

## Valoración comparativa entre Coste, Eficacia y Productividad de las áreas quirúrgicas en un hospital de tercer nivel durante los bienios 2.001/2.002 y 2.005/2.006.

I. Ortega Segura, J.M. Ortega Segura, B. Carmona García, J. Díaz Oller, J.M. Ortega Bevià

*Departamento de Cirugía de la Universidad de Sevilla y Servicio de Cirugía del Hospital de Linares (Jaén)*

**Introducción:** A lo largo de los diez últimos años han venido produciéndose un importante número de transformaciones tanto en las formas como en el sistema de atención de los pacientes quirúrgicos, en los ámbitos hospitalarios, que han tenido como base tres objetivos específicos:

1. Mantener y mejorar la asistencia sanitaria de una actividad que se incrementa paulatinamente con el paso del tiempo
2. Acortar los periodos de espera para la atención quirúrgica de los pacientes, esto es acortar el tiempo de espera tras la inclusión de ellos en la lista de Demanda Quirúrgica.
3. Disminuir racionalmente el gasto por paciente manteniendo la calidad asistencial.

Así, se han ido implantando nuevos programas de atención para determinadas patologías de mayor o menor complejidad, tales como la Cirugía Mayor Ambulatoria, la Cirugía sin ingreso, o lo que podríamos denominar genéricamente equipos de atención quirúrgica desplazada o móviles, que todos conocemos. Los últimos pasos ha sido la constitución de las Unidades Clínicas de Gestión que de algún modo remedan en un marco más circunscrito la autogestión de los centros hospitalarios (concertos, empresas públicas etc...) y los que conocemos todos como "chares". Todas estas modificaciones

en mayor o menor medida porcentual buscan la consecución de cualquiera o la totalidad de los fines referidos. La aparición en la gestión de los hospitales de los "contratos /programas" o la firma con la dirección del centro de "objetivos/año" sobre la base de un acuerdo mercantil de alguna manera entendible, cierran el marco de la asistencia quirúrgica de nuestros hospitales en lo que ha sido un proceso progresivo de implantación y desarrollo a lo largo de estos últimos años.

**Hipótesis de Trabajo:** Entendemos que la instauración y perfeccionamiento en el tiempo de nuevas formas de atención quirúrgica nuestros centros hospitalarios debe redundar básicamente sobre dos ejes fundamentales:

1. Mayor número de pacientes atendidos e intervenidos quirúrgicamente de sus patologías (producción)
2. Menor costo en la atención de los mismos (mejora en la inversión)

**Material y Método:** Se ha revisado dos bianualidades distintas (2.001/2.002 y 2.005/2.006) incorporando a ellas la totalidad de los pacientes de ámbito quirúrgico que fueron atendidos en el centro, desde su estudio en consultas externas hasta su alta en consultas post-operatorias (68.861 intervenciones sobre un total de 1.596.698 asistencias en consultas externas en el primer bienio vs. 83.442 intervenciones y 854.991 visitas a consultas externas) y hemos calculado el gasto medio por paciente en cada uno de los periodos a estudio tanto anual como bianual, a fin de establecer un diagrama comparativo que permita apreciar o no nuestra formulación hipotética.

**Resultados:** De forma genérica podemos afirmar que el estudio que hemos realizado confirma la hipótesis de trabajo. Puntualmente esta mejora global en la atención de os pacientes ha tenido algún grado de desviación justificable en base a recursos.

## COMUNICACIONES EN PÓSTER

### Hígado, vías biliares, páncreas y bazo

#### Quiste de coledoco tipo IC y cistoadenoma seroso pancreático

JM. Ramia, P. Veguillas, JE. Quiñónes, M. Marqueta, R. Puga, V. Arteaga, JC. Jurado, J. García Parreño

*Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara*

**Introducción:** El quiste de colédoco es una patología muy infrecuente (1/150000 nacimientos) que predomina en el sexo femenino. Habitualmente se diagnostica en la infancia. La etiología se desconoce y se asocia a alteraciones en la unión biliopancreática. Clasificados por Todani en 1977, el más frecuente es el tipo I (dilatación fusiforme del colédoco) (90% del total). Su asociación con tumores quísticos de páncreas es excepcional. Presentamos una paciente afecta de quiste de

colédoco tipo Ic y tumoración quística de páncreas, aportando iconografía y debatiendo las opciones terapéuticas.

**Caso clínico:** Mujer, 38 años, sin antecedentes de interés, acude al Servicio de Urgencias por dolor epigástrico tras la ingesta de antibióticos. EF: abdomen blando, depresible y levemente doloroso en epigastrio. Analítica: leucocitos 13190/l, Hgb: 10.8 gr/dl, bioquímica hepática normal, excepto hiperamilasemia 434 U/l. Ecografía: posible quiste de colédoco. Cclangio RMN: imagen quística de 5 x 3 cm en la zona correspondiente a la vía biliar (quiste de coledoco tipo I). No hay coledocolitiasis. Ligera ectasia coledociana en placa hiliar. Imagen quística en la cabeza del páncreas de unos 2 cm compatible con cistoadenoma seroso. Se interviene y se observa un quiste de coledoco tipo Ic. se realiza colecistectomía, resección completa de la vía biliar extrahepática y hepaticoyeyunosto-

mia transmesocólica sobre placa hiliar en Y de Roux. Se evalúa y no se actúa sobre la tumoración quística de páncreas. Postoperatorio y seguimiento sin incidencias.

**Discusión:** 1. La presencia de quiste de colédoco y quiste seroso de páncreas conjuntamente es excepcional. Puede deberse a una mera consecuencia o demostrar que alteraciones quísticas biliopancreáticas forman un conjunto común de enfermedades. 2. La colangio RMN es una prueba diagnóstica excelente. 3. La resección completa de la vía biliar con hepaticoyunostomía en la placa hiliar es la técnica de elección.

### Experiencia inicial en el tratamiento del insulinoma pancreático mediante abordaje laparoscópico

RM. Jiménez Rodríguez, JM. Alamo Martínez, G. Suarez Aratacho, C. Bernal Bellido, I. García, MA. Gomez Bravo.

*HU Virgen del Rocío. Sevilla*

**Objetivos:** Mostrara los resultados iniciales obtenidos en el tratamiento del insulinoma pancreático por laparoscopia.

**Material y Métodos:** Revisamos los pacientes intervenidos por nuestra unidad en un año y analizamos edad, sexo, estancia media,...

**Resultados:** Tras la revisión obtenemos 4 pacientes intervenidos en el último año por insulinoma pancreático mediante abordaje laparoscópico. Se trata de 4 mujeres con edades comprendidas entre los 36 y los 63 años, intervenidas con el mismo diagnóstico preoperatorio (insulinoma pancreático) y que no se convirtieron a cirugía abierta. Las estancias medias oscilaron entre 4 y 14 días, por descompensación de las cifras de glucemia y trastornos del ritmo cardiaco esta última paciente.

**Conclusiones:** La patología pancreática es de difícil abordaje laparoscópico y precisa ser llevada a cabo por cirujanos experimentados, a pesar de ello en nuestra experiencia creemos que los pacientes con patología pancreática no neoplásica pueden beneficiarse de ésta técnica.

### Nesidioblastosis pancreática en el adulto

RM. Jiménez Rodríguez, JM. Alamo Martinez, I. Alarcon del Agua, G. Suarez Artacho, C. Bernal Bellido, I. García, MA. Gomez Bravo

*HU Virgen del Rocío. Sevilla*

**Objetivos:** Presentamos un caso de nesidioblastosis en el adulto, una patología infrecuente de la que realizamos una revisión en la literatura.

**Material y métodos:** Paciente mujer en estudio por crisis repetidas de hipoglucemias con hiperinsulinismo y diagnosticada de insulinoma en cuerpo-cola de páncreas. Tras someterse a cirugía el resultado de la anatomía patológica fue de pseudo-nesidioblastosis pancreática.

**Resultados:** Esta patología es infrecuente, ya que se encuentra en un porcentaje de hasta el 0,5% de la población con hiperinsulinemia. Por la clínica suele confundirse con otras

patologías que producen los mismos síntomas y el diagnóstico definitivo suele ser por el análisis patológico de la pieza. El tratamiento es la exéresis de la lesión.

### Pancreatitis crónica sobre pancreas divisum

RM. Jiménez Rodríguez, S. García Ruiz, I. Alarcón del Agua, JM. Alamo Martínez, G. Suarez Artacho, C. Bernal Bellido, I. García, MA. Gomez Bravo.

*HU Virgen del Rocío. Sevilla*

**Objetivos:** Revisar la incidencia, clínica, diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis crónica en el pancreas divisum.

**Material y métodos:** Varón de 54 años con episodios de pancreatitis aguda de repetición. Antecedentes personales: no alergias conocidas, hiperlipemia en tratamiento, y fistulotomía previa. Hace 6 años presentó un episodio de pancreatitis aguda moderada-severa que requirió ingreso. Presenta un nuevo episodio hace 10 meses en el que precisó ERCP, a causa de la cual repitió el cuadro de pancreatitis aguda (intervalo de 5 días). Pruebas complementarias: ColangioRNM: hallazgos de pancreatitis crónica y páncreas divisum. Atrofia del parénquima hepático. ERCP: Hallazgos de pancreatitis crónica y páncreas divisum. Se decide intervención quirúrgica, realizándose pancreatocotomía caudal y derivación pancreático-yeyunal. Se encuentra tumoración en cara anterior gástrica, que es informada intraoperatoriamente como GIST y que se extirpa. Tras la cirugía el paciente ingresa en UCI, donde evoluciona satisfactoriamente. Al 5º día postoperatorio pasa a planta, donde el drenaje se torna purulento. Se solicita bioquímica y cultivo-antibiograma del drenaje y se inicia tratamiento empírico con amoxicilina-clavulánico. A los 7 días presenta un pico febril y se objetivan 50000 leucocitos (90% de PMN) en líquido de drenaje. Se diagnostica de peritonitis secundaria sin signos de sepsis. El cultivo muestra E. Coli sensible a piperacilina-tazobactam, por lo que se cambia a este antibiótico con buena respuesta. El paciente presenta mejoría de los síntomas, aunque el drenaje persiste purulento. La evolución fue satisfactoria y se da el alta al 19º día.

**Resultados:** El pancreas divisum es la malformación más frecuente del pancreas, hasta en un 3% de las autopsias y se produce por una alteración en la fusión de los islotes pancreáticos en la octava semana embrionaria. Habitualmente es asintomática y si da clínica lo más frecuente es la pancreatitis aguda siendo rara la pancreatitis crónica. Su diagnóstico se realiza mediante ERCP y el tratamiento suele ser igualmente endoscópico. Sólo en casos con mala evolución se realiza cirugía.

### Tumor pseudopapilar y solido de pancreas. A propósito de dos casos

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

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

**Introducción:** La neoplasia quística papilar de páncreas o tumor de frantz fue descrito por primera vez en 1959. más frecuente en mujeres jóvenes, es excepcional en edad pediátrica y varones. presentamos dos casos atendidos en nuestro servicio. material y métodos: caso 1: mujer de 14 años con dolor en hipocondrio izquierdo irradiado a espalda, febrícula, náuseas y vómitos. masa palpable en hci, algo dolorosa. tac: masa de consistencia irregular, de 7x4 cm, en cola de páncreas. laparotomía con resección en un bloque de cola de páncreas y bazo. evolución postoperatoria favorable permaneciendo asintomática 3 años después sin evidencias de recidiva. Caso: 2: mujer de 22 años con dolor epigástrico de larga evolución. a la exploración masa epigástrica ligeramente dolorosa. tac: masa de 8x6 cm dependiente de páncreas. se interviene quirúrgicamente practicando exéresis de la masa, adherida a primer asa de yeyuno, y anastomosis duodenoeyunal terminoterminal. alta sin incidencias al 8º día. Conclusiones: El tumor de frantz es infrecuente. habitualmente es un hallazgo incidental puede localizarse en cualquier parte del páncreas. se diagnostica por eco, tac, rm, paaf, histología. debe considerarse en el diagnóstico diferencial de tumores pancreáticos, sobre todo en mujeres jóvenes. el tratamiento de elección es la resección conservadora. tiene baja malignidad, aunque puede producir invasión local, recidivas y metástasis si bien la supervivencia es muy prolongada.

## Quiste hidatídico de páncreas

F.J. Del Rio Lafuente, P. Frenández Zamora, S. Cantín.

*Hospital Universitario Virgen Macarena -Sevilla; Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza*

**Introducción:** Los quistes hidatídicos de páncreas son una localización rara de la hidatidosis. Su tamaño es variable y la mayoría de las ocasiones es quiste único. La asociación con otras localizaciones es del 9%, principalmente con hígado y pulmón. La infestación pancreática se realiza por vía arterial después de haber pasado el filtro hepático y pulmonar. Su localización es más frecuentemente periférica que central.

**Caso clínico:** Mujer de 57 años de edad que ingresa por presentar cuadro de dolor epigástrico con vómito frecuentes. La exploración mostraba la existencia de una masa epigástrica, fija a planos profundos, e indolora. La ecografía abdominal mostraba una vesícula biliar litiásica con paredes finas, una vía biliar principal de calibre normal y una imagen quística en cuerpo de páncreas de unos 7 cm. de diámetro. La TAC confirma éstos hallazgos. Intervenido quirúrgicamente mediante laparotomía media, se realizó colecistectomía y exploración de la glándula pancreática encontrado un quiste hidatídico en cuerpo de páncreas y realizando una puesta a plano con extracción de la membrana y colocación de un drenaje

**Conclusiones:** La localización pancreática del quiste hidatídico es rara. La ecografía y la TAC reconocen la lesión quística pancreática. La serología hidatídica puede aportar la certitud diagnóstica. El tratamiento es quirúrgico, el gesto de elección depende de su localización y de la existencia o no de una fístula quisto-canalicular. En ausencia de fístula la puesta

a plano es el tratamiento más simple. Si existe fístula, el gesto quirúrgico dependerá de su localización: si es corporocaudal la pancreatectomía izquierda es lo indicado, si es cefálica, una anastomosis quistoyeyunal sobre asa desfuncionalizada puede estar indicada.

## Obstrucción intestinal proximal por malformación congénita del páncreas: páncreas anular.

I. Serrano Borrero, R.M. Jimenez Rodriguez, Bernardos Casado Maestre, C. García.

*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Introducción:** El motivo de la publicación de este caso es el hecho de que se trata de una patología muy infrecuente, sucediendo en 1 de cada 12000-15000 recién nacidos vivos; constituyendo una malformación congénita muy infrecuente pero la más frecuente de todas las anomalías que afectan al páncreas.

**Material y métodos:** paciente de 16 años que ingresa por cuadro de emesis de más de 1 mes de evolución que no cede con tratamiento habitual. Se realiza Radiografía y tránsito que evidencian dilatación de la 1ª porción duodenal; TAC posterior que evidencia páncreas anular obstruyendo 1ª porción intestinal. Se realiza duodeno-duodenostomía.

**Resultados:** Hallazgos: páncreas anular que abraza cara posterior de la 2ª porción del páncreas.

**Gestos:** duodeno-duodenostomía con colocación de sonda transanastomótica mediante laparotomía. Evolución favorable.

**Conclusiones:** se discute acerca de la opción quirúrgica entre derivación intestinal o resección del tejido pancreático e intestinal implicados.

## Tumor sólido pseudopapilar de páncreas (tumor de Frantz). Descripción de un caso.

N. Marín Camero, M. Valle Carbajo, CP. Ramírez Plaza, J. Carrasco Campos, A. Álvarez Alcalde, C. Jiménez Mazure, A. Titos García, RM. Becerra Ortiz, I. Pulido Roa, 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 neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas (también llamado tumor de Frantz), una patología realmente excepcional.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 20 años de edad sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que fue diagnosticada de una gran masa en cuerpo de páncreas en los estudios de imagen solicitados por parte del Servicio de Endocrinología dentro del despistaje diagnóstico de una hipertensión arterial sistémica de aparición «de novo» en una mujer joven sin factores de riesgo cardio-vascular. Todas las mediciones analíticas hormonales y marcadores tumorales fueron normales; en los estudios de TAC y RNM se describe la presencia de una masa de 9 x 9 cmt. encapsulada, bien de-

limitada y que no infiltra órganos vecinos. Las gammagrafías con MIBG y Pentotridio-111 fueron normales. Se realizó de forma electiva una pancreatometomía corporo-caudal con esplenectomía asociada y fue dada de alta en el 7º día postoperatorio sin complicaciones. El diagnóstico de A.P fue de tumor sólido pseudopapilar de páncreas y la enferma se encuentra libre de enfermedad y haciendo vida normal 64 meses después de la intervención.

**Discusión:** Los tumores sólidos pseudopapilares de páncreas ó tumores de Frantz suponen el 2% de los tumores exocrinos y el 10% de los tumores quísticos del páncreas; su origen es poco conocido y afecta fundamentalmente a mujeres jóvenes de raza blanca. Se localizan con igual frecuencia en la cola (36%) y cabeza pancreáticas (34%) y su sintomatología es muy inespecífica, siendo el dolor errático relacionado con una masa abdominal la clínica habitual de presentación. Desde el punto de vista histológico se caracterizan por la mezcla de áreas sólidas con quistes y estructuras pseudopapilares y hemorrágicas. Se define como una neoplasia «borderline», puesto que aunque su comportamiento es usualmente benigno se han descrito casos con invasión de órganos vecinos, metástasis y recidiva tras la exéresis. El tratamiento de elección es la cirugía radical oncológica que otorga un pronóstico de supervivencia del 95% a 5 años.

### Strongyloidosis diseminada en el trasplante hepático

AM. Muñoz Ortega, G. Suarez Artacho, J. Cañete Gómez, V. Gómez Cabeza de vaca, M. Gutierrez Moreno, JM. Alamo Martinez

*HUV del Rocío. Sevilla*

**Introducción:** Las infecciones constituyen uno de los problemas más frecuentes e importantes en pacientes sometidos a trasplante hepático (incidencia del 60-70%). En el primer mes, las infecciones postoperatorias habituales son más frecuentes y severas y, a partir de entonces, cobran protagonismos los gérmenes oportunistas. Presentamos el caso de un varón trasplantado hepático, que presentó una strongyloidosis diseminada, cuyo origen residió en el injerto de un donante ecuatoriano.

**Caso:** Varón 65 años. Antecedentes: HTA, aneurisma aórtico intervenido, trasplante hepático por colangiocarcinoma hiliar en febrero/08 en otro centro. Ingresó en nuestro centro por mal estar general, fiebre de 38°C, astenia, náuseas y diarrea de escasa cuantía. Del estudio realizado destacó: -Antigenemia de CMV +.-TAC torácico con infiltrado intersticial bilateral y patrón en vidrio esmerilado -Eosinofilia 2200 x10<sup>9</sup>-Endoscopia oral y biopsias: mucosa duodenal parasitada por Strongyloides Stercolaris, duodenitis por CMV. -Cultivo de esputo y heces: Strongyloides Stercolaris.-Hemocultivo + bacilos gram negativos. -Serología donante positiva para estrogilosis Se inició tratamiento con ganciclovir, albendazol e ivermectina. El paciente evoluciona lenta pero satisfactoriamente y es dado de alta 28 días más tarde.

**Discusión:** Strongyloides Stercolaris es un parásito (Helmintho Nematodos Intestinales) que se manifiesta fundamentalmente en áreas endémicas tales con Asia, Africa y América Latina. En

sujetos inmunocompetentes, la manifestación clínica es inespecífica con síntomas digestivos y cutáneos leves tales como epigastralgia, náuseas, diarreas, urticaria recidivante o el signo patognomónico de Larva currens. En inmunodeprimidos, como nuestro paciente, se produce un cuadro de hiperinfección por aumento de la capacidad replicativa del parásito, lo que determina una afectación multisistémica: SNC, hígado, aparato digestivo, cabiendo destacar la neumonía eosinofílica (síndrome de Loeffler) y la predisposición a neumonías y sepsis por BGN, ambas descritas en nuestro caso. El tratamiento de elección incluye doble terapia de Ivermectina y albendazol.

### Tratamiento percutáneo de quiste hidatídico abscesificado

S. Antúnez Martos, D. Palomo Torrero, F. Pérez Nadal, D. Legupín Tubío, L. Bollici Martínez, A. Pérez Pardo, F. Serratos Gutiérrez y M. Pradas caravaca.

*Hospital Serranía de Ronda. Málaga*

**Introducción:** El tratamiento de los abscesos hepáticos y del quiste hidatídico hepático ha evolucionado con la radiología intervencionista. Presentamos un caso de Absceso hepático gigante secundario a quiste hidatídico sobreinfectado tratado mediante drenaje percutáneo y farmacoterapia ulterior.

**Paciente:** varón de 64 años, diabético e hipertenso, con gastrectomía por ulcus sangrante y Bilroth II, que acude por cuadro séptico grave de origen abdominal debido a un gran absceso hepático, muy desestructurado y extendido al espacio subfrénico derecho. Se realizó drenaje percutáneo, bajo anestesia local. El exudado fue sugestivo de hidatidosis que se confirmó mediante serología.

**Resultados:** El drenaje resultó efectivo, desarrollando hemorragia intraquística leve post-punción y fistula biliar de bajo débito autolimitada, permitiendo el tratamiento médico electivo posterior con Albendazol.

**Conclusión:** el tratamiento percutáneo de la hidatidosis hepática complicada debe ser valorado en casos seleccionados.

### Tumor de células epitelioides perivasculares (pecoma) hepático

B. Sánchez Pérez, J. Manuel Aranda Narváez, A. Jesús González Sánchez, J. Luís Fernández Aguilar, M. Angel Suárez Muñoz, A. Pérez Daga, J. Santoyo Santoyo

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga*

**Introducción:** Los PECOMAs (PEC) se han definido como tumoraciones de origen mesenquimal caracterizadas histológicamente por la proliferación de células epitelioides perivasculares y por la capacidad de coexpresar marcadores inmunohistoquímicos melanocíticos (HBM-45 y Melan-A) y musculares (Actina y Desmina). En este marco se han incluido diferentes entidades clínicas como la angiomiolipomatosis (AML), linfangioleiomiomatosis (LGM), tumores de células claras «sugar» del pulmón (CCST), más un grupo de tumores infrecuentes que han sido descritos con diferentes nom-

bres: « tumor miomelanocítico de células claras del ligamento falciforme o ligamento Teres», «sarcoma abdominopélico de células epitelioides perivascular», «tumor primario extrapulmonar de células claras «sugar» » entre otros. Hoy en día, el término PEC se utiliza para referirse a estas lesiones que no son AML ni LAM oCCST.

*Caso clínico:* Mujer de 32 años en estudio por molestias mantenidas en HD de 2 años de evolución. Exploración física anodina. Normalidad en los parámetros analíticos, perfil hepático, marcadores virales y tumorales. ECO abdominal: Lesión ocupante de espacio (LOE) hiperecogénica de 3.6 cm de diámetro máximo. TAC abdominal con contraste: LOE 5,5 x 3,8 cm en seg VII. RNM abdominal: LOE 5 x 4 x 3 cm en seg VII compatible con adenoma. Fue intervenida realizándose segmentectomía anatómica del VII sin incidencias y dada de alta al 5º PO sin complicaciones. El estudio anatomopatológico de la pieza reveló que se trataba de un tumor de células epitelioides perivasculares, con positividad en los estudios inmunohistoquímicos para marcadores melanocíticos (HBM-45) y musculares (Actina) y negatividad para Desmina y S-100.

*Discusión:* Los PEC son tumoraciones infrecuentes, que afectan a mujeres, en la 4ª década de la vida. El diagnóstico preoperatorio a través de las pruebas de imagen es complejo. El diagnóstico definitivo es histológico: «células epitelioides perivasculares que coexpresan marcadores musculares (Actina y Desmina) y melanocíticos (HBM-45 y Melan A)». El comportamiento biológico no es bien conocido, aunque la mayoría son benignos pueden malignar incluso décadas después de la exéresis del primario. Se han admitido como factores pronósticos de malignidad: tamaño > 7 cm, necrosis, índice mitótico > 50% ,atipia nuclear, marcadores de pleomorfismo celular y crecimiento infiltrativo.El tratamiento «gold» estándar es la cirugía, tanto para el primario como para la recurrencia local o de metástasis a distancia, consiguiendo márgenes de resección libres. En enfermedad localmente avanzada, recidiva local o metástasis a distancia se han utilizado terapias combinadas de cirugía, radioterapia, quimioterapia y/o inmunoterapia con resultados dispares. Precisan un seguimiento muy a largo plazo, aún con histología de benignidad y la creación de criterios claros que indiquen malignidad. Ante este tipo de tumores necesitamos la creación de criterios claros que indiquen malignidad, además de un seguimiento muy a largo plazo aún en aquellos PEC con histología de benignidad.

## Absceso hepático como complicación de aborto natural

M. Gutiérrez Moreno, L. Tallón Aguilar, V. Gómez Cabeza de Vaca, D. Molina García, M. Flores Cortés

*Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla*

*Introducción:* Presentamos un caso clínico de múltiples abscesos hepáticos donde se aislaron *Stenotrophomonas Maltophilia* y *Prevotella Intermedia* tras un aborto natural, complicación hasta ahora no descrita en la literatura.

*Caso clínico:* Mujer de 33 años que presenta mal estado general, fiebre (39°C), vómitos y dolor tipo cólico en flanco derecho irradiado a región inguinal 10 días después de un aborto incompleto. Exploración: palidez cutánea, abdomen doloroso en hipocondrio y flanco derechos con irritación peritoneal a este nivel. Analítica: urea 58 mg/dl, AAT 126 mU/ml, bilirrubina total 1.43 mg/ml, leucocitos 19.54 x 10<sup>9</sup>/L, neutrófilos 79.5%, Hb 105 g/L y Hto 0.302 L/L. Radiografía simple de abdomen: asas intestinales desplazadas hacia hemiabdomen izquierdo, borramiento de la línea del psoas derecho y silueta hepática aumentada de tamaño con imagen radiotransparente en zona superior derecha. Ecografía y TAC abdominal: absceso en segmento VI de lóbulo hepático derecho y otro en región paraanexial izquierda. Se realizó a las 24 horas del ingreso, drenaje urgente por vía laparoscópica de ambos abscesos y una semana después precisó segmentectomía urgente de los segmentos V, VI y VII por vía laparotómica.

*Discusión:* El tratamiento puede realizarse mediante antibioterapia aislada (si son menores de 3-4cm) o drenaje complementado con antimicrobianos, bien percutáneo (si son menores de 9cm, uniloculados y guiados radiológicamente por Eco o TAC) bien quirúrgico.

## Cambios macroscópicos hepáticos e implicaciones técnicas durante la hepatectomía tras la embolización de la rama derecha portal

MJ. Jiménez Vaquero, A. Calvo Durán, LM. Marín Gómez, A. Camacho Ramírez, M. Balbuena, MC. de la Vega Olías, A. Díaz Godoy, A. Martínez Vieira, E. Sancho Maraver, Ml. Robles Pacheco, A. Rodríguez Guzmán, A. Gutiérrez

*Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz*

*Objetivos:* Describir los cambios morfológicos hepáticos y las implicaciones técnicas durante la cirugía tras una embolización de la rama portal derecha.

*Material y métodos:* Mujer de 69 años quea la que se practicó una hemicolecotomía derecha con lifadenectomía y anastomosis manual íleo-transversa por adenocarcinoma colorrectal. Recibió FOLFOX x 6 por metástasis hepáticas sincrónicas en LHD. Se propuso para resección las metástasis hepáticas.

*Resultados:* Los resultados de la volumetría hepática mostraron valores límite. Se decidió embolizar la rama derecha de porta mediante radiología intervencionista. La liberación del LHD no ofreció dificultades. El calibre de las venas retrohepáticas fue menor del habitual, así como el de la vena suprahepática derecha. La única excepción vino representada por la retrohepática tributaria del segmento I. Durante la transección hepática, evidenciamos un parénquima más sólido, esteatósico e isquémico. En la pieza pudimos comprobar no sólo la disminución del volumen del LHD sino que también de las metástasis.

*Conclusiones:* La embolización de la rama portal derecha previa a la hepatectomía no dificulta la técnica quirúrgica

### Hiperplasia nodular focal y hemi-hepatectomía derecha. Una asociación infrecuente.

MJ. Jiménez Vaquero, LM. Marín Gómez, A. Calvo Durán, A. Camacho Ramírez, MC. de la Vega Olías, A. Díaz Godoy, E. Sancho Maraver, MI. Robles Pacheco, A. Rodríguez Guzmán, MA. Gómez Bravo.

*Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz*

**Objetivo:** Presentar un caso de hiperplasia nodular focal que justificó una hemi-hepatectomía derecha.

**Material y métodos:** Mujer de 27 años sin antecedentes personales de interés con 5 meses de evolución de dolor en hipocondrio derecho, pérdida ponderal no cuantificada, hepatomegalia de 6 cm sobre el reborde costal derecho y edemas maleolares bilaterales con fóvea. GGT: 172 U/L sobre el resto de parámetros normales, incluida la 945;-fetoproteína. Ecoografía: masa sólida que afectaba el lóbulo hepático derecho (LHD). RMN: lesión isointensa de 10 x 14 cm en T1, e intensa en T2 que ocupaba los segmentos VI, VII y la práctica totalidad del V y VIII. Vena porta y la arteria hepática común de características normales. Vena cava retrohepática comprimida por la masa. PAAF: Compatible con HNF.

**Resultados:** Hemi-hepatectomía derecha reglada por lesión sólida que ocupaba la práctica totalidad del LHD. Alta al 7º DPO.

**Conclusión:** En casos seleccionados la hiperplasia nodular focal puede requerir una hemihepatectomía.

### Quistes hidatídicos. Revisión en nuestro centro en los últimos 5 años

A. Reguera, A. Palomares, A. Ramiro, M. Medina Cuadros

*Hospital Ciudad de Jaén. Jaén*

**Objetivos:** Plantear el manejo diagnóstico y terapéutico del quiste hidatídico en la actualidad

**Material y métodos:** Revisar los pacientes diagnosticados en nuestro hospital, el tratamiento y su seguimiento

**Discusión:** Presentamos las distintas opciones diagnósticas-terapéuticas tanto del tratamiento conservador como del intervencionista, sus ventajas e inconvenientes,

**Conclusión:** Presentar un protocolo de actuación frente al quiste hidatídico en nuestro medio

### Síndrome del robo arterial tras trasplante hepático

RM. Jiménez Rodríguez, JM. Alamo Martínez, G. Suárez Artacho, C. Bernal Bellido, I. García, MA. Gomez Bravo.

*HU Virgen del Rocío. Sevilla*

**Objetivos:** Describimos el caso de un síndrome del robo arterial post-trasplante hepático a través de la arteria gastroduodenal, sólo descrito en tres ocasiones en la literatura.

**Material y métodos:** Paciente varón de 51 años diagnosticado de cirrosis alcohólica que precisa trasplante hepático. En el primer día tras el TOH se detecta ausencia del flujo arterial con zonas de necrosis hepática en TAC. Se decide retrasplante. En el postoperatorio inmediato del segundo trasplante se observa nuevamente ausencia del flujo, tras arteriografía se comprueba desviación del flujo a través de la arteria gastroduodenal con disminución del flujo a través de la arteria hepática. Tras tratamiento con Prostaglandina E1 y heparina el paciente mejora y llega a ser alta el día 25.

**Resultados:** el síndrome del robo a través de la arteria gastroduodenal es excepcional, siendo más común el robo por la arteria esplénica. Se cree debido a un aumento de las resistencias en la arteria hepática que produce disminución del flujo sanguíneo. La clínica es similar a otras patologías arteriales como la trombosis o la estenosis, con las que hay que hacer el diagnóstico diferencial. El diagnóstico definitivo se hará con arteriografía y eco doppler. El tratamiento incluye el banding arterial, la embolización o la esplenectomía en caso de robo esplénico.

### Análisis de las complicaciones biliares postrasplante hepático tras seis años de experiencia.

K. Muffak, JM. Villar, I. Belda, MT. Villegas, A. García, C. Navarro, A. Becerra, D. Garrote, JA. Ferrón.

*H.U. Virgen de las Nieves de Granada. Granada*

**Introducción:** El primer trasplante en nuestra unidad se realizó el 10 de Abril de 2002. Desde entonces se han efectuado 140 trasplantes. Analizamos la incidencia, tipo y repercusión de las complicaciones biliares (CB) postrasplante.

**Material y métodos:** Revisión de la base de datos prospectiva de nuestra unidad de Trasplante Hepático. Hemos analizado los datos valorando epidemiología, técnica quirúrgica y complicaciones biliares. Criterios de exclusión han sido: éxitus intraoperatorio y tiempo de seguimiento menor de un año. Entre el 1 de Abril de 2002 y el 1 de Julio de 2007 se han realizado 121 trasplantes hepáticos de donante cadavérico a 117 pacientes (4 retrasplantes) con 5 éxitus intraoperatorios. La edad media de receptores fue de 51,74 años. 35 fueron mujeres y 86 hombres. La reconstrucción biliar de elección fue la coledococolecostomía (CC) terminoterminal, con sutura continua con material reabsorbible monofilamento, tutorizada con tubo en T en la primera parte de la serie. La hepaticoyunostomía (HY) se reservó para patología biliar primaria o retrasplante. CC con tutor se realizó en 18, CC sin tutor en 91. En 5 se realizó hepaticoyunostomía, tres casos por discrepancia de calibre de la vía biliar, un caso por colangitis esclerosante primaria y otro caso por retrasplante por rechazo crónico.

**Resultados:** en Gráfica

**Conclusiones:** Consideramos que la reconstrucción biliar ideal en el trasplante hepático es la coledococolecostomía sin tutor, al presentar una baja tasa de fugas biliares y/o estenosis.

## Manejo conservador del traumatismo hepático. A propósito de un caso

J. Cañete Gómez, D. Domínguez Usero, A. Muñoz Ortega, A. Vázquez Medina, J. María Álamo Martínez, M. Ángel Gómez Bravo, G. Suarez Artacho, C. Bernal Bellido

*H.U. Virgen Del Rocío. Sevilla*

El traumatismo hepático es una complicación frecuente en traumatismos abdominales graves. En estos pacientes el grado de inestabilidad hemodinámica marcará la necesidad de intervención urgente. Ante un politraumatizado, con sospecha de afectación hepática, la Tomografía Axial Computerizada (TC) es la modalidad diagnóstica de elección para la evaluación del traumatismo hepático. Como posible complicación dentro de un traumatismo hepático se encuentra el biloma. El biloma es una colección encapsulada de bilis intra o extrahepática y generalmente supramesocólica, debida a traumatismo, iatrogenia o perforación espontánea del árbol biliar o de la vesícula biliar. Presentamos el caso de un paciente varón de 19 años, sin antecedentes personales de interés, que ingresa de forma urgente por presentar un traumatismo toracoabdominal tras caída de caballo y contusión posterior en área hipocondrio derecho al ser pisado por el mismo. A su ingreso presentaba buen estado general, estable hemodinámicamente, realizándose ecografía abdominal y posterior tomografía axial computerizada (TAC), evidenciándose prácticamente en la totalidad del lóbulo hepático derecho una gran colección de 15 cms de diámetro máximo, compatible con hematoma subcapsular, sin poder descartar biloma. En TAC de control permanecía el hematoma subcapsular hepático, con presencia de laceración del lóbulo hepático derecho en comunicación con el hematoma. Se acusó descenso de la hemoglobina sin necesidad de transfusión durante todo el proceso. Asimismo presentó un descenso moderado de enzimas de colostasis, citolisis y de bilirrubina tras el traumatismo, que descendió progresivamente hasta valores normales. En posteriores controles persistía el hematoma subcapsular, sin variación de tamaño. Ante la persistencia de la colección hepática y la alta sospecha de biloma de decide drenaje percutáneo, comprobándose la existencia de colección intrahepática drenándose satisfactoriamente.

**Objetivos:** Revisión bibliográfica sobre el manejo del traumatismo hepático de bajo y alto grado. Algoritmo diagnóstico y terapéutico del traumatismo abdominal cerrado.

## Tumor esplénico secundario

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

*Hospital Universitario «Virgen Macarena». Sevilla. Hospital Universitario «Miguel Servet». Zaragoza.*

**Introducción:** El bazo es un lugar poco habitual de asiento de metástasis de tumores sólidos siendo en todo caso más frecuente la invasión por continuidad desde estómago, páncreas o colon. Las metástasis esplénicas de tumores ováricos son poco frecuentes y suelen aparecer como una diseminación

metastásica a lo largo de toda la cavidad abdominal. la aparición de una única metástasis aislada es un hecho excepcional.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de una paciente con una neoplasia de ovario tratada previamente con cirugía y quimioterapia que desarrolló posteriormente una metástasis esplénica única, sin evidencia de recurrencia o metástasis a otros niveles y fue tratada satisfactoriamente mediante esplenectomía.

**Conclusiones:** el tratamiento de elección de la metástasis esplénica aislada para muchos autores es la esplenectomía, vía abierta, laparoscópica tradicional o "hand assisted". La quimioterapia suele ser poco efectiva en el tratamiento de las metástasis esplénicas. El pronóstico en el caso de metástasis esplénica aislada puede ser bastante bueno.

## Rotura espontánea de bazo como complicación de mononucleosis infecciosa

M<sup>a</sup>De Los Angeles Mayo Ossorio, J. Manuel Pacheco Garcia, J. Ramón Castro Fernandez, M<sup>a</sup> Carmen Bazan Hinojo, M. Alba Valmorisco, A. Gil Olarte Pérez, M. San Miguel, J. Manuel Vázquez Gallego.

*Hospital Universitario Puerta Del Mar. Cadiz*

**Introducción:** La mononucleosis infecciosa, es una infección vírica autolimitada causada por el virus de Epstein-Barr. La rotura espontánea del bazo es una complicación infrecuente 0,1-0,5%, pero grave y potencialmente mortal. Presentamos un caso de rotura espontánea de bazo en un paciente con mononucleosis infecciosa no diagnosticada previamente.

**Caso clínico:** Paciente de 28 años de edad, que acude a urgencias por dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo. El dolor se acompaña de vómitos y fiebre. Una semana antes presenta cuadro de dolor de garganta y sintomatología gripal a la que no dio importancia automedicándose con paracetamol. Como antecedentes personales de interés presenta cólicos nefríticos de repetición e intervención de hernia inguinal derecha en la infancia. Al ingreso presenta mal estado general, palidez cutánea y mucosa y dolor abdominal generalizado con signos de irritación peritoneal. **Análiticamente presentaba:** Hg. 13,2, HC 38%, Leucocitos: 16.278. Linfocitos: 9,1. PCR: 4.49. Coagulación Normal. En la ecografía de abdomen se aprecia abundante líquido libre peritoneal, perihepático, periesplénico y pélvico. Se realiza TAC abdominal de urgencia donde se aprecia abundante líquido libre peritoneal y a nivel de íleon terminal se aprecia imagen compatible con pseudoinvasión; informándose como hallazgos sugestivos de peritonitis. Se interviene al paciente con carácter urgente, encontrándose un hemoperitoneo de 2000cc, hepatomegalia, bazo aumentado de tamaño con fisura en polo superior del mismo con sangrado activo. No se aprecia invaginación intestinal ni apendicitis. Se practica esplenectomía. El bazo extirpado se remite a AP que informan de fisura esplénica en bazo de características histológicas normales. Durante su estancia el paciente evoluciona favorablemente presentando fiebre de 38°C, astenia y anorexia. Reinterrogado niega traumatismo. Reexplorado no se aprecian adenopatías, latero-cervicales, axilares ni inguinales. Se solicita serología de Paul-Bunnell siendo

esta positiva para virus de Epstein-Barr, diagnosticándose de mononucleosis infecciosa.

**Discusión:** La mononucleosis infecciosa es una infección vírica autolimitada común en adolescentes y adultos jóvenes. Clínicamente se manifiesta por la tríada de fiebre, faringitis y adenopatías laterocervicales. La esplenomegalia es común y clínicamente apreciable, pero asintomática en más de la mitad de los pacientes. La rotura espontánea es una complicación infrecuente (0,1-0,5%), pero grave y de desenlace fatal si no se diagnostica. Por tanto hay que sospechar la rotura espontánea de bazo en aquellos pacientes con mononucleosis infecciosa que presenten dolor abdominal agudo. En nuestro caso, nuestro paciente no estaba diagnosticado previamente de mononucleosis infecciosa, siendo el diagnóstico de la misma posterior al tratamiento quirúrgico. El tratamiento de elección es la esplenectomía, no estando justificado el tratamiento conservador, aunque existe cierta controversia respecto a ello. Algunos autores recomiendan tratamiento conservador y conducta expectante y controles seriados analíticos y radiológicos o embolización de la arteria esplénica en aquellos casos que se mantengan constantes los parámetros anteriores.

### Pseudoquistes pancreáticos complicados con hemorragia

A. Brox Jiménez, P. Parra Membrives, D. Díaz Gómez, J\*. González Herráez, J\*. Haurie Girelli, Escalada Berta J&#1632, M. Márquez Muñoz, J. Lorente Herce, A. Galindo Galindo.

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Sevilla*

**Introducción:** Los pseudoquistes pancreáticos (PP) son las lesiones quísticas pancreáticas más frecuentes. Las complicaciones hemorrágicas de los pseudoquistes pancreáticos son raras y además se asocian a una elevada mortalidad, más si no se tratan. Actualmente se disponen de varias opciones terapéuticas que van desde la opción quirúrgica hasta las nuevas técnicas percutáneas. Presentamos dos casos de PP complicados con sangrado así como el manejo terapéutico que se empleó en cada uno de ellos.

**Casos clínicos (se aportaría iconografía):** El primer caso se trata de un varón de 44 años de edad con antecedentes de enolismo activo 80g/día y fumador de 40 cigarrillos/día, que había sido diagnosticado de esteatosis hepática tras episodios previos de dolor abdominal. En esta ocasión acudió a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de 2 horas de evolución, centrado en hipogastrio, irradiado a tórax y hombros y acompañado de un llamativo cortejo vegetativo. A la exploración, el abdomen se encontraba distendido, doloroso en su mitad superior, con sensación de masa no pulsátil a dicho nivel y sin peritonismo. En presencia de inestabilidad hemodinámica y caída del hematocrito inicial se ingresó en UCI donde se diagnosticó mediante TC/RNM de imagen quística de aproximadamente 10-12 cm, situada en la cola pancreática, de contenido heterogéneo y compatible con PP complicado por hemorragia intraquística, aunque sin sangrado activo. Tras la inicial estabilización hemodinámica se realizó exéresis programada mediante esplenopancreatectomía corporocaudal con resección íntegra

del PP, complicado con hipertensión portal segmentaria por compresión de los vasos cortos gástricos y fistulización intraquística de varios de los mismos. La evolución del paciente fue favorable, siendo dado de alta hospitalaria al octavo día tras la intervención, encontrándose asintomático en la actualidad. El segundo caso es un varón de 52 años de edad con antecedentes de enolismo y pancreatitis crónica que acudió al Hospital por dolor en el hemiabdomen superior y vómitos de 72 horas de evolución. Se diagnosticó mediante TC más reconstrucción tridimensional de la misma de un pseudoquiste en la cabeza pancreática de 50 milímetros de diámetro con sangrado intraquístico procedente de la arteria duodenopancreática inferior. La angiografía confirmó el diagnóstico de PP complicado con pseudoaneurisma dependiente de la arteria duodenopancreática inferior más un hemosuccus pancreaticus. Bajo anestesia locoregional se realizó una embolización percutánea del pseudoaneurisma usando un nuevo agente embolígeno (ONYX®). La angiografía y TC de control mostraron la oclusión completa del pseudoaneurisma. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y en la actualidad se encuentra asintomático.

**Discusión:** Las complicaciones hemorrágicas ocurren en 7-14% de los pacientes con pancreatitis crónica y 6-31% de los pacientes con PP1. De ellas, la complicación más vital es la hemorragia masiva que se describe aproximadamente en el 5-10% de los pacientes con PP2, si bien también han sido descritos episodios recurrentes de sangrado de menos severidad y presentación más insidiosa como anemia progresiva. El sangrado se puede producir hacia el tracto gastrointestinal por fistulización al mismo, hacia la propia cavidad abdominal tras rotura del PP, en el interior del PP y, mucho más raro, en el interior del conducto pancreático (hemosuccus pancreaticus). Aunque es una rara complicación de la pancreatitis, la hemorragia intraquística aguda en el PP está asociada con una mortalidad global de aproximadamente el 50% y mayor del 90% en los casos no tratados<sup>3</sup>. La lesión del vaso responsable de la hemorragia puede producirse como rotura del mismo o por formación de un pseudoaneurisma que más tarde se fisure. La arteria más afectada es la esplénica, seguida de la pancreatoduodenal<sup>2</sup>. En los PP complicados con sangrado, la angiografía es el procedimiento de elección tanto para la identificación del vaso como para el tratamiento con embolización, con la que se han descrito porcentaje de éxitos de hasta el 80%<sup>4, 5</sup>. De cualquier manera, el resangrado tras embolización puede ocurrir hasta en el 37% de los casos<sup>1</sup>. La intervención quirúrgica está indicada en pacientes hemodinámicamente inestables o cuando la embolización no es posible y consiste en resección del segmento glandular afecto o ligadura del vaso sangrante trans o extraquística combinada con drenaje externo o interno, dependiendo de la localización del PP y del estado clínico del paciente<sup>1, 2</sup>. El tratamiento excisional se lleva a cabo en muy pocos casos y por lo general se limita a resecciones pancreáticas distales para PP que se encuentren en la cola de la glándula, PP complicados con hemorragia procedente de un pseudoaneurisma o cuando el bazo se encuentra involucrado.

**Bibliografía:** 1 Ammori BJ, Madan M, Alexander DJ. Haemorrhagic complications of pancreatitis: presentation, diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl.* 1998; 80: 316-25. 2 Pitchumoni CS, Agarwal N. Pancreatic pseudocysts. When and how should drainage be performed? *Gastroenterol*



Clin North Am. 1999 Sep; 28(3): 615-39. 3 Sand JA, Seppänen SK, Nordback IH. Intracystic hemorrhage in pancreatic pseudocysts: initial experiences of a treatment protocol. *Pancreas*. 1997 Mar; 14(2): 187-91. 4 Udd M, Leppaniemi AK, Bidel S, et al. Treatment of bleeding pseudoaneurysms in patients with chronic pancreatitis. *World J Surg*. 2007; 31(3): 504&510. 5 Zyromski NJ, Vieira C, Steeker M, et al. Improved outcomes in postoperative and pancreatitis-related visceral pseudoaneurysms. *J Gastrointest Surg*. 2007; 11(1): 50&55.

## Quiste esplénico epitelial

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

*Hospital Infanta Margarita de Cabra. Córdoba*

**Introducción:** La patología quística esplénica es muy rara y la mayoría de ella es de origen parasitario (2/3). Los quistes verdaderos no parasitarios o epiteliales (epidérmicos, mesoteliales o de transición) representan solo un 25% de todos los quistes no parasitarios, siendo el resto pseudoquistes con ausencia de capa celular en la pared interna. Suelen ser hallazgos casuales en estudios de imagen o provocar síntomas por compresión de estructuras vecinas. Se han descrito complicaciones derivadas de su infección, ruptura, hemorragia o degeneración maligna. Además puede encontrarse una elevación de los valores séricos de CA 19-9. Una amplia variedad de modalidades terapéuticas se han aplicado, con resultados variables, con tendencia creciente a abordaje endoscópico y conservación esplénica.

**Objetivos:** Presentación de un nuevo caso de quiste esplénico epitelial.

**Caso clínico:** mujer de 17 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor en fosa ilíaca derecha de intensidad creciente. A la exploración presenta dolor a la palpación en fosa ilíaca con Blumberg +. Análítica sin alteraciones. En ecografía abdominal se objetiva imagen quística de 6 cm de diámetro que parece depender de bazo, tabicada y que comprime ligeramente riñón. Escaso líquido en Douglas, sin otros hallazgos. Ante la sospecha de apendicitis aguda se realiza apendicectomía abierta a través de McBurney. En postoperatorio se realiza TAC abdominal que evidencia lesión quística de 6,5x5,1 cm dependiente de polo inferior esplénico, de paredes finas, con algún septo en su interior y que no se realza con contraste, muy sugestiva de quiste epitelial esplénico. Se solicita serología de E. granulosus y CA 19-9 siendo ambas negativas. Dos meses después, previa vacunación frente neumococo y H. Influenzae, se sometió a la paciente a una laparoscopia, realizándose resección del polo inferior esplénico con bisturí armónico y de argón. La evolución postoperatoria fue favorable, sólo presentando hematoma residual en celda esplénica, con resolución espontánea. El diagnóstico histológico fue de quiste mesotelial.

**Comentarios:** Entre los de origen epitelial, el quiste esplénico mesotelial es el menos frecuente. Está indicado su tratamiento en casos sintomáticos y en >5cm. De entre todas las técnicas, la quistectomía con resección parcial de la pared

(dejando sólo la contigua al parénquima) o la esplenectomía parcial parecen las técnicas de elección, estando gravada la primera por una mayor recurrencia y la segunda por una mayor morbilidad y dificultad técnica. La esplenectomía total sólo está indicada en los de gran tamaño, múltiples, intraesplénicos o localizados en el hilio.

## Complicaciones esplénicas en el pseudoquiste pancreático.

I. Alarcón del Agua, J. Manuel Suarez Grau, R. Jimenez Rodriguez, S. Borreno Isabelo, A. Barranco Moreno, M. Socas Macias, J. Martin Cartes, H. Cadet Dussort y S. Morales Conde

*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

Paciente que acude por dolor abdominal, fiebre y tos de varios días de evolución. Como antecedentes de interés presenta pancreatitis alcohólica hace 3 años. A la exploración presenta un abdomen doloroso de forma difusa sin signos de irritación peritoneal. En la analítica se aprecia una leucitosis de 19.000. Se realiza radiografía de torax donde se aprecia infiltración pulmonar en base izquierda. En la ecografía se aprecia colección periesplénica y pancreática. Se realiza TAC toracoabdominal donde se objetiva lesión inflamatoria en base pulmonar izquierda, pseudoquiste en cola de páncreas, trombosis de vena esplénica y colección subcapsular en bazo. Tras el ingreso el paciente presenta mejoría de la clínica pulmonar y abdominal y descenso en la cifra de leucocitos, por lo que se decide continuar con el manejo conservador y se solicita endoscopia oral para valorar la presencia de circulación colateral gastroesplénica. Se comentan las complicaciones esplénicas más frecuentes en el pseudoquiste pancreático así como las distintas alternativas terapéuticas para su manejo.

## Quiste esplénico no parasitario tratado mediante esplenectomía laparoscópica

Jm. Ramia, R. de La Plaza, Je. Quiñones, P. Veguillas, M. Marqueta, R. Puga, V. Arreaga, J. García-Parreño

*Hospital Universitario De Guadalajara. Guadalajara*

**Introducción:** Los quistes esplénicos (QE) no parasitarios son infrecuentes, y aproximadamente se han descrito un millar de casos en la literatura internacional. Se clasifican en verdaderos si muestran epitelio y falsos ó postraumáticos cuando no lo presentan. Su diagnóstico preoperatorio es muy difícil. En los últimos años, se ha observado un incremento de los quistes esplénicos postraumáticos coincidiendo con la generalización del tratamiento conservador en el traumatismo esplénico. El tratamiento clásico del QE consistía en la esplenectomía total laparotómica, pero actualmente existen múltiples opciones: drenaje percutáneo, fenestración, marsupialización, cistectomía y esplenectomía laparotómica o laparoscópica. Presentamos un nuevo caso de QE postraumático tratado mediante esplenectomía laparoscópica y debatimos las opciones terapéuticas.

*Caso clínico:* Varón de 17 años que consulta por dolor abdominal en mesogastrio e hipogastrio. AP: dolores abdominales ocasionales desde hace 7 años. No refiere grandes traumatismos abdominales EF: dolor abdominal difuso más localizado en hipocondrio izquierdo. No masas, ni visceromegalias. No signos de irritación peritoneal. En la analítica destacaba: Hematíes: 4.6 x10<sup>6</sup>/μl (4.7-6.1), Hemoglobina: 13.6 gr/dL (14-16.5), Hematocrito: 39.5%. Coagulación: Actividad de protrombina: 93% (70.0-100.0), INR: 1.05 (0.8-1.2), Control TTPA: 31 segundos, fibrinógeno: 224 mg/dl. Perfil hepático: Amilasa: 54 U/L (25-115), ALT: 37 U/L (20-65), AST: 23 U/L (10-40), Fosfatasa alcalina: 116 U/L (25-128), GGT: 17 U/L (10-73), Proteínas totales: 63.8 g/L (60.0-80.0); Perfil renal: creatinina: 0.92 mg/dL (0.5-1.3), Glucosa: 87 mg/dL (70.0-110.0), sodio: 141 mmol/L (135-145), potasio: 4.0 mmol/L (3.5-5.1). CA19-9: 11.3. Serología Hidatidosis: negativa La radiografía simple de abdomen y tórax fueron normales. En la ecografía abdominal, se aprecia una LOE esplénica de 10 cm de aspecto quístico con contenido líquido espeso y homogéneo. La TAC abdominal muestra un bazo grande (esplenomegalia) con lesión quística posterolateral de unos 10 x 9 x 7 cms, de contorno nítido y bien definido, que no muestra cambios tras la administración de contraste IV. No adenopatías retroperitoneales ni pélvicas. No líquido libre peritoneal. Se efectúa esplenectomía laparoscópica según técnica habitual (4 trocáres: 3 de 10mm, 1 de 12 mm). Debido al tamaño que presenta el bazo, se decide introducir el bazo dentro de endobolsa y se punciona el quiste recogiendo el líquido intraquístico en su interior. Esto permitió la extracción del bazo mediante una pequeña ampliación del trocar de 12 mm subcostal. AP: quiste esplénico postraumático.

*Conclusiones:* El diagnóstico definitivo del subtipo de QE no parasitario que estamos tratando suele ser postoperatorio obtenido mediante el estudio histológico del quiste. La esplenectomía laparoscópica es probablemente el método terapéutico de elección del QE. Las opciones más conservadoras (fenestración, drenaje, cistectomía parcial) presentan altas tasas de recidiva. La quistectomía total laparoscópica no siempre es factible según la localización del QE y es técnicamente compleja. La punción del quiste dentro de la bolsa facilita la extracción evitando la diseminación del líquido intraquístico.

### **Fibromatosis agresiva mesentérica como causa de obstrucción en el postoperatorio de colecistitis aguda**

V. Gómez Cabeza de Vaca, D. Molina García, M. Flores Cortés, F. López Bernal, C. Palacios Martínez, E. Prendes Sillero, F. Pareja Ciuró

*HH.UU. Virgen del Rocío; Avenida Manuel Siurot s/n Sevilla*

*Introducción:* Paciente de 72 años que tras colecistectomía, desarrolla un cuadro de obstrucción intestinal.

*Caso clínico:* Acude por clínica de colecistitis aguda que tras la intervención evoluciona de forma tórpida por lo que se solicita TC de abdomen donde se ve masa de 8 centímetros en mesenterio que obliga a intervención objetivándose tumor de 15 cm a nivel del ángulo de Treitz. La pieza es informada

de fibromatosis mesentérica agresiva. La paciente evoluciona favorablemente, siendo alta a los 10 días.

*Conclusión:* La fibromatosis mesentérica es el tumor primario más frecuente del mesenterio. Aparece en mujeres en la 3<sup>a</sup>-4<sup>a</sup> década de la vida. Sus causas son desconocidas: traumatismos, cirugía abdominal previa (12%), estados de hiperestrogenismos y en un 25% se relaciona con el síndrome de Gardner lo que obliga a completar el estudio con colonoscopia y/o enema opaco. La técnica diagnóstica de elección es la tomografía, aunque la confirmación viene dada por el estudio histológico. El tratamiento debe ser quirúrgico siendo la norma, la recidiva.

### **Quiste gigante de colédoco con clínica atípica**

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

*CH Torrecárdenas. Almería*

*Introducción:* El quiste de colédoco consiste en la dilatación quística de la vía biliar intra o extrahepática. La incidencia es muy baja y oscila entre 1/13.000 y 1/250.000 recién nacidos, siendo más frecuente en la raza asiática. Es diagnosticado en la mayoría de casos es en la infancia y adolescencia y sólo en 20-30% de los casos en la vida adulta. La tríada clásica de ictericia, colestasis y dolor en hipocondrio derecho sólo aparece en un 14% de los casos.

*Caso clínico:* Paciente mujer de 15 años de nacionalidad colombiana, en el contexto de un estudio por astenia, palidez y caída de cabello, se detecta elevación de enzimas hepáticas, por lo que se realiza ECO abdominal que informa sobre la existencia en LHD de una lesión quística de paredes finas y contenido anecogénico de 11 X 8 cm que comprime la vía biliar intrahepática y produce ligera dilatación de la misma. Se realiza TAC abdominal en el que aparece gran lesión quística en HD de contenido homogéneo con fina cápsula captante de contraste, que desplaza el segmento V y comprime el hilio hepático. También comprime y desplaza el proceso uncinado, cabeza de páncreas y antro gástrico. Todos estos hallazgos son compatibles con los diagnósticos de quiste de colédoco, quiste mesentérico o quiste de duplicación. La RMN de abdomen identifica gran quiste en espacio subhepático anterior con señal hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 compatible con quiste de duplicación. Ante las dificultades diagnósticas se realiza colangio RM en la que a nivel del hilio hepático aparece una lesión de 9 x 8 cm que parece continuarse con conducto hepático común (<2cm) y al que aboca el conducto cístico. Cambios compatibles con quiste de colédoco tipo Ia de la clasificación de Kimura. Se realizan múltiples pruebas serológicas e inmunológicas, siendo todas negativas. Se interviene a la paciente realizándose extirpación del quiste, anastomosis hepático-yeyunal en Y-Roux, colecistectomía y apendicectomía incidental. Durante la intervención, ante la imposibilidad de localizar el colédoco retropancreático, se realiza CPRE introduciendo suero por la papila que permite ver un orificio puntiforme en la pared del quiste y la disección de un colédoco terminal extremadamente fino que se liga. En el 2º día postoperatorio, la paciente inicia un cuadro de pancrea-

titis aguda que responde de forma satisfactoria a tratamiento médico habitual, recibiendo el alta hospitalaria el 17º día postoperatorio. Recibimos la anatomía patológica de la pieza que informa de quiste de colédoco tipo I de Kimura con obstrucción fibrosa en un segmento del colédoco. La paciente acude en varias ocasiones a revisión a nuestra consulta objetivando buen estado general, ausencia de dolor abdominal y analítica y ECO abdominal de control sin hallazgos.

**Conclusión:** Los quistes de colédoco se clasifican según Alonzo-Lej y Todani en Tipo I: Dilatación quística del colédoco (85%). Tipo II: Malformación diverticular. Tipo III: Colédococele. Tipo IV: Múltiples quistes intra y extrahepáticos (IVa) o solamente extrahepáticos (IVb). Tipo V: Quiste intrahepático único o múltiples (enfermedad de Caroli). El diagnóstico se realiza en base a los hallazgos clínicos y de laboratorio, encontrándose un aumento de transaminasas, bilirrubina y fosfatasa alcalina. La técnica diagnóstica de elección es la ecografía abdominal, siendo necesario establecer el tipo anatómico y las posibles alteraciones de la unión pancreático-biliar mediante la realización de una CPRE o una colangio-RM que ha demostrado una eficacia similar y menos complicaciones. El tratamiento es siempre quirúrgico, para evitar posibles complicaciones, especialmente el riesgo de malignización. Siempre que sea posible, se realizará una quistectomía total con reconstrucción de la vía biliar, habitualmente con hepaticoyunostomía con anastomosis en Y de Roux.

## Carcinosarcoma de la vesícula biliar

F.J. Del Rio Lafuente; P. Fernández Zamora; S. Cantín

*Hospital Universitario Virgen Macarena Sevilla-; Hospital Universiatrio Miguel Servet Zaragoza*

**Introducción:** Las lesiones malignas de la vesícula biliar representan la quinta causa de tumores malignos de origen digestivo y del 3 al 4% de todas las lesiones malignas. La distribución de lesiones según el tipo histológico es: adenocarcinomas 84'9%, epidermoides 1,7%, carcinomas indiferenciados 7'6%, otras lesiones 2'7%. Los carcinosarcomas, incluidos en otras lesiones, son tumores que asocian un componente adenocarcinomatoso y un componente sarcomatoso.

**Caso clínico:** Paciente de 74 años de edad que ingresa en urgencias por un dolor en hipocondrio derecho, fiebre y posteriormente ictericia de aparición rápida. Sus antecedentes recogen hipertensión arterial, diabetes no insulino dependiente, una polipectomía endoscópica por lesión benigna. La existencia de una litiasis biliar era conocida pero asintomática. Analíticamente presentaba una colostasis con hiperbilirrubinemia. La ecografía mostraba una vesícula de gruesas paredes, conteniendo múltiples cálculos de pequeño tamaño y una lesión polipoidea no mobil. Se realizó colecistectomía no laparoscópica, realizándose colangiografía sin hallazgos. En el examen anatomopatológico se encontró un doble componente tumoral, por una parte células con citoplasma claro con múltiples mitosis atípicas y por otra parte un componente sarcomatoso de tipo condromatoso.

**Conclusiones:** El carcinosarcoma de la vesícula biliar es un tumor raro. Su presentación clínica y radiológica no permiten

diferenciarla de otros tumores malignos de la vesícula. Su pronóstico parece ser semejante al de los adenocarcinomas. En relación con el tratamiento adyuvante no hay nada establecido, hay equipos que realizan una radioterapia postoperatoria.

## Cistoadenoma biliar recidivado. Necesidad de resección completa para el tratamiento definitivo

MJ. Jiménez Vaquero, A. Calvo Durán, LM. Marín Gómez, A. Camacho Ramírez, M. Balbuena, MC. de la Vega Olías, A. Díaz Godoy, A. Martínez Vieira, E. Sancho Maraver, MI. Robles Pacheco, A. Rodríguez Guzmán, A. Gutiérrez.

*Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz*

**Objetivo:** Demostrar que la resección incompleta de un cistoadenoma biliar tiende a la recidiva.

**Material y métodos:** Mujer de 62 años, que 6 años antes sufrió una laparotomía exploradora urgente debida a un cuadro de abdomen agudo secundario a la rotura de una lesión quística hepática no conocida previamente. Acude por sensación de masa abdominal. En la exploración física se palpaba una masa regular e indolora a nivel del hipocondrio derecho-epigastrio. La analítica fue normal, incluyendo la bioquímica hepática y los marcadores tumorales. La ecografía mostró una masa quística meso-hepática de 15x10 cm, que confirmó la tomografía computerizada. No se evidenciaron adenopatías ni complejo atrofia-hipertrofia hepático. Se decidió practicar una punción-aspiración con aguja fina, que fue diagnóstica para cistoadenoma biliar.

**Resultado:** La paciente se programó para intervención quirúrgica electiva. Tras practicar una laparotomía subcostal bilateral se evidenció una gran masa quística que dependía de los segmentos VI y V, que desplazaba ventralmente la vesícula biliar, sin infiltrar ningún órgano adyacente. Según los antecedentes de la paciente y el resultado de la PAAF se trataba de un cistoadenoma biliar recidivado. Se consiguió reseccionar íntegramente la totalidad del tumor. Como consecuencia de la cercanía de la vía biliar principal a la tumoración, dejamos un tubo en T de Kehr. La colangiografía intraoperatoria demostró la ausencia de fugas de contraste. El postoperatorio cursó satisfactoriamente con una fístula biliar desde el 6º día postoperatorio. Ésta se resolvió mediante radiología intervencionista a través del Kehr, dado que no se autolimitó con tratamiento conservador. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica fue informada como «cistoadenoma biliar sin estroma mesenquimal».

**Conclusión:** Los cistoadenomas biliares recidivan de no ser resecados totalmente.

## Colecistitis gangrenosa como complicación de colangiopancreatografía retrograda endoscópica

M. Balbuena, A. Camacho, MJ. Jiménez, J. Alvarez, A. Díaz, C. de la Vega, E. Sancho, A. Martínez, LM. Marín, A. Calvo.

*Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz*

**Introducción:** la colecistitis gangrenosa es una variedad infrecuente de colecistitis aguda cuya etiología microbiana es la *Pseudomona aeruginosa*. Son especialmente susceptibles los pacientes ancianos, diabéticos e inmnodeprimidos en general.

**Material y Método:** describimos el caso de un paciente de 58 años sin antecedentes personales de interés que desarrolló una colecistitis gangrenosa a las 48 horas de la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). El cuadro se resolvió favorablemente tras una colecistectomía urgente e instauración de antibioterapia. Posteriormente revisamos la bibliografía publicada de casos similares.

**Resultados:** observamos la escasez de trabajos divulgados acerca de dicha complicación. **Conclusiones:** es importante la profilaxis antibiótica antes de la realización de una CPRE. A pesar de la misma, la posibilidad de una colecistitis gangrenosa debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de los pacientes que desarrollen sepsis tras realizarse dicha técnica. Si no hay una actuación quirúrgica precoz, el desenlace suele ser fatal.

### Torsion vesicular

R. Puga Bermudez, J. E. Quiñones Sampedro, M. Marqueta De Salas, C. Sabater Maroto, H. Duran Gimenez Rico, J. Manuel Ramia Angel, R. de la Plaza Llamas, J. Garcia-Parreño Jofre.

*Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.*

**Introducción:** La torsión vesicular (TV) es una entidad de escasa frecuencia en la que la vesícula gira en torno a su eje mesentérico, lo que ocasiona isquemia por compromiso vascular. Desde su descripción inicial (1898), se han comunicado alrededor de 300 casos, el 80% de los mismos sin colelitiasis. Su máxima incidencia es en la tercera edad y mujeres. Distintos factores predisponentes han sido invocados: visceroptosis y pérdida brusca de peso. Aportamos un caso de torsión vesicular en una paciente con colelitiasis, inicialmente diagnosticada de colecistitis de mala evolución clínica.

**Caso Clínico:** Mujer de 85 años de edad, hipertensa, que acude al servicio de urgencias con dolor abdominal localizado en HD, intolerancia digestiva, vómitos profusos y fiebre. La exploración destacaba por la palpación de una masa dolorosa en flanco derecho. Hematimetría: leucocitos: 13,92 (84,2N), Fibrinógeno: 661 mg/dl; Bioquímica: parámetros dentro de la normalidad. Inicialmente fue practicado un escáner abdominal que evidenció una estructura de contenido líquido de 15x5x5cm en FID con captación de contraste en su pared y presencia de líquido regional, en presunta relación con el hilio hepático. El estudio de imagen se completó con una ECO, que informó una vesícula muy distendida, con pared engrosada y colelitiasis, líquido libre en Morrison, perihepático y entre asas. Diagnóstico final: colecistitis litiasica con líquido perivesicular. En la mesa de quirófano, abordaje laparotómico, se objetivó una VB torsionada y con datos de isquemia irreversible. El diagnóstico anatomopatológico de la pieza confirmó una VB con extensa necrosis hemorrágica compatible con torsión vesicular y colelitiasis.

**Conclusiones:** Nuestro caso es interesante por tratarse de una torsión vesicular en una mujer anciana con colelitiasis. En este supuesto, un diagnóstico ecográfico de colecistitis aguda litiasica con mala evolución clínica, enmascaró la verdadera patología causante del abdomen agudo: una torsión vesicular. La ColangioRMN es hoy día la prueba de imagen de mayor sensibilidad para esta patología. Su empleo habría permitido un diagnóstico correcto preoperatorio, que habría abierto, incluso en manos inexpertas sin hábito laparoscópico en la colecistitis aguda, la posibilidad de abordar a la enferma por laparoscopia.

### Colecistectomía laparoscópica y abdominoplastia en el mismo acto operatorio

E. Olmos, C. Moreno, R. Rodriguez, A. García, MJ. Álvarez, M. Segura, JA. Ferrón

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

**Introducción:** Un 3% de pacientes intervenidos de obesidad mórbida desarrollan colelitiasis sintomática, a esto se suma la metamorfosis corporal con aparición de flacidez de los tejidos con el consecuente faldón abdominal. A continuación presentamos un caso en una paciente con estas características.

**Caso clínico:** Paciente de 42 años con antecedentes personales de HTA, TVP con TEP, síndrome ansiosodepresivo e insuficiencia venosa periférica, intervenida en 2005 de gastrectomía vertical con un IMC de 55 y eventroplastia con malla de propileno ( Rives) en 2006.

En las revisiones refiere cuadros de dolor abdominal compatibles con cólicos biliares de repetición. A la exploración presenta faldón abdominal. En ese momento su IMC era de 42.3 con un porcentaje de sobrepeso perdido hasta el momento del 50%. Se interviene en el 2007 practicándose abdominoplastia junto con colecistectomía laparoscópica, colocando los trócares tras realizar el colgajo abdominal. El postoperatorio transcurre sin incidencias, dando el alta a la paciente 7 días después de la intervención.

**Conclusiones:** El abordaje combinado de estas dos técnicas es una opción a tener en cuenta en este tipo de pacientes, ya que permite optimizar la finalidad estética de la abdominoplastia sin afectar el fin terapéutico de la colecistectomía.

### Colecistitis alitiásica en paciente con fiebre Q.

M. J. Jiménez Vaquero, L. Miguel Marín Gómez, A. Camacho Ramírez, M. Balbuena García, J. Alvarez Medialdea, E. Sancho Maraver, A. Martínez Vieira, C. de la Vega Olías, A. Díaz Godoy, M. Isabel Robles Pacheco, A. Calvo Durán, A. Gutiérrez Martínez, A. Rodríguez Guzmán.

*Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz*

**Objetivo:** añadir a la literatura otro caso de esta forma infrecuente de presentación de infección por *Coxiella Burnetti*.

**Material y métodos:** Varón de 53 años sin antecedentes de

interés que acude al Servicio de Urgencias por presentar cuadro de fiebre y dolor en hipocondrio derecho de dos semanas de evolución. Se acompaña de náuseas, vómitos e ictericia. También refiere tos con expectoración blanquecina. En la analítica destaca una elevación discreta de transaminasas, bilirrubina total de 2,99 mg/dl y PCR 19,35 mg/dl. Elevación de fibrinógeno. No leucocitosis ni neutrofilia. Se realiza ecografía abdominal: hepatomegalia con ecogenicidad difusamente aumentada, ascitis moderada, esplenomegalia de 13,5 cms y engrosamiento difuso de la pared vesicular. No se observan litiasis ni dilatación de la vía biliar. En la TAC se confirman los hallazgos ecográficos además de apreciarse derrame pleural bilateral. Ingresa a cargo del Servicio de Digestivo con el diagnóstico de colecistitis alitiásica. Durante el ingreso a pesar del tratamiento antibiótico empírico intravenoso el paciente evoluciona clínica y analíticamente de manera desfavorable por lo que se decide colecistectomía urgente.

**Resultados:** Se realiza colecistectomía laparoscópica apreciándose leve ascitis, hepatomegalia sin LOES e importante edema perivesicular. Durante el postoperatorio el paciente continúa febril. Se realiza serología resultando positiva para infección aguda por *Coxiella Burnetti*. A los 5 días de tratamiento específico con doxiciclina el paciente mejora desapareciendo la fiebre, y es dado de alta hospitalaria para continuar con tratamiento antibiótico domiciliario. Al alta el paciente se encuentra asintomático.

**Conclusiones:** Ante una colecistitis alitiásica con afectación hepática y fiebre de duración intermedia hay que plantearse la fiebre Q como diagnóstico diferencial.

## PossuM: resultados preliminares en implementación de protocolo de colecistitis aguda

V. Gómez Cabeza de Vaca, D. Molina García, F. López Bernal, M. Flores Cortés, C. Palacios Martínez, E. Prendes Sillero, F. Pareja Ciuró

HH.UU. Virgen del Rocío; Avenida Manuel Siurot s/n. Sevilla

**Introducción:** Evaluamos la morbilidad y mortalidad de pacientes sometidos a colecistectomía por vía laparoscópica y abierta.

**Material y método:** Hemos aplicado la escala POSSUM a 17 pacientes, 12 intervenidos por vía abierta y 6 por vía laparoscópica. Utilizando criterios de inclusión validados para esta escala.

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 68,14 años. 9 eran mujeres y 8, hombres. La morbilidad obtenida fue mayor a la esperada mientras que la mortalidad real fue menor que la esperada según la escala. El valor medio de riesgo fisiológico obtenido fue de 23 y el quirúrgico, de 8. Respecto a las complicaciones menores (infección de herida quirúrgica y seroma) se han presentado en el 0,89% de los pacientes y la mayores (evisceración y fístula biliar, entre otras) en el 5,9% (n=1) de los casos.

**Conclusión:** La aplicación de la escala POSSUM, es una medida válida para obtener riesgos ajustados que reflejan la calidad asistencial y que podría ser aplicada a cualquier otra intervención quirúrgica realizada de forma urgente.

## COMICACIONES ORALES

### Cirugía endocrina y experimental

#### Tratamiento quirúrgico sincrónico de Fibrohistiocitoma Pleomórfico Maligno de intestino delgado con metástasis suprarrenales bilaterales

M<sup>a</sup>A. Mayo Ossorio, J. M. Pacheco García, A. Gil Olarte Pérez, A. Lizandro Crispín, M<sup>a</sup> C. Bazan Hinojo, M. Alba Valmorisco, V. González Rodicio, M. San Miguel, J. R. Castro Fernández, J. M. Vázquez

Gallego. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

**Introducción:** El fibrohistiocitoma pleomórfico maligno o Sarcoma pleomórfico indiferenciado, es un tumor poco frecuente, que suele afectar a las extremidades y al tronco, siendo excepcional la afectación del tracto gastrointestinal. Presentamos un caso de tumoración de intestino delgado, con metástasis suprarrenales bilaterales, que se trató sincrónicamente mediante abordaje laparotómico.

**Caso clínico:** Paciente de 75 años que ingresa de urgencia por cuadro de síncope tras hemorragia digestiva baja. Refiere pérdida ponderal de 8 kg, astenia y alteración del hábito intestinal. Se realiza ecografía abdominal que demuestra la presencia de masa suprarrenal bilateral de 8 cm la izquierda y 10 cm la derecha. El TAC abdominal muestra masas adrenales bilaterales y tumoración en intestino delgado sugestiva de GIST. Se realiza tránsito gastrointestinal que informa de defecto de repleción intraluminal a nivel del ileon proximal ocasionando invaginación transitoria. El paciente es intervenido quirúrgicamente mediante laparotomía subcostal bilateral, apreciándose tumoración intraluminal a nivel de ileon que causa invaginación, así como tumoración suprarrenal bilateral. Se le practica resección del asa de intestino afecta con anastomosis latero-lateral mecánica y adrenalectomía bilateral. El Postoperatorio evolucionó dentro de la normalidad administrándosele tratamiento sustitutivo corticotiroideo. El resultado del estudio Anatomopatológico de la pieza fue de