

nitrosaminas y es más frecuente en mujeres. Su ubicación es más frecuente en el cuerpo-cola que en la cabeza del páncreas. Es importante su diagnóstico precoz y diferencial con otras lesiones quísticas pancreáticas de tipo benignas ya que se tratan de lesiones con potencial preneoplásico cuyo tratamiento precoz conduce a la curación en la mayoría de los casos.

**Material y métodos:** Presentamos un estudio retrospectivo del tratamiento quirúrgico de esta patología mostrando la experiencia de nuestro servicio de cirugía en el periodo que transcurre desde 2000 hasta 2008.

**Resultados y conclusiones:** El tratamiento de los tumores quísticos mucinosos del páncreas es sin duda quirúrgico. El diagnóstico diferencial de otras lesiones quísticas precisa de distintas pruebas de imagen y su diagnóstico precoz es importante ya que se trata de lesiones preneoplásicas cuyo tratamiento quirúrgico precoz conlleva una alta supervivencia.

### Factores asociados a los tumores de novo del trasplante hepático

L. Tallón Aguilar, L. Barrera Pulido, C. Bernal Bellido, G. Suárez Artacho, JM. Álamo Martínez, F. Pareja Ciuró, I. García González, J. Serrano Díaz-Canedo, MA. Gómez Bravo

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. HH. UU. Virgen del Rocío.

**Introducción:** Los pacientes sometidos a trasplante hepático tienen un alto riesgo de desarrollar cáncer consecuencia principalmente del tratamiento inmunosupresor que reciben, viéndose también implicados otros factores como la infección por CMV o la causa de la cirrosis pretrasplante.

**Material y métodos:** Analizamos toda la serie de pacientes sometidos a trasplante hepático de nuestro hospital desde el año 1990 hasta hoy, con un total de casi 700 trasplantados. Hemos analizado la incidencia de aparición de tumores de novo, su localización, tiempo transcurrido desde el trasplante, tratamiento realizado, supervivencia, tasa de recurrencia y factores que hayan podido influir en su aparición (tratamiento inmunosupresor, edad donante, causa del trasplante, infección por CMV, ...)

**Resultados:** La serie está compuesta por 64 casos de tumores desarrollados en 50 trasplantados hepáticos con una incidencia cercana al 7%. Los tumores de piel son los más frecuentes (39.06%), seguidos por los de la región ORL (15.62%), pulmón (14.06%) y gastrointestinales (9.37%). El tiempo de evolución medio desde el trasplante hasta el diagnóstico de certeza del tumor es algo inferior a los 4 años (47,74 meses) con un rango de 6 – 200 meses. La tasa de recurrencia es del 16%.

**Discusión:** La incidencia de tumores de novo en nuestra serie de trasplante hepático está acorde con la literatura descrita. Comparándolo con la inmunosupresión y el tiempo de duración de la misma, a pesar de analizar otros muchos factores que puedan influir en su aparición, ninguno es por sí mismo tan determinante como éste.

## COMUNICACIONES EN PÓSTER

### Gestión, pared abdominal, endocrino, mama, retroperitoneo

#### El residente de cirugía en el tratamiento de la patología hemorroidal, en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

A. Muñoz; J.M. Vázquez; F. Docobo; C. Sacristán; D. Molina; M.C. Olano.

Servicio de Cirugía. Unidad Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivo:** Analizar los resultados del tratamiento quirúrgico de las hemorroides realizado por residentes de cirugía, en una UCMA.

**Materiales y Método:** En 2007, fueron intervenidos 832 pacientes, por patología proctológica, en UCMA. Son: Sinus, 380 (45.67%); hemorroides, 231 (27.77%); fístulas 150 (18.03%); fisuras 71 (8.53%). Criterios inclusión: CMA. Preparación preoperatoria. Número nódulos: I, II, III. 1ª intervención extirpan 2 nódulos. Técnica: Fergusson o Milligan-Morgan Anestesia: Raquídea o local sedación. Alta CMA, analgesia programada y medidas higiénicas. Control postope-

ratorio telefónico, teléfono abierto y revisiones posteriores (48 horas y al mes).

**Resultados:** 231 intervenidos por hemorroides (27.76%, de 832 procesos proctológicos). Los residentes realizaron 533 procesos (64.06%), y 154 hemorroidectomías (66.66%, del total de 231 intervenidas en UCMA) Edad media: 41.62 años. Sexo: 130 mujeres (56.28%) y 101 hombres (43.72%). Nº nódulos: I, 64 (27.71%); II, 151 (65.37%); III, 16 (6.92%). Segunda intervención, 14 pacientes (6.06%). Técnica: Fergusson, 176 (76.19%); 2ª intervención 13. Milligan-Morgan, 55 (23.81%); 2ª intervención 4. Intervenciones de residentes: Fergusson 103 (66.88%) y Milligan-Morgan 51 (33.12%). Anestesia: Raquídea, 101 (43.72%); Local+sedación, 130 (56.28%). Alta: CMA, 226 (97.84%); 24 horas, 4 (1.73%); +24 horas, 1 (0.43%). Reingreso, 3 (1.29%); dolor 2 y sangrado importante 1. Controles: Curación, 228 (98.70%); recidiva o persistencia, 3 (1.30%).

**Conclusiones:** La hemorroidectomía es un procedimiento básico y fundamental en la formación del residente, Su participación directa en este tipo de procedimientos es muy alta (66.66%) y los resultados obtenidos con alta eficacia y eficiencia, es aceptado y con alta satisfacción.

## Mortalidad Nacional por efectos adversos ligados a la hospitalización.

A. Cárave López-Becerra, F. Docobo Durántez, A. García Durán, M. J. Tamayo López

*Unidad Gestión Clínica CMA. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla). Consejería de Salud de la Junta de Andalucía*

**Introducción:** Las políticas de calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo de España y las Consejerías de Salud, tienen entre sus objetivos prioritarios implantar estrategias para disminuir los efectos adversos (EAs). Objetivo: Estimar la mortalidad asociada a EAs por hospitalizaciones en España.

**Material y Método:** Aplicación resultados estudio nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) publicado por Agencia de Calidad del MSC (8.4% de los pacientes hospitalizados sufren EAs ligados a hospitalización de ellos 1,9% sufre exitus; el 42,6% de los EAs son evitables), al número de altas hospitalarias INE-2006.

**Resultados:** Número total altas hospitalarias año 2006 dato INE 4.725.788; tasa de reingresos estimación CMBD 20% (3.780.630 personas reciben alta hospitalaria), de estas 371.573 (8,4%) tendrían algún EA y de ellos son exitus 7.060 (1,9%) personas por relación directa con EA hospitalización en España; si el 42,6% de los EAs son evitables, se puede evitar la muerte de 3008 personas al año.

**Conclusiones:** 1.- Se estiman 7060 personas fallecidas por relación directa EAs hospitalización. 2.- Las acciones de Seguridad del Paciente pueden evitar 3008 muertes anuales por hospitalización. 3.- Si estimamos fallecimientos EAs asistencia sanitaria este valor se incrementará: ámbito hospitalario año 2005 consultas especializada (71.658.470); actuaciones urgencias (24.395.891); más si incluimos Atención Primaria (estudio APEAS incidencia de EAs 1,118%; de ellos 70,2% evitables y el 5,8% requieren hospitalización).

## Percepción sobre efectos adversos usuarios CMA. Resultados preliminares

F. Docobo Durántez; A. Cárave López-Becerra; A. García Durán; M.J. Tamayo Lopez.

*Unidad de Gestión Clínica CMA. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla) y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía*

**Introducción:** Las políticas de calidad de las autoridades sanitarias españolas tienen entre sus objetivos prioritarios implantar estrategias para disminuir los efectos adversos (EAs). La percepción de usuarios sobre EAs aunque poco conocida es importante para establecer acciones de mejora.

El objetivo del estudio es analizar percepción sobre EAs usuarios CMA.

**Material y Método:** Estudio percepción usuarios servicios quirúrgicos con encuesta elaborada y validada Universidad Miguel Hernández, se administran junto al alta con instrucciones de buzón del servicio para depósito. Estudio iniciado 28/abril/2008, a 16/mayo/2008; 124 encuestas para análisis parcial.

**Resultados:** 124 participantes 48,9% varones; 75% menores 70 años y 36,6% entre 31-50 años. El 65,3% conoce noticias de errores médicos, de estos 64,8% lo consideran preocupante. Aparición EA tratamientos 87,1% lo consideran nada o poco frecuentes. En última hospitalización 9,7% refiere complicaciones, de estos 13% gravedad (1,26%). Al 77,4% preocupa mucho sufrir un error médico, tan solo al 4% no preocupa. Para usuarios servicio CMA la probabilidad de padecer un evento adverso con consecuencias graves es 9,3%; muerte súbita 5,2%; accidente por inundación 1,7%; cortocircuito 5,8%; tren 2,5%; aéreo 0,8%; tráfico 33,1%; un atraco 25,6%; enfermedad grave 15,3%; perder el empleo 12%. El 88,7% considera que no pueden hacer nada para prevenir los EAs y depende de causas ajenas a ellos.

**Conclusiones:** Los usuarios del servicio de CMA consideran la aparición de EAs un tema preocupante aunque poco frecuente, sobre el que ellos apenas pueden influir.

## Adecuación de las estancias en cirugía

J I. Díaz Oller, C I Quesada Peinado, JM. Moreno Montesinos, A. Arcos Navarro, MT Medina Domínguez, R. Flores Arcas, G. Jurado Herrero, A. González Fenizi, JM. Ortega Beviá, A. Fernández Díaz, AE. Resola García, EG. Olea Cano

*Servicio de Cirugía General Hospital San Agustín de Linares (Jaén), Departamento de Cirugía de la Universidad de Sevilla (Sevilla) Escuela Politécnica Superior de Linares. Telemática de la Universidad de Jaén (Jaén)*

**Introducción:** La adecuación de las estancias hospitalarias se ha unido a una eficiente forma de gestión, en relación con el gasto, ya que algunos pacientes pueden ser atendidos en niveles asistenciales menos costosos o en menor tiempo.

**Objetivos:** Comparar los porcentajes de estancias inapropiadas en dos grupos de pacientes con distintas formas de gestión, sometidos a procesos susceptibles -teóricamente- de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

**Material y Métodos:** Se analizaron un grupo de pacientes (n= 966), intervenidos de procesos estandarizados mediante los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) 267, 160, 162, 158 y 163, susceptibles —teóricamente— de CMA en el bienio 2000-2001, bajo una forma de gestión tradicional, comparándolos con otro homogéneo (n=1.195) del bienio 2002-2003, en el ámbito de una Unidad de Gestión Clínica. Una vez obtenidos los porcentajes globales, se desglosan por GRD y se establece su significación estadística.

**Resultados:** Durante el bienio 2000-2001 se intervinieron globalmente dentro de los GRD descritos el 10,35% en régimen de CMA, vs el 38,58% en el 2002-2003 (OR = 5,44; 95% IC: 24,86%, 31,59%). Individualmente, en el GRD 267, 20,13% vs 67,93% (OR = 8,40; 95% IC: 38,45%, 57,12%). En el GRD 160, 16,47% vs 34,07% (OR = 2,62; 95% IC: 9,33%, 25,85%). En el GDR 162, 6,06% vs 40,12% (OR = 10,39; 95% IC: 29,07%, 39,06%). En el GRD 158, 5,86% vs 21,12% (OR: 4,30; 95% IC: 9,79%, 20,74%). GDR 163, 50% vs 66,66% (OR = 2; 95% IC: - 38,32%, 71,65%)

**Conclusiones:** 1.- La CMA se convierte en una herramienta necesaria para la gestión de estancias, y en definitiva, de camas disponibles -independientemente de factores económicos- demostrándose en el modelo de Unidad de Gestión Clínica.

2.- A pesar del esfuerzo realizado, independientemente de factores clínicos, hay otros de tipo social y organizativo que hacen muy difícil la mejora de los porcentajes.

### Hoja de Unidosis y Farmacovigilancia en un Servicio de Cirugía

J. Díaz Oller, M<sup>a</sup> T. Cantal Sánchez, C. Quesada Peinado, JM. Moreno Montesinos, A. Arcos Navarro, T. Medina Domínguez, R. Flores Arcas, G. Jurado Herrero, A. González Fenizi, A. Fernández Díaz.

*Servicio de Cirugía General y Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital San Agustín de Linares (Jaén). Escuela Politécnica Superior de Linares de la Universidad de Jaén (Jaén).*

**Introducción:** El empleo adecuado de la medicación y la disminución de los errores que se derivan de su prescripción por los Médicos del Hospital, es un paradigma a conseguir, en colaboración con el Servicio de Farmacia Hospitalaria.

**Objetivos:** Comparar los parámetros de adecuación de las prescripciones antes y después de una intervención de alerta, en los pacientes ingresados en un Servicio de Cirugía General de un Hospital Comarcal.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio analítico transversal de 7 días de duración en los 34 y 36 pacientes ingresados durante ese tiempo en nuestro Servicio, durante el mes de Noviembre de 2006 y 2007. En 2006, Se analizaron 9 parámetros de calidad en los datos de prescripción médica de la hojas autocopiativas de tratamiento que se envían al Servicio de Farmacia Hospitalaria: identificación del paciente (nombre, habitación/cama y nº de historia), fecha, hora, identificación del médico, alergias; en el fármaco per se: la vía de administración y posología subdividida esta en dosis, frecuencia y tiempo de administración, y se comunicaron a los miembros del Servicio. En 2007, tras la intervención, se analizan de nuevo y se comparan.

**Resultados:** La identificación del paciente fue correcta (nombre, habitación/cama, y nº de historia) en el 82,35% vs 97,22% (OR = 7,5; 95% IC: 0,98%, 28,76%). La fecha consta en el 88,23% vs 97,22% (OR = 4,66; 95% IC: -3,1%, 27,07%) (ns). La hora solo consta en el 14,70% vs 33,33% (OR = 2,9; 95% IC: -0,84%, 38,09%) (ns). La identificación del médico prescriptor con nombre y/o nº de CNP/Colegiado es el 17,65% vs 47,22% (OR = 4,17; 95% IC: 8,83%, 50,32%). Las alergias conocidas o su ausencia están notificadas en el 73,53% vs 80,5% (OR = 1,49; 95% IC: -12,65%, 26,7%) (ns). La vía de administración del fármaco fue especificada de forma correcta en el 94,12% vs 97,22% (OR = 2,18; 95% IC: -6,45%, 12,66%) (ns). La posología en dosis fue correcta en el 88,23% vs 94,44% (OR = 2,26; 95% IC: -6,95%, 19,37%) (ns). La frecuencia de administración fue correcta en el 76,47% vs 86,11% (OR = 1,90; 95% IC: -8,55%, 27,83%) (ns), y el tiempo de administración en el 58,82% vs 77,77% (OR = 2,45; 95% IC: -2,45%, 40,36%) (ns).

**Conclusiones:** 1.- Aun cuando sigue siendo necesario progresar en todos los parámetros de prescripción médica, la intervención sobre la información de ellos, ha originado su mejora, si bien la mayoría sin significación por el tamaño de la muestra (estudio transversal).

2.- Es muy útil la revisión de las prescripciones por parte del Servicio de Farmacia Hospitalaria.

### Hernia incisional gigante tras colecistectomía laparoscópica

I. Belda Gonzalez; L. Alvarez Moran; A. Becerra Massare; MJ. Alvarez Martin; JA. Ferrón Orihuela.

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

**Introducción:** La aparición de una eventración tras la cirugía laparoscópica es una complicación poco frecuente con una incidencia que oscila entre 0,02% y 1,6% independientemente del tipo de cirugía realizada. La aparición de hernia gigantes es aun más rara. La hernias en los orificios de inserción de los trocares se relaciona fundamentalmente con el tamaño, cierre del orificio, presión del pneumoperitoneo y trabajo a través del orificio así como los factores de riesgo de cualquier herida quirúrgica como infección, hematoma, desnutrición, etc. Presentamos un paciente intervenido de colecistectomía laparoscópica que presenta una eventración gigante a través del orificio de trocar supraumbilical.

**Caso Clínico:** Paciente de 49 años de edad sin antecedentes previos de interés, salvo obesidad que se interviene en 2005 por colelitiasis, realizándose colecistectomía laparoscópica. En el postoperatorio el paciente evoluciona de forma desfavorable y se reinterviene a las 12 horas de nuevo por laparoscopia encontrando coleperitoneo causado por una fuga en el muñón cístico que se resuelve. Se realiza cierre de orificio de trocar supraumbilical con puntos sueltos de sutura monofilamento reabsorbible (Byosin®). El paciente acude a nuestra consulta en 2007 por presentar tumoración supraumbilical gigante dolorosa a la palpación de unos 30cm de diámetro no reducible con lesiones troficas en la piel. El paciente refiere episodios de suboclusión intestinal en los últimos meses. En el momento de la intervención el paciente tiene un IMC de 33,65. El paciente se interviene en Febrero de 2008, encontrando saco herniario de 30x30cm y disecándose hasta el anillo de unos 10x10cm aproximadamente. Se repara el defecto con una malla de polipropileno a nivel preperitoneal. El postoperatorio cursa de forma favorable siendo dado de alta a los 3 días de la intervención.

**Comentario:** La aparición de la cirugía laparoscópica ha supuesto múltiples beneficios entre ellos una disminución en las complicaciones derivadas del cierre de las laparotomías tales como eventraciones o infecciones de herida. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el riesgo de eventración sigue existiendo y que existen determinados factores que pueden aumentarlo, como incisiones demasiado grandes o reintervenciones. Hay que tener siempre en cuenta la posibilidad de hernia sobretodo en paciente de riesgo o en cirugías complicadas y en dichos paciente considerar el cierre de los orificios de los trocares ante la posibilidad de aparición de eventraciones.

## Hernia de Amyand.

M. Rico Morales, E. Yagüe Martín, V. Maturana Ibáñez, M. Ferrer Márquez

*Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería*

**Introducción:** Se llama hernia de Amyand a aquella que contiene el apéndice cecal inflamado a través de un defecto herniario inguinal. Fue descrita por primera vez por Claudius Amyand en 1736. Es un padecimiento raro ya que se presenta sólo en 0.13% de los casos y el diagnóstico generalmente se realiza en el transoperatorio, ya que en la mayoría de los casos se confunde con una hernia inguinal encarcerada.

**Caso clínico:** Paciente de 30 días de edad, consulta en el Servicio de Urgencias por presentar hernia inguinoescrotal derecha encarcerada. A la exploración presenta testículo duro y cordón espermático engrosado. Se consigue reducir la hernia con maniobras de taxis. Se realiza control ecográfico que confirma el engrosamiento del cordón, y hematoma testicular. El paciente es dado de alta y reingresa a los 3 días por inflamación testicular, esta vez la ecografía orienta el diagnóstico a absceso escrotal. Se realiza drenaje percutáneo del mismo con salida de abundante pus y evolución favorable del cuadro. El paciente es citado a los 2 meses par tratamiento quirúrgico programado de hernia inguinal derecha. En los hallazgos intraoperatorios se detecta estructura tubular contenida dentro del saco herniario compatible con el apéndice cecal. Se realizó incisión transversa auxiliar para localizar el ciego y realizar la apendicectomía, y se completó la herniorrafia. El paciente evolucionó satisfactoriamente dándose de alta el 7º día del postoperatorio.

**Discusión:** La hernia de Amyand es un diagnóstico difícil, pues el interrogatorio y examen físico del paciente usualmente derivan hacia el diagnóstico de una hernia inguinal encarcerada o estrangulada con peritonitis local. El tratamiento de la hernia de Amyand es la apendicectomía y herniorrafia inguinal de urgencia; bajo ningún concepto se debe intentar una maniobra de taxis. La mayoría de los autores postulan el uso de una sola incisión para la solución de la apendicectomía y herniorrafia, señalando que es posible realizar la apendicectomía abordando su base a través del saco herniario abierto; otros al tener dificultad en abordar el ciego por su ubicación alta han utilizado un abordaje intraperitoneal, siempre a partir de la herniotomía original. No se recomienda el uso de malla protésica en defectos contaminados de la pared abdominal, previniendo la posibilidad de sepsis de la herida y sepsis crónica de la malla que obligue a su extracción.

## Quiste del conducto de Nuck. Diagnóstico diferencial de tumoraciones inguinales en la mujer

J. Esteban Ramos, L. Perez Duran, C. Diaz Otero, M. Gutierrez Cafranca, E. Gutierrez de La Peña, C. Mateo, F. Vallejo.

*Hospital de Jerez . Cádiz*

El conducto peritoneovaginal o de Nuck es un saco peritoneal rudimentario que acompaña al ligamento redondo a través

del conducto inguinal hasta el labio mayor, que suele obliterarse en la fase embrionaria. En la mujer, la persistencia del proceso vaginal se denomina Conducto de Nuck y la formación de un quiste en dicho conducto, se denomina quiste o Hidrocele del conducto de Nuck. El quiste de Nuck es una entidad clínica muy poco frecuente en la mujer adulta, que precisa un diagnóstico diferencial con otras patologías de rara aparición en región inguinal en la mujer. Su diagnóstico se suele realizar mediante pruebas de imagen, esencialmente TAC y RMN. El tratamiento es siempre quirúrgico. Presentamos el caso clínico de una mujer de 45 años, que desde hace 1 año se notaba una tumoración inguinal no dolorosa, siendo diagnóstica y tratada quirúrgicamente en nuestro servicio de Quiste de Nuck.

## Endometrioma en la cicatriz de una cesarea

A. Valverde Martinez, D. Martinez Cecilia, M. Gómez Alvarez, J. Sánchez Rodriguez, S. Rufián Peña

*Hospital Universitario Reina Sofía . Córdoba*

**Introducción:** La presencia de un nódulo cicatricial en una mujer en edad reproductiva con antecedente de intervención ginecológica y obstétrica obliga a considerar el diagnóstico de endometrioma. Se trata de un problema clínico frecuente en mujeres en edad fértil e influye tanto en el pronóstico como en la calidad reproductiva. Presentamos el caso de una paciente con nódulo doloroso en la cicatriz de una laparotomía por cesárea, clínicamente sugestivos de endometriosis extrapelviana, confirmada a posteriori por el examen anatomopatológico tras su extirpación.

**Caso Clínico:** paciente mujer de 43 años de edad con antecedentes personales de hernia de hiato y cesárea hace cuatro años. La paciente acude a nuestra consulta de Cirugía por dolor y tumoración en la cicatriz de Pfannestiel. Las molestias aparecieron unos meses después de la intervención, de manera periódica coincidiendo con la menstruación. La exploración clínica mostró una tumoración dolorosa en el límite izquierdo de la cicatriz de la cesárea. Se decide realización de ecografía abdominal y RNM. El resultado de las pruebas complementarias es compatible con implante de endometriosis en pared abdominal, adyacente a músculo recto anterior al que no parece infiltrar. Se lleva a cabo intervención quirúrgica programada con extirpación completa de la lesión. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. El resultado anatomopatológico nos confirma que se trata de una endometriosis ectópica incisional. Tras 18 meses la paciente se encuentra asintomática.

**Discusión:** La endometriosis se presenta en torno a un 8-15% de la población femenina en edad reproductiva. Su presentación extrapelviana es menos frecuente y se ha descrito en diversas localizaciones anatómicas. Entre el 0.03 y el 0.4% de las incisiones abdominales por cesárea, acaban desarrollando, a lo largo del tiempo, el crecimiento de endometriomas. El diagnóstico de la endometriosis incisional debe emprenderse desde la sospecha clínica y la valoración tras una historia clínica minuciosa. En cuanto a los procedimientos diagnósticos directos, la citología obtenida por PAAF puede resultar patog-

nomónica. Los métodos de imagen, contribuyen sobre todo a la localización precisa de la lesión y al diagnóstico diferencial con otras patologías más frecuentes

### Quiste Mesotelial del Ligamento Redondo, a propósito de un caso

MD. Casado Maestre, ; M.Bustos Jiménez; C. Palacios González,; V. Jiménez creso; MJ. Tamayo Lopez; JL. Ferrari Marquez,

*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Objetivo :** Presentamos el caso clínico de una mujer de 32 años que acude a urgencias por dolor lumbar derecho de 15 días de evolución y aumento del perímetro abdominal. Aparición en los últimos días de fiebre de 38 grados.

**Material y Métodos:** Entre los antecedentes destaca hipertensión arterial en tratamiento con diuréticos y la toma de anticonceptivos orales. Sufre un traumatismo quince días atrás en región lumbar y desde entonces presenta dolor persistente que no remite con analgesia convencional. En los últimos días ha presentado fiebre y náuseas y vómitos postprandiales. Análítica al ingreso con bioquímica, hemograma y coagulación normal. Catecolaminas en orina así como marcadores tumorales AFP, CEA, C.A 15.3, 19.9 y 125 en los límites de la normalidad.

**Resultados:** Dados los hallazgos radiológicos y la sintomatología de la paciente se decide intervención quirúrgica programada. Se realiza laparoscopia exploradora. Como hallazgos intraoperatorio se objetiva gran masa quística dependiente de ligamento redondo sin adherencias a asas intestinales. Se realiza exéresis de quiste tras desinserción de ligamento redondo y toma de muestras de líquido que se envían para estudio microbiológico y anatomopatológico.

**Conclusiones:** Los quistes mesentéricos son formaciones intraabdominales con una incidencia de 1/20000. Engloban a un grupo formado por los quistes de origen linfático, de origen mesotelial, origen entérico, urogenital, quiste dermoide y pseudoquistes no pancreáticos. Es importante el diagnóstico anatomopatológico por el diferente comportamiento que presentan. La ecografía y la TAC son las técnicas de imagen más indicadas para su diagnóstico, teniendo la laparoscopia un papel decisivo tanto diagnóstico (localización y caracterización) y terapéutico

### Aplicación del Sistema VAC en heridas múltiples

A. Sanchez Sanchez, M. Sanchez Ramirez, , A. Cano Matias, J. Cintas, P. Beltran, J. Valdes Hernandez, J.C Gomez Rosado, L. Capitán Morales., Ortega Beviá, J. Cantillana Martinez J.

*Servicio de Cirugía General I. Hospital Universitario Virgen Macarena.*

**Introducción:** El sistema VAC es una terapia no invasiva, dinámica y controlada que utiliza la presión negativa sobre la herida en un medio húmedo y cerrado para promover su

cicatrización, favoreciendo la eliminación del exceso de fluidos, estimulando el tejido de granulación, facilitando la unión de los bordes y disminuyendo la colonización bacteriana. Se ha definido como una modalidad física nueva, potente y no farmacológica de curación de las heridas. Su fin no es el de sustituir la curación de heridas por técnica habitual con cura simple o cura húmeda, pero representa una opción muy válida en heridas complicadas, de difícil manejo por su excesiva secreción o la presencia de varias heridas en la misma laparotomía que dificultan su evolución.

**Objetivo** Presentamos nuestra experiencia en el manejo de heridas múltiples con terapia VAC

**Material y Métodos:** Se seleccionaron 5 pacientes con heridas postlaparotómicas complejas, con varias heridas abiertas en la misma y una mala tolerancia a las curas habituales con exudación importante y curas repetidas. Se les realizó seguimiento de su evolución hasta completar cierre, pase a curas simples o realización de cirugía plástica para su cierre definitivo.

**Conclusiones:** Recomendamos el uso de la terapia VAC en heridas múltiples por su fácil manejo, la mayor rapidez en la cicatrización de las heridas, menor cambio de curas en relación a las curas convencionales, menor manipulación de las lesiones y por lo tanto menor riesgo de infección.

### Uso de terapia por vacío (VAC) en heridas con cuerpos extraños

M Sanchez, A. Sanchez, A. Cano, P. Beltran, J. Cintas, E. Domínguez Adame, J. Guerrero, L. Capitan Morales, A. Jiménez, J. M. Ortega, J. Cantillana Martinez

*Servicio de Cirugía General I. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla*

**Introducción:** El tratamiento por vacío utiliza la presión negativa para conseguir la cicatrización de las heridas (disminuye el líquido extracelular y el exudado, reduce el edema y mejora el flujo sanguíneo) acelerando la formación de tejido de granulación, hace que la herida se retraiga y sus bordes se aproximen en los primeros 5-7 días de iniciado el tratamiento. Esta terapia está indicada en aquellas heridas abiertas que no evolucionan bien con tratamientos convencionales, dilatándose la estancia del paciente en el centro y consumiendo un exceso de recursos del hospital

**Objetivo:** Presentamos nuestra experiencia en el uso de VAC en heridas con presencia de cuerpos extraños

**Material y Métodos** Heridas con presencia de cuerpos extraños (mallas para reparación de hernias y eventraciones), un total de 4 casos, que precisaban curas cada 12 horas por exudado importante, con difícil manejo de la herida y lento proceso de cicatrización, pudiéndose preservar la malla en 3 de los casos gracias al uso del Vac.

**Conclusiones:** .Simplifica y mejora el trabajo tanto de médicos (visualiza exudados y heridas) enfermeros (menos número de curas) como auxiliares (no precisa cambios de ropa del paciente por manchado excesivo de la herida)..Evita retirada de mallas, manteniendo la pared abdominal firme que evitaría en un futuro nuevas intervenciones sobre la misma.

## Tratamiento laparoscópico de hernia de Spiegel con fibrina autóloga.

J.R. Naranjo Fernández, I. Duran Ferreras, J. Bellido Luque, J. Guadalajara Jurado, E. Ruiz Lupiáñez, R. Moreno Romero, A. Cordon Gamiz.

*Hospital General Básico Riotinto. Huelva provincia=Huelva.*

**Introducción:** Las hernias de Spiegel son infrecuentes y suelen pasar desapercibidas por ser la mayoría intersticiales. En su diagnóstico son fundamentales la exploración física y la ecografía - TAC. La reparación laparoscópica ofrece ventajas en la corrección de estas hernias ventrolaterales.

**Material:** Varón de 67 años, obeso, diabético, que consulta por dolor abdominal a nivel periumbilical- fosa iliaca izquierda, sin una clara exploración compatible con hernia por la dificultad del gran pániculo adiposo. La patología herniaria se confirma mediante TAC que objetiva hernia de Spiegel con epiplon encarcerado.

**Métodos:** Tratamiento quirúrgico mediante abordaje laparoscópico transperitoneal y colocación de malla mixta poli-propileno-PTFE fijada con fibrina autóloga (Vivostat), tras su obtención mediante el procesamiento de 100 cc de sangre del paciente.

**Resultado:** Técnica de fácil realización, sin incidencias en el postoperatorio y alta hospitalaria a las 24 horas.

**Conclusiones:** La técnica laparoscópica transperitoneal permite la exploración del lado contralateral de la cavidad abdominal y una excelente visualización operatoria del anillo herniario, a veces difícil de localizar en cirugía convencional por ser hernias de dudosa palpación, más en pacientes obesos. El abordaje endoscópico evita la apertura de oblicuo mayor, disminuyendo el dolor postoperatorio y el riesgo de dehiscencia aportando beneficios en cuanto a reducción de la hospitalización, la analgesia postoperatoria y la infección de la herida quirúrgica. La fibrina autóloga como medio de fijación de la malla disminuye el riesgo de adherencias viscerales con respecto al uso de otros sistemas de anclaje

## Hernia inguinal encarcerada con perforación sigmoidea por cuerpo extraño

M. Díaz Oteros, E. Gutiérrez Cafranga, C. Pérez Durán, J. Gómez Menchero, C. Medina Achirica, F. Mateo Vallejo

*Hospital SAS Jerez de la Frontera. Cádiz*

**Introducción:** La perforación sigmoidea por cuerpo extraño en el seno de una hernia inguinal complicada es una entidad rara. Los pacientes con patologías abdominales, incluidas enfermedad diverticular o hernia abdominal pueden ver incrementado el riesgo de perforación intestinal por ingestión de cuerpos extraños.

**Objetivos:** Presentamos un caso de hernia inguinal encarcerada con perforación de sigma por hueso de conejo.

**Caso Clínico:** Paciente de 73 años con AP de IAM hace 20 años e HTA, que consultó al Servicio de Urgencias por cuadro de tumoración inguinal izquierda de meses de evolución, aso-

ciado a dolor importante en la zona en las últimas 12 horas. La exploración general objetivó hernia inguinal izquierda encarcerada con eritema importante epidérmico por lo que se indicó intervención quirúrgica urgente. Los hallazgos intraoperatorios revelaron una hernia inguinal directa con colon sigmoideo en su interior, el cual presentaba perforación de 2-3 mm por cuerpo extraño (hueso de conejo) en su borde antimesentérico. Se realizó Friedrich de bordes intestinales con sutura del mismo y hernioplastia según técnica de Rutkow- Robbins. La evolución del paciente fue satisfactoria, presentando como complicación postoperatoria seroma incisional y siendo dado de alta al 6º día postoperatorio.

**Comentarios:** -El 80-93% de los pequeños cuerpos extraños pasan a través del tubo digestivo sin problemas, sin embargo si el cuerpo extraño ingerido es largo el riesgo de perforación intestinal es alto, siendo el segmento más afectado, tras el duodeno, el colon sigmoide. La exploración laparoscópica puede ser diagnóstica y terapéutica en el manejo de la ingestión de cuerpos extraños con sospecha de perforación intestinal. En nuestro caso la indicación quirúrgica fue la encarceración herniaria, objetivando la perforación sigmoidea intraoperatoriamente.

## Tratamiento quirúrgico urgente de la hernia inguinal del anciano. Revisión de 5 años

D. Domínguez Usero, J. Cañete Gómez, M. Flores Cortés, Z. Valera Sánchez, F. López Bernal, E. Prendes Sillero, F. Pareja Ciuró

*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Objetivos:** Analizar los resultados del tratamiento quirúrgico urgente de la hernia inguinal del anciano, realizados en nuestro hospital en los últimos 5 años.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes ancianos, edad igual o mayor de 65 años, intervenidos quirúrgicamente con carácter urgente por hernia inguinal encarcerada. Período estudiado desde Enero del 2003 hasta Diciembre del 2007. Recogiéndose las siguientes variables: Número de casos, edad media, sexo, antecedentes personales (médicos y quirúrgicos), tipo de hernia inguinal, presencia de hernia recidivada, riesgo anestésico (ASA), tipo de tratamiento quirúrgico practicado (herniorrafia, hernioplastia, necesidad de resección intestinal, tipo de anastomosis (mecánica, manual), ostomía derivativa), postoperatorio: eventos de patología médica, eventos patología quirúrgica. Mortalidad y recidiva herniaria.

**Resultados.** En nuestra revisión podemos apreciar un número 382 ingresos por patología herniaria urgente, de los que 123(32%) fueron por hernia inguinal (directa, indirecta, crural) el resto fueron umbilicales, ventrales, de hiato esofágico. La edad media fue de 79 años, la distribución por sexos: Hombre 76(62%) , Mujer 47(38%). Antecedentes personales: Diabetes mellitus en 19 casos(15%), Hipertensión arterial en 62(50%), Cardiopatía en 44(35%), EPOC en 25(20%), Insuficiencia renal en 3(2%), AVC en 6(4%). Antecedente de hernia inguinal intervenida (por lo tanto recidivada) 21(17%). Tipo de hernia inguinal: Hernia inguinal directa 27(21%), Hernia inguinal

indirecta 41(33%), Hernias crurales 55(44%).Hernias izquierdas 48(40%), Hernias derechas 75(60%).Distribución por sexo y tipo de hernia: En Hombre: Hernia inguinal directa 27(35%), Hernia inguinal indirecta 39(51%), Hernia crural 13(17%), Hernia recidivada 19(25%), Izquierdas 27(35%), Derechas 52(68%). En Mujer: Hernia inguinal directa 3(6%), Hernia inguinal indirecta 2(4%), Hernia crural 42(89%), Hernia recidivada 2(4%), Izquierdas 21(44%), Derechas 27(57%). Riesgo anestésico: ASA I 2(1%), ASA II 42(34%), ASA III 71(57%), ASA IV 8(6%). Tratamiento quirúrgico: Herniorrafia 23(18%), Hernioplastia 100(81%). Prótesis de polipropileno 96(96%), Prótesis ePTFE 4(4%). Técnicas de hernioplastia: Lichtenstein 38(38%), Colocación prótesis nombre propio 62 casos, de las cuales: "mesh plug" 27(27%), "PHS" 20(20%), "3D Patch" 15(15%). Resección intestinal en 22(17%) 4 en hernia directa, 3 en hernia indirecta, 15 en hernia crural. Anastomosis intestinal manual 7(31%), anastomosis intestinal mecánica 12(54%) y Ostomía intestinal 3(13%). Postoperatorio: Infección herida quirúrgica 17(13%), Dehiscencia anastomosis intestinal 4(21%), Sepsis origen abdominal 4(3%), Isquemia intestinal 2(1%). Infarto agudo miocardio 0(0%), Insuficiencia cardíaca 4(3%), Arritmia cardíaca 5(4%), Insuficiencia respiratoria 11(8%), Neumonía 2(1%), TEP 0(0%), AVC 0(0%), Descompensación diabética 2(1%), Insuficiencia renal aguda 6(4%), Infección urinaria 3(2%). Exitus postoperatorio 10(8%) 7 Hombres, 3 Mujeres. Supervivencia 113(91%). Recidiva herniaria 3(2%).

**Conclusiones.** Según nuestros resultados la cirugía urgente de la hernia en el anciano presenta buenos porcentajes de supervivencia, y escasa incidencia de recidiva. Todo apoyado en un tratamiento quirúrgico precoz, que minimice los gestos quirúrgicos necesarios, y por tanto las complicaciones y duración del postoperatorio, además de una técnica quirúrgica basada en la hernioplastia con prótesis de polipropileno, que evite la tensión en la corrección herniaria y que colabore a un correcto refuerzo de la zona debilitada.

### **Hernia paraureterostomal complicada. A propósito de un caso**

D. Molina Garcia, V. Gomez Cabeza de Vaca, JM. Suarez Grau, F. Lopez Bernal, M. Flores Cortes, C. Palacios, E. Prendes Sillero, F. Pareja Ciuró

*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

Paciente de 67 años de edad con antecedente de neoplasia vesical tratada cistectomía radical mas nefrostomía bilateral, fistula colo-ureteral que consulta por presentar dolor abdominal acompañado de vomitos fecaloideos y fiebre de 38 grados. Exploración, abdomen distendido, blando, depresible, con catéteres de nefrostomía permeables y hernia ventral irreductible en relación con la ureterostomía izquierda. TAC de abdomen: gran hernia abdominal izquierda con abundante contenido intestinal. Se decide intervención quirúrgica urgente observándose saco herniario con abundante contenido bilioso y multiples asas de intestino delgado perforadas. Se realiza resección de aproximadamente 80 cm de intestino delgado con anastomosis latero-lateral mas colostomía transversa para tratamiento de la fistula colo-ureteral. El paciente

es trasladado a UCI en donde evoluciona de forma desforable, presentando un cuadro de shock séptico que preciso de apoyo con aminas durante 72 horas y antibiótico de amplio espectro. Posteriormente comienza a presentar mejor estado clínico, con funcionamiento de la colostomía y mejoría del estado de consciencia así como descenso de los leucocitos. Se decide su alta medica y control en consultas

**Discusión:** La ureterostomía bilateral consiste en la derivación del flujo urinario a través de la creación de estomas en la pared abdominal. Este procedimiento es una alternativa a la derivación quirúrgica en pacientes de alto riesgo que padecen de cancer de vejiga, lesión de medula espinal, malfuncionamiento vesical y malformaciones congénitas como la espina bifida, con una morbilidad postoperatoria del 54,4% y una mortalidad relacionada con el procedimiento quirúrgico del 3,4%. Entre las complicaciones quirúrgicas postoperatorias mas frecuentes se encuentran la estenosis de la ureterostomía, pielonefritis recurrentes y dermatitis periureterostomal. La hernia paraureterostomal no es descrita en la literatura como complicación postoperatoria de este procedimiento y menos cuando esta se encuentra complicada como en nuestro caso, por lo tanto en todo paciente con antecedente de ureterostomía y clínica de abdomen agudo, la hernia paraureterostomal complicada debería ser incluida entre las posibilidades diagnósticas

### **Enfermedad de Fournier de localización genital como causa de sepsis severa en Urgencias.**

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

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga*

**Introducción:** La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante de la piel y tejido celular subcutáneo de las regiones perianal, perineal y genital. Se trata de una infección polimicrobiana que se suele presentar en enfermos inmunocomprometidos y con comorbilidades asociadas, y que histológicamente se caracteriza por microtrombosis de las pequeñas arteriolas del celular subcutáneo derivada de una endarteritis obliterativa (provocada por los gérmenes en cuestión). Si no es diagnosticada y tratada precozmente, esta infección puede ser fatal.

**Material y métodos:** se presenta el caso de una mujer de 57 años de edad con antecedentes de insuficiencia cardíaca I-II/IV NYHA en relación con doble lesión mitral de etiología reumática y una fibrilación auricular crónica con respuesta ventricular controlada, y Diabetes Mellitus tipo II Insulín-dependiente de mal control en situación de insuficiencia renal crónica y hemodiálisis. Tomadora de dicumarínicos, consulta en Urgencias por un cuadro de deterioro del estado general asociado a fiebre, dolor intenso y tumefacción maloliente en el área genital.

**Resultados:** A la exploración presentaba una celulitis que afectaba a vulva, labios mayores y piel de la región púbica, que exudaba liquido sanioso maloliente aunque sin supuración ac-

tiva purulenta. Los valores de la analítica mostraban una leucocitosis de 19900/mmc con 94% PMN y un Tiempo de Quick del 18%. Dado que no existió mejoría clínica y el estado de la paciente se deterioraba progresivamente, se realizó una TAC de abdomen-pelvis que mostró un aumento de atenuación de grasa de las partes blandas del pubis y de labios mayores, especialmente el derecho, así como enfisema subcutáneo, todo ello en relación con probable infección por gérmenes anaerobios. Se decidió intervención quirúrgica urgente, encontrándose una gangrena perineo-genital que afectaba bilateralmente a labios mayores y menores hasta la región suprapúbica sin afectación de la piel perianal; se realizó una resección extensa hasta alcanzar tejido sano en todos los márgenes, equivalente a una vulvectomía simple extendida lateralmente que incluyó la piel clitoridea. Tras una estancia de 48 horas en UCI, donde precisó inicialmente drogas vasoactivas (noradrenalina) para mantener constantes, la paciente pasó a planta y evolucionó de forma satisfactoria presentando como único problema una leve infección de la herida quirúrgica por *Escherichia Coli* que se trató con curas locales y antibioterapia; finalmente se realizó por parte de Cirugía Plástica la implantación de un injerto cutáneo libre de piel hendida, que prendió de forma satisfactoria, siendo alta en el día +40 después de la cirugía inicial. El informe de Anatomía Patológica refirió: "vulvectomía: necrosis gangrenosa con intensa inflamación aguda (gangrena de Fournier)".

**Conclusiones:** La gangrena de Fournier es una enfermedad rara que suele darse en pacientes inmunocomprometidos o con comorbilidades sistémicas (obesidad, hipertensión, EPOC y Diabetes) y suele tener su origen en patología perianal o urológica. Aunque es excepcional en mujeres, debe tenerse siempre en mente en el diagnóstico diferencial de los pacientes con tumefacción expansiva no supurativa del área perianal o genital y deterioro rápido del estado general por sepsis. Si no se diagnostica y trata de forma precoz y radical mediante cirugía exéretica puede llegar a tener una elevada mortalidad.

## Hernioplastia ventral y Tissucol

C. Martín Jiménez, L. Sánchez Moreno, J. Antonio García Martínez, F. Ibáñez Delgado, A. Vázquez Medina, J. M<sup>a</sup> Hernández de la Torre Bustillos, F. Alcántara Gijón.

*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Objetivos:** Análisis de los resultados del uso de tissucol duo en la cirugía de la hernia ventral.

**Material y Métodos:** Hemos realizado un estudio retrospectivo de 14 pacientes intervenidos por hernias ventrales en donde se aplica tissucol duo, entre enero y mayo 2008. Fueron 9 hombres con una edad media de 52.11 años (35-75) y 5 mujeres con edad media de 67.2 años (50-83). Se analizan diversos parámetros, así como el tipo de incisión, técnica quirúrgica, antecedentes personales, sintomatología, y las complicaciones.

**Resultados:** Antecedentes Personales: HTA, diabetes, cardiopatía, intervenciones abdominales previas, etc. Clínica: Hernia ventral recidivada con malla en 4 casos y en el resto hernia ventral sin malla previa. Técnica quirúrgica: 10 pacien-

tes se realiza hernioplastia con malla de polipropileno + tissucol duo y en 4 hernioplastia con malla Dual mesh + tissucol duo, dejando drenaje aspirativo en 1 paciente y en 4 drenaje de penrose. Manteniendo drenaje una media de 3.6 días. Síntomas postoperatorios: 1 caso dolor leve y 4 casos dolor persistente. Complicaciones: Se presentó 1 seroma de herida operatoria. Estancia postoperatoria: Fue de 4 días (1-7). No hubo mortalidad. IMC: 8 pacientes menor de 30 y 6 mayor 30. Recidiva: 0%.

**Conclusiones:** Se comprueba en nuestro estudio, que tras el uso de tissucol duo asociado a la hernioplastia ventral, disminuye el número de complicaciones y la recidiva.

## Metastasis cutánea como forma de debut de cancer de vesícula

J.E. Quiñones Sampedro, R. Cabrera Velez, M. Marqueta de Salas, R. Puga Bermudez, V. Arteaga, JM. Ramía Angel, J. Garcia-Parreño

*Hospital Universitario de Guadalajara.*

Las metástasis cutáneas se presentan en el 0.7 al 9% de los pacientes con cáncer, pero las producidas por cáncer de vesícula (CV) son excepcionales, y únicamente hay siete casos descritos hasta 2004 y sólo en uno de ellos se localizaba en la espalda. En la mayoría de esos pacientes, el CV ya era conocido. Estas metástasis cutáneas hay que diferenciarlas de la implantación metastásica que se puede producir en las heridas quirúrgicas (orificio de trocares, laparotomía), en aquellos pacientes intervenidos de cáncer de vesícula. Presentamos un paciente que su CV debutó con una metástasis cutánea en la espalda.

**Caso Clínico:** Varón, 79 años, AP: coleditiasis, urolitiasis en riñón derecho. HTA, ERGE, dislipemia, exfumador. E intervenido quirúrgicamente de ulcus duodenal hace 30 años. En febrero 2005 presenta cuadro compatible con cólico biliar. A la exploración, presenta dolor en hipocondrio derecho y dudosa hepatomegalia. En la ecografía: litiasis biliar múltiple y esteatosis hepática sin hepatomegalia. En Enero 2006, nuevas molestias en HD y pérdida de peso, y se le recomienda colecistectomía. Consulta en Enero 2006 por tumoración en zona escapular izquierda móvil no adherida a piel ni planos profundos que inicialmente se diagnostica de quiste epidérmico y se le propone su extirpación. Tres semanas después cuando acude a la intervención se observa importante aumento del tamaño de la lesión con aparición de telangiectasias y eritema en superficie. No se extirpa solo se biopsia la lesión y nos es informada como sugerente de metástasis de adenocarcinoma. Se realiza TAC donde se visualiza una masa de 68 x 94 mm en el lecho vesicular, compatible con neoplasia de vesícula, que presenta infiltración del parénquima hepático adyacente e infiltración de la grasa omental, dilatación de vía biliar LHI, mínima cantidad de líquido perihepático, derrame pleural bilateral con atelectasias pasivas, mínimo derrame pericárdico y adenopatía paraesofágica calcificada en mediastino inferior. A nivel óseo se visualizan áreas de alteración de la densidad en ambas palas iliacas, en región posterior del cuerpo vertebral de S1 y en el área marginal posterior derecha con probable afec-

ración del pedículo de D12 compatibles con metástasis óseas. Se realiza tratamiento quimioterápico paliativo y fallece a los 6 meses.

**Conclusiones:** Las metástasis cutáneas de neoplasias HBP son infrecuentes, y que el proceso diagnóstico se inicie por biopsia de una lesión cutánea es excepcional. Presentamos iconografía de este caso.

### **Onfalitis de repetición: persistencia del uraco en adulto**

A. Reguera; A. Ramiro; F. Jimenez Armenteros; J.M. Capitan Valvey; A. Palomares; B. Aranda; M. Medina Cuadros

*Complejo Hospitalario. Jaen*

**Introducción:** La patología del uraco se clasifica como un tipo poco frecuente de anomalía congénita que se manifiesta a lo largo de la infancia como un proceso infeccioso agudo o repetitivo y que se localiza bien en el ombligo, o bien de la vejiga y por ello en la orina. Es dos veces más frecuente en niños que en niñas y se han descrito en la literatura mundial no más de 400 casos hasta la fecha. El uraco o ligamento umbilical medio es una estructura de la línea media que se extiende desde el domo anterior de la vejiga hacia el ombligo. Es un remanente del desarrollo embrionario. Entre la cuarta y séptima semanas la cloaca es dividida por el septo uro-rectal en dos estructuras embriológicas: el conducto ano-rectal posteriormente y el seno urogenital anteriormente. La extensión cefálica del seno urogenital, precursor de la vejiga fetal se comunica con el alantoides (derivado del saco vitelino) a nivel del ombligo. La obliteración de esta extensión, antes del nacimiento, y su persistencia como un cordón fibroso constituye el uraco, que en el adulto recibe también el nombre de ligamento umbilical medio. El uraco es un tejido que se extiende entre el ombligo y la vejiga por encima del peritoneo y por debajo de la unión de los músculos abdominales (los rectos) en la línea media (línea alba). Representa un resto atrófico de la llamada alantoides. Existen 5 tipos congénitos de anomalías del uraco: uraco permeable, quiste del uraco, fístula del uraco con drenaje en el ombligo, fístula con drenaje en el ombligo y en la vejiga, y el divertículo uracovesical.

**Material y Métodos:** Presentamos un caso de una paciente de 17 años que acude tras tratamiento recidivante de onfalitis, a urgencias drenándose absceso infraumbilical, al objetivar retraso en la cicatrización se realiza TAC abdominal objetivando persistencia del uraco. Completamos estudio con cistografía.

**Resultados:** Realizamos previo estudio preoperatorio, cirugía para resección completa del uraco previa tutorización del mismo y marcado con azul de metileno, la resección es completa llegando hasta la cúpula vesical realizando resección de pastilla vesical que incluye el divertículo uracal.

**Conclusiones:** Aunque poco frecuentes en adultos las anomalías uracales complicadas deben considerarse en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal. La tomografía computada es una herramienta útil para su diagnóstico, donde además de la anomalía de base se pueden demostrar sus complicaciones. Los hallazgos no son específicos para diferenciar entre entida-

des infecciosas o carcinoma por lo que el estudio histopatológico, como debe ser habitual, es mandatorio. El conocimiento del origen embriológico de los diferentes tipos de remanentes uracales y su representación anatómica son necesarios para orientar un diagnóstico correcto. El tratamiento debe ser quirúrgico y precoz: ante el riesgo de infección no solo de la orina sino de sepsis (infección generalizada) se procede a eliminar completamente el uraco; si existe patología urinaria asociada, esta debe solucionarse simultáneamente o con anterioridad. Se debe poner especial cuidado en eliminar todo el resto de tejido uracal por que está descrita su degeneración maligna (sarcoma) con el paso de los años.

### **Opciones terapéuticas empleadas para el cierre de un «open abdomen» tras cirugía endovascular de aneurisma de aorta abdominal roto complicado**

A. Brox Jiménez, P. Parra Membrives, D. Díaz Gómez, D. Martínez Baena, C. Torres Arcos, G\*. Nuñez de Arenas Baeza, J\*. Haurie Girelli, J\*. González Herráez, A. Galindo Galindo

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo y Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Valme. Sevilla*

**Introducción:** Presentamos el caso clínico de un paciente con un síndrome compartimental abdominal tras una cirugía endovascular de un aneurisma de aorta abdominal (AAA) roto y contenido complicado con una colitis isquémica, en el cual hemos empleado distintos métodos para el cierre definitivo del abdomen.

**Caso Clínico (se aportaría iconografía):** Varón de 77 años de edad con antecedentes de infarto agudo de miocardio hace 14 años, hipertensión arterial y dislipemia que acude a Urgencias por cuadro presincojal que se acompaña de dolor abdominal que irradia hacia la zona lumbar. Presenta estabilidad hemodinámica y analíticamente presentaba una discreta leucocitosis con fórmula normal, así como una mínima elevación de los niveles de urea y creatinina. Se practica TC que pone de manifiesto un gran aneurisma de la aorta infrarrenal roto con hematoma retroperitoneal contenido, junto con otras dos formaciones aneurismáticas, en la arteria iliaca interna izquierda no complicadas. Se decide tratamiento endovascular del mismo colocándose prótesis aortouniliaca derecha con extensión hasta la bifurcación iliaca derecha, quedando ésta permeable, se excluye la arteria iliaca izquierda y se realiza un by-pass femoro-femoral. A las 24h presenta empeoramiento multiorgánico junto con aumento de la presión intra-abdominal por lo que se decide laparotomía, donde se objetiva una recto-sigomiditis isquémica realizándose intervención de Hartmann y cierre de la laparotomía sobre Bolsa de Bogotá. Se decide recambiar la Bolsa de Bogota por dispositivo VAC (sistema de cierre asistido por vacío) abdominal. En los siguientes días presenta fuga del muñón rectal que precisa lavado de cavidad y drenaje del muñón mediante sonda rectal. Tras 3 semanas de terapia VAC abdominal y mejoría multiorgánica decidimos el cierre definitivo del abdomen con malla bicapa de celulosa más prolene (PROCEED). En este último postoperatorio desarrolló isquemia de los bordes cutáneos con

exposición de la malla. Actualmente es portador de sistema VAC en "Y" suprafascial que se encuentra adaptado sobre la malla de PROCEED y sobre una escara sacra grado IV. Está pendiente de ser injertado en la zona de la laparotomía.

**Discusión:** La rotura contenida de un AAA es una patología poco frecuente. Su incidencia real es desconocida, aunque oscila entre 2 y 35%<sup>1,2</sup>. La estabilidad hemodinámica característica de estos pacientes puede permitir una reparación endovascular, que reduce la mortalidad peroperatoria<sup>3</sup>. La incidencia de colitis isquémica sintomática después de la reparación de un AAA roto oscila entre el 5-27%. La mortalidad de los pacientes que sufren esta grave complicación asciende al 50%<sup>4</sup>. El principal problema que tuvimos con este paciente fue el síndrome compartimental que desarrolló y la imposibilidad de cerrar el abdomen que teníamos. No hay consenso establecido sobre qué técnica emplear para el open abdomen en estos pacientes<sup>5</sup>. Nos parece adecuado el manejo practicado en este paciente mediante el sistema VAC abdominal en un primer tiempo y el cierre definitivo posterior, una vez que la situación general del paciente había mejorado.

**Bibliografía:** 1. Galessiere PF, Downs AR, Greenberg HM. Chronic, contained rupture of aortic aneurysm associated with vertebral erosion. *Can J Surg* 1994; 37: 23-8.

2. Cooley DA, De Bakey ME. Ruptured aneurysm of the abdominal aorta. Excision and homograft replacement. *Postgrad Med* 1954; 16: 334-9.

3. Brown MJ, Sutton AJ, Bell PR, Sayers RD. A meta-analysis of 50 years of ruptured abdominal aortic aneurysm repair. *Br J Surg* 2002; 89: 714-30.

4. Cordobés-Gual J et al. Factores predictivos de colitis isquémica después de un aneurisma de aorta abdominal roto. *Angiología* 2004; 56(5): 459-468.

5. MacLean AA, O'Keeffe T, Augenstein J. Management strategies for the open abdomen: survey of the American Association for the Surgery of Trauma membership. *Acta Chir Belg.* 2008 Mar-Apr; 108(2): 212-8.

## Carcinosarcoma de tiroides. A propósito de un caso

L. Álvarez, N. Muñoz, I. Belda, A. Paz, J. Villar, JA. Ferrón

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

**Introducción:** De manera general los sarcomas de la glándula tiroides son de presentación excepcional, correspondiéndole menos del 1% de todos los tumores que afectan a esta glándula. Presentan, en general, conducta agresiva y son difíciles de diferenciar de los carcinomas anaplásicos. Se han descrito en la literatura comunicaciones de casos de fibrosarcomas, liposarcomas, leiomiomas, osteosarcomas, condrosarcomas, schwannomas malignos y angiosarcomas. Sólo 17 casos de carcinosarcoma de tiroides han sido descritos en la literatura, todos ellos con un pronóstico letal. Su presentación se ha relacionado con la exposición a fosforados. La edad de presentación es la quinta década de la vida, y la mayoría de los casos se han dado en mujeres. Clínicamente se presentan como una masa en el cuello de crecimiento rápido. La conducta de estos

tumores es agresiva, con periodos de supervivencia de pocos meses.

**Caso Clínico:** Varón de 64 años trabajador de un invernadero, derivado en el mes de Abril de 2008 a nuestro hospital. Hace 2 meses se detectó una tumoración en región laterocervical derecha de crecimiento rápido, sin disfonía ni disnea asociada. En el examen físico se observaba una masa de aproximadamente 6 cm., nodular, de consistencia pétreo, en relación con el lóbulo tiroideo derecho que desplaza laringe y tráquea. No se advirtieron signos ni síntomas de otras patologías, siendo los resultados de los exámenes rutinarios normales. Se realizó una ecografía y TC cervical que resaltaron la existencia de una lesión sólida heterogénea de 78x58x47mm en el lóbulo derecho, que desplaza lateralmente carótida común y yugular interna derecha y anteriormente al músculo esternocleidomastoideo. PAAF: proliferación cervical atípica, de probable naturaleza epitelial, altamente sospechosa de malignidad. Punción tru-cut. ecodirigida: se obtiene cilindro de 18G de masa sólida de LTD. Muestra remitida a estudio histológico, que informó como sarcoma pleomorfo de alto grado, pudiendo tratarse de un rhabdomiocarcoma pleomórfico de partes blandas (positividad a desmina en 10% de células tumorales). Con esta sospecha, el paciente fue sometido a una tiroidectomía total englobando en la pieza los músculos pretiroideos derechos en su plano profundo. Anatomía patológica: Carcinosarcoma de alto grado histológico, con extensas áreas pleomórficas. Muestra diferenciación de rhabdomiocarcoma aunque también de leiomiocarcoma (expresión débil de actina de músculo liso). Tiene alta actividad mitótica y extensa necrosis tumoral. Mide 9,5x4,5x4,5cm y contacta con márgenes quirúrgicos. El paciente presentó curso postoperatorio favorable y fue dado de alta 4 días después. Tras un seguimiento de tres meses el paciente se encuentra asintomático recibiendo radioterapia adyuvante a cargo del Servicio de Oncología Radioterápica de nuestro hospital.

**Discusión:** El carcinosarcoma de tiroides es un tipo de neoplasia extremadamente rara. Se trata de un tumor muy agresivo y se comporta de manera mucho más letal cuando afecta a tiroides que a otros órganos como esófago o útero. Su evolución es rápida. De los 17 casos descritos la mayoría fallecieron antes de los tres meses y en ningún caso la supervivencia fue superior a 2 años.

El tratamiento se basa en tiroidectomía total con exéresis de nódulos linfáticos adyacentes.

El empleo de radioterapia postoperatoria está recomendada por algunos autores pero hay poca información para apoyar su uso y menos aún para el uso de quimioterapia postoperatoria.

## Neoplasia endocrina múltiple atípica

A. Reguera- A. Ramiro

*Hospital Cuidad de Jaén*

**Caso clínico:** MC: 65 años, HPT 1º, aumento lívido AP: HTA, cólicos nefríticos de repetición, menopausia a los 51 años. AF: madre DM2, dos hermanos HTA Exploración: hirsutismo facial, hipertricosis brazos, alopecia, 78 Kg, 156 cm, vitíligo manos, aumento glándula tiroides con nódulo

desplazable a la deglución de 2 cm a nivel de línea media PC: Ca 10'6, P 2'2, resto normal. Calciuria 392/24 horas, reabsorción tubular fosfato 74'8%, PTH 95'6 pg/ml, TSH 15'7, LH 7'42, T 2'54, FDI: 19'63, hormona tiroidea y PTO normales. Gammagrafía Sestamibi normal. Ecografía Tiroidea : nódulo 2'4 \*2\*1'5 en istmo. Ecografía transvaginal: TAC abdomen: normales. Ante la sospecha de hiperparatiroidismo 1º se decide intervención qca y con la sospecha de nódulo maligno, la biopsia intraoperatoria confirma Cáncer Papilar, realizando tiroidectomía total+ paratiroidectomía (adenoma paratiroides). Postoperatorio: hiperandrogenismo T: 3'53, FSH 21'9, LH 11'7, estudio metabolismo mineral y función tiroidea con tto sustitutivo con KLT4: FSH 0'06 T4L1'07. Ante la sospecha de hiperandrogenismo de origen ovárico se practica ooforectomía bilateral: OD T. cel esteroides. OI hipertecosis. Folículos quísticos. Mejoría de la alopecia poarcial y del hirsutismo: To'2, FSH 33'3, LH 11'36. Parálisis recurrencial dch transitoria.

**Conclusión:** Adenoma Paratiroides. Hiperparatiroidismo Primario. Cáncer Papilar. Tumor Ovárico Funcionante. Se puede afirmar como neoplasia endocrina múltiple atípica

### Struma ovarii metastasico

J. A. Castilla Cabezas, R. Tirado Miranda, P. Ruiz Navarro, J. Granados García, S. Fuentes Molina, R Del Rosal Palomeque, F Ramos Cejudo, C Soria Alvarez, W Lusawa, J Plata Rosales

*Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba*

**Introducción:** Struma ovarii es una variante monodérmica de teratoma ovárico, en la cual el tejido tiroideo constituye más del 50% de sus componentes. Representan un 2% de los teratomas y son malignos en un 0'1-5%. Dada su baja incidencia, no existen criterios diagnósticos de malignidad uniformemente establecidos y se han aplicado una amplia variedad de tratamientos, desde ooforectomía sola a histerectomía con doble anexectomía, linfadenectomía regional, tiroidectomía y aplicación de radioyodo.

**Objetivos:** Presentación de una paciente de struma ovarii metastático y revisión de la literatura.

**Caso Clínico:** mujer de 38 años con antecedentes de exéresis de tumoración ovárica compatible con teratoma sólido monodérmico tipo carcinoide estrumal. Estando descrita su asociación con síndrome MEN IIa, se realizó estudio hormonal siendo normal, excepto tiroglobulina 243 ng/ml (v.n.<55). Estudio tiroideo sin alteraciones. Posteriormente se normalizaron los niveles de tiroglobulina. Ocho años después acude por tumoración parietal derecha de consistencia blanda sin afectación cutánea. En la radiografía de cráneo, se evidenció lesión lítica en dicha zona, mientras el TAC craneal objetiva masa extradural de 5 cm con invasión y destrucción ósea. La RM craneal es similar descartándose lesiones parenquimatosas y la gammagrafía ósea sólo detectó esta lesión. En el estudio analítico destacan unos valores de tiroglobulina de 2162 ng/ml de significado incierto. Tras su extirpación, el análisis histológico es compatible con metástasis de carcinoma folicular. Dada

la ausencia de patología tiroidea en un nuevo estudio, se revisaron las muestras del tumor ovárico y se realizó inmunohistoquímica con TTF-1 y sinaptofisina, encontrándose presencia de tejido tiroideo y ausencia de tejido carcinoide, catalogándose como struma ovarii. No se detectaron criterios histológicos de malignidad en el tejido tiroideo, a pesar de lo cual este es el origen más probable de la metástasis. Tras esta intervención los niveles de tiroglobulina decaen pero permanecen discretamente elevados. Se realizó gammagrafía con I131 sin captación extratiroidea y PET sin acúmulos patológicos. Con el objetivo de conseguir una interpretación correcta de los niveles de TG y de la gammagrafía tiroidea, así como descartar con seguridad un carcinoma tiroideo primario, se le realizó una tiroidectomía total. La anatomía patológica tiroidea fue normal. Tras esta última intervención los niveles de TG descienden y la gammagrafía con I131 no detecta captaciones patológicas. Actualmente la paciente se encuentra asintomática con revisiones anuales.

**Comentarios:** El diagnóstico de malignidad debe basarse en criterios histológicos similares al carcinoma tiroideo. Sin embargo existen casos, como el nuestro, en que sin estar presentes, el tumor puede recidivar o metastatizar. Respecto al tratamiento, en casos sin diseminación extraovárica puede ser suficiente la ooforectomía sola. Si diseminación o metástasis siempre se hace necesaria la realización de tiroidectomía y tratamiento con radioyodo. Es útil el seguimiento a largo plazo con mediciones de tiroglobulina, ya que recurrencias ocurren en un 35%. El pronóstico suele ser favorable. Su manejo es similar al del carcinoma tiroideo metastásico, por lo que es necesaria la participación del cirujano endocrino.

### Cirugía Mayor Ambulatoria en pacientes con cáncer de mama sometidas a Mastectomía Radical Modificada

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

*Hospital del SAS de Huércal-Overa. Almería*

**Introducción:** Realizamos un estudio descriptivo de las mujeres intervenidas por Cáncer de mama con mastectomía radical mediante CMA en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Periodo de estudio: 2005-2007.

**Variables estudiadas:** edad, si la mastectomía se realizó con o sin reconstrucción, variables de la encuesta de satisfacción. Previamente a la intervención se incluyeron las señoras que cumplían criterios de CMA. Entre los años 2005 y 2007, se intervienen en nuestro hospital 164 mujeres con cáncer de mama, de 59 años de edad media (rango de 32- 80). A 66 (40,3%) se realizó mastectomía radical modificada (MRM), con reconstrucción inmediata a 46 (69%). De los 66 casos, 55 (83%) con criterios de CMA, se incluyen en dicho régimen, y se programan para intervenir a primera hora. Se les informa del circuito asistencial y se obtiene el consentimiento para el mismo. Finalizado el procedimiento quirúrgico, se traslada a la Unidad de Recuperación Postanestésica. De ésta a la UCMA pasa, no con un criterio

temporal, sino, cuando alcanza una puntuación superior a 8 en la escala de Aldrete. En la UCMA: se controlan constantes, emisión de orina, débito de drenajes y analgesia. A las 6 horas de su llegada se inicia la tolerancia oral y deambulación. Pasadas 3 horas, si el estado hemodinámico es estable, la herida no sangra, el drenaje es menor o igual a 50 ml. con ausencia de coágulos, no hay dolor ni náuseas/vómitos, se da alta con instrucciones postoperatorias escritas en el manejo del drenaje y síntomas de alerta que requieren contacto telefónico con la UCMA. Si no se cumplen esos criterios, queda ingresada. En, 46 (82,8%) pacientes de las 55 seleccionadas para CMA, el circuito se completó satisfactoriamente; el resto, 9 pacientes, precisaron encamación, 6 por vómitos y 3 por decisión propia. No hemos tenido ningún reintegro.

**Conclusiones:** La piedra angular de la CMA es una adecuada selección e información de las pacientes. Tras la misma, la opción se elige en base al principio de autonomía de la paciente. La especial dedicación a la cirugía mamaria, y la implicación en la misma de anestesiólogos y, fundamentalmente, de enfermería, permiten la incorporación de la cirugía radical de la mama al régimen de CMA. Consideramos fundamental la existencia de un facultativo de referencia; esto es, mantener una continuidad asistencial. El manejo en régimen de CMA de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama es una alternativa segura, eficaz y eficiente.

## Tratamiento del cáncer de mama tanto en cirugía radical como conservadora en régimen de cirugía mayor ambulatoria

Ramírez D; Mezquita S; Hospital del SAS de Huércal-Overa. Almería

**Introducción:** Estudio descriptivo de las mujeres intervenidas por Cáncer de mama con mastectomía radical mediante CMA en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Periodo de estudio: 2005-2007.

**Material y Método:** se intervienen en nuestro hospital 164 mujeres con cáncer de mama, de 59 años de edad media (rango de 32- 80). A 66 (40,3%) se realizó mastectomía radical modificada (MRM), con reconstrucción inmediata a 46 (69%). De los 66 casos, 55 (83%) con criterios de CMA, se incluyen en dicho régimen, y se programan para intervenir a primera hora. Se les informa del circuito asistencial y se obtiene el consentimiento para el mismo. Se ingresan el día de la intervención y el personal de enfermería les recibe y reitera el circuito en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA). Finalizado el procedimiento quirúrgico, se traslada a la Unidad de Recuperación Postanestésica. De ésta a la UCMA pasa, no con un criterio temporal, sino, cuando alcanza una puntuación superior a 8 en la escala de Aldrete. En la UCMA: se controlan constantes, emisión de orina, débito de drenajes y analgesia. A las 6 horas de su llegada se inician tolerancia oral y deambulación. Pasadas 3 horas, si el estado hemodinámico es estable, la herida no sangra, el drenaje es menor o igual a 50 ml. con ausencia de coágulos, no hay dolor ni náuseas/vómitos se da el alta con instrucciones postoperatorias escritas en el manejo del

drenaje y síntomas de alerta que requieren contacto telefónico con la UCMA. Si no se cumplen esos criterios, queda ingresada.

**Resultados:** En, 46 (82,8%) pacientes de las 55 seleccionadas para CMA, el circuito se completó satisfactoriamente; el resto, 9 pacientes, precisaron encamación, 6 por vómitos y 3 por decisión propia. No hemos tenido ningún reintegro.

**Conclusiones:** La piedra angular de la CMA es una adecuada selección e información de las pacientes. Tras la misma, la opción se elige en base al principio de autonomía de la paciente. La especial dedicación a la cirugía mamaria, y la implicación en la misma de anestesiólogos y, fundamentalmente, de enfermería, permiten la incorporación de la cirugía radical de la mama al régimen de CMA. Consideramos fundamental la existencia de un facultativo de referencia; esto es, mantener una continuidad asistencial. El manejo en régimen de CMA de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama es una alternativa segura, eficaz y eficiente.

## Carcinoma metaplásico de mama /osteosarcoma de mama.

M. Sánchez Ramírez, P. Beltrán, J. Cintas, J. Valdés Hernández, A.M. Sánchez Sánchez, P. Fernandez Zamora, J.C. Gómez Rosado, M. Naranjo, J. Cantillana,

Servicio de Cirugía General I. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

**Introducción:** Estos tumores suelen aparecer por cambios sarcomatosos secundarios a radioterapias por carcinomas de mama, o bien siendo su base de proliferación un fibroadenoma. Los Osteosarcomas, son tumores originados principalmente en los huesos aunque se pueden ver también en útero, corazón, mama, etc. siendo excepcionales los tumores extraesqueléticos. Se acepta el diagnóstico sólo en aquellos tumores que son examinados histológicamente en su totalidad y en aquellos que se haya excluido por inmunohistoquímica la diferenciación epitelial. Además es muy importante descartar que su origen sea la estructura ósea torácica.

**Caso Clínico:** Paciente mujer de 59 años de edad que presenta nódulo en cuadrante supero-interno de mama derecha de 2 meses de evolución. Pruebas Complementarias: TRU-CUT del nódulo altamente sospechoso en CSI de mama derecha que se informa de Proliferación Osteocartilaginosa Atípica.

**Cirugía:** Se realiza mastectomía con ablación de los músculos pectorales (*Intervención de Halsted*) con posterior reconstrucción mamaria mediante injertos de piel a cargo del Servicio de Cirugía plástica. Se realiza Biopsia intraoperatoria de la zona indurada en cuadrante ínfero-interno de la mama izquierda que informa Metástasis De Carcinoma Metaplásico con infiltración dérmica por tumor maligno de alto grado de diferenciación heteróloga (Osteosarcoma), por lo que se decide realizar Mastectomía Radical Modificada incluyendo en el vaciamiento hasta el tercer nivel de Berg.

## Angiosarcoma primario de mama

M. J. Sánchez Ramirez, P. Cintas, Beltrán, P. Fernandez Zamora, J.C. Gómez Rosado, A.M. Sánchez Sánchez, J.Valdés Hernandez, M. Naranjo Capitán, J. Cantillana,

*Servicio de Cirugía General I. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla*

**Introducción:** El angiosarcoma es una neoplasia maligna relativamente infrecuente a nivel mamario constituyendo menos del 0,05% de los tumores primarios malignos de mama. Es uno de los sarcomas más frecuentes en esta localización. Se trata de una neoplasia muy agresiva cuyo comportamiento biológico sigue un curso paralelo al grado de diferenciación, de manera que cuanto menor sea el grado de diferenciación mayor será la agresividad tumoral. Existe una fuerte relación con el tratamiento radioterápico de la pared torácica, situación que es frecuente hoy en día por la tendencia conservadora que se está llevando actualmente en el tratamiento del cáncer de mama.

**Caso Clínico:** Paciente mujer de 70 años de edad que presenta molestias en la mama derecha con gran edema, inflamación y fibrosis formando un bloque. Antecedentes Personales: Tumorectomía en mama derecha con vaciamiento axilar completo en 1998 recibiendo radioterapia complementaria posterior. Pruebas Complementarias: Biopsia Incisional con Diagnóstico Anatomopatológico de Angiosarcoma Poco Diferenciado por lo que se completa la cirugía realizando Mastectomía Simple Mama Derecha sin vaciamiento axilar (intervención previa). Diagnóstico Anatomopatológico definitivo: Angiosarcoma de alto grado.

**Conclusión:** Debería sospecharse en todas aquellas lesiones de mama que aparecen como un nódulo cutáneo o subcutáneo azulado de crecimiento relativamente rápido y sobretodo en aquellas pacientes que han recibido radioterapia previa. Es fundamental la realización de un estudio histológico previo ante todo nódulo mamario para orientar un diagnóstico temprano ya que nos permitirá determinar el grado de diferenciación y el pronóstico de la lesión.

## Liposarcoma retroperitoneal gigante

L. Álvarez Morán, A. García Navarro, M. J. Álvarez Martín, K. Muffak Granero, E. Olmos Juárez, J. A. Ferrón Orihuela

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

**Introducción:** Los sarcomas de partes blandas son tumores poco frecuentes que representan menos del 1% de todos los cánceres. Constituyen entre el 7% y el 25% de los tumores retroperitoneales. El liposarcoma es el segundo sarcoma en frecuencia. Es un tumor mesenquimatoso maligno formado por adipocitos, pudiendo incluir una matriz de tejido mucoide. De etiología desconocida, se piensa que las radiaciones crónicas y la enfermedad de Von Recklinghausen son factores predisponentes. Su presentación clínica es insidiosa y su manifestación principal es la presencia de una masa de gran tamaño

y crecimiento lento. El liposarcoma puede desarrollarse en cualquier parte del organismo pero tiene predilección por las extremidades inferiores y el espacio retroperitoneal.

**Caso clínico:** Mujer de 81 años con A.P de HTA, DMNID y cardiopatía hipertensiva que ingresa en 2003 en el servicio de M. Interna para estudio de masa abdominal indolora. Se realiza TAC abdominal evidenciándose masa abdominal sólida de 20cm de diámetro que surge de retroperitoneo. En la intervención quirúrgica encontramos gran masa en hipocondrio izquierdo que rechaza colon y páncreas en ausencia de infiltración. Se realizó resección completa de la tumoración. Informe anatomopatológico: Liposarcoma mixoide de 20x23cm de alta malignidad histológica. Pasados 2 años acude a consulta por aumento del perímetro abdominal. TAC abdominal: masa de 17x16x18cm compatible con gran recidiva retroperitoneal. Se realiza nueva resección encontrando gran tumoración en hemiabdomen izquierdo, sin compromiso de otros órganos. El informe anatomopatológico fue liposarcoma mixoide pobremente diferenciado de alta malignidad histológica. Tras dos años acude a urgencias por cuadro de I. Respiratoria secundaria a gran masa abdominal. La TAC reveló masa heterogénea con hipodensidades en hemiabdomen izquierdo, que infiltra pared aórtica y riñón izquierdo. En la intervención se encontró masa retroperitoneal de 35x25cm y 10kg de peso que infiltra riñón y uréter izquierdos. Se realizó extirpación en bloque de masa, riñón y uréter, disecando el espacio paraaórtico al que estaba firmemente adherida. El diagnóstico anatomopatológico fue liposarcoma mixoide de alta malignidad con infiltración renal. La paciente presentó buena evolución postoperatoria y fue dada de alta pasados 15 días con cita para revisión y nuevo TAC a los 6 meses.

**Discusión:** Un tercio de los liposarcomas se localizan a nivel retroperitoneal. La edad media de aparición es entre los 50 y 70 años. La razón varón/mujer es de 1.3/1. La masa tumoral no suele ser dolorosa, por lo que puede alcanzar gran tamaño antes del diagnóstico. La variedad mixoide es la más frecuente, con un riesgo de recidiva de un 30% para los pobremente diferenciados. La TAC es la técnica más útil en el diagnóstico, aporta información sobre localización y tamaño, además de aproximarnos al diagnóstico anatomopatológico por las características radiológicas del liposarcoma. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. La radioterapia pre o postoperatoria es útil si se sospecha imposibilidad de cirugía Ro. La quimioterapia no ha demostrado utilidad debido a la expresión en estos tumores del gen *mdr-1* de resistencia a drogas.

## Carcinoma folicular de tiroides y endoprótesis traqueal

J. Martín Cano, N. Muñoz Pérez, J. Villar Del Moral, J. A. Ferrón Orihuela.

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

**Introducción:** Los bocios multinodulares de gran tamaño o el cáncer de tiroides localmente avanzado suelen producir compresión de estructuras cervicomedíastínicas, siendo la afectación traqueal la más frecuente. Es excepcional que la estenosis traqueal producida precise de la realización urgente de cirugía

u otras técnicas invasivas para mantener la permeabilidad de la vía aérea. Presentamos un caso, recientemente tratado en nuestro servicio, de una paciente afecta de una neoplasia tiroidea, que precisó la implantación preoperatoria de una endoprótesis traqueal.

*Caso Clínico:* Mujer de 68 años con antecedentes de lobectomía tiroidea derecha en 1981, sin control ni tratamiento posterior, y síndrome metabólico (obesidad, hiperlipemia y DM tipo II). Comenzó dos años antes del ingreso con crecimiento paulatino de la parte izquierda del cuello, acompañado en las últimas semanas con disnea progresiva. Acude al Servicio de Urgencias de otro centro hospitalario con cianosis labial y estridor inspiratorio, ingresando en el Servicio de Neumología, donde se practicó un TAC cervicomedial, que informaba de ensanchamiento mediastínico, bocio cervicotorácico a expensas del lóbulo izquierdo con componente torácico hasta la carina traqueal, desplazamiento traqueoesofágico, trombosis de vena yugular interna izquierda, junto con la presencia de restos tiroideos derechos. La fibrobroncoscopia apreció parálisis de la cuerda vocal izquierda en posición media-paramedial y estenosis por compresión extrínseca en tercio medio de tráquea con una luz de 6 mm. La paciente fue sometida de forma urgente a la colocación de una prótesis traqueal de Dumon en la zona de la estenosis, siendo derivada posteriormente a nuestro centro hospitalario. Tras completar el estudio preoperatorio la paciente fue intervenida, realizando extracción de la endoprótesis, hemitiroidectomía izquierda, con exéresis de gran componente tiroideo intratorácico izquierdo, extirpación de restos tiroideos derechos, resección de la vena yugular interna izquierda y vaciamiento del compartimento central cervical. Se constató la existencia de una tumoración de 9 centímetros de diámetro a expensas del lóbulo tiroideo izquierdo, con invasión de musculatura pretiroidea, vena yugular interna, y adenopatías regionales. La enferma presentó un curso postoperatorio sin incidencias, siendo dada de alta tres días tras la cirugía. La Anatomía Patológica informó de carcinoma folicular bien diferenciado de 9,5 cms de diámetro, con presencia de invasión capsular y vascular, afectación macroscópica de vena yugular interna izquierda, junto con una adenopatía paratraqueal izquierda infiltrada. Tras doce meses de seguimiento, la enferma se encuentra libre de enfermedad según las pruebas realizadas. Comentarios: Es excepcional la afectación de la tráquea por crecimientos tiroideos que causen estenosis graves de la vía aérea. En el caso descrito, dicha estenosis fue tratada preoperatoriamente mediante la colocación de una endoprótesis traqueal. No hay referencias previas en la literatura consultada a dicha alternativa terapéutica, pero consideramos que en este caso fue útil, permitiendo la resolución de la sintomatología respiratoria urgente, el estudio mediante técnicas de imagen y la derivación a un centro de referencia de la paciente.

## Paragangliomas: Características clínicas, diagnósticas y terapéuticas

RM. Jimenez Rodríguez, JM. Martos Martinez, M. Perez Andres, A. Del Valle Lopez de Ayala, A. Razak, M. Lozano

*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

Existen comparaciones entre la cirugía laparoscópica y la cirugía abierta obteniendo similares resultados aunque recomiendan la técnica laparoscópica en aquellos tumores menores de 6 cm y realizada por cirujanos expertos.

Los paragangliomas (feocromocitomas extra-adrenales) son tumores poco frecuentes (0,2-0,5 casos por cada 100.000 habitantes y por año). Presentamos 3 casos.

1.) Varón de 27 años en estudio por HTA severa de reciente comienzo. Ha sido intervenido por labio leporino y fisura palatina, se le practicó banding de arteria pulmonar y a los 20 años cirugía de tipo Fontan por corazón univentricular. La HTA severa es de reciente comienzo (hasta 210/120 mmHg) tiene carácter episódico y se acompaña de sudoración y palidez. En la exploración aparecen acropaquias y cianosis. Analítica y doppler de arterias renales normales, cifras de catecolaminas urinarias 3 veces su valor y TAC que describe en situación lateral a la salida de la arteria mesentérica superior una masa de 5x4 cm, compatible con paraganglioma. Se practica una gammagrafía con MIBG en la que aparecen 2 focos de captación. Se decide intervención quirúrgica; el diagnóstico es confirmado mediante análisis histológico.

2.) Varón de 17 años que acude a urgencias e ingresa para estudio por mareos, pérdida de peso, sudoración y oscilaciones de TA (hasta 221/120). En orina, aumento de noradrenalina y vanilmandélico. Ecografía con tumoración para-aórtica infrarenal derecha, de 5x4 cm. RMN con lesión para-aórtica hipertensa. Gammagrafía con MIBG con hipercaptación a nivel de las suprarrenales. El estudio genético para MEN es negativo. Se decide el abordaje inicial de la tumoración para-aórtica. Las suprarrenales presentan un aspecto macroscópico normal. Tras la intervención, el paciente permanece normotenso sin tratamiento. El informe anatomopatológico confirma que se trata de un paraganglioma.

Caso 3. Mujer de 63 años con antecedentes de diabetes mellitus, síndrome depresivo, glaucoma e intervención por incontinencia urinaria. En estudio por una hipertensión de difícil control, se detecta elevación de catecolaminas, encontrándose en las pruebas de imagen una masa retropancreática sugestiva de paraganglioma. Se realiza exéresis de la tumoración. El diagnóstico anatomopatológico fue de paraganglioma. Según la localización de estos tumores podemos clasificarlos en adrenales (feocromocitomas) y extraadrenales. En ocasiones, pueden asociarse a distintas alteraciones como el síndrome de Carney, el síndrome de Von Hippel Lindau o los MEN. También se ha descrito la coexistencia con determinados tumores. Las técnicas de diagnóstico por imagen son fundamentales para la localización del tumor y para demostrar la relación con estructuras vecinas; podemos incluir TAC, RMN, y arteriografía. Cuando existe sospecha de que el tumor es funcionante es fundamental la determinación de metanefrinas en orina de 24 h y catecolaminas plasmáticas. El diagnóstico definitivo vendrá dado por el análisis histopatológico. El tratamiento de elección es la excisión quirúrgica completa del tumor. En el 10% de los casos aparecen metástasis múltiples en el momento del diagnóstico, y el lugar donde más frecuentemente metastatizan son los ganglios linfáticos por lo que ante la sospecha de malignidad la cirugía debe incluir una linfadenectomía regional.

### Hematoma retroperitoneal por rotura de mielolipoma adrenal gigante.

M. J. Jiménez, Carmen Navas, L. M. Marín, M. Soto, M. Balbuena, A. Camacho, M. Efrein Jiménez, M. Shub.

*Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz*

**Objetivo:** presentar un caso infrecuente de hemorragia retroperitoneal.

**Material y Métodos:** Varón de 60 años de edad. Sin antecedentes personales de interés. Acude al Servicio de Urgencias por dolor en flanco izquierdo e importante distensión abdominal de 3 días de evolución asociado a astenia y anorexia. El inicio coincide con caída accidental sobre la región costal y flanco izquierdo. A la exploración presentaba regular estado general, con sudoración profusa y taquicardia con tensión arterial normal. Abdomen globuloso con dolor intenso a la palpación en hipocondrio izquierdo y discretos signos de irritación peritoneal. Hemoglobina: 10,6g/dl y hematocrito: 30,6%. Discreta neutrofilia (78,3%) sin leucocitosis. PCR: 12,88mg/dl y fibrinógeno: 488mg/dl. En la ecografía abdominal de urgencias se aprecia gran masa heterogénea que parece depender del riñón izquierdo. En la TC abdominopélvica se visualiza una gran masa heterogénea de 20x15x15cm que desplaza hacia caudal y rota hacia medial el riñón izquierdo. Los hallazgos encontrados son informados como hematoma retroperitoneal, sin signos de sangrado activo. Tras la valoración de los resultados se decide laparotomía exploradora urgente.

**Resultados:** Como hallazgos intraoperatorios destacan gran masa (20 cm de diámetro) dependiente de glándula suprarrenal izquierda y hematoma retroperitoneal adyacente. Se procede a suprarrenalectomía izquierda y drenaje del hematoma. Como consecuencia de la cirugía se producen dislaceraciones del bazo por lo que se realiza esplenectomía de necesidad. El postoperatorio cursó sin incidencias. El diagnóstico anatomopatológico fue "presencia de poblaciones poliformes de aspecto hematopoyético entremezcladas con adipocitos maduros, siendo compatible con mielolipoma suprarrenal".

**Conclusiones:** ante hematomas retroperitoneales traumáticos hay que descartar causas infrecuentes como el mielolipoma suprarrenal.

### Carcinoma suprarrenal izquierdo gigante no funcionante con invasión de vena renal.

A. Paz Yáñez, N. Muñoz Pérez, J. Jorge Cerrudo, C. García García, J. M. Villar Del Moral, J. A. Ferrón Orihuela

*Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada*

**Introducción:** El carcinoma adrenocortical (CAC) es un tumor poco común (incidencia de 1.2/1.000.000) y de mal pronóstico en estadios avanzados. Presentamos un caso con carcinoma suprarrenal gigante no funcionante estadio IV, con supervivencia a los 2 años.

**Caso Clínico:** Paciente varón de 45 años que consultó por

síndrome constitucional de tres años de evolución, y masa abdominal palpable en hipocondrio y vacío izquierdos, de crecimiento progresivo, detectada dos meses antes. La exploración física reveló una gran masa fija que ocupaba el hemiabdomen izquierdo. La analítica y la radiografía de abdomen no mostraron hallazgos de interés. La tomografía axial (TAC) evidenció una masa en suprarrenal izquierda, polilobulada, de 23 x 14 cm. de diámetro, con calcificaciones amorfas y zonas centrales de hemorragia y necrosis, sin aparente infiltración de órganos adyacentes, así como una adenopatía interaortocava de 1,2 cm. e nódulos pulmonares menores de 1 cm., de probable origen metastático. Las imágenes de resonancia magnética sugerían además la presencia de un trombo tumoral en el interior de las venas suprarrenal y renal izquierdas. En la laparotomía subcostal bilateral practicada, se encontró una gran tumoración suprarrenal, con neovascularización y grandes venas varicosas en la periferia, adherida a tejidos vecinos, y se confirmó la trombosis de venas suprarrenal y renal izquierda hasta su desembocadura en cava inferior. Se practicó exéresis de la tumoración, nefrectomía izquierda concomitante, resección completa de vena renal izquierda y linfadenectomía interaortocava. El estudio anatomopatológico informó de carcinoma adrenocortical que contactaba con cápsula renal sin infiltración de su parénquima, trombo tumoral en vena renal, márgenes de resección libres de tumor y adenopatías reactivas. La evolución postoperatoria fue favorable, con alta al sexto día. El seguimiento realizado con estudio hormonal, TAC, tomografía por emisión de positrones y gammagrafía con <sup>123</sup>I-MIBG ha confirmado la presencia de metástasis múltiples pulmonares, no funcionantes y de crecimiento lento. Actualmente se encuentra asintomático, en tratamiento con mitotane (2 gr./8h), con buena tolerancia.

**Comentarios:** El CAC supone el 0,02% de todos los carcinomas, siendo más frecuente en mujeres (2:1), con una mediana de edad al diagnóstico de 44 años. Se presenta clínicamente como masa abdominal asintomática (30%), síndrome de hipersecreción hormonal (60%, sobre todo en mujeres) o como incidentaloma (10%). Ante una masa suprarrenal hay que sospechar malignidad ante tamaño de más de 6 cms., presencia de metástasis y/o adenopatías adyacentes, aspecto heterogéneo en pruebas de imagen y superficie irregular. La invasión de estructuras de drenaje venoso es frecuente, como en el caso presentado, y dificulta la exéresis quirúrgica. En el momento del diagnóstico, entre el 20-40% tienen metástasis a distancia, con más frecuencia en pulmón. La supervivencia actuarial a los 5 años es del 16-34%, pero alcanza hasta el 62% en los intervenidos con intención curativa. El único tratamiento adyuvante que ha mostrado cierto efecto en algunos pacientes es el mitotane, que parece aumentar la supervivencia en pacientes en estadio IV.

### Ganglioneuroma. Una patología excepcional.

A. Titos García, B. Ortiz, M. Jiménez, A. Álvarez Alcalde, M. Valle Carbajo, J. Carrasco Campos, I. Pulido Roa, N. Marín Camero, CP. Ramírez Plaza, JA. Bondía Navarro

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Regional de Málaga «Carlos Haya»*

**Introducción:** Los ganglioneuromas suprarrenales son tumores benignos muy raros que se originan en las crestas neurales del sistema nervioso simpático; suelen ser asintomáticos y se descubren de forma incidental al realizar algún estudio de imagen realizado por otro motivo; rara vez son funcionantes. Pese a que los estudios radiológicos pueden sugerir su presencia en un incidentaloma (presencia de calcificaciones, ausencia de invasión local y/o vascular e hipoatenuación por debajo de 40 UH en la TAC). El diagnóstico va ser, por tanto, casi siempre en el examen de anatomía patológica y todo el interés se centra en descartar la presencia de focos de neuroblastoma, que puede condicionar un pronóstico fatal. Presentamos el caso de un paciente tratado en nuestro Servicio por esta patología.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 27 años de

edad sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que fue diagnosticada de una masa suprarrenal derecha de 8 cmt. tras la realización estudios radiológicos (ecografía y TAC) a raíz de un cuadro de dolor abdominal errático y poco específico. Estudiado por Endocrinología, todos los estudios hormonales fueron normales, motivo por el que se remitió para Cirugía con el diagnóstico de tumor suprarrenal incidental. Se realizó adrenalectomía derecha por vía laparoscópica sin incidencias, siendo el paciente dado de alta al segundo día postoperatorio sin complicaciones. El estudio de AP informó de la presencia de una formación nodular polilobulada de 150 grs. y 8 cmt. que se diagnosticó de ganglioneuroma suprarrenal. Siete años después de la intervención, el paciente se encuentra bien y en el seguimiento radiológico no ha habido hallazgos reseñables.

## COMUNICACIONES ORALES

### Vídeoproyecciones

#### Uso del gel de alta viscosidad para el control del sangrado activo durante diferentes procedimientos por vía laparoscópica

S Morales-Conde, I Alarcón, A Barranco, M Socas, JM Suárez, A Tejada, J Bellido, J Valdés, J Martín-Cartes, H Cadet, S Morales-Méndez

*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

El desarrollo tecnológico está haciendo que las aplicaciones y éxitos del abordaje laparoscópico vayan en aumento creciente, y que las indicaciones para este tipo de abordaje sean cada vez mayores, disminuyendo asimismo sustancialmente el índice de conversiones a cirugía abierta. Una de las causas más frecuentes de conversión precisamente es la hemorragia y, para ello, se han desarrollado en los últimos tiempos diferentes instrumentos para conseguir una mayor coagulación y una mayor seguridad durante la cirugía tales como el bisturí armónico, el ligasure, etc. Aunque, por otro lado, el desarrollo de sistemas para conseguir controlar la hemorragia una vez instaura no se han desarrollado de forma importante hasta la actualidad en la que podemos disponer recientemente de sustancias como un gel de alta viscosidad para el control de ese sangrado activo. Este gel de alta viscosidad es una combinación apropiada de gránulos de gelatina especialmente desarrollados y trombina tóxica, que sirve para conseguir la hemostasia ante la hemorragia activa cuando el sangrado por ligadura o procedimientos convencionales es inefectivo. Su uso por vía laparoscópica está empezando a instaurarse como un método efectivo en distintas intervenciones. Presentamos en este vídeo diferentes usos de este sistema hemostático. Inicialmente lo empezamos a utilizar en el lecho vesicular en sangrados venosos del hígado para, posteriormente, utilizarlo

con éxito en sangrado activo de la arteria cística, para evitar el uso de clips cerca de la «zona peligrosa», evitando lesiones potenciales de la vía biliar. Asimismo, lo hemos utilizados en lechos potencialmente sangrantes como tras la colecistitis aguda, disminuyendo el tiempo operatorio y el uso de drenajes. Por otro lado, hemos ampliado su uso a la cirugía antirreflujo por laparoscopia con sección de vasos cortos, donde puede ser frecuente el sangrado del polo superior del bazo cuando está íntimamente unido al fundus gástrico y al sangrado de la glándula suprarrenal durante la suprarrenalectomía laparoscópica. El uso de nuevas sustancias biológicas para el control del sangrado en cirugía abierta y, especialmente, en cirugía laparoscópica, se irán instaurando en el futuro de forma progresiva dada la eficacia de estos productos en el control de la hemorragia y la seguridad que ofrecen al cirujano.

#### Laparoscopia diagnóstica en enfermedades infrecuentes

A. Aranzana Gómez,, S. Abad de Castro, E. Morales,, R. López G. Pardo Krasniqi

*Hospital Virgen de La Salud. Toledo*

**Introducción:** La laparoscopia es un recurso diagnóstico de múltiples enfermedades que requieren biopsia de masas ó adenopatías intraabdominales que no se pueden abordar mediante punciones guiadas por pruebas de imagen. Evita la morbimortalidad asociada a la laparotomía favoreciendo el tratamiento precoz de estos procesos.

**Material y Métodos:** Dos casos clínicos de pacientes mujeres que presentan adenopatías en el hilio hepático, con PAAF con