

Muchos son los procedimientos penales y civiles iniciados contra médicos de diversos sistemas sanitarios que cubre la atención de pacientes (seguros privados, Servicios Sanitarios de carácter estatal o autonómicos etc...), algunos con fundamento y otros no, pero lo mas importante no es la existencia de los mismos, sino el cambio jurisprudencial existente hoy en día por el que cada vez se le está exigiendo mas responsabilidad a los cirujanos y en general a los médicos de nuestro país.

El presente trabajo girará en torno a este cambio, y mas concretamente sobre los actos con potencial delictivo del médico durante el ejercicio de su profesión. De esta forma

sería conveniente hacer especial referencia a las obligaciones que debe cumplir el cirujano antes, durante y después del acto quirúrgico, base de actuación que servirá en todo caso poder plantear una hipotética defensa ante una denuncia de mala praxis, sobresaliendo entre otras la cumplimentación del consentimiento informado, el establecimiento de una relación fluida médico/paciente, la correcta y completa elaboración del historial clínico, que justificará en todo caso la toma de decisiones y una muy detallada elaboración del alta clínica Por su parte, expondremos las diferentes fases del procedimiento penal, y las responsabilidades civiles sobre las que puede recaer el acto médico negligente, aportando nuestra experiencia.

COMUNICACIONES EN PÓSTER

Colon, recto y misceláneas

Obstrucción intestinal en adenocarcinoma colorrectal sincrónico

A. Ortega Carrasco, C. González Puga, B. Pérez Cabrera, I. Machado Romero, C. Godoy Alba, Jm. García Gil, (Jefe de Servicio)

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Objetivos: Comunicar un caso clínico de tres adenocarcinomas sincrónicos colorrectales que debutaron con un cuadro de perforación y revisión de la literatura al respecto.

Paciente y Método: Paciente de 64 años con antecedentes personales de hidrosadenitis perineo-glútea intervenida; diabetes mellitus tipol; neuropatía periférica; impotencia coenundi; glaucoma bilateral; desprendimiento de retina; linfoma Hodking. Comienza con dolor abdominal de 7 días de evolución de inicio generalizado y localizado posteriormente en FID, acompañado de estreñimiento. En la exploración se aprecia abdomen distendido, doloroso de forma generalizada y defensa muscular sin peristaltismo. Pruebas complementarias: radiografía muestra dilatación de asas intestino delgado (ID); en la analítica destacan 22.000 leucocitos, 84,5% neutrófilos y PCR de 46; la TAC informa de dilatación de ciego, colon ascendente e ID, moderada cantidad de líquido libre entre asas, gas en la pared de éstas estructuras. Compatible con enfermedad isquémica intestinal. Se realiza laparotomía de urgencias con sospecha de obstrucción intestinal hallándose un plastrón causado por perforación de sigma a ileon terminal y retroperitoneo. Colon derecho distendido y lesiones isquémicas en serosa. Se realizó pancolectomía e ileostomía. La evolución postoperatoria cursó sin incidencias salvo hiperglucemia transitoria. Informe anatómo-patológico: pieza de

123cms. de longitud. Se describen tres tumoraciones: una a 9 cms. del margen proximal y a 2 cms. de la válvula íleocecal, tumoración ascendente de 7 cms.; otra a 25cms. de la anterior de 5x4 cms. y una tercera a 30 cms. del margen distal, la cual es estenosante perforada que obstruye totalmente la luz. Pólipos a 21-25 cms. del margen proximal dispersos por la mucosa, el mayor de 1 cm. de diámetro. Microscópicamente se informa de adenocarcinomas moderadamente diferenciados, pT2, pT3 y pT4 respectivamente, pólipos adenomatosos dispersos y pNo.

Resultados y Conclusiones: Alrededor del 5% de todos los adenocarcinomas colorrectales son sincrónicos, existiendo cierto predominio masculino y apareciendo a una edad media menor a la del cáncer colorrectal en general. Las manifestaciones clínicas y abordaje diagnóstico son similares al cáncer de colon habitual, presentándose como una urgencia abdominal en forma de perforación entre el 2,6 y el 8,3% de los casos. La literatura más reciente revisada, hace hincapié en la necesidad del uso de colonoscopia completa como prueba diagnóstica y de despiñaje para detectar tanto adenomas como adenocarcinomas de colon sincrónicos, habiéndose evidenciado una disminución en la aparición de posteriores lesiones metacrónicas. En nuestro paciente, el hecho de que debutara como una perforación, en parte cubierta por ileon y retroperitoneo, y por lo tanto con un cuadro de urgencia abdominal, hizo que la intervención quirúrgica se realizara sin el estudio completo al que hemos hecho mención. Por otra parte, la gran distensión de colon derecho con lesiones isquémicas, el plastrón secundario a la perforación, la comorbilidad y el estado general del paciente, nos llevaron a resear todo el colon poniendo de manifiesto los tumores sincrónicos que, en el caso de una perforación libre de sigma, tal vez hubieran pasado desapercibidos.

Nuestros resultados en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal con la hemorroidopexia de longo

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

Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba

Objetivos: la anopexia mucosa circular fué descrita por primera vez por Longo en 1998. Esta técnica representa un cambio radical en el tratamiento de las hemorroides, aportando al paciente menor dolor postoperatorio y más rápida recuperación en comparación con la hemorroidectomía clásica aunque no exenta de serias complicaciones descritas en la literatura.

El objetivo de este trabajo es un análisis retrospectivo valorando nuestros resultados y complicaciones utilizando la hemorroidopexia circular para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal.

Material y métodos: Incluimos en este estudio 50 casos consecutivos de hemorroides sintomáticas de tercer y cuarto grado. Los criterios de exclusión fueron: patología anorectal asociada, enfermedad inflamatoria intestinal y pacientes anticoagulados o con coagulopatía. La intervención se realizó sin preparación intestinal y todos los pacientes recibieron una dosis de cefalosporinas y metronidazol como profilaxis. La anestesia fué general en 15 casos y espinal en 35 casos. Se utilizó la posición de litotomía. Se empleó la técnica descrita por Longo utilizando la grapadora circular HCS 33 de Ethicon. La sutura circular endoanal fue realizada con polipropileno 4 centímetros por encima de la línea dentada incluyendo mucosa y sumucosa. El seguimiento postoperatorio fue de 20 meses de media, realizando anoscopia sistemáticamente.

Resultados: Se intervinieron quirúrgicamente 21 mujeres y 29 varones con hemorroides sintomáticas de tercer grado (15 casos, 30%) y cuarto grado (35 casos, 70%). La media de edad fue de 42 años (rango 30-72 años). Los síntomas preoperatorios predominantes fueron prolapso hemorroidal (45 casos, 90%), sangrado anal (40 casos, 80%) y proctalgia (25 casos, 50%). El tiempo medio empleado en la intervención fue de 40 minutos. Sutura adicional hemostática o infiltración de adrenalina en la línea de grapado fue requerida en 33 casos (66%). 5 casos (10%) presentaban hemorroides externas asociadas y su exéresis se llevó a cabo en el mismo acto quirúrgico. La analgesia convencional con metamizol y ketorolaco controló el dolor postoperatorio en el 86% de los pacientes, analgesia de rescate fue necesaria en 6 casos (12%), un procedimiento necesitó opioides para controlar el dolor. La estancia media postoperatoria fue de 1,8 días. La primera defecación ocurrió durante la estancia en el hospital en 35 casos (70%). El retorno a la actividad normal a al trabajo ocurrió a los 15 días de media. Las complicaciones postoperatorias encontradas fueron sangrado 2 casos (4%), tenesmo 5 casos (10%), dolor severo anal 1 caso (2%), incontinencia parcial para gases 2 casos (4%), fiebre 1 caso (2%) (sin evidencia de infección perianal). Tras 20 meses de seguimiento encontramos prolapso mucoso en 4 casos (8%), tres fueron tratados con Banding hemorroidal con buenos resultados y un paciente requirió reintervención.

Conclusiones: En nuestra experiencia la hemorroidopexia de Longo puede ser considerada una buena técnica alternativa, para casos seleccionados, de hemorroides de tercer y cuarto grado, con poco dolor postoperatorio, rápido retorno a la vida normal y tasas de complicaciones similares a técnicas convencionales.

Incidencia del cancer colorrectal en la EII

RM. Jiménez Rodríguez, JM. Vazquez Monchul, MC. Olano Acosta, JM. Díaz Pavón, C. Díaz Aunión, JL. Gollonet Carnicero, C. Sacristan Perez, JM. Sánchez Gil
HU Virgen del Rocío. Sevilla

Existen comparaciones entre la cirugía laparoscópica y la cirugía abierta obteniendo similares resultados aunque recomendando la técnica laparoscópica en aquellos tumores menores de 6 cm y realizada por cirujanos expertos. Los paragangliomas (feocromocitomas extra-adrenales) son tumores poco frecuentes (0,2-0,5 casos por cada 100.000 habitantes y por año). Presentamos 3 casos. 1.) Varón de 27 años en estudio por HTA severa de reciente comienzo. Ha sido intervenido por labio leporino y fisura palatina, se le practicó banding de arteria pulmonar y a los 20 años cirugía de tipo Fontan por corazón univentricular. La HTA severa es de reciente comienzo (hasta 210/120 mmHg) tiene carácter episódico y se acompaña de sudoración y palidez. En la exploración aparecen acropaquias y cianosis. Analítica y doppler de arterias renales normales, cifras de catecolaminas urinarias 3 veces su valor y TAC que describe en situación lateral a la salida de la arteria mesentérica superior una masa de 5x4 cm, compatible con paraganglioma. Se practica una gammagrafía con MIBG en la que aparecen 2 focos de captación. Se decide intervención quirúrgica; el diagnóstico es confirmado mediante análisis histológico. 2.) Varón de 17 años que acude a urgencias e ingresa para estudio por mareos, pérdida de peso, sudoración y oscilaciones de TA (hasta 221/120). En orina, aumento de noradrenalina y vanilmandélico. Ecografía con tumoración para-aórtica infra-renal derecha, de 5x4 cm. RMN con lesión para-aórtica hiperintensa. Gammagrafía con MIBG con hipercaptación a nivel de las suprarrenales. El estudio genético para MEN es negativo. Se decide el abordaje inicial de la tumoración para-aórtica. Las suprarrenales presentan un aspecto macroscópico normal. Tras la intervención, el paciente permanece normotenso sin tratamiento. El informe anatomopatológico confirma que se trata de un paraganglioma. Caso 3. Mujer de 63 años con antecedentes de diabetes mellitus, síndrome depresivo, glaucoma e intervención por incontinencia urinaria. En estudio por una hipertensión de difícil control, se detecta elevación de catecolaminas, encontrándose en las pruebas de imagen una masa retropancreática sugestiva de paraganglioma. Se realiza exéresis de la tumoración. El diagnóstico anatomopatológico fue de paraganglioma. Según la localización de estos tumores podemos clasificarlos en adrenales (feocromocitomas) y extraadrenales. En ocasiones, pueden asociarse a distintas alteraciones como el síndrome de Carney, el síndrome de

Von Hippel Lindau o los MEN. También se ha descrito la coexistencia con determinados tumores. Las técnicas de diagnóstico por imagen son fundamentales para la localización del tumor y para demostrar la relación con estructuras vecinas; podemos incluir TAC, RMN, y arteriografía. Cuando existe sospecha de que el tumor es funcionante es fundamental la determinación de metanefrinas en orina de 24 h y catecolaminas plasmáticas. El diagnóstico definitivo vendrá dado por el análisis histopatológico. El tratamiento de elección es la excisión quirúrgica completa del tumor. En el 10% de los casos aparecen metástasis múltiples en el momento del diagnóstico, y el lugar donde más frecuentemente metastatizan son los ganglios linfáticos por lo que ante la sospecha de malignidad la cirugía debe incluir una linfadenectomía regional.

Teratoma presacro en paciente adulto

J.E. Quiñones Sampedro, R. Puga Bermudez, M. Marqueta de Salas, V. Arteaga, J.M. Ramia Angel, H. Duran Gimenez-Rico, C. Sabater Maroto, J. Garcia-Parreño Jofre

Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

Introducción: El espacio sacrococcígeo es un área virtual donde con mayor frecuencia asientan los teratomas en la edad infantil, siendo excepcional dicha localización en la edad adulta.

Caso clínico: Paciente de 22 años con AP; migraña crónica, nevus melanocítico intradérmico, meningitis vírica en la infancia y trastornos menstruales de unos meses de evolución en forma de dismenorrea, mastodinia y alteración del ritmo. En revisión ginecológica se aprecia masa en región presacra. TAC abdomino-pélvica: masa heterogénea de aspecto sólido con áreas con densidad grasa y una pequeña calcificación en su interior, de 10 cm de diámetro transversal máximo, que comprime y desplaza anteriormente recto y no parece presentar afectación ósea. La lesión no depende de ningún órgano, la grasa pélvica adyacente parece respetada y no se visualizan imágenes que sugieran la presencia de adenopatías locorregionales. RMN: Masa presacra multiquística de 75 x 65 x 95 mm localizada por encima del músculo elevador del ano. Presenta estrecho contacto con la superficie anterior del sacro y del cóccix aunque no se confirma extensión intra ósea ni intra raquídea; rechaza anteriormente a la ampolla rectal y unión rectosigmoidea. La paciente fue intervenida realizándose la exéresis completa de dicha masa por vía laparotómica, no presentándose complicaciones en el postoperatorio, a fecha de hoy la paciente se encuentra asintomática con controles ecográficos dentro de la normalidad. El análisis histológico mostró una masa con pared fibro-conjuntiva con buena vascularización, congestión vascular y revestida en parte por epitelio de tipo respiratorio sin atípias. En la pared fibrosa se identifican estructuras glandulares túbulo-acinares de tipo seromucoso, y en ocasiones el revestimiento es de tipo escamoso estratificado queratinizado. Focalmente en la pared se ha identificado alguna calcificación de aspecto distrófico.

Conclusión: La incidencia de teratoma presacro se encuentra entre 1/30.000 - 1/45.000 nacidos vivos. Con frecuencia el diagnóstico es incidental (como en el caso presentado) En su análisis patológico es característico encontrar distintos epitelios. La mayoría de los mismos son de características benignas. El diagnóstico diferencial debe incluir: cordoma, meningocele, neurofibroma, fibrosarcoma y quiste pilonidal entre otros. Dado que los teratomas sacrococcigeos son excepcionales no hay consenso sobre el uso de radio o quimioterapia como tratamiento, por lo que las fuentes consultadas hay consenso el realización de exéresis completa, siendo el pronóstico favorable tras dicha actuación.

Cancer colorrectal en enfermedad inflamatoria

RM. Jimenez Rodríguez, JM. Vazquez Monchu, MC. Olano Acosta, I. Alarcon del Agua, JM. Díaz Pavón, C. Díaz Aunió, JL. Gollonet Carnicero, C. Sacristán Perez, JM. Sanchez Gil.

HU Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo: Estudiar la incidencia de cáncer colorrectal en la enfermedad inflamatoria intestinal en nuestro centro en los últimos años.

Material y métodos: Revisamos todos los cánceres diagnosticados en pacientes con el antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal en los últimos 8 años. Descartamos patología neoplásica no gastrointestinal (cáncer de pulmón, hepatocarcinoma, cáncer de próstata,..). Encontramos 5 casos en los que analizamos edad, sexo, años transcurridos desde el diagnóstico de EII, tipo de enfermedad neoplásica, localización, tratamiento realizado,.

Resultados: Encontramos 5 casos que corresponden a 5 varones. La edad media del diagnóstico de cáncer en estos pacientes fue de 55,25 años. El diagnóstico de EII se había realizado una media de 7,5 años antes aunque en todos los casos existían indicios de EII de larga evolución. En todos los pacientes la enfermedad inflamatoria de base era la Colitis Ulcerosa, y en todos menos 1 la afectación al diagnóstico era de pancolitis. En todos los casos se realizó resección quirúrgica de la tumoración (en tres se realizó colectomía total, en uno hemicolectomía izquierda y en uno RAB). La anatomía patológica mostró un 100% de adenocarcinomas, que además en uno de los casos se asoció a un carcinoma neuroendocrino estenosante de colon transversal, y otro presentaba metástasis pulmonares en el momento del diagnóstico. Dos de los pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante y tras un periodo de seguimiento medio de 3 años la supervivencia es del 100%.

Conclusiones: La edad media del diagnóstico del cáncer colorrectal se ve retrasada con respecto a la descrita en la literatura, aunque parece clara su estrecha relación con la colitis ulcerosa y con la extensión de la misma. Algunos países proponen campañas de screening en estos pacientes con el fin de establecer un diagnóstico precoz y una mayor supervivencia a largo plazo.

Salmonellosis entero-invasiva como causa excepcional de megacolon tóxico y abdomen agudo en Urgencias. Presentación de un caso que requirió cirugía urgente

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

Hospital Regional Universitario de Málaga \»Carlos Haya\». Málaga

Introducción: la salmonellosis humana es una enfermedad infecto-contagiosa producida por enterobacterias del género *Salmonella*; es una de las intoxicaciones alimenticias más comunes causadas por agua y por alimentos contaminados, y su principal manifestación es la gastroenteritis aguda. Por su parte, el megacolon tóxico supone una complicación potencialmente mortal asociada fundamentalmente a las formas de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), aunque también se ha descrito en el contexto de algunas enfermedades infecciosas. La colitis por *Salmonella* es una causa poco frecuente de megacolon tóxico.

Material y métodos: se presenta el caso de un varón de 74 años de edad con antecedentes médicos de Diabetes Mellitus tipo II Insulin-Dependiente, Hipertensión arterial sistémica e Hipercolesterolemia y sin antecedentes quirúrgicos de interés, que consulta en Urgencias por un cuadro de 3 días de evolución de deterioro brusco del estado general asociado a fiebre, dolor abdominal generalizado con sensación de distensión y diarrea aparentemente sin productos patológicos. A las 24 horas desarrolla un cuadro de insuficiencia respiratoria asociado a semiología de irritación peritoneal que obliga a realizar tratamiento quirúrgico urgente.

Resultados: En la exploración abdominal llamó la atención la presencia de una importante distensión y un dolorimiento generalizado que en 24 horas ya acompañaba irritación peritoneal difusa; las constantes eran TA 70/30 y la FC 124/minuto, con signos de deshidratación y desorientación temporoespacial evidente. La analítica presentó 21600 Leucocitos/mmc y un 93,3% de PMN, con aumento también de la Proteína C reactiva y serología positiva para infección activa por *Salmonella* Enteritidis. La radiografía simple de abdomen evidenció una dilatación severa de ciego y colon transversal (mayor de 10 cm de diámetro) y el estudio de colonoscopia informó de la presencia en todo el colon (más en ciego y colon derecho) de úlceras profundas con un fondo de fibrina. En la cirugía se refrendaron estos hallazgos y se realizó una colectomía total y una ileostomía terminal en fosa ilíaca derecha, excluyéndose el muñón rectal. El resultado de la biopsia informó de la existencia de extensas áreas de ulceración y severa inflamación crónica agudizada inespecífica transmural. Tras 5 días de estancia en UCI subió a planta de Cirugía, donde fue dado de alta en el día postoperatorio +14

Conclusiones: la salmonellosis es una causa poco frecuente de megacolon tóxico; suele progresar rápidamente, máxime cuando el diagnóstico inicial de sospecha suele ser de EII complicada y se inicia tratamiento con esteroides a altas

dosis y antibióticos. Una vez que se confirma el cultivo, el deterioro del paciente suele ser la norma por ausencia de respuesta al tratamiento conservador y la cirugía urgente será necesaria en más del 75% de los casos. Una colectomía subtotal con una ileostomía terminal, que en el futuro puede ser susceptible de reconstrucción, es el tratamiento de elección en estos casos.

Score Possum en pacientes con Stent colónico. Revisión 4 años.

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

H.U. Virgen Del Rocío. Sevilla

Objetivos: Analizar las diferencias del score Possum (Physiological and Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and Morbidity) en pacientes sometidos a la colocación de stent colónico, previa y posteriormente a la colocación del mismo, realizados en nuestro hospital en un periodo de 4 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo (score Possum pre y poststent) de pacientes sometidos a stent colónico por neoplasia estenosante de colon. Período estudiado desde Enero del 2004 hasta Diciembre del 2007. Recogiéndose las siguientes variables: Número de casos, edad media, sexo, antecedentes personales (médicos y quirúrgicos), localización de la lesión tumoral colónica, estadio tumoral, Possum al ingreso (pre-stent), Possum al reingreso (post-stent), Mortalidad (pre-stent), Morbilidad (pre-stent), Mortalidad (post-stent), Morbilidad (post-stent), estancia hospitalaria (pre-stent), estancia hospitalaria (post-stent).

Resultados: En nuestra revisión podemos encontrar a 33 pacientes. 8 Mujeres y 25 Hombres. Edad media 68 años. Localizándose la lesión en sigma en un 80% de los casos. Objetivando una oscilación de Possum pre-stent a post-stent de Mortalidad 30% Morbilidad 15% de promedio, siendo menores los valores tras la colocación de stent.

Conclusiones: Con el fin de valorar desde un punto de vista objetivo la mejoría del pronóstico de nuestros pacientes portadores de neoplasia estenosante de colon, sometidos a la colocación de stent colónico. Analizamos el score Possum (Physiological and Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and Morbidity) antes y después de la colocación del stent. El Possum valora diversos factores de carácter fisiológico y otros factores inherentes a la cirugía. Del Possum se obtiene un score fisiológico y otro quirúrgico, así como los ratios de predicción de morbilidad y mortalidad. En nuestros pacientes apreciamos un descenso del score, en términos de morbilidad y mortalidad, tras la colocación del stent colónico. Podemos apreciar por tanto un beneficio, aunque sin significación estadística comprobada, de la colocación de dicho stent para mejorar el pronóstico vital de nuestros pacientes.

Adenocarcinoma de recto con presentación atípica. A propósito de un caso.

D. Molina García, V. Gómez Cabeza de Vaca, A. Muñoz Ortega, Z. Valera Sánchez, M. Socas Macías, J. Manuel Sánchez Gil

HH.UU. Virgen del Rocío; Avenida Manuel Siurot S/N. Sevilla

Introducción: Mujer de 67 años que acude por dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha y fiebre.

Caso clínico: Paciente que acude por fiebre de 37,5° C y dolor en fosa ilíaca derecha, donde se palpa sensación de masa empastada mal definida, sin signos de peritonismo. Destacan una mínima leucocitosis y una ecografía que informa de una masa hipocogénica en fosa ilíaca derecha que parece depender de asa intestinal. Se inicia tratamiento antibiótico y se solicita TC abdominal que sugiere plastrón inflamatorio secundario a apendicitis aguda sin descartar una neoformación apendicular. Se realiza colonoscopia informada como proceso neofornativo dependiente de apéndice cecal o ciego. Ante la buena respuesta al tratamiento antibiótico se plantea intervención quirúrgica programada. Posteriormente la pieza se informa de adenocarcinoma mucosecretor de ciego.

Discusión: Los tumores con localización en base del apéndice suele debutar con clínica de apendicitis aguda. En nuestro caso, esta localización obligó a descartar la apendicitis aguda, la neofornación apendicular y la neoplasia de ciego.

Método osmolar como tratamiento en el prolapso rectal encarcerado.

A. Álvarez Alcalde, A. Titos García, B. Sánchez Pérez, M. Ruíz López, D. Sánchez Relinque, J. Carrasco Campos, J.A. Bondía Navarro

H.R.U. «Carlos Haya». Málaga

Introducción: El prolapso rectal completo se define como una exteriorización a través del ano de todas las capas de la pared rectal. La encarceración es una entidad poco frecuente, que puede llevar a complicaciones que requieran una intervención urgente con alto índice de complicaciones.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 53 años, fumador, que acude a Urgencias por dolor y tumoración en región anal tras esfuerzo defecatorio, objetivándose a la exploración un prolapso rectal completo, irreductible con maniobras manuales. Se eligió el método osmolar para disminuir el edema y lograr la reducción del mismo mediante aplicación de 800 mg de azúcar blanca cubriendo la superficie durante una hora, evidenciándose la máxima disminución del prolapso y consiguiendo su reducción manual, previa sedación.

Conclusión: El método osmolar, poco descrito en la literatura utilizado como procedimiento urgente puede considerarse como una opción terapéutica eficaz y segura en la reducción del prolapso rectal encarcerado para posteriormente realizar un procedimiento electivo individualizado.

Liposarcoma pleomórfico retroperitoneal con infiltración de colon descendente

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

CH Torrecárdenas. Almería

Introducción: Los sarcomas constituyen entre el 7-25% de los tumores malignos del retroperitoneo, siendo el liposarcoma la variedad histopatológica más frecuente. Se clasifican en: mixoide, pleomórfico, desdiferenciado y bien diferenciado. Suelen manifestarse clínicamente por síntomas constitucionales y por la compresión que ejercen sobre estructuras vecinas.

Caso clínico: Paciente varón de 61 años con antecedentes de TEP masivo, IR, EPOC, HTA y DM tipo II. Es remitido al Servicio de Cirugía por la aparición casual de una masa retroperitoneal en las pruebas complementarias. A la exploración presenta abdomen blando y depresible, no doloroso, palpándose tumoración de 15-20 cm, no desplazable y de consistencia dura en flanco izquierdo. Se realiza TAC abdominal que informa que a nivel retroperitoneal, en el espacio pararenal anterior izquierdo, se observa una tumoración voluminosa de 10 cm de diámetro aproximadamente, sólida y muy heterogénea, que contacta con la pared abdominal anterior y colon descendente al que desplaza. Para completar el estudio se realiza RMN de abdomen que indica la existencia de una tumoración de 10 cm de diámetro con captación muy irregular de contraste, con una pequeña cantidad de tejido graso en su interior y que contacta ampliamente con la cápsula de Gerota. Se realiza PAAF que es insuficiente para el diagnóstico por lo que, ante la sospecha de sarcoma, se interviene al paciente realizándose exéresis del tumor más resección en bloque de colon descendente, incluyendo ángulo esplénico al que infiltra. Durante su evolución, en el 5º día post-operatorio, el paciente presenta una dehiscencia de sutura por lo que se reinterviene de urgencias realizándose resección y colostomía terminal. El paciente evoluciona favorablemente recibiendo el alta hospitalaria el 40º día post-operatorio. La anatomía patológica de la pieza informa como liposarcoma pleomórfico con índice de proliferación moderado con presencia de focos de necrosis e infiltración de la capa serosa intestinal. El paciente acude en varias ocasiones a nuestra consulta, objetivando buen estado general, ausencia de dolor abdominal y buen funcionamiento de la colostomía.

Conclusión: Los sarcomas son neoplasias mesenquimatosas malignas infrecuentes (< 1% de todos los tumores malignos) que se originan en hueso y tejidos blandos. Cuando afectan a nivel abdominal suelen ser masas grandes y pueden alcanzar enormes proporciones. El signo más característico es la masa abdominal palpable indolora (78% de los casos). La radiografía simple, la ecografía, el TAC y la RM son válidas para su estudio; la naturaleza del tumor se sugiere por la hipodensidad característica del tejido adiposo. El tratamiento es quirúrgico con la intención de practicar una cirugía lo más radical posible conociendo el alto porcentaje de recidivas locales y asumiendo la necesidad de extirpar órganos vecinos de forma parcial o total. Así suele ser necesario realizar nefrectomía en un 25% de los casos y colectomía en un 20%. La aplicación de radioterapia

pia inicial rara vez es efectiva dado que los tumores mesodérmicos son radiorresistentes.

Tumor quístico retrorrectal. A propósito de un caso

V. Maturana Ibáñez, E. Yagüe Martín, M. Ferrer Márquez, Rico Morales María del Mar, , Rubio Gil Francisco

CH Torrecárdenas. Almería

Introducción: Los tumores del espacio retrorrectal son el conjunto de tumoraciones quísticas y/o sólidas que se localizan en la región presacra. Se clasifican en: inflamatorias, quistes de desarrollo y congénitos, neurogénicos, óseas y miscelánea. El quiste hidatídico está producido por las larvas enquistadas de *Echinococcus granulosus*, que habita en el intestino delgado del perro y otros cánidos salvajes. De los quistes formados, 75% se localizan en el hígado, con mayor frecuencia en el lóbulo derecho, 30% en el pulmón y alrededor de 20% en otras localizaciones.

Caso clínico: Paciente varón de 26 años de origen marroquí, que acude a urgencias por dificultad para la marcha, dolor lumbar irradiado a miembro inferior derecho, pérdida de fuerza y atrofia muscular del mismo, de 6 meses de evolución. A la exploración presenta marcha en estepaje, pie varo, importante atrofia muscular en la región gemelar y peronea derecha, parálisis de la flexión dorsal del pie derecho e hipoalgesia de 4º-5º dedos pie derecho. El abdomen es blando y depresible, sin palpase masas ni megalias. En el tacto rectal, se palpa tumoración en cara lateral derecha del recto que respeta mucosa. Se realiza examen neurofisiológico que sugiere origen proximal alto intrapélvico del cuadro. En la RM de columna lumbar se identifica lesión quística compleja intramuscular (piriforme derecho) con compresión extrínseca del plexo sacro derecho. Se realiza TAC que informa de masa quística bilobulada, multiseptada bien diferenciada a nivel presacro derecho, que se extiende por escotadura ciática hasta región glútea. Sin otras lesiones en los distintos órganos. La serología para hidatidosis resulta positiva (1/320), iniciándose tratamiento preoperatorio con Albendazol. Se interviene al paciente realizándose abordaje anterior apreciando tumoración quística que se origina por detrás del plexo sacro, comprimiendo y desplazando anteriormente el nervio ciático. Se realiza exéresis completa del quiste hidatídico, previa protección del campo quirúrgico con suero salino hipertónico al 20%. No se identifican quistes en otras localizaciones. Durante el postoperatorio el paciente evoluciona favorablemente, recibiendo el alta hospitalaria. En revisión a los 6 meses el paciente se encuentra sin dolor, recuperando masa muscular y funcionalidad de la pierna derecha.

Conclusión: Entre las localizaciones poco frecuentes del quiste hidatídico, la más común es la peritoneal (2 - 25% de casos), la mayoría secundaria a quistes hepáticos que se rompen hacia la cavidad peritoneal. Los tumores del espacio retrorrectal son frecuentemente asintomáticos. Las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas, como dolor abdominal (suele implicar malignidad), distensión, masa palpable o síntomas secundarios a la compresión de estructuras vecinas. El tacto rectal es muy

importante. Es necesario realizar una endoscopia por la alta incidencia en el diagnóstico de adenocarcinoma colorectal. La ecografía transrectal ha demostrado presentar alta sensibilidad. El TAC y la RMN son también imprescindibles para el diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico, aunque sean benignas y asintomáticas. Existen numerosas técnicas de abordaje quirúrgico para resear estos tumores, como son la vía posterior transcoxígea, transanal, transacra, abdominal o combinada.

Adenocarcinoma apendicular y cáncer de ciego síncrono: a propósito de un caso.

V. Gómez Cabeza de Vaca, D. Molina García, M. Gutiérrez Moreno, J. Cañete Gómez, A. Muñoz Ortega, C. Díaz Aunión, M. Socas Macías, J. Manuel Sánchez Gil

HH.UU. Virgen del Rocío; Avenida Manuel Siurot S/N. Sevilla

Introducción: Mujer de 89 años que acude por dolor en hemiabdomen derecho, náuseas y vómitos.

Caso clínico: Mujer de 89 años con dolor en hemiabdomen derecho, náuseas y vómitos de 24 horas de evolución. La TC abdominal sugiere masa de aspecto inflamatorio a nivel de ápex cecal. Se decide intervención durante la cual se objetiva peritonitis focalizada en relación con apendicitis aguda perforada. Se realiza apendicectomía. La pieza es informada de adenocarcinoma de apéndice cecal sobre adenoma tubulovelloso. La paciente es dada de alta a los diez de la intervención. Tras el estudio de extensión se realiza colonoscopia, hallándose adenocarcinoma in situ sobre adenoma tubulovelloso de ciego.

Discusión: El adenocarcinoma de apéndice es una entidad infrecuente. El diagnóstico preoperatorio suele ser casual y o por TC indicado por otra causa. La clínica suele ser inespecífica y el tratamiento de elección es la hemicolectomía derecha aunque puede estar indicada la apendicectomía cuando el tumor está localizado. La vía laparoscópica es controvertida.

Neoplasias sincronas de colon

I; Serrano Borrero, M.D. Jimenez Rodriguez Casado, I. Maestre Alarcón del Agua,

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo: Determinar la frecuencia y manejo de pacientes que presentan más de un tumor en el colon, entendidos como entidades que aparecen de modo sincrónico.

Material y métodos: Varón de 84 años que ingresa de urgencia por rectorragia masiva. Como antecedentes: fibrilación auricular anticoagulada. Nocolorrectales. Abdomen distendido, con dolor espontáneo generalizado, sin signos de irritación peritoneal. Colonoscopia: 2 lesiones en rectosigmo y polipos.

Resultados:- Hallazgos: pólipos intestinales múltiples y dos lesiones en unión recto-sigmoidea, informados como un adenocarcinoma de recto moderadamente diferenciado e infiltrante, un adenocarcinoma de ciego, y varias zonas, distantes a la inicial, con carcinoma in situ

- Gestos: colectomía total e ileostomía

Conclusiones: La frecuencia de esta entidad es poco frecuente (5-10%) y aún más rara cuando no existen factores de riesgo colorrectal. Se conoce como multi-centric canzerization. antecedentes familiares de enfermedades

Reparación de un prolapso rectal completo mediante la técnica de Altemeir

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

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Introducción: El prolapso rectal se define como la protrusión de todas las capas de la pared rectal a través del canal anal. Debe distinguirse del prolapso mucoso, en el que sólo protruye la capa mucosa, y del prolapso rectal interno, en el que la porción superior del recto y/o el sigma se prolapsan dentro de la ampolla rectal sin alcanzar el orificio anal. Su verdadera incidencia es desconocida y afecta a edades extremas de la vida. Para la reparación del prolapso rectal se puede emplear la vía combinada abdominoperineal (Técnica de Frickman Goldberg) o bien el abordaje exclusivamente perineal (Técnica de Altemeir, técnica de Delorme).

Caso clínico: Paciente varón de 35 años, acude a urgencias por tumoración anal dolorosa de 3 meses de evolución, acompañado de ensuciamiento. A la exploración se aprecia prolapso rectal completo, que no presenta signos de isquemia y que no es reductible bajo anestesia general, por lo que se plantea para su reparación quirúrgica la técnica de Altemeir. El postoperatorio fue tórpido fundamentalmente por la distensión abdominal que presentó el paciente. Fue dado de alta a los 17 días, sin presentar signos de incontinencia anal.

Conclusiones: La técnica de Altemeir permite la reparación del prolapso rectal en un solo tiempo quirúrgico, además su morbilidad en cuanto a dehiscencia de sutura, hemorragia y estenosis es escasa, y mejora la incontinencia anal entre el 10% y 80% de los pacientes que eran incontinentes.

El residente de cirugía en el tratamiento de la patología hemorroidal, en la unidad de cirugía mayor ambulatoria

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

Servicio de Cirugía. Unidad Cirugía Mayor Ambulatoria. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

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

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

analgesia programada y medidas higiénicas. Control postoperatorio telefónico, teléfono abierto y revisiones posteriores (48 horas y al mes).

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

Conclusiones: La hemorroidectomía es un procedimiento básico y fundamental en la formación del residente, Su participación directa en este tipo de procedimientos es muy alta (61.50%; 66%) y los resultados obtenidos con alta eficacia y eficiencia, es aceptado y con alta satisfacción.

Neoplasia maligna de recto asociada a prolapso rectal completo. Tratamiento quirúrgico en un tiempo mediante la técnica de Altemeir.

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

Hospital Universitario Virgen Macarena Sevilla - Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza

Introducción y Objetivos: El prolapso rectal es una entidad rara que se presenta con más frecuencia en ancianos, sobre todo mujeres. Coexiste frecuentemente con enfermedades del suelo pélvico. Se han propuesto muchas técnicas quirúrgicas para su tratamiento. Presentamos un caso de prolapso rectales-trangulado y asociado a una neoplasia maligna en la porción prolapsada.

Caso Clínico: Varón de 92 años con antecedentes de prolapso rectal reductible de larga evolución. Consulta por irreductibilidad del prolapso de 24 horas de evolución. Exploración: recto prolapsado con áreas de necrosis en su pared y neoformación de aspecto maligno en la cara lateral izquierda del segmento prolapsado. Intervención: proctosigmoidectomía perineal. Comentario: Las técnicas quirúrgicas para tratar el prolapso rectal se dividen en transabdominales y perineales. En estas últimas se encuadra la procto-sigmoidectomía de Altemeir. Las técnicas transabdominales ofrecen mejores resultados funcionales y una tasa de recidivas inferior al 10%. No obstante, en pacientes ancianos con severas enfermedades crónicas concomitantes deben practicarse técnicas con una baja morbilidad. La proctosigmoidectomía de Altemeir ofrece una tasa de recidivas que puede llegar hasta el 60%, pero es relativamente sencilla y bien tolerada por los pacientes. En nuestro caso, la presencia de una neoplasia maligna concomitante no modificó nuestro criterio ya que pudimos tratar simultáneamente ambos problemas.

Conclusiones: La proctosigmoidectomía perineal de Altemeier reúne características únicas como la posibilidad de efectuarla bajo anestesia loco-regional, su relativa sencillez y el hecho de ser repetible ante una recidiva. Está indicada en pacientes añosos y con elevado riesgo quirúrgico. Una tercera indicación es la encarceración o estrangulación del prolapso.

Pólipos cloacogénicos múltiples en la infancia

L. Gómez Bujedo, E. López Mosquera Bayón, R. Jurado Jiménez, FJ. Torres Olivera, JM. Pérez Pozo

Hospital de alta Resolución de Utrera. Sevilla

Introducción: Los pólipos anorectales son una patología frecuente que se debe a etiologías diversas. El pólipo cloacogénico suele ser benigno y está en relación con la úlcera rectal solitaria.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 15 años que consultó por hematoquecia de varios meses de evolución. En el tacto rectal y la exploración endoscópica posterior se objetivaron múltiples formaciones polipoides que revestían todo el canal anal, cuyo aspecto sugería condilomas acuminados. Tras una primera biopsia endoscópica no concluyente, se decidió biopsia quirúrgica que fue informada como pólipo anal cloacogénico. Unas semanas después se procedió a completar la exéresis quirúrgica de un total de 8 formaciones polipoides similares a la ya extirpada. El paciente cursó alta hospitalaria a las pocas horas, y, dos meses después continúa asintomático.

Discusión: El pólipo cloacogénico es una entidad benigna, más frecuentes en la edad adulta. Hay casos descritos en la infancia, pero son muy poco frecuentes en ella. Aunque se trata de una entidad benigna, se ha comunicado la presencia de adenocarcinoma desarrollado sobre ellos. El tratamiento de elección es la exéresis, sobre todo cuando aparecen en edades tempranas.

Actitud ante un tumor presacro asintomático

Manuel Ferrer Márquez, Elena Yagüe Martín, M^a del Mar Rico Morales, Vanesa Maturana Ibáñez, Ricardo Belda Lozano, Enrique Herrera Alonso

Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción: Los tumores del espacio retrorrectal son el conjunto de tumoraciones quísticas y/o sólidas que se localizan en la región presacra. Son más frecuentes en las mujeres, entre los 40 y 60 años. Pueden ser quísticos o sólidos. Los más frecuentes son los benignos (2/3 del total). Suelen ser asintomáticos, de ahí que en muchas ocasiones aparezcan como hallazgos casuales en distintas pruebas diagnósticas que se realizan por otros motivos. Cuando aparecen síntomas se relacionan con la localización, el tamaño y, en el caso de los quistes, con la presencia o ausencia de infección (30% de los casos).

Caso clínico: Paciente de 34 años de acude a consulta por presentar rectorragia. A la exploración genupectoral se aprecia tumoración blanda no móvil en cara anterior rectal. No signos inflamatorios en región sacrocoxógea y sin orificios

fistulosos. Se realiza colonoscopia observándose en ampolla rectal una lesión submucosa. En RM en pared posterior, en íntimo contacto con recto se aprecia formación con señal líquida intraluminal. En TAC: imagen sugerente de colección con leve realce periférico en íntimo contacto con recto, coxis y región perianal. No se muestra relleno al administrarlo a través de sonda rectal. Se decide intervención quirúrgica realizando extirpación de la lesión por abordaje posterior. El postoperatorio fue favorable siendo dado de alta al 5 día postoperatorio. El estudio anatomopatológico definitivo es de hamartoma quístico retrorrectal.

Conclusión: El recto y su meso forman una unidad linfocascular de origen embriológico distinto de las estructuras somáticas que lo rodean, existiendo un espacio que lo separa del sacro, es el denominado espacio retrorrectal que contiene tejido conjuntivo laxo. Para su diagnóstico, el tacto rectal es muy importante. Es necesario realizar una endoscopia por la alta incidencia en el diagnóstico de adenocarcinoma colorectal. La biopsia se realiza sólo en lesiones aparentemente irresecables, por el riesgo potencial de implante y recurrencia en las que no son extirpadas completamente. El tratamiento es quirúrgico, aunque sean benignas y asintomáticas, pues permite establecer un diagnóstico definitivo, previene degeneración maligna e impide posible sobreinfección. Esta cirugía constituye un desafío técnico por lo complejo de la anatomía retrorrectal. Existen numerosas técnicas de abordaje quirúrgico para reseca estos tumores, así por ejemplo aquellos de pequeño tamaño que no aparentan malignidad pueden extirparse por vía posterior transcoxígea, disminuyendo así el riesgo de sangrado, la necesidad de transfusión y por tanto la morbilidad del proceso. Otras vías a tener en cuenta son la transanal, transacra, abdominal o combinada. Los tumores retrorrectales suponen un diagnóstico difícil y un desafío terapéutico, sin olvidar la importancia de un enfoque multidisciplinar (cirujanos colorrectales, neurocirujanos, ginecólogos.) que permitirán mejorar la tasa de éxito terapéutico.

Perforación de recto por cuerpo extraño, a propósito de un caso.

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

CH Torrecárdenas. Almería

Introducción: Los traumatismos ano-rectales se dividen en profundos y superficiales según el plano de los elevadores. Los agentes causales más frecuentes son los cuerpos extraños (52%) y los traumatismos externos (20%). Los cuerpos extraños pueden llegar al recto a través de ingestión, migración o introducción a través del ano (puerta de entrada más frecuente) ya sea de forma accidental, por agresión o con motivación sexual.

Caso clínico: Paciente varón de 63 años sin antecedentes personales de interés, acude a urgencias por cuadro de diarrea con sangre y moco de 12 horas de evolución, asociado a dolor en hemiabdomen superior de tipo cólico. No náuseas, no vómitos. T^a: 37'8° C. A la exploración presenta abdomen distendido, timpanizado, con dolor y defensa a la palpación generalizada y con signos de irritación peritoneal. No se palpan

masas ni megalias. Disminución generalizada de los ruidos hidroaéreos. Al tacto rectal aparecen restos hemáticos. Se realiza analítica en la que encontramos 12.370 leucocitos con 91.7% de neutrófilos. PCR: 8.53. En la radiografía de tórax aparecen signos de neumoperitoneo. Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente con el diagnóstico de presunción de perforación de víscera hueca. Se realiza incisión supra-infra umbilical, encontrando gran cantidad de contenido purulento y fibrina en cavidad abdominal. Se revisa duodeno, píloro, estómago, yeyuno ileon sin evidenciarse lesiones. En FID, al revisar ciego y colon derecho, aparece en pelvis lo que parece un cuerpo vegetal libre en cavidad. Al revisar recto, se evidencia una perforación en cara anterior de 3 cm de diámetro aproximadamente. Resto de colon y sigma, sin hallazgos. Se realiza sutura simple de la perforación con puntos sueltos y lavado de cavidad. Se realiza colostomía sigmoidea lateral de protección. El paciente evoluciona favorablemente durante su estancia hospitalaria recibiendo el alta a domicilio. Recibimos resultado de anatomía patológica que informa como fragmento alargado de 12 cm de longitud con forma de plátano, consistencia blanda, coloración blanquecina y compuesto por restos vegetales.

Conclusión: El trauma ano-rectal relacionado con la introducción de cuerpo extraño se presenta como un evento agudo con lesiones por perforación de recto y sepsis abdominopélvicas asociadas, obstrucciones intestinales y sangrado. El diagnóstico no es sencillo. Se debe realizar una anamnesis y exploración clínica detalladas, teniendo en cuenta que sólo un 33% reconocen la inserción endoanal de un objeto. La presencia de dolor abdominal y anal asociado a rectorragia son la forma de presentación más frecuente. Imprescindible realizar tacto rectal. La radiografía simple de abdomen y pelvis puede dar información sobre la forma y tamaño del objeto, así como de la existencia de neumoperitoneo. Ante la presencia de cualquier complicación el tratamiento quirúrgico es de elección, debiéndose extraer el objeto y reparar las lesiones producidas por el mismo.

Quiste mesotelial gigante pélvico. Presentación de un caso.

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

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

Introducción: El quiste mesotelial es una entidad poco frecuente con una incidencia de 1 por cada 100.00 ingresos. Presentamos el caso de un tumor quístico gigante simple de origen mesotelial intervenido en nuestro Servicio

Caso clínico: Mujer de 82 años de edad, hipertensa, en la que se objetivó en la ecografía de abdomen una masa pélvica durante seguimiento rutinario en servicio de Ginecología. En el TC abdominopélvico se constató una tumoración quística de 15 x 16 cm que impronta y desplaza vejiga, así como engrosamiento y estenosis del colon sigmoide. Los marcadores

tumorales fueron negativos. La colonoscopia y el EGD no mostraron hallazgos significativos. Intraoperatoriamente se identificó tumoración quística gigante en raíz de mesocolon, así como tumoración en colon sigmoide abcesificado a pared e infiltrando asas de delgado; se realizó exéresis de la tumoración quística, colectomía izquierda y sigmoidectomía con colostomía en FII (proceso de Hartman). Fue dada de alta el 7º día P.O. La AP se informó como tumor quístico mesotelial y diverticulitis aguda y crónica inespecífica.

Discusión: Los quistes mesentéricos son formaciones quísticas intraabdominales que se subdividen en función de su histología en quistes de origen linfático, mesotelial, entérico, urogenital, dermoides, o pseudoquistes. Los quistes mesoteliales afectan fundamentalmente a mujeres de mediana edad, se observan frecuentemente en pelvis, permanecen estables en el tiempo y suelen cursar asintomáticos. Histológicamente, poseen un recubrimiento de células cuboides o columnares, y carecen de fibras musculares y estructuras linfáticas. Su tratamiento consiste en la exéresis completa, que permite descartar transformación maligna y evitar complicaciones (ruptura, hemorragia). En caso de resección incompleta, lo que puede ocurrir en caso de adhesión íntima a otros órganos, la recidiva puede alcanzar hasta el 50% de los casos.

Tratamiento quirúrgico de la diverticulitis aguda perforada en Urgencias mediante resección, lavado intraoperatorio de colon y anastomosis primaria. ¿Una opción poco valorada?

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

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

Introducción: La cirugía urgente del colon izquierdo (perforativa o estenosante, ya sea inflamatoria o neoplásica), se sigue rigiendo en muchos centros por el viejo y nada justificado aforismo de «más vale un Hartmann que un muerto», y la resección del segmento enfermo con colostomía terminal en FII (procedimiento de Hartmann) es hoy día el la intervención más realizada. Sin embargo, numerosos estudios recientes (incluyendo varios metaanálisis y revisiones sistemáticas) han evidenciado que en pacientes seleccionados (estabilidad hemodinámica y ausencia de peritonitis fecal) los resultados que se obtiene con una cirugía en un solo tiempo son perfectamente superponibles a los de la intervención de Hartmann.

Material y métodos: Hemos realizado una revisión de los pacientes que se han tratado en nuestro servicio con carácter de Urgencia por diverticulitis aguda perforada y que se han tratado con resección colónica, lavado intraoperatorio (LIO) y anastomosis primaria en el período comprendido entre Enero-2000 y Diciembre-2007, un total de 4 pacientes. Se han estudiado de forma descriptiva datos demográficos, variables clínicas, estudios diagnósticos, tipo de intervención realizada, complicaciones y estancia.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 59 años

(rango de 41-75), de los cuáles 3 fueron mujeres y 1 sólo hombre. En todos los casos se trató de diverticulitis aguda perforada con peritonitis purulenta y adecuada hemodinámica (grado III de Hinchey. En dos pacientes se realizó una sigmoidectomía simple y en los otros dos una colectomía izquierda completa. La estancia media postoperatoria ha sido de 8.5 días (rangote 6-12 y sólo un paciente presentó una infección leve de la herida quirúrgica que se solventó con curas en planta. Con un seguimiento medio de 44 meses, ningún paciente ha vuelto a presentar síntomas relacionados de patología diverticular.

Conclusiones: La resección colónica, asociada al lavado intraoperatorio y anastomosis primaria en la diverticulitis aguda perforada, es una opción válida y reproducible en casos seleccionados. Los resultados obtenidos en nuestra corta serie, integrados en los que resultan de aplicar globalmente esta técnica del LIO en Urgencias, nos sugieren que sea una opción de primera mano y a tener en cuenta en la patología colónica de urgencias y puede ayudar a disminuir el porcentaje de procedimientos de Hartmann, con la morbilidad que éste acarrea.

A propósito del rectocele posterior

B. Martín Pérez, L. Capitán Morales, A. Sánchez Sánchez, M. Sánchez Ramírez, P. Beltrán Miranda, J. Cintas Catena, M. Retamar Gentil, I. Sánchez Matamoros, E. Domínguez Adame, J. Ortega Beviá, J. Cantillana Martínez,

H.U.V. Macarena. Sevilla

Introducción: El rectocele posterior es un raro proceso sobre el que se encuentra escasa bibliografía disponible. Esta patología se presenta como consecuencia de una insuficiencia del músculo elevador del ano que favorece la herniación posterior del tercio inferior del recto originando un estreñimiento distal.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente varón de 72 años con antecedentes personales de estreñimiento recurrente, artropatía, nefrolitiasis, hiperlipemia, síndrome depresivo, espondiloartrosis, colopatía espástica habiendo sido intervenido de cataratas, colecistectomía, herniorrafia inguinal izquierda. En la historia actual, el paciente acude a las consultas externas de Aparato Digestivo por presenta estreñimiento distal recidivante, encontrándose en el tacto rectal una herniación posterior del recto en su tercio distal.

Material y métodos: Se practican las siguientes exploraciones: una colonoscopia, en la que se observa un colon tortuoso, redundante e hipotónico, no pudiendo progresar más allá del colon ascendente distal por existir retroversión del mismo a este nivel por posibles bridas de proceso quirúrgico previo; en sigma y colon descendente se observan divertículos de mediano y gran tamaño con restos fecales en su interior. Se observan también hemorroides internas congestivas grado II; un defecograma: ausencia de impronta secundaria a la contracción del músculo elevador del ano en ampolla rectal debido a insuficiencia del mismo y presencia de un gran rectocele posterior con una muy escasa apertura del canal anal que impide que se produzca un bolo adecuado a lo largo de la defecación que se hace de forma filiforme; una manometría rectoanal en la que se encuentra una presión normal del canal anal (esfínter anal

interno: 74 mm Hg y esfínter anal externo: 115 mm Hg), con relajaciones deficientes del mismo pero umbrales perceptivos elevados (160 cc de distensión rectal con balón); en el test de expulsión, el esfínter relaja y mueve el balón, no observándose anismo, por lo que se concluye que existen una relajaciones deficientes y unos umbrales perceptivos elevados que causan el estreñimiento distal; analítica: colesterol de 258 mg/dl, resto de parámetros generales, TSH y PTH sin hallazgos patológicos.

Resultados: Ante los hallazgos de rectocele posterior se propone al paciente levatorplastia posterior. Se discuten las características fundamentales de esta enfermedad y se analizan las opciones terapéuticas.

Técnica de Khubchandhani en el tratamiento del rectocele

B. Martín Pérez, L. Capitán Morales, A. Sánchez Sánchez, M. Sánchez Ramírez, P. Beltrán Miranda, J. Cintas Catena, M. Retamar Gentil, J. Valdés Hernández, A. Nogales Muñoz, J. Ortega Beviá, J. Cantillana Martínez

H.U.V. Macarena. Sevilla

Introducción: La técnica descrita por Khubchandhani et Sullivan se presenta como una técnica restauradora del tabique recto-vaginal sin utilización de prótesis en el tratamiento del rectocele. La técnica tiene como objetivo corregir la deformación rectal anterior por vía endorrectal accediendo a través del canal anal al rectocele. La intervención pretende restaurar la pared rectal anterior de forma sólida gracias a la recuperación la tensión de los músculos rectales deformados utilizando suturas internas y al desarrollo de una fibrosis cicatricial de la submucosa rectal provocada por la propia intervención. Además esta técnica permite suprimir el exceso de mucosa rectal que se desarrolla en este auténtico divertículo de pulsión que representa el rectocele y, al mismo tiempo, el prolapso mucoso anterior frecuentemente asociado. Este procedimiento está especialmente diseñado para la intervención del rectocele y no pretende tratar otras anomalías de la estática pelviperineal aunque sí puede ser asociada a otros procedimientos proctológicos como pudiera ser la hemorroidectomía.

Material y métodos: Se presentan 9 casos de mujeres con rectocele de los cuales 1 es de grado I (la pared recto-vaginal descende a medio camino del himen), 3 son de grado II (la pared descende hasta el himen) y los otros 5 casos son rectoceles grado III (el recto descende más allá del himen). La indicación de utilización de la técnica en estos casos son: estreñimiento distal (que aparece en todos los casos) y/o coitalgia/dispáreunia (presente en 5 de los 9 casos).

Resultados: La defecación obstructiva y la dispáreunia o coitalgia desaparecieron en todos los casos. Con respecto a las posibles complicaciones derivadas de la técnica, en ninguno de los casos aparecieron fistulas ni infecciones y la reducción incompleta se produjo en 1 caso.

Conclusiones: La técnica de Koubchandhani es una alternativa adecuada para el tratamiento del rectocele sin utilización de prótesis.

Tumores de GIST. Experiencia de un Servicio de Cirugía

J. Cintas, P. Beltrán, M. Sánchez, A. Sanchez, B. Martín, M. Retamar, J. Cantillana

H. Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: Los tumores estromales gastrointestinales (GIST), constituyen la neoplasia mesenquimal más frecuente del tubo digestivo. Desde la primera descripción en los ochenta por Schaldbrand y Appelman, su incidencia ha ido en aumento, sobre todo en relación con su reciente tipificación inmunohistoquímica. La mayoría de ellos presentan una mutación en el gen *c-kit*. Este hecho ha cambiado drásticamente su tratamiento desde el año 2001, en que el nacimiento de Imatinib mesilato, inhibidor de la tirosinkinasa *kit*, demostró una mejoría evidente del pronóstico en enfermedad avanzada y recurrente. No obstante, el tratamiento quirúrgico continúa siendo de elección en la enfermedad primaria

Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo de la experiencia en nuestro centro en el tratamiento quirúrgico de tumores GIST, en el periodo comprendido entre los años 2000 y 2008.

Resultados y Conclusiones: El tratamiento de los pacientes en estadios iniciales o con tumores GIST de bajo potencial maligno precisa sin duda un enfoque quirúrgico. Sin embargo, se necesita un mayor periodo de seguimiento y nuevos estudios aleatorizados sobre el tema para dilucidar la técnica más adecuada en cada caso, así como futuras ampliaciones de las indicaciones de tratamiento con anticuerpos monoclonales, ante el gran éxito inicial de las series tratadas hasta el momento

Metástasis ovárica gigante de carcinoma colorrectal

J. G. Alonso Roque, E. García Abril, F. Pérez Benitez, F. Bravo Bravo, J. M. Maza Inza, J. Rúa Castillo, C. González Puga, J.M. García Gil

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Objetivos: la incidencia documentada de metástasis ováricas de adenocarcinoma colorrectal, oscila entre un 3 y un 8% en las series más largas. En relación a un caso clínico, realizamos una revisión de la literatura respecto a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 48 años de edad con antecedentes personales de melanoma en miembro inferior izquierdo resuelto y artritis reumatoide seronegativa. La paciente había sido diagnosticada dos años atrás de adenocarcinoma de sigma a 18 centímetros del margen anal con implantes epiplóicos y en ovario izquierdo, más metástasis hepáticas en segmentos II, IVa y VI con tamaño entre 1-3 cm (T4-N2-M1). La paciente fue intervenida realizándose sigmoidectomía ampliada a colon transverso, resección de implantes peritoneales, apendicectomía y anexectomía izquierda. Posteriormente se inició quimioterapia adyuvante, realizándose durante el seguimiento estudio con tomografía por emisión de positrones (TEP), tomografía computerizada (TC) y reso-

nancia magnética nuclear (RMN) con galodinio y ecografía hepática intraoperatoria, tratándose las metástasis hepáticas residuales mediante radiofrecuencia intraoperatoria. A los dos años de seguimiento, durante los cuales la paciente recibe nuevos ciclos quimioterápicos, se aprecia leve ascenso del CEA 17,9 y la paciente presenta nuevos cuadros de dolor abdominal e intensa astenia, detectándose mediante ecografía y TC abdominal la presencia de una gran masa que ocupa la totalidad de la pelvis, sugiriendo posible origen ovárico de la misma. La paciente es reintervenida realizándose la extirpación completa de una gran masa pélvica poli lobulada junto con anexectomía derecha e histerectomía. El curso postoperatorio transcurrió sin incidencias siendo dada de alta la paciente a los 9 días de la intervención.

Resultados: El estudio histológico informó de una gran masa dependiente del ovario derecho de 24x18x14 cm y 1.100 gr. de peso, con diagnóstico de metástasis de adenocarcinoma de probable origen en el primario de sigma. A los 7 meses de seguimiento la paciente se encuentra asintomática y sin evidencia de enfermedad residual completando tratamiento quimioterápico.

Conclusiones: se estima que el 2% de las pacientes con un adenocarcinoma colorrectal primario desarrollaran metástasis ováricas metacrónicas durante los dos años siguientes a la cirugía colorrectal con carácter curativo. El tipo de terapia adyuvante y seguimiento lo marcará el estadio de la enfermedad debiendo realizarse rutinariamente exploración física, rectal, colonoscopia y determinaciones analíticas con marcadores tumorales, pudiendo realizarse también radiografía de tórax, TC, PET o RMN. Hasta ahora no se han demostrado claros beneficios, en términos de supervivencia, con la realización de ooforectomía profiláctica durante la resección primaria del adenocarcinoma colorrectal. Aun así, la escasa literatura publicada al respecto, recomienda(nivel B de evidencia) la ooforectomía bilateral una vez detectadas lesiones metastásicas aisladas a nivel ovárico, con antecedente de adenocarcinoma colorrectal en la proximidad de la unión rectosigmoidea. Siempre con intención curativa y más aun en pacientes postmenopáusicas y con historia familiar de cáncer de ovario.

Tumoración presacra: una patología infrecuente

M. el Adel del Fresno, D. Rodríguez Morillas, A.L. Romera López, M. López-Cantarero Ballesteros, J. Pérez Ramón, J.M. García Gil

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Introducción: El espacio retrorrectal se sitúa entre el recto y el sacro. Las tumoraciones quísticas o sólidas que se localizan a ese nivel se conocen como tumores del espacio retrorrectal. Su incidencia es escasa (1/40.000 consultas), y dada la heterogeneidad de su etiología el manejo es complicado. A continuación presentamos un caso clínico

Caso: Mujer de 20 años que durante su primer embarazo se le descubre tumoración retroperitoneal por ecografía. Durante la cesárea electiva que se realizó por este motivo se avisa a cirujano de guardia que la deriva para estudio posterior. Se le realizó TC que evidenciaba una masa de 10cm que podía

corresponder a duplicación enteral, tumor de origen neural o meningocele anterior. En RMN se ve imagen quística de bordes bien definido de 12x9x9,5 cm ocupando toda la cavidad pélvica y rechazando estructuras vecinas. El enema opaca y la EDA mostraban compresión extrínseca. Se interviene de forma programada por vía abdominal, canalizando ambos uréteres. Hallazgos intraoperatorios: tumoración que ocupa toda la cavidad pélvica, que no infiltra estructuras vecinas, pero las rechaza. Se realiza adhesiolisis y se extirpa la tumoración.

AP: Quiste epidérmico. La paciente es dada de alta a los 8 días sin complicaciones. Las revisiones en consulta durante dos años son normales y en el momento actual no hay signos de recidiva.

Discusión: La mayoría de estos tumores (50%) son congénitos, siendo normalmente restos embriológicos. Se suelen descubrir en la etapa postnatal. En la población adulta el 10% de los quísticos son malignos, frente al 60% de los sólidos. Son frecuentemente asintomáticos, estando infectados en un 30%. Otros síntomas son estreñimiento, alteraciones en la micción y distocias en el parto, como en nuestro caso. Suelen ser recurrentes, y a veces hay que extirpar el coxis en las lesiones malignas y suelen tener pronóstico desfavorable. Un mielograma puede estar indicado en lesiones de origen neural. La TC y la RMN son fundamentales para el diagnóstico y planear el abordaje quirúrgico. Se recomienda extirparlas todas y la biopsia con aguja está contraindicada porque se han descrito siembras en el trayecto de punción.

Recidiva locorregional del cáncer de recto

M. Sánchez Ramírez, J. Cintas, AM. Sánchez Sánchez, P. Beltrán, B. Martín, J. Valdés, L. Capitán, A. Jiménez, J.M. Ortega, J. Cantillana,

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La incidencia del cáncer colorrectal es alarmante y lo sitúan en estos momentos en la segunda causa de muerte por cáncer; la recidiva es la causa de la mayoría de las muertes tras cirugía con intención curativa. Los factores asociados a la recidiva locorregional se relacionan fundamentalmente con las características histopatológicas y el grado de invasión del tumor. El factor cirujano no debe aparecer entre estos factores, pues se evita con una adecuada preparación. En el cáncer de recto, esta preparación pasa por la técnica de escisión del mesorrecto, un adecuado margen circunferencial y la radioquimioterapia neoadyuvante selectiva. Tras la cirugía curativa, los enfermos deben ser controlados para intentar detectar la recidiva asintomática. La recurrencia local aislada sucede en el 20-30% de los casos, pero incluso con metástasis hepáticas o pulmonares se puede intentar la cirugía curativa, el éxito depende de una correcta valoración preoperatoria multidisciplinaria. Cuando el diagnóstico se realiza en una fase incurable, nuestra misión es mejorar la calidad de vida.

Materiales y métodos: Desde 1990 hasta 2007, han sido intervenidos más de 515 cánceres de recto en nuestra unidad con una media de edad de 65 años basándonos en un protocolo de actuación.

Resultados: Fueron resecaados un total de 431 tumores, realizando una resección anterior en 299 casos y una amputación abdominoperineal en 132. No fueron resecaados un total de 84 pacientes. El total de recidivas de cáncer de recto fue 43 casos (9,97%), 28 casos (65%) fueron hombres y 15 casos (34,8%) fueron mujeres con un intervalo de recidiva media tras la cirugía de 20 meses.

Conclusión: La recidiva locorregional del cáncer de recto no es sinónimo de incurabilidad. La mejor profilaxis de la recidiva es la radicalidad en la primera intervención mientras que la exéresis total del mesorrecto resulta ser el mejor medio para disminuir el porcentaje de recidivas. El seguimiento de este tipo de enfermos permite el diagnóstico de la recidiva en pacientes asintomáticos y aumenta la resecaabilidad. La cirugía sigue siendo el único método eficaz en el tratamiento de la recidiva locorregional aunque sus resultados son desalentadores y los pacientes que pueden beneficiarse de una nueva resección con pretensión curativa son un grupo muy seleccionado.

Metástasis en páncreas de leiomioma uterino.

J. Alonso, A. Arjona, J. Roldán, A. Valverde

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

El leiomioma uterino es un raro y agresivo tumor maligno derivado de las células musculares lisas del miometrio que tienen gran propensión a metastatizar a distancia, principalmente a pulmón, hígado, cerebro y hueso¹. Otras localizaciones más raras descritas en la literatura son al tiroides¹, corazón^{2, 3}, parótida⁴ y lengua⁵. No hemos encontrado ninguna descrita en el páncreas. A su vez, en la literatura son pocos los casos acerca de tumores primarios que metastatizan al páncreas; p.e.: osteosarcoma⁶, carcinoma renal⁷ y pulmón^{8, 9, 10}. Nosotros presentamos el raro caso de una paciente que presentó una metástasis en páncreas procedente de un leiomioma uterino, tratada mediante enucleación con un postoperatorio favorable. Se expone también una revisión de la literatura de la que no tenemos constancia de otro caso similar. Éste detalle asociado a que ha sido precedido de metástasis en pulmón, localización más frecuente de metástasis hacia el páncreas, y la evidencia de una prueba de imagen sin hallazgos dos meses antes de detectarla, nos obliga a plantearnos la duda de que pudiera haber sido una metástasis directamente desde el útero o bien desde el pulmón.

Bibliografía:

1. Uterine leiomyosarcoma metastatic to the thyroid. Leath CA 3rd, Huh WK, Straughn JM Jr, Conner MG. *Obstet Gynecol.* 2002 Nov;100(5 Pt 2):1122-4.
2. One-stage surgery of low-grade malignant intravenous uterine leiomyosarcomatosis with right atrium extension. Ma L, Wu S, Zou Y, Li W, Gong L, Gerelle G, Ni Y. *Ann Thorac Surg.* 2007 Aug;84(2):644-7.
3. Surgical resection of giant metastatic leiomyosarcoma of the heart. Moreno-Cabral RJ, Fukuyama O, Powell WS, Gold S, McNamara JJ. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1987 Sep;94(3):447-9.

4. Metastatic uterine leiomyosarcoma presenting as a primary sarcoma of the parotid gland. Saiz AD, Sachdev U, Brodman ML, Deligdisch L. *Obstet Gynecol.* 1998 Oct;92(4 Pt 2):667-8.

5. Metastatic uterine leiomyosarcoma to the tongue: report of case. Kaziro GS. *J Oral Surg.* 1981 Feb;39(2):128-9.

6. Osteosarcoma metastasising to the duodenum and pancreas. Aarvold A, Bann S, Giblin V, Wotherspoon A, Mudan SS. *J Bone Joint Surg Br.* 2007 Apr;89(4):542-4.

7. Multiple late asymptomatic pancreatic metastases from renal cell carcinoma: diagnosis by endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration biopsy with immunocytochemical correlation. Eloubeidi MA, Jhala D, Chhieng DC, Jhala N, Eltoum I, Wilcox CM. *Dig Dis Sci.* 2002 Aug;47(8):1839-42.

8. Acute pancreatitis as presenting symptom and sole manifestation of small cell lung carcinoma. Nosedá A, Gangji D, Cremer M. *Dig Dis Sci.* 1987 Mar;32(3):327-31.

9. Metastasis-induced acute pancreatitis in small cell bronchogenic carcinoma. Yeung KY, Haidak DJ, Brown JA, Anderson D. *Arch Intern Med.* 1979 May;139(5):552-4. 10. Tumor-induced acute pancreatitis. Niccolini DG, Graham JH, Banks PA. *Gastroenterology.* 1976 Jul;71(1):142-5.

Metástasis ósea desde tiroides ¿Papilar o folicular?

J. Alonso, A. Arjona, J. Roldán, A. Valverde

Hospital Universitario Reina Sofía . Córdoba

El carcinoma folicular de tiroides se presenta como un nódulo tiroideo solitario, casi siempre frío en la gammagrafía, y, excepcionalmente, como una metástasis ósea (1). El caso que presentamos debutó como masa en glúteo que invadía pala ilíaca y sacro. Presentamos a una paciente de 50 años que acudió a su médico por presentar masa en glúteo desde hacía unos meses. Entre sus antecedentes, destacaban un carcinoma ductal infiltrante de mama con mastectomía en 2005. EN TAC y RM se demostró que la masa invadía pala ilíaca derecha y sacro. Se realizó punción-biopsia de la misma, cuyo estudio histopatológico fue concluyente para metástasis de carcinoma con patrón folicular de tiroides. Se practicó tiroidectomía total. Histológicamente, correspondía a un carcinoma papilar multicéntrico y bilateral, focalmente presenta también la variante folicular de dicho carcinoma. La enferma tuvo una buena recuperación. Después del primer ciclo de yodo radioactivo, se encuentra, prácticamente, asintomática. Nuestro caso ilustra una forma de presentación atípica del carcinoma papilar que según la bibliografía encontrada, llega hasta en un 71% de las ocasiones a metastatizar al pulmón(2). No obstante, al presentar focalmente áreas de carcinoma folicular que si suele dar metástasis óseas, aunque suelen ser tardías en su desarrollo, debemos considerar la posibilidad de que se deban a éste segundo, hecho que se apoya en que la incidencia de metástasis a distancia es mayor en el cáncer folicular de tiroides(3). Hemos encontrado algunas referencias de comienzo como metástasis ósea del carcinoma folicular. Así, Rodríguez y

cols. (4) aportan un caso que se manifestó como una metástasis en el hueso iliaco izquierdo, y su historia es similar a la de nuestro caso. Vicente y cols. (5) aportan otro caso de carcinoma tiroideo que debutó como compresión espinal por metástasis. 1. Rosai J, Carcangiu ML, Delellis RA. *Tumors of the Thyroid Gland.* Published by Armed Forces Institute of Pathology. Washington, D.C., 1992. 2. S.F. et al. Distant metastases in papillary thyroid carcinoma: 100 cases observed at one institution during 5 decades. *Journal of clinical endocrinology and metabolism,* 1995, vol. 80, nº 7. 3. Shaha AR, Shah JP, Loree TR. Differentiated thyroid cancer presenting initially with distant metastasis. *American Journal of Surgery* 1997 Nov;174(5):474-6. 4. Rodríguez M, Coll I, Del Pozo C, et al. Cáncer folicular de tiroides de presentación atípica. *An Med Interna (Madrid)* 1995; 12: 291-293. 5. Vicente P, Roviroso A, Gallego O, et al. Spinal cord compression as a primary manifestation of occult thyroid carcinoma. *An Med Interna (Madrid)* 1992; 9: 334-336.

Neumoperitoneo yatrogenico de causa toracica

Tallón Aguilar L, López Porras M, Suárez Grau JM, García Moreno JL, Pareja Ciuró F, Pérez Andrés M.

Unidad de Cirugía de Urgencias. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: A pesar de lo que habitualmente presuponemos, el neumoperitoneo como hallazgo radiológico aislado tiene escasa sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la perforación de víscera hueca, pudiendo ser la causa de otro origen como la cavidad torácica.

Material y métodos: Presentamos los casos de dos pacientes con cuadros clínicos muy parecidos, ya que ambos presentan neumoperitoneo como hallazgo en las pruebas de imagen, con exploración abdominal anodina que no resultaron ser de origen abdominal.

Resultados: En ambos casos, nos encontramos con pacientes jóvenes que presenta en común una intubación orotraqueal complicada y una ventilación mecánica, encontrándose neumoperitoneo en técnicas de imagen como hallazgo casual y sin sintomatología ni focalidad abdominal. Se realiza tratamiento conservador, con buen criterio, tal y como la evolución posterior nos ha demostrado.

Conclusion: Las causas intratorácicas de neumoperitoneo ocupan el segundo lugar en frecuencia, siendo la ventilación mecánica la causa más probable de origen torácico, seguido del masaje cardiaco y el neumotórax. El aire atraviesa el diafragma hacia cavidad abdominal filtrándose igual que ocurre con el líquido ascítico cuando produce derrame pleural. Nuestra idea, tal y como representamos en los casos descritos, es que no debemos limitar nuestra actitud basándonos sólo en las pruebas de imagen, sino que la clínica y la exploración física deben ser los pilares básicos en que apoyemos nuestras indicaciones quirúrgicas.

Endometriosis de afectación extragenital

L. Tallón Aguilar, Z. Valera Sánchez, M. Flores Cortés, F. López Bernal, E. Prendes Sillero, F. Pareja Ciuró

Unidad de Cirugía de Urgencias. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La endometriosis afecta al 5–15% de las mujeres premenopáusicas. La afectación extragenital no es infrecuente (3-37%), siendo la digestiva la más habitual.

Material y métodos: Hemos analizado casos de endometriosis extragenital de los 5 últimos años (n = 39), estudiando edad, localización, antecedentes, sintomatología, pruebas complementarias, concordancia clínico-patológica, técnica quirúrgica, estancia y seguimiento.

Resultados: La localización más frecuente es el apéndice cecal y sigma (34,69 y 17,94%). El síntoma más frecuente es dolor abdominal (53,84%), seguido de alteración del tránsito intestinal y tumoración abdominal (34,69% y 17,94%). Existe concordancia diagnóstica prequirúrgica en el 25,6% y postquirúrgica en el 53,84%, siendo casual en el 20,51%. Estancia media de 6,37 días (rango 0-54) y 5,12% de régimen CMA. Ha existido un 10,25% de recidivas y un 12,82% de reintervenciones, sin éxitos.

Conclusion: Se debe sospechar en pacientes de sexo femenino con dolor abdominal y alteraciones del tránsito, con antecedentes ginecológicos y 3-4ª década. Su diagnóstico es complejo, con alto porcentaje de hallazgo casual.

Exanteración pélvica posterior como tratamiento en paciente con carcinoma escamocelular de vagina. Presentación de un caso.

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

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. *Sección de Oncología Ginecológica. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Regional Universitario de Málaga «Carlos Haya». Málaga*

Introducción: El cáncer de vagina representa el 1-2% de los tumores malignos primarios ginecológicos, siendo el tipo escamoso el más frecuente (90%). Pese a que la mayoría de los casos se tratan con quimorradiación, algunos grupos postulan los beneficios del tratamiento quirúrgico radical, cuando es posible, como la mejor opción en pacientes de mediana edad, ya que al mismo tiempo que ofrece un «status Ro» evita los efectos, con frecuencia penosos a largo plazo, de la irradiación perineal. Presentamos el caso de una neoplasia vaginal invasiva tratada mediante exanteración pélvica posterior.

Caso clínico: Mujer de 46 años, con antecedentes de Síndrome de Inmunodeficiencia Variable Común, que acude a consulta de ginecología por sangrado genital de inicio brusco. En la exploración mediante colposcopia se objetiva una lesión excrecente en cara posterior vaginal. El TC y RMN muestran tumoración de 5 cm en tercios medio y distal de vagina, con infiltración focal de pared del recto. Se interviene de forma electiva, realizando exanteración pélvica posterior (que incluye colon sigmoide, recto, y aparato ginecológico en bloque, manteniendo un pequeño parche de vagina periuretral) y plastia del suelo pélvico con malla reabsorbible y plastia epiploica. Durante el postoperatorio presenta fiebre en relación con la herida quirúrgica perineal, siendo alta el día +25 del postoperatorio. La AP describe carcinoma escamocelular poco diferenciado que infiltra la pared vaginal, afectando la pared del recto (serosa y muscular). Los bordes quirúrgicos se encuentran libres de neoplasia

Conclusiones: El cáncer de vagina es un tumor que afecta principalmente a mujeres en la 5ª década. El tipo histológico predominante es el carcinoma escamocelular, constituyendo cerca del 90% de los casos. Se localiza con más frecuencia en tercio superior y cara posterior de vagina, aunque su carácter multicéntrico permite encontrarlo en otras localizaciones. Suele manifestarse como sangrado genital anormal, siendo asintomáticas en un 20% de los casos. El tratamiento específico para cada mujer depende del tipo histológico de cáncer y de su grado de infiltración que tenga. La exanteración pélvica posterior queda limitado para aquellos tumores avanzados con afectación del recto, en caso de recidiva, o de fracaso del tratamiento quimorrádico. Se trata de una cirugía compleja, no exenta de morbilidad, que permite sin embargo una supervivencia de más del 50% en tumores vaginales recidivantes o con extensión extravaginal.