

COMUNICACIONES EN PÓSTER

Estómago, intestino delgado, colon y misceláneas

Elección de la técnica anestésica en la implantación de catéteres peritoneales

J. Cañete Gómez, M. Gutierrez Moreno, A. Muñoz Ortega, V. Gómez Cabeza de Vaca, D. Dominguez Usero, J. García Moreno, F. Docobo Durántez, M. Socas Macias

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Las mejoras en el tratamiento dialítico peritoneal están relacionadas con los avances en el diseño del catéter y los métodos de implantación. Presentamos nuestra experiencia en la implantación de catéteres peritoneales por cirujanos especialistas y en formación, empleando la misma técnica quirúrgica, y variando tanto el tipo de anestesia como el tipo de catéter.

Objetivos: Comparar los resultados en cuanto a complicaciones a corto y largo plazo dependiendo del tipo de anestesia utilizada durante la colocación del catéter.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 124 catéteres peritoneales implantados entre enero de 2000 y diciembre de 2007. 2 grupos. Grupo I: 42 catéteres Tenckhoff de dos cuff. Grupo II: 68 catéteres Tenckhoff de dos cuff y con un lastre distal. No incluidos en ningún grupo: 14. Anestesia local en el 8% de los casos, local y sedación en el 27%, general en el 27% y raquídea en el 38%. Profilaxis antibiótica intraoperatoria de 1 gramo de cefazolina intravenosa.

Resultados: En 63 de los 125 catéteres implantados (el 50.4%) no constatamos ninguna complicación en la primera semana del postoperatorio. La utilización de anestesia local y sedación presentó un menor número de complicaciones generales y sobre todo menor número de casos de dolor postoperatorio a nivel de la herida quirúrgica con respecto a la anestesia raquídea y general; del mismo modo se objetivo menor número de fugas con respecto a la a. raquídea.

Conclusiones: En lo que respecta al uso de distintas técnicas anestésicas para la implantación de catéteres peritoneales podemos observar como en los datos recogidos, se objetiva una disminución de las complicaciones postoperatorias en la implantación de catéter con anestesia local adecuadamente apoyada con una correcta sedación del paciente.

Revisión de las toracoscopias realizadas para el tratamiento del Neumotórax Espontáneo Primario recidivado en el Servicio de Cirugía General.

M. Rico Morales, M. Ferrer Márquez, E. Yagüe Martín, V. Maturana IBáñez, R. Belda Lozano

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Introducción: Se define neumotórax como la presencia de aire en la cavidad pleural que en consecuencia colapsa el pulmón. Se clasifican según su causa en traumáticos, iatrogénicos ó espontáneos (primarios o secundarios según exista o no enfermedad pulmonar de base).

Revisión: Se presenta la serie de toracoscopias realizadas en el Servicio de Cirugía General del Hospital Torrecárdenas realizadas desde Enero de 2004 a Enero de 2008. Se han recogido un total de 10 casos, de los cuales 7 son hombres y 3 mujeres, con edad media de 29 años. La indicación de la cirugía fue, en 8 casos el neumotórax espontáneo recidivado, mientras que en 2 de los casos fue el primer episodio de neumotórax espontáneo que no cedió tras la colocación de tubo de drenaje. La técnica se realiza bajo anestesia general, con intubación endotraqueal con tubo de doble luz para ventilación pulmonar selectiva. Posteriormente el paciente se coloca en decúbito lateral sobre el lado sano. Se colocan 3 puertos de trabajo: en el 4º espacio intercostal con la línea axilar anterior (12mm), 3º espacio intercostal línea axilar posterior, Se visualizaron y resecaon bullas apicales en 9 casos, tan sólo en un caso se reseco parénquima pulmonar apical sin visualizar bullas. En todos los casos se realizó abrasión pleural. En ningún caso se reconvirtió a toracotomía. En el periodo postoperatorio el dolor estuvo controlado, sólo en dos casos apareció fiebre que cedió con antibioterapia. La estancia media de los pacientes fue 14.20 días. Todos los pacientes se revisaron al mes en consultas externas con control radiográfico. No hemos registrado ninguna recidiva.

Conclusiones: La experiencia adquirida en la cirugía laparoscópica abdominal, junto con los avances tecnológicos y del instrumental quirúrgico, ha contribuido a la extensión de esta técnica al campo de la cirugía torácica. Existe consenso para el drenaje del neumotórax espontáneo cuando es mayor del 20% de la cavidad pleural, aceptando que el 20% de ellos pueden recidivar. El tratamiento quirúrgico se está indicado en pacientes que presentan neumotórax primario recidivado, fistulas prolongadas más de 4 días, falta en la reexpansión del pulmón posterior a la toracostomía o presencia de bullas en

el TAC torácico. El uso de la toracoscopia aporta una serie de ventajas características de los métodos poco invasivos como son: menor dolor, menor tiempo de recuperación, menor estancia hospitalaria y siempre realizando el mismo procedimiento que en la cirugía convencional. Creemos que nuestros resultados son satisfactorios, aunque debemos reducir la estancia hospitalaria.

Adenopatías: Rentabilidad Diagnóstica

MD. Casado Maestre, V. Jimenez Crespo, MJ. Tamayo Lopez, M. Bustos Jiménez, C. Palacios Rodríguez, JL. Ferrari Márquez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Las adenopatías son motivo de consulta frecuente a nuestro servicio en busca de un diagnóstico etiológico. Hemos revisado las adenopatías biopsiadas en nuestra unidad desde el año 2004, analizando rentabilidad diagnóstica, correspondencia clínico-patológica.

Material y Métodos: Pacientes intervenidos en nuestro servicio de biopsias ganglionares cervicales, inguinales y retroperitoneales bajo anestesia local o general.

Resultados: En gráficos

Conclusiones: La afectación ganglionar puede ser el resultado de una gran variedad de enfermedades. La biopsia quirúrgica es en numerosos casos la única vía que nos conduce al diagnóstico etiológico.

Inyección percutánea de trombina como tratamiento del pseudoaneurisma femoral

L. Tallón Aguilar, D. Molina García, JM. Sánchez Rodríguez, C. Martín García, E. Bataller de Juan, JJ. Castilla Carretero, MA. Canalejo Raya, A. Sánchez Guzmán, J. Ponce González, FT. Gómez Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La incidencia del pseudoaneurisma de la arteria femoral después de cateterización cardíaca es baja, por encima del 1% en estudios diagnósticos, incrementando hasta el 3.2% cuando existe actuación terapéutica. La trombina ha sido usada durante años para hemostasia local, así como en pruebas de coagulación. Otra utilidad es el manejo del pseudoaneurisma mediante inyección percutánea.

Material y Métodos: Presentamos un caso de una mujer de 70 años que presenta un pseudoaneurisma de la arteria femoral derecha que tras fallar las maniobras de compresión mecánica del mismo se decide realización de inyección percutánea de trombina dirigida por ecografía.

Resultados: En el caso que se presenta la resolución del pseudoaneurisma femoral es inmediata evidenciándose la misma sin existir complicaciones posteriores con buena evolución.

Discusión: La inyección de trombina dirigida por ecografía es una técnica de reciente aparición que representa una alternativa a los tratamientos habituales. Asocia una elevada eficacia (>94%) y un bajo grado de complicaciones (2%).

Tuberculosis abdominal

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

Hospital Infanta Margarita. Cabra. (Córdoba)

Objetivos: La tuberculosis abdominal representa una forma rara de presentación extrapulmonar. Conocida como la « gran simuladora » esta entidad mimetiza una gran cantidad de padecimientos y en su variante peritoneal puede comportarse como cualquier otra enfermedad abdominal, constituyendo, como antaño, un reto diagnóstico, epidemiológico y terapéutico. Nuestro trabajo tiene como objetivo el estudio de los pacientes diagnosticados de tuberculosis abdominal en nuestro centro, analizamos su clínica, métodos diagnósticos empleados y tratamientos médico quirúrgicos realizados.

Material y Métodos : Aportamos nuestra experiencia en 2 casos clínicos el primero de ellos representa una siembra peritoneal a partir de un foco de tuberculosis pulmonar y el segundo caso, mas infrecuente, de diseminación miliar sin antecedentes de tuberculosis pulmonar.

Resultados: Caso 1 : Mujer de 26 años de origen marroquí. Tras una gestación y parto normal comienza con dolor abdominal y pérdida de peso. Exploración física con signos de desnutrición y semiología de ascitis. En la exploración complementaria destaca una anemia microcítica. La radiología y TAC torácica revelan infiltrados en lóbulo pulmonar superior derecho. En la TAC de abdomen se aprecia ascitis y engrosamiento con imágenes nodulares en peritoneo y epiplon. El Mantoux fué positivo y se aprecia elevación del CA 125. El estudio del líquido ascítico por paracentesis muestra un exudado linfocitario con elevación del ADA (adenosin deaminasa) siendo negativa la microbiología. Se efectuó minilaparotomía donde se evidenció siembra miliar generalizada por todo el peritoneo y las biopsias de este demostraron inflamación granulomatosa tuberculoide y en el cultivo se aisló M. tuberculosis siendo negativa la PCR. Caso 2 : Mujer de 45 años de origen español casada con subdito de origen marroquí. Clínica de dolor y distensión abdominal y semiología de ascitis. En pruebas complementarias destaca anemia normocítica, estudio pulmonar normal y TAC de abdomen con ascitis y esplenomegalia. EL líquido ascítico aparece como un exudado linfocitario ADA normal con todos los estudios microbiológicos negativos. Se efectuó laparoscopia en la que se observó siembra miliar generalizada y las biopsias demostraron granulomas tuberculosos. En ambos casos se instauró tratamiento tuberculostático 6 meses con buena respuesta.

Conclusiones: 1. La tuberculosis abdominal es una entidad infrecuente, representando el 0.5% de los casos nuevos de TBC y el 11% de las formas extrapulmonares. Suele afectar a adultos jóvenes con predominio del sexo femenino.

2. Su clínica predominante suele ser distensión abdominal secundaria a ascitis, fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal o diarrea. El diagnóstico diferencial incluye entre otras muchas patologías carcinomatosis peritoneal (de origen ginecológico o gastrointestinal), mesotelioma y linfoma.

3. El diagnóstico más adecuado se realiza con videolaparoscopia o minilaparotomía con toma de biopsia, demostrando

la existencia de granulomas tuberculosos en el 95% de los casos.

4. El tratamiento de la tuberculosis abdominal no difiere de la pulmonar. En paciente inmunocompetente se realiza tratamiento durante 6 meses, los dos primeros meses con tres fármacos (isoniacida, rifampicina y pirazinamida) y los 4 siguientes con isoniacida y rifampicina. Los resultados son buenos si el tratamiento se realiza correctamente.

Tratamiento de fístula cervical precoz con afectación torácica tras cirugía de exéresis del cáncer de esófago

E. Yagüe Martín, V. Maturana Ibañez, M. M. Ferrer Márquez, M. D. M. Rico Morales, M. A. Felices Montes

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería

Introducción: La cirugía del cáncer de esófago está más reglada, hecho que ha propiciado mejores resultados. No obstante, la mortalidad operatoria en países desarrollados supera el 10% y la morbilidad oscila el 60%. La dehiscencia de sutura es la complicación quirúrgica más temible tras la resecciónesofágica, 5-15%, con una mortalidad de hasta el 32%. Por lo tanto es importante la detección temprana y necesidad de una reintervención urgente ante la sospecha de fístula precoz en un paciente grave.

Caso clínico: presentamos un paciente de 45 años con antecedentes de cirrosis hepática y pancreatitis necrohemorrágica. Con diagnóstico de carcinoma epidermoide de tercio medio de esófago y ecoendoscopia que hablaba de estenosis infraqueable a 35 cm de arquada dentaria y múltiples adenopatías periesofágicas. Estudio de extensión negativo. Tras recibir radio y quimioterapia, se intervino realizándose una esofagectomía total transhiatal, con anastomosis cervical terminoterminal manual con puntos sueltos de material irreabsorbible. A las 48 horas el paciente comenzó con drenaje purulento a través del drenaje cervical y con un empeoramiento del estado general. Se decidió intervención quirúrgica urgente hallándose una fuga de la anastomosis cervical drenada hacia mediastino y acompañada de salida de detritus a cavidad abdominal. Se realizó una exclusión bipolar al tiempo que se tutorizó el recorrido esofágico con un tubo siliconado 24F multiperforado para infusión y lavados continuos. El paciente se encuentra en el décimo octavo día postoperatorio, estable y a la espera de reconstrucción en un segundo tiempo y de estado nutricional óptimo.

Discusión: La anastomosis cervical, aunque necesita una plastia más larga, quizá tiene algunas ventajas, como conseguir un margen proximal mayor, estar lejos del campo irradiado cuando se hace tratamiento neoadyuvante y, si hay una fístula, suele solucionarse con drenaje local, ya que en menos del 5% de los casos la fístula cervical no se resuelve con tratamiento conservador. Sin embargo si éstas se acompañan de afectación torácica la reintervención precoz será fundamental. El tratamiento adecuado de las fístulas anastomóticas del esófago es controvertido, en parte por la imposibilidad inicial de diagnosticar la extensión de la fuga y su causa. Concluiremos que el hecho de no tratar

quirúrgicamente la fístula en un paciente muy grave es peor que la agresión quirúrgica de la reintervención e incluso lo oportuno de la reintervención en pacientes con buen estado general e inicio temprano de la fístula.

Neumomediastino espontáneo que simula un Síndrome de Boerhaave.

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

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería

Introducción: el neumomediastino espontáneo es una entidad inusual ; es más frecuente en varones jóvenes y sobre todo con antecedentes de enfermedad asmática. El mecanismo de producción es el aumento de presión en la vía aérea que causa una rotura alveolar con disección del aire a lo largo de las vainas broncovasculares hacia mediastino. Los desencadenantes pueden ser una crisis asmática, tos, síndrome emético, etc. Tanto sus manifestaciones clínicas como el mecanismo de producción obligan a descartar otras entidades de mayor gravedad como es el síndrome de Boerhaave o rotura espontánea esofágica, que requieren un tratamiento inmediato.

Caso clínico: presentamos un paciente varón de 19 años, con antecedentes de adenoidectomía en la infancia. Acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por cuadro emético de dos días de evolución acompañado de dolor difuso en región epigástrica, febrícula y astenia sin otra sintomatología. A la exploración el paciente presentaba buen estado general, consciente y orientado, afebril en el momento de la exploración, y con examen neurológico normal. El abdomen era blando y depresible, sin signos de peritonismo y se apreció enfisema subcutáneo en el cuello con crepitación que irradiaba hasta clavículas y escapulas. Auscultación cardiopulmonar normal. Se le realizó radiografía de tórax, donde se apreció neumomediastino sin neumotorax. Analíticas sin hallazgos patológicos. En TAC cervico-toráco-abdominal se demostró enfisema subcutáneo en cuello, regiones escapulares, mediastino y retroneumoperitoneo e incluso aire en canal raquídeo. Sin líquido libre peritoneal ni alteración de asas intestinales. Ausencia de anomalías morfológicas en el curso del esófago. Se repitió TAC cervico-torácico tras ingesta de contraste hidrosoluble comprobándose ausencia de fuga a través de todo el trayecto esofágico. El paciente permaneció en observación, monitorizado, durante 48 horas con actitud expectante y cobertura antibiótica. Tras ese periodo en el cual el paciente se encontró en todo momento asintomático, se ingresó en planta donde se mantuvo estable y fue dado de alta a los 10 días sin afección alguna.

Discusión: la presentación clínica del neumomediastino espontáneo, y sobre todo aquél cuyo desencadenante sean los vómitos de repetición, nos obligan a realizar un diagnóstico diferencial precoz con un síndrome de Boerhaave debido a la gravedad y necesidad de tratamiento urgente de éste último; mientras que en el caso del neumomediastino espontáneo el tratamiento es fundamentalmente conservador, con controles radiológicos periódicos que descarten asociación de neumotórax y preferiblemente observación intensiva las primeras 48 horas.

Tumores quísticos abdominales gigantes y su diagnóstico diferencial. A propósito de un caso

E. Yagüe Martín, M. D. M. Rico Morales, V. Maturana Ibañez, M. M. Ferrer Marquez, F. A. Rubio Gil

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería

Introducción : Los tumores quísticos abdominales son poco frecuentes y de muy variada etiología; pueden ser de origen linfático, mesotelial, entérico o urogenital. Estos quistes son generalmente asintomáticos, pero pueden presentar manifestaciones graves, como perforaciones, hemorragia y oclusiones, entre otras, por lo que su conocimiento se hace necesario. En todo caso la punción-aspiración y esclerosis es raramente el tratamiento definitivo de los quistes, siendo la cirugía el único tratamiento válido para este tipo de casos

Caso clínico : presentamos una paciente de 15 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. La paciente presentaba una sensación de aumento de perímetro abdominal de 3 años de evolución y dismenorrea. No alteración del hábito intestinal ni otra sintomatología acompañante. A la exploración el abdomen era globuloso, blando y depresible, con sensación de masa que ocupaba todo el abdomen, no movable a la palpación y no dolorosa. En ecografía abdominal se informaba de gran masa quística, no tabicada que ocupaba la totalidad de la cavidad abdominal y que no dependía de ovarios. Analíticamente sin hallazgos de interés y con marcadores tumorales normales. En la Resonancia Magnética Nuclear se confirmó el diagnóstico de gran tumoración quística ocupante de cavidad abdominal desde diafragma hasta pelvis con desplazamiento de asas intestinales hacia hipocondrio izquierdo, no tabicada y no dependiente de ovarios. La paciente se intervino mediante un abordaje por incisión media supra-umbilical, hallándose una gran masa quística, de aproximadamente 30 cm de diámetro, uniloculada, de paredes finas, no tabicadas con contenido seroso y que dependía exclusivamente del ovario derecho. Se realizó ooforectomía derecha y quistectomía. El quiste pesó 7 kilogramos y se informó desde anatomía patológica como cistoadenoma seroso. La paciente se fue de alta al tercer día postoperatorio totalmente asintomática

Discusión: los quistes intraabdominales pueden ser de muy variada etiología, siendo los más frecuentes los quiste ováricos. Generalmente son asintomáticos pero, en ocasiones presentan desde compresión de estructuras vecinas, a episodios de infección o episodios de hemorragia. El diagnóstico de esta entidad suele hacerse mediante pruebas de imagen, siendo los ultrasonidos, la resonancia y la tomografía las técnicas de elección. La ecografía permite diferenciar la naturaleza de la lesión. La tomografía y la resonancia magnética nos dan información del tamaño, la extensión y la relación de la lesión respecto a las estructuras vecinas pero el diagnóstico definitivo nos lo dará la anatomía patológica. El tratamiento de elección será la exéresis total de la pieza quirúrgica.

Quiste hidatídico de localización mesentérica

E. Yagüe Martín, M. M. Ferrez Marquez, M. D. M. Rico Morales, V. Maturana Ibañez, J. M. Vargas Fernandez, G. Lopez Ordoño

Complejo hospitalario Torrecárdenas. Almería

Introducción : La enfermedad por quiste hidatídico (QH) es causada principalmente por el estado quístico del parásito *Echinococcus Granulosus*. La forma de gusano adulto vive en el intestino del huésped definitivo, comúnmente el perro, y no mide más de 5 mm. Las ovejas y el hombre son huéspedes intermedios, donde se desarrolla el estado larval quístico. Al hombre llega por contacto con el huésped definitivo, que elimina los huevos por las heces, o por aguas o verduras contaminadas. Los órganos más frecuentemente afectados son el hígado en el adulto y el pulmón en los niños. La hidatidosis en localizaciones no habituales puede causar problemas diagnósticos. La localización en mesenterio se estima un proceso infrecuente de la hidatidosis.

Caso clínico: presentamos una paciente de 46 años con antecedentes de paludismo, sífilis, hepatitis C y alergia a cloroquina, que acude a nuestra consulta remitida desde ginecología por hallazgo casual en ecografía abdominal de lesión bien delimitada a nivel de hipocondrio izquierdo sugerente de quiste hidatídico, de calcificación periférica, de 9 cm de diámetro en situación mesentérica y con nivel líquido graso en su interior, que confirmamos posteriormente con TAC abdominal. Clínicamente la paciente se presentaba asintomática y la serología a quiste hidatídico fue menor de 1/80. La paciente se intervino de forma programada realizándose una quistoperiquistectomía total en mesenterio y confirmando posteriormente en anatomía patológica el diagnóstico de quiste hidatídico. Dándose de alta asintomática al séptimo día.

Discusión : las tumoraciones quísticas abdominales pueden tener diversa etiología, con origen mesotelial, linfático, entérico, urogenital o incluso parasitario como es el caso del quiste hidatídico y plantear dudas a la hora de un diagnóstico; éste nos lo dan fundamentalmente las pruebas de imagen como la ecografía y el TAC. Consideramos la situación mesentérica como una localización muy poco habitual de los mismos y la exéresis completa incluyendo quiste hidatídico y periquística será la técnica de elección en estos casos.

Enfermedad de Jüngling: Hallazgo casual en biopsia cutánea

A. Casado Adam, MC. Pérez Manrique, E. Torres Tordera, J. Roldán de la Rúa, A. González Menchen, S. Rufián Peña

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: La tuberculosis ósea quística múltiple o enfermedad de Jüngling es una variedad poco frecuente de Tuberculosis, que afecta a fundamentalmente a pacientes menores de 20 años. Se caracteriza principalmente por afectación de huesos cortos aunque puede estar presente en la diáfisis de los huesos largos en estadios más avanzados. En algunos casos

se acompaña de lesiones cutáneas como el lupus vulgar o la escrofulodermia y suele evolucionar finalmente a la afectación pulmonar. Tanto las lesiones óseas como las cutáneas tienen buena respuesta al tratamiento con estreptomycinina.

Caso Clínico: Presentamos una paciente de 15 años de origen marroquí sin antecedentes médicos de interés derivada para estudio por anemia ferropénica, amenorrea y pérdida ponderal de 10 Kg en el último año con la sospecha de síndrome de mala absorción intestinal. A la exploración física presenta fiebre de 38 ° C, auscultación cardiopulmonar normal y leves molestias epigástricas a la palpación abdominal. Lesión cutánea ulcerosa de 2-3 cm de diámetro en cara interna de pie izquierdo que no ha cicatrizado completamente en los últimos 8 meses y tumoración nodular submamaria de 3 cm de consistencia blanda y dolorosa a la palpación. Anemia ferropénica, VSG y PCR elevadas en la analítica. Cultivo de esputo, Lowenstein y baciloscopias negativos. Serología VHC y VHB negativa, Mantoux negativo. TC toracoabdominal, RNM, PET y Gammagrafía ósea con derrame pleural izquierdo y múltiples lesiones líticas en sacabocados a lo largo de todo el eje vertebral asociando colección paravertebral desde D1 hasta L1. Se realiza biopsia quirúrgica de lesión nodular submamaria cuyo resultado es positivo para TBC (Cultivo) y posteriormente de la lesión ulcerada del pie siendo el resultado también positivo para TBC (PCR). Se inicia tratamiento tuberculostático y drenaje percutáneo de absceso paravertebral con buena evolución desde el tercer día, desapareciendo la fiebre y normalizándose los parámetros analíticos. Se realizó drenaje percutáneo de absceso paravertebral. Actualmente la paciente se encuentra en revisión de las lesiones óseas y asintomática.

Discusión: La enfermedad de Jüngling es una enfermedad rara en la que frecuentemente la primera manifestación es la cutánea. Se debe sospechar debido a que se acompaña de compromiso óseo importante y de afectación pulmonar en estadios avanzados, aún así, pese a un diagnóstico tardío, remite con tratamiento tuberculostático.

Manifestaciones intraabdominales del abuso de cocaína

MD; Casado Maestre, JM; Suárez Grau, L; Tallón Aguilar, JM; Sousa Vaquero, JM; Alamo Martínez, A. Puppo

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: El uso de cocaína se está extendiendo en los últimos años. Las complicaciones abdominales derivadas de su uso no son las más frecuentes pero tienen elevada morbimortalidad. Presentamos dos casos clínicos así como una revisión de la literatura.

Material y Métodos:

—Caso 1: Varón de 41 años ingresado en UCI por un cuadro de parada respiratoria domiciliaria. Tiene antecedentes de adicción a drogas por vía inhalatoria y parenteral, VIH + (diagnosticado en 1986) en tratamiento con antirretrovirales, abandonado en los últimos meses y con recaída en el consumo de cocaína. Durante su ingreso presenta un cuadro de dolor abdominal progresivo, fiebre alta e hipotensión. En la analíti-

ca presenta 2586 de CPK. Se realiza Rx simple de abdomen y Rx de tórax con cúpulas diafragmáticas que objetiva neumoperitoneo.

—Caso 2: Mujer de 50 años ingresada para estudio de dolor abdominal de meses de evolución. Durante su estancia en planta presenta cuadro brusco de dolor abdominal, se realiza radiografía de tórax con cúpulas diafragmáticas que pone en evidencia una imagen de neumoperitoneo. Carece de antecedentes médicos de interés salvo adicción a drogas vía inhalatoria.

Resultados:

—Caso 1: Hallazgos: microperforaciones a nivel colónico y gran cantidad de pus en cavidad. Gestos: colectomía subtotal e ileostomía. Informe AP: colopatía isquémica severa con ulceraciones múltiples de predominio en colon izquierdo y sigmoideo. No signos de infección oportunista. Lesiones compatibles con isquemia por cocaína.

—Caso 2: Hallazgos: perforaciones múltiples en yeyuno e ileon. Gestos: resección masiva ceco-intestinal con anastomosis yeyuno-cólica. Informe AP: necrosis isquémica transmural de intestino delgado con perforación y peritonitis exudativa.

Conclusiones: La cocaína produce preferentemente alteraciones cardiovasculares o neurológicas, menos frecuente son las gastrointestinales como isquemia intestinal, perforación de viscera hueca o fibrosis retroperitoneal. El mecanismo por el cual producen la alteración es el bloqueo de la reabsorción de neurotransmisores provocando la estimulación de receptores alfa-adrenérgicos que favorecen la vasoconstricción de arterias esplánicas. El uso de cocaína también favorece la formación de trombos así como la agregación plaquetaria. La presentación clínica más frecuente es dolor abdominal, que puede acompañarse de náuseas, vómitos y diarrea sanguinolenta. Hay que sospecharlo ante un paciente joven con un cuadro de isquemia intestinal sin enfermedad vascular periférica, con historia previa de consumo de droga. No hay diferencias en cuanto a la vía de administración. Es más frecuente en intestino delgado que en colon. La radiografía simple y la ecografía son muy inespecíficas, el angioTAC y la arteriografía son técnicas que nos pueden ayudar al diagnóstico, sin embargo, la cirugía es el método que mejor nos define la gravedad y extensión. Lesiones anatomopatológicas compatibles con un test positivo de cocaína en orina es muy sugestivo. En casos de isquemia intestinal sin perforación se puede iniciar un tratamiento conservador. Si encontramos un dolor abdominal crónico de etiología desconocida en un paciente joven hay que pensar en isquemia intestinal crónica por cocaína.

Apendicitis aguda en el contexto de obstrucción intestinal. A propósito de un caso

D. Molina García, V. Gómez Cabeza de Vaca, A. Muñoz Ortega, M. Gutiérrez Morno, J. Cañete Gómez, F. López Bernal, M. Jesús Tamayo López

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Varón de 75 años que acude con un cuadro de obstrucción intestinal.

Caso Clínico: Varón que acude por dolor y distensión abdominal, de 12 días de evolución con náuseas y vómitos. En la placa de abdomen, dilatación importante de asas e imagen densidad calcio, de 4 cm en fosa iliaca derecha. En el TC no se aprecian otros hallazgos destacables. Se decide intervención quirúrgica donde se objetiva en fosa iliaca derecha peritonitis focalizada con apéndice cecal, de aspecto perforado en su base observándose apendicolito de unos 6 cm de diámetro. Se realiza apendicetomía según técnica habitual.

Discusión: En nuestro caso la clínica sugería la posibilidad de un íleo biliar aunque no existiese patología biliar ni aerobilia. Otra alternativa era un fecalito intraluminal, entidad bastante inusual. Por otro lado, la forma de presentación no corresponde con la típica de apendicitis aguda, tan así, que es descrita en solo en dos publicaciones en la literatura, igualmente no se describen apendicolitos de tan grandes dimensiones como el que aquí mencionamos.

Hernia de hiato como etiología de taponamiento cardiaco

A. Reguera, A. Ramiro, M. del Olmo

Hospital Ciudad de Jaén

Mujer de 68 años que ingresa en UCI por insuficiencia respiratoria, dolor torácico e hipotensión arterial

Antecedentes: histerectomizada, intervenida de prótesis de rodilla, Hernia de Hiato diagnosticada hace 5 años por EDA, Colelitiasis, HTA, no DM conocida

Enfermedad Actual: Presenta taquipnea, acompañada de cuadro vegetativo, cianosis, dolor torácico irradiado a ambos hipocostros. Ingurgitación yugular marcada, pulso paradójico, disminuyendo 10 mmHg la TA con la inspiración Afebril, TA 90/60, 120 lpm, Sat O₂ 83%. ECG ondas QRS de bajo voltaje, signos de sobrecarga de VI. Analítica: 13000 Leucocitos, 90% neutrófilos, DD 596, gLUC 196, urea 83, creatinina 1.5, K₃. Mioglobina 966, CKMB 13.86. Gasometría arterial O₂ 60%, pH 7.46. Rx torax cardiomegalia, presencia de hernia de hiato Precisa VMNI con CPAP 7.5 cm H₂O.

Ante la sospecha de TEP, se solicita angio-TAC torácico: Vólvulo Gástrico Gigante Organoaxial con desplazamiento mediastínico. Dilatación de estómago y esófago, Derrame pleural bilateral leve. Se coloca Sonda NG de descarga con débito de 1500 ml de aspecto hemático. Dada la inestabilidad de la paciente se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía subcostal bilateral, evidenciando Hernia Paraesofágica Estrangulada a expensas de cuerpo y antro, previa la desvolvulaciós se realiza gastrectomía parcial hasta límite con tronco celiaco y gastroepiploica Izq mediante endogía, y reconstrucción con Bilioth II, mediante CEA 28 se realiza gastroyeyunostomía transmesocólica, y anastomosis a pie de asa anisoperistáltica latero-lateral. Cierre de pilares con Dualgoretex anterior y posterior, y funduplicatura Dorr. Pasa a planta a las 24 horas de la intervención, normalizándose la situación cardiorrespiratoria

Sarcoma sinovial bifásico en tercera porción duodenal: caso clínico

S. García Ruiz, R. M Jiménez Rodríguez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Caso clínico: Varón de 70 años que ingresa por cuadro clínico sugestivo de pancreatitis aguda; como antecedentes de interés el paciente es fumador de unos 20 cigarrillos al día, bebedor de unos 80 gr. de etanol al día, EPOC en tratamiento con inhaladores, ulcus péptico sin sintomatología, litiasis biliar y osteoporosis senil. Además ya había presentado cuadros de pancreatitis previas solucionadas mediante tratamiento conservador. Durante su ingreso, presenta astenia, anorexia, pérdida de peso, dolor abdominal difuso, ictericia y coluria. Se solicita analítica donde aparecen 18850 leucocitos (71% neutrófilos), GGT 512, Fosfatasa alcalina de 818, plaquetas de 763.000, bilirrubina total de 4 mg (bilirrubina directa de 3.18) y un CA 19.9 de 49. En el TAC se aprecia pancreatitis aguda grado E de Baltazar, con una tenue captación en cola pancreática que provoca ictericia obstructiva y afectación de estructuras vasculares con infartos esplénicos. Se diagnostica de pancreatitis aguda necrotizante y se decide realizar intervención quirúrgica. Tras laparotomía subcostal derecha y exposición de la celda pancreática aparece una lesión duodenal localizada en tercera porción que se extirpa; además, se lleva a cabo una limpieza de la celda pancreática y colecistectomía. Tras 14 días de estancia postoperatoria se decide alta hospitalaria debido a la buena evolución del paciente. El análisis histológico de la pieza demostró que se trataba de un sarcoma sinovial bifásico de alto grado de 9 cm, con características inmunohistoquímicas típicas y con la traslocación t(X;18) expresada mediante el reordenamiento del gen 18q11.2 con presentación en el 13% de las células tumorales, estudiadas mediante FIS.

Discusión: Los hallazgos recientes en la estructura molecular de los sarcomas sinoviales, como la traslocación t(X;18), han hecho que se definan mejor este tipo de tumores. Los sarcomas sinoviales con diagnóstico probado están aumentando su diagnóstico en raras localizaciones como la pleura, el pulmón, y el corazón. No obstante el tracto gastrointestinal continúa siendo una localización excepcional, en su mayoría en esófago y estómago y sólo un caso publicado localizado en duodeno. Este tipo de tumores no presentan una clínica específica, sino derivada de la localización de su crecimiento. Pueden clasificarse desde el punto de vista anatomopatológico en bifásicos y monofásicos dependiendo del patrón morfológico de presentación ya sea estromal y epitelial o sólo estromal. Nuestro caso es el primer sarcoma duodenal bifásico que hemos hallado en la literatura. El diagnóstico diferencial de estas lesiones debe hacerse con otras neoplasias mesenquimatosas del tracto gastrointestinal, fundamentalmente GISTs y lesiones sarcomatosas. El diagnóstico definitivo se realizará mediante el análisis histológico y el análisis inmunohistoquímico de la pieza, que mostrará queratinizaciones focales y positividad para el antígeno de membrana endotelial, además pueden encontrarse focos de microcalcificaciones y el hallazgo de la mutación característica, la translocación t(X;18) SYT/SSX2. El tratamiento aplicado hasta ahora en estos tumores ha sido la cirugía; Makhlof et al muestra una serie de 10 sarcomas sinoviales, ninguno de

ellos en duodeno, que resecaron mediante secciones segmentarias o gastrectomías atípicas y consiguieron una supervivencia a los 4 años del 60%. En esta serie, se ha descrito una recidiva del 20% a los 28 meses, que ocurrió en aquellos tumores más indiferenciados y de mayor tamaño. Parece, según los escasos datos publicados que el pronóstico del sarcoma gastrointestinal está en relación con el tamaño, la localización y la diferenciación del tumor.

Necrosis gástrica

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

Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

Introducción: La necrosis gástrica secundaria a dilatación gástrica aguda es una entidad poco frecuente, con una treintena de casos descritos en la literatura. Presenta una alta mortalidad (30-50%) que es superior en pacientes que desarrollan perforación y es del 100% en los casos no intervenidos, por lo que el diagnóstico precoz es una necesidad evidente para su adecuado manejo.

Objetivos: Presentación de un nuevo caso clínico que ayude a tener un alto grado de sospecha clínica ante la presencia de una dilatación gástrica con mala evolución y constatar la utilidad de la TAC de abdomen para su diagnóstico precoz.

Caso clínico: mujer de 50 años con antecedentes psiquiátricos variados y tendencia a anorexia-bulimia. Acude a urgencias por dolor epigástrico intenso y vómitos abundantes iniciados tras una ingesta copiosa. Exploración dolorosa en epigastrio sin signos de irritación peritoneal. Tras estudios complementarios, es diagnosticada de dilatación gástrica aguda colocándose sonda nasogástrica con débito inicial de 2000 cc. Tras ingreso, desarrolla cuadro de hemorragia digestiva sin repercusión hemodinámica. Se realiza EDA objetivándose síndrome de Mallory-Weiss y estómago repleto de restos alimentarios con sangre, que impide adecuada inspección. Tras EDA desarrolla cuadro de shock con parada cardiorrespiratoria que revierte tras infusión de abundantes líquidos y ventilación con bolsa-mascarilla. Es trasladada a UCI donde no se evidenció descenso importante de hematocrito/hemoglobina y sí una importante acidosis metabólica. La paciente desarrolla cuadro de insuficiencia respiratoria que obliga a realizar ventilación mecánica y oliguria con mala respuesta a infusión de líquidos. Por sonda, drena líquido serohemático abundante, maloliente. Se realiza TAC abdominal objetivándose gran dilatación gástrica aguda con presencia de gas intramural, edema parietal y líquido libre sin neumoperitoneo. Se realiza laparotomía que evidencia dilatación gástrica masiva con zonas parcheadas de necrosis serosa. Por gastrostomía se objetiva mucosa necrótica de olor pútrido. Se procede a realización de una gastrectomía total ampliada a esófago distal que igualmente presentaba mucosa necrótica y esofagoyunostomía mecánica. Tras un postoperatorio tórpido la paciente fue dada de alta en el día +28. El análisis de la pieza objetivó una pieza de 34,5cm de curvatura mayor y 25cm en curvatura menor con serosa de aspecto violáceo y mucosa granular con ulceraciones y esface-

los malolientes. El análisis microscópico fue compatible con una isquemia aguda con afectación masiva de mucosa y focal transmural, con necrosis de la muscular. La mucosa presentaba un marcado sobrecrecimiento bacteriano.

Comentarios: Debe destacarse la importancia del tratamiento precoz de la dilatación gástrica aguda; la necrosis gástrica debe de ser tenida en cuenta ante su mala evolución. En la mayoría de los casos publicados el diagnóstico es intraoperatorio en pacientes laparotomizados por abdomen agudo y/o neumoperitoneo. El diagnóstico antes del desarrollo de perforación disminuye su alta tasa de mortalidad. En caso de que la radiología simple no objetive la presencia de gas intramural, los hallazgos del TAC abdominal pueden ayudar a la realización de una intervención quirúrgica previa al desarrollo de perforación.

Cistoadenocarcinoma de duodeno periampular. Una patología absolutamente excepcional.

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

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

Introducción: El objetivo de esta comunicación es presentar un caso tratado en nuestro Servicio de un cistoadenocarcinoma mucinoso de duodeno periampular, una patología absolutamente excepcional y de la que no hemos encontrado ninguna referencia en la literatura.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 75 años de edad sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que fue diagnosticada por parte del Servicio de Digestivo de una estenosis de segunda porción duodenal a raíz de un cuadro de vómitos de repetición de contenido alimenticio, dolor en el piso abdominal superior y síndrome tóxico con pérdida ponderal estimada en torno a 5-7 Kgs. Dado que las biopsias tomadas de forma repetida por endoscopia fueron negativas y que los estudios EGD y de TAC demostraron una estenosis duodenal severa en la transición D2-D3 de aspecto maligno, se programó para cirugía electiva; al análisis de los marcadores tumorales fue negativo (CEA, CA19.9 y CA-125 normales). Objetivándose la estenosis firme y concéntrica a nivel ampular, se optó por la realización de una duodenopancreatectomía cefálica estandarizada con montaje tipo Child. El informe de la biopsia fue de «pieza de DPC con cistoadenocarcinoma mucinoso de la región ampular de 1.8 cmt. de diámetro, con permeación vascular linfática y metástasis de uno de los doce ganglios linfáticos aislados; el duodeno muestra una intensa inflamación crónica y los conductos biliares común y Wirsung están dilatados con metaplasia de células mucinosas en los conductos pancreáticos mayores». Como complicaciones, la paciente presentó una infección del tercio medio del sitio quirúrgico solventada con curas locales y un cuadro de varios días de mareos y cervicalgia que retrasó el inicio de la ingesta por vómitos. La paciente fue alta en el día postoperatorio +20 y tras un período de 18 meses de seguimiento está libre de enfermedad.

Discusión: Los cistoadenocarcinomas son tumores epiteliales malignos poco comunes y se caracterizan histológicamente por la presencia de un quiste prominente y con frecuencia crecimiento papilar, siendo su contenido rico en CA19.9. Su presencia a nivel duodenal es absolutamente excepcional hasta el punto de que no hemos podido encontrar ningún caso en la literatura médica publicado.

Tumor carcinoide de intestino delgado

MJ. Alvarez Martin, M. Segura Reyes, AM. Garcia Navarro, E. Olmos Juarez, C. Moreno Cortes, A. Ferron Orihuela.

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

Introducción: Los carcinoides gastrointestinales suponen el 90% de todos los tumores carcinoideos y el 6%-35% de todos los tumores de intestino delgado. De lento crecimiento, originados en células del sistema neuroendocrino. Más frecuentemente asintomático, solo en 10% de los casos dan clínica aparente cuando presentan diseminación metastásica, con un síndrome carcinoide evidente, observándose más frecuentemente en los derivados del intestino medio. Sus características clínicas y pronóstico dependen ampliamente del estadio y el origen embriológico del tumor, existiendo diferencias entre aquellos que derivan del intestino anterior, medio ó posterior. La localización más frecuente de los gastrointestinales es recto, seguida de intestino delgado, fundamentalmente ileon terminal. En mas de la mitad de los casos el diagnostico es incidental, asociado a una patología intercurrente como obstrucción intestinal o apendicitis aguda. La determinación en suero de 5-hidroxiindolacetico y cromogranina es recomendada como test inicial para los pacientes con síntomas vasoactivos y sospecha de tumor carcinoide. Se aconseja un enfoque diagnostico multimodal mediante técnicas de imagen como TAC, RNM, escintigrafía de receptores de somatostatina usando indio 111 y ECO endoscopia. La decisión y opción terapéutica depende de la localización del tumor primario y si existe o no metástasis, siendo las opciones: cirugía, quimioterapia y radiación con análogos de somatostatina como el octeotride o interferón alfa.

Objetivos: Presentar dos casos de tumor carcinoide derivados de intestino medio con un diagnostico incidental inusual.

Material y Pacientes: Caso A: Mujer de 58 años, obesa mórbida, BMI 50, sin comorbilidades asociadas que en 2003 durante la cirugía bariátrica se detecta incidentalmente una tumoración de 1 cm. en yeyuno proximal. Se realiza by-pass gástrico y resección segmentaria de yeyuno. Anatomía patológica: tumor carcinoide yeyunal, con afectación de mucosa y submucosa. Postoperatorio favorable. Actualmente en remisión completa con negatividad en las pruebas de imagen TAC y Gamma grafía con 111In-Pentetreotida (Octreoscan). Caso B: Varón de 35 años, intervenido de urgencias en 2006 por cuadro de abdomen agudo de 24 horas de evolución, encontrando una perforación de divertículo cecal, se realizo hemicolectomía derecha. En la anatomía patológica como hallazgo casual se identifica un un tumor carcinoide de 0.4 cm. que

afecta a muscular. Postoperatorio adecuada y en estudios posterior de extensión con TAC y Octreoscan no existe evidencia de enfermedad residual ni metastásica.

Conclusiones: La cirugía constituye el tratamiento de elección de los carcinoides reseccables. La cintigrafía con Indio 111, es de gran utilidad en la evaluación de recidivas durante el seguimiento. Debido a que son tumores de lento crecimiento se aconsejan las resecciones paliativas en la enfermedad metastasica o localmente avanzada para disminuir la sintomatología y aumentar la calidad de vida de los pacientes.

Neumatosis gástrica

A. Reguera, A. Ramiro, R. González, A. Palomares, M. Medina.

Hospital Ciudad de Jaén

La neumatosis gástrica (NG) constituye una patología infrecuente. El curso clínico puede oscilar desde una situación leve o asintomática (enfisema gástrico) hasta una grave con un alto porcentaje de mortalidad (gastritis enfisematosa). El diagnóstico de imagen se basa en la demostración radiológica de aire en el seno de la pared gástrica. Presentamos dos casos de NG y se revisa la bibliografía.

Introducción. La neumatosis gástrica (NG) o colección de gas dentro de la pared gástrica engloba dos procesos: el enfisema gástrico (EG) y la gastritis enfisematosa (GE), que presentan una etiología, manifestaciones clínicas y pronóstico muy diferentes. El EG es una NG generalmente asintomática, derivada de una causa mecánica que produce un aumento de la presión intraluminal gástrica. La GE es una forma infrecuente de gastritis, que resulta de la infección de la pared gástrica por organismos formadores de gas. El diagnóstico y tratamiento temprano son fundamentales para evitar su alta mortalidad. Ambas situaciones (EG y GE) presentan hallazgos radiológicos definidos al demostrar la presencia de burbujas o imágenes lineales de aire que disecan la pared gástrica y serán los parámetros clínicos los que diferenciarán dichos procesos y orientarán la actitud a seguir.

Caso Clínico: Presentamos un paciente varón de 67 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus. Fue remitido a nuestro Servicio de Urgencias por episodio de vómitos hemáticos y dolor en epigastrio. En la exploración física presenta mal estado general, palidez mucocutánea, diaforesis, tensión arterial 80/16 mmHg, frecuencia cardíaca 100/minuto y temperatura de 36°C. El abdomen era blando, depresible y con peristaltismo conservado. En las pruebas complementarias presentaba leucocitosis (15.000/mm³) con fórmula normal, hemoglobina 17,2 g/dl, hematocrito 49,2%, urea 77 mg/dl y creatinina 2,1 mg/dl. La radiografía de tórax mostraba signos de insuficiencia cardíaca. En la radiografía simple de abdomen se apreciaba un estómago muy dilatado con imagen de doble pared. La endoscopia digestiva confirmó un estómago de retención atónico y ulceraciones difusas de toda la mucosa gástrica con sangrado actual. El TAC abdominal presentaba gran dilatación gástrica con presencia de neumatosis en la pared, así como ligero neumoperitoneo. Se inició tratamiento con sueroterapia e inhibidores de la bomba

de protones, Se decide intervención de urgencia encontrando perforación gástrica a nivel de antro con abundantes coágulos en su interior. Se practica gastrectomía total con Bilioth I, presentando 4 horas después episodio de disnea brusca con shock cardiogénico que, a pesar de tratamiento intensivo, evolucionó a exitus letalis.

Discusión: La presencia de aire disecando la pared del tracto gastrointestinal constituye una patología que, aunque poco frecuente, habitualmente se relaciona con cuadros de enterocolitis necrosante en el niño y con isquemia-infarto intestinal en el adulto. Cuando la presencia de burbujas gaseosas se localiza exclusivamente en el estómago (neumatosis gástrica), el cuadro patológico puede diferenciarse en dos situaciones clínicas de pronóstico muy distinto: el EG y la GE. El EG es una NG asintomática, que generalmente tiene su origen en un problema mecánico (barotrauma), siendo el mecanismo etiopatogénico una dilatación gástrica aguda con aumento de la presión intraluminal. El principal diagnóstico diferencial del EG debe establecerse con la GE, que es la forma infecciosa de la NG. Un antecedente de lesión de la mucosa gástrica permitiría acceder a las capas más profundas de la pared gástrica a gérmenes productores de gas, ocasionando el cuadro. Los factores que pueden predisponer a la aparición de una GE, descritos en la bibliografía, son: ingestión de cáusticos (37%), abuso de alcohol (22%), cirugía abdominal y gastroenteritis (15%). La infiltración difusa de la pared gástrica por organismos formadores de gas ocasiona una inflamación aguda de dicha pared. Aunque el mecanismo exacto por el que se desarrolla la infección en la pared gástrica no ha sido claramente definido, se han propuesto tres vías que favorecerían la proliferación bacteriana mural: *a*) la invasión directa por una lesión previa de la mucosa (ingestión de cáusticos, cirugía gastroduodenal e isquemia gástrica); *b*) diseminación hemática desde otro foco séptico (endocarditis), y *c*) diseminación linfática desde un foco séptico contiguo (colecistitis). La disecación y diseminación del propio gas producido en la pared facilitan la rápida proliferación de los gérmenes. El inicio de la sintomatología es brusco y consiste en intenso dolor epigástrico, náuseas, vómitos hemáticos, fiebre, taquicardia y progresión hasta un estado de shock. La mortalidad es alta (60-80%) y el fallecimiento puede ocurrir tempranamente en las primeras horas tras los primeros signos y síntomas de deterioro. El cuadro clínico junto con el cultivo del contenido gástrico y los datos radiológicos permiten establecer el diagnóstico. El aislamiento de gérmenes relacionados con la GE en el aspirado gástrico permite confirmar el diagnóstico y establecer una relación causal con el cuadro de GE. Las formas habituales de aislamiento de los gérmenes causantes de la GE son el aspirado gástrico y la histología (en casos en que se opte por un tratamiento quirúrgico gástrico). En ambas entidades (EG y GE) el diagnóstico por imagen se basa en la demostración de aire en el seno de la pared gástrica, generalmente evidenciado mediante radiografía simple o tomografía computarizada (TC) de abdomen; ésta puede incrementar la sensibilidad en los casos en que exista poco aire. El tratamiento de ambos cuadros (EG y GE) es opuesto. Mientras que los pacientes con EG tienen una evolución buena y no precisan tratamiento, los que padecen una GE

requieren tratamiento temprano con antibióticos de amplio espectro, sueroterapia y aspiración gástrica. El momento y/o la necesidad de cirugía en la fase aguda no está bien definido y debe ser individualizado. La bibliografía existente no establece como tratamiento estandarizado la resección gástrica en la fase aguda. La principal indicación de cirugía en ella sería la existencia de perforación. En conclusión, la neumatosis gástrica es un hallazgo radiológico infrecuente. Cuando se detecta aire en la pared gástrica (radiografía simple/TC de abdomen), es determinante establecer si es debido o no a una infección por organismos formadores de gas, ya que el tratamiento y el pronóstico son muy distintos

Divertículos de Zenker

F. J. Del Río Lafuente, P. Fernández Zamora, S. Cantín

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla) y Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Los divertículos faringo-esofágicos, más conocidos como divertículos de Zenker, aparecen en la pared posterior de la hipofaringe, a nivel de uno de los tres puntos débiles de la pared posterior situadas entre el constrictor inferior de la faringe y el músculo cricofaríngeo, que son el triángulo de Killian, el área de Jamieson-Kilian y el triángulo de Lamier. El divertículo de pulsión de la hipofaringe, fue descrito por primera vez en 1764 por Abraham Ludlow de Bristol. No fue hasta 1877, que F.A. von Zenker, profesor de Patología en Erlangen, describe de manera precisa, los aspectos clínicos y patológicos del divertículo, que quedará unido a su nombre, en una obra clásica «Krankheiten des oesophagus». Los síntomas más frecuentes son la disfagia y la regurgitación. El diagnóstico se establece mediante estudio baritado. La fibroscopia no tiene valor diagnóstico pero permite eliminar un raro caso de cáncer de la mucosa. Realizada preoperatoriamente permite vaciar el divertículo y evitar una posible inhalación durante la inducción.

Material y método: Estudio retrospectivo de los divertículos tratados en los Servicios en los últimos 20 años. Se trata de 29 pacientes, 18 hombres y 11 mujeres, con una edad media de 61 años. Los 29 pacientes han sido diagnosticados mediante estudio baritado. No hemos empleado la manometría esofágica para indicar o no la realización de la miotomía. La intervención ha consistido 25 veces en una miotomía del cricofaríngeo asociada a diverticulectomía, y 4 pacientes una diverticulectomía solamente.

Resultados: La mortalidad ha sido nula. Como complicaciones ha habido 3 fístulas resueltas con tratamiento médico, 2 disfonías transitorias y 1 reintervención por fístula postoperatoria grave.

Conclusiones: El divertículo de Zenker es un divertículo hipofaríngeo, de pulsión y cuya etiopatogenia no está del todo aclarada. Parece ser que una relajación del músculo cricofaríngeo juega un papel importante, creando una hiperpresión faríngea que da lugar a la creación de un divertículo de pulsión en oposición a los llamados de tracción.

Síndrome de Peutz-Jeghers complicado

J.M Lorente Herce, A. Brox Jimenez, O. Mulet Zayas, C. Torres Arcos, M. Márquez Muñoz, F.J. Jiménez Vega, P. Parra Membrives, A. Galindo Galindo

Hospital Universitario de Valme. Sevilla

Introducción: El síndrome de Peutz-Jeghers es un síndrome familiar raro consistente en poliposis gastrointestinal y pigmentación muco-cutánea que tiene como una de las complicaciones, con indicación quirúrgica más frecuente, la invaginación intestinal.

Caso Clínico: Presentamos el caso de una paciente de 18 años de edad diagnosticada de Síndrome de Peutz-Jeghers que consulta por dolor abdominal intenso. Mediante estudio TAC se objetivaron datos compatibles con una sub-oclusión intestinal por invaginación intestinal doble de intestino delgado. Se intervino quirúrgicamente para desinvaginación más polipectomía múltiple.

Conclusiones: El síndrome de Peutz-Jeghers es un síndrome autosómico dominante raro caracterizado por la combinación de pólipos hamartomatosos del tracto gastrointestinal con lesiones hiperpigmentadas muco-cutáneas. El síndrome se asocia a un riesgo elevado de cáncer a nivel del tubo digestivo y en otras localizaciones como páncreas, útero, testículos y ovario. La invaginación representa la principal complicación de esta enfermedad y es causa de obstrucción intestinal. El cáncer y las complicaciones derivadas de las múltiples intervenciones quirúrgicas a las que son sometidos disminuyen la supervivencia. Es por ello por lo que el seguimiento estrecho es fundamental.

Presentación atípica de acalasia como trastorno de la conducta alimentaria.

M^a.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco Garcia, M^a C. Bazan Hinojo, M. Alba Valmorisco, V. González Rodicio, A. Gil Olarte Pérez, A. Lizandro Crispin, M. San Miguel, J. R. Castro Fernandez, J. M. Vázquez Gallego.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cadiz

Introducción: La acalasia es un trastorno primario de la motilidad esofágica por falta de relajación del EEII. Se da en ambos géneros por igual y se puede dar en cualquier edad, presentando dos picos de incidencia 2-4^a y 6-7^a décadas de la vida. El diagnóstico es tardío realizándose este a los dos o tres años del inicio de la clínica. El tratamiento es quirúrgico y la vía de abordaje de elección la laparoscopia. Presentamos un caso de una paciente que fue catalogado inicialmente de trastorno de la conducta alimentaria al año de presentar vómitos, pérdida ponderal y desnutrición, siendo finalmente diagnosticada de acalasia y tratada mediante Esofagomiotomía de Heller y funduplicatura por abordaje laparoscópico.

Caso clínico: Paciente mujer de 28 años que ingresa en el Servicio de Medicina interna del hospital por émesis de un año de evolución, deterioro progresivo del estado general y desnutrición proteico calórica. Un año antes había sido valorada por diferentes especialistas (Médico de Familia, Di-

gestólogo, Endocrinólogo, Psiquiatra, Otorrinolaringólogo, y Medicina Interna), y realizándosele múltiples exploraciones complementarias (Endoscopia digestiva, TAC craneal, Mantoux, Baciloscopia, Analítica general, Ecografía abdominal, Radiología de tórax etc.) y diagnosticada al inicio de trastorno de la conducta alimentaria. A su ingreso presentaba un IMC de 13,5, caquexia, pérdida de grasa subcutánea y una analítica compatible con malnutrición calórico-proteica severa. En la Radiología de tórax se aprecia un ensanchamiento mediastínico, motivo por el cual se solicita una TAC toracoabdominal en la que se confirma la presencia de un ensanchamiento mediastínico a expensas de esófago medio compatible con acalasia. Se realiza estudio esofagogastroduodenal, endoscopia digestiva alta y manometría esofágica que confirman el diagnóstico de acalasia no vigorosa. Con este diagnóstico se remite al servicio de Cirugía General donde se interviene a la paciente realizándose esofagomiotomía de Heller y funduplicatura posterior mediante abordaje laparoscópico. Tras la misma la paciente mejora clínica y psicológicamente, aumentando de peso.

Discusión: La acalasia es una enfermedad progresiva que se presenta con síntomas de disfagia tanto para líquidos como sólidos siendo éste el síntoma guía. La pérdida de peso, regurgitación, pirosis, y el dolor torácico están presentes en el 40-60% de los pacientes. La pérdida de peso suele estar entre 5-10 Kg, aunque a veces puede ser mayor. La clínica es insidiosa y progresa gradualmente, por lo que típicamente los pacientes sufren la sintomatología años antes de consultar. Es frecuente el diagnóstico tardío y esta demora se debe en la mayoría de los casos a una mala interpretación de la clínica típica, mas que a una presentación atípica de los mismos. En nuestro caso pensamos que una correcta interpretación de los síntomas así como una correcta lectura de la radiografía de tórax, hubiera hecho sospechar el diagnóstico de acalasia, evitando de esta forma el retraso en el diagnóstico y tratamiento, así como la realización de pruebas complementarias innecesarias. Los trastornos de la conducta alimentaria están aumentando su frecuencia en los últimos tiempos sobre todo en pacientes jóvenes del sexo femenino, por ello en nuestro caso el enfoque inicial de anorexia nerviosa retrasó el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: 1- Es fundamental una correcta valoración clínica e interpretación de los síntomas para sospechar el diagnóstico de acalasia. 2- Incluir en el diagnóstico diferencial de los trastornos de la conducta alimentaria a la acalasia. 3- El diagnóstico de certeza se obtiene mediante el estudio esofagogastroduodenal y la manometría esofágica. 4- El tratamiento es quirúrgico y la vía de abordaje de elección la laparoscópica.

Abordaje laparoscópico de tumor gástrico benigno

M. Ferrer Márquez, V. Maturana Ibáñez, M^a del Mar Rico Morales, E. Yagüe Martín, R. Belda Lozano, F. Rubio Gil

Hospital Torrecárdenas. Almería

Introducción: La resección quirúrgica de los tumores gástricos benignos puede indicarse para establecer el diagnóstico histo-

lógico, para evitar el riesgo de degeneración maligna o la necesidad de vigilancia continua. La realización de una gastroscopia intraoperatoria ayuda a identificar la lesión permitiendo así realizar la exéresis de pequeños tumores. Presentamos nuestro primer caso de cirugía gástrica vía laparoscópica

Caso Clínico: Paciente de 70 años estudiada en digestivo por molestias abdominales y saciedad temprana. No signos de sangrado digestivo. A la exploración abdomen blando y deprimible no doloroso a la palpación. Se realiza TAC evidenciando defecto de repleción gástrico homogéneo de bordes lisos en curvatura mayor sin aparente afectación extraparietal. Se realiza endoscopia observando pólipo gástrico de 4cm en curvatura mayor que no se puede extirpar mediante endoscopia. Se toma biopsia informada de pólipo adenomatoso. Ante los hallazgos se decide cirugía vía laparoscópica. Se realiza gastrotomía anterior identificando la lesión que se exterioriza. Posteriormente se realiza exéresis de la misma mediante endograpadora lineal. Se cierra la gastronomía mediante sutura continua. La paciente evoluciona satisfactoriamente siendo dada de alta al tercer día postoperatorio. El diagnóstico anatomopatológico es de adenoma tubulo-veloso, borde quirúrgico libre de lesión, no signos infiltrativos

Conclusión: Las resecciones laparoscópicas atípicas parciales del estómago son posibles gracias al desarrollo de endograpadoras lineales que facilitan la intervención. La ventaja de esta técnica es permitir una exploración abdominal completa y, con equipos entrenados, una disección en todos los aspectos comparable a la realizada vía abierta. El confort postoperatorio de los pacientes mejora al presentar menos dolor postoperatorio, mejor recuperación de la capacidad ventilatoria y más temprana recuperación del tránsito.

Obstrucción Intestinal por Síndrome de Allen Masters

M. Ferrer Márquez, M^a del Mar Rico Morales, E. Yagüe Martín, V. Maturaba Ibáñez, R. Belda Lozano, C. Carvia Pousaillè.

Hospital Torrecárdenas. Almería

Introducción: El síndrome de Allen Masters fue definido en 1995 por Allen y Master como una rotura o laceración de la hoja del ligamento ancho lo que resulta en una movilidad excesiva del cérvix. Es excepcional que a través del defecto pueda introducirse un asa de intestino delgado creando así una hernia interna. Desde su descripción original hasta hoy, y debido a la rara ocurrencia de la enfermedad, no son muchos los artículos encontrados en la literatura.

Caso Clínico: Paciente de 39 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal continuo de 12 horas de evolución localizado en hemiabdomen inferior. A la exploración el abdomen es doloroso a la palpación, distendido y con signos de irritación peritoneal. La analítica muestra leucocitosis con desviación izquierda. En la radiografía simple de abdomen se observa dilatación de asas de intestino delgado. Se realiza una ecografía abdominal y ginecológica mostrando ambas quiste lúteo hemorrágico, líquido libre en Douglas en cantidad moderada y asas distendidas con pared engrosada con cambio

brusco de calibre a nivel de pelvis en la que se aprecian signos de sufrimiento (Figura 1). Ante los hallazgos presentados se decide intervenir a la paciente por vía laparoscópica. Se visualiza asa de ileon isquémica, por lo que se reconvierte a laparotomía media infraumbilical. Se aprecia un asa de intestino delgado herniada a través de un defecto en el ligamento ancho presentando signos de necrosis. Se realiza resección de intestino delgado necrótico (15 cm) y anastomosis ileal latero-lateral. Se cierra el defecto del ligamento ancho con sutura continua. Durante el postoperatorio la paciente evoluciona satisfactoriamente iniciando tolerancia al tercer día y siendo dada de alta a la semana de la intervención.

Conclusión: Los defectos del peritoneo pélvico son generalmente adquiridos. Allen y Masters, describen como síndrome clínico las laceraciones de las estructuras de soporte uterino cuyo resultado es un defecto en el ligamento ancho. Los síntomas que acompañan a esta entidad suelen ser congestión, dolor pélvico, dismenorrea, metrorragia, dispareunia y dolor lumbar. En raras ocasiones puede debutar como cuadro obstructivo, incluso como abdomen agudo, como ya describió Lewis en 1969. El tratamiento es siempre quirúrgico y el retraso en el tratamiento conduce a una importante morbilidad. Actualmente el manejo de la laparoscopia para el tratamiento de la obstrucción intestinal secundario a hernias internas es una opción válida⁶. Aunque es un cuadro clínico poco común, es importante conocerlo y tenerlo presente en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en hemiabdomen inferior en mujeres, acompañado o no de cuadro obstructivo. El diagnóstico y la reparación quirúrgica temprana reducen la morbilidad y mortalidad por estrangulación.

Tumor del estroma gastrointestinal como causa de invaginación ileocecal

A. Reguera, F. Jiménez Armenteros, A. Ramiro

Hospital Ciudad de Jaén

Varón de 65 años que acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos de horas de evolución, analítica normal. Exploración: abdomen globuloso, distendido, timpánico, dolor inespecífico a la palpación sin peritonismo, ruidos metálicos. Pruebas Complementarias : - Rx simple abdomen: asas de intestino delgado dilatadas, niveles hidroaéreos, gas distal. TAC: imagen típica en escarapela, con gas intraluminal en ileon terminal. Ante la sospecha de obstrucción mecánica se coloca sonda NG y se decide intervención urgente mediante laparotomía media evidenciando invaginación ileocecal, se procede a la desinvaginación del ileon del ciego con resección de 15 cm de ileon y anastomosis termino-terminal. El postoperatorio transcurre sin incidencias, dándose de alta a la semana. La anatomía patológica presenta macroscópicamente una imagen en reloj de arena, con diagnóstico mediante inmunotinción CD117 de tumor GITS de ileon con riesgo intermedio de 7 cm, < 5 mitosis x cada 50 campo de gran aumento. A los 6 meses de la intervención se encuentra en tratamiento con imatinib con TAC y PET sin evidencia de metástasis en la actualidad. Desde 2002 se han diagnosticado 7 casos de GIST en nuestro hospital. Cuatro de localización gástrica: -Varón de 64 años.

GITS de pequeño tamaño de antro por estudio de melenas. De bajo potencial agresivo. En la actualidad sigue controles y está libre de enfermedad. -Varón de 62 años . GITS de tamaño intermedio por estudio de HDA. Presenta metástasis hepáticas, pendiente de rescate quirúrgico de las mismas. -Mujer de 79 años . GITS de tamaño intermedio en curvatura menor. - Varón de 82 años, GITS de alto grado de malignidad. Inicia tratamiento con imatinib, pendiente de respuesta. Tres de localización intestinal, los tres debutan como urgencia abdominal aguda dentro del cuadro de obstrucción intestinal.-Mujer de 46 años, GITS a 13 cm de Treitz de alto grado de malignidad.-Mujer de 37 años, GITS a 60 cm de Treitz de bajo grado.-Varón de 65 años, GITS ileon Terminal

Gastrectomía tubular, en manga o «sleeve gastrectomy» para el tratamiento de pacientes seleccionados con Obesidad Mórbida. Experiencia inicial.

J. Carrasco Campos, CP. Ramírez Plaza, A .Álvarez Alcalde, M. Valle Carbajo, V. Delgado Bravo, JL. Gallego Perales.

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

Introducción: La «sleeve gastrectomy» por vía laparoscópica se desarrolló inicialmente como la fase inicial de un procedimiento más complejo, cuál es la diversión biliopancreática con cruce duodenal. Sin embargo, en la actualidad se ha demostrado su eficacia como procedimiento restrictivo puro para el tratamiento de pacientes con Obesidad Mórbida y factores de riesgo que condicionen la realización de un procedimiento más complejo. La técnica habitual en nuestro grupo es la gastrectomía tubular con dispositivos de autosutura, comenzando a 5 cmt. del píloro y sobre un calibrador de 37 French en curvatura menor.

Caso clínico nº1: Mujer de 40 años de edad, con antecedentes de HTA, Síndrome de apnea obstructiva del sueño y BMI de 66 que se remite desde la Consulta de Endocrinología para realizar cirugía bariátrica. Tras la introducción de los trocares se aprecia un hígado cirrótico, lo cuál unido al BMI nos aconseja la realización de un procedimiento menos complejo que el by-pass, motivo por el que se optó por la gastrectomía tubular; se tomó además una biopsia hepática que confirmó la presencia de una fibrosis con tendencia a la nodulación. La paciente fue alta en el séptimo día sin complicaciones postoperatorias.

Caso clínico nº2: Mujer de 48 años de edad y antecedentes de DM tipo II Insulín-Dependiente, HTA, hipercolesterolemia y osteoartritis generalizada que se remite desde la Consulta de Endocrinología para realizar cirugía bariátrica. Quince años antes fue intervenida de nefrolitiasis realizándose una nefrectomía izquierda y quedando con una gran eventración residual de la cicatriz de lumbotomía. La complejidad de su anatomía abdominal y su alto BMI fueron los que nos indujeron a la realización de la gastrectomía tubular, de la que se recuperó siendo alta en el séptimo día postoperatorio sin complicaciones.

Complicaciones de la equinocosis extrahepática: fistulización de un quiste hidatídico adrenal al intestino

A. Valverde Martínez, J. Ruiz Rabelo, M. Gómez Álvarez, S. Rufián Peña

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: Aunque los quistes hidatídicos pueden encontrarse en cualquier localización, la equinocosis se presenta frecuentemente en el hígado y el pulmón. La hidatidosis extrahepática se ha descrito en la cavidad peritoneal, retroperitoneo, bazo, riñón, glándulas adrenales, e incluso en la columna vertebral. Los pacientes con hidatidosis extrahepática presentan desde una clínica inespecífica, como es el dolor abdominal difuso, hasta síntomas más específicos como las reacciones anafilácticas y fiebre. La dificultad diagnóstica es evidente en estos casos, sobre todo cuando la evolución de la enfermedad es silente. La cirugía es el tratamiento de elección por la mayoría de los autores. Presentamos el caso de un quiste hidatídico suprarrenal que fistuliza a un asa de intestino. **Caso Clínico:** paciente mujer de 70 años de edad con antecedentes de insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular, e intervenida de apendicitis, hernia incisional, úlcera gástrica, y quiste hidatídico renal izquierdo hace unos treinta años. Paciente acude a urgencias por dolor abdominal inespecífico, sensación de masa epigástrica y fiebre. En las pruebas complementarias destacan leve leucocitosis con neutrofilia y masa calcificada en hipocondrio izquierdo-epigastrio en la radiografía de abdomen. Se realiza TC abdominal que revela la presencia de una masa calcificada de 9cm que se relaciona que se relaciona con riñón izquierdo. El tránsito gastroduodenal muestra una masa calcificada con ubicación retrogástrica que parece fistulizar a un asa de yeyuno proximal. Test de ELISA: normal. Se decide intervención quirúrgica del paciente con un diagnóstico de presunción de quiste hidatídico fistulizado a intestino, realizando resección en bloque de la masa junto con la glándula suprarrenal evitando la apertura de la masa y por tanto la diseminación abdominal y cerrando la fístula intestinal. Postoperatorio favorable con alta domiciliaria a los 12 días. La anatomía patológica confirmó que se trataba de un quiste hidatídico.

Discusión: El diagnóstico en nuestra paciente fue relativamente fácil debido a su historia previa de hidatidosis y masa epigástrica palpable. La radiografía simple de abdomen nos orientó hacia el diagnóstico de quiste hidatídico debido a las calcificaciones. El TC y la ecografía suelen confirmar el diagnóstico con un 93-98% de sensibilidad para la ecografía y un 97% para el TC. En nuestro caso el estudio con bario es importante, ya que el paciente presenta episodios recurrentes de fiebre y eliminación a través de las heces de las hidátides. Encontramos este estudio interesante en nuestro caso para confirmar la fístula entérica e indicar la cirugía. Así, como en la hidatidosis hepática y pulmonar, la cirugía es el tratamiento de elección. La mayoría de los autores no recomiendan el abordaje laparoscópico en el caso de quistes complejos. El tratamiento farmacológico con albendazol o mebendazol debe llevarse a cabo en caso de sospecha de diseminación peritoneal.

Mucocele apendicular como hallazgo casual en el curso de una laparotomía.

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

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

El mucocele apendicular se define como la dilatación del lumen del apéndice ocupado por secreción mucinosa. Se trata de una patología poco frecuente que suele detectarse en el curso de una laparotomía por otro motivo. La confirmación diagnóstica se obtiene mediante el análisis histopatológico de la pieza. Se presenta el caso de una paciente de 76 años, con enfermedad de Parkinson, que acude a urgencias por dolor abdominal de 48 horas de evolución, febrícula, no náuseas, no vómitos, no alteración del hábito intestinal. En la exploración física presenta el abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación en FID con dudosa defensa y signos de irritación peritoneal. La analítica muestra 13450 leucocitos y 78% de neutrófilos. Se solicitó ecografía abdominal para orientar el diagnóstico en la que detectó estructura apendicular engrosada, con 2 cm de luz aproximadamente, engrosamiento de grasa adyacente y pequeña lengüeta de líquido libre. Con diagnóstico de plastrón apendicular la paciente es intervenida a través de una laparotomía infraumbilical hallándose un apéndice cecal engrosado de 3cm de diámetro aproximadamente, perforado en la punta por donde salía contenido mucinoso blanquecino. Ante los hallazgos se decidió realizar ileoceguectomía y anastomosis ileocólica laterolateral. La evolución de la paciente fue favorable dándose de alta el séptimo día postoperatorio. La pieza fue informada como mucocele apendicular simple. Los mucoceles apendiculares se clasifican según su comportamiento biológico en mucocele simple, cistoadenoma, cistoadenocarcinoma y pseudomixoma peritoneal en las fases más avanzadas. No presenta un cuadro clínico característico, en ocasiones son asintomáticos, otras veces debuta como tumoración intraabdominal y otras veces como cuadro agudo confundiendo con apendicitis aguda. El tratamiento en las formas más benignas es la apendicectomía, siempre que la base apendicular no esté afectada. En formas más agresivas ó en mucoceles de más de 2 cm de diámetro está indicada la cequectomía, incluso la hemocolectomía derecha. La citorreducción y quimioterapia intraperitoneal se indicarían en caso de pseudomixoma peritoneal. Es importante no manipular en exceso la pieza durante el acto quirúrgico para evitar siembra tumoral y recidivas. La cirugía laparoscópica incrementa el riesgo de recidiva local y en la puerta de entrada de los trócares, por lo que debe evitarse. Los pacientes que presentan este diagnóstico deben seguir controles médicos por el riesgo de presentar neoplasias sincrónicas o metacrónicas del tracto gastrointestinal, mama, ovario y riñón, que con frecuencia se asocian al mucocele.

Isquemia intestinal segmentaria. una complicación poco frecuente de la pancreatitis necroticohemorrágica.

E. Olmos, C. Moreno, J. Martín, A. Mansilla, G. Ferrer, JI. Arcelus, JA. Ferrón

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

Introducción: La isquemia del territorio mesentérico en el marco de una PA grave es una complicación infrecuente. Se da fundamentalmente en colon y se baraja la hipótesis de alteraciones en la microcirculación debidas a mediadores de la inflamación como la endotelina-1 que producirían las células peripancreáticas, junto con la compresión local en los grandes vasos mesentéricos debido a la inflamación y compresión extrínseca de la glándula sobre ellos. Presentamos un caso de PA necrohemorrágica complicada con isquemia intestinal segmentaria.

Caso Clínico: Paciente de 48 años de edad con AP de HTA y oligofrenia que ingresa en UCI por cuadro de PA de origen litiasico grado D de Baltasar, asociado a fracaso renal agudo. Permaneció durante 35 días en este servicio durante los cuales desarrolló SDRA y neumonía asociada a ventilación mecánica. Se constató infección de las colecciones peripancreáticas, que se trataron mediante drenaje percutáneo guiado por TAC. La evolución no fue favorable, por lo que, y tras constatar salida de contenido biliar por el drenaje, se decide realizar laparotomía exploradora. Se evidencia necrosis intestinal segmentaria que afecta a ileon, con varias perforaciones, asociada a peritonitis purulenta difusa, siendo necesaria la resección de 50cm del intestino delgado afecto y la realización de ileostomía «en cañón de escopeta». La evolución postoperatoria cursó satisfactoriamente, con resolución del cuadro de disfunción multiorgánica, siendo trasladada a la planta de Cirugía. Posteriormente desarrolló fistula enterocutánea y fiebre mantenida, por lo que se decidió reintervención quirúrgica. En este acto operatorio se realizó nueva resección intestinal incluyendo el asa de yeyuno fistulizada, se reconstruyó la continuidad digestiva mediante anastomosis yeyuno-transversa latero-lateral y se drenó un absceso en la cabeza pancreática. La evolución fue favorable, siendo dada de alta hospitalaria a los 92 días de su ingreso.

Conclusiones: La isquemia intestinal segmentaria es una complicación grave de la PA necróticohemorrágica, que debe de ser sospechada ante la mala evolución del cuadro clínico. Su tratamiento debe realizarse precozmente, siendo necesario realizar una cirugía en varios tiempos para minimizar la morbilidad

Intususcepción intestinal en enfermedad celíaca

I. Belda Gonzalez, L. Alvarez Morán, A. Becerra Massare, E. Olmos Juarez, JM. Villar del Moral, JA Ferron Orihuela,

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La invaginación intestinal es un proceso frecuente en niños, y muy poco habitual en adultos, constituyendo aproximadamente el 1-5% de todos los casos de obstrucción intestinal. Su diagnóstico preoperatorio es inhabitual, estableciéndose generalmente intraoperatoriamente, a diferencia de los casos infantiles, en los que la clínica suele ser bastante clara. En la mayoría de los casos existen causas demostrables como pólipos intestinales, tumores, divertículos de Meckel, y otras menos frecuentes como infecciones virales, apendicitis, linfoma, enfer-

medad celiaca, cirugía reciente, etc. La invaginación intestinal como complicación de la enfermedad celiaca es poco frecuente y parece deberse a inflamación de la mucosa y a la alteración del peristaltismo por hipotonía muscular y por flacidez de la pared intestinal. Presentamos dos casos de invaginación intestinal en adultos relacionada con la enfermedad celiaca.

Casos Clínicos: *Paciente 1:* Mujer de 33 años con antecedentes personales de enfermedad celiaca e intervención en 2003 por obstrucción intestinal con sospecha ecográfica de invaginación intestinal y laparoscopia sin hallazgos. Acude a urgencias por presentar dolor abdominal de 24 horas de evolución localizado en hipogastrio y fosa iliaca derecha. No presenta alteraciones del hábito intestinal, náuseas ni vómitos. Exploración: Abdomen distendido, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha. Analítica: Leucocitos: 13.390 con el resto de parámetros dentro de la normalidad. TAC abdominal con imagen compatible con invaginación intestinal, mostrando la típica imagen en diana. Se interviene encontrando invaginación intestinal de unos 20cm de ileon a 180 cm. de la válvula ileocecal, se realizó resección intestinal de unos 60cms de ileon, sin encontrarse lesiones en la pieza. Anatomía Patológica: Linfadenitis crónica. La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta al séptimo día postoperatorio. *Paciente 2:* Mujer de 29 años en estudio por parte del servicio de digestivo por sospecha de enfermedad celiaca. Acude a urgencias por presentar dolor abdominal de 2 días de evolución asociado a náuseas y vómitos. No refiere episodios previos similares. Exploración: Presenta abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación de forma difusa con defensa generalizada. Analítica: Leucocitos: 14.900, PMN: 86%. .Ecografía abdominal: Sugerente de suboclusión intestinal por invaginación yeyuno-ileal. Se interviene el día del ingreso encontrando: Invaginación intestinal con dilatación importante de asas de intestino delgado. Se aprecia también peritonitis difusa debida a apendicitis aguda gangrenosa perforada. Se realiza resección de la zona invaginada, unos 40cms de yeyuno y apendicectomía. Anatomía Patológica: Apendicitis aguda gangrenosa. Pieza de intestino sin hallazgos. La paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta al 10º día postoperatorio.

Comentarios: 1. Tanto la Tomografía axial computerizada como la ecografía son pruebas diagnóstica de alta sensibilidad para el diagnóstico de las obstrucciones intestinales en general y más especialmente en casos donde se sospeche una invaginación intestinal. 2. La resección intestinal de la zona afectada por la invaginación es la técnica quirúrgica de elección, puesto que en la mayoría de los casos existe alguna alteración en el intestino que da lugar a dicha invaginación.

Invaginación ileocolica del adulto

A. Ruiz de Adana Garrido, A. Astruc Hoffmann,
A. Sanchez Pascual, R. Granda Paez, A. Gomez, A.
Arroyo Albert Vila, R. Fuentes Martos, A. Flores Arcas,
R. Moya Vazquez

Hospital San Juan de la Cruz. Ubeda. (Jaén)

Introducción: La invaginación intestinal en adultos es poco frecuente, supone el 5% de las causas de obstrucción. General-

mente se asocia a un tumor que actúa como causa de la intususcepción. Los de origen colónico predomina el adenocarcinoma como causa más común; en los de intestino delgado son más frecuentes los tumores benignos.

Caso Clínico: Mujer de 73 años de edad, sin intervenciones previas, con antecedentes de alergia a contrastes yodados, litiasis renal e HTA. La enferma refiere dolor abdominal crónico de 5 meses de evolución con episodios de diarreas, a veces acompañadas de sangre roja y vómitos, alternando con estreñimiento. Constantes y analítica dentro de la normalidad. A la exploración: dolor abdominal difuso y masa suprapúbica de unos 15cm sin signos de peritonismo. Rx de abdomen: acumulo de gas con dilatación de asas y niveles hidroaéreos en bipedestación. Ecografía abdominal: Tumoración de 15cm de apariencia sólida, muy heterogénea. TAC abomino-pelvico: En fosa iliaca derecha se aprecia imagen en diana compatible con invaginación intestinal. Se interviene de urgencias realizándose una hemicolectomía derecha oncológica. La anatomía patológica infoma adenocarcinoma intestinal de la válvula ileocecal bien diferenciado, que ocupa la capa muscular sin atravesarla. Postoperatorio sin complicaciones.

Discusión: La invaginación con crisis subocclusivas y diarreas asociadas a melenas es una clínica excepcional. La TAC junto con la laparotomía exploradora nos da el diagnóstico. La efeción del colon debe hacernos pensar en adenocarcinoma, al no ser posible determinar su origen intraoperatoriamente realizaremos un resección segmentaria que incluya el mesenterio adyacente con los ganglios regionales. Aunque el adelgazamiento, anorexia y astenia indican metastasis, en nuestro caso es por las crisis subocclusivas y dolor crónico.

Hernia de Morgagni complicada en un paciente adulto

E. Yagüe Martín, M. D. M. Rico Morales, V. Maturana Ibañez, M. M. Ferrez Márquez, J. M. Vargás Fernández

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Introducción : la hernia de Morgagni es una anomalía infrecuente dentro de las hernias diafragmáticas congénitas, 3-5% . En ella se produce introducción de contenido abdominal en cavidad torácica a través de un defecto diafragmático retroesternal generalmente derecho. En un 95% de los pacientes se detecta en edades infantiles, con presentaciones clínicas diversas, y en algunos casos permanece asintomática hasta edad adulta. El contenido del saco herniario puede ser muy diverso, siendo el colon en un 80% de los casos. El tratamiento será quirúrgico, y el abordaje más utilizado será el abdominal.

Caso clínico: paciente de 83 años con antecedentes de hernioplastias inguinales bilaterales, que ingresa con clínica de disnea progresiva, con dolor centro torácico y cuadro de náuseas y vómitos fecaloideos acompañados de distensión abdominal y estreñimiento de dos días. A la exploración el paciente se presentó disneico con fiebre de 37.5°C, en auscultación cardiopulmonar el murmullo vesicular se encontraba abolido en hemitorax izquierdo y conservado en el derecho. El abdomen era globuloso con distensión y timpanismo, sin signos de peritonismo. Analíticamente destacaba una leucocitosis de 28

mil con neutrofilia del 97% y gasometria arterial satO₂ 93%. En radiografía de torax se apreció infiltrado en base pulmonar izquierda e introducción de contenido intestinal hacia cavidad torácica izquierda con desviación traqueal derecha. En TAC torácico se confirmó una voluminosa hernia de Morgagni con introducción de gran parte de colon transverso y descendente en hemitórax izquierdo, llegando a la altura de arteria pulmonar principal y derrame pleural izquierdo con áreas de consolidación basal. Se intervino de urgencia mediante abordaje vía subcostal izquierda, hallando colon transverso y gran cantidad de epiplon en cavidad torácica que se redujo con facilidad, resecao parcialmente el epiplon, el colon era de aspecto normal. El defecto diafragmático se reparó con puntos sueltos de sutura reabsorbible lenta y aproximación a pared anterior y aponeurosis posterior del recto anterior. El paciente evolucionó favorablemente del cuadro abdominal con alta por nuestra parte al décimo día.

Discusión: El tratamiento de la hernia de Morgagni es esencialmente quirúrgico y, urgente sobre todo si se trata de un caso asociado a un cuadro obstructivo. La laparoscopia, como técnica quirúrgica mínimamente invasiva, se ha aplicado en estos pacientes y aporta las ventajas propias de este abordaje, sin aumentar la morbilidad respecto a la corrección por cirugía abierta. El tratamiento del defecto diafragmático es variado, desde la sutura simple al uso de prótesis o mallas que permiten una reparación rápida y sin tensión del mismo. El material más usado ha sido el polipropileno por su gran capacidad de integración a la pared abdominal aunque con el consecuente riesgo de formar íntimas adherencias con asas intestinales y fistulas intestinales. Creemos que el tratamiento de esta patología es la reparación urgente del defecto y resolución del cuadro agudo quedando por determinar cuál es la mejor forma de reparación (sutura o prótesis) y sus indicaciones precisas.

Intususpección ileal por tumor carcinoide

AI. Gómez Sotelo, C. González Puga, A. Palomeque Jiménez, C. Del Olmo Rivas

Hospital Universitario San Cecilio . Granada

Introducción: Los tumores carcinoideos intestinales (TCI) son neoplasias que se desarrollan a expensas de las células entrocromafines de las criptas de Lieberkühn. Constituyen el tumor endocrino más frecuente del aparato digestivo, pero solo representan el 15-40% de las neoplasias malignas del intestino delgado. Se presenta un caso de tumor carcinoide que provoca cuadro de obstrucción intestinal por la intususpección del ileon terminal y se realiza una revisión de la literatura en cuanto a etiología, diagnóstico y tratamiento.

Material y Métodos: Paciente mujer de 54 años con antecedentes personales de insuficiencia renal crónica, hiperuricemia, nefrolitiasis y ligadura de trompas laparoscópica. Acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal generalizado, náuseas, vómitos y diarrea de 48h de evolución que ha empeorado en las últimas horas. A la exploración física presentaba dolor abdominal difuso sin signos de peritonismo, distendido y timpánico. En la radiografía simple de abdomen se aprecian niveles hidroaéreos de intestino delgado. Se realizó TAC

abdominal que puso de manifiesto dilatación de yeyunoileon; engrosamiento parietal de ileon terminal y ciego que disminuye el calibre luminal, con masa a dicho nivel de 4 cm. Bajo sospecha de obstrucción intestinal se decide intervención quirúrgica urgente. Se objetiva gran dilatación de intestino delgado hasta ileon terminal, donde se aprecia tumoración de intestino delgado de 5 cm que provoca la intususpección del mismo y obstrucción intestinal. Se realizó hemicolectomía derecha y anastomosis terminolateral mecánica ileocólica. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. En el examen anatomopatológico se describe un tumor carcinoide ileal de 1,8 x 1,5 cms que infiltra hasta la muscular y que es productor de serotonina, límites quirúrgicos libres de tumor y ganglios linfáticos negativos.

Discusión: La localización más frecuente de los TCI es el apéndice cecal (50%), seguido del ileon (25%), como fue en nuestro caso. La sintomatología suele ser tardía e inespecífica (dolor abdominal difuso), condicionando un diagnóstico tardío y, por tanto pronóstico desfavorable. El 60% de los pacientes presentan metástasis hepáticas en el momento del diagnóstico. El síndrome carcinoide sólo lo presentan el 5% de los pacientes, y su aparición está en relación con la presencia de estas metástasis hepáticas. En el diagnóstico, además de las pruebas de imagen convencionales, tiene utilidad el Octroskan, gracias a que el 80% de los TCI presentan receptores para somatostatina. Aporta información sobre la localización en tumores mayores de 0.5 cm y la expresión o no de dichos marcadores. Es muy importante establecer el diagnóstico diferencial con la mayoría de los tumores intestinales, sobre todo con los que asientan en la región ileocecal, como ocurría en nuestro caso, y con la enfermedad de Cronh de dicha localización. A su vez, debemos diferenciar el síndrome carcinoide de la mastocitosis sistémica, pues su sintomatología es similar. El tratamiento debe ser la extirpación quirúrgica siempre que no existan metástasis, debido al riesgo de producir cuadros de obstrucción intestinal, como ocurrió en el caso que se ha presentado. Durante la intervención se debe administrar ácido epsilon-aminocaproico o somatostatina para evitar crisis carcinoideas. Si el diagnóstico se hace cuando hay diseminación metastásica, lo cual ocurre en la mayoría de los casos, se debe tener una actitud conservadora. Algunos quimioterápicos (5-fluoracilo, ciclofosfamida, metrotexato o mefalán) han mostrado buenas respuestas. Para reducir las metástasis se han combinado el 5-fluoracilo o adriamicina con estreptozocina. Y para el tratamiento del síndrome carcinoide se han empleado diferentes fármacos con resultados dispares como la clorfenilamina, antagonistas de la serotonina, somatostatina, octeótride y interferón. En general, el pronóstico del carcinoide metastásico es malo, aunque su supervivencia es mayor que en pacientes con grados similares de diseminación tumoral a partir de otros tumores sólidos.

Tumor adenocarcinoide mucosecretor de apéndice cecal

J. Cañete Gómez, A. Muñoz Ortega, V. Gómez Cabeza de Vaca, M. Gutierrez Moreno, M^a C. Olano Acosta, J. M. Vázquez Monchul, D. Domínguez Usero, D. Molina García, J. M. Suárez Grau

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Presentamos el caso de un paciente, que bajo el diagnóstico de sospecha de abdomen agudo por cuadro de apendicitis aguda, se interviene quirúrgicamente de urgencias. Se realiza apendicectomía laparotómica según técnica habitual, remitiéndose la pieza a estudio histológico, siendo informado como tumor adenocarcinoide mucosecretor de apéndice cecal, con índice de proliferación (ki-67 superior al 10%) y con carácter infiltrativo. Se realizó posteriormente estudio de extensión, evidenciándose la presencia de metástasis hepáticas, realizándose hemicolectomía derecha y posterior hepatectomía.

Discusión: Los tumores adenocarcinoides apendiculares son infrecuentes (2-3% de tumores malignos apendiculares). La forma más frecuente de presentación es como clínica de apendicitis aguda (22,5%). A pesar de ser considerada una neoplasia con buen pronóstico, puede cursar con metástasis hepáticas y ováricas, y en el 50% de los casos, carcinomatosis peritoneal. La apendicectomía simple es curativa en muchos casos, pero debe realizarse hemicolectomía cuando exista una de las siguientes características: indiferenciación celular, gran número de mitosis, infiltración de base apendicular, márgenes de resección afectos, invasión linfática o perineural, tumores mayores de 2 cms.

Gastritis Enfisematosa

JE. Quiñones, M. Marqueta, R. Puga, V. Arteaga, G. Paseiro, JM. Ramia, R. de la Plaza, P. Veguillas, J. García-Parreño.

Hospital de Guadalajara. (Guadalajara)

La gastritis enfisematosa se caracteriza por la presencia de gas en la pared del estómago producido por la invasión de microorganismos productores de gas. Debe diferenciarse del enfisema gástrico secundaria a barotrauma. Los factores predisponentes a la gastritis enfisematosa son: ingesta de sustancias corrosivas, abuso de alcohol, cirugía abdominal reciente, infarto gástrico, ingesta de antiinflamatorios no esteroideos, gastroenteritis, traumatismo, úlcera péptica, intervención gástrica previa y enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades reumáticas, inmunosupresión, etc. Los patógenos más frecuentes implicados son estreptococos, *Escherichia Coli* y *Enterobacter* sp, seguidos de *Pseudomona* *Aeruginosa*, *Clostridium* *Perfringens*, *Staphilococo* *Aureus*, *Clostridium* *Welchii*, *Proteus* sp y *Candida*. La sintomatología es variable; si bien, tiene un curso fulminante con rápida evolución a sepsis y shock en la mayoría de los casos e incluye dolor abdominal, diarrea, náuseas, vómitos y fiebre con o sin hematemesis y melenas. El diagnóstico puede realizarse en la radiología simple de abdomen pero la mejor manera es el TAC abdominal. En la actualidad no se ha definido el tratamiento para lograr una mejor supervivencia. Las opciones terapéuticas son el tratamiento antibiótico, y en casos aislados la cirugía exeretica. El pronóstico es malo, describiéndose en la literatura una mortalidad cercana al 60% y una morbilidad del 21%

Caso Clínico: Paciente de 86 años con antecedentes de ingesta moderada de alcohol y toma de AINES. Acude a urgencias por cuadro de dolor en hipocondrio derecho y epigastrio,

vómitos y fiebre. A la exploración, presnetta dolor y defensa en hemiabdomen superior con signos de peritonismo. En las pruebas de laboratorio destaca una leucocitosis (19420 l/L con 90% neutrófilos, ácido láctico elevado (3,3 mmol/L) y PCR elevada (5,5 mg/l). En la RX de abdomen y en la TC hay gas en las ramas portales intrahepáticas y en la pared posterior del fundus gástrico, acompañado de distensión de la cámara gástrica. Con el diagnóstico de gastritis enfisematosa se instaura tratamiento médico con dieta absoluta, sueroterapia y antibioterapia de amplio espectro. El paciente falleció al 5º día

Conclusiones: La gastritis enfisematosa es una enfermedad con una alta mortalidad per se y por un frecuente retraso diagnóstico. (*Mostramos iconografía de este interesante caso*)

Fístula duodenocutánea tras nefrectomía por pielonefritis xantogranulomatosa

L. Álvarez Morán, A. García Navarro, I. Belda Gonzalez, M. J. Álvarez Martín, K. Muffak Granero, J. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La pielonefritis xantogranulomatosa (PXG) es una enfermedad crónica, poco frecuente, de origen inflamatorio, que afecta al riñón y en ocasiones a estructuras tales como pared abdominal, intestino y tórax. Su diagnóstico es difícil, sólo confirmado por el estudio anatomopatológico tras la nefrectomía. La etiología no está clara, asociándose a enfermedades inmunitarias y en su patogenia intervienen factores vasculares. Produce destrucción de la corteza y medula renal con zonas de infarto y focos necróticos. Su forma difusa puede afectar al intestino produciendo lesiones en su pared, preferentemente en duodeno y colon izquierdo.

Caso clínico: Varón de 41 años con antecedentes de hipofibrinogenemia y nefrectomía derecha hace 2 años por PXG. Informe anatomopatológico: PXG con intensa reacción inflamatoria perirenal. Acude a consulta pasados 6 meses por supuración purulenta por orificio fistuloso en la cicatriz de lumbotomía. Se realiza resección de trayecto fistuloso que se extiende hasta fosa renal. Informe anatomopatológico: Pared fistulosa revestida por tejido de granulación con inflamación mixta inespecífica. Pasados 3 días comienza con exudado purulento por herida realizándose TAC con fistulografía que reveló relleno del duodeno, antro pilórico y primeros segmentos duodeno-yeyunales. Se decide tratamiento conservador y curas diarias hasta cerrarse la herida y se procede al alta con revisiones semanales. Estudio endoscópico: no aprecia orificio fistuloso duodenal. Tres meses después acude a consulta con supuración purulenta por el mismo orificio. Se realiza nueva fistulografía que revela persistencia de fístula que comunica lumbotomía con 2ª-3ª porción duodenales. Se decide intervención encontrando orificio fistuloso interno en 2ª rodilla con retracción de pared duodenal sobre masa inflamatoria pétreo en el lecho de la nefrectomía. Se realizó cierre transversal del orificio con GIA Universal 3.5. El paciente presentó buena evolución con cierre de orificio externo siendo dado de alta pasados 7 días. Tras seis meses de seguimiento no presenta recidiva de la fístula.

Discusión: La mayoría de las fístulas por cirugía renal son fístulas enterocutáneas que se producen al tratar procesos renales evolucionados que comprometen más frecuentemente al duodeno y/o colon. Las principales causas son lesión directa del intestino, necrosis isquémica e infiltración inflamatoria de la pared. Las pruebas diagnósticas de elección son la fistulografía con contraste hidrosoluble y la TAC con contraste oral. La ecografía es útil para valorar si el drenaje está siendo adecuado. El tratamiento de elección inicial debe ser conservador, optando por tratamiento quirúrgico si el paciente presenta signos de sepsis o trastorno hidroelectrolítico y si la fístula persiste tras 6 semanas.

Linfangioma intestinal como origen de invaginación intestinal en el adulto. A propósito de un caso

E. Sancho Maraver, A. Camacho Ramírez, M.J. Jimenez Vaquero, M. Balbuena García, J. Alvarez Medialdea, L.M. Marin Gómez, A. Díaz Godoy, M.C. de la Vega

Olías, A. Martínez Vieira, A. Calvo Durán, I. Robles Pacheco, A. Gutierrez Martínez, A. Rodriguez Guzmán

Hospital Universitario Puerto Real. Cadiz

Introducción: Los linfangiomas constituyen un grupo poco frecuente de tumores benignos de los vasos linfáticos, más comúnmente encontrados en la infancia. A su vez la invaginación intestinal es una causa poco frecuente de dolor abdominal en adultos, constituyendo menos del 1% de las causas de obstrucción intestinal en adultos.

Material y métodos: Presentamos un caso de obstrucción intestinal en una paciente de 23 años natural de Venezuela, intervenida en varias ocasiones por cuadros obstructivos en su país, de los cuales no aportaba informes.

Resultados: Se realiza laparotomía exploradora hallándose cirugía intestinal previa con técnica de Noble. Se observa tumoración intestinal que se reseca.

Conclusiones: La mayoría de los tumores de intestino delgado son benignos, constituyendo el linfangioma intestinal una causa extremadamente rara de invaginación intestinal en el adulto

COMUNICACIONES ORALES

Cirugía endocrina y misceláneas

Resultados de la cirugía del hiperparatiroidismo primario en asociación con enfermedad tiroidea

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

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: La patología tiroidea asociada al hiperparatiroidismo primario (HPTP) es frecuente. Dado que actualmente se tiende a un abordaje mínimamente invasivo para el tratamiento quirúrgico de esta última patología, es conveniente una evaluación tiroidea previa a la cirugía. Presentamos un análisis de la incidencia y la cirugía practicada en patología simultánea tiroparatiroidea en nuestro medio.

Material y Métodos: Se han analizado retrospectivamente las historias de los pacientes tratados por HPTP en el periodo comprendido entre Enero de 2001 y Marzo de 2008. Los datos han sido extraídos de la base de datos específica para patología paratiroidea de la Sección de Cirugía Endocrinológica de un Servicio de Cirugía General. Se analizan datos epidemiológicos, resultados de las pruebas de localización del HPTP, procedimiento quirúrgico y complicaciones postoperatorias, a partir de aquellos enfermos sometidos a tiroparatiroidectomía por doble procedimiento planificado, exéresis de incidentalomas tiroideos y tiroidectomías exploradoras (extirpación del tiroides al no encontrar una paratiroides inferior).

Resultados: Desde Enero de 2001 a Marzo de 2008 se han intervenido 97 pacientes con HPTP (80 mujeres y 17 hombres), con una edad media de 58,3 años (límites 16 y 80). En 44 de ellos (45,3%) se practicó una tiroparatiroidectomía. En 26 (26,8%) se efectuó como doble procedimiento programado. En ellos, la ecografía de localización del adenoma de paratiroides tuvo una sensibilidad del 66,6% y la Gamma sestamibi del 85,7%. En ausencia de patología tiroidea conocida en el preoperatorio, (71 casos) la sensibilidad de la ecografía para la detección de patología paratiroidea fue del 85,7% y la de la gammagrafía-sestamibi del 100%. Las complicaciones tras doble procedimiento programado fueron: hipocalcemia en 19,2%, disfonía transitoria en 7,6% y hemorragia en 3,8%. En 14 casos (14,4%) se actuó sobre incidentalomas tiroideos: una tiroidectomía subtotal, 9 hemitiroidectomías y 4 nodulectomías, por 13 bocios nodulares y un microcarcinoma papilar. Por último, en 4 casos se hizo hemitiroidectomía exploradora. Las complicaciones de la paratiroidectomía aislada fueron: hipocalcemia en el 9,8%, disfonía transitoria en 3,9% y síndrome de Horner en 3,9%.

Conclusiones: La alta prevalencia de enfermedad tiroidea en pacientes con HPTP obliga a realizar un correcto diagnóstico preoperatorio para planificar cirugía simultánea en caso de necesidad. La ecografía preoperatoria es la herramienta más útil para evaluar el tiroides aunque muestra menos sensibilidad para detectar la paratiroides afecta que en caso de patología