salida de moco (PCI=39). Marcadores tumorales en líquidos biológicos: CEA: >10000 ng/ml. CA 19.9: 9966. Se evacuaron 15 kgs de material denso. El tratamiento quirúrgico realizado fue CRS (citorreducción completa) -que implicó 5 peritonectomías- y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC), -técnica Sugarbaker bidireccional-. La evolución postoperatoria transcurrió sin complicaciones. Alta hospitalaria fue dada al 12º día. Última revisión (18 meses post-op) libre de enfermedad.

La AP definitiva fue de adenomucinosi originada sobre neoplasia mucinosa de bajo grado desarrollada en un teratoma quístico de ovario. Pseudomixoma peritoneal .

DISCUSIÓN Y RESULTADOS: Aunque la asociación de tumores mucinosos apendiculares o

mucocel con el pseudomixoma peritoneal ha sido descrita, el origen

verdadero del pseudomixoma peritoneal en aquellas mujeres con tumores apendiculares simultáneamente con tumores ováricos ha tema de controversia. Los avances en la técnicas inmunohistoquímicas y moleculares genéticos han aportado pruebas convincentes de que el origen del PMP es un tumor mucinoso apendicular. Se ha sugerido que el PMP término debe ser utilizado para describir un síndrome clínico de ascitis mucinosa junto con el diagnóstico patológico de DPAM.

Hay cuatro puntos importantes a considerar en el anterior caso. (1) El apéndice era macroscópicamente y microscópicamente normal, lo que sugiere un mucinoso ovárico primario

tumoral. (2) La morfología y el inmunofenotipo del epitelio de revestimiento de los quistes mucinosos en el ovario sugerido un origen gastrointestinal (CK20 + / CK7). (3) La presencia de epitelio escamoso y apéndices de la piel en el ovario indicó la presencia de un teratoma quístico maduro. (4) Depósitos peritoneales mucinosos carecían de revestimiento mucinoso epitelio. Un neoplasma mucinoso apendicular se puede encontrar en casi todos los casos de DPAM / PMP con la notable excepción de los derivados del componente gastrointestinal de un teratoma quístico maduro. Los tumores primarios de ovario mucinoso

son por lo general CK7 positiva y muestra de CK20 expresión variable, diferencia de los asociados con teratomas maduros, que tienen la CK20 + / CK7-phenotype. Consideramos la CRS+HIPEC como el tratamiento estándar del PMP.

Estudio de los resultados de la neuromonitorización de los nervios vago y recurrente en la cirugía tiroidea

Jose Jacob Motos Micó, Manuel Felices Montes, Alvaro Morales Gonzalez, Pablo Moreno Marin, Almudena Moreno Serrano, Leandro Garcia Balart, Teresa Alves Conceicao, Diego Rodriguez Morillas

ORAL. CIRUGÍA ENDOCRINA

INTRODUCCION Y OBJETIVOS: Los objetivos de nuestro estudio son: Estudiar los valores electrofisiológicos normales de los nervios vagos y recurrentes, antes y después de la cirugía tiroidea.

- Comparar la tasa de lesiones de los nervios recurrentes antes y después de la introducción de la Neuromonitorización en la cirugía tiroidea.

MATERIAL Y METODOS: Han sido incluidos en el estudio un total de de 490 pacientes. De estos, 411 fueron intervenidos entre los años 2003 y 2010 y 79 entre 2010-2011.

A este grupo de pacientes se les realizó la técnica quirúrgica de tiroidectomía total bilateral o unilateral, con identificación sistemática de los nervios laríngeos (IONI) recurrentes.

Se realizaron 292 tiroidectomías totales y 119 unilaterales. Por lo tanto, los nervios en estudio han sido 703 en este grupo (IONI):

- 411 pacientes entre 2003-2010
- 292 tiroidectomías totales bilaterales(584 nervios en riesgo)
- 119 tiroidectomías totales unilaterales (119 nervios en riesgo)
- TOTAL: 703 nervios en riesgo, incluidos en el estudio

Desde Septiembre del año 2010, además de la identificación sistemática de los nervios laríngeos recurrentes (IONI) , realizamos la neuromonitorización sistemáticamente de los mismos (IONM). En este período, se han intervenido un total de 79 pacientes. Se realizaron 56 tiroidectomías totales bilaterales y 23 tiroidectomías totales unilaterales. Por lo tanto, los nervios en estudio han sido 135 en este grupo (INR + IONM):

- 79 pacientes entre 2010 y 2011
- 56 tiroidectomías totales bilaterales (112 nervios en riesgo)
- 23 tiroidectomías totales unilaterales (23 nervios en riesgo)

- TOTAL: 135 nervios en riesgo, incluidos en el estudio
Por lo tanto, el total de nervios incluidos en el estudio fue de 838.

RESULTADOS Y CONCLUSION: En nuestro estudio, tras evaluar las medias de la amplitud y la latencia de los nervios vagos al principio y al final de la cirugía observamos que no hay diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados son concordantes con la clínica, ya que de los 79 pacientes intervenidos no se ha producido ninguna lesión del nervio laríngeo recurrente. Sería conveniente en futuros trabajos, correlacionar las diferencias en estos parámetros en el nervio antes y después de la tiroidectomía, con la funcionalidad (y la repercusión clínica) del nervio. Para esto, obviamente debe haber alguna lesión.

Es interesante comentar, que dado que siempre se realizó la localización intraroperatoria del nervio, las diferencias, de existir, deberían ser atribuibles a la introducción del sistema de neuromonitorización.

Anomalías vasculares principal problema de la extracción multiorgánica

José Manuel Aranda Nárvaez, Belinda Sánchez Pérez, Custodia Montiel Casado, Jose Antonio Pérez Daga, Antonio Jesús González Sánchez, Francisco Javier León Díaz, Ysabel Pulido Roa, Julio Santoyo Santoyo

PÓSTER. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: Aproximadamente el 30% de los donantes presentan algún tipo de variación en la anatomía vascular. A pesar de apenas existir contraindicaciones absolutas para la obtención conjunta de los diferentes injertos (hígado y páncreas habitualmente), la realidad diaria en nuestro medio es que, durante la extracción hepatopancreática, la presencia de alteraciones anatómicas tales como: arteria hepática derecha (AHD) de arteria mesentérica superior (AMS) o arteria hepática única de AMS constituyen un punto de conflicto cuando los equipos receptor de hígado y páncreas no pertenecen al mismo centro. Presentamos el caso de un donante con una arteria hepática única procedente de la AMS, en donde ambos órganos fueron extraídos e implantados con éxito por dos grupos de trasplante diferentes.

Caso Clínico

Donante: mujer de 23 años, muerte por traumatismo craneo encefálico secundario a accidente de tráfico. Índice de masa corporal: 25.73 kg/m². No antecedentes de diabetes ni ingesta de alcohol. Amilasa y perfil hepático normal. Ecografía abdominal: hígado sin lesiones ocupantes de espacio ni esteatosis y páncreas sin alteraciones.

Hallazgos intraoperatorios: Observamos una arteria hepática única procedente de la AMS (Figura nº 1). Tras comunicar a ambos equipos de implante (HRU Carlos Haya- Hígado- y HR Reina Sofía- Páncreas) la alteración anatómica, decidimos extracción en bloque hígado-páncreas (técnica habitual en la mayoría de los grupos extractores de nuestro país) y en banco completar la disección de la variación vascular y comprobar si dicha variación permitía la viabilidad de ambos órganos.

En Banco: confirmamos la presencia de una arteria hepática única (AHU) procedente de la AMS. Tras la sección de la AMS distal a la salida de la AMS, comprobamos la preservación de la arteria pancreatoduodenal inferior que aseguraba la perfecta irrigación de la cabeza pancreática. Enviamos una imagen del diámetro de la AMS (Figura nº2) mediante iPhone al equipo pancreático para que confirmaran la realización de las anastomosis vasculares necesarias. El equipo pancreático aceptó el órgano. La evolución postoperatoria de ambos pacientes e injertos fue satisfactoria

Conclusión

La suma de una cuidadosa valoración del órgano por parte de un cirujano experto en trasplante, una meticulosa técnica quirúrgica, así como una estrecha colaboración de los equipos implantadores, debería evitar en la mayoría de los casos, la pérdida de injertos no vitales, el páncreas, como consecuencia de la presencia de anomalías vasculares en los donantes

Contribución del tc multicorte en el diagnóstico etiológico del la oclusión intestinal

Jose Manuel Aranda Nárvaez, Beatriz García Albiach, Rocio Carreño Gonzalez, Maria Custodia Montiel Casado, Antonio Jesús González Sánchez, Tatiana Prieto Puga Arjona, Isabel Rosa Fernández Burgos, Julio Santoyo Santoyo

ORAL. MISCELÁNEA

Introducción: La oclusión intestinal continúa constituyendo uno de los más frecuentes motivos de consulta y de cirugía de urgencias. Su clínica es inespecífica en cuanto al diagnóstico etiológico, por lo que en numerosas ocasiones es preciso recurrir al apoyo radiológico. El TAC multidetector es considerado como una herramienta fundamental en estos pacientes en base a su precisión diagnóstica del nivel de la oclusión y su causa, así como para descartar componentes de estrangulación o perforación. Presentamos un estudio para evaluar la aproximación diagnóstica a la oclusión intestinal y los parámetros de rentabilidad del TAC en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de tipo transversal, desarrollado sobre el grupo de pacientes intervenidos por oclusión intestinal en un periodo de dos años (Enero 2010-Diciembre 2011), en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya (tercer nivel) (N=179). Se examinó la modalidad radiológica empleada para el diagnóstico y específicamente para el TAC se contrastaron el diagnóstico radiológico y los hallazgos intraoperatorios (gold standard) para calcular los parámetros de rentabilidad diagnóstica (sensibilidad, especificidad, valores predictivos y precisión, con sus respectivos intervalos de confianza al 95% -IC95%-) en patología benigna y maligna. Análisis estadístico con software SPSS y Epidat.

Resultados: Muestra compuesta por 179 pacientes, con edad mediana de 67 años (19-90), con 53% de hombres y 47% mujeres. La localización de la oclusión fue el intestino delgado en el 64% de pacientes y en el colon en el 36%. Por orden de frecuencia, los diagnósticos finales fueron: cáncer obstructivo

de colon (29%), hernias (28%), síndrome adherencial (17%), recidiva de neoplasia previa o carcinomatosis (7%), cuerpo extraño (5%), ileo biliar (3%), enfermedad inflamatoria intestinal (3%) y otros (8%). Para el diagnóstico se empleó la radiología simple en el 22% de casos, la ecografía en el 4%, estudios con contraste en el 2% y el TAC en 129 pacientes (72 %), constituyendo la prueba más empleada. El porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico certero por TAC (precisión global) fue del 79.8%, resultado acorde con los previamente descritos por la literatura. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, y precisión del TAC fueron, respectivamente: 1) Para procesos no neoplásicos: 80.3% (70-90), 83.8% (75-93), 81.6% (72-91), 82.6% (74-92) y 82% (75-89); 2) Para etiología neoplásica: 87.1% (79-95), 100% (99-100), 100% (99-100), 89.3% (82-96) y 93.7% (89-98).

Conclusión: Los parámetros de rentabilidad diagnóstica del TAC en pacientes con oclusión intestinal son excelentes, especialmente en cuadros de etiología neoplásica, constituyendo el método diagnóstico de elección en esta patología.

Empleo de sutura continua en cirugía bariátrica

José Rivas Becerra., Luis Ocaña Wilhelmi., Rocio Soler Humanes., Elena Sanchíz Cárdenas., Enrique Glückmann Maldonado, José Rivas Marín.

VIDEO. CIRUGÍA DE LA OBESIDAD Y METABÓLICA

Introducción: En cirugía bariátrica se realizan numerosas técnicas por vía laparoscópica, con un cierto nivel de complejidad técnica, lo que nos anima a emplear elementos y suturas que nos ayuden a aligerar la dificultad del procedimiento y mejorar nuestro tiempo operatorio.

Métodos: El dispositivo no absorbible para cierre de heridas V-Loc (R) de polibutester está compuesto por un hilo dentado no absorbible provisto de una aguja quirúrgica en un extremo y un efector terminado en lazo en el otro. El diseño dentado y con efector terminado en lazo permite aproximar los tejidos sin necesidad de hacer nudos quirúrgicos. Está indicado para la aproximación de tejidos blandos y siempre en sutura continua.

Resultados: Empleamos la sutura V-Loc(R) de polibutester en varias localizaciones y en diferentes procedimientos bariátricos. Lo utilizamos en el cierre de los defectos mesentéricos para evitar hernias internas, para el refuerzo de la gastroplastia tubular posterior a la realización de la gastrectomía y para el refuerzo del reservorio gástrico en el Bypass, así como del remanente gástrico resultante tras la sección del estómago en la creación de dicho reservorio.

Conclusiones: La sutura continua no absorbible V-Loc (R) de polibutester nos parece un buen elemento de apoyo para la cirugía bariátrica, en la búsqueda de dispositivos que faciliten nuestro trabajo y reduzcan el tiempo operatorio. Al ser no absorbible es un elemento de garantía en el refuerzo de la gastroplastia tubular. Y al no necesitar nudos reduce el tiempo operatorio, mejorando la seguridad, aspectos ambos importantes en la mejora de nuestros resultados.

Referencias: Ficha técnica de V-Loc (R): Dispositivo no absorbible para cierre de heridas de Polibutester.

Preparación preoperatoria y medidas postoperatorias en cirugía esofagogastrica encaminadas a la mejora de los niveles de hemoglobina para la reducción de las transfusiones sanguíneas

Tinoco J., Cañete J., Vázquez Medina A., Reguera J., Rubio M., Aparicio D., Navas A., Segura JJ., Jordán C., Prendes E., Ibáñez F., Alcántara F, Padillo FJ.

ORAL. CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

Preparación preoperatoria y medidas postoperatorias en cirugía esofagogastrica encaminadas a la mejora de los niveles de hemoglobina para reducción de las transfusiones sanguíneas

Introducción. La anemia preoperatoria como postoperatoria continua siendo uno de los principales problemas en pacientes sometidos a cirugía esofagogastrica, derivando en muchas ocasiones en transfusiones repetidas si el paciente no llega con un estado preoperatorio adecuado.

Objetivo. Creación de un protocolo para seguimiento pre y postoperatorio basado en alternativas a la transfusión de sangre alogénica con el fin de mantener niveles de hemoglobina deseado evitando así la morbimortalidad asociada a dichas transfusiones.

Método. Basados en los niveles de hemoglobina prequirúrgica y tiempo esperado de cirugía, desarrollamos un algoritmo para la elección del mejor tratamiento con vistas a la pronta recuperación de niveles de hemoglobina y relleno de los depósitos de hierro. De igual modo se realiza utilización de tratamiento alternativos a la trasfusión en pacientes con descenso de los niveles de hemoglobina postoperatorios.

Resultados. Aunque en el momento actual no disponemos de datos con los que poder obtener conclusiones, sí es cierto que hemos objetivado una mejora tanto analítica como clínica con la que el paciente se enfrenta al acto quirúrgico y por tanto precisando menor cantidad de infusión de sangre alogénica en el tiempo postoperatorio.

Tumoración gigante por carcinoma de merkel, ¿estamos listos para diagnósticos de este tipo?

Falckenheiner Soria J; Camacho Ramirez A; Vega Ruiz V; Perez Alberca C; Alvarez Medialdea J; Najib Assad; Díaz Godoy A; Jimenez Vaquero MJ.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: El carcinoma de células de Merkel es un carcinoma neuroendocrino de rápido crecimiento que aparece en la unión dermoepidérmica. Estas células de origen epitelial y neuroendocrino tienen función mecano receptora (sensación de presión).

La presencia de esta patología es muy rara con una incidencia de 0,4 casos por cada 100.000 hab por año.

Factores de riesgo en esta patología son la exposición solar (ultravioleta B), afecta más a cabeza y cuello, seguido de extremidades y tronco, existe un aumento de incidencia (como cáncer secundario) en pacientes con tumores primarios, y se refleja aumentada en pacientes con psoriasis y tratamientos con PUVA.

A pesar de que se ha visto que este cáncer es radio sensible tiene respuesta muy pobre a la quimioterapia aunque esta sigue estando en estudio. La cirugía sigue siendo el tratamiento más efectivo hoy por hoy dependiendo del estadio en el cual se encuentre.

Caso Clínico: Presentamos el caso de un varón de 77 años cardiópata, dislipémico y en tratamiento con PUVA por psoriasis

Es remitido desde el servicio de dermatología por presentar tumoración glútea de 6-7 meses de evolución que fue etiquetada de proceso inflamatorio local. La tumoración presentó un progresivo crecimiento.

En la analítica los únicos parámetros alterados son una discreta elevación del fibrinógeno, LDH aumentado de 623 U/l sin otra alteración.

En el TAC toraco- abdomino- pelvico como estudio de extensión se observan adenopatías en cadena inguinal interna y externa del lado izquierdo, con tamaño de 22 a 48 mm que ejercen incluso compresión sobre recto y vejiga y en la RMN se objetiva gran tumoración en TCSC de nalga izquierda con diámetros de 104 x 73 x 79 mm. Bordes irregulares sobretudo en profundidad donde tiene un aspecto infiltrativo en contacto con glúteos de lado izquierdo pudiendo existir invasión de zona superficial de los mismos. Múltiples adenopatías en región inguinal izquierda.

Se realiza biopsia por nuestro servicio de la lesión con diagnóstico anátomo patológico de carcinoma de células de Merkel.

Resultados: Tras valoración por el comité de tumores se decide resección paliativa local de la tumoración, con ello, impedir la necrosis local y la sobreinfección. Así permitir la sedestación del paciente hasta ahora imposibilitada.

La cirugía consistió en la extirpación en bloque y aplicación de un colgajo en V-Y. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y fue dado de alta al decimo día post operatorio.

Paciente fallece a los 8 meses después de la intervención.

Comentarios: El pronóstico de esta patología es incierto pues en casos puntuales publicados se observa una tasa de recurrencia local (30% de casos) tras cirugía y/o radioterapia con afectación ganglionar de hasta 55% tras el diagnóstico o en el seguimiento siendo la metástasis a distancia más común los linfáticos distantes a esta lesión en un 60%.

Ante cuadros de morfología y progresión inusual debe contemplarse patologías poco probables. A veces, sin ni siquiera tener que etiquetarlas, realizar procedimientos diagnósticos más agresivos como son las biopsias tempranas ante la no respuesta de tratamientos convencionales.

Se recomienda actuar como el cáncer de pulmón de células pequeñas ante la sospecha pues se considera una enfermedad tumoral sistémica.

Experiencia en el manejo de los pacientes ingresados con diverticulitis aguda durante el bienio 2009-2010

García, J.; García Cabrera, A.; Aparicio, D; Reguera, J; Pareja, F; Padillo, J;

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

ANTECEDENTES: La diverticulitis aguda es uno de los motivos de consulta, potencialmente quirúrgica, más frecuente que podemos encontrar en los servicios de urgencias de los hospitales de tercer nivel. La actitud terapéutica idónea sigue siendo en la actualidad un tema de controvertido debate.

Material y métodos: Se analizan todos los casos de diverticulitis aguda ingresados por nuestra unidad durante el bienio 2009-2010 considerando las distintas alternativas terapéuticas planteadas, las diferentes circunstancias que pudieron influir en su decisión y la evolución llevada a cabo por los pacientes.

RESULTADOS: De los 89 pacientes registrados, en 34 de ellos fue necesario tratamiento quirúrgico (38.20%) catalogados en su mayoría como Hinchey II o superiores (82.35%). El 73.5% de la cirugía fue realizada en el episodio de urgencias y el resto, 26,5% de forma electiva. En un 85.29% de los casos se realizó resección intestinal (sigmoidectomía) con anastomosis primaria en el 50%, siendo anecdóticos los casos de reintervención en este grupo. El 71.4% de los pacientes con anastomosis primaria pertenecían al grupo de Hinchey I y II.

CONCLUSIONES: La diverticulitis aguda es una entidad clínica cuyo manejo conservador es viable en un elevado porcentaje de casos, principalmente en aquellos no complicados. La cirugía curativa en un único tiempo es una alternativa terapéutica, aplicada hasta en la mitad de los pacientes que requieren tratamiento quirúrgico, durante el proceso agudo. El éxito de esta técnica aumenta cuando se aplica de manera electiva tras un manejo conservador del proceso.

Programa de formación postgrado en cirugía general. Planes individualizados

García,J; DocoboF; Segura,J; Álamo,JM; Morales,S; Padillo,J.

PÓSTER. FORMACIÓN

Centro de trabajo: UGC Cirugía General del Hospital Universitario Virgen Rocío de Sevilla.

Objetivos: Evaluar la cumplimentación de sus programas docentes mediante tutorización estructurada y personalizada con valoraciones periódicas y feed-back permanente.

Material y Métodos: 20 Residentes de Cirugía, programa docente. Durante el período 2010-11. Valoración en adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes.

Resultados: Se evalúa al grupo de 20 residentes durante el periodo 2010-2011.

En la adquisición de conocimientos (participación en sesiones clínicas, asistencia a cursos del programa de formación común, una comunicación a reunión nacional como primer autor, una publicación nacional) todos alcanzaron los objetivos señalados.

Las actitudes (asistencia, puntualidad, flexibilidad y participación en el trabajo diario), también fueron alcanzadas.

Las habilidades desarrolladas (intervenciones quirúrgicas, asistencia a consultas externas e implicación en los enfermos hospitalizados) también lograron en todos los rotatorios los objetivos exigidos

Conclusiones: Los planes individualizados son una herramienta útil en la gestión de la formación postgrado en cirugía. Los objetivos de formación en conocimientos, actitudes y habilidades se alcanzaron en los informes de los tutores respectivos y libro del residente.

El examen estructurado voluntario postrotación está siendo realizado en unidades y debe ser potenciado en el futuro.

Valoración de la formación quirúrgica postgrado en cirugía mayor ambulatoria en un periodo de 10 años

García, J; Docobo, F; Navas, J. A; García, S; Tamayo, M. J; Padillo, J

UGC. Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

ORAL. FORMACIÓN

Introducción: La evolución de la cirugía programada con ingreso hacia la ambulatorización de la mayor parte de la actividad (próxima al 80%) y el valor añadido que conlleva en cuanto al ajuste de los periodos de hospitalización debe incluirse en los programas formativos para especialistas.

Se presenta la aplicación del plan del itinerario docente en la unidad de cirugía sin ingreso basado en competencias. Se valoran las actividades desarrolladas por los residentes de cirugía general durante su permanencia en la unidad de cirugía sin ingreso.

Material y métodos: Se establece una rotación de los médicos residentes de segundo año del servicio de cirugía en la unidad de cirugía sin ingreso durante 6 meses (incluyendo periodos vacacionales y guardias en el servicio de urgencias). Considerándose un periodo presencial entre 80-90 días. El servicio de cirugía tiene 4 residentes cada año, por lo que en cada periodo de 6 meses, 2 residentes están en la unidad de CMA. Se valoran 3 parámetros que son sumatorios:

Conocimientos (30%): Grado de formación adquirida. Anatomía y cirugía de la pared abdominal, proctología, vía biliar y partes blandas. Circuito asistencial quirúrgico sin ingreso. Discente (5%): Asistente a 10 sesiones clínicas. Docente (25%): Presentación de 6 sesiones clínicas (Generales, unidad, bibliográficas, video). 2 cursos (CMA-Urgencias). 2 comunicaciones. 1 publicación.

Actitudes (20%): Asistencia, disponibilidad, relaciones con equipo quirúrgico y pacientes-familiares (% reclamaciones)

Habilidades (50%): Hábitos científicos y técnicos adquiridos. Asistencia a 10 consultas externas y actividad quirúrgica desarrollada (400 intervenciones): (25 Colectectomía laparoscópica ayudante, tumores partes blandas 200 (90% cirujano del total) cirujano, 150 hernias pared (60 % cirujano del total)(aplicación anestesia local), 50 proctología (70% del total) (quistes pilonidales, fistulas, fisuras, hemorroides).

Implicación directa en recepción, comprobación datos, intervención y alta paciente.

RESULTADOS: Se revisa el periodo de 2001-2010 en el que rotaron por la unidad 40 residentes de cirugía. Objetivos alcanzados 98,5% / 100%.

Conocimientos: Media de objetivos al 28,5% / 30%. 10 residentes no publicaron en este periodo. Actitudes: Media de objetivos 20% / 20%. Ausencia de reclamaciones. Asistencia adecuada. Habilidades: Media de objetivos 50%/50%. Consultas y programa quirúrgico completo por todos.

CONCLUSIONES: La formación quirúrgica en los circuitos sin ingreso es esencial. En nuestro medio se inicia en el pregrado con información teórico-práctica.

En el periodo postgrado en nuestro servicio se realiza según el programa nacional de la especialidad se realiza una estancia de 90 días hábiles en la unidad. Se distribuye y se valoran los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas. La percepción entre los docentes y discentes a lo largo del periodo analizado es muy positiva. Otras especialidades quirúrgicas (urología) de nuestro centro afines, rotan en nuestra unidad beneficiándose en parte de este proceso formativo.

Resección Laparoscópica de Schwannoma de colon derecho imitando a GIST.

JM.Suárez-Grau, J Guadalajara Jurado, JL García Moreno, J Gómez, JA Bellido, R Moreno, I Durán, E Ruiz.

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Los schwannomas de tracto gastrointestinal son tumores benignos que pueden confundirse con el GIST de comportamiento en ocasiones agresivo. El diagnóstico diferencial se basa en la morfología característica, la inmunohistoquímica y, en caso necesario, el estudio molecular.

Material y Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 41 años con colonoscopia que informa de neoplasia polipoide en colon transverso de unos 30mm. La anatomía patológica informó de lesión mesenquimal de estirpe miofibroblástica de potencial maligno incierto (pólipo fibroide inflamatorio tras inmunohistoquímica).

TAC abdominal: en ángulo hepático existe una imagen intraluminal que puede corresponder a neoplasia. Sin otras lesiones, ni adenopatías ni metástasis.

Enema opaco: neoformación en porción derecha de colon trasverso. CEA normal.

Se decidió intervención quirúrgica para resección oncológica laparoscópica (Hemicolectomía derecha) por la alta sospecha de GIST

IQ Laparoscópica: Tumoración en ángulo hepático del colon. Se realizó hemicolectomía derecha laparoscópica con anastomosis extracorpórea. En la pieza se halló un tumor exofítico y polipoide de 4'7 por 2'7 cm.

Los resultados de Anatomía patológica hallaron Schwannoma celular gastrointestinal con crecimiento polipoide intraluminal, márgenes de resección negativos y sin adenopatías positivas (sin evidencia de malignidad).

Inmunorreacción intensa para vimentina y proteína S100 y

focalmente ligera para CD31, siendo negativa para CKAE1/AE3, EMA, ckit, CD34, actina de músculo liso, desmina y cromogranina. Recuento mitótico bajo (<2 mitosis / 10CGA, ki67<5%).

La paciente fue dada de alta al 4º día tolerando dieta oral y sin complicaciones en las revisiones.

Conclusiones: Presentamos un caso de schwannoma de colon derecho, lesión rara que puede plantear problemas de diagnóstico diferencial con GIST. Los schwannomas en el colon son raros siendo más frecuentes en el estómago. Ante un tumor mesenquimal en colon lo más frecuente es un GIST. Esta entidad se descarta por inmunohistoquímica y por estudio mutacional. El correcto diagnóstico hay que basarlo en la inmunohistoquímica y en el estudio molecular en aquellos casos con morfología compatible y negatividad para KIT

Cierre primario Diferido (ABRA)

Suarez Grau J M,Guadalajara Jurado J, Gómez Menchero J, García Moreno J, Bellido Luque J, Duran Ferreras I, Moreno Romero R , Ruiz Lupiáñez E,

POSTER. CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL

Introducción: La situación de sepsis abdominal secundaria a una perforación colónica obliga en ocasiones a tratar al paciente con múltiples intervenciones a través de una Laparostomía. El sistema ABRAR permite el cierre primario diferido del abdomen mediante la aproximación de los bordes de la herida abdominal utilizando una tracción dinámica y progresiva ejercida por unos elastómeros colocados transfacialmente

MATERIAL Y METODOS: Paciente de 50 años con ausencia de múltiples piezas dentales y A.P. de EPOC que tras dos intervenciones previas se realizó hemicolectomía derecha, ileostomía terminal y laparostomía con bolsa de Bogotá por peritonitis diseminada y síndrome compartimental abdominal. Seis días después se coloca sistema ABRAR y dieciséis más tarde se procede a cierre primario diferido de abdomen y colocación de sistema VAC en la incisión de Mc Burney de la primera intervención.

Resultados: Se consiguió el cierre abdominal sin complicaciones de herida quirúrgica y sin evidenciarse hernias incisionales hasta la fecha (nueve meses después de la intervención)

CONCLUSIONES: * El sistema ABRAR permite un cierre primario diferido de la pared abdominal abierta secundaria a sepsis abdominal de origen colónico

* La presencia de un estoma no es una contraindicación para la utilización de ABRAR.

* En nuestro caso el coste-beneficio es muy favorable a ABRAR frente a otros sistemas utilizados en casos similares (sistema VAC...), debido al resultado favorable en un corto espacio de tiempo.

Cirugía Laparoscópica de Fistula enterovesical de origen tuberculoso.

Juan Manuel Suárez Grau, Juan Antonio Bellido Luque, Julio Gómez Menchero, Joaquín Luis García Moreno, Ignacio Durán Ferreras, Rafael Moreno Romero, Eugenio Ruiz Lupiáñez, Juan Francisco Guadalajara Jurado

VÍDEO. CIRUGÍA COLORRECTAL

La tuberculosis continúa siendo un importante problema de salud pública mundial y una de las enfermedades a tener en cuenta en la actualidad por su variada clínica. Su incidencia está aumentando en países desarrollados, donde la mayoría de los casos de enfermedad multifocal son descritos en inmigrantes de áreas altamente endémicas y en individuos con deficiencia inmune. Presentamos el caso de un paciente varón de 76 años que tras intervenciones urológicas endoluminales consulta con el Servicio de Cirugía General por pneumaturia y fecaluria. Se objetivó tras pruebas complementarias una fistula enterovesical. Debido a la complejidad de la fistula requirió intervención quirúrgica. Realizamos inervención laparoscópica, identificando los segmentos afectos. Se procedió a resección de intestino delgado y cúpula vesical; finalizando con cierre primario de sigma, hemicolectomía derecha y cierre primario vesical. Se reforzaron las líneas de sutura con nuevo material sellante. La evolución fue satisfactoria y se evidenció en la anatomía patológica de la pieza granulomas caseificantes propios de enfermedad tuberculosa. El paciente recibió tratamiento antituberculoso.

Las fistulas entervesicales suelen ser de origen tumoral, y en pequeño porcentaje debido a enfermedades parasitarias, infecciones o inflamatorias (Crohn). El abordaje quirúrgico mediante técnicas laparoscópicas es reciente y está poco desarrollado en esta enfermedad, aportando las ventajas de la mínima invasión, con rápida recuperación por escaso dolor y baja morbilidad postoperatoria.

Resección laparoscópica intraluminal mediante puerto único (intragástrico) encáncer gástrico precoz.

Juan Manuel Suárez Grau, Juan Antonio Bellido Luque, Joaquín Luis Moreno Romero, Julio Gómez Menchero, Ignacio Durán Ferreras, Eugenio Ruiz Lupiáñez, Juan Francisco Guadalajara Jurado

VÍDEO. CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

Presentamos un video de un paciente con un adenocarcinoma intramucoso en que se realizó resección endoluminal laparoscopia intragástrica por puerto único. El paciente tiene una historia de HVC, hipertension arterial, diabetes mellitus y cirrosis Severa. En el estudio preoperatorio del tumor fue identificado por endoscopia, y sin metástasis en la TAC (T1, Mo, No). Ecoendoscopia: identificó el tumor como una neoplasia gástrica de fundus T1. El paciente fue indicado para una técnica mínimamente invasiva debido a la historia personal y el estadio del tumor.

En este procedimiento, un dispositivo único puerto se coloca en el lumen gástrico, penetrando las paredes abdominales y el estómago con el fin de realizar una resección laparoscópica de las lesiones gástricas. La operación se lleva a cabo en el

lumen gástrico con instrumentos laparoscópicos actualmente disponibles y con vigilancia endoscópica. El procedimiento es seguro, y factible para lesiones de la mucosa o submucosa del estómago, que no pueden ser tratadas mediante la técnica de fibroendoscopia. También el endoscopista hizo un control intraoperatorio de la localización del tumor y Una fulguración endoscópica de argón del margen del tumor, una vez resecado.

AP: resección de una lesión de 7x4 cm, sin invasión de la submucosa (pT1).

En el seguimiento no hubo recidiva en endoscopia a 6 meses de la intervención.

Creemos que este procedimiento es útil para el carcinoma intramucoso, que supera el estándar de la indicación para la resección endoscópica de la mucosa, y del carcinoma invasor de la submucosa sin afectación ganglionar, y no pueden ser incluidos para una cirugía oncológica esófago-gástrica.

Sigmoidectomía laparoscópica con extracción transanal (NOSE) para adenocarcinoma de colon.

Juan Manuel Suárez Grau, Juan Antonio Bellido Luque, Julio Gómez Menchero, Juan Francisco Guadalajara Jurado, Eugenio Ruiz Lupiáñez, Ignacio Durán Ferreras, Joaquín Luis García Moreno, Rafael Moreno Romero

VÍDEO. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción:

En la cirugía colorrectal laparoscópica suele requerir una incisión abdominal para extracción de la pieza. Para evitar laparotomías, se utilizan otras vías para la extracción del colon resecado. La utilización de orificios naturales para extracción de piezas quirúrgicas suele recurrir a la vía oral o la vaginal. Cada vez más son los artículos en los que se comunican buenos resultados al extraer la pieza por la vía transanal (en tumores pequeños o enfermedades benignas).

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 53 años (BMI: 29) que requirió intervención por cáncer de sigma. AP: DMID mal controlado, sin presenta alergias conocidas. Fue visto en consultas por cambio del hábito defecatorio. Sin pérdida de peso en los últimos 6 meses. La colonoscopia mostró una lesión excrecente y mamelonada a 30 cms del margen anal. Biopsia : adenocarcinoma de colon. Marcadores tumorales (CEA) normal. TAC abdominal: lesión intraluminal en sigma. No se detectaron adenopatías ni lesiones a distancia (sin metástasis).

Resultados: Se programa para sigmoidectomía laparoscópica con preservación de la arteria cólica izquierda por DMID de mal control y posibilidad de mala vascularización de la anastomosis.

Se realizó extracción transanal por tamaño de 3 cms y localización de la lesión (adecuado para extracción transanal). Anastomosis intracorpórea mecánica (circular) con cabezal introducido y sin requerir laparotomía para colocación o manipulación. En el video se explica la técnica de preparación para extracción transanal.

Conclusiones:

La resección sigmoidea laparoscópica con extracción trans-

anal de la pieza (NOSE) es una cirugía factible y reproducible, con uso en enfermedad benigna, tumores malignos precoces y/o de pequeño tamaño. Con esta técnica se evita incisiones de asistencia y la apertura de otras vísceras, como la vagina, con las complicaciones consiguientes. El curso postoperatorio suele ser muy confortable, al utilizar incisiones de pequeño tamaño y evitar complicaciones de pared.

¿Que debe hacer un cirujano general ante una carcinomatosis peritoneal?. La importancia de la centralización del tratamiento quirúrgico de la enfermedad maligna peritoneal en equipos multidisciplinarios.

Juan Torres Melero, Alvaro Morales, Jacob Motos, Guillermo Verdejo, Elena Yagüe, Almudena Moreno, Pablo (S. de Cirugía) Piedad Reche, Begoña Medina, Ana Fernández Freire (S. Oncología).

ORAL. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La carcinomatosis peritoneal (CP) es la diseminación a nivel intraabdominal de los cánceres gastrointestinales, ginecológicos y de otros tumores, con o sin evidencia de otra expresión tumoral metastásica. Puede ser de origen primario o secundaria. Su incidencia es difícil de establecer dadas las limitaciones de las actuales determinaciones biológicas (marcadores) y medios de diagnóstico por la imagen. No obstante, en el cáncer colorrectal (CCR), la CP se detecta coincidiendo con el diagnóstico del tumor primario en el 10%-15% de los pacientes. El 40-70% de los pacientes tratados de cáncer colorrectal presentan una recidiva en una o varias localizaciones y en el 10%-40% de estos pacientes esta recidiva se localizará de forma exclusivamente peritoneal.

PROPOSITO: Exponemos una serie de recomendaciones para todo aquellos cirujanos que se encuentren ante una carcinomatosis peritoneal de origen CCR (de forma electiva o urgente por complicaciones). Qué actitudes diagnósticas / terapéuticas deben realizarse con el fin de que estos pacientes sean tratados, con intención potencialmente curativa, por unidades especializadas centralizadas en cirugía oncológica peritoneal-carcinomatosis.

PACIENTES Y METODOS: Ante una carcinomatosis peritoneal no sospechada, el cirujano debe definir el grado de diseminación peritoneal mediante el indicador PCI (índice de carcinomatosis peritoneal), éste permite una adecuada selección de pacientes para tratamiento multimodal (CC+HIPEC), evitándose reintervenciones innecesarias y permitiendo establecer un algoritmo estándar de tratamiento que contribuye a un adecuado manejo futuro. Responderemos también a una serie de cuestiones importantes, tales como: ¿debe ser resecado el tumor primario si hay CP? ¿cuándo?, ¿que debemos hacer cuando el tumor primario no es obstructivo, o lo es parcialmente? y si es obstructivo ¿cuál debe ser nuestra actitud?. Junto a estas preguntas trataremos, entre otros, diversos aspectos relacionados como: ¿debe ser resecada la carcinomatosis peritoneal mínima incidental?, ¿deben remitirse a Unidades especializadas?

CONCLUSION: En la actualidad, disponemos de suficiente evidencia científica para afirmar que la carcinomatosis peritoneal y los tumores peritoneales primarios pueden tratarse con intención curativa, consiguiendo remisiones completas duraderas. Una selección adecuada de pacientes y la participación de equipos centralizados, cohesionados y especializados son la clave para el éxito. El cirujano general debe conocer qué debe hacer y que otros gestos quirúrgicos debe evitar para que estos pacientes tengan “esa opción potencialmente curativa”. Además, es importante facilitarle su labor, dando a conocer qué Unidades-Programas (GECOP), se dedican al tratamiento de estos pacientes mediante diversas técnicas, entre ellas, la cirugía citoreductora y quimioterapia intraperitoneal perioperatoria.

Hernia de amyand en hernia inguino escrotal gigante

Julia Piñán Diez, Eva Martín Orta, Juan Ramón Naranjo Fernández, Juan Antonio Díaz Milanés, Laura Sánchez Moreno, Antonio Domínguez Amodeo, Zoraida Valera Sánchez, Juan Cintas Catena, Antonio Curado Soriano, Enrique Navarrete de Cárcer, Fernando Oliva Mompeán
Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

PÓSTER. CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL

Introducción: La hernia de Amyand es aquella hernia inguinal que contiene el apéndice cecal, inflamado o no, en su interior. La presencia de apendicitis es una entidad poco frecuente, ya que se presenta sólo en el 0,13% de los casos y el diagnóstico generalmente se realiza de forma intraoperatoria, durante una intervención por hernia inguinal incarcerada o estrangulada.

Caso clínico: Varón de 46 años que consulta en el servicio de urgencias por dolor abdominal, vómitos y anorexia de 3 días de evolución, no alergias conocidas. A la exploración destaca hernia inguino-escrotal gigante, y en la radiografía abdominal se aprecia dilatación de asas de intestino delgado. Analíticamente presenta PCR 22 y neutrofilia sin leucocitosis. Durante su ingreso en planta el paciente comienza con débito fecaloideo a través de la SNG, hace un pico febril de 38°C y se produce un aumento de la PCR y de los leucocitos, por lo que se decide intervención quirúrgica de urgencia por obstrucción intestinal secundaria a hernia inguinoescrotal gigante estrangulada.

Durante la disección del saco encontramos compromiso de asas de intestino delgado (ileon terminal), ciego y apéndice, acompañados de rotación del meso a nivel de la válvula ileocecal, inflamación del apéndice vermiforme y líquido de sufrimiento. Se procede a desrotación, comprobar la viabilidad de las asas y apendicectomía con posterior reparación de la hernia con colocación de prótesis.

Conclusiones: En la mayoría de los casos es difícil determinar si la apendicitis es el fenómeno primario o es debido a una estrangulación de un apéndice herniado, secundario a la contracción muscular y el aumento de presión intraabdominal. El diagnóstico precoz es fundamental para el pronóstico,

debido a las complicaciones que pueden aparecer (peritonitis, abscesos...). Es importante considerar la posible presencia de una hernia de Amyand como diagnóstico diferencial en el caso de hernias inguinales derechas incarceradas/estranguladas.

Dada la baja incidencia de esta patología y su habitual diagnóstico intraoperatorio no existe un protocolo estándar para el manejo de este trastorno. Se acepta de forma generalizada que el tratamiento recomendado sea la apendicectomía y la reparación herniaria en el mismo acto quirúrgico, pero continúa siendo un aspecto controvertido el uso o no de prótesis inguinal para su reparación. En este paciente la apendicectomía transherniaria y la necesidad de reparación con un gran defecto herniario nos obliga al uso de malla, utilizando técnica preperitoneal a lo Gilbert II con implante de malla UHS-OVI oval, con evolución favorable sin complicaciones postoperatorias.

Necrosis de cara posterior de estómago secundaria a ulcus gástrico gigante

Julia Piñán Diez, Jose A. López Ruiz, Francisco Del Río Lafuente, Laura Sánchez Moreno, Juan A. Díaz Milanés, Christian Mauricio Alvarado, Jose López Pérez, Enrique Navarrete de Cárcer, Fernando Oliva Mompeán
Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

PÓSTER. CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

Introducción: En un 20% de los casos la úlcera gástrica complicada aparece sin síntomas previos, en forma de hemorragia digestiva o de perforación, presentándose frecuentemente como emergencia médica. En nuestro caso aparecieron ambas complicaciones de forma simultánea en el contexto de una úlcera gigante con múltiples soluciones de continuidad, siendo la mayor superior a 5cm. Estaba localizada en antro gástrico y se extendía a toda la pared posterior. Habitualmente úlceras tan grandes se encuentran asociadas a carcinomas o linfomas gástricos, pero estudios anatomopatológicos de la pieza extraída no pudieron demostrar infiltración neoplásica.

Caso clínico: Paciente varón de 58 años que ingresa en urgencias por intensa epigastralgia acompañada de varios episodios de hematemesis. No presenta antecedentes personales de interés ni intervenciones quirúrgicas previas, bebedor ocasional. Al ingreso presenta abdomen muy doloroso con defensa abdominal, destacando analíticamente una reacción leucemoide acompañada de aumento de la PCR. Se realiza TC abdominal que informa de una ocupación con aspecto de masa dependiente de estómago asociada a burbujas de aire-gas. Así mismo se somete al paciente a endoscopia, encontrándose una masa infiltrante y sangrante, que afecta a curvatura mayor, no siendo posible realizar ningún tipo de intervencionismo para controlar el sangrado.

Pese a repetidas transfusiones, persiste una caída del hematocrito por lo que se decide intervenir al paciente de manera urgente. Se objetiva gran solución de continuidad de la pared posterior gástrica por lo que se realiza gastrectomía total, cierre del esófago distal y yeyunostomía de alimentación (Wit-

zel), no siendo posible una reconstrucción inmediata debido a la gran inestabilidad que presentaba el paciente. Ni en la biopsia realizada durante la endoscopia, ni en la pieza quirúrgica remitida a Anatomía Patológica se encontraron lesiones compatibles con infiltración neoplásica. Se aislaron únicamente lesiones sugerentes de gastritis crónica acompañada de metaplasia intestinal y células compatibles con fondo de úlcera.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de la úlcera gigante perforada en un paciente estable es la gastrectomía, ya que el riesgo de malignidad subyacente es muy alto. El tamaño de la resección varía en función del tamaño de la perforación y del estado del paciente. En nuestro caso la necesidad de realizar una gastrectomía total es irrefutable, debido al gran tamaño del área perforada y la mala situación clínica en la que se encontraba el paciente. No hemos encontrado ningún caso publicado que describa una perforación de etiología benigna de tamaño similar a este, lo que hace de este un caso singular, ya que normalmente perforaciones tan grandes suelen estar asociadas a procesos malignos subyacentes a una úlcera gástrica.

Uso de tachosil en fistula colecistoduodenal hallada durante colecistectomía laparoscópica

Julia Piñán Diez, Jose A. López Ruiz, Laura Sánchez Moreno, Francisco Del Río Lafuente, Eva Martín Orta, Juan A. Díaz Milanés, M. Luisa Reyes Díaz, Marta Belisova, Jose López Pérez, Fernando Oliva Mompeán

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

POSTER. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: La fistula colecistoduodenal constituye la evolución de la compresión de un gran cálculo a nivel de la bolsa de Hartmann, o la consecuencia del desbridamiento espontáneo de una colecistitis aguda. En el caso que nos ocupa, se encontró una fistula colecistoduodenal en el transcurso de una colecistectomía laparoscópica por una colecistitis aguda.

Caso clínico: Mujer de 63 años que consulta por epigastralgia de 48 horas de evolución, de carácter continuo y con irradiación a la espalda, acompañada de náuseas y vómitos. Antecedentes personales de hernia de hiato en tratamiento con omeprazol. No alergias medicamentosas conocidas. En la exploración física la paciente presentaba buen estado general, coloración mucocutánea normal, no ictericia. Se objetivó febrícula de 37.5°C. Abdomen con dolor a la palpación y defensa a nivel de hipocondrio derecho. Murphy positivo. Ecografía abdominal: engrosamiento de la pared de la vesícula con microlitiasis y barrio biliar, cálculo único en fundus vesicular. Ante estos hallazgos se propone intervención quirúrgica urgente.

Se inicia colecistectomía laparoscópica, encontrándonos una vesícula muy distendida y fuertemente adherida al duodeno. Se procede al vaciamiento de la vesícula mediante el uso de una aguja de Veress, no consiguiéndose la separación del plastrón vesicular del duodeno, por lo que se decide la conversión a laparotomía. Se comprueba la existencia de una fistula

colecistoduodenal, completando la colecistectomía, y se procede a la sutura la fistula, asegurando el sellado de la misma mediante la colocación de una lámina de Tachosil®.

Conclusiones: La indicación de colecistectomía laparoscópica en caso de colecistitis está plenamente aceptada. Sin embargo, existen casos en los que estaría indicada una colecistectomía abierta, como son la existencia previa de cirugía supramesocólica, y la sospecha de neoplasia vesicular o fistula colecistodigestiva.

En este caso, se indicó en un principio la realización de una colecistectomía laparoscópica. Al encontrar una fistula colecistoduodenal se decidió la conversión a cirugía abierta por la imposibilidad de disecar con seguridad la vesícula, no siendo posible separarla del duodeno. Una vez realizada la colecistectomía, se realizó la sutura del orificio fistuloso. Dado el elevado riesgo de fuga y dehiscencia de esta sutura, al tratarse de un tejido inflamatorio y fibrosado, consideramos útil el uso de Tachosil® como sellante, colaborando a evitar la aparición de una fistula duodenal o peritonitis. En nuestro centro, llevamos ya algún tiempo utilizando este material sellante-hemostático para proteger suturas y anastomosis de alto riesgo, como son aquellas con tejidos inflamados, con muy buenos resultados hasta el momento. Como se ha demostrado en diversos estudios, el uso de parches con factores coagulantes evita complicaciones hemorrágicas y creemos que pueden complementar el sellado de una sutura o anastomosis, evitando la posible aparición de fugas.

Uso del listado de verificación quirúrgica como mecanismo de prevención de efectos adversos en una unidad de CMA

Julia Piñán Diez, Piero Landra Dulanto, Juan Ramon Naranjo Fenández, Juan Antonio Díaz Milanés, Maria Luisa Ryes Díaz, Antonio Dominguez Amodeo, Antonio Curado Soriano, Juan Cintas Catena, Zoraida Valera, Enrique Navarrete de Cárcer, Fernando Oliva Mompeán

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La Unidad de CMA de nuestro hospital actualmente realiza casi el 30% de todas las intervenciones quirúrgicas. La OMS demostró que un 32% de las complicaciones quirúrgicas son evitables si se aplican las correctas medidas de seguridad en el paciente. Por este motivo surge el listado de verificación quirúrgica (checklist) consistente en un formulario de recogida de datos preoperatorios al ingreso, en quirófano y en el postoperatorio. Dicho documento debe ser cumplimentado por el cirujano, el anestésico, el enfermero y el auxiliar de clínica.

Material y métodos: Durante el 2010 se han realizado 1664 intervenciones en nuestra unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. En 300 no estaba presente dicho listado. La mayoría se trataba de intervenciones de partes blandas y proctología básica. En 1364 intervenciones restantes si aparecía, pero sólo en 848 estaban adecuadamente cumplimentados, en 516 o faltaba

algún facultativo por rellenar (en 26o), o los datos no estaban adecuadamente reflejados (69).

Resultados y conclusión: A pesar de añadir el listado en la historia clínica cuando el paciente es incluido en lista de espera, el dinamismo implícito en esta Unidad y, sobre todo, la falta de concienciación aún presente a la hora de cumplimentar este documento hacen que todavía sea algo en lo que se debe insistir y trabajar, sobre todo porque precisamente en esta Unidad es donde se gestionan y tratan el mayor volumen de pacientes que se incluyen en un parte quirúrgico, siendo fundamental verificar la identificación del paciente, lateralidad, la presencia de consentimiento informado, alergias, reserva de hemoderivados... para disminuir en todo lo posible errores evitables.

Sd. Arteria mesenterica superior. A proposito de un caso

L. Elmalaki Hossain, F. Grassa Gonzalez, T. Gomez Sanchez, D. Sanchez Relinque, S. Salas Diaz, M. Rodriguez Ramos, L. Tejedor Cabrera, J. Santos Martinez, P. Saenz de Tejada, M. Ruiz de Gopegui, S. Gomez Modet, E. Garcia Romero

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: El Sd. Arteria mesenterica superior es una causa infrecuente de obstrucción intestinal proximal. Se caracteriza por una compresión de la 3ª porción duodenal debido a un estrechamiento del angulo entre A. Aorta y AMSuperior. Se atribuye principalmente a una pérdida del tejido graso mesentérico.

Caso clínico : Mujer de 43 años, con cuadro de vómitos de repetición, dolor abdominal y nauseas. En las pruebas complementarias se objetiva una obstrucción intestinal proximal, dependiente de duodeno, con distension gastrica importante.

Tras el fracaso del tratamiento conservador, se decide la intervención quirúrgica.

El gesto quirúrgico elegido fue la duodenoyunostomía. Colocación de SNY intraoperatoria para nutrición enteral precoz.

El postoperatorio fue tórpido con inclusión en UCI por complicaciones infecciosas.

Paciente actualmente de alta domiciliaria con buen estado clínico

Conclusión: SD AMS es una causa de obstrucción intestinal proximal. Ante el fracaso del tto conservador la cirugía es el tto de elección, con importancia de la nutrición enteral precoz.

CARCINOMA DE PARATIROIDES PARCIALMENTE INTRATIROIDEO: UNA FORMA INUSUAL DE PRESENTACION

L. T. Ocaña Wilhelmi, F. Fernández García, L. Pérez Villa*,

E. Glückmann Maldonado, M. Salvi, F. Villuendas, J. Rivas

*Unidad de Cirugía Endocrina. * Servicio de Anatomía Patológica. * Servicio de Anatomía Patológica.*

PÓSTER. CIRUGÍA ENDOCRINA

Introducción: El carcinoma de paratiroides es un tumor muy inusual, suponiendo el 1% de todos los hiperparatiroidismos primarios. Se presentan habitualmente en las glándulas paratiroides de localización normal o en glándulas ectópicas. La mayoría son hormonalmente funcionantes e hipersecretan hormona paratiroidea, por lo que los pacientes presentan una fuerte clínica de hipercalcemia. Las técnicas de imagen (ECO / Sestamibi) ayudan en la localización, pero poco en el diagnóstico de malignidad, no estando recomendada la PAAF. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, incluso de la recurrencia (ocurre en más del 50% de los casos).

CASO CLINICO: Presentamos el caso clínico de una paciente de 45 años de edad, sin antecedentes personales de interés. Consulta con los Servicios de Medicina Interna y de Endocrinología, siendo diagnosticada de Hiperparatiroidismo Primario y "Nódulo Tiroideo Derecho". En la ECO cervical aparecía un nódulo de 2 x 3 cms. en LTD y el Sestamibi captaba en LTD igualmente. A pesar de ello, se realizó una PAAF que informó de proliferación folicular sin atipia, "pero sin poder descartar origen paratiroideo". Se programó para cirugía, siendo el hallazgo operatorio de una tumoración de 3 cms., muy adherida a planos y al nervio laríngeo recurrente derecho e indistinguible del resto del lóbulo tiroideo derecho. Ante la sospecha "intraoperatoria" de un carcinoma de paratiroides se realizó lobectomía derecha englobando la tumoración e istmectomía, exploración del espacio vascular buscando adenopatías y timectomía. En este caso respetamos en nervio laríngeo recurrente.

COMENTARIOS: El carcinoma de paratiroides es muy inusual, siendo el diagnóstico preoperatorio de seguridad muy difícil e incluso estando contraindicada la punción en caso de alta sospecha de malignidad. Es por ello, que ante una duda razonable de que estemos ante un carcinoma de paratiroides hay que realizar un tratamiento quirúrgico completo, con la aspiración de márgenes quirúrgicos negativos. Es la forma de tratar de evitar una recidiva de la enfermedad, que se produce en un alto porcentaje de casos, tal vez por no recibir el tratamiento inicial correcto, ante la no sospecha de que se trate de un caso maligno. Finalmente, nuestro caso recibió una exéresis completa, a pesar de la inusual presentación.

Retirada de banda gástrica instalada 15 años antes y migrada al interior del estomago por via laparoscopica

L.T. Ocaña Wilhelmi, J. Rivas Becerra, J. Rivas Marín, E. Glückmann Maldonado, F. Villuendas, M. Salvi.

VÍDEO. CIRUGÍA DE LA OBESIDAD Y METABÓLICA

Introducción: La banda gástrica es una técnica bariátrica restrictiva muy utilizada por algunos grupos que se dedican

a esta cirugía. Como ventajas presenta una colocación con escasa morbilidad y que es reversible, y como desventaja la necesidad de un seguimiento detenido por parte del cirujano y nutricionista. Y además, la posibilidad de un desplazamiento de la banda, que puede estar en relación con un fallo en la colocación de la misma, la dilatación gástrica por vómitos repetidos u otras situaciones, entre las que se encuentra la migración de la banda al interior del estómago.

CASO CLINICO: Presentamos el caso clínico de una mujer de 56 años que quince años antes había sido intervenida en su país por obesidad mórbida mediante la técnica de banda ajustable. Desde hacía diez años presentaba cuadros de dolor abdominal y vómitos. Últimamente había reganado peso, hasta los 95 kilos actuales. De visita en nuestro país acude a urgencias con un abdomen agudo, descartando las pruebas de imagen que se trate de una perforación gástrica. Queda ingresada, se realiza una EDA que informa de banda en el interior de la cavidad gástrica y se prepara para cirugía electiva. Esta se lleva a cabo por vía laparoscópica con cuatro trócares. Se aprecia banda migrada al interior del estómago. Se procede a la disección de la banda en todo su trayecto, gastrotomía y liberación de la banda, que se extrae con bolsa. Cierre de la gastrotomía con doble continua y comprobación de estanqueidad. El postoperatorio cursa sin alteraciones, causando alta sanatorial a los cinco días de la cirugía.

COMENTARIOS: La cirugía revisional de las técnicas bariátricas realizadas es hoy casi tan común como las técnicas primarias, sobre todo de los casos de cirugía restrictiva. Y especialmente en los casos de banda gástrica, que pueden llegar a ocasionar fallo de la técnica bariátrica por reganancia de peso, vómitos repetidos, dolor abdominal crónico, etc., e incluso perforación gástrica y migración de la banda al interior del estómago. Estos casos deben abordarse por vía laparoscópica, ya que el despegamiento y la disección se consiguen fácilmente, a pesar de los años transcurridos desde la instalación (15 años), como exponemos en este vídeo que recoge el caso.

Perforación intestinal como debut en paciente con linfoma b asociado a virus de epstein barr

Lotfi ElMalaki Hossain, Tatiana Gómez Sánchez, David Sánchez Relinque, Federico Grasa González, Manuel Rodríguez Ramos, Jorge Santos Martínez, Sonia Salas Díaz, Emilio García-Sosa Romero

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Las neoplasias de intestino delgado son muy infrecuentes, siendo el linfoma no Hodgkin el tercero más prevalente. Suele asentarse en la mucosa gástrica, colon y, en menor medida, el intestino delgado. Los tipos histológicos más frecuentes son el linfoma MALT y el linfoma difuso de células grandes. Existe un subtipo asociado a Virus de Epstein-Barr (VEB) asociado a pacientes mayores de 70 años, más agresivos y de peor pronóstico.

Caso clínico: Varón de 74 años con antecedentes de EPOC, IVC y Artritis Reumatoide que acude a urgencias por dolor abdominal de inicio súbito en hemiabdomen izquierdo

asociado a vómitos alimenticios de 3 horas de evolución. A la exploración encontramos un paciente sudoroso, afebril, hemodinamicamente estable. Abdomen globuloso, deprimible, con dolor a la palpación difusa y defensa marcada en flanco izquierdo. No se palpan masas ni megalias. Presenta leucocitosis con neutrofilia y una PCR en 3,98. Se realiza TAC toraco-abdominopélvico donde se objetiva neumoperitoneo con líquido libre extraluminal y signos de perforación de intestino delgado siendo el resto del estudio normal. El paciente se interviene de urgencias realizándose resección segmentaria con anastomosis de intestino delgado (yeyuno), asociado a antibioterapia de amplio espectro. El postoperatorio cursa favorablemente dándose alta al Servicio de hematología a los 6 días. La anatomía patológica reveló que se trataba de un linfoma B difuso de células grandes centroblástico que perforaba intestino delgado. La serología de virus fue positiva a Virus de Epstein Barr. Actualmente el paciente se encuentra en tratamiento con quimioterapia, sin evidencia de progresión, tras 3 meses de seguimiento.

Comentarios: Las neoplasias de intestino delgado son muy infrecuentes, constituyendo el linfoma entre el 15 y 20% del total. La localización más frecuente en el ID es íleon terminal seguido de yeyuno, y del 5 al 15% de los casos se presentan como abdomen agudo por perforación intestinal. La asociación con el VEB empeora el pronóstico por presentarse en pacientes con cierto grado de inmunodepresión. El tratamiento es quirúrgico asociado a quimioterapia y/o radioterapia. La supervivencia a los 5 años es del 60% aunque la asociación a VEB, la perforación intestinal y otros parámetros inmunohistoquímicos pueden reducir este porcentaje al 25%.

La endometriosis como causa de abdomen agudo quirúrgico. Revisión de casos en nuestro servicio

Lotfi ElMalaki Hossain, Tatiana Gómez Sánchez, Maria Luz Garrido Campos, David Sánchez Relinque, Federico Grasa González, Manuel Rodríguez Ramos, Jorge Santos Martínez, Susana Gómez Modet, Emilio García-Sosa Romero

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La endometriosis es una enfermedad crónica caracterizada por la existencia de tejido endometrial ectópico que ocurre entre el 5 y el 15% de las mujeres en edad fértil. Es de etiología desconocida afectando al tracto gastrointestinal entre el 3 y 37% de las mujeres. La localización más frecuente es en sigma seguido de colon, recto e íleon terminal. La sintomatología principal es el dolor abdominal, pudiendo presentarse como una causa de abdomen agudo quirúrgico.

Material y métodos

Se realiza una revisión de casos en nuestro servicio desde enero de 2000 a enero de 2012. Se incluyen todas las mujeres en edad fértil intervenidas de carácter urgente, y se revisan los informes de anatomía patológica.

Resultados: Se obtiene un resultado de 3 mujeres con endometriosis apendicular y 1 caso de endometriosis en la cicatriz quirúrgica (cesárea). La edad media es de 33 años,

y 3 pacientes presentaban cesárea previa. La sintomatología principal fue dolor abdominal agudo y un caso de eventración irreductible que provoca obstrucción intestinal. Se realizaron 3 apendicectomías, y una resección de la cicatriz con exéresis de tumoración aponeurótica. Tras la intervención existió un caso de hematoma postquirúrgico con resolución espontánea. La estancia hospitalaria media fue de 3,4 días, no existiendo mortalidad en ningún caso.

Conclusiones: La endometriosis intestinal es una entidad poco frecuente que afecta al sigma en la mayoría de los casos, seguidos del recto y apéndice, y a la cicatriz post-cesárea en el 0,5%. Puede presentarse como causa de abdomen agudo en un servicio de urgencias enmascarando otras patologías. El diagnóstico se basa en la clínica y pruebas complementarias como la ecografía y/o TAC abdominal. En la mayoría de los casos no obtenemos el diagnóstico de endometriosis hasta obtener la anatomía patológica. El tratamiento de elección es la cirugía, ya que independientemente del origen, provoca una causa de abdomen agudo quirúrgico.

Quiste branquial. A propósito de un caso

Luis Romero Pérez, Hector Recio Pando, Javier Ulecia Moreno, Francisco Rodríguez Ariza, Marta Valle Carbajo, Antonio Álvarez Alcalde

ORAL. MISCELÁNEA

Introducción: Los quistes están situados en el trayecto de un abolsa o hendidura branquial que no comunican con la faringe o piel. Son malformaciones congénitas derivadas de la reabsorción incompleta de las hendiduras y bolsas faríngeas. Las manifestaciones clínicas más comunes son fistulas, quistes, tractos sinusoides y restos cartilagosos de 1º y 2º hendidura branquial, aunque generalmente cursan sin síntomas. La mayoría derivan del 2º arco branquial y suelen ser lesiones benignas.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un paciente de 63 años con tumoración laterocervical y submandibular derecha. Ecografía: lesión ecogénica entre celda parotídea y paquete vascular. TAC cervical: posible quiste branquial. Se intervino quirúrgicamente realizándose exéresis del quiste. El resultado anatomopatológico fue de quiste branquial. Postoperatorio sin complicaciones.

Comentarios: Los quistes de la segunda hendidura branquial son responsables del 90% de las anomalías. Se caracterizan por de tumores palpables ubicados en la bifurcación carotídea. Le ecografía se realiza de forma sistemática, pudiendo realizarse también TAC y/o RM. La inflamación previa complica de extirpación quirúrgica. La morbilidad es consecuencia de la lesión de estructuras adyacentes o de la escisión incompleta. Recurrencia es es rara.

Tumor phyllodes de mama. A propósito de un caso

Luis Romero Pérez, Marta Valle Carbajo, Antonio Álvarez

Alcalde, Javier Ulecia Moreno, Francisco Rodríguez Ariza, Hector Recio Pando

ORAL. CIRUGÍA DE MAMA

Introducción: Es una neoplasia poco frecuente (<1% en mujeres), de crecimiento lento, histológicamente similar al fibroadenoma pero con mayor proliferación del componente mesenquimal y epitelial. Se identifican tres tipos según sus características anatomopatológica: Phylodes Benigno, Border-line y maligno.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una paciente de 50 años, con antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica no definida, con gran tumoración de mama izquierda de muchos años de evolución que le estaban ocasionando problemas de columna vertebral. La mamografía y ecografía mama realizadas mostraron hallazgos compatibles con cáncer de mama. BIRADS 5. Se intervino quirúrgicamente realizándose mastectomía, por orden judicial debido a los problemas psiquiátricos que incapacitaban a la paciente para decidir. El resultado anatomopatológico fue de Phylodes Border-line. Postoperatorio sin complicaciones.

Comentarios: El tumor Phyllodes tiene alta tendencia a la recidiva local y, en las formas malignas, tiene capacidad metastásica preferentemente linfática. La cirugía es el tratamiento de elección. En los Border-Line se puede realizar cirugía conservadora si lo permite el tamaño y si no, mastectomía simple. Las recurrencias no parecen afectar al pronóstico

¿Debe ser la edad del paciente un factor a tener en cuenta entre los criterios de inclusión en cirugía mayor ambulatoria (cma)?

Arance García, M; García Martínez, J; Docobo Duránte, F; Varela López, R; Padillo Ruiz, J .

POSTER. MISCELÁNEA

OBJETIVOS: Conocer la influencia que la edad de los pacientes puede tener en indicadores de calidad de una unidad de CMA como la tasa de "suspensiones quirúrgicas" (SQ) e "ingresos no previstos" (INP) o "Complicaciones postoperatorias" (CP)

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio observacional prospectivo en el que se registraron las SQ, INP y CP de 1.088 intervenciones quirúrgicas programados en una unidad de CMA bajo anestesia general o locorregional. Todos los pacientes tenían edades comprendidas entre los 40 y los 85 años. Se compararon las incidencias de ambos eventos según la edad de los pacientes.

Resultados: El índice de SQ aumenta progresivamente conforme aumenta la edad de los pacientes. Así en pacientes de entre 40 y 49 años registramos un porcentaje de suspensiones del 6%, entre los 50 y 59 años un 7,23%, entre los 60 y 69 años un 7,28% y en los mayores de 70 años un 8,99%.

El porcentaje de IQ de cada grupo no muestra esta correlación y fue de 2,3% en el grupo entre 40 y 49 años, un 1,7% en edades entre 50 y 59 años, un 1,65% en pacientes entre 60 y 69 años y un 2,09% en pacientes mayores de 70 años.

La incidencia de "CP" fue algo superior entre los pacientes más jóvenes (4,6%), en el resto de pacientes se registraron un 3,8% de CP entre los 50 y 59 años, un 3,2% entre los 60 y 69 años y un 3,5% a partir de 70 años.

Conclusiones: Existe una relación entre edades más avanzadas de los pacientes y la tasa de suspensiones o de no intervenciones en nuestra unidad.

No se ha encontrado esta misma correlación cuando se analiza el porcentaje de ingresos en función de la edad de los pacientes.

La incidencia de complicaciones es superior entre los pacientes de menor edad.

Diferentes formas de presentación de la enfermedad de Crohn en urgencias

M^a Carmen Martín Jiménez, Esther Cáceres Fábrega, M^a Pilar Sevilla Molina, Francisco De Abajo Miranda, Antonio Galindo Galindo

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La Enfermedad de Crohn es una enfermedad transmural crónica del tracto gastrointestinal. La clínica más frecuente es dolor abdominal y diarrea. En los casos típicos afecta al íleon, colon o la región perianal. La distribución es asimétrica y segmentaria, existiendo una tendencia a la recurrencia durante toda la vida inclusive después de la cirugía de resección. Presentamos tres casos de Enfermedad de Crohn que se manifiestan como abdomen agudo obligando a su resolución quirúrgica de urgencias.

Material y métodos: Caso 1: Varón de 75 años que acude a urgencias en estado séptico, presentando celulitis en región inguinal derecha. Antecedente de enfermedad de Crohn ileo-cólica estenosante intervenida mediante resección y anastomosis, hace 9 años. Se realiza de urgencias drenaje de absceso inguinal con salida de material fecaloideo bien vehiculizado. El paciente mejora su estado séptico-nutricional por lo que a los 15 días se realiza Hemicolectomía derecha y anastomosis sin complicaciones.

Caso 2: Varón de 42 años que acude a urgencias por cuadro obstructivo de varios días de evolución. Tras medidas terapéuticas conservadoras sin mejoría, se decide intervención quirúrgica urgente. Se constata dilatación yeyunal e íleon debido a proceso estenosante a nivel de íleon distal, englobando ciego y con adherencias a colon sigmoide. Se procede a ileocequectomía y anastomosis. El examen histológico es compatible con enfermedad de Crohn.

Caso 3: Varón de 85 años que acude a urgencias por hemorragia digestiva baja, se realiza colonoscopia objetivándose lesión ulcerada en colon derecho sangrante sin poder resolver el sangrado se decide intervención quirúrgica urgente realizándose hemicolectomía derecha y anastomosis. En informe anatomía patológica enfermedad de Crohn.

CONCLUSIÓN

El tratamiento quirúrgico debido al potencial compromiso global del tubo digestivo se adopta, de ser posible, una estrategia conservadora y tiene por objetivo resolver la complicación,

restituir la salud, conservar intestino, evitar una ostomía definitiva y permitir que el paciente retorne a su tratamiento de sostén. La colitis infecciosa, colitis isquémica, colitis pseudomembranosa por *Clostridium difficile*, colitis por citomegalovirus, neoplasia en caso de obstrucción, deben incluirse dentro del diagnóstico diferencial. Es importante evaluar el estado nutricional y debe mejorarse el mismo antes de una cirugía. De no ser posible sería aconsejable no efectuar anastomosis primarias y diferirlas para un segundo tiempo cuando hayan mejorado las condiciones nutricionales.

Empleo del sistema de cierre asistido por vacío en el tratamiento de evisceraciones y heridas quirúrgicas complejas

M^a De Los Angeles Mayo Ossorio, Jose Manuel Pacheco Garcia, M^a Carmen Bazan Hinojo, Marcos Alba Valmorisco, Manuel Lopez Zurera, Daniel Perez Gomar, Ander Bengoechea Trujillo, Susana Roldan Ortiz, Jose Luis Fernandez Serrano.

ORAL. CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL

Introducción: El cierre asistido por vacío (VAC), Permite el tratamiento de heridas complejas incluidas aquellas con fistulas intestinales, aunque este punto es controvertido. Presentamos nuestra experiencia en el empleo de esta terapia en el tratamiento de evisceraciones y heridas abdominales complejas.

Material y método:

Pacientes: Tratamos 8 pacientes. Dos pacientes con evisceración (un paciente intervenido de cáncer gástrico y una evisceración. 5 pacientes con infección de herida quirúrgica portadores de malla compuesta (3 obesos mórbidos, un paciente intervenido de cáncer colorrectal y una paciente con extrofia vesical tras cirugía ginecológica complicada).

Método: En todos los casos se aplico inicialmente la terapia VAC de forma hospitalaria. a presión continua negativa a 125 mmHg excepto en los casos en que había exposición de asas. Se realizo recambio de apósitos cada 3 o 4 días dependiendo del contenido del receptáculo. Los pacientes fueron dados de alta con el dispositivo portátil.

Resultados: En la mayoría de los casos la evolución fue favorable consiguiendo la epitelización completa con un tiempo de terapia entre 40 y 180 días. Dos pacientes presentaron fistula intestinal (paciente con evisceración y paciente obeso con malla compuesta). En el caso del paciente con evisceración se consiguió tratar la fistula conservadoramente, y en el paciente obeso fue preciso retirar la malla y realizar resección intestinal y anastomosis.

Conclusiones: La terapia VAC es una alternativa para el tratamiento de heridas complejas de la pared abdominal sobre todo en pacientes con elevado riesgo quirúrgico. Permite un manejo adecuado de la herida, favoreciendo su cicatrización, disminuyendo el numero de curas. Es bien tolerada por el paciente de forma ambulatoria permitiendo una vida menos limitada. En el caso de fistula intestinal el tratamiento con terapia VAC es controvertido. En nuestra experiencia una de las fistulas intestinales se produjo durante la terapia VAC,

consiguiendo la epitelización completa de la herida excepto el orificio fistuloso que quedó completamente dirigido. En el caso del paciente obeso, la fístula era debida a una inclusión de la malla a nivel de un asa de intestino delgado, por lo que la terapia VAC fue ineficaz, precisando extracción de la malla.

Resultados del programa de cirugía bariátrica del hospital universitario puerta del mar en los últimos 8 años

M^a De Los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García, M^a Del Carmen Bazan Hinojo, Marcos Alba Valmorisco, Manuel Lopez Zurera, Daniel Perez Gomar, Ander Bengoechea Trujillo, Susana Roldan Ortiz, Jose Manuel Vazquez Gallego, Jose Luis Fernandez Serrano.

ORAL. CIRUGÍA DE LA OBESIDAD Y METABÓLICA

Introducción: La Obesidad es una patología emergente, crónica y multifactorial asociada al incremento de riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular. La cirugía es el tratamiento de elección. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida en el Servicio de Cirugía del H.U.P.M. Cádiz durante los últimos 8 años.

Material y Método: Desde Enero 2003 Noviembre de 2011, se han intervenido 251 pacientes de obesidad mórbida en nuestro hospital, 192 mujeres y 59 hombres, con edad media de 37 años (rango 20-60 años), y un IMC medio de 51,8 Kg./m² (rango 36-74 Kg/m²). Al 75,7% (190 pacientes) se les realizó un abordaje laparotómico, mientras que al 24,3% (61 pacientes) se le ha realizado un abordaje laparoscópico, siendo esta vía de abordaje la más utilizada en los últimos años. En cuanto a la técnica quirúrgica, la mayoría fueron By pass gástrico distal (107), seguidos del By pass gástrico Wittgrove (90), By pass gástrico de única anastomosis, BAGUA (32 casos) y por último la Gastrectomía tubular (19 casos).

Resultados: No hubo complicaciones precoces en el 85% de los pacientes. En cuanto a las complicaciones quirúrgicas tardías, un 76% no presentó complicaciones, un 16% eventración y un 7% estenosis de la anastomosis. A los 2 años la reducción del peso fue del 81,36±12,69, del IMC del 30,67±4,70. El % de exceso de peso (PSP) fue del 71,50±14,89 y el % de reducción del IMC de 44,13±12,55. En cuanto a las comorbilidades la hipertensión se resolvió en un 94,4%, la dislipemia en el 100% y la Diabetes mellitas en el 92,85%. Tuvimos 3 fallecimientos en los 8 años de seguimiento (1%), y una conversión de BAGUA a By-pass por desnutrición.

Conclusiones: La cirugía bariátrica se muestra como el tratamiento de elección en pacientes con IMC elevado y comorbilidades. Los resultados son buenos, en cuanto a mejora de comorbilidades y satisfacción de los pacientes, por lo que pensamos que este hecho y la introducción de los abordajes mínimamente invasivos van a favorecer un incremento de su práctica.

¿Los injertos que viajan por andalucía presentan

mayor disfunción de injertos?

M^a Esther Gamez Córdoba, Belinda Sánchez Pérez, Miguel Angel Suárez Muñoz, Jose Luis Fernández Aguilar, Jose Antonio Pérez Daga, Custodia Montiel Casado, Francisco Javiez León Díaz, Cristina Rodriguez Silva, Ysabel Pulido Roa, Julio Santoyo Santoyo.

ORAL. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: Las cuatro Unidades de Trasplante Hepático existentes en Andalucía, desde 2002, gestionamos la lista de espera con criterios consensuados comunes basados en el score MELD, con la intención de trasplantar al enfermo más grave y así evitar la mortalidad en lista de espera. Los pacientes incluidos por hepatocarcinoma o con indicaciones especiales podrán ser priorizados al otorgarles puntos de MELD por tiempo transcurrido. De esta forma, se establece una lista de espera común que provoca que el 45% de los órganos viajen dentro de nuestra comunidad. Este transporte puede suponer un incremento en los tiempos de isquemia fría y total del injerto, y esto a su vez podría desencadenar un aumento en la incidencia de disfunción primaria de injerto (DPI) y fallo primario de injerto (FPI) en estos órganos

OBJETIVOS

Conocer si el “viaje” de los injertos hepáticos aumenta los tiempos de isquemia fría y total de forma significativa y si ello, con lleva una mayor incidencia de FPI/DPI

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional retrospectivo. Incluyendo 52 receptores hepáticos desde Enero 2009 hasta Julio 2011 divididos en dos grupos: Málaga (GM, 25 pacientes); injertos obtenidos en el área metropolitana malagueña (HRU Carlos Haya y HCU Virgen de la Victoria) y No Málaga (GNM, 27 pacientes): injertos procedentes de cualquier otro hospital de Andalucía o resto de España. Se excluyeron aquellos injertos que presentaran un rechazo hiperagudo y aquellas FPI/DPI secundarias a causas técnicas. Ambos grupos fueron homogéneos en todas las variables relacionadas con receptor y donante excepto en “indicaciones de trasplante” ($p < 0.06$) y la necesidad de Noradrenalina en Donantes (GM 68% vs GNM 100%). Analizamos el Tiempo de isquemia fría (TIF), caliente (TIC) y total (TIT). Utilizamos como variables de DFP/FPI la BT, AST, ALT, FA, GGT, Plaquetas, INR y Factor V en tres momentos el 1º, 3º y 7º día postrasplante, analizando el área bajo la curva (AUC) calculada mediante la aproximación trapezoidal, y el pico máximo. Además se estudió el rechazo agudo y la estancia en UCI. Se utilizó la t Student o la X² dependiendo de las variables analizadas.

Resultados: Hallamos diferencias estadísticamente significativas en el TIT (GM 369.24 m vs 420,81 m; $p < 0.019$) y TIF (GM 321.08 vs GNM 364.07; $p < 0.037$), no así en el TIC.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas al analizar BT, AST, ALT, FA y GGT, ni en la cifras de plaquetas ni en el INR. Solo el Factor V el 1º PO mostraba tendencia a la significación a favor del grupo GM (GM 56.78 vs GNM 43.91; $p = 0.118$).

Conclusiones: Estos datos preliminares confirman que la movilidad exigida a los injertos en Andalucía si aumentan los tiempos de isquemia total y fría. Sin embargo, esto no parece

constituir un factor desencadenante de mayor DPI. Se necesitan más estudios que valoren un mayor número de casos y con una estratificación basada en los factores de riesgos conocidos del donante para evaluar el impacto real de este aumento de la isquemia en la función inicial del injerto

Linfoma pancreático primario ¿Puede la laparoscopia cambiar el papel de la cirugía en el tratamiento de esta patología?

M^a Teresa Sánchez Barrón, Rafael Díaz Nieto, Juan Torres Sierra

POSTER. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: El linfoma primario del páncreas (LPP) es una patología rara, representando menos del 0.7% de las neoplasias malignas del páncreas. La definición del LPP se realiza mediante los criterios de Behrns. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor abdominal, masa abdominal palpable, pérdida de peso, ictericia, sudoración nocturna y fiebre. El diagnóstico se realiza mediante ecografía, TC, CPRE, RM y ecoendoscopia, aunque el diagnóstico histológico mediante PAAF es necesario a la hora de decidir el tratamiento. Actualmente, el tratamiento es la QT, con o sin RT.

Caso clínico: Presentamos el primer caso de LPP tratado por vía laparoscópica. Se trata de una mujer de 66 años que refería molestias abdominales en epigastrio e hipocondrio izquierdo, junto con astenia y pérdida de peso. La TC mostró una masa originada en la cola del páncreas, sin extensión local o distal, y una trombosis de la vena esplénica en relación con el tumor. No se encontraron alteraciones en los análisis de sangre, incluyendo un recuento normal de leucocitos y un CA 19.9 normal. Se realizó una PAAF guiada por TC y la histopatología informó de un tumor maligno indiferenciado. Tras la presentación del caso en un comité multidisciplinar, se decidió tratamiento quirúrgico y se propuso un abordaje laparoscópico. Se realizó una pancreatocistomía distal laparoscópica, incluyendo en el bloque de resección el bazo.

El diagnóstico histológico final fue de linfoma B de células gigantes. La paciente recibió el tratamiento coadyuvante conocido como R- CHOP. Hasta la fecha, no tiene complicaciones y tiene una buena respuesta.

Comentarios: La baja incidencia de LPP y la falta de series prospectivas hacen que no haya una buena evidencia del manejo de esta patología.

Establecer un diagnóstico diferencial con otros tumores pancreáticos es fundamental por las diferencias existentes en pronóstico y tratamiento. La presentación clínica inespecífica y las técnicas de imagen, generalmente insuficientes, hacen que la confirmación histopatológica sea esencial. Sin embargo, la PAAF todavía ofrece dudas en el diagnóstico preciso de ciertos tumores, requiriéndose una biopsia quirúrgica hasta en un 50% de los casos.

En cuanto al tratamiento, cada vez son más las series que hablan de cirugía, con un aumento de la supervivencia a largo plazo. Sin embargo, el papel de la cirugía es muy limitado debido a la morbimortalidad asociada a las resecciones pancreá-

ticas. La introducción de la laparoscopia podría disminuir esta morbimortalidad y hacer reconsiderar la resección quirúrgica como parte del tratamiento de esta enfermedad.

Amputación abdominoperineal optimizada en el tratamiento de cáncer de recto de tercio distal

Manuel Ferrer Márquez, Ricardo Belda Lozano, Almudena Moreno Serrano, Ángel Reina Duarte, Francisco Rubio Gil, Isabel Blesa Sierra, Antonio Álvarez García

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La amputación abdominoperineal (AAP) "optimizada" consiste en realizar vía abdominal la disección del recto bajo tan sólo hasta el origen del músculo elevador, crear la colostomía terminal y cerrar la pared abdominal. Posteriormente el paciente se rota a posición de decúbito prono y se realiza la disección pélvica. Esta incluye la disección de la piel, los músculos elevadores, la grasa isquiorrectal y la resección del músculo elevador cerca de su unión a la pelvis. Presentamos nuestros primeros resultados en la realización de AAP "optimizada"

Material y métodos: Se incluyen pacientes diagnosticados de neoplasia de tercio inferior que han sido candidatos a realizar AAP: Neoplasia de recto con infiltración de esfínteres; incontinencia fecal previa grave; dificultades técnicas intraoperatorias.

RESULTADOS: Desde diciembre de 2010 hasta enero de 2012 se han intervenido un total de 13 pacientes (7 hombres y 6 mujeres) candidatos a realizar AAP por neoplasia de recto. La edad media de los pacientes ha sido de 71 años. La distancia media de las lesiones al margen anal ha sido de 3,6cm. Todos los pacientes excepto uno han recibido radioterapia neoadyuvante. La intervención se ha realizado 6 semanas tras terminar la RT. Todas las intervenciones han sido realizadas por vía laparoscópica con tres reconversiones. Durante la cirugía no ha habido perforación tumoral. La estancia media hospitalaria ha sido de 11,3 días. La principal complicación ha sido la infección de la herida perineal en 5 pacientes (38,4%).

DISCUSIÓN: Creemos que la AAP "optimizada" es una técnica segura que facilita el abordaje perianal al mejorar la exposición de la disección. Además, obtiene una pieza más cilíndrica, lo que debe aumentar el volumen tisular alrededor del tumor y, por tanto, reducir los márgenes de resección circunferencial positivos.

El refuerzo de sutura y sus controversias en la gastrectomía vertical laparoscópica

Manuel Ferrer Márquez, Ricardo Belda Lozano, Almudena Moreno Serrano, Pablo Moreno Marín, Manuel Ferrer Ayza

POSTER. CIRUGÍA DE LA OBESIDAD Y METABÓLICA

Introducción El hecho de que la gastrectomía vertical la-

paroscópica se haya considerado erróneamente como sencilla y fácilmente reproducible, ha llevado a un gran número de cirujanos a practicarla. Sin embargo, hay muchos puntos controvertidos a lo largo de su procedimiento que la convierten en un abanico de posibilidades sin consensuar

Refuerzo de sutura Una de las complicaciones más temidas por los cirujanos bariátricos tras la realización de la GVL es la aparición de una fuga, tanto por la morbilidad que conlleva, como por la dificultad de su resolución. La incidencia de fuga anastomótica tras GVL varía entre el 0-5,5% para cirugías primarias, y del 16-24% en reintervenciones. La mayor parte aparecen en el tercio proximal del estómago, cerca de la unión gastroesofágica. Baker defiende que las causas de las fístulas en la línea de grapas son muchas, pero éstas pueden incluirse en dos categorías: causas mecánico-tisulares y causas isquémicas. En ambas, la presión intraluminal excede la resistencia del tejido y la línea de sutura, dando lugar a la fístula

Para intentar disminuir el riesgo de fuga a este nivel se han propuesto diferentes posibilidades técnicas: invaginación de la sutura, sellantes biológicos, materiales de refuerzo...

Durante los últimos años, los principales materiales de refuerzo de sutura que han aparecido en el mercado son el politetrafluoroetileno (ePTFE[®]) pericardio bovino (Peri-Strips Dry[®]), submucosa de intestino delgado (Surgisis[®]), y el ácido poliglicólico bioabsorbible y trimetilen carbonato (Seam-Guard[®]).

Otra de las técnicas utilizadas para prevenir la aparición de fístulas es el uso de sellantes de fibrina (Tissucol[®], Vivostat[®]) sobre la línea de grapas. Aunque su eficacia en este sentido no está demostrada, varios trabajos publican una disminución del número de fugas utilizando estos productos.

Baltasar et al, al igual que nuestro grupo, protegen la línea de sección con una sutura continua sero-serosa que invierte las grapas, controla la hemorragia e intenta disminuir el número de fugas, sin aumentar el coste de la intervención.

Aunque más de la mitad de los grupos refuerzan de alguna manera de línea de sutura, hay quienes prefieren no realizar ningún acto quirúrgico tras la línea simple de grapado. Un artículo reciente concluye que no hay razón para creer que la reducción del porcentaje de fugas tras la GVL se deba al refuerzo de sutura utilizado. El porcentaje de fugas es tan bajo que para poder obtener resultados estadísticamente significativos entre grupos se necesitarían muestras cercanas a 10000 procedimientos.

El tamaño de la bujía y los resultados de la pérdida de peso

Manuel Ferrer Márquez, Ricardo Belda Lozano, Almudena Moreno Serrano, Pablo Moreno Marín, Manuel Ferrer Ayza

POSTER. CIRUGÍA DE LA OBESIDAD Y METABÓLICA

Introducción El hecho de que la gastrectomía vertical laparoscópica se haya considerado erróneamente como sencilla y fácilmente reproducible, ha llevado a un gran número de cirujanos a practicarla. Sin embargo, hay muchos puntos con-

trovertidos a lo largo de su procedimiento que la convierten en un abanico de posibilidades sin consensuar

Tamaño de la bujía A pesar de que la gran expansión que está teniendo la GVL en los últimos años, aun no hay consenso sobre qué tamaño de bujía es el más idóneo para calibrar la tubulización final. Si tenemos en cuenta que se trata de una técnica restrictiva, lo lógico sería reducir el volumen gástrico todo lo posible para, de esta manera, limitar la cantidad de comida ingerida y crear una sensación de saciedad precoz. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la parte del estómago que se distiende con mayor facilidad es el fundus gástrico, que en esta técnica se secciona y extrae. Esto se traduce en que pequeños incrementos de volumen dan lugar a un aumento significativo de la presión gástrica en comparación con el estómago intacto (9). Este argumento es utilizado por aquellos autores que defienden la utilización de sondas de mayor calibre con la idea de evitar presiones excesivamente altas, e intentar disminuir de esta manera el porcentaje de fugas. Gagner et al (10) describen una relación inversa entre el tamaño de la bujía y el porcentaje de fugas y abogan por el uso de sondas entre 50 y 60Fr.

Debemos saber que 1Fr equivale a 0,33mm. Por tanto, Las bujías de 32 Fr tienen 1,1 cm de diámetro, las de 36 Fr tienen 1,2 cm, las de 40 Fr tienen 1,3 cm de diámetro. Si tenemos en cuenta que la mayoría de los autores que realizan la GVL utilizan sondas entre 32 y 40 Fr, ¿es posible que existan tantas diferencias entre pacientes intervenidos con estos tipos de sondas, cuando la diferencia entre ellas es mínima?

Algunos autores creen que el diámetro de la sonda es un punto determinante en el exceso de peso perdido mientras que otros no encuentran diferencias entre grupos.

Además de lo expuesto, debemos tener en cuenta que una vez introducida la bujía, no todos los autores realizan la sección a la misma distancia. Hay quienes seccionan ciñéndose ella, y otros que se alejan unos milímetros con la idea de posteriormente realizar la sutura invaginante de refuerzo. Además, algunos autores retiran la sonda una vez realizada la sección para posteriormente realizar la sutura invaginante

El valor en la comprobación de estanqueidad tras gastrectomía vertical laparoscópica

Manuel Ferrer Márquez, Ricardo Belda Lozano, Pablo Moreno Marín, Almudena Moreno Serrano, Manuel Ferrer Ayza

POSTER. CIRUGÍA DE LA OBESIDAD Y METABÓLICA

Introducción: El hecho de que la gastrectomía vertical laparoscópica se haya considerado erróneamente como sencilla y fácilmente reproducible, ha llevado a un gran número de cirujanos a practicarla. Sin embargo, hay muchos puntos controvertidos a lo largo de su procedimiento que la convierten en un abanico de posibilidades sin consensuar

Comprobación de estanqueidad La gran mayoría de los autores una vez terminada la sección gástrica realizan diferentes pruebas de estanqueidad para comprobar la ausencia de fugas intraoperatorias que requieren reparación inmediata. El test

de azul de metileno se ha descrito originalmente para diagnosticar fístulas tras gastrectomías, es uno de los test más utilizados en cirugía bariátrica y consiste en la administración oral de azul de metileno y observar si hay salida intraoperatoria a través del tubo gástrico. Otros autores utilizan el test aéreo, en el que llenan la cavidad abdominal de suero e instalan aire por la sonda a la espera de observar alguna burbuja que pueda indicar la existencia de fuga. Se trata de métodos sencillos, accesibles, baratos y que en caso de negatividad tranquilizan al cirujano antes del cierre, pero debemos saber que son métodos útiles sólo cuando son positivos, ya que cuando son negativos, no excluyen la existencia de una fístula.

Recientemente, Diamantis et al, muestran sus resultados realizando endoscopia intraoperatoria con la que comprueban la ausencia de complicaciones tras la sección. Una vez realizado el tubo gástrico, el endoscopio insufla mínima cantidad de aire para inspeccionar la línea de grapado desde el interior gástrico en busca de puntos de sangrado o sospechosos de disrupción de la línea de grapado. Al mismo tiempo la visión laparoscópica confirma la ausencia de burbujas como si de un test de aire se tratara. De la misma manera, Frezza et al, utilizan un endoscopio de 29F que le sirve en primer lugar como bújia para realizar la sección y además para comprobar al final de la intervención cómo queda el tubo gástrico desde una visión interna y examinar la estanqueidad del mismo.

La importancia en el comienzo de la sección distal en la gastrectomía vertical laparoscópica

Manuel Ferrer Márquez, Ricardo Belda Lozano, Almudena Moreno Serrano, Pablo Moreno Marín, Manuel Ferrer Ayza

PÓSTER. CIRUGÍA DE LA OBESIDAD Y METABÓLICA

Introducción: El hecho de que la gastrectomía vertical laparoscópica se haya considerado erróneamente como sencilla y fácilmente reproducible, ha llevado a un gran número de cirujanos a practicarla. Sin embargo, hay muchos puntos controvertidos a lo largo de su procedimiento que la convierten en un abanico de posibilidades sin consensuar

Comienzo de la sección distal Otro punto controvertido es la distancia desde el píloro en la que comienza la división gástrica. Los autores más conservadores prefieren realizar la sección a más de 4 cm del píloro con la idea de mejorar el vaciamiento gástrico y disminuir de esta manera la presión intraluminal que, en presencia de una fuga, puede dificultar su cierre. En contraposición, otros autores defienden la sección cercana al píloro basándose en que al tratarse de una técnica puramente restrictiva, cuanto mayor sea la tubulización, mejores resultados obtendremos, y aseguran un funcionamiento y vaciamiento gástrico normal.

Baltasar et al comienzan la división a unos 2 cm del píloro y defienden que, al tratarse de una técnica exclusivamente restrictiva, debe ser más agresiva que cuando forma parte de otra técnica (como el cruce duodenal) que además, incluye un componente malabsortivo. El remanente gástrico en este caso se reduce a menos de 50ml, la ingesta es normal, tolerando

las comidas en pequeña cantidad, con un vaciado gástrico normal.

Otros autores comienzan la resección a 6-7 cm del píloro con el fin de preservar al antro gástrico y teóricamente preservar su función contráctil favoreciendo el vaciamiento gástrico.

Bellanger et al, comienzan la sección a 3 -4 cm del píloro, disminuyendo así el volumen antral pero preservando su función. Piensan que, de esta manera, pueden disminuir el riesgo de estenosis distal y fugas proximales.

Sánchez-Santos et al, en los resultados del Registro Nacional Español, objetiva que los grupos que inician la gastrectomía más próxima al píloro obtienen mejores resultados ponderales en el seguimiento.

Los riesgos de la sección proximal en la gastrectomía vertical laparoscópica

Manuel Ferrer Márquez, Ricardo Belda Lozano, Pablo Moreno Marín, Almudena Moreno Serrano, Manuel Ferrer Ayza

PÓSTER. CIRUGÍA DE LA OBESIDAD Y METABÓLICA

Introducción El hecho de que la gastrectomía vertical laparoscópica se haya considerado erróneamente como sencilla y fácilmente reproducible, ha llevado a un gran número de cirujanos a practicarla. Sin embargo, hay muchos puntos controvertidos a lo largo de su procedimiento que la convierten en un abanico de posibilidades sin consensuar

Sección proximal gástrica Una de las teorías, y posiblemente la más reforzada, de la formación de fístulas proximales junto a la unión gastroesofágica es la vascular, asociada a un aumento de presión intragástrica. En esta idea se basan aquellos autores que sugieren la realización de la sección proximal (último disparo con la endocortadora) con especial cuidado, alejado en lo posible de la unión gastroesofágica. De esta manera se evita la sección en el "área crítica" y mal vascularizada intentando disminuir el riesgo de fugas.

Parece existir consenso en la prudencia con la que se debe realizar la última sección a nivel de la unión gastroesofágica, evitando de esta manera el contacto con el esófago y minimizando en lo posible la aparición de complicaciones a este nivel.

Abdomen agudo por perforación intestinal secundaria a sarcoma sinovial monofásico sobre yeyuno

Lopez Zurera, Manuel. Alba Valmorisco, Marcos. Perez Gomar, Daniel. Bengoechea Trujillo, Ander A. Roldan Ortiz, Susana. Garcia Poley, Antonio, Mayo Ossorio, M^a Angeles. Pacheco Garcia, Jose Manuel. Fernandez Serrano, Jose Luis.

PÓSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Presentamos un caso de tumor de partes blandas muy poco frecuente en su localización sobre el tracto

gastrointestinal (sarcoma sinovial monofásico). Dicho tumor dio lugar a una perforación intestinal, siendo preciso un abordaje quirúrgico urgente, circunstancia no recogida en la literatura científica existente respecto a este tema.

Caso clínico: Varón de 65 años que acude a Urgencias por presentar dolor abdominal generalizado e intenso de 24 h. de evolución, centrado en hipogastrio y FII y asociado a heces oscuras (toma hierro oral). Afirma llevar 2 meses con molestias difusas que han aumentado de intensidad. Fiebre de 39 °C. No refiere pérdida de peso. Presenta síndrome anémico de larga evolución que ha precisado transfusión en una ocasión. Entre sus antecedentes destaca cardiopatía isquémica con IAM en 2001 y revascularización con stents. 2 úlceras duodenales en revisión y tratamiento médico, fibrinadas según endoscopia reciente. Intervenido por adenocarcinoma de próstata en 2005 con radioterapia post-quirúrgica. En el momento en el que acude a Urgencias el paciente presenta exploración abdominal compatible con abdomen agudo; analíticamente Hb de 8.6, con leucocitosis de 15790 en hemograma. Se realiza de urgencia TAC abdominal que informa de plastrón inflamatorio en relación con asa de yeyuno, a valorar posibilidad de perforación de la misma, sin poder precisar patología subyacente. Se decide intervenir de urgencia, realizándose laparotomía media. En la exploración se aprecian asas de intestino delgado formando plastrón inflamatorio a nivel de yeyuno, con signos de perforación y líquido libre purulento. Se realiza resección de segmento afecto con márgenes de seguridad y anastomosis latero-lateral mecánica. La evolución postoperatoria del paciente fue buena, sin presentar complicaciones de interés, siendo dado de alta con buen estado. El análisis anatomopatológico de la pieza resecada informa de la presencia de sarcoma sinovial monofásico (5 cm) con áreas pobremente diferenciadas que alcanza serosa. Grado 3 del FNCLCC. Bordes quirúrgicos libres de tumor. En posterior revisión a los dos meses de la cirugía, el paciente presentaba muy buen estado general, con ganancia de peso y sin referir clínica alguna de interés. El paciente es remitido a servicio de Oncología para plantear estrategia de tratamiento quimioterápico.

Comentarios: En nuestra búsqueda bibliográfica se han hallado muy pocos documentos que recojan casos de sarcoma sinovial localizado en intestino delgado. En la revisión más reciente acerca de esta patología, publicada en 2010 (*Calvin Eriksen, MD et al. Management of Monophasic Synovial Sarcoma of the Small Intestine Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. SLS. 2010 Jul-Sep; 14(3): 421-425) tan sólo se recogen 14 casos de sarcoma sinovial localizados en algún punto del tubo digestivo. De esos casos solamente 3 se hallaban en intestino delgado, epiplón mayor o mesenterio. No se ha encontrado constancia de ningún caso en el que el tumor diera lugar a una perforación intestinal y a debut como abdomen agudo, como sí fue en el caso que nos ocupa, siendo habitualmente un hallazgo evidenciado en pruebas de imagen realizadas de forma ambulatoria. El sarcoma sinovial representa uno de los tumores malignos más frecuentes de los tejidos blandos, lo que significa aproximadamente el 8-10% de dichos tumores, pudiendo afectar tanto a niños como a adultos. Los sarcomas sinoviales pueden surgir en cualquier lugar de las partes blandas del cuerpo, generalmente como una masa en progresivo aumento. La presentación clínica más frecuente es

una masa de lento crecimiento en los tejidos blandos de las extremidades inferiores, especialmente alrededor de la rodilla y el tobillo. En otros lugares como cabeza y cuello, pared abdominal, retroperitoneo, mediastino, pleura, pulmones y otros órganos son menos comunes. La localización en intestino delgado resulta excepcional, así como el hecho de que dé lugar a una perforación intestinal, circunstancia que recogemos en nuestra experiencia. El comportamiento clínico es agresivo en la mayoría de los casos, con una mala supervivencia a corto-medio plazo, en torno a los 17 meses, teniendo un alto índice de recidiva. Por el momento, en el seguimiento del paciente que nos ocupa no se ha evidenciado una nueva recidiva tras el tratamiento quimioterápico al que fue sometido.

Angiosarcoma en intestino delgado como localización excepcional

Lopez Zurera, Manuel. Alba Valmorisco, Marcos. Perez Gomar, Daniel. Bengoechea Trujillo, Ander A. Roldan Ortiz, Susana. Garcia Poley, Antonio. Mayo Ossorio, M^a Angeles. Pacheco Garcia, Jose Manuel. Fernandez Serrano, Jose Luis.

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Presentamos un caso de sarcoma de partes blandas (angiosarcoma) en una localización muy poco frecuente como es el intestino delgado, existiendo muy escasa literatura científica que recoja un caso similar. Además, la edad del paciente (34 años) es igualmente excepcional, siendo la edad habitual de presentación en mayores de 60 años.

Caso clínico: Varón de 34 años que presenta como antecedentes diagnóstico reciente (1 mes y medio) de enfermedad inflamatoria intestinal indeterminada. Sin otros antecedentes de interés salvo estar amigdalectomizado y en tratamiento con corticoterapia. El paciente acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de dos días de evolución, con estreñimiento y dificultad para ventosear, sin vómitos ni náuseas. Ligeramente disuria y afebril. A la exploración abdominal presenta abdomen blando, doloroso a la palpación de forma difusa. La radiografía de abdomen de urgencia presenta distensión de asas intestinales, con niveles hidroaéreos. En analítica a su ingreso 13.000 leucocitos con 64 % de neutrófilos. Bilirrubina total 1,2. PCR 0,9, GPT 148, GOT 43. Es ingresado en el Servicio de Digestivo con mala evolución, presentando cuadro de intenso dolor y distensión abdominal, con hemograma y analíticas normales (fue instaurado tratamiento con corticoterapia de 40 mg de prednisolona). Se realiza TAC de abdomen que informa de abundante líquido libre peritoneal, con distensión significativa del marco cólico y discreta distensión y engrosamiento de asas de yeyuno. Ante la mala evolución del paciente y los hallazgos radiológicos se plantea laparotomía urgente. En la intervención se encuentra gran cantidad de líquido seroso con cuantía de 3000 cc, así como gran dilatación de colon derecho y transversal, con punteado blanquecino en la serosa. Tras exploración del intestino delgado, a unos 40 cm de la válvula ileocecal se aprecia un discreto engrosamiento circular de segmento intestinal. Se realiza resección de unos 5 cm de ese

segmento y lavado profuso de la cavidad abdominal. Durante el postoperatorio el paciente evoluciona tórpidamente, con gran cantidad de líquido ascítico seroso a través de los drenajes (entre 500-1000 cc), persistencia de distensión de colon y asas de delgado, sin recuperar el tránsito intestinal y manteniendo analíticas repetidas con hemograma y PCR dentro de valores normales. El paciente precisa instaurar nutrición parenteral. Se recibe resultado anatomopatológico del segmento resecado que informa de angiosarcoma de alto grado en pared de intestino delgado que infiltra serosa y bordes quirúrgicos. Ante la información de los hallazgos al paciente, éste solicita traslado a otro hospital de forma voluntaria, falleciendo 2 meses después.

Comentarios: En nuestra búsqueda bibliográfica se han hallado muy pocos documentos que recojan casos de angiosarcoma primario con localización en intestino delgado. Entre 1965 y 2005 tan sólo fueron descritos 16 casos en la literatura en lengua inglesa. Del mismo modo, la gran mayoría de ellos ocurrieron en personas mayores de 60 años, siendo excepcional su aparición en personas jóvenes, como es el caso que nos ocupa. El angiosarcoma es un tumor maligno muy poco frecuente, representando el 1-2% de los sarcomas de partes blandas. Su localización habitual es piel y tejido celular subcutáneo, fundamentalmente en cabeza y cuello, siendo excepcional su hallazgo en el tracto gastrointestinal, por ejemplo intestino delgado, como fue evidenciado en nuestro paciente. La clínica más habitual de presentación de estos tumores es el sangrado o la obstrucción intestinal, si bien en muchas ocasiones dan lugar a síntomas inespecíficos, como dolor abdominal, náuseas o vómitos. El diagnóstico suele realizarse en un estadio avanzado. A pesar del tratamiento quirúrgico y de la quimioterapia/radioterapia posterior, el pronóstico en estos tumores es muy malo dada su agresividad y rápida capacidad metastásica, falleciendo la gran mayoría de los pacientes entre los 6-12 meses del diagnóstico. En nuestro caso, la evolución del paciente fue muy rápida hacia el exitus, no sobrepasando los 2 meses de vida tras el diagnóstico.

Alteraciones de los receptores 5-HT_{1A} como causa de síntomas gastrointestinales en obesidad mórbida

Ruiz-López M, Bellido I, Gallego JL, Rodríguez-Cañete A, Moreno J, González-Poveda I, Mera S, García-Arnés J, Bondía JA, Santoyo J

ORAL. CIRUGÍA DE LA OBESIDAD Y METABÓLICA

Introducción: La obesidad es un factor que puede incrementar (20-60%) las alteraciones gastrointestinales. Se ha descrito el papel de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{1A} en regular la motilidad de la fibra muscular lisa gastrointestinal. Por tanto, estas alteraciones de motilidad podrían relacionarse con la existencia de alteraciones funcionales de los receptores.

Objetivo: Caracterizar los receptores 5-HT_{1A} de pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.

Materiales y método.

Realizamos un estudio prospectivo. Comparamos muestras de homogenizado de membrana de fibra muscular de la población intervenida mediante cirugía bariátrica, con muestras

obtenidas de una población comparable de pacientes sometidos a cirugía de resección gastrointestinal debido a patología de tipo canceroso.

Realizamos experimentos de saturación para determinar la densidad máxima (B_{max}) de los receptores 5-HT_{1A}, así como la unión al radioligando agonista ³H-8-OH-DPAT, presentes en el concentrado de membrana (afinidad o KD).

Resultados: La sintomatología digestiva se registró en 58,4% de pacientes obesos, dispepsia (33,9%), pirosis (24%), regurgitación (17,5%) y ERGE (10,2%).

Nuestros datos coinciden con la literatura, la obesidad incrementa el riesgo de alteraciones gastrointestinales. Éstas no se modifican cuando se producen pérdidas de peso. Podríamos inferir que aparte del sobrepeso, hay otros factores implicados en estos síntomas. Buscamos, como factor implicado, la modificación de los receptores 5-HT_{1A}.

Los pacientes obesos y los controles presentaban valores similares en la afinidad de ³H-8-OH-DPAT. Deducimos la ausencia de modificaciones en la función de los receptores.

Los pacientes con obesidad presentaban una mayor densidad de receptores respecto a cancerosos. Los primeros presentaban un incremento del marcaje del 79,34%. Deducimos un incremento de la cantidad disponible de receptores en obesos frente a controles.

Al considerar dos subpoblaciones dentro de los obesos, pacientes con síntomas digestivos, frente a aquellos que carecían de sintomatología, observamos la existencia de un incremento del marcaje de receptores, con B_{max} de 17,8±4,5fmol/mg frente a 13,4±5,3fmol/mg de proteínas.

Conclusiones: Consideramos que el incremento de la densidad de los receptores 5-HT_{1A} podría estar relacionada con la existencia de alteraciones gastrointestinales dado que la regulación a la alta de éstos ocurre principalmente en pacientes obesos con síntomas digestivos, frente a obesos sin sintomatología y frente a controles cancerosos.

El quiste de uraco malignizado como causa infrecuente de masa quística abdominal

Manuel Ruiz López, Lydia Flores Sirvent, Naiara Marín Camero, Santiago Mera Velasco, Iván González Poveda, Joaquín Carrasco Campos, Jose Antonio Toval Mata, Julio Santoyo Santoyo

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La malignización del quiste de uraco es rara, menos del 0.5% de tumores vesicales.

Presentamos un adenocarcinoma de uraco tipo mucosecretor planteando dos diagnósticos diferenciales: quiste mesentérico y cistoadenoma ovárico.

Caso Clínico: Mujer de 74 años, antecedentes de cardiopatía hipertensiva y dislipemia, acude a consulta por aumento del perímetro abdominal de dos años de evolución y con clínica de disminución del tránsito intestinal y la diuresis. A la exploración, masa abdominal ocupando hemiabdomen inferior. Exploración ginecológica normal. Analíticamente tan sólo llamaba la atención un CEA de 50.2. Ecografía con masa

hipogástrica heterogénea de 17x15x12cm, de aspecto quístico, con calcificaciones en superficie, sin evidenciar vascularización interna. TC abdominopélvico con lesión hipodensa quística en mesenterio, pared engrosada con calcificaciones en periferia, sin continuidad con útero, ovarios ni vejiga, desplazando a esta última.

Se programa cirugía y realizamos exéresis en bloque de la masa con pared anterior y cúpula vesical, no encontrando afectada la mucosa vesical. El resultado anatomopatológico fue de adenocarcinoma de uraco tipo mucosecretor, infiltrando pared vesical. Se remitió a Urología y Oncología descartándose otra actitud terapéutica.

COMENTARIO.

La incidencia del carcinoma de uraco es del 0.01% del total de cánceres, 80-90% son adenocarcinomas, fundamentalmente mucinosos. En el TC, la imagen de masa en línea media supravescical con calcificaciones en su interior es muy característico de carcinoma de uraco. Su pronóstico es malo por presentar síntomas tardíos, invasión local temprana y metástasis. Los diagnósticos diferenciales planteados fueron: quiste mesentérico, masa abdominal compresible causante de dolor y distensión y cistoadenoma ovárico, compatible con edad y clínica de la paciente, pero en nuestro caso la exploración ginecológica fue normal.

Como conclusión, el quiste de uraco malignizado es una entidad rara a tener en cuenta ante el hallazgo de una masa abdominal, por el mal pronóstico asociado al retraso en el diagnóstico.

Terapia incisional endoscópica para el tratamiento de la estenosis de anastomosis ileorrectal

Manuel Ruiz López, Cristina Rodríguez Silva, Iván González Poveda, Joaquín Carrasco Campos, Jose Antonio Toval Mata, Alberto Titos García, Santiago Mera Velasco, Julio Santoyo Santoyo

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Las estenosis de las anastomosis es una complicación frecuente sobre todo aquellas que se realizan de forma mecánica como suelen ser las rectales.

Presentamos el tratamiento endoscópico con electrocauterio, junto a dilatación con balón, de una anastomosis ileorrectal estenótica.

Caso clínico.

Paciente mujer de 22 años con historia de poliposis colónica familiar, intervenida en 2009, se le realizó colectomía total y anastomosis ileorrectal lateroterminal con sutura mecánica calibre 25 que quedó a 12 cm del margen anal. A los 7 meses de postoperatorio presenta estenosis de la anastomosis empezándose tratamiento habitual mediante dilataciones con balón de las que necesitó más de 12.

Planteamos la posibilidad de realizar electroincisiones radiales en dicha anastomosis mediante endoscopia con esfinterotomo de aguja y ayudado mediante dilataciones con balón.

La técnica se realizó con éxito, pasando de calibre 9mm a 20mm en la misma sesión.

Tras 6 meses de la terapia incisional el calibre no ha disminuido en los controles que se han realizado.

Comentarios.

Las estenosis de las anastomosis son frecuentes, hasta un 20%, el origen es incierto pero suelen ser secundarios a complicación de la anastomosis tipo dehiscencia o isquemia. En ocasiones el tratamiento habitual mediante dilataciones con balón o dilatadores es ineficaz.

El uso del electrocauterio para romper la fibrosis que se produce y provoca la estenosis, se ha demostrado, en numerosos artículos, seguro y eficaz. 2-5

A pesar de esto, su uso no está muy generalizado insistiendo en los tratamientos exclusivamente dilatadores tanto en anastomosis colorrectales como esofágicas.

Queremos hacer una llamada de atención a favor de esta técnica por su eficacia y seguridad si bien no está completamente exenta de complicaciones.

Una rara etiología del absceso perianal: la leishmania

Manuel Ruiz López, Alberto Titos García, Joaquín Carrasco Campos, Iván González Poveda, Jose Antonio Toval Mata, Lydia Flores Sirvent, Santiago Mera Velasco, Julio Santoyo Santoyo

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La leishmaniasis es una infección causada por un protozoo. Existen tres formas de manifestarse visceral, mucosa y cutánea.

Presentamos un caso de absceso perianal cuyo origen es una leishmaniasis.

Caso clínico.

Varón de 59 años con antecedentes de diabetes mellitus y portador del factor V de Leiden. Sin antecedentes de viajes.

Acude tras presentar un absceso perianal, con fístula y un orificio externo a las 7.

Se realiza fistulectomía parcial y colocación de setón de drenaje en un orificio interno localizado a las 12 en canal anal alto. El trayecto fistuloso extirpado se envía a estudio anatomopatológico.

El paciente es alta en 24 horas sin incidencias.

El resultado anatomopatológico informa de mucosa anal con leishmaniasis en un estudio realizado con PCR y RFLP.

Remitido al servicio de enfermedades infecciosas para estudio, confirman serología positiva IgG 1/40 y una PCR de 9.7, concluyen que se trata de un caso de picadura esporádica de mosquito, sin afectación de otros órganos u otra zona de piel.

Comentarios.

La leishmania cutánea se caracteriza por la aparición de uno o varios nódulos eritematosos en el lugar de la picadura, que suelen ser zonas de piel expuestas. Característicamente cicatrizan de forma lenta. La forma mucosa se localiza en nariz, cavidad oral, faringe y laringe.

El diagnóstico diferencial se realiza con tuberculosis, infecciones bacterianas, cáncer cutáneo, sarcoidosis, sífilis y lepra.

La mayor parte de la leishmaniasis cutánea cura de forma espontánea, el tratamiento acelera la mejoría.

En la metabúsqueda realizada, hemos encontrado dos casos de afectación perianal, uno un enfermo VIH con pancitopenia, el segundo un paciente también con pancitopenia y que había visitado Portugal y Malta.

En aquellas lesiones perianales en las que la cicatrización está enlentecida, creemos importante tener en cuenta la leishmaniasis como diagnóstico diferencial junto con otras entidades más comunes.

Hernia gástrica postgastroplastia tubular plicada

Marcos Alba Valmorisco; Daniel Pérez Gomar; Ander Bengoechea Trujillo; Carmen Bazán Hinojo; Maria de los Angeles Mayo Ossorio; Manolo López Zurera; Susana Roldán Ortiz; Jose Manuel Pacheco Garcia; Jose Luis Fernandez Serrano; Jose Manuel Vazquez Gallego

POSTER. CIRUGÍA DE LA OBESIDAD Y METABÓLICA

Introducción: La gastroplastia tubular plicada por vía laparoscópica es un procedimiento restrictivo bariátrico emergente que reduce el volumen gástrico mediante una plicatura de la cruvedura mayor gástrica. Sus mayores ventajas en la técnicas bariátricas son la reversibilidad de la técnica y el evitar la realización de gastrectomía o el uso de materiales extraños para el organismo. Al no existir sección gástrica supone una reducción en el riesgo de las tan temidas fístulas de la unión gastroesofágica. Sin embargo presenta otras complicaciones como son las náuseas y vómitos prolongados, la obstrucción gástrica, la ruptura de la sutura o, aunque raro, la fuga gástrica. Presentamos el caso de una obstrucción gástrica completa tras la realización de una plicatura tubular gástrica laparoscópica.

Caso clínico:

Paciente varón de 32 años, trasladado desde otro centro con el diagnóstico de fallo obstructivo postgastroplastia tubular plicada. El paciente fue intervenido en México en Febrero de 2011 con un IMC de 43Kg/cm², se le practicó una gastroplastia tubular plicada por laparoscopia con una evolución postquirúrgica satisfactoria tolerando líquido el mismo día de la cirugía y regresando a España a los 7 días con dieta líquida y suplementos proteicos. Al mes y medio tomaba una dieta normalizada y a los 2 meses refería una pérdida de peso de 25 kg. A los 5 meses comienza con náuseas y vómitos postprandiales cada vez más frecuente que le impiden la nutrición salvo pequeñas ingestas líquidas. Con este cuadro de obstrucción gástrica ingresa y es trasladado a nuestro servicio.

A la exploración presenta signos de desnutrición >10%. No signos de deshidratación. Peso: 74Kg, Talla: 170 cm, IMC 25,6 Kg/cm²

Estudios complementarios:

- TAC abdominopélvico: cambios secundarios a plicatura gástrica con disposición anómala del estómago, signos de herniación gástrica en la plicatura y obstrucción a nivel de antro gástrico con marcado engrosamiento mural circunferencial.

- Transito esofagogástrico: dilatación del polo superior gástrico, por debajo del cual existe una obstrucción completa al paso de contraste

Se practica un abordaje laparoscópico 5 trócares y se evidencia herniación a nivel de la plicatura, torsionada y rodeando al estómago medio, viendo rotura del hilo de prolene superficial al nivel de la herniación. Se practica endoscopia intraoperatoria observando obstrucción completa por debajo del fundus gástrico e imposibilidad de progresar hacia antro gástrico. Se intenta liberar la torsión y volvulación gástrica que se encuentra muy fijada por adherencias fibrosas, sin poder lograrlo por lo que se decide gastrectomía media en la zona de situación compresiva y se completa la gastrectomía fúndica vertical, asistido por miniincisión media se completa anastomosis terminoterminal gástrica quedando el estómago convertido en una "manga gástrica"

Comentarios:

Ante el aumento de la demanda de la cirugía de reducción de peso, aumenta el número de pacientes que solicitan esta cirugía de forma privada y en aquellos pacientes con recursos financieros limitados recurren a centros extranjeros ("turismo bariátrico", más común en otros países como el Reino Unido debido a la reducción de los recursos del Sistema Nacional de Salud disponibles para financiar la cirugía) que tiene el riesgo de conducir a complicaciones, como en este caso, que deben resolverse en centros bariátricos de nuestro país sin tener detalles claros del tipo y la técnica quirúrgica empleada y por tanto la reintervención es un reto importante en el manejo de estas complicaciones.

A pesar de ello la gastroplastia tubular plicada es un nuevo procedimiento con resultados prometedores y superponibles a la gastrectomía tubular según series publicadas, aunque aún se requieren estudios adicionales para determinar su efectividad y la seguridad como una operación principal de la obesidad.

Liposarcoma retroperitoneal gigante. A propósito de un caso

Marcos Alba Valmorisco; Carmen Bazán Hinojo; Daniel Pérez Gomar; Ander Bengoechea Trujillo; Maria de los Angeles Mayo Ossorio; Manolo López Zurera; Susana Roldán Ortiz; Jose Manuel Pacheco Garcia; Jose Luis Fernandez Serrano; Jose Manuel Vazquez Gallego

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: El liposarcoma es el tumor más frecuente de los sarcomas de partes blandas de localización retroperitoneal, suponiendo el 35% de los mismos.

Se caracterizan por su localización profunda y crecimiento lento y expansivo.

Al ser poco vascularizados tienen baja tendencia a producir metástasis a distancia, y su pronóstico depende de la variedad histopatológica y de la dificultad para una exéresis quirúrgica completa. Presentamos el caso de un liposarcoma retroperitoneal de gran tamaño.

Caso clínico:

Paciente mujer de 63 años trasladada desde el servicio de

Medicina Interna con el diagnóstico de masa retroperitoneal izquierda asintomática sin tipificar para tratamiento quirúrgico. La paciente acudió tras notar aumento del perímetro abdominal desde hacia varios meses.

Exploración abdominal: aumento del tamaño del perímetro abdominal a la inspección, palpación de masa en hipocondrio y vacío izquierdo, dura no dolorosa.

Exploraciones complementarias:

- ecografía abdominal: masa de origen retroperitoneal de más de 25 cm de longitud
- TAC abdominal: gran masa retroperitoneal de 22x25 cm sólido quística con otra pequeña masa satélite inferior de 5x3cm, bien delimitada sin signos de infiltración vecina a su cápsula. Rechazo de órganos retroperitoneales vecinos.

La paciente se traslada a nuestro servicio y se programa para intervención quirúrgica. Se practica incisión subcostal izquierda, se identifica gran tumoración retroperitoneal izquierda de 25x30 cm y 5,300 kg que rechaza el bloque pancreático-esplénico así como riñón y colon izquierdo sin infiltrarlos. Se realiza extirpación completa del tumor acompañado de tumor satélite. El resultado de la anatomía patológica es de liposarcoma mixoide grado 2.

Conclusiones:

Los liposarcomas se caracterizan por ser hipovascularizados de gran tamaño, con densidad grasa y de etiología desconocida.

Entre los sarcomas de partes blandas, representa un 7-28%.

Como en nuestro caso la localización del liposarcoma en el retroperitoneo es un factor independiente de mal pronóstico, asociado a una presentación en la edad adulta (>50 años), con tamaño tumoral >10cm. Tres factores pronósticos son la presencia de márgenes quirúrgicos positivos, la afectación multiorgánica, la variedad histopatológica, la diferenciación celular, el número de mitosis y la extensión de la necrosis.

Existen 4 tipos histológicos: mixoide, pleomórfico, lipoblástico y lipoma-like.

La clínica suele ser de dolor abdominal difuso acompañado de aumento del perímetro abdominal.

En formas diferenciadas, la supervivencia alcanza tasas de 60-70% a los 5 años. La radioterapia postoperatoria disminuye las tasas de recidiva local en formas no bien encapsuladas o poco diferenciadas. En el tratamiento es importante la exéresis quirúrgica completa. En cuanto a la radioterapia como tratamiento complementario parece haber acuerdo en su utilización en tumores no operables o en resección incompleta ya que aunque los tumores mesodérmicos son radiorresistentes, el liposarcoma es más radiosensible.

Mutación c-kit y mutación pdgfra en tumores gist

Marcos Alba Valmorisco; Ander Bengoechea Trujillo; Daniel Pérez Gomar; Carmen Bazán Hinojo; María de los Ángeles Mayo Ossorio; Manolo López Zurera; Susana Roldán Ortiz; Jose Manuel Pacheco Garcia; Jose Luis Fernandez Serrano; Jose Manuel Vazquez Gallego

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Los GIST son tumores mesenquimales generalmente CD117 (c-kit, KIT) positivos, producidos por una mutación en KIT o PDGFRA, compuestos por células fusiformes o epitelioides que se originan en el tracto gastrointestinal, el epiplon, el mesenterio o el retroperitoneo.

Se distinguen tres tipos según los tipos celulares que aparecen en estos tumores: de células fusiformes (77%), de células epitelioides (8%), mixtos (5%).

Inmunohistoquímicamente más del 95% de los GIST expresan c-kit, un 70-90% expresa CD34; un 20-30% actina; un 8-10% proteína S-100 y un 2-4% desmina.

Presentamos 2 casos de un tumor GIST c-kit negativo uno con mutación del c-kit y otro con mutación del PDGFRA.

Caso clínico:

Caso 1

Paciente de 68 años derivado del servicio de digestivo con el diagnóstico de masa en fosa iliaca derecha. El paciente fue diagnosticado de la tumoración tras ser ingresado por cuadro de obstrucción intestinal y retención urinaria autolimitadas.

A la exploración abdominal: abdomen blando depresible, no doloroso, con masa dura palpable en cuadrante inferior derecho.

Exploraciones complementarias:

- Ecografía abdominal: tumor ileocecal de 7 cm de diámetro
- TAC abdominal: doble masa en FID. Una de 6 cm de diámetro entre asas intestinales, sólida con signos de infiltración de alguna de ellas. La otra centrada en psoas iliaco derecho.
- PAAF: tumor mesenquimal fusocelular CD34 +, c-kit -
- Colonoscopia: compresión extrínseca en ciago.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente practicándose una incisión laparotómica amplia, se demostró un tumor sólido extradigestivo que ocupaba todo el ángulo ileocólico, se practica biopsia intraoperatoria: tumor fusocelular. Presentaba infiltración linfomatosa difusa que ocupa todo el retroperitoneo derecho englobando vasos cólicos derechos y contactando sin infiltrar el eje duodeno-pancreático. El segundo tumor englobaba en su interior los vasos arteriales y venosos ilíacos derecho, así como ureter. Se practicó resección ileocólica junto con la infiltración retroperitoneal. La pieza es enviada a anatomía patológica donde se demuestra la expresión CD34 y negatividad para actina de músculo liso, actina muscular específica, desmina, calponina, S-100, CD57, CD23 y CD117. Dada la negatividad CD117 se envía el caso al Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas que demuestra una mutación puntual del exón 11 del gen c-kit apoyando el diagnóstico de GIST.

Caso 2

Paciente de 71 años en seguimiento desde septiembre de 2009 tras resección de tumoración de 10cm alojado en gotera parietocolica derecha con adherencias a epiplon mayor y cara anterior gástrica sospechosa de tumor de GIST y la AP definitiva fue de Hamartoma peritoneal, a pesar de ello fue tratado por oncología como un GIST. En TAC y RNM de revisión se detecta tumoración de 4,5 cm en mesenterio en contacto con asas yeyunal sospecha de GIST.

El paciente se intervine quirúrgicamente practicándose in-

cision media periumbilical confirmando tumoración de 4cm adherido a borde mesenterico de asa de intestino delgado, se reseca radicalmente y se practica anastomosis laterolateral mecanica en T.

La pieza se analiza en el servicio de anatomia patológica tratandose de un tumor fusocelular sin atipia y con indice proliferatico y mitótico muy bajos, que es negativo para CD117, DOG-1, CD34, S-100, CD-57 y desmina, con positividad debil y muy focal para actina muscular específica y calponina. Se remite la muestra al Hospital Virgen Macarena de Sevilla para estudio molecular para descartar posible GIST negativo para c-kit demostrando una mutación en el exón 12 del gen PDGFRA y estableciendo el diagnóstico de tumor del estroma gastrointestinal de riesgo intermedio según la clasificación de consenso

Comentarios:

A la hora de realizar el diagnóstico de los GIST se debe realizar un estudio inmunohistoquímico con CD117, CD34, actina desmina y proteína S-100, y es deseable valorar el índice proliferativo con Ki67.

En un porcentaje menor al 5% no se detecta inmunopresión CD117, ante estos casos con morfología de GIST es recomendable remitir el material a un centro de referencia y obligatoriamente se debe investigar posibles mutaciones en kit y, si el estudio es negativo, en PDGFRA.

Las mutaciones en c-kit se localizan fundamentalmente en los exones 9, 11, 13 y 17 del gen KIT (las mutaciones en el exón 11 son las más frecuentes encontrándose entorno al 75-80%).

Además de mutaciones en KIT, un 7-10% de los GIST presentan mutaciones en PDGFRA.

Cuadro séptico por peritonitis neumocócica en el puerperio

M^a Carmen Martín Jiménez, Bruno Claro Alves, Esther Cáceres Fábrega, M^a Pilar Sevilla Molina, Antonio Galindo Galindo

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: El *Streptococcus pneumoniae* produce infecciones intraabdominales con poca frecuencia. El abdomen agudo es la forma clínica más frecuente y en general se debe a peritonitis. Exponemos el caso de una paciente que presenta peritonitis por *Streptococo pneumoniae* en el puerperio.

Caso clínico: Mujer de 33 años que acude a urgencias por presentar dolor abdominal de 48 horas de evolución, de inicio epigástrico generalizándose posteriormente con irradiación a espalda, acompañado de fiebre en las últimas 24 horas. Como antecedentes personales parto vaginal hace 40 días. A la exploración mal estado general, febril, hipotensa, taquicárdica, abdomen doloroso de forma generalizada con signos de irritación peritoneal. Analítica con leucocitosis de 14200 con 94% neutrófilos, Hb 9.2, PCR 457, resto sin alteraciones. TAC abdomen se objetiva pequeña cantidad de líquido libre en recessos pélvicos y fondo de saco de Douglas, con realce peritoneal. Aumento de densidad de la grasa mesentérica de

pared anterior del abdomen a nivel infraumbilical. Apéndice normal. Hernia umbilical con contenido graso no complicada. Esplenomegalia de 14 cm. Valorada por Ginecología que descarta patología ginecológica. Ante la situación clínica de la paciente se decide laparotomía exploradora urgente. A la apertura de cavidad se aprecia abundante líquido purulento generalizado, se exploran vísceras sin detectar el origen de la infección, se realiza lavado, drenaje, toma de muestra para cultivo y apendicectomía profiláctica. Se realiza interconsulta intraoperatoria con Ginecología que descarta origen ginecológico. En el postoperatorio inmediato ingresa en UCI, mejorando los parámetros de sepsis progresivamente. Al 4º día postoperatorio ingresa en planta evolucionando favorablemente, dada de alta al 8º día postoperatorio. En el cultivo del líquido intraperitoneal y en hemocultivo se aísla *streptococo pneumoniae*, demostrando el origen del proceso.

Discusión: Se han descrito dos formas de presentación para la peritonitis neumocócica. La primera, la peritonitis neumocócica espontánea debida a diseminación hematogena, asociada a ascitis de origen hepático o cardíaco en adultos y a síndrome nefrótico en niños. Por otra parte, en la mujer, *S. pneumoniae* puede producir también infecciones del tracto genital por vía ascendente a partir de la vagina, desarrollando posteriormente peritonitis secundaria. En la mayoría de casos descritos en mujeres sin enfermedad de base, la peritonitis neumocócica va acompañada de anexitis. Sin embargo, al predominar la clínica de inflamación peritoneal, la anexitis suele pasar desapercibida.

Masa retroperitoneal gigante como presentación de adenocarcinoma mucinoso apendicular

M^a Carmen Martín Jiménez, M^a Luisa Ruiz Juliá, M^a Pilar Sevilla Molina, Esther Cáceres Fábrega, Antonio Galindo Galindo

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La patología neoplásica apendicular es infrecuente. La presentación clínica suele ser inespecífica. Presentándose como hallazgo incidental. Presentamos un caso de adenocarcinoma mucinoso de apéndice cecal que debuta con trombosis venosa secundaria a masa retroperitoneal gigante, como primera manifestación.

Caso clínico: Mujer de 85 años que acude a urgencias por dolor en miembro inferior derecho de 15 días de evolución.

Antecedentes personales hipertensión arterial, miocardiopatía hipertensiva, diabetes mellitus tipo II, gastritis crónica atrofica con metaplasia intestinal, hernia hiatal, hipotiroidismo, anemia megaloblástica, pancreatitis aguda y colecistectomía.

Exploración abdomen doloroso en fosa ilíaca derecha, sin masas ni megalias. Leucocitosis con neutrofilia, dímeros > 5000. En ECO-Doppler, trombosis en femoral común derecha y poplítea derecha.

En TAC abdomen, gran colección hipodensa retroperitoneal en fosa ilíaca derecha que desciende por región inguinal ipsilateral, afectando músculo psoas ilíaco derecho, de 9.2 x

9.1 x 14 cm, compatible con absceso de psoas. La colección comprime y engloba arteria y vena ilíaca externa derecha. Paniculitis mesentérica.

Se realiza drenaje percutáneo de dicha colección, con estudio citológico negativo para células neoplásicas. En TAC abdomen de control, persistencia de dicha colección antes descrita. Por lo que se realiza intervención quirúrgica, con hallazgos de tumoración ileocecal con gran afectación retroperitoneal, realizándose hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica.

El estudio anatomopatológico informa de adenocarcinoma mucinoso de apéndice cecal, estadio PT4B No. En revisión en Consultas externas de Cirugía y Oncología.

Conclusión: Mucocele apendicular define la dilatación del apéndice vermiforme producida por acumulación intraluminal de moco, por obturación de la comunicación cecoapendicular, hiperplasia mucosa, cistoadenoma mucinoso y cistoadenocarcinoma mucinoso. Se asocia a neoplasias de otros órganos intra-abdominales. La presentación clínica más frecuente es dolor y masa abdominal palpable. En los casos de cistoadenocarcinoma pueden detectarse niveles elevados de antígeno carcinoembrionario. El TAC es la técnica más precisa en el diagnóstico radiológico. El tratamiento de elección es quirúrgico siendo necesaria la hemicolectomía derecha en caso de malignidad.

Carcinomatosis peritoneal de origen mamario: ¿son aplicables los procedimientos de peritonectomía con quimioterapia intraperitoneal perioperatoria?

M.D. Ayllón Terán; F.C. Muñoz Casares; A. Arjona-Sánchez; E. Navarro Rodríguez; R.J. Orti Rodríguez; F.J. Medina Fernández; A. Padial Aguado; P. Rioja Torres; G. Bascañana Estudillo; S. Rufián Peña

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La carcinomatosis peritoneal puede tener un origen mamario, frecuentemente lobulillar infiltrante. Sus mecanismos de diseminación peritoneal, no bien conocidos, sugieren ser diferentes al crecimiento locorregional inicial de los tumores intraabdominales e implican a la diseminación sistémica. Existen controversias en cuanto a la opción de realizar cirugía radical-peritonectomía con quimioterapia intraperitoneal perioperatoria, dado que estrictamente no cumplen los principios de diseminación locorregional intraabdominal que preconizaba Sugarbaker.

Casos Clínicos:

Presentamos tres casos clínicos de pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen mamario intervenidos en nuestra Unidad, con 35, 51 y 48 años de edad respectivamente:

-Caso 1: Carcinomatosis peritoneal y metástasis hepáticas aparecidas siete años después de la cirugía mamaria, consiguiendo citorreducción óptima CCo tras procedimientos de peritonectomía con HIPEC (paclitaxel) así como metastasectomía II y segmentectomía VI-VII. Reintervención por recidiva abdominal dos años después, con nueva citorreducción radical y HIPEC (paclitaxel) consiguiendo citorreducción óp-

tima CCo. Pasados otros cuatro años precisa de nueva citorreducción, siendo subóptima por enfermedad difusa intestinal y hepática. Desde entonces siguió tratamiento quimioterápico sistémico, alcanzando una supervivencia final de 91 meses.

-Caso 2: Carcinomatosis peritoneal, seis años después de cirugía mamaria, con varias intervenciones abdominales previas y regímenes de poliquimioterapia, se consideró citorreducción subóptima CC2, dada la diseminación miliar peritoneal difusa con afectación masiva intestinal, optando por dejar catéter intraperitoneal para tratamiento citostático combinado (paclitaxel intraperitoneal semanal y doxorubicina liposomal iv) que recibió sin incidencias, alcanzando una supervivencia final de 25 meses.

-Caso 3: Carcinomatosis peritoneal sincrónica secundario a carcinoma de mama lobulillar infiltrante bilateral. Recibió QT neoadyuvante, con mastectomía radical modificada bilateral y, dos semanas después, cirugía radical-peritonectomía extensa con HIPEC (paclitaxel), consiguiendo citorreducción óptima y completando el esquema de quimioterapia adyuvante. Recidiva ganglionar mediastínica a los 10 meses de la intervención que presentó respuesta completa al tratamiento quimioterápico sistémico. Actualmente libre de enfermedad, tras 17 meses.

Comentarios:

Aunque son necesarios estudios al respecto, la posibilidad de aplicar procedimientos de peritonectomía con quimioterapia intraperitoneal en pacientes seleccionadas con carcinomatosis peritoneal de origen mamario, podría conseguir aumentar las expectativas de vida de estas pacientes.

EL PACIENTE TRASPLANTADO COMO DONANTE PARA LA AMPLIACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE

ME. Gámez Córdoba, MC. Montiel Casado, I. Pulido Roa, B. Sánchez Pérez, AJ. González Sánchez, JM. Aranda Narváez, JL. Fernández Aguilar, MA. Suárez Muñoz, JA. Pérez Daga, J. Santoyo Santoyo

PÓSTER. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: Existen numerosas estrategias para incrementar la donación como son los injertos con criterios expandidos e injertos no convencionales como el split, el donante vivo, el donante a corazón parado y el trasplante dominó (1). La consideración de los receptores de trasplante como potenciales donantes podría aumentar el pool de donación con el uso de injertos previamente trasplantados (2-5) así como de otros órganos del receptor (6).

Caso clínico: Varón de 63 años con antecedentes médicos de trasplante renal hace 11 años por nefropatía mesangial con depósito de Ig A, actualmente con insuficiencia renal crónica por anticalcineurínicos e HTA. La causa de muerte encefálica fue un ACV hemorrágico. La analítica pretrasplante no muestra ningún dato fuera de rango salvo la creatinina, 3,5, por lo que se propuso para donación de hígado y pulmón. Ambos órganos fueron considerados válidos. El tiempo de isquemia fría fue de 8 horas. El receptor presentó una recuperación pro-

gresiva siendo extubado en menos de 8 horas, sin necesidad de drogas vasoactivas y con un pico de transaminasas de 670/540, siendo alta de UCI al 4 día del postoperatorio.

Comentarios

La tasa de donación en España se sitúa entre las primeras del mundo, aunque en el último año ha disminuido a 32 pmp, cifras similares al año 2001. La diferencia entre inclusión en lista y trasplantes realizados es cada vez mayor, 786 pacientes en el año 2000 frente a 1121 en el 2010(7). Considerar a pacientes trasplantados como potenciales donantes de órganos es una herramienta más para incrementar el pool de donantes.

LINFOMA LINFOCÍTICO INFILTRANDO MIELOLIPOMA RETRORRECTAL

ME. Gámez Córdoba, S. Mera Velasco, I. González Poveda, M. Ruiz López, JA. Toval Mata, J. Carrasco Campos, RM Becerra Ortiz, J. Santoyo Santoyo

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Los tumores retrorrectales son entidades muy infrecuentes y que generalmente cursan de forma asintomática, lo que dificulta su diagnóstico, siendo en muchas ocasiones un hallazgo incidental.

Material y método:

Mujer de 62 años sin antecedentes que presenta molestias en región sacra y sensación de ocupación rectal. Al tacto rectal se palpa masa extraluminal regular que desplaza anteriormente el recto. Niveles CEA y Ca-19.9 normales. La colonoscopia informa de masa submucosa en recto medio-inferior. RNM pélvica objetiva masa presacra polilobulada de 3 x 8,8 cm que desplaza el recto anteriormente. Ecografía endorrectal visualiza tumoración extramucosa en cara postero-izquierda de recto a 6 cm. Se intervino mediante vía de abordaje transacro (Kraske), objetivándose una tumoración bien encapsulada que se reseco en bloque.

El examen histológico informó de una entidad excepcional: mielolipoma con infiltración de linfoma linfocítico de células B, descrito en la literatura en una ocasión hasta este momento.

Discusión:

Los tumores retrorrectales son más frecuentes en mujeres. Suelen ser benignos. Debido a que en esta zona embriológicamente existen células pluripotenciales, pueden presentar distintas estirpes histológicas.

El diagnóstico se basa en la historia clínica, exploración física (un 97% de los pacientes presentan masa palpable), TC, RNM y ecografía endorrectal. La biopsia de la lesión sólo se recomienda en caso de irreseccabilidad para diagnóstico histológico.

El tratamiento es quirúrgico. El abordaje abdominal se aconseja en lesiones altas (por encima de S3) y sin afectación sacra; abordaje perineal o transacro (Kraske) en lesiones bajas de un tamaño entre 8-10 cms; y abordaje combinado en lesiones de gran tamaño o que afecten ambos espacios.

El mielolipoma extra-adrenal es muy infrecuente, con una incidencia del 0,4% de las autopsias y unos 42 casos publicados, y tan sólo un caso presenta los hallazgos histopatológicos

de mielolipoma con infiltración por linfoma no-Hodgkin, como es nuestro caso.

Trombosis de arteria hepática y pérdida del injerto por embolismo de colesterol

ME Gámez Córdoba, JL Fernández Aguilar, I Pulido Roa, B Sánchez Pérez, MA Suárez Muñoz, JM Aranda Narváz, JA Perez Daga, AJ González Sánchez, MC Montiel Casado, J Santoyo Santoyo

POSTER. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Presentamos el caso de un varón de 36 años receptor de un trasplante hepático por cirrosis criptogenética con HTPortal tratada con TIPS. Injerto hepático procedente de donante cadáver varón de 82 años fallecido por ACV hemorrágico. Tras la cirugía presenta buena evolución inicial, y en 8º día postoperatorio debuta con un discreto aumento de enzimas hepáticas (principalmente GPT y GGT), hiperbilirrubinemia y eosinofilia. EL Ecodoppler demuestra una obstrucción al flujo en la arteria hepática, constatado mediante angioTC, con infarto a nivel de segmentos hepáticos VI-VII. Se realiza arteriografía en la que se objetiva trombosis completa de la arteria hepática siendo imposible la repermeabilización. Ante la imposibilidad de retrasplante urgente en código 0, se decide Intervención quirúrgica urgente con trombectomía de la arteria hepática sin conseguir una recanalización arterial efectiva. En los días siguientes presenta ictericia severa secundaria a colangiopatía isquémica. Es retrasplantado en 26º día postoperatorio con MELD 27 con buenos resultados.. La histopatología del injerto describe embolismo de colesterol y necrosis hepática submasiva.

El embolismo de colesterol (EC) es una enfermedad multisistémica debida a la oclusión de arterias de pequeño calibre (150-200micras) por cristales de colesterol procedentes de placas ateromatosas de las grandes arterias, produciendo isquemia y necrosis en distintos órganos. Los más frecuentemente afectados son riñón, piel, retina o intestino. Suele afectar de forma predominante a varones, de edad avanzada, fumadores y con historia de enfermedad vascular aterosclerótica. Puede ocurrir espontáneamente, pero suele ser iatrogénico relacionado con procedimientos vasculares invasivos (arteriografía, angioplastia o cirugía vascular), tratamientos anticoagulantes o trombolíticos prolongados y también se ha relacionado con la extracción orgánica para trasplante.

El EC está reconocido en la literatura como un factor etiológico de fallo primario de injerto en trasplantes renales, pero existe escasa bibliografía relación con el trasplante hepático.

El EC en hígado nativo es habitualmente un diagnóstico necrópsico. Suele presentarse de forma subclínica y como parte de una afectación sistémica por EC. En ocasiones se presenta simulando colangitis esclerosante o necrosis hepáticas focales.

La aceptación cada vez mayor de donantes de edad avanzada, fallecidos por ACVA y con patología vascular sistémica, podría ser responsable en el futuro de una mayor incidencia de esta enfermedad.

Bypass gástrico laparoscópico: experiencia, técnica y resultados

Maria García Ávila, Aurelio Fco. Aranzana Gómez, Rafael López Pardo, María Nancy China Correa, Eduardo Fernandez Morales, Iñaki Fraile Prieto, Cristina López Gonzalez, Santiago Abad De Castro

ORAL. CIRUGÍA DE LA OBESIDAD Y METABÓLICA

Presentamos nuestra experiencia en el bypass gástrico laparoscópico, mostrando nuestra técnica y resultados en 122 pacientes con obesidad mórbida.

Importancia asistencial y formativa de una unidad de c.M.A. En un hospital de tercer nivel

M.Luisa Reyes Díaz, Eva Martin Oltra, Juan Ramón Naranjo Fernández; Antonio Curado Soriano; Juan Antonio Díaz Milanés, -marina Infantes Ormad; Enrique Navarrete de Cárcer; Fernando Oliva Mompeán.

PÓSTER. FORMACIÓN

Introducción: en los últimos 10 años la Cirugía Mayor Ambulatoria ha experimentado un crecimiento exponencial, actualmente convertida en pilar básico de la actividad asistencial y con un papel fundamental en la formación de un residente. Nuestro objetivo es valorar la actividad asistencial en un hospital de tercer nivel así como su papel en la formación de sus residentes.

Métodos y Resultados: en nuestra unidad se valoran al año una media de 15.089 pacientes; 1700 pacientes reciben intervención quirúrgica, siendo la colelitiasis el 40 % de la actividad, 42 % patología de pared abdominal, 12 % proctología básica, 6 % entre partes blandas, mama y biopsias ganglionares, con una estancia media < 24 h en el 79 %, sólo un 4 % requieren más de 48h. Especial mención requiere la hernioplastia laparoscópica la cual ha experimentado un auge abrumador, realizándose el año pasado en nuestra unidad una media de 60, de las cuales el 86 % eran bilaterales, con una estancia de 24h, sólo 3 de ellas requirieron conversión a abierta. Además del desarrollo asistencial que ha experimentado, no se puede olvidar que constituye los cimientos básicos del residente para su formación quirúrgica futura. En nuestro hospital el residente rota 6 meses en dicha unidad (2 durante el primer año y 4 en el tercero), realizándose 125 intervenciones en el primer año (36,16 % como cirujano principal) y 206 en el tercer año (68,4 %) como cirujano, lo que supone parte esencial de la formación.

Conclusiones: la unidad de C.M.A. se ha convertido en parte imprescindible de la actividad asistencial, ya que para igual procedimiento el ahorro es de más del 60 %, cada vez es más compleja la patología abarcada y con mejores resultados costo-efectivos, sin olvidar que constituye la base quirúrgica del médico en formación.

Papel formativo del residente de primer año en un hospital de tercer nivel . ¿ Qué debe hacer?

M.Luisa Reyes Díaz; Julia Piñán Diez ; Juan Ramón Naranjo Fernández; Juan Cintas Catena; Beatriz Martín Pérez; Cristhian Mauricio Alvarado; Marta Belisova; Juan Manuel Castillo; Enrique Navarrete De Cárcer; Fernando Oliva Mompeán

PÓSTER. FORMACIÓN

Introducción: El médico residente es una de las partes esenciales del hospital. Uno de los objetivos de un servicio de cirugía es proporcionar una formación quirúrgica integral a sus médicos en formación; durante el primer año se debe asentar las bases correctas para una adecuada actuación futura. Nuestro objetivo es valorar la formación durante el primer año de residencia en un hospital de tercer nivel.

Materiales y Métodos: estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Variables estudiadas: sesiones clínicas asistidas e impartidas, intervenciones en las que ha participado, unidades de rotación, actividad asistencial de tarde y guardias realizadas.

Resultados: durante el primer año de formación se asiste a 4 sesiones semanales donde se revisan temas de actualidad, anualmente el residente de primer año tiene que dar tres (una de caso clínico, otra bibliográfica y una tercera analizando un artículo de interés). Se rota 6 meses fuera del servicio (2 en Atención Primaria, 2 en el Servicio de Urgencias y 2 en Unidad de Cuidados Intensivos) y 6 dentro (2 en la Unidad de Cirugía de Urgencias, 2 en la Unidad de Cirugía General y 2 en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria), participando principalmente en la cirugía de partes blandas, ayudantías de hernias, proctología, laparoscopia básica y urgencias menores como apendicitis. Participan en una media de 98 – 100 intervenciones, en el 20 % de ellas como cirujano principal, se trata de patología de partes blandas y apendicitis aguda flemosa principalmente; en un 30 % como primer ayudante, principalmente en apendicitis, hernias y proctología básica, el 5 % restante como segundo ayudante, ya aquí en patología de mayor calibre. Por las tardes el residente realiza actividad asistencial en quirófano 3 veces / semana. Las guardias realizadas abarcan un número de entre 4 – 6 al mes con residente de años superiores y adjuntos que supervisan su actuación.

Conclusiones: el primer año de residencia es de máxima importancia para el médico en formación ya que de él va a depender su actuación futura, puesto que constituye la primera toma con la cirugía real, llevará, sus primeros pacientes, ayudará y realizará sus primeras intervenciones y trabajará en grupo normalmente por primera vez, constituye un cambio importante en sus vidas y requerirá supervisión y control por sus tutores de forma integral.

Unidad de cirugía mayor ambulatoria y pared abdominal compleja. Pilar básico de la cirugía actual

M. Luisa Reyes Díaz, Piero Landra Dulanto, Juan Ramón Naranjo Fernández, Eva Martin Orta, Julia Piñán Diez,

Antonio Domínguez Amodeo, Zoraida Valera Díaz, Juan Antonio Díaz Milanes, Antonio Curado Soriano, Juan Cintas Catena, Enrique Navarrete de Cárcer; Fernando Oliva Mompeán

PÓSTER. CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL

Introducción: En nuestro Hospital, H.U.V.Macarena, la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria engloba la Pared Abdominal Compleja, desde su creación ha ido adquiriendo entidad propia, abarcando progresivamente formas de gestión y estructuración cada vez más complejas, convertida actualmente en un eslabón crucial de la actividad asistencial. Para determinar la importancia que tiene presentamos los resultados obtenidos en una Unidad de CMA y Pared Abdominal de un hospital de tercer nivel.

Materiales y Métodos: estudio observacional y retrospectivo, engloba los dos últimos años (2010-11), se analiza el número de pacientes atendidos en consulta, número de quirófano, tipo de patología que se abarca así como la formación del residente.

Resultados: En dos años han sido vistos en consultas, (11 semanales), 28.769 pacientes, de los cuales el 56,96 % son primeras consultas. Se realizan una media de 9 quirófanos semanales, sumando un total de 3.179 procedimientos quirúrgicos, 42 % se trata de patología de la pared abdominal, 40 % de colecistectomía laparoscópica, 12% proctología básica, 6 % repartidas entre biopsias ganglionares, patología de partes blanda y mama benigna. Cabe mencionar el auge del abordaje laparoscópico de la eventración, (con realización no sólo de eventroplastia laparoscópica si no también de técnicas híbridas), y de la hernia inguinal, unilateral y bilateral, destacando la realización de TEP (técnica de abordaje laparoscópico totalmente extraperitoneal), realizándose en este periodo 105, de los cuales el 76,19 % de forma ambulatoria. Uno de los puntos más importante lo constituye la formación de los residentes, los cuales rotan seis meses, dos durante el primer año y cuatro durante el tercero, participando en una media de 331 intervenciones (125 el primer año y 206 el tercero), es aquí, debido a la alta participación en intervenciones, donde ellos adquieren habilidad y destreza quirúrgica.

Conclusiones: El auge exponencial que ha tenido esta unidad tanto en nuestro hospital como a nivel nacional la ha convertido en motor de la cirugía. En nuestro hospital ha asumido la realización de la pared abdominal compleja, con un importante papel en el auge del abordaje laparoscópico y en la formación de los residentes.

Hemorragia digestiva baja por un hemangioma sangrante sobre una diverticulosis yeyunal: a propósito de un caso

Infantes Ormad, Marina, Castillo Tuñón, Juan Manuel, López Ruíz, José A., Del Río Lafuente, Francisco, Sánchez Moreno, Laura, López Pérez, José

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Los hemangiomas del intestino delgado son

lesiones vasculares poco frecuentes incluidas dentro de los tumores benignos, que suelen asociarse a hemangiomas cutáneos como integrantes de diversos síndromes genéticos. La presencia de un hemangioma solitario sangrante asociado a una diverticulosis yeyunal en un fenómeno inusual como causa de una hemorragia digestiva baja

Material y método: Varón de 77 años en estudio por anemia de meses de evolución con varios episodios de hemorragia digestiva baja y necesidad de transfusiones sanguíneas en más de una ocasión, que es diagnosticado de un hemangioma sangrante sobre un divertículo yeyunal tras estudio mediante cápsula endoscópica

Resultados: Dada la imposibilidad del control de los síntomas mediante tratamiento médico/endoscópico, se realiza resección del hemangioma sangrante mediante enterotomía por vía abierta, objetivando gran cantidad de divertículos que recorren la pared yeyunal. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta al 5º día.

Conclusiones: Es excepcional la existencia de un hemangioma intestinal solitario sin asociación a síndromes genéticos; además, su localización sobre un divertículo yeyunal resulta muy infrecuente, existiendo muy pocos casos descritos en la literatura. Aportamos nuestra experiencia clínica presentando este caso.

Hernia de littré como hallazgo incidental

Valle Carbajo M, Álvarez Alcalde A, Ulecia Moreno J, Rodriguez Ariza F, Recio Pando H, Romero Pérez L.

PÓSTER. CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL

Introducción: Se conoce como hernia de Littré a la protrusión de un divertículo de Meckel a través de una herniación en la pared abdominal. El divertículo de Meckel es la persistencia de parte del conducto onfalomesentérico a través del cual el intestino embrionario se comunica con la vesícula umbilical hasta la 5ª semana del desarrollo. Se sitúa en el borde anti-mesentérico, a nivel de ileon, cerca de la válvula ileocecal. Suele medir de 4 a 6 cm de longitud y 2 cm de diámetro. La incidencia del divertículo de Meckel es del 2% y no suele ser sintomático. Sólo el 4-6% de los divertículos producen sintomatología, más frecuentemente en la infancia. La principal manifestación el sangrado digestivo, en ocasiones masivo, debido a la presencia de mucosa gástrica. Se describen también obstrucción, intususcepción y más raramente fistulas vésico-diverticulares y tumores. Presentamos un caso de cirugía electiva donde hallamos una herniación de un divertículo de Meckel en una hernia inguinoescrotal.

Caso clínico: Paciente varón de 63 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con HTA como único antecedente personal, que ingresa para intervención quirúrgica programada por presentar hernia inguinoescrotal derecha. Durante la cirugía se observa como hallazgo incidental la presencia de un divertículo de Meckel en el saco herniario. Se procede a la resección del mismo y a la realización de hernioplastia tipo Rutkow-Robbins. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria, siendo dado de alta al día siguiente de la intervención.

COMENTARIOS: La incidencia de hernia de Littré es desconocida y no existen muchos casos descritos en la literatura de. Las localizaciones más habituales de la hernia de Littré son: inguinal (50%), umbilical (20%) y femoral (20%). En los niños se encuentran en la mayoría de veces en las hernias umbilicales. Dada su baja incidencia, la hernia de Littré es generalmente insospechada. Puede ayudar al diagnóstico la presencia de hemorragia digestiva baja (más frecuente en niños) o de síntomas oclusivos (más frecuentes en adultos). La prueba de imagen de elección para el diagnóstico del divertículo de Meckel es la tomografía computerizada. La cirugía es el tratamiento tanto del divertículo de Meckel como de la hernia urgente o electiva, donde se hace imprescindible realizar la terapéutica del primero. La reparación de la hernia de Littré consiste en la resección del divertículo y posterior hernioplastia.

Hernia inguinal gigante con deslizamiento vesical

Corominas Cishek, M.; Martines Domínguez, A. P.; Garde Lecumberri, C.; Szuba, A.; Argote Camacho, A.; Jiménez Ríos, J. A.

PÓSTER. CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL

La hernia vesical es una entidad frecuentemente asociada a hernia inguinal; de 0.5% hasta el 10% de los casos en varones de entre 50 a 70 años; la mayoría son pequeñas e indetectables hasta el acto quirúrgico. La patología de base más común en esta entidad es la hiperplasia prostática. La presentación del cuadro clínico es inespecífico, relacionado con la patología obstructiva asociada. Su diagnóstico se realiza en el acto quirúrgico aumentado por esto el riesgo de lesión vesical. Por ello se recomienda el screening en pacientes mayores de 50 años, con síntomas urinarios obstructivos, asociados hernias de pared abdominal. Se presenta el caso de un paciente varón de 54 años que acude a Urgencias por hernia inguino-escrotal derecha, no relacionada a sintomatología urinaria obstructiva, ni otro antecedente personal de interés. A la exploración presenta tumoración inguino-escrotal dolorosa al tacto que no se reduce con maniobras de taxis. Apreciándose cordón espermático sin signos de hernia intestinal y palpándose en escroto masa que impresiona características quísticas adyacente a teste derecho. TAC Abdominal: Hernia inguino-escrotal derecha indirecta, el contenido de la bolsa escrotal derecha parece tener origen en vejiga. Presentado diagnóstico definitivo de Hernia Inguinal tipo V de Gilbert, a la cual se le realiza Hernioplastia inguinal derecha según Liechtenstein con malla de PPL autoestática. Presentando un post-operatorio favorable hasta su alta hospitalaria.

Metástasis cutáneas como primera aparición de recidiva de adenocarcinoma gástrico

Corominas Cishek, M.; Garde Lecumberri, C.; Martínez Domínguez, A. P.; Jimenes Ríos, J.A.

PÓSTER. CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

Las metástasis cutáneas secundarias a neoplasias viscerales internas son raras (0,7%-9%), si bien su aparición varía dependiendo del tipo de tumor. Las metástasis cutáneas pueden aparecer a cualquier edad, pero son más frecuentes en la sexta y séptima décadas de la vida. El 6% de las metástasis cutáneas secundarias a tumores sólidos viscerales son producidas por carcinomas gástricos. En la mayoría de los casos se asocian con la variedad histológica de adenocarcinoma mucosecretor con células en anillo de sello y con estadios avanzados de la enfermedad. Presentamos un caso clínico de varón de 61 años de edad, con diagnóstico de Carcinoma gástrico de células en anillo de sello Siewert III de gran tamaño realizándose Gastrectomía total D1 tipo Bilroth III, con neoadyuvancia quimioterápica y adyuvancia con RT y QT. Que en el segundo mes post-quirúrgico presenta metástasis cutáneas diagnosticadas por biopsias como primera aparición de recidiva de la enfermedad.

Ecodefecografía dinámica: una alternativa real en el diagnóstico de la incontinencia anal

Rubio-Manzanares Dorado, M.; Ramallo, I.; García-Ruiz, S.; de la Portilla, F.; Becerra, M.; Díaz-Pavón, JM; Gollonet, JL; Palacios, C.; Sánchez-Gil, JM; Vázquez, JM; Padillo, FJ.

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: El diagnóstico integral de la patología del suelo pélvico se realiza con la anamnesis, exploración y una prueba de imagen dinámica (defecografía o defecoresonancia). La ecodefecografía dinámica (EARD) surge como una alternativa válida a las pruebas convencionales.

OBJETIVOS: Correlacionar los hallazgos de la ecodefecografía dinámica con la exploración física, para determinar si son complementarias o aporta datos que eviten una defecografía convencional o por resonancia.

MATERIAL Y METODOS:

Se han analizado 16 casos - todas mujeres, edad media 56.75 (25-78) años- desde Marzo 2011-Febrero 2012. A todas se les realizó una anamnesis completa, exploración anal y vaginal, proctoscopia y EARD (FlexFocus, BK Medical). Se analiza: edad, patología pélvica asociada, hallazgos exploración física y hallazgos ecográficos. Se realizó un estudio descriptivo e inferencial con el programa SPSS 15.0. Una $p < 0.05$ se consideró significativa.

Resultados: Siete pacientes consultaron por síndrome obstructivo defecatorio, 5 prolapsos de órganos pélvicos aislados y 4 por incontinencia con prolapso. Al comparar la exploración clínica y la EARD, mostró 1 caso de anismo frente a 4 en EARD ($p=0,082$), 5 casos de rectocele (2 grado III, 2 grado II y 1 grado I) exploración frente a 12 (8 grado III, 4 grado II) EARD ($p=0,02$), 7 pacientes presentaban prolapso rectal, la EARD mostró invaginación interna (dato indirecto de prolapso rectal) en 8 (nps), 7 pacientes descenso perineal frente a 3 EARD (nps), 2 casos de enterocele clínico frente a 5 en EARD ($p=0,02$) y 1 cistocele exploración frente a 1 en EARD (nps, caso no concordante).

Conclusiones: Nuestra experiencia arroja los mismos resultados que lo publicado en la literatura. La ecodfecografía dinámica es útil, barata, segura (no irradia) y rápida, para el diagnóstico de los rectoceles, enterocele III, anismo, descenso perineal e invaginación interna. Por lo que, en un futuro, puede ser una alternativa a la defecografía convencional.

Hemorroides: sangrado postoperatorio y ligasure

El Adel del Fresno M., Moreno Montesinos JM, Gonzalez Fenizi AU, Diaz Urbaneja M^aN, Flores Arcas R, Jurado Herrero G, Arcos Navarro A, Medina Dominguez M^a T, Leon Perez PM., Salas Santiago C, Martinez Herrera A, Lopez Garcia F, Baquero Muñoz C, Diaz Oller J

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Objetivos: Estudio comparativo del sangrado postoperatorio en la hemorroidectomía mediante dos procedimientos. Presentamos nuestra experiencia con Ligasure en comparación con la estándar Milligan-Morgan (M-M) de diatermia, con respecto al sangrado postoperatorio.

Material y Métodos: Durante 2008 y 2009 intervenimos de hemorroides grado III y IV en nuestro Servicio/Unidad de Gestión Clínica (UGC), a 25 pacientes mediante el sistema de coagulación/sellado con corriente de alta frecuencia bipolar y control activo por retroalimentación de la potencia de salida (Ligasure) (Grupo I) (G-I), y los hemos comparado con otros 25 mediante la técnica de M-M con diatermia (Grupo II) (G-II), en estudio retrospectivo. Se determinó el sangrado precoz (SP) postoperatorio en las seis primeras horas, en el requerimiento de cambio de más de una compresa. También se determinó el sangrado tardío (ST) en las 48 horas siguientes mediante control telefónico.

Resultados: En cuanto al SP, apareció en 1 paciente en el G-I (4 %), y 7 en el G-II (28 %) OR: 9,33 (95 % IC: 4,8 %, 43,2 %) ($\chi^2 = 5,357$; $P < 0,05$. (Significativo).

El ST apareció en 2 pacientes del G-I (8 %), y en 5 del G-II (20 %), OR: 2,875 (95 % IC: -6,95 %, 30,95 %). $X^2 = 1,495$; $P = 0,22$ (No significativo)

Conclusiones: 1.- El sangrado precoz en la hemorroidectomía con Ligasure es menor (significativo estadísticamente) que con la técnica convencional con diatermia. 2.- El sangrado tardío también es menor, aunque no tiene significación estadística. 3.- La hemorroidectomía con Ligasure es una buena técnica en cuanto a la reducción de su morbilidad.

Apendagitis aguda: a propósito de un caso

Reyes Moreno, Montserrat., Palomeque Jiménez, Antonio., Calzado Baeza, Salvador., Herrera Fernández, Francisco.

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La apendagitis epiploica es una entidad benigna secundaria a la torsión o trombosis del sistema venoso

de drenaje de los pedículos apendiculares del colon, debutando con una clínica inespecífica ampliamente variable. El tratamiento analgésico suele ser de elección, siendo excepcional la necesidad de tratamiento quirúrgico en estos casos.

Presentamos un caso diagnosticado y en el Hospital Santa Ana de Motril, discutiendo el manejo terapéutico más óptimo en esta situación.

Material y método: Mujer de 87 años, con antecedentes de HTA, TVP en tratamiento con Warfarina y Diabetes Mellitus tipo II, que consulta en el Servicio de Urgencias por presentar dolor en FII postprandial de dos días de evolución, acompañado de estreñimiento sin náuseas, vómitos o fiebre. A la exploración se aprecia dolor en FII irradiado al resto del abdomen con signo de rebote positivo a ese nivel. Ecografía/TAC abdominal: hallazgos compatibles con Apendagitis epiploica. Evolución favorable durante su estancia en Urgencias tras recibir tratamiento analgésico, que se mantuvo durante una semana, acompañado de tratamiento antiinflamatorio. En la revisión posterior en consulta externa, la paciente se encontraba asintomática.

Discusión: La apendagitis epiploica primaria se considera una entidad benigna inflamatoria de origen vascular secundaria a la torsión o trombosis de los sistemas venosos de drenaje de los pedículos apendiculares, más frecuente en adultos entre la cuarta y quinta década de la vida con incidencia similar entre sexos. Dichas estructuras suelen localizarse más habitualmente en zonas adyacentes a colon sigmoide.

El dolor en la zona inferior izquierda del abdomen de carácter súbito e intenso, suele ser la manifestación clínica más habitual, pudiendo simular una diverticulitis o una apendicitis en caso de presentarse en el lado derecho, sin acompañarse de alteraciones del hábito intestinal, fiebre o leucocitosis. Sin embargo, no es infrecuente la posibilidad de detectarla a lo largo de toda la extensión del colon, obligando a realizar diagnóstico diferencial con patologías como infarto omental, pancreatitis mesentérica, mesenteritis esclerosante o tumores primarios metastásicos del mesocolon.

El diagnóstico se establece con la clínica descrita, descartando otras causas de abdomen agudo y realizando TAC abdominal como prueba complementaria de elección tal y como se realizó en nuestro caso, en el que se observó el apéndice epiploico como una imagen redondeada de densidad grasa dependiente de la serosa del colon con resalte circunferencial del mismo y acompañado de engrosamiento del peritoneo parietal y /o pared del colon.

Al igual que en esta situación el tratamiento debe ser conservador con analgésicos y reposo, con tendencia a la resolución del cuadro sin necesidad de tratamiento quirúrgico. El pronóstico de esta entidad es excelente aunque se deben tener en cuenta posibles complicaciones como torsión apendicular, adherencia a víscera vecina pudiendo ocasionar un absceso u obstrucción intestinal, en cuyo caso se debe realizar tratamiento quirúrgico.

Leiomiosarcoma cutáneo primario: a propósito de un

CASO.

Reyes Moreno, Montserrat. Palomeque Jiménez, Antonio. Calzado Baeza, Salvador. Herrera Fernández, Francisco.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: Los leiomiosarcomas localizados en partes blandas superficiales, tanto primarios como metastáticos, son neoplasias poco frecuentes. El diagnóstico de este tipo de neoplasias suele realizarse tras el estudio histopatológico. El tratamiento es esencialmente quirúrgico, consiguiendo la exéresis de la lesión con márgenes libres amplios y su pronóstico dependerá del grado histológico, tamaño y profundidad.

Se presenta un nuevo caso de leiomiosarcoma cutáneo primario, de localización pectoral, diagnosticado y tratado en nuestro hospital, discutiendo los mecanismos etiológicos, los aspectos clínicos más relevantes y el manejo terapéutico óptimo.

CASO CLÍNICO. Varón de 77 años, con antecedentes personales de asma extrínseco e hipertensión arterial, que acude a la consulta externa por presentar lesión polipoidea de 3 meses de evolución, localizado en la piel de la cara anterior del tórax, de crecimiento progresivo y que le produce dolor leve esporádico como única sintomatología.

En la exploración, se observa la citada lesión, polipoidea, de consistencia dura y márgenes bien definidos, con hiperpigmentación respecto a la piel que la rodea, de unas dimensiones de 1 cm. de diámetro y 0.8 cms de longitud.

Se interviene quirúrgicamente, en régimen ambulatorio, realizándose la exéresis de la lesión con márgenes libres, bajo anestesia local.

El paciente presenta una evolución postoperatoria sin ninguna complicación.

El resultado anatomopatológico mostró la existencia de un leiomiosarcoma primario cutáneo, predominantemente intradérmico, de 1.2 cms. de diámetro máximo, con afectación focal del tejido adiposo circundante, con bordes de resección libres de enfermedad.

Con posterioridad, se realizó ampliación de márgenes quirúrgicos, no apreciándose lesión tumoral en la pieza de resección.

DISCUSIÓN. Los sarcomas constituyen menos del 1% de las neoplasias de partes blandas superficiales, correspondiendo a los leiomiosarcomas entre el 3 y el 6.5%, lo que expresa que son tumores raros o infrecuentes. La incidencia anual es del 0.13/105, con una mayor incidencia entre los 50 y los 65 años. Este tipo de neoplasias derivan de las fibras musculares del músculo erector del pelo, de las fibras musculares localizadas en la proximidad de las glándulas sudoríparas o de las fibras musculares del tejido vascular que se localiza en la unión entre la dermis y la hipodermis.

La incidencia es mayor entre los 50 y los 65 años de edad, sin una relación clara con el sexo.

El diagnóstico por el examen clínico es poco frecuente, realizándose, en la mayoría de los casos, tras recibir el examen histopatológico posteriormente a la exéresis de la lesión.

La clínica presentada es inespecífica, siendo el síntoma más frecuente el dolor (85-95% de los casos), siendo menos frecuentes síntomas como el prurito, el quemazón o el san-

grado de la lesión. Se presentan, con mayor frecuencia, como una tumoración única, de consistencia dura, sobreelevada, de pequeño tamaño, de larga evolución y en ocasiones con zonas de ulceración y con cambios de coloración que van desde el color rojizo, marrón o incluso el gris-negruzco. El diagnóstico diferencial del leiomiosarcoma primario cutáneo se realizará con aquellas patologías que cursen como tumoraciones de partes blandas (fibrosarcomas, histiocitomas malignos, dermatofibromas, etc.).

Los criterios histopatológicos dividen a este tipo de tumores en dérmicos o cutáneos y en hipodérmicos o subcutáneos, lo que tiene interés desde el punto de vista evolutivo y pronóstico. La tasa de recurrencia local para los cutáneos es del 10-30% y tasa de metástasis es del 10%. Para los subcutáneos, Los subcutáneos presentan una recurrencia del 50-70% y metástasis entre el 30 y 40% de los casos.

Factores como el tamaño tumoral, la edad avanzada, la invasión vascular y la aneuploidía del ADN de las células tumorales se suelen asociar con un mal pronóstico.

El tratamiento de este tipo de tumores es, principalmente, quirúrgico, realizándose una exéresis quirúrgica del mismo, con márgenes libres de seguridad, que deben ser de unos 3-5 cms. Se trata de tumores con escasa respuesta a la quimioterapia y la radioterapia, pudiendo estar indicada esta última en tumores de alto grado de más de 5 cms. de diámetro, tras la exéresis de recidivas y en caso de exéresis con márgenes inadecuados.

Metástasis mamaria de cáncer de colon: a propósito de un caso.

Reyes Moreno, Montserrat. Palomeque Jiménez, Antonio. Calzado Baeza, Salvador.

POSTER. CIRUGÍA DE MAMA

Introducción: El cáncer de colon es la segunda neoplasia más frecuente en el mundo occidental. Actualmente se considera que entre 25 - 50% de pacientes afectos, tras ser sometidos a cirugía, va a presentar recidiva tumoral local o a distancia. Frecuentemente son más habituales las metástasis hepáticas, seguidas de las metástasis ováricas en la mujer (2 - 8%) o carcinomatosis peritoneal (10 - 20%). Sin embargo, son excepcionales las metástasis mamarias, sólo registradas en 11 casos de la literatura.

Presentamos un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril, discutiendo el manejo terapéutico más óptimo en esta situación.

Material y métodos: Mujer de 67 años, con antecedentes personales de HTA e intervención quirúrgica de prótesis de rodilla bilateral, que consulta en el Servicio de Urgencias por dolor en hipogastrio, FII y ambas fosas renales, de 15 días de evolución, acompañado de estreñimiento y pérdida de 4 kg de peso en el último mes. Exploración: dolor a la palpación en FII con defensa y masa palpable a ese nivel. Eco abdominal: absceso intraabdominal y signos sugerentes de diverticulitis aguda. Se interviene, constatando los hallazgos conocidos con las pruebas de imagen. Se realiza intervención de Hartmann.

Evolución sin complicaciones, siendo dada de alta a los 8 días. AP: diverticulitis aguda. En Febrero de 2010, se programa para reconstrucción del tránsito intestinal, tras realizar endoscopia y constatando sólo la presencia de divertículos en colon izquierdo. En la intervención se aprecian nódulos tumorales peritoneales y afectación de anejo izquierdo, por lo que se realiza omentectomía, doble anexectomía y resección de segmento intestinal afectado por los nódulos peritoneales. AP: infiltración de intestino delgado por adenocarcinoma moderadamente diferenciado y anejos con infiltración de adenocarcinoma de probable origen intestinal (positividad para CEA y CK20), poniendo de manifiesto el inicial error diagnóstico, confirmando que la causa de la primera intervención quirúrgica fue la presencia de tumor colónico perforado (T₄ N_x M_x). Desde Abril a Octubre de 2010 recibe tratamiento quimioterápico FOLFOX. Durante su seguimiento en Oncología, se detecta tumoración en mama izquierda acompañada de retracción del pezón. Mamografías: Lesión en unión de cuadrantes superiores, espiculada, con microcalcificaciones de nueva aparición. PAAF y BAG: Adenocarcinoma pobremente diferenciado muy probablemente metastásico (CK 7-, CK 20 +, Estrógenos y progesterona -). PET: captación a nivel de mama izquierda, sin otra captación patológica. Se practica mastectomía izquierda y linfadenectomía axilar homolateral, cuyos estudios anatomopatológicos confirmaron el diagnóstico previamente descrito. La paciente continúa en seguimiento, en Junio de 2011, PET- TAC: “varios focos hipermetabólicos adenopáticos situado en espacio retroperitoneal e hipermetabolismo difuso de moderada actividad en vesícula biliar”. Actualmente se encuentra recibiendo nuevo ciclo quimioterápico con FOLFOX + BEVA, con marcadores tumorales en descenso.

Discusión: Las metástasis del carcinoma colorrectal se localizan frecuentemente en el hígado, ovario y en peritoneo. Sin embargo, es excepcional la aparición de metástasis mamarias de dicha entidad.

Los tumores metastásicos más frecuentes en la mama son las de carcinoma mamario contralateral, leucemia, melanoma, linfoma y ovario. A pesar de los escasos casos descritos, en la mayoría de las metástasis colónicas en mama, existe alta predominancia de presentación como tumoración palpable en cuadrante superior externo de mama izquierda. El diagnóstico debe ser mediante mamografías y biopsia de la lesión, junto con un aumento de los marcadores tumorales. La anatomía patológica nos dará el diagnóstico definitivo del origen de la lesión mamaria. Importante es también el papel actual de la PET.

El tratamiento es, en estos casos, quirúrgico, si bien es considerado como paliativo por encontrarse la enfermedad primaria en un estadio avanzado. La cirugía debe ser lo más conservadora posible, optando por una cirugía más amplia en función del tamaño tumoral o la afectación de la piel mamaria. Por este motivo, en nuestro caso, optamos por realizar una mastectomía radical, ya que el tamaño era de 3x1.5 cm con afectación del pezón.

Rotura esplénica secundaria a un síndrome antifosfolípido: a propósito de un caso.

Reyes Morero, Montserrat. Palomeque Jiménez, Antonio. Calzado Baeza, Salvador. Herrera Fernández, Francisco.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La rotura espontánea de bazo es una entidad clínica infrecuente secundaria a múltiples patologías, entre las más frecuentes, traumatismo esplénico, enfermedades autoinmunes o infección por virus Epstein Barr, siendo necesario establecer un amplio diagnóstico diferencial en estos casos.

Presentamos un caso diagnosticado en el Hospital Santa Ana de Motril, discutiendo el manejo terapéutico más óptimo en esta situación.

Material y método: Varón, 27 años, que acude al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital por presentar dolor abdominal de cinco días de evolución acompañado de algias generalizadas, fiebre de 39°C y cefalea holocraneal. A la exploración se aprecia dolor abdominal generalizado a la palpación, con 7070 leucocitos, PCR 15.3 y Hb de 16.3, en pruebas analíticas. Se realizan punción lumbar y TAC craneales negativos durante su estancia en Observación. Comienza a las 24 horas con defensa abdominal súbita acompañada de caída hemática, precisando la realización de TAC abdominal que evidencia hematoma subcapsular del bazo junto con líquido libre intraperitoneal compatible con hemoperitoneo. Se decide realizar laparotomía exploradora, esplenectomía y lavado peritoneal. TAC abdominal de control: ausencia de bazo. Pequeña cantidad de líquido libre en espacio perirrenal izquierdo. Pequeñas áreas hipodensas en cortical de riñón izquierdo. Ante la persistencia de cefaleas, fiebre y disnea en segundo día postoperatorio se inicia estudio serológico con positividad para IgG: VEB y Toxoplasma, pruebas especiales: Complemento C₄ 41.9, Alfa-1 glicoproteína ácida 151, Beta-2 – microglobulina 2.4. Tras la sospecha de Síndrome antifosfolípido primario se instaura tratamiento con anticoagulantes orales, recibiendo alta domiciliaria a los quince días del ingreso tras evolución médica favorable.

Discusión: El síndrome antifosfolípido primario fue descrito en 1983, caracterizado por la presencia de trombosis, abortos de repetición y trombocitopenia, asociado a la positividad de anticuerpos antifosfolípidos. Es más frecuente en mujeres entre 20 y 40 años.

La manifestación clínica más habitual es la derivada de las trombosis venosas y arteriales sistémicas, tales como hipertensión pulmonar, accidente vascular cerebral, demencia multiinfarto, trombosis esplénica, abortos de repetición, o manifestaciones menos frecuentes como trombocitopenia, anemia hemolítica, lesiones valvulares cardíacas, etc. Como en nuestro caso, algunos pacientes pueden desarrollar un cuadro trombotico multisistémico y de curso incierto, con complicaciones derivadas del mismo tales como rotura de bazo, ocasionadas por deterioro de dichos órganos.

El diagnóstico se basa fundamentalmente en la detección de anticuerpos anticardiolipina simultáneos a anticoagulante lúpico asociado a la presencia de uno de los tres criterios clínicos descritos a continuación, presente en más de una ocasión separados por un intervalo de tres meses: trombosis arterial y/o venosa, abortos de repetición y trombocitopenia.

El manejo terapéutico aconsejado es la administración de anticoagulantes orales, bien heparina o dicumarínicos, en aquellos pacientes con manifestaciones clínicas de la enfermedad.

En el caso reportado, en el que se ha producido una rotura espontánea de bazo, sin causa conocida inicialmente, la indicación es de realización de una esplenectomía, no estando indicadas actitudes conservadoras.

Fibrohistiocitoma maligno de cordón espermático

Montserrat Reyes Moreno, Javier Martín Cano, Antonio Jiménez Pacheco, Salvador Calzado, José María Iza-Goñola, Antonio Palomeque Jiménez, FRANCISCO HERRERA

POSTER. CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL

Introducción: El fibrohistiocitoma maligno es una de las neoplasias más frecuentes de los tejidos blandos del retroperitoneo, aunque su localización en cordón espermático es excepcional. Su identificación preoperatoria es difícil, debutando en la mayoría de los casos como hernia inguinal o espermatocele.

Caso clínico: Paciente de 79 años, sin antecedentes de interés que acude por presentar tumoración inguinal izquierda de consistencia pétreo en de unos 5 meses de evolución. La ecografía informaba de hernia inguinal izquierda indirecta, en cuyo interior se detecta una masa compatible con proceso neoplásico.

Se decide intervención quirúrgica, realizando hernioplastia inguinal, biopsia intraoperatoria de la tumoración (la cual informó de lesión maligna) y orquiectomía izquierda. La evolución postoperatoria fue favorable.

Anatomía patológica: fibrohistiocitoma maligno de tipo estoriforme.

COMENTARIOS:

-El histiocitoma fibroso maligno de cordón espermático es una neoplasia infrecuente.

-El diagnóstico suele ser difícil, ya que habitualmente puede ser confundido con una hernia inguinal, espermatocele, orquiepididimitis o un tumor testicular.

-El tratamiento de elección es la exéresis de la lesión y la orquiectomía radical vía inguinal.

-La probabilidad de recidivas del histiocitoma fibroso maligno de cordón es menor que la estimada para otras localizaciones, por lo que no está indicado el tratamiento adyuvante.

Complicación excepcional tras hernioplastia diafragmática laparoscópica: taponamiento cardiaco

N Marín Camero, I González Poveda, S Mera Velasco, M Ruiz López, JA Toval Mata, J Carrasco Campos, RM Becerra Ortiz, Y Pulido Roa, J Santoyo Santoyo. UCG Cirugía General Digestiva y Trasplantes. HRU Carlos Haya. J Valderrama Marcos. Servicio Cirugía Cardiovascular. HRU Carlos Haya.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: Presentamos un caso excepcional de complicación tras cirugía de hernia hiatal con colocación de prótesis fijada con tackers.

Caso clínico: Mujer de 73 años intervenida por hernia hiatal y hernia de Morgagni gigantes. Se realizó por vía laparoscópica una funduplicatura tipo floppy-Nissen y hernioplastia con malla bicapa de poliéster tridimensional con colágeno, fijada con tackers metálicos y reabsorbibles.

En el octavo día postoperatorio, tras el alta a domicilio inicial, presenta un cuadro de síncope con cortejo vegetativo e hipotensión arterial mantenida que le obliga a consultar en urgencias. Reingresa con diagnóstico de taponamiento cardiaco secundario a localización de uno de los tackers metálicos en la cara diafragmática del ventrículo derecho. Tras contactar con Cirugía Cardiovascular, se realiza extracción del cuerpo extraño mediante esternotomía media y se interpone una membrana de teflón. Es dada de alta al séptimo día sin incidencias.

COMENTARIOS: Existen pocos casos similares publicados en la literatura, la mayoría de ellos fueron resueltos al igual que en nuestra paciente mediante cirugía abierta, mientras que el resto se diagnosticaron en la necropsia. Es preciso sospechar la presencia de un taponamiento cardiaco en aquellos pacientes en los que se realice una reparación diafragmática por laparoscopia y que presenten fallo hemodinámico no explicable por otras causas. El tratamiento temprano es fundamental para evitar mayores complicaciones e incluso el éxitus.

CONCLUSIONES: Aunque el taponamiento cardiaco es una complicación poco frecuente, es aconsejable evitar la colocación de elementos de anclaje de mallas (suturas, tackers) en el tendón diafragmático central para prevenirlo.

Tratamiento con contraste radiológico hidrosoluble de la obstrucción por bridas

N Marín Camero, AJ González Sánchez, JM Aranda Narváez, C Montiel Casado, P López Ruiz, T Prieto-Puga Arjona, B García Albiach, J Santoyo Santoyo

ORAL. MISCELÁNEA

Introducción: El síndrome adherencial es la causa más frecuente de obstrucción intestinal. Su tratamiento generalmente es conservador, salvo que exista sospecha de estrangulamiento de un asa o que el tratamiento médico no resuelva el cuadro. Estudios recientes indican que la administración de contraste radiológico hidrosoluble (CRH) puede ayudar a solventar la oclusión así como predecir precozmente la necesidad de tratamiento quirúrgico.

Nuestro objetivo es analizar los resultados clínicos tras iniciar en nuestro servicio un protocolo de tratamiento con CRH en los casos de obstrucción por bridas.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo y descriptivo de todos los pacientes que han ingresado con diagnóstico de obstrucción por bridas en nuestro servicio, entre enero de 2008 y diciembre de 2011. Se ha dividido el período de estudio en dos partes: un primer grupo de 2008-2009

y un segundo grupo de 2010-2011, tras la implantación del protocolo de administración de CRH.

Se han analizado los datos demográficos habituales, así como la estancia hospitalaria, la necesidad de cirugía, la morbilidad y la tasa de reingreso. El estudio estadístico se ha realizado mediante el programa informático SPSS 15.0.

RESULTADOS: De un total de 119 pacientes, 66 fueron ingresados en el segundo periodo. De éstos, 41 recibieron finalmente tratamiento precoz con CRH. En ambos grupos fueron similares la edad, el sexo, así como el ASA cuando se disponía. No hemos encontrado diferencias significativas en cuanto a morbilidad, mortalidad, estancia hospitalaria, necesidad de cirugía ni reingreso. Sin embargo, hemos observado cierta tendencia estadística con respecto a la tasa de reingreso, siendo mayor en el primer periodo (17% frente a 7.6%, $p < 0.113$), y con respecto a la necesidad de cirugía, mayor en el grupo de CRH (22.6% frente a 33.3%, $p < 0.199$).

CONCLUSIÓN: Dados los resultados de nuestro estudio, contrariamente a la literatura reciente, no podemos concluir que en nuestra serie el tratamiento precoz con CRH disminuya la necesidad de tratamiento quirúrgico, la estancia hospitalaria ni la morbilidad o mortalidad en los pacientes con obstrucción en abdomen operado.

Tratamiento paliativo con prótesis del cáncer colorrectal: complicación por malposición en fístula sigmoideo-cecal

N Marín Camero, JM Aranda Narváez, C Montiel Casado, AJ González Sánchez, A Titos García, I Fernández Burgos, B García Albiach, P López Ruiz, J Santoyo Santoyo

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Presentamos una complicación poco frecuente del tratamiento paliativo mediante prótesis endoscópica en el carcinoma de colon.

Caso clínico: Mujer de 81 años diagnosticada de neoplasia de sigma localmente avanzada, con metástasis hepáticas múltiples bilobares, en la que se decide tratamiento con prótesis paliativa. La colocación de la prótesis por vía endoscópica transcurre de forma dificultosa. La paciente presenta posteriormente un cuadro de suboclusión intestinal. Las pruebas de control ponen de manifiesto la malposición de la endoprótesis canalizando un trayecto fistuloso cecosigmoideo no conocido previamente. Se realiza resección en bloque de sigma y área ileocecal, anastomosis ileocólica y colostomía terminal en fosa iliaca izquierda. El postoperatorio transcurre sin incidencias, siendo alta 13 días después.

COMENTARIOS: En la actualidad, el tratamiento paliativo del cáncer de colon mediante colocación de prótesis por vía endoscópica está internacionalmente reconocido. Son muchos los pacientes que se benefician de esta técnica, indicada principalmente en los casos de oclusión intestinal y/o tumores estenosantes, como tratamiento paliativo definitivo o como puente a una cirugía programada. Las complicaciones más frecuentes de la colocación de endoprótesis son la perforación, la

migración y la reobstrucción de la misma, siendo el caso que nos ocupa una complicación excepcional por su singularidad.

CONCLUSIONES: El uso de prótesis de colon en el tratamiento del cáncer colorrectal ha conseguido mejorar la calidad de vida en aquellos pacientes con una enfermedad avanzada o complicada, ya que disminuye la necesidad de realizar una colostomía terminal. Así mismo, ha reducido la morbilidad de la cirugía al eliminar los riesgos propios de una intervención urgente.

Debe ser colocada por personal entrenado y con amplia experiencia en el manejo endoscópico. Las complicaciones deben ser tratadas de forma temprana.

Cistoadenocarcinoma mucinoso retroperitoneal: a propósito de un caso

De los Reyes Lopera N, López Ruiz JA, del Río Lafuente F, López Pérez J, Oliva Mompeán F

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: Las recidivas del mucocele apendicular tras su exéresis son excepcionales fuera de la cavidad peritoneal, pues su diseminación es principalmente por contigüidad hacia cavidad peritoneal en forma de pseudomixoma peritoneal. Entidades de mayor malignidad como el cistoadenocarcinoma mucinoso apendicular pueden además metastatizar en los ganglios linfáticos locoregionales, lo que justifica la realización de una hemicolectomía derecha oncológica más o menos quimioterapia hipotérmica intraoperatoria seguido de quimioterapia adyuvante. A continuación se presenta un caso de recidiva retroperitoneal con progresión tumoral de un mucocele apendicular.

Material y métodos: Paciente varón de 57 años sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador desde 1993, hipertenso y con epilepsia en tratamiento.

En 2003 es sometido a hemicolectomía derecha por plastrón inflamatorio apendicular con infiltración del colon adyacente e hiperplasia mucosa de la base apendicular, que es informado como mucocele apendicular.

En TAC de seguimiento en 2010 se detecta formación quística retroperitoneal de 18x 16x 4 cm sin otros hallazgos.

El paciente es sometido a exéresis quirúrgica de la misma manteniéndose la integridad de la cápsula a fin de evitar la diseminación intraoperatoria de implantes mucinosos. El resto de la cavidad peritoneal se encuentra libre de la enfermedad. No se aprecian linfadenopatías locoregionales.

Resultados La pieza es informada como cistoadenocarcinoma mucinoso retroperitoneal de bajo grado. Requiere de tratamiento adyuvante por parte de oncología a base de 5-fluorouracilo.

Conclusión: Nos encontramos ante un caso de recidiva de mucocele apendicular en localización atípica.

La localización atípica informada anteriormente sugiere como hipótesis más probable la diseminación intraoperatoria de implantes mucinosos durante la primera intervención.

Fistula colecistoarterial: presentación de un caso clínico

N. Palomino, E. Dabán, A. Palomares, A. Reguera, M. Serradilla, L. Vázquez, B. Sánchez, M. Medina

PÓSTER. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: Las fistulas biliares internas son poco frecuentes, en su mayoría causadas por la litiasis biliar. Las fistulas más frecuentes son las colecistoduodenales. Entre las fistulas de presentación rara destacamos las fistulas biliovasculares. Habitualmente se deben a intervencionismo hepático, rotura de aneurismas o pseudoaneurisma, coledocitis o por hemangiomas gigantes. La clínica se basa en hemorragia digestiva, cólico biliar e ictericia. El diagnóstico se establece a través de endoscopia, CPRE, TAC, Colangiografía por tubo en T o RMN; siendo la arteriografía de la arteria hepática el mejor método diagnóstico. El tratamiento de elección se basa en la embolización.

Caso clínico.

Paciente varón de 56 años derivado a nuestro servicio por dolor abdominal, ictericia, fiebre y sangrado digestivo que ocasiona inestabilidad hemodinámica, con sospecha endoscópica de ampuloma (se visualiza lesión polipoide de segunda porción duodenal). Aporta colonoscopia sin hallazgos patológicos.

El paciente presenta nuevos episodios de sangrado digestivo con repercusión hemodinámica, que se controlan con transfusión de concentrados de hemáties. Se realiza TAC abdominal y colangio- RMN que sólo aprecian proceso inflamatorio crónico vesicular.

Se realiza gammagrafía con hemáties marcados que visualizan sangrado digestivo sin precisar origen.

Presenta nuevo cuadro de sangrado digestivo con inestabilidad hemodinámica, por lo que se realiza intervención quirúrgica urgente apreciándose proceso colecistítico evolucionado con vesícula enclaustrada en parénquima hepático y lesión de la arteria hepática que sangra hacia colon a través de fistula colecistocólica. Se practica colecistectomía con hemostasia de la arteria hepática y resección segmentaria de ángulo esplénico de colon

El paciente cursa favorablemente durante su estancia en planta, por lo que es dado de alta al domicilio a los 13 días.

Comentarios.

La fistula colecistoarterial es una patología poco frecuente. El diagnóstico se suele establecer gracias a la arteriografía, aunque otras pruebas de imagen o métodos endoscópicos pueden ayudarnos al mismo. El cuadro clínico se basa en la hemorragia digestiva, por lo que ante la presencia de ésta debemos plantearnos la existencia de fístula arterial.

Anastomosis intracorporea en cirugía laparoscópica

P. Fabiano, R. Rosado, G. Gonzalez, D. Ramirez, S. Mezquita, A. Gallardo, J.A. Pinto

VÍDEO. MISCELANEA

Introducción: El desarrollo constante de la cirugía laparoscópica está permitiendo realizar intervenciones en las que la mínima invasión sea el referente. La realización de anastomosis intracorpóreas es un paso más en esa dirección pero le añade a la cirugía dificultad y tiempo operatorio. En este video se presentan tres anastomosis intracorpóreas en el curso de dos intervenciones muy reproducidas: la gastrectomía total y la hemicolectomía derecha.

Material y método: La primera anastomosis es Esófago-Yeyunal realizada tras gastrectomía total seguida de la correspondiente anastomosis yeyuno-yeyunal a pié de asa (Y de Roux). La particularidad de esta última es el estar enteramente realizada con endograpadora, sin necesidad de completarla con puntos de sutura. La siguiente anastomosis es una ileo-cólica tras una hemicolectomía derecha completamente terminada con endograpadora sin necesidad de sutura manual. Se utiliza una carga de 60 mm y el cierre del orificio resultante con otra de 60 mm colocada de manera que no provoque pérdida del calibre de la luz intestinal.

Resultados: Todas las anastomosis han sido concluidas por laparoscopia sin complicaciones post operatoria a corto y largo plazo. El tiempo de la anastomosis es sensiblemente inferior al habitual con puntos de sutura a la vez que simplifica su realización

Conclusiones: Todavía no hay consenso en cirugía laparoscópica sobre la técnica anastomótica intra o extra-corporea. En los últimos años han sido publicados varios artículos que afirman la superioridad de las anastomosis intracorpóreas en cuanto a la obtención de ganglios en la patología maligna, un inicio más precoz de la tolerancia oral y del tránsito intestinal y menor dolor post-operatorio. Simplificar la técnica de las anastomosis laparoscópicas intracorpóreas puede conducir a mejorar los resultados y las metas de la cirugía mínimamente invasiva.

Puerto unico en la cirugía laparoscópica del colon

P. Fabiano, R. Rosado, G. Gonzalez, D. Ramirez, S. Mezquita, A. Gallardo, J.A. Pinto

VÍDEO. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La cirugía laparoscópica del colon ha demostrado mejores resultados respecto a la laparotomía en cuanto a estancia hospitalaria, un inicio más precoz del tránsito intestinal, dolor post-operatorio y resultado estético sin haber diferencias en cuanto a resultados oncológicos. Recientemente se han publicado muchos artículos sobre el puerto unico, la mayoría en colecistectomía y apendicectomía.

Material y método: Realizamos la cirugía del colon por puerto unico con el sistema de Covidien SILSTM que se posiciona a través del ombligo con una incisión de 25 mm. Utilizamos una optica de 7 mm de 30 grados introducida directamente en el puerto unico sin trocar. Las pinzas empleadas son las habituales, rectas o rotulador laparoscópicas, con la ayuda del ultracision y de la endograpadora para el control vascular.

Resultados: El presente vídeo muestra que la técnica es la misma que se utiliza en cirugía laparoscópica estándar, con

un enfoque de medial a lateral. Para suspender el colon utilizamos puntos de suspensión transparietales o Endograbs™. En el colon derecho la anastomosis se realizó extracorpórea a través de la misma incisión umbilical y en el colon izquierdo se practicaba transanal colocando el yunque a través de la misma incisión de abordaje. En todos los casos la pieza se extraía por la incisión única umbilical.

Conclusiones: En nuestro servicio después de adoptar el puerto único para la colecistectomía y apendicectomía hemos decidido de aplicarla también en casos seleccionados en la cirugía del colon. La técnica es superponible a la laparoscopia habitual con la dificultad añadida de tener una visión lineal y con gran limitación a la triangulación. De los resultados inmediatos es de destacar el excelente resultado estético siendo el postoperatorio similar al de la cirugía laparoscópica del colon de acceso múltiple.

Feocromocitoma maligno productor de acth

Rafael Delgado Estepa, Mario Serradilla Martín, Ana Palomares Cano, Nuria Palomino Peinado, Antonio Reguera Teba, Marcelino Medina Cuadros

RÓSTER. CIRUGÍA ENDOCRINA

Introducción: El feocromocitoma es un tumor que produce, almacena y segrega catecolaminas, aunque en raras ocasiones pueden llegar a producir también ACTH. Se diagnostica en el 0.05-1% de los pacientes hipertensos. Los feocromocitomas proceden de la médula adrenal, aunque pueden desarrollarse a partir de las células cromafines, de los ganglios simpáticos y a lo largo de la aorta abdominal (órgano de Zuckerkandl). Generalmente se presenta con la tríada clásica de hipertensión arterial con cefalea, sudoración profusa y/o palpitaciones.

CASO CLÍNICO. Paciente mujer de 70 años con antecedentes de HTA, dislipemia, DM tipo 2 estudiada en Endocrinología por cuadro de hipopotasemia severa refractaria al tratamiento, alcalosis metabólica, así como cefalea, astenia intensa, rubicundez facial y edematización. A la exploración física presenta también hiperpigmentación en escote, brazos y zona facial. ECG: Extrasistolia auricular. Analíticamente destaca K=2,5 mEq/L, glucosa=537 mg/dL, HbA1c=8.7%, renina=23,7 ng/mL/h, aldosterona=203 ng/dL, cortisol tras 1 mg de dexametasona=44 mcg/dL, ACTH=177.8 pg/mL. Metanefrinas en orina 653 mcg/24 h. RMN cerebral sin alteraciones patológicas. En TAC se visualiza masa retroperitoneal izquierda que impronta y desplaza pedículo vascular renal de 12 x 11 x 10 cm, sin signos de infiltración. Con la sospecha clínica de feocromocitoma se realiza y -bloqueo con fenoxibenzamida y propranolol respectivamente y le lleva a cabo intervención quirúrgica con exéresis en bloque de masa suprarrenal izquierda con crisis hipertensiva intraoperatoria. El postoperatorio cursa sin incidencias y la paciente es dada de alta al sexto día postoperatorio con normalización de cifras tensionales. La anatomía patológica mostró un feocromocitoma sugestivo de comportamiento maligno según el Score de 2004 de la OMS (< 4 indica benignidad): 1.- Invasión capsular (1); 2.- Invasión vascular (0); 3.- Extensión del tejido adiposo perirrenal (1); 4.-

Nidos confluentes, expandidos y grandes (1); 5.- Patrón difuso (1); 6.- Necrosis isquémica (0); 7.- Aumento de celularidad (1); 8.- Presencia de células fusocelulares (1); 9.- Celularidad pleomórfica (1); 10.- Células pequeñas y con alto ratio núcleo/citoplasma (1); 11.- Hiperplasia nuclear (1); 12.- Macronucleolos (solo focalmente) (0); 13.- Aumento de figuras de mitosis (1mitosis/10 CGA) (0); 14.- Algunas figuras mitóticas anómalas (0); 15.- Ausencia de glóbulos hialinos (0). A los 4 meses de la intervención quirúrgica el paciente presenta normal estado general, mostrando en analítica: K=5 mEq/L, glucosa=98 mg/dL, HbA1c=6.2%, cortisol=14 mcg/dL y ACTH=41,18 pg/dL, así como metanefrinas en orina normales (11,5 mcg/24 h). En TAC de control no se aprecia alteración patológica alguna.

COMENTARIOS. El feocromocitoma productor de ACTH es un tumor poco frecuente que requiere habilidad clínica para diagnosticarse. Se debería descartar feocromocitoma como causa de secreción ectópica de ACTH. La asociación feocromocitoma-secreción de ACTH tiene una mortalidad muy alta (hasta un 57%). El tratamiento definitivo es siempre quirúrgico, siendo la vía laparoscópica de elección siempre que el tamaño del tumor y el manejo operatorio del paciente lo permitan.

Nuestra experiencia con procedimientos de peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal en la carcinomatosis peritoneal colorrectal

R.J. Orti Rodríguez; F.C. Muñoz Casares; A. Arjona Sánchez; C. León Salinas; A. Casado Adam; A. Padial Aguado; M.D. Ayllón Terán; J.L. Medina Almansa; A. Gómez España; S. Rufián Peña

ORAL. CIRUGÍA COLORRECTAL

Objetivos: Los procedimientos terapéuticos propuestos por Sugarbaker para pacientes seleccionados con carcinomatosis peritoneal colorrectal mediante cirugía radical-peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal perioperatoria, han modificado su infausta evolución obtenida con terapias paliativas. Analizamos los resultados conseguidos en nuestra Unidad en este grupo de pacientes tratados con estos procedimientos.

Metodología: Estudio sobre una base de datos prospectiva (1999-2011) de 42 pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal sometidos a cirugía citorréductora máxima con procedimientos de peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC).

El estudio estadístico se realizó mediante el paquete informático SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: De los 42 pacientes de la serie, 24 (57%) eran hombres. La edad media fue 56 ± 13.6 (27-78). El origen neoplásico más frecuente de la carcinomatosis peritoneal fue colon ascendente (47.6%), seguido de rectosigma (21.4%), colon descendente (19%) y colon transverso (12%). La variante histológica predominante fue adenocarcinoma (61.9%), seguido de la estirpe mucinosa (35.7%) y células en anillo de sello (2.4%). En 23.8% fue diagnosticada de forma primaria, recibiendo en la mitad de los casos quimioterapia neoadyuvante.

El PCI medio fue de 14 ± 8 (3-33), siendo PCI < 10 en 52.4 %, PCI entre 10-20 en 31 %, y PCI > 20 en 26.2 % de pacientes. En 52.4 % la carcinomatosis era localizada y en el resto difusa, asociando metástasis hepáticas en 14.3 % y pulmonares en 7.1 % de las pacientes. Los procedimientos de peritonectomía fueron extensos o totales en 45.2%. Todas las metástasis sistémicas fueron resecaadas excepto en un caso de localización pulmonar con respuesta completa tras QT. La citorreducción fue óptima-CCo en 83.3% y óptima-CCi en 14.3%. La mediana de tiempo quirúrgico fue 7 horas (4-10), utilizando Mitomicina C como HIPEC en 100% de casos y EPIC (quimioterapia intraperitoneal postoperatoria precoz) con 5-FU en 2.4 % (1/42). La morbilidad postoperatoria (grados 3-4 de Dindo-Clavien) fue del 14.3%. No hubo mortalidad postoperatoria en la serie. La supervivencia global a 5 años fue del 41%, siendo del 47% si se alcanzó citorreducción CCo, y 63% si PCI < 10. La máxima supervivencia se obtuvo en los pacientes sin metástasis sistémicas ni afectación ganglionar, con PCI < 10 y citorreducción completa CCo, alcanzando un 82% de supervivencia a 5 años.

Conclusiones: La citorreducción completa con procedimientos de peritonectomía y HIPEC consigue mejorar las cifras de supervivencia de pacientes seleccionados con carcinomatosis peritoneal colorrectal, con aceptable morbilidad en centros experimentados.

Aplicaciones de la esponja de fibrinógeno-trombina humana en cirugía citorreductora radical de la carcinomatosis peritoneal

R.J. Orti Rodríguez; F.C. Muñoz Casares; A. Arjona Sánchez; C. León Salinas; A. Casado Adam; M.D. Ayllón Terán; A. Padiá Aguado; F.J. Medina Fernández; E. Navarro Rodríguez; S. Rufián Peña

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: Los avances tecnológicos aplicados al campo de la cirugía han posibilitado la optimización del tiempo quirúrgico y han facilitado la realización de procedimientos quirúrgicos complejos. Este es el caso de la esponja de fibrinógeno-trombina humana de uso extendido en cirugía, mejorando la hemostasia, el sellado tisular y potenciando el refuerzo de suturas.

Objetivos: Valorar diferentes posibilidades de utilización de la esponja de fibrinógeno-trombina humana en pacientes con cirugía radical oncológica peritoneal.

Metodología: Presentamos diversos casos clínicos de carcinomatosis peritoneal intervenidos con procedimientos de peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal, en los que se utilizó esponja de fibrinógeno y trombina humana con utilización variada: resecciones hepáticas y pancreáticas, resecciones diafragmáticas, amplias linfadenectomías, refuerzos de anastomosis intestinales, etc.

Resultados: En nuestra Unidad de Cirugía Oncológica, utilizamos la esponja de fibrinógeno y trombina humana en intervenciones de carcinomatosis peritoneal para aquellos pacientes que precisan mejorar la hemostasia,

asegurar el sellado tisular y reforzar suturas, con buenos resultados y tolerabilidad por parte del paciente.

Conclusiones: En nuestra experiencia la esponja de fibrinógeno y trombina humana ha demostrado ser de gran utilidad como complemento a la cirugía oncológica peritoneal, teniendo buenos resultados aún por determinar de forma estadística.

Cirugía radical en carcinomatosis peritoneal ovárica: procedimientos de peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal perioperatoria (hipec+epic)

R.J. Orti Rodríguez; F.C. Muñoz Casares; A. Arjona Sánchez; A. Casado Adam; C. León Salinas; F.J. Medina Fernández; A. Padiá Aguado; M.D. Ayllón Terán; J.L. Medina Almansa; S. Rufián Peña

VÍDEO. MISCELÁNEA

Introducción: El abordaje radical de la carcinomatosis peritoneal ovárica mediante procedimientos de peritonectomía con quimioterapia intraperitoneal perioperatoria, siguiendo los principios de Sugarbaker, representa la mejor opción terapéutica para conseguir la máxima citorreducción posible, intentando incluso eliminar la enfermedad microscópica residual, principal factor pronóstico en este tipo de cáncer.

Caso Clínico: Presentamos el vídeo de una intervención quirúrgica de carcinomatosis peritoneal ovárica, en la que se muestran los diferentes procedimientos de peritonectomía aplicados con la finalidad de conseguir una citorreducción macroscópica residual cero (Ro). Al finalizar la cirugía de resección se realiza la perfusión de quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria en condiciones de hipertermia (HIPEC) mediante la técnica del Coliseum, de amplia difusión y aceptación entre los cirujanos oncológicos que tratan la carcinomatosis peritoneal. Durante la presentación del vídeo, también se mostrarán secuencias en las que se observará la técnica de colocación del catéter intraperitoneal de Tenckhoff para la administración de quimioterapia intraperitoneal postoperatoria precoz (EPIC), sin duda de menor difusión que HIPEC debido a la morbilidad a la que se asocia en este tipo de pacientes.

Comentarios:

Los excelentes resultados quirúrgicos que muestran los grupos de cirujanos oncológicos experimentados en el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal ovárica, cuando aplican los procedimientos de peritonectomía preconizados por Sugarbaker, y consiguen citorreducciones completas sin residuo macroscópico en pacientes que hace años eran irresecaables, deben acompañarse de un esfuerzo investigador multidisciplinario y unidireccional que permita conocer la realidad de la quimioterapia intraperitoneal y las indudables ventajas que ésta puede aportar en sus diferentes modalidades y tiempos de administración.

Mesotelioma peritoneal maligno difuso tratado con procedimientos de peritonectomía y hipec:

experiencia y resultados en nuestro centro

R.J. Orti Rodríguez; F.C. Muñoz Casares; A. Arjona Sánchez; C. León Salinas; A. Casado Adam; M.D. Ayllón Terán; A. Padiel Aguado; E. Navarro Rodríguez; J.L. Medina Almansa; S. Rufián Peña

ORAL. MISCELÁNEA

Objetivos: El mesotelioma peritoneal maligno difuso es una enfermedad muy rara, de pronóstico desfavorable y difícil diagnóstico y tratamiento, con supervivencia media de 6 a 12 meses si no es resecable. Analizamos los resultados obtenidos en nuestro centro con procedimientos de cirugía radical-peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC), en términos de morbilidad y supervivencia.

Metodología: Estudio prospectivo de 10 pacientes con mesotelioma peritoneal intervenidos en nuestra Unidad de Cirugía Oncológica, periodo 2004-2011, mediante estos procedimientos de cirugía radical-peritonectomía con HIPEC. El análisis estadístico así como el método de Kaplan-Meier para el cálculo de la función de supervivencia se realizó con el programa informático SPSS 15.0 para Windows

Resultados: De los 10 pacientes del estudio con una edad media de 44±10 años (35-67) uno de ellos presentaba una variante benigna del mesotelioma (multiquistico benigno) y el resto (9/10) tenían la variante histológica epitelial maligna difusa. El PCI medio global fue de 23 (10-37). En 6 pacientes (60%) los procedimientos de peritonectomía parietal fueron totales. En 80% se consiguió citorreducción óptima (CCo-CCi), siendo cisplatino+doxorubicina el esquema de HIPEC más utilizado (70%). En dos pacientes (20%) se dejó catéter intraabdominal para tratamiento intraperitoneal adyuvante semanal con paclitaxel, tras el alta hospitalaria. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 6 horas (rango: 5-9) y la morbilidad quirúrgica grave (grados III-V de Dindo-Clavien) del 10% (1/10), debido a un paciente con nefropatía severa y reintervención por perforación de colon con SDRA que provocó el exitus a los 31 días del postoperatorio. La mediana de estancia postoperatoria 12 días (rango: 7-31) y la supervivencia global a cinco años del 67%, 62% en su variante exclusivamente maligna. Actualmente viven el 60% de los pacientes (6/10) con una mediana de seguimiento de 49 meses.

Conclusiones: La citorreducción completa con procedimientos de peritonectomía y HIPEC, no exenta de morbilidad, es el tratamiento que mejores resultados de supervivencia ofrecen al paciente con mesotelioma peritoneal. Es recomendable la derivación de estos pacientes a centros de referencia con experiencia y posibilidad de realizar estos procedimientos.

Cumplimiento del protocolo de rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal en comparación con el grupo español de trabajo de rehabilitación multimodal (germ) en cirugía de colorrectal

Ricardo Belda Lozano; Manuel Ferrer Márquez; Antonio

Alvarez García; Francisco Antonio Rubio Gil, Isabel Blesa Sanchez, Angel Reina Duarte

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Se analiza grado de cumplimiento del Protocolo de Rehabilitación Multimodal en cirugía colorrectal en comparación con el grupo español de trabajo de Rehabilitación Multimodal en Cirugía de Colorectal.

Papel de la microcirugía endoscópica transanal en los falsos negativos de la biopsia endoscópica de una masa rectal

Ricardo Belda Lozano, Pablo Moreno Marín, Almudena Moreno Serrano,

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: El diagnóstico anatomopatológico resulta fundamental para la correcta indicación de tratamiento neoadyuvante en el cáncer de recto localmente avanzado. Aunque la principal indicación del TEM es el tratamiento de lesiones rectales benignas o malignas en estadio inicial, en la literatura aparecen nuevas aplicaciones de este dispositivo

Retirada de banda gástrica erosionada por vía laparoscópica

Ricardo Belda Lozano, Manuel Ferrer Marquez, Vanesa Maturana Ibañez, Manuel Ferrer Ayza

VÍDEO. CIRUGÍA DE LA OBESIDAD Y METABÓLICA

La técnica de banda gástrica se ha convertido actualmente en un procedimiento frecuente dentro de las variantes de la cirugía bariátrica. Presentamos el caso de una complicación infrecuente de esta técnica, la cual si no se diagnostica oportunamente, podría asociarse con una gran morbilidad e incluso mortalidad. Nos referimos a la erosión de banda gástrica con migración intragástrica. Se hace especial énfasis en los aspectos técnicos de la retirada en la presentación del video.

Hernia de amyand: a propósito de un caso

Rocío Gómez Pérez, Inmaculada Cañizo Rincón, Rafael Diaz Nieto.

PÓSTER. CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL

Introducción: La hernia de Amyand es aquella que contiene el apéndice cecal inflamado a través de un defecto herniario inguinal. Es un hallazgo poco frecuente que se presenta en el 0.13% de los casos y su diagnóstico en la mayoría de las ocasiones es intraoperatorio, ya que la sospecha suele ser el de hernia inguinal incarcerada haciendo necesaria la cirugía urgente.

Caso Clínico: Varón de 69 años que acude a urgencias por

dolor y tumoración inguinal derecha de 48 horas de evolución acompañado de náuseas y vómitos alimentarios. Última deposición hace 24 horas sin componente patológico.

Como antecedentes personales destacan la hipertensión arterial y un tromboembolismo pulmonar. Sin intervenciones quirúrgicas previas.

Presenta buen estado general y hemodinámicamente estable.

A la exploración destaca una tumoración inguinal derecha parcialmente reductible, dolorosa a la palpación y con la piel ligeramente eritematosa.

Ante estos hallazgos se realizan las pruebas complementarias:

-Rx abdomen: presencia de gas en ampolla rectal, visualización de marco cólico.

-Analítica: 15000 leucocitos, neutrófilos: 87%, coagulación y bioquímica normales. PCR: 28 mg/L.

-Eco- TAC abdominal: Hernia inguinal derecha con segmento de ciego, válvula ileocecal y apéndice en su interior, discretamente engrosados con infiltración de la grasa adyacente y líquido libre. Asas intestinales de calibre conservado.

Ante sospecha clínica de una hernia inguinal encarcerada se decide intervención quirúrgica urgente ya que el paciente continúa con dolor y la hernia inguinal sólo se consigue reducir parcialmente.

Los hallazgos intraoperatorios nos confirman la sospecha de la TAC: a la apertura del canal inguinal se objetiva una apendicitis con abundante líquido seroso.

Se realiza apendicectomía y herniorrafia inguinal según técnica de Bassini.

El postoperatorio fue satisfactorio siendo dado de alta al tercer día.

El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de apendicitis aguda con peritonitis.

COMENTARIOS:

La incidencia de las hernias inguinales que contienen el apéndice vermiforme está en torno a 0,28% - 1 %. Este porcentaje disminuye si hablamos de apendicitis en el interior de una hernia inguinal, con una incidencia del 0,07 % - 0,13 %.

La presentación clínica más común es dolor en la región inguinal derecha, tal y como sucede en nuestro paciente, aunque hay descritos casos en el lado izquierdo.

Ante esta patología hay que plantear alternativas diagnósticas como epididimitis aguda, torsión testicular, adenitis inguinal, hidrocele agudo, hernia de Richter o hernia femoral.

El TAC ha demostrado presentar alta rentabilidad diagnóstica en caso de dolor abdominal agudo, aunque normalmente no se realiza ya que el enfoque clínico suele estar dirigido a una hernia inguinal encarcerada.

Revisando la bibliografía el tratamiento que más se recomienda es la apendicectomía por herniotomía y reparación primaria del defecto sin colocación de material protésico debido al riesgo de infección y/o fistula del muñón apendicular. Hay autores que han optado por una hernioplastia en un segundo tiempo y así evitar la contaminación de la malla.

En nuestra opinión es preferible la realización de una herniorrafia en un primer tiempo operatorio asumiendo un mayor porcentaje de recidiva pero resolviendo la patología en un mismo acto quirúrgico.

Obstrucción intestinal secundaria a peritonitis esclerosante en un paciente en diálisis peritoneal de larga evolución

Rocío Martín García de Arboleya; María José Perea Sánchez; German Morales Martín; Angela Rodríguez Padilla, Mariela Delgado Morales; Juan Candón Vázquez; Daniel Bejarano Serna; Ignacio Escobresca Suárez; Eduardo Espinosa Guzmán.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La peritonitis esclerosante es una rara complicación de la diálisis peritoneal, en muchas ocasiones con evolución fatal. Se trata de una reacción de fibroplasia peritoneal afectando a la totalidad de la serosa que cubre el intestino, dando lugar a cuadros de obstrucción o suboclusión intestinal.

La prevalencia oscila del 0,5% al 2,8% siendo su pronóstico desfavorable, con una mortalidad cercana al 50% en la mayoría de las series.

Caso Clínico: Presentamos el caso de un paciente de 56 años ingresado en el servicio de Nefrología por dolor y distensión abdominal acompañado de vómitos y algunas deposiciones diarreas.

Como antecedentes personales cabe destacar una insuficiencia renal crónica secundaria a neuropatía Ig A con inclusión en programa de diálisis peritoneal en el año 1998.

En el actual ingreso, ante la sospecha de un cuadro abdominal agudo se solicita TAC abdominal que informa de un engrosamiento uniforme y difuso del peritoneo así como bandas lisas que se disponen entre las asas de delgado formando compartimentos que pudieran condicionar cierto problema mecánico aunque en este momento no se observan signos radiológicos que lo sugieran.

Tras un manejo conservador inicial se decide intervención quirúrgica programada ya que los signos de obstrucción intestinal eran cada vez más inminentes. En la intervención se objetiva un peritoneo engrosado y fibrosis de la serosa cubriendo todo el intestino delgado. Se procede a la realización de adhesiolisis sin resección intestinal.

El postoperatorio evoluciona muy lentamente siendo dado de alta un mes después. En menos de 48 horas el paciente reingresa con un cuadro de sepsis abdominal secundario a perforación cecal que precisa intervención quirúrgica urgente. Posteriormente ingresa en UCI cursando un postoperatorio tórpido con desenlace fatal en pocos días debido a fallo multiorgánico en el contexto de un shock séptico.

COMENTARIOS:

La peritonitis esclerosante es una enfermedad rara que debe sospecharse en pacientes en diálisis peritoneal con síntomas abdominales que sugieran obstrucción intestinal. Ante este diagnóstico de sospecha el manejo conservador precoz abandonando la diálisis peritoneal, NPT, corticoides e inmunosupresores, es fundamental previo a la indicación quirúrgica. Esta indicación no debe ser demorada ya que las consecuencias pueden ser fatales. Se han mostrado mejores resultados en cirugía programada que de urgencias así como en la realización de adhesiolisis mejor que en resección intestinal.

Abordaje laparoscópico del schwannoma subdiafragmático. A propósito de un caso

Rocío Martín García De Arboleya, María José Perea Sánchez, Daniel Bejarano Serna, German Morales Martín, Angela Rodríguez Padilla, Ignacio Escobedo Suárez, Juan Candón Vázquez, Eduardo Espinosa Guzmán

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: Los schwannomas forman parte de la clasificación de los tumores del sistema nervioso. Son lesiones que derivan de las células de Schwann situadas en la vaina de los nervios periféricos.

Pueden presentarse como masa solitaria en cualquier localización, preferentemente en cabeza, cuello y zonas flexoras de las extremidades.

La mayoría de los schwannomas son de carácter benigno, crecimiento lento y cursan de forma asintomática. Los síntomas que producen suelen ser, una vez alcanzado un tamaño considerable, por compresión de estructuras vecinas.

El objetivo de nuestra comunicación es presentar un caso de schwannoma de localización atípica (subdiafragmática) analizando sus características y el abordaje del mismo de forma laparoscópica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 39 años con antecedentes personales de infección por VIH en tratamiento con antirretrovirales que se estudia de forma ambulatoria por un cuadro de meses de evolución de dolor dorsal derecho inespecífico.

Se le realiza un TAC toraco-abdominal que informa de lesión hipodensa de 3,5 cm en región subdiafragmática.

Posteriormente se solicita una RNM para su mejor filiación. Se objetiva LOE de captación heterogénea situada entre diafragma, hígado y apéndice xifoides de 42x38x31mm, hiperintensa en T2 sugerente de neurilemoma.

La paciente ingresa en nuestro servicio para someterse a tratamiento quirúrgico de forma programada.

Como abordaje se emplea la laparoscopia. Neumoperitoneo con aguja de Veress. Óptica de 0° y 3 trócares de 10 mm. Se objetiva tumoración de unos 5 cm de diámetro máximo adherida a la musculatura diafragmática derecha. Se procede a su exéresis con ligasure y extracción con endobag. El cierre de la brecha diafragmática se realiza mediante sutura continua empleando material absorbible "V- Loc 90".

El postoperatorio cursa sin incidencias y la paciente es dada de alta en 24 horas.

El estudio anatomopatológico confirma que se trata de un tumor benigno de origen nervioso compatible con schwannoma.

Comentarios: Los schwannomas diafragmáticos constituyen una entidad poco frecuente. Suelen ser tumores benignos que pueden llegar a malignizar si no se procede a su exéresis completa.

Suelen diagnosticarse de forma incidental en pacientes asintomáticos mediante pruebas de imagen como son la TAC o la RNM. Las características radiológicas típicas de este tumor consisten en lesiones heterogéneas, de márgenes bien defini-

dos con posibles áreas de degeneración quística y calcificación. En RNM son tumores hiperintensos en T2.

El diagnóstico definitivo es histológico, siendo la inmunohistoquímica positiva para la proteína S-100.

El tratamiento consiste en su exéresis completa, ya que pueden degenerar. La vía de abordaje en el caso de los schwannomas diafragmáticos dependerá de su situación y crecimiento hacia el tórax o por el contrario hacia el abdomen. La laparoscopia resulta una buena elección siempre que la localización, tamaño del tumor y destreza del cirujano lo permitan. Dicho abordaje aporta beneficios en cuanto a menor estancia hospitalaria, disminución del dolor postoperatorio y menor riesgo de complicaciones.

Neumoperitoneo asintomático. A propósito de un caso.

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Sánchez Viguera, T; Cabrera Serna, I; Rivas Becerra, J; Cañizo Rincón, I; Maiquez Abril, R; Ocaña Wilhelmi, L; Luna Díaz, R.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: El neumoperitoneo fuera del contexto de un postoperatorio, suele ser sinónimo de perforación de víscera hueca y requerir cirugía urgente. Existen casos muy poco frecuentes, de neumoperitoneo sin perforación, secundario a pruebas diagnósticas instrumentales generalmente.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente varón de 78 años, con antecedentes de HTA y hábito enólico ingresado en Digestivo por disfagia. Se le realiza endoscopia digestiva alta: estenosis a 40cm, que se biopsia, con resultado de cambios inflamatorios y focos de hiperplasia escamosa.

A las 24 horas comienza con fiebre y discreta leucocitosis. Asintomático desde el punto de vista abdominal y con exploración normal. Para descartar foco pulmonar se solicita RxTórax, que evidencia importante neumoperitoneo.

Resultados Se realiza laparotomía exploradora, revisando minuciosamente la cavidad abdominal, incluyendo estómago y esófago mediante apertura de membrana frenesofágica, e instalando azul de metileno por sonda nasogástrica, sin identificar perforación. Se cierra la laparotomía dejando drenaje penrose en hemiabdomen superior. El paciente evoluciona favorablemente

CONCLUSIONES

La causa más frecuente de neumoperitoneo es la yatrogénica postquirúrgica tras laparotomía o laparoscopia que se resuelve en las primeras semanas. En los pacientes no intervenidos, el hallazgo de neumoperitoneo es consecuencia de perforación de víscera hueca en el 90% de casos. El 10% restante se asocia a causa no quirúrgica, se beneficia de tratamiento conservador y suele ser secundario a procedimientos endoscópicos (0,3-25%) y la colocación de catéteres de diálisis peritoneal (10-34%).

Recidiva ganglionar en el cáncer de tiroides. Revisión

de casos en los últimos 5 años en el hospital universitario virgen de la victoria

Soler Humanes, R; Hernández González, J; Ocaña Wilhelmi, L.T; Glückmann Maldonado, E; Salvi Martínez, M; Rivas Marín, F; Villuendas, F.

ORAL. CIRUGÍA ENDOCRINA

Introducción: El carcinoma diferenciado de tiroides (papilar, folicular y células de Hürthle) es la forma más frecuentes de tumores malignos tiroides y generalmente tiene buen pronóstico. Los cánceres poco diferenciados (medular y anaplásico) son menos frecuentes, más agresivos, metastatizan temprano y tienen un pronóstico más precario.

El cáncer de tiroides afecta más comúnmente a la mujer que al hombre y la mayoría de los casos se presentan en pacientes de 25 a 65 años de edad. La incidencia de esta enfermedad ha ido aumentando durante el último decenio.

Pese a la buena respuesta a la cirugía y la terapia adyuvante con yodo radiactivo, las recidivas locales afectan al 5-25% de los pacientes y de ellas, el 75% son recidivas ganglionares.

Material y métodos.

Se ha realizado una revisión de las recidivas ganglionares de los cánceres de tiroides en los últimos cinco años intervenidos en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Resultados.

Se han intervenido 238 pacientes con cáncer de tiroides. Ha habido 16 casos de recidiva ganglionar, lo que supone un 6,7%.

En su mayoría fueron mujeres (75%), con una media de edad de 49 años.

El tipo tumoral más frecuente ha sido el papilar (57,1%) y la técnica quirúrgica realizada fue en un 43,8% un vaciamiento lateral, en un 12,5% un vaciamiento bilateral y en el 43,8% restante la exéresis de la recidiva.

La estancia media ha sido de 1,9 días.

En el 100% de los casos se dejó drenaje, que se retiró entre las 24 y 48 horas.

No ha habido ningún caso de hematoma asfíxico, lesión de nervio laríngeo recurrente ni infección de herida quirúrgica.

Conclusiones.

En nuestra serie la mayoría de los casos intervenidos han sido carcinoma diferenciado de tiroides y de ellos un 6,7% recidiva ganglionar, lo cual concuerda con la literatura publicada sobre el tema.

El hecho de que el número de intervenciones de recidivas sobre el total de carcinomas intervenidos sea tan bajo se debe a la realización de una técnica quirúrgica muy depurada, llevando a cabo una tiroidectomía total sin restos acompañada de vaciamiento central y de la exploración sistemática de ambos espacios vasculares cervicales, así como la realización de biopsia intraoperatoria en los casos en que se encuentran adenopatías.

Así mismo existe también un porcentaje bajo de morbilidad asociada a la cirugía tiroidea en nuestro centro.

Fascitis necrotizante tronco-axilar en paciente joven

Rodríguez González R.; Sánchez Pascual A. M.; Gómez Arroyo A.; Albert Vila A.; Granda Paez N. R.; Flores Arcas A.; Ruiz de Adana Garrido A.; Segovia Cornejo E.; Fuentes Martos R.; Moya Vázquez R.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: La fascitis necrotizante es una infección de los tejidos blandos con una alta morbi-mortalidad. Con mayor frecuencia afecta a las extremidades, donde suele estar la puerta de entrada infecciosa. Presentamos un caso muy poco frecuente de fascitis necrotizante en un paciente joven, previamente sano, de localización troncoaxilar y sin aparente puerta de entrada.

Caso Clínico: Paciente de 29 años sin antecedentes de interés con cuadro de dolor e inflamación en región axilar-pectoral derecha, importante deterioro del estado general, fiebre de 38° C, leucopenia y trastorno de la coagulación. Ingresó en UCI donde sufrió episodio de hipotensión con shock séptico que requiere drogas vasoactivas a altas dosis y terapia con gammaglobulinas y factores estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF). En pocas horas desarrolló una placa violácea de necrosis con extensión del cuadro a la región toráco-abdominal anterolateral derecha. El miembro superior derecho era de aspecto normal, sin heridas, abrasiones o quemaduras. Se realizó un desbridamiento quirúrgico amplio y radical de la necrosis de la región axilar derecha, realizando contraincisiones múltiples comunicadas a lo largo del tronco hasta región escrotal. Requiere sucesivos desbridamientos quirúrgicos y curas locales. Se instauró desde el ingreso antibioterapia múltiple de amplio espectro. En los cultivos de la herida se detectó *Streptococcus Pyogenes*, los hemocultivos fueron negativos. La evolución posterior fue favorable, pasando a planta quirúrgica al 10° día, y siendo alta hospitalaria al 24° día. Las heridas de las contraincisiones cerraron por segunda intención y la herida axilar precisó un injerto cutáneo. El paciente actualmente está asintomático con un mínimo déficit de movilidad de la extremidad superior derecha que no le ha impedido reiniciar su actividad habitual y laboral con normalidad.

COMENTARIOS:

La fascitis necrotizante es una entidad poco frecuente pero con una alta morbimortalidad que obliga al cirujano a estar atento ante la presentación de un posible caso. Es de vital importancia llevar a cabo una actitud quirúrgica precoz y agresiva, con desbridamiento radical del área afecta, iniciar antibioterapia de amplio espectro y facilitar un tratamiento de soporte intensivo. Ante la sospecha clínica de una fascitis necrotizante, aún en pacientes sin factores de riesgo y con una localización poco habitual, se debe iniciar tratamiento de forma precoz e intensiva, con una vigilancia clínica estrecha, como única medida para disminuir la morbimortalidad.

Duplicación duodenal como causa de abdomen agudo y pancreatitis recurrente

Calzado Baeza, Salvado., Palomeque Jiménez, Antonio., Reyes Moreno, Montserrat., Herrera Fernández, Francisco.

PÓSTER. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: Las duplicaciones del tracto gastrointestinal son anomalías congénitas muy infrecuentes que pueden afectar a cualquier segmento del tubo digestivo, correspondiendo a las duodenales el 5% del total. Pueden presentar una clínica y complicaciones abdominales muy variadas.

Presentamos un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril.

Material y método: Mujer de 11 años sin antecedentes de interés que acude al servicio de Urgencias por presentar cuadro de dolor abdominal difuso de 30 horas de evolución, posteriormente focalizado en FID y vacío derecho, acompañado de anorexia, náuseas y vómitos alimenticios. Exploración: dolor a la palpación en FID acompañado de defensa abdominal, Blumberg y Rovsing positivos. Hemograma: leucocitosis (15.82 Mil/ μ L) y desviación izquierda (neutrófilos 85.6%). ECO abdominal: sugerente de patología inflamatoria aguda, probablemente por apendicitis de extremo distal muy alto (subhepático), sin poder verse el apéndice. Tras lo anterior, se diagnostica de apendicitis aguda y se interviene, observándose cuadro de apendicitis aguda reactiva junto con edema retroperitoneal. La estancia hospitalaria transcurre tópidamente, apareciendo fiebre y sin mejoría del dolor abdominal y con elevaciones de amilasa de hasta 502 (UI/L). Se realiza ECO abdominal de control: hallazgos similares a Eco anterior, con infiltración líquida en gotiera parietocólica derecha que se extiende inferiormente hacia el Douglas, junto líquido a lo largo del espacio pararenal anterior paramedial derecho alrededor de la cabeza pancreática y primera y segunda porción duodenal. Se produce mejoría, con tratamiento conservador, normalizándose los parámetros analíticos y mejorando el cuadro clínico, se realiza el alta al 11º día postoperatorio. En el seguimiento ambulatorio, se evidencia la elevación de los niveles de amilasemia, por lo que se realiza ecografía y colangiografía, no mostrando alteraciones significativas. Se realiza erradicación de *Helicobacter Pylori*, tras resultado positivo, y CPRE que informa de microcristales de colesteramina, lo que deriva en la indicación y realización de colecistectomía laparoscópica, evidenciándose signos de colecistitis.

Tras la intervención, presenta un nuevo episodio de dolor abdominal e hiperamilasemia (1400UI/L), evidenciándose tras nueva ecografía imagen quística de 13x21mm aproximadamente entre duodeno y cabeza de páncreas, con pared gruesa, que hace impronta sobre la luz duodenal y parece llegar al colédoco, compatible con quiste de duplicación, corroborando este diagnóstico por endoscopia, TAC y RMN abdominal.

Se decide intervención quirúrgica, que se realiza en hospital de referencia, mediante laparotomía transversa, identificando quiste de duplicación duodenal entre segunda y tercera porción duodenal en relación con la papila, identificando una pa-

pila accesoria. Se realiza marsupialización del quiste. El análisis anatomopatológico informa de pared duodenal compatible con quiste de duplicación duodenal y el contenido lo informa como amilasa. La paciente evolucionó satisfactoriamente siendo dada de alta a los 7 días del ingreso.

Discusión: Los quistes de duplicación duodenal representan un 5% del total de duplicaciones gastrointestinales. Su incidencia es inferior a 1 caso por 10000 nacimientos. Habitualmente son quistes esféricos, que se localizan en la primera o segunda porción duodenal, en el lado mesentérico de la pared anterior, y que no se comunican con el tubo digestivo aunque, también, pueden ser tubulares y presentar una complicación. Las manifestaciones clínicas son variadas pudiendo presentarse como dolor abdominal, obstrucción intestinal y, en ocasiones, masa abdominal. Puede también producir invaginación duodenoyeyunal, pancreatitis recurrente, ictericia o hemorragia. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa del quiste por la posibilidad de malignización del mismo aunque en nuestro caso se optó a la marsupialización debido a la imposibilidad de la resección total por a su relación con la papila y el páncreas.

Hemoperitoneo como forma de presentación de un hepatocarcinoma.

Calzado Baeza, Salvador., Palomeque Jiménez, Antonio., Reyes Moreno, Montserrat., Herrera Fernández, Francisco.

PÓSTER. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: El hepatocarcinoma constituye el 80-90% de los tumores hepáticos malignos primarios. Es más frecuente en hombres de 50-60 años y asienta sobre cirrosis en el 90% de los casos. Puede tener diferentes manifestaciones clínicas: dolor abdominal, distensión abdominal, tendencia al sangrado o a la formación de hematomas y/o ictericia. El hemoperitoneo causado por rotura de hepatocarcinoma no traumático es una presentación infrecuente, menos de un 5%.

Presentamos un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana, Motril.

Caso Clínico: Varón de 79 años, con antecedentes personales de VHC, IRC grado 4, ACV de repetición, DMID, HBP, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de mareo de 20 horas de evolución, debilidad, con pérdida de tono postural en varias ocasiones y de consciencia de varios minutos de duración. En el hemograma se observa una caída de hemoglobina de 10.5 a 6.1 g/dl en 4 horas, creatinina 3.1, Urea 106, K 6.6. Exploración abdominal con dolor a la palpación en hipocóndrio derecho, sin signos de irritación peritoneal.

Se le realiza un TAC abdominal, encontrando una lesión nodular hepática en un hígado cirrótico, en segmento VII, que pudiera corresponder a un hepatocarcinoma con signos de sangrado perihepático activo.

Tras estabilizar al paciente, se realiza traslado a Hospital de referencia realizándose embolización de LOE sangrante en segmento VII con éxito. El paciente fue dado de alta al 12º día

de ingreso, sin complicaciones durante el mismo, continuando estudio de la neoplasia hepática que provocó el cuadro agudo.

Conclusiones: El hepatocarcinoma constituye el 80-90% de los tumores hepáticos malignos primarios. Es más frecuente en hombres de 50-60 años y asienta sobre cirrosis en el 90% de los casos.

Como factores etiológicos, se debe tener presente cualquier proceso que genere cirrosis, tales como infección por VHC, alcoholismo, hemocromatosis, y en el caso de infección por VHB no es necesario que el paciente se encuentre en fase de cirrosis para poder desarrollar la lesión.

El hemoperitoneo secundario a la rotura no traumática es una situación infrecuente en los países occidentales (<3%) pero que puede ser fatal para la vida del paciente, con una mortalidad del 50%. Puede ser originado por distintas patologías neoplásicas y no neoplásicas como la peliosis hepática, poliarteritis nodosa, el lupus eritematoso sistémico o la pre-eclampsia.

La fisiopatología de esta complicación es desconocida aunque se han involucrado factores como la localización subcapsular de CHC, la gran vascularización, el rápido crecimiento, la necrosis espontánea o la HTP y coagulopatía propia de los pacientes cirróticos.

El diagnóstico de esta patología puede establecerse con US o con TAC. También sería útil la paracentesis diagnóstica, que nos revelará el peritoneo. En otros casos, sólo se podrá llegar al diagnóstico con una laparotomía exploradora.

El tratamiento ha variado en los últimos años, y ha evolucionado desde la ligadura de la arteria hepática, con una alta morbilidad, hasta la embolización intraarterial, indicada en los casos de estabilidad hemodinámica del paciente.

Obstrucción intestinal como presentación de un divertículo de meckel.

Calzado Baeza, Salvador., Palomeque Jiménez, Antonio., Reyes Moreno, Montserrat.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: El divertículo de Meckel, descrito por primera vez en el año 1809 por J.F. Meckel, es la anomalía congénita más frecuente del intestino delgado, apareciendo en el 2-4% de la población. Normalmente cursa de forma asintomática, pero hasta en un 4% puede generar complicaciones tales como sangrado, inflamación u obstrucción intestinal.

Presentamos un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril.

Caso Clínico: Varón de 44 años, sin antecedentes personales de interés, acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal de una semana de evolución, acompañado de náuseas, vómitos y estreñimiento pertinaz en los últimos 4 días. Presenta un abdomen distendido, doloroso a la palpación de forma generalizada, sin irradiaciones, sin signos de irritación peritoneal y peristaltismo presente. Hemograma y bioquímica sin alteraciones significativas. Se realiza radiografía de abdomen y TC abdominal en las cuales se observa una gran dilata-

ción de asas de intestino delgado, sin apreciarse un cambio de calibre claro.

Se decide realizar laparotomía media exploradora, encontrando una dilatación severa de asas de intestino delgado y un cambio de calibre claro a nivel de íleon distal, secundaria a la presencia de una brida formada por un divertículo de Meckel. Se realiza resección de 40cm de íleon afecto y se realiza reconstrucción del tránsito con anastomosis termino-terminal manual.

La evolución postoperatoria fue favorable, dándose de alta al 12º día.

Conclusiones: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal debido a la persistencia del conducto congénito vitelino-intestinal, formando un verdadero divertículo, el cual se localiza en el borde antimesentérico de íleon, en su porción más próxima a ciego. El tamaño es variable y su irrigación suele depender de la arteria ileocolica. Tiene misma frecuencia de aparición entre sexos, pero las complicaciones, cuando aparecen, suele presentarse en los varones con una frecuencia 3 o 4 veces mayor respecto a las mujeres. Suelen cursar de forma asintomática, pero en un 4% de los casos presentan complicaciones tales como inflamación, pudiendo simular una apendicitis; sangrado, debido a la presencia de mucosa gástrica ectópica presente en el 87% de los casos, o la obstrucción y/o perforación intestinal, causas de posible abdomen agudo.

La ultrasonografía y la tomografía computerizada son útiles en el diagnóstico, pero no siempre pueden conseguir dicho objetivo, siendo necesaria la laparoscopia exploratoria.

El tratamiento del divertículo de Meckel sintomático es siempre quirúrgico, mediante la resección del segmento intestinal afecto y la posterior restitución del tránsito intestinal.

Perforación intestinal secundaria a ingesta accidental de cuerpos extraños: 2 casos.

Calzado Baeza, Salvador., Palomeque Jiménez, Antonio., Reyes Moreno, Montserrat., Herrera Fernández, Francisco.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: Las perforaciones del intestino por cuerpo extraño son poco frecuentes, ya que la mayoría de las ingestas atraviesan satisfactoriamente todo el tracto gastrointestinal. Sin embargo, un 1% de los casos pueden causar complicaciones tales como cuadros de abdomen agudo por perforación intestinal, produciendo graves complicaciones e incluso la muerte.

Presentamos dos casos diagnosticados y tratados en el Hospital Santa Ana de Motril.

CASO CLÍNICO 1:

Varón de 69 años, con antecedentes de HTA y HBP, que acude al Servicio de Urgencias por presentar cuadro de dolor abdominal localizado en epigastrio de 3 días de evolución, sin irradiación, sin otra clínica asociada. Exploración: abdomen blando, depresible, con dolor y defensa a la palpación selectiva de zona en epigastrio, donde presenta tumoración de consistencia dura. Analítica: hemograma normal, bioquímica

sanguínea con una PCR de 15 mg/dL y una coagulación normal con un dímero-D 4.4 mg/dL. Ecografía/TAC abdominal: pseudotumoración situada en el espesor del omento mayor, con extensión hacia el mesocólon transverso, centrada en la línea media, de límites moderadamente definidos, de morfología ovalada de unos 4 cms. máximo de diámetro, que en el estudio de TC presenta una densidad similar al tejido blando, con aumento de la densidad de la grasa circundante. Existe una imagen ecogénica lineal, que cruza la lesión de lado a lado, concluyendo en que los hallazgos son compatibles en primer lugar con infarto omental, sin poder descartar otras posibilidades.

Se decidió tratamiento conservador, dada la buena situación clínica y el diagnóstico radiológico. Al séptimo día de ingreso, tras la no mejoría clínica del paciente y la realización de TAC de control, en el que se evidencia la presencia de colección de mayor tamaño, se decide intervención quirúrgica laparoscópica, en la que se encuentra plastrón inflamatorio adherido a la pared abdominal anterior, que implica al colon transverso y epiploon, secundario a perforación de colon transverso por espina de pescado. Se realiza extracción del cuerpo extraño, que se encontraba libre en el plastrón inflamatorio, drenaje de absceso y revisión del colon, sin encontrar el punto de la perforación.

El postoperatorio cursó sin complicaciones y el paciente se dio de alta al segundo día postoperatorio con tratamiento antibiótico domiciliario.

CASO CLÍNICO 2:

Varón de 81 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar cuadro de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha de dos días de evolución sin fiebre. Analítica de Urgencias: discreta leucocitosis (10770 Mil/ μ L) con desviación izquierda (90%); PCR 2.5. Exploración clínica: dolor a la palpación en flanco y fosa ilíaca derecha, acompañado de defensa abdominal a dicho nivel. Ecografía/ TAC abdominal: neumoperitoneo de localización perihepática junto con burbujas de aire distribuidas por toda la cavidad peritoneal, más evidentes en hemiabdomen izquierdo, compatible con perforación de víscera hueca con signos difusos de peritonitis.

Se decide realizar intervención quirúrgica urgente, evidenciándose perforación de intestino delgado por espina de pescado. Se realiza resección intestinal y restitución del tránsito. A los siete días de la intervención es reintervenido por evisceración, precisando eventroplastia con malla Premilene® Mesh supraaponeurótica. Durante el postoperatorio presenta infección de herida quirúrgica que requiere la realización de curas locales y refrescamiento de bordes de la misma, con colocación de dispositivo VAC. Evolución favorable de la herida permitiendo cierre primario de la misma transcurridos 13 días y siendo dado a los 47 días de la primera intervención.

Conclusiones: La perforación intestinal secundaria a cuerpo extraño es poco frecuente y es producida generalmente por la ingesta, de forma involuntaria, durante las comidas, siendo los objetos más frecuentes el bolo de carne en los países occidentales y la espina de pescado en los países orientales.

Las áreas más frecuentes de perforación por cuerpos extraños son la región ileocecal y el recto-sigma por el estrechamiento y la angulación del tracto digestivo, estando favorecido por zonas de adherencia, áreas con procesos diverticulares o

anastomosis quirúrgicas. En nuestro caso, fue en colon transverso.

El tratamiento consiste, tras un diagnóstico preoperatorio correcto, en la cirugía y en tratamiento antibiótico.

Síndrome de bouveret: a propósito de un caso.

Calzado Baeza, Salvador., Palomeque Jiménez, Antonio., Reyes Moreno, Montserrat.

PÓSTER. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

Introducción: El síndrome de Bouveret, descrito por Bouveret en 1896, es una forma especial de íleo biliar, consistente en la impactación del cálculo en la zona del píloro o bulbo duodenal, producida por una fistula bilioentérica, generalmente colecistoduodenal y que provoca la obstrucción del vaciamiento gástrico. Afecta, con mayor frecuencia, a mujeres (relación 3:1) de edad avanzada, con enfermedades asociadas y enfermedad biliar previa.

Presentamos un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril, discutiendo el manejo terapéutico más óptimo en esta situación.

CASO CLÍNICO. Mujer de 75 años con antecedentes personales de HTA, ACVA y úlcus gástrico, que consulta en el servicio de urgencias por cuadro de estreñimiento de 5 días de evolución, vómitos de repetición y dolor abdominal generalizado. Exploración clínica: dolor abdominal generalizado sin irritación peritoneal, distensión y timpanismo, principalmente en hemiabdomen superior. Analítica: leucocitosis (12200 leuc./ μ l), con desviación izquierda (84%). Rx. abdomen: dilatación cámara gástrica. TC abdomino-pélvico: dilatación gástrica y primera porción duodenal, imagen de litiasis de gran tamaño en segunda porción duodenal, junto a presencia de fistula colecistoduodenal. Tránsito esofagogastroduodenal baritado: dilatación gástrica y bulbo duodenal, vaciamiento enlentecido, paso de contraste a la vesícula biliar compatible con fistula colecistoduodenal. Se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía, confirmando la distensión gástrica con importante plastrón inflamatorio en área bilioduodenal e identificación de cálculo en primera porción duodenal. Se realiza duodenotomía y extracción del cálculo, no actuando sobre la vesícula biliar y la fistula colecistoentérica. No otros cálculos a lo largo del intestino.

DISCUSIÓN. El síndrome de Bouveret es una infrecuente variedad de íleo biliar, caracterizada por la presencia de un cálculo, habitualmente único y mayor de 2-3 cms. de diámetro, en el duodeno. Constituye el 2-3% de los casos de íleo biliar, estando acompañado de la presencia de una fistula colecistoduodenal o colecistogástrica.

Más frecuente en mujeres de edad avanzada con enfermedades sistémicas concomitantes (HTA, obesidad, diabetes mellitus, enf. cardiovasculares, etc.).

La forma de presentación puede ser inespecífica (náuseas, vómitos, distensión abdominal), en paciente con antecedentes de patología biliar, lo que puede llevar a la tardanza en el diagnóstico y resolución del cuadro.

El diagnóstico se realiza, tras la sospecha clínica (explo-

ración y analítica), con la realización de pruebas de imagen complementarias. Rx. Simple de abdomen, mostrando aerobilia o la triada de Rigler (neumobilia, obstrucción intestinal y cálculo), siendo diagnóstico en el 23%. De utilidad también es la ecografía, el tránsito intestinal y la TC. La gastroscopia es la prueba que más información aporta, al ser diagnóstica y, en ocasiones, terapéutica, aunque hay pocos casos reportados de resolución del cuadro sólo con la endoscopia o con ésta combinada con litotricia extracorpórea.

El tratamiento definitivo es fundamentalmente quirúrgico, abordándose el cálculo mediante pilorotomía y/o gastronomía y la reparación de la fistula colecistoentérica si fuera factible y no provoca un aumento de la morbilidad.

CONCLUSIONES. El síndrome de Bouveret es un cuadro clínico poco frecuente, que debe sospecharse y diagnosticarse de forma correcta para poder solucionar el cuadro de forma precoz, al tratarse habitualmente de pacientes de edad avanzada y con enfermedades importantes concomitantes. Aunque el tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, de importancia es hacer mención a los nuevos avances mediante endoscopia y litotricia extracorpórea, principalmente en aquellos pacientes con una elevada comorbilidad y un alto riesgo quirúrgico, si bien no son muchos los centros en los que se tiene aún disponibilidad de las mismas.

Trombosis venosa profunda en paciente con síndrome de Klippel-trénaunay.

Calzado Baeza, Salvador., Palomeque Jiménez, Antonio., Reyes Moreno, Montserrat., Herrera Fernández, Francisco.

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción y objetivos: El síndrome de Klippel-Trénaunay es una malformación congénita poco frecuente (< 1:10000), descrita originariamente en 1900 por Klippel y Trénaunay. Se caracteriza por la tríada de malformaciones capilares, varicosidades atípicas, también denominadas venas laterales anómalas, o malformaciones venosas, e hipertrofia de partes blandas y/o hueso, y cuya etiología sigue siendo desconocida. Afecta típicamente a extremidades inferiores de manera unilateral y, con menor frecuencia, a extremidad superior, uni o bilateralmente, y a las 4 extremidades simultáneamente. Como complicaciones asociadas, pueden presentar, entre otras, trombosis venosa profunda o tromboflebitis.

Presentamos un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril.

Material y método: Varón de 27 años, con antecedentes de intolerancia a AAS y de Síndrome de Klippel-Trénaunay, que acude al servicio de Urgencias por presentar cuadro de dolor e inflamación en codo izquierdo, sin antecedentes traumáticos, que le impide la extensión completa del miembro. Exploración: se aprecia un miembro aberrante, aumentado de tamaño respecto al contralateral, con varicosidades por todo el antebrazo y en la mano izquierda. HG y BQ normal. Coagulación: tiempo de protrombina 107 seg., Dímero-D 3,58 mg/L. ECO doppler: hallazgos compatibles con trombosis que

afecta al extremo distal de la vena braquial izquierda y a las dos ramas principales dependientes de esta. Aumento del diámetro de las venas trombosadas, no colapsables. La vena axilar si es permeable.

Se realiza tratamiento conservador con vendaje compresivo, reposo y enoxaparina forte (120mg/24 horas sc). La revisión en consulta de cirugía a los 6 días reveló una clara mejoría clínica, aunque continuaba con molestias al movilizar el miembro. Se le pautó tratamiento con acenocumarol, control por hematología y revisión a los 6 meses. A las 6 meses del cuadro, el paciente se encontraba asintomático.

Conclusiones: El Síndrome de Klippel-Trénaunay (SKT) es una malformación congénita de muy baja frecuencia. El SKT se clasifica en el grupo de las malformaciones vasculares combinadas, según la clasificación elaborada por Mulliken y Glowacki, que en 1996 fue aceptada por la Sociedad Internacional para el Estudio de las Anomalías Vasculares (ISSVA).

La causa sigue siendo desconocida, pero la hipótesis más aceptada es la que considera que el defecto morfogenético que causa el SKT podría alterar el proceso normal de remodelación y desarrollo de estructuras vasculares por un mecanismo de interferencia de apoptosis, en la que interviene el factor antagonista angiopoyetina-II, con misma incidencia en ambos sexos. Esto produce un sobrecrecimiento de la extremidad en 2 fases: aumento del volumen y diámetro, y aumento de la longitud por crecimiento óseo.

Las complicaciones asociadas a SKT pueden producirse en la extremidad afecta, cómo es el caso de la trombosis venosa profunda, complicación que ocurrió en nuestro caso, tromboflebitis, coagulopatía intravascular localizada, úlceras y atrofas cutáneas, o en otras localizaciones, en función de la localización de la malformación vascular visceral: varicocele, obstrucción urinaria, anemia por sangrado en tracto digestivo. El diagnóstico se establece con la asociación de venas varicosas, malformación capilar, hipertrofia de tejidos blandos y/o óseos, y presencia de varicosidades venosas o malformaciones venosas. El tratamiento se basa en tratar y prevenir las complicaciones. En el caso de la TVP, el tratamiento inicial es el mismo que en otros individuos sin enfermedad asociada, si bien deberían mantenerse en el tiempo por el alto riesgo de recidiva y complicaciones secundarias.

Discusión: El Síndrome de Klippel-Trénaunay es una entidad muy poco frecuente, con un diagnóstico meramente clínico, y con unas complicaciones potenciales, que en nuestro caso fue la trombosis venosa profunda. El tratamiento que empleamos fue la anticoagulación y que siguiere acudiendo a sus revisiones anuales en su centro de referencia.

Funduplicatura Toupet con puertos 3 y 5 mm utilizando separador hepático Nathanson

Salvador Calzado Baeza, Diego Antonio Bernal Moreno, Alberto Martínez Isla

VÍDEO. CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

Introducción: La cirugía laparoscópica de la ERGE se lleva

realizando desde los años 90 por vía laparoscópica; tras años de experiencia, se considera en el momento actual la técnica Gold Standard para el tratamiento de dicha patología. Muchos autores prefieren realizar la Funduplicatura de Nissen (360°), cuando en la literatura reciente, se ha demostrado que la Funduplicatura Toupet (270°) es como mínimo igual desde el punto de vista de Phmetria y control de sintomatología a corto plazo, y superior en problemas como la disfagia y la capacidad de eructar, así como la necesidad de realizar dilataciones neumáticas ó reintervenciones por disfagia severa.

Caso Clínico: Presentamos un paciente varón de 31 años de origen hindú que clínica de RGE con mala tolerancia y esofagitis grado 2 en la endoscopia digestiva alta; realizada Phmetria de 24 horas presenta un valor DeMeester 2 y en la manometría 2, no comorbilidades asociadas.

Intervención: bajo anestesia general se realiza inducción de neumoperitoneo con aguja de Veress en línea media axilar izquierda, abordaje mediante tres puertos de 5mm y dos de 3mm, colocación de Separador hepático tipo Nathanson a través de orificio de 5mm.

Diseción del hiato obteniendo 4 cm de esófago intrabdominal, identificación de los nervios vagos anterior y posterior, liberación del fundus gástrico mediante bisturí armónico seccionando los vasos cortos. Cierre de la crura mediante tres puntos simples de Ethibond® 3/0; se confecciona la Funduplicatura mediante anclaje del fundus al pilar izquierdo y al esófago y dos puntos más del fundus al esófago, haciendo lo mismo en el lado derecho con la sutura mencionada con anterioridad, revisión de la hemostasia y cierre de la piel con sutura reabsorbible. El paciente curso alta en régimen CMA2.

Conclusión: Presentamos un caso de ERGE tratado de una manera no habitual en nuestro medio, en el cual se considera a la técnica de Nissen el Gold Standard en el tratamiento laparoscópico del reflujo. El caso demuestra la posibilidad de realizar una técnica segura y avalada por múltiples estudios recientes con nivel de evidencia científica Ib, con abordaje y utilización de mini-instrumentos, así como la participación de dos cirujanos, en vez de los tres necesarios en el abordaje tradicional, gracias al separador hepático tipo Nathanson.

Acceso laparoscópico de la pcf. Proctocolectomía total restauradora.

Manuel Ruiz Lopez, Ivan Gonzalez Poveda, Santiago Mera Velasco, Jose Antonio Toval Mata, Joaquin Carrasco Campos, Alberto Titos Garcia, Rosa Becerra Ortiz, Julio Santoyo Santoyo

VÍDEO. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La poliposis colónica familiar es una enfermedad caracterizada por la presencia de numerosos pólipos, por encima de 100, en colon y recto, su penetrancia familiar y su evolución hacia la malignización, lo que obliga a la realización de una colectomía total o una proctocolectomía total restauradora.

Material y Método: Presentamos 1 caso de poliposis colónica familiar en la que se realizó un abordaje laparoscópico,

efectuando una proctocolectomía total con reservorio ileoanal "en J" e ileostomía de protección por vía laparoscópica.

Resultados: Presentamos la intervención completa, las dificultades principales encontradas, las alternativas que se manejaron y enseñanzas que se han extraído para futuras intervenciones.

Conclusiones:

La cirugía laparoscópica de la poliposis colónica familiar resulta una alternativa interesante desde el punto de vista de reducir la agresividad quirúrgica y de la estética, no interfiriendo en la calidad oncológica ni de la resección colorrectal.

Analisis de nuestra experiencia tras 100 resecciones colorrectales roboticas

Manuel Ruiz Lopez, Santiago Mera Velasco, Ivan Gonzalez Poveda, Jose Antonio Toval Mata, Joaquin Carrasco Campos, Alberto Titos Garcia, Rosa Becerra Ortiz, Julio Santoyo Santoyo

ORAL. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La cirugía robótica representa una nueva tecnología aplicable a muchos campos de la cirugía general y digestiva, siendo la cirugía colorrectal donde existe una experiencia más importante. Presentamos nuestra experiencia tras 100 resecciones colorrectales.

Material y Método: Presentamos 100 casos intervenidos desde Abril-2009 hasta Enero-2012. En nuestra serie intervinimos 60 varones y 40 mujeres, con una edad media de 65,4 años. En cuanto al diagnóstico se intervinieron 95 neoplasias y 5 diverticulosis. Analizamos variables demográficas, estancias, variables preoperatorias, intra y postoperatorias, variables oncológicas, complicaciones y seguimiento.

Resultados: Realizamos 10 colectomías derechas, una izquierda, 26 sigmoidectomías, 20 resecciones anteriores, 12 resecciones anteriores bajas, 7 resecciones anteriores ultrabajas, 1 Hartmann y 23 amputaciones abdominoperineales. Se reconvirtieron 6 enfermos. La mediana de la estancia postoperatoria fue de 6 días. Se determinaron una media de 12,28 ganglios totales y 1,71 positivos. Los resultados de morbilidad y de mortalidad se ajustaron a los requeridos para cirugía colorrectal.

Conclusiones:

Los estándares no difieren de los habituales en cirugía colorrectal. Las ventajas en comodidad, calidad de visión, ergonomía del material y destreza en territorios difíciles es innegable, como lo es el hecho de su alto precio, de la pérdida de la sensación táctil y de su inconveniente para trabajar en campos amplios.

Creemos que una vez demostrada su factibilidad, garantía oncológica y de resultados en morbi-mortalidad, solo quedaría lograr una optimización de su precio para lograr la universalización del dispositivo.

Abdomen agudo por divertículo apendicular

S. Roldán Ortiz, M.A. Mayo Ossorio, M. Alba Valmorisco, M. López Zurera, D. Pérez Gomar, A. Bengoechea Trujillo, M. Bazán Hinojo, J.M. Pacheco García, J.L. Fernández Serrano

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La diverticulosis apendicular es una patología poco frecuente. Su diagnóstico es incidental, generalmente como hallazgo anatomopatológico, en el contexto de un cuadro de apendicitis aguda. Presentamos un caso de un paciente de 18 años intervenido recientemente en nuestro servicio.

Caso Clínico:

Paciente de 18 años que ingresa en urgencias por presentar dolor abdominal difuso de 20 días de evolución. El dolor aumenta con los movimientos y ha presentado fiebre de hasta 39°C. No refiere alteraciones del hábito intestinal, pero sí, astenia y anorexia. Fue tratado durante este tiempo con anti-bioterapia por sospecha de ITU. AP: Obesidad grado I. Intervenido de estenosis ureteral por ectasia pielocalicial derecha en la infancia (con anastomosis termino-terminal). Exploración Física: BEG. Obesidad. Abdomen blando y depresible doloroso a la palpación en FID con ligera irritación peritoneal. RHA +. EC: leucocitosis con reactantes de fase aguda. Ecografía abdominal: Colección hipocogénica delimitada por asas intestinales y grasa hiperecogénica. Sospecha de plastrón secundario a apendicitis. TAC abdominal: Colección mal delimitada de 8 x 5 cm en FID sugestiva de plastrón apendicular. Con diagnóstico de apendicitis aguda, se interviene iniciando abordaje laparoscópico donde se identifica estructura tubular de unos 10 cm a nivel de plastrón en región ileocecal, que junto a los antecedentes del paciente motivan a la conversión en laparotomía media, apreciándose apéndice cecal de 15 cm de longitud, en posición retrocecal y se completa apendicectomía reglada. Anatomía Patológica: Apéndice cecal flemonosa de 15 cm de longitud con divertículo apendicular de 0,5 cm de espesor.

Discusión:

El divertículo apendicular es una patología poco frecuente (1 %). Se observa mayor prevalencia en mujeres ancianas y varones jóvenes, como es el caso de nuestro paciente. En relación al número y tamaño, éste suele oscilar de 0,5- 1.0 cm hasta 2.0 cm, divertículo único o múltiples. En nuestro caso, un único divertículo de 0,5 cm. Anatomopatológicamente hay dos posibilidades como son divertículos congénitos y los pseudodivertículos, estos últimos los más frecuentes formados sólo por mucosa. Por el contrario los divertículos congénitos, más frecuente en jóvenes como el caso de nuestro paciente, con presencia de todas las capas histológicas. La clínica fue indistinguible a la presentación habitual de apendicitis aguda, motivo por el cual el diagnóstico fue anatomopatológico, sin evidencia en pruebas de imagen practicadas. Con respecto al tratamiento se realiza apendicectomía debido a sospecha diagnóstica.

Tumor de celular granulares

Gallart, Ortega, Cabrerizo

PÓSTER. CIRUGÍA DE MAMA

Introducción: El tumor de células granulares descrito por Abrikossof en 1926, es una lesión tumoral benigna infrecuente (0.06/ 100.000 hab/año), que deriva de las células de Schwann de los nervios periféricos. La localización más frecuente es en cabeza y cuello, siendo excepcional la localización mamaria (5 % de los casos). Es muy fácil confundir radiológicamente y clínicamente esta lesión de un carcinoma, de ahí la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial con dicha patología.

Material y métodos: Mujer de 52 años de edad, apendicectomizada que es derivada a nuestro Servicio de Cirugía por tumoración de consistencia pétreo en cuadrante supero interno de mama izquierda de 2,5 cm de tamaño. Se realiza mamografía que informa de lesión con características Bi-RADS- 4 y biopsia con aguja gruesa que informa de tumor de células granulares. Realizamos cuadrantectomía supero interna izquierda y la enferma es dada de alta hospitalaria a las 27 horas de la intervención quirúrgica. Tras la cirugía realizamos controles mamográficos cada 6 meses de dicha paciente, no evidenciándose recidiva de la lesión ni otro hallazgo patológico. Como complicación postoperatoria destacamos cicatriz hipertrófica y dolorosa.

DISCUSIÓN: El tumor de células granulares en raras ocasiones presenta una localización en tejido mamario, su localización principal es en cabeza y cuello (30% de los casos en lengua). Se da en 1 de cada 1000 casos de cáncer de mama, siendo su localización principal el cuadrante superointerno. Frecuentemente por sus características clínicas y radiológicas suele confundirse con un carcinoma. Histológicamente se caracteriza por nidos o masas celulares de amplio citoplasma granular con núcleo pequeño y redondeado, dichas células dan positividad a proteína S-100 y vimentina, siendo negativas para citoqueratinas y receptores hormonales a diferencia de las células malignas. Con frecuencia la punción aspiración da resultados anatomopatológicos erróneos como citología maligna para inusual tipo de carcinoma, lesión sospechosa de malignidad, células benignas apocrinas o lesión benigna histiocitaria, debido a las características citológicas del tumor. Se han descrito casos con agresividad local y variantes malignas con metástasis a distancia, aunque esto es infrecuente y presentan unas determinadas características como necrosis, intensa actividad mitótica y pleomorfismo celular. El cirujano debe tenerlo presente a la hora del diagnóstico diferencial en la patología mamaria y realizar en esta variedad tumoral tratamiento conservador al ser una patología benigna.

CONCLUSIÓN: El tumor de células granulares en raras ocasiones presenta una localización en tejido mamario. Frecuentemente por sus características clínicas y radiológicas suele confundirse con un carcinoma. Con frecuencia la punción aspiración da resultados anatomopatológicos erróneos como citología maligna para inusual tipo de carcinoma, lesión sospechosa de malignidad, células benignas apocrinas o lesión benigna histiocitaria, debido a las características citológicas del tumor. El cirujano debe tenerlo presente a la hora del diagnóstico diferencial en la patología mamaria y realizar en esta variedad tumoral tratamiento conservador al ser una patología benigna.

Tumor mesenquimal

Gallart, Ortega, Cabrerizo

PÓSTER. CIRUGÍA DE MAMA

INTRUDUCCIÓN: Los tumores mesenquimales o mesoteliomas son una forma de cáncer que afecta a mesotelio (membrana de órganos vitales del cuerpo como pulmón, corazón y órganos abdominales). La supervivencia de los pacientes con esta patología es corta, la media de tiempo es dos años desde la aparición de la sintomatología, por lo que es esencial una actitud diagnóstica y terapéutica rápida por parte del cirujano.

Material y métodos: Presentamos a paciente varón de 73 años de edad, sus antecedentes personales son HTA, diabetes Mellitus tipo II y síndrome prostático. El paciente es derivado a consulta de cirugía general por presentar tumoración en región inguinal izquierda de dos meses de evolución sin asociarse a otra sintomatología. No síndrome constitucional, no adenopatías palpables en la exploración, ni alteración de parámetros analíticos. Se realiza TAC abdomino-pélvico con contraste intravenoso que nos informa de lesión en canal inguinal de densidad líquida densa con múltiples áreas de calcificación irregular en su periferia.

RESULTADOS: Dado los hallazgos clínicos y radiológicos del paciente se decide realizar biopsia de dicha tumoración cuyos hallazgos son, origen mesenquimal de la misma. Ante dicha situación se decide intervención quirúrgica preferente. Se realiza extirpación de tumoración, cuyo tamaño es de 15 cm y se asocia con hernioplastia inguinal según técnica de Lichstein. El tumor se encontraba adherido completamente al orificio inguinal profundo, sin presentar realización alguna con testículo izquierdo. El paciente fue dado de alta al 5º día postoperatorio y es seguido mensualmente por el Servicio de Oncología médica.

CONCLUSIÓN: Es frecuente en la práctica clínica la confusión diagnóstica ante la presencia de tumoraciones en la región inguinal. La hernia inguinal es el diagnóstico más frecuente ante este signo, pero el cirujano siempre debe tener presente en mente este tipo de patologías. Debe apoyarse en pruebas de imagen y estudios anatomopatológicos ante la duda diagnóstica y siempre pensar en esta etiología ante la presencia de masa quística densa en una prueba de imagen, no asociada a adenopatías. Los tumores mesenquimales de tubo digestivo, especialmente los de extirpe muscular lisa requieren una actuación quirúrgica rápida y eficaz debido a la poca supervivencia de estos pacientes, afectada por el retraso diagnóstico.

Complicaciones locales de los estomas según el material usado para su realización

Tatiana Prieto.-Puga Arjona, Alberto Titos García, Manuel Ruiz López, Santiago Mera Velasco, Joaquín Carrasco

Campos, Iván González Poveda, José Antonio Toval Mata, Julio Santoyo Santoyo.

ORAL. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Los estomas son una forma de derivación intestinal muy utilizada en enfermedades colorrectales. Las complicaciones pueden ser precoces o tardías. Muchos factores están implicados, siendo los factores técnicos los más importantes.

Presentamos un estudio para observar si existen diferencias en cuanto a las complicaciones relacionadas con los estomas según el material de sutura utilizado para su realización.

MATERIAL Y METODO

Estudio de cohortes aleatorizado en pacientes en los que se realizó estoma entre los años 2010-2011 en nuestro hospital. Grupo de estudio: estoma realizado con material irreabsorbible. Grupo control: estoma realizado con material reabsorbible. Variable estudio: complicaciones del estoma según el material de sutura utilizado para su realización. Análisis estadístico: software SPSS. Contraste estadístico mediante el test de la χ^2 , aceptando como niveles significativos $p < 0,05$.

Resultados Un total de 46 pacientes formaron parte de nuestro estudio, que se repartieron de forma igualitaria entre ambos sexos. La edad media de los pacientes fue de $68,98 \pm 18,84$ años. Los estomas fueron realizados en un 54% con hilo irreabsorbible (25 casos) y en un 46% con hilo reabsorbible (21 casos). Se han producido un 32% de complicaciones relacionadas con los estomas, 8 de ellos se realizaron con hilo irreabsorbible y 7 con hilo reabsorbible; siendo estos resultados no estadísticamente significativos.

CONCLUSIONES

Solo existe un estudio que compara la tasa de complicaciones producidas comparando el uso de hilo monofilamento con multifilamento, en el que se observan diferencias estadísticamente significativas entre el hilo utilizado y las complicaciones mucocutáneas del estoma, demostrando una menor tasa de complicaciones el monofilamento (1). Siendo conscientes de la pequeña n de nuestro estudio, éste sugiere que no existen diferencias en relación con las complicaciones de los estomas y el material de sutura utilizado para su realización.

Signo del Mercedes-Benz

Tatiana Prieto-Puga Arjona, Beatriz García Albiach, Jose Luis Fernandez Aguilar, Belinda Sanchez Perez, Miguel Angel Suarez Muñoz, Jose Antonio Perez-Daga, Julio Santoyo santoyo

PÓSTER. CIRUGÍA HEPATOBILIAR

La presencia de gas en el interior del cálculo o signo de Mercedes-Benz se debe al desarrollo de fisuras en el proceso de cristalización; aproximadamente la mitad de los cálculos presentan fisuras, pero solo algunos contienen gas en su interior. (1,2,3) El gas observado corresponde a una mezcla de oxígeno, dióxido de carbono y nitrógeno. (1,2)

Se presentan dos casos, el primero una paciente con colecistitis aguda y cálculos con gas en su interior y el segundo

un hallazgo radiológico casual en una paciente estudiada por dolor abdominal y diagnosticada de plastrón apendicular.

La colecistitis enfisematosa y la aerobilia, hay que tenerlas en cuenta como posible diagnóstico diferencial ante la presencia de aire en la zona del hipocondrio derecho.

El signo del Mercedes Benz es importante como herramienta diagnóstica ya que permite presumir la presencia de litiasis biliar, sobre todo cuando los cálculos no son lo suficientemente opacos para ser vistos fácilmente en TC de abdomen y radiografía simple (1).

Esta imagen fue descrita por p Bauer en 1931 en Rx de abdomen y en 1973, Meyers le dio el nombre de “signo del Mercedes Benz” debido a la disposición trirradiada de las radiolucencias y su similitud con el símbolo de la marca de automóviles, aunque el gas puede adoptar otras formas(1). Este signo es raro, existiendo muy pocos casos publicados en la literatura.(1,2)

Cuerpo extraño intraabdominal

Vanesa Maturana Ibáñez, Javier Espinosa Soria, Juan Hernández Villalba, Emilio Meroño Carvajosa, Jose Ramón Ots, Juan Navío

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: Los cuerpos extraños que pueden quedar de forma voluntaria o involuntaria tras una intervención quirúrgica constituyen un problema poco analizado en la literatura médica. Su presencia genera dilemas diagnósticos, pudiendo causar daños al paciente y entrañar consecuencias profesionales y médico-legales.

Caso clínico: Mujer de 62 años que acude a urgencias por dolor en FII y fiebre de 2 semanas de evolución. AP: ligadura de trompas hace 20 años. Exploración: Dolor a la palpación con defensa en FII. Analítica: 14.600 leucocitos con neutrofilia y PCR de 9. Radiografía simple de abdomen: Imagen lineal de densidad metálica en FII. TC abdominal: Se objetiva en FII, área ovalada de 5,5 cm con cambios inflamatorios en la grasa local con imagen de alta densidad de 3 cm de longitud por delante del colon y adyacente a pared abdominal. Ante estos hallazgos se decide realizar una laparoscopia exploradora, encontrando plastrón inflamatorio de epiplon adherido a pared abdominal en cuyo interior se aprecia objeto metálico de 3 cm, procediendo a su extracción y lavado de cavidad. La paciente evoluciona favorablemente, siendo alta hospitalaria a las 48 horas. El cuerpo extraño se identificó como “clip quirúrgico” probablemente de la antigua intervención de ligadura tubárica.

COMENTARIOS: El hallazgo de un cuerpo extraño abdominal en la cirugía de urgencia tiene una incidencia entre 0,3-1/1.000 intervenciones abdominales. Cuando quedan cuerpos extraños en la cavidad abdominal, el organismo trata de eliminarlos o hacerlos inocuos. Los clips quirúrgicos tradicionalmente se han considerado inertes. Pero se han descrito complicaciones relacionadas con el abandono de clips y litiasis postcolecistectomía, HDA por una úlcera duodenal y estenosis de colédoco causadas por clips migrados tras colecis-

tectomía laparoscópica. Si analizamos otras cirugías, podemos destacar un caso de migración de un clip al tracto urinario, y el hallazgo de un DIU en cavidad abdominal a los tres años de su colocación. Un clip de Filshie utilizado para esterilización tubárica por vía laparoscópica originó un absceso perianal tardío a consecuencia de su migración hacia el espacio isquio-rectal. Solo existe un estudio prospectivo sobre 150 pacientes, con seguimiento durante 2 años y después bianual mediante radiografías seriadas, que al analizar los factores predisponentes a la migración de clips quirúrgicos, destaca la presencia de un muñón corto del conducto cístico, colocación incorrecta de clips y las complicaciones locales.

Lesión ureteral tras cirugía colorrectal

Vanesa Maturana Ibáñez, Javier Espinosa Soria, Juan Hernández Villalba, Jose Ramón Ots, Juan Navío

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: Las lesiones ureterales en cirugía colorectal son poco frecuentes pero a tener en cuenta, sobre todo en pacientes de alto riesgo.

Caso clínico: Paciente varón de 70 años con antecedentes de cirugía pélvica que presenta un tumor en colon transversal y pólipos no reseables por endoscopia en colon descendente. Se realiza, de forma programada, colectomía subtotal abierta con anastomosis ileo-rectal mecánica. Durante el procedimiento se identifican ambos uréteres. En el postoperatorio el paciente evoluciona favorablemente recuperando tolerancia y tránsito gastro-intestinal. El sexto día presenta exudado seroso por el drenaje con un débito alto (800-1000 cc diarios), coincidiendo con un descenso de la diuresis. Se solicita bioquímica del exudado objetivando elevación de la urea y la creatinina. Se solicita urografía intravenosa objetivando lesión parcial del uréter en su tercio distal con salida de contraste a cavidad. Se consulta el caso con radiología intervencionista y se consigue por radioscopia, y a través de una nefrostomía, canalizar el uréter con un drenaje “pig-tail” hasta vejiga. De esta forma, el paciente recupera unas cifras de diuresis correctas y desaparece el exudado por el drenaje intraabdominal. A los 15 días se realiza control radiológico donde se aprecia cierre del defecto ureteral retirando el tutor y dejando una nefrostomía que dos semanas más tarde se retira tras comprobar de nuevo la permeabilidad de la vía urinaria.

COMENTARIOS: Las lesiones de la vía urinaria durante cirugía pélvica son una iatrogenia relativamente frecuente, sobre todo en cirugía ginecológica (hasta el 75 % del total), durante la histerectomía. En cirugía colorectal la incidencia es muy variable (0-5,7 %), sobre todo en la amputación abdomino-perineal y sigmoidectomía. Se consideran factores de riesgo la enfermedad inflamatoria intestinal, el antecedente de cirugía pélvica previa, neoplasia localmente avanzada, malformaciones en la anatomía, radioterapia previa, obesidad y un cirujano sin experiencia. La identificación durante la cirugía del uréter es fundamental para evitar su lesión, y si ésta se diera, objetivarla durante la intervención disminuye la morbilidad y permite su reparación en el mismo acto. Las lesiones

pueden producirse por sección, ligadura, desvascularización y quemadura. Ésta última suele aparacer de forma tardía. La utilización de catéter ureteral para evitar la lesión durante el acto operatorio debe limitarse a aquellos pacientes con factores de riesgo, ya que la técnica no está exenta de riesgos.

Quiste broncogénico infradiafragmático: abordaje laparoscópico

Vanesa Maturana Ibáñez, Javier Espinosa Soria, Juan Hernández Villalba, Emilio Meroño Carbajosa, Santos Bravo Lázaro, Vicente Marzal Felici

POSTER. MISCELÁNEA

Introducción: Los quistes broncogénicos son una entidad poco frecuente. Se deben a un desarrollo anormal del divertículo ventral del árbol broncopulmonar durante el desarrollo fetal. Suelen asentar en el mediastino medio y habitualmente cursan de forma asintomática, pudiendo plantear problemas de diagnóstico diferencial con otras lesiones benignas y malignas.

Caso clínico: Mujer de 36 años atendida en el servicio de Urgencias por dolor abdominal a nivel de hipocondrio izquierdo de una semana de evolución. El estudio radiológico objetivó la presencia de una lesión quística ovalada de 5,4 x 5,6 x 6 cm, de pared lisa y uniforme y con pequeñas calcificaciones, que condicionaba una impronta sobre la unión gástricoesofágica y fundus gástrico, desplazando anteriormente la cola del páncreas y lateralmente la glándula suprarrenal. Los marcadores tumorales y serología hidatídica fueron negativos. Ante la clínica de la paciente, y la falta de filiación, se decidió revisión laparoscópica de forma programada. Tras la apertura de la transcavidad de los epiplones, se halló una gran tumoración quística, retroperitoneal, a nivel paravertebral izquierdo, recubierta por fibras musculares procedentes del pilar diafragmático izquierdo. Se procedió a disección y enucleación de la tumoración sin objetivar dependencia de ninguna de las estructuras adyacentes, reseccándose íntegramente. El estudio anatomopatológico describió una tumoración quística de 4,5 cm de diámetro, compatible con quiste broncogénico. La paciente evolucionó sin complicaciones siendo dada de alta al 5^a día.

COMENTARIOS: Los quistes broncogénicos son los quistes primarios más frecuentes del mediastino. Su localización subdiafragmática es extremadamente rara, donde en la mayoría de los casos están adheridos o comunicados con el tubo digestivo. Habitualmente son hallazgos casuales durante un estudio radiológico, presentándose en el TAC como una masa bien delimitada de pared lisa o lobulada que no capta contraste. De los casos publicados, la mayoría se ubican en el hemiabdomen izquierdo (90%), siendo la localización más frecuente por encima de la glándula suprarrenal izquierda. Respecto a la resección quirúrgica de los quistes asintomáticos es controvertida, si bien la conducta expectante ha sido defendida, es frecuente su infección, dificultando la posterior exéresis, con mayor morbilidad-mortalidad, ello unido a que el diagnóstico definitivo es anatomopatológico, y que se han

descrito fibrosarcomas y carcinomas en quistes broncogénicos. La exéresis laparoscópica se ha utilizado desde 1997 en pacientes sin contraindicaciones para la cirugía.

Sigmoiditis severa que evoluciona a pileflebitis

Vanesa Maturana Ibáñez, Juan Hernández Villalba, Javier Espinosa Soria, Vicente Marzal Felici, Emilio Meroño Carbajosa, Juan Navío

POSTER. CIRUGÍA COLORRECTAL

Introducción: La pileflebitis o tromboflebitis séptica de la vena porta es un proceso infeccioso cuya incidencia ha ido en aumento debido a un incremento en su detección por medio de las técnicas de imagen. Puede complicar la sepsis intrabdominal de cualquier etiología, aumentando la morbilidad y mortalidad de manera significativa.

Caso clínico: Varón 51 años, con AP de HTA y diverticulosis con cuadro de diverticulitis en 2003. Ingresó por diverticulitis aguda con fiebre y dolor abdominal persistentes a pesar de tratamiento antibiótico. El TAC del ingreso informaba sobre múltiples divertículos en sigma con pequeña colección de gas extraluminal y pequeño trayecto fistuloso que desde uno de los divertículos de sigma discurre anterior a vasos retroperitoneales. Ante la falta de respuesta a tratamiento médico se realiza nuevo TAC que destaca la presencia de gas en la vena mesentérica inferior, esplénica, ejes esplenoportales, porta principal y sus ramas. Pequeño neumoperitoneo y lesión compatible con infarto triangular periférico del bazo. Ante el diagnóstico de diverticulitis aguda con pileflebitis se decide cirugía urgente realizándose intervención de Hartmann. Durante el postoperatorio el paciente presenta picos febriles, por lo que se realiza TAC abdominal que informa sobre dos colecciones intraabdominales de pequeño tamaño que respondieron a tratamiento antibiótico. El paciente posteriormente evolucionó favorablemente recibiendo el alta hospitalaria.

COMENTARIOS: La pileflebitis puede complicar cualquier infección abdominal o pélvica que ocurra en la región drenada por el sistema venoso portal, especialmente diverticulitis, y menos frecuentemente apendicitis, colangitis o enfermedad inflamatoria intestinal. El microorganismo más comúnmente aislado es *Bacteroides fragilis*, seguido por bacilos aerobios Gram negativos. Puede tener un inicio y una evolución diversa, desde un paciente asintomático hasta shock séptico. La fiebre y el dolor abdominal son los signos más frecuentes. El diagnóstico requiere demostración de trombosis venosa portal o existencia de gas en el sistema portal acompañada de bacteriemia en un paciente febril. Dado que es una entidad poco frecuente, el diagnóstico con frecuencia se retrasa empeorando así el pronóstico. El manejo se basa en la antibioterapia de amplio espectro, en el tratamiento quirúrgico en los casos de focos infecciosos intrabdominales y en la terapia anticoagulante y trombolítica. Teniendo en cuenta el tipo de microflora mixta, se recomienda: ampicilina, gentamicina y metronidazol. A pesar de todo, la mortalidad es elevada (11-32%).

Tratamiento laparoscópico de las apendicitis agudas. Nuestra experiencia durante 8 años

López López Y. , Reig Pérez M. , Robles de la Rosa J.A., Romero Fernandez J.M., Amaya Cortijo A.

ORAL. MISCELÁNEA

Introducción: La cirugía laparoscópica de las apendicitis agudas es la técnica de elección a la hora de plantear el abordaje de dicha patología. En nuestro servicio de Cirugía General de forma estandarizada se realizan por vía laparoscópica las apendicectomías urgentes, con utilización de trocar de Hasson umbilical para la creación del neumoperitoneo y dos trocates auxiliares.

Material y método : Desde el inicio de la cirugía urgente en Diciembre del 2003 hasta Marzo del 2012 hemos intervenido un total de 1116 pacientes con apendicitis agudas, de los cuales según la distribución por sexo resultan 460 mujeres y 656 hombres , con un rango de edad entre los 14 y los 88 años. Describimos la técnica, morbilidad perioperatoria , estancia media, y ventajas de esta vía de abordaje.

Resultados: Casi la totalidad de las intervenciones se realizaron por vía laparoscópica excepto en 21 pacientes en los que el abordaje fué por vía abierta (coincidiendo estos casos en los primeros meses de la serie recogida).La estancia media se calcula en 2,8 días. Las complicaciones perioperatorias mas frecuentes recogidas son : infección de herida quirúrgica, colección intrabdominal, reintervención, reconversión, ileo postoperatorio y otras con una mínima incidencia.

Conclusiones: Podemos afirmar atendiendo a los resultados de este estudio retrospectivo , valorable por la larga serie recogida, que la cirugía de las apendicitis de urgencia por vía laparoscópica ofrece una serie de ventajas respecto a la clásica vía de abordaje abierto. Dichas ventajas se podrían enumerar como : una menor incidencia de complicaciones de la herida quirúrgica ,menor dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria, retorno más temprano a actividades cotidianas y laborales, mejor reconocimiento intraoperatorio de otras patologías, menor riesgo de adherencias y mejores resultados estéticos.

Biopsia selectiva de ganglio centinela previa a quimioterapia neoadyuvante

Ángel Ramiro Sánchez, Joaquín Navarro Cecilia, Carolina Luque López, Ana Ruiz Mateas, Julia Martínez Ferrol, Marta Checa Ceballos, Crisóstomo Ureña Tirao, Basilio Dueñas Rodríguez.

CIRUGIA DE LA MAMA

Introducción: La biopsia selectiva de ganglio centinela se ha convertido en un método habitual para estadificar el cáncer de mama. La QT neoadyuvante ha sido considerada una de las contraindicaciones para la realización de dicha técnica, debido a la potencial fibrosis secundaria y distorsión linfática. No obstante, el momento de realizarla influye en su ejecución,

y se considera su indicación previa al tratamiento sistémico. Las ventajas son conocer el estado inicial ganglionar, ausencia de alteraciones histopatológicas en la muestra y mantener los mismos índices de identificación en la biopsia selectiva del ganglio centinela.

Material y Métodos

De manera prospectiva, se incluyeron 40 pacientes desde Enero de 2007 a Agosto de 2009. Los criterios de inclusión fueron: Mujeres con cáncer de mama mayor de 3 cm, axila clínica y ecográficamente negativa (en casos dudosos, se realizó PAAF o BAG), edad menor de 70 años, aceptación del consentimiento informado; como criterio de exclusión, carcinoma inflamatorio.

Se realizó biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) previo al tratamiento sistémico primario en todas ellas, con posterior cirugía a los 28 días tras finalizar dicho tratamiento. La localización preoperatoria del ganglio fue mediante inyección con 99 mTc-nanocoloides y búsqueda con sonda Gamma Finder. El estudio intraoperatorio diferido con Hematoxilina-Eosina. El esquema de QT: Adriamicina, Docetaxel y si es Her-2 +, trastuzumab. El seguimiento ha consistido en evaluación clínica y ecográfica axilar cada 6 meses, continuando en la actualidad.

Resultados: Se realizó estudio descriptivo de la muestra, recogiendo edad, sexo, clasificación histológica, estado de receptores hormonales y Her2/neu, grado histológico (Bloom-Richardson), tipo de cirugía, recidiva axilar, fecha de seguimiento y supervivencia, y se ha determinado también la capacidad de localización del ganglio y su grado de afectación tumoral.

Conclusiones: La biopsia selectiva de ganglio centinela es una herramienta diagnóstica útil en el manejo de los pacientes que necesitan tratamiento sistémico primario. La estadificación axilar adecuada mediante ultrasonidos (con estudio citológico en ganglios sospechosos) es importante a la hora de seleccionar a los pacientes que se beneficiarán. Como desventaja principal, requiere una intervención quirúrgica adicional.

Manejo de axila positiva en el contexto de quimioterapia neoadyuvante: resultados preliminares de un ensayo clínico

Ángel Ramiro Sánchez, Joaquín Navarro Cecilia, Carolina Luque López, Francisco Morales Vida, Marta Checa Ceballos, M^a Carmen Moreno Díaz, Crisóstomo Ureña Tirao, Basilio Dueñas Rodríguez.

CIRUGIA DE LA MAMA

Introducción: La identificación de ganglios axilares positivos para cáncer de mama es una contraindicación para la BSGC. Este estudio pretende determinar qué pacientes se podrían beneficiar de la biopsia selectiva de ganglio centinela, y en caso de un resultado negativo, la omisión de linfedectomía, tras un tratamiento sistémico primario. No obstante, actualmente no existe evidencia científica suficiente para apoyar esta decisión.

Material y método: Se han seleccionado de manera pros-

pectiva 26 pacientes con identificación citológica o histológica axilar positiva para células malignas de cáncer de mama y que son candidatas a tratamiento con quimioterapia neoadyuvante según protocolo de nuestra Unidad (tumores de mama T2-T3 y edad menor de 70 años).

Se procedió a la identificación y biopsia del ganglio centinela intraoperatorio postquimioterapia neoadyuvante por método OSNA, tras lo cual se realizó en todas las pacientes linfadenectomía axilar.

Resultados: Se han identificado el 100% de los ganglios centinelas. No se han encontrado ningún falso negativo.

Conclusiones: La tasa de identificación es similar a la de la BSGC pre quimioterapia neoadyuvante. Se han encontrado valores de negativización total de los ganglios axilares en un número no desdeñable de pacientes. Por lo tanto, consideramos necesario realizar estudios con mayor número de casos para apoyar la posibilidad de no realizar linfadenectomía axilar en pacientes con negativización de ganglios axilares tras tratamiento sistémico primario. En la actualidad, nuestra recomendación es continuar realizando linfadenectomía axilar en estos casos.