

Mantuvimos 6 cms. de antro desde el píloro y realizamos la sección sobre sonda de 14 mm., reforzando posteriormente la zona de corte con sutura continua irreabsorbible. La evolución fue favorable, causando alta sanatorial el tercer día tras la cirugía.

*Conclusiones:* El situs inversus es una inusual malformación genética que puede afectar a varios órganos y tiene un carácter hereditario. Consiste en una alineación errónea de los órganos dentro del cuerpo, colocándolos del lado opuesto (imagen de espejo). El termino situs inversus es la forma abreviada de la frase en latín "situs inversus viscerum", significando posición invertida de los órganos internos. Hay

formas incompletas, como es la que nos ocupa, y otras que asocian diversas malformaciones, que a veces representan un serio riesgo para la vida, como las cardíacas, así como por la presentación de los síntomas, que ocurren en el lado opuesto de lo habitual. Lo más recomendable, en el caso de que el paciente precise una intervención quirúrgica, es recopilar la mayor cantidad de información posible, con vistas a realizar un acto operatorio seguro y sin complicaciones. Así fue como preparamos nuestro caso, que pudo llevarse a cabo, a pesar de la dificultad en la disección del fundus que quedaba cubierto completamente por el hígado.

## COMUNICACIONES PÓSTERES

### PRIMERA SESIÓN DE COMUNICACIONES PÓSTERES

#### **Colecistostomía en pacientes de alto riesgo con colecistitis aguda, experiencia en nuestro hospital**

Alejandra Gordillo Hernández, Jose Lopez Ruiz, Christian Mauricio Alvarado

*Hospital Universitario Virgen Macarena*

La colecistitis aguda es una de las causas más frecuentes de dolor abdominal en nuestro medio, siendo de fácil diagnóstico gracias a las técnicas de imagen. El tratamiento de elección es la colecistectomía, técnica quirúrgica con pocas complicaciones y baja morbimortalidad fundamentalmente si se realiza por vía laparoscópica. Sin embargo, dado el aumento de la edad media de la población general actual, en muchas ocasiones se trata de pacientes con alto riesgo quirúrgico según la clasificación ASA que contraindica la cirugía en el momento agudo instaurándose tratamiento antibiótico conservador que no elimina completamente el riesgo de sepsis ni la aparición de otras complicaciones. Como tratamiento alternativo al conservador y como paso previo a la cirugía, realizamos en nuestro centro colecistostomías percutáneas guiadas con TCMD que consiste en la colocación de un catéter de drenaje intravesicular con bolsa cutánea. Este procedimiento mejora el episodio agudo así como el pronóstico de la cirugía posterior. En este artículo comunicamos nuestra experiencia con el uso de la colecistostomía percutánea en el servicio de Cirugía de Urgencias del Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

*Los objetivos son:* Proponer la colecistostomía percutánea como tratamiento de colecistitis aguda en pacientes con alto riesgo quirúrgico como paso previo a realización de colecistectomía programada. Establecer las indicaciones de la colecistostomía percutánea en función del riesgo ASA. Repasar la técnica y material utilizado para el procedimiento guiado por TCMD que realizamos en nuestro centro. Y por último, revisión de pacientes.

#### **Resultados a corto plazo de la cirugía del bypass gástrico por PU**

Rubio Manzanera Dorado M, Morales Conde S, Barranco A, Socas M, Navas A, Cañete J, Cadet JM, Alarcón I, Pereira, Padillo J.

*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

*Objetivos:* La tendencia actual a ser cada día menos agresivos ha facilitado el desarrollo de las técnicas mínimamente invasivas. En este contexto la cirugía bariátrica por puerto único (PU) se ha convertido en una alternativa real a la cirugía laparoscopia. El objetivo de este estudio es presentar los resultados preliminares a corto y medio plazo de los pacientes sometidos a bypass gástrico por PU.

*Material y métodos:* Estudio observacional y prospectivo que incluye a 22 pacientes diagnosticados de obesidad mórbida que fueron sometidos a un bypass gástrico por PU en el Hospital Virgen del Rocío, en el periodo comprendido desde Julio del 2010 hasta Febrero del 2012. Los criterios de inclusión fueron una distancia sifo-púbica menor de 28 cm, BMI <50 Kg/m<sup>2</sup> y preferentemente una obesidad periférica. Las variables estudiadas han sido expresadas como la media ± desviación típica. El análisis estadístico se realizó en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 97.

*Resultados:* La media de edad de los pacientes fue de 41±8.98 años, siendo el 95% de ellos mujeres. La media del IMC de nuestra serie fue de 42.68±2.28 kg/m<sup>2</sup>, con un peso medio de 111.34±10.66 kg. La cirugía fue realizada con éxito en todos los casos, a través de una incisión transumbilical transversa con una media de longitud de 26.68±5.27 mm. En ningún paciente fue necesaria la conversión a laparoscopia convencional o la inserción de un trocar adicional. La media del tiempo quirúrgico fue de 114,05±21 minutos y la media de estancia hospitalaria fue de 3,27±1.01. No se apreciaron complicaciones intraoperatorios o en el postoperatorio inmediato. Sin embargo se han apreciado dos casos de úlcera de la anastomosis gastro-yeyunal, ambas detectadas 6 meses tras

la cirugía. El BMI postoperatorio medio con un periodo de seguimiento de 12 meses fue de 28 kg/m<sup>2</sup> (rango 18-35 kg/m<sup>2</sup>), con una pérdida media de peso de 39 Kg y un porcentaje de pérdida de exceso de peso del 86%. En relación con la mejoría de las comorbilidades, dos de los tres pacientes con hipertensión arterial mostraron mejoría de su cifras tensionales. Por otro lado, en dos de tres pacientes se corrigieron los niveles de glucosa en sangre. En cuanto a la satisfacción respecto a los resultados estéticos de la herida quirúrgica, la media fue de 4,69±1,1 sobre 5, siendo 5 muy satisfecho y 1 insatisfecho.

**Conclusiones:** El bypass gástrico por puerto único es una cirugía segura, viable y reproducible con mejores resultados estéticos que la cirugía bariátrica por laparoscopia. Son necesarios más estudios comparativos y a largo plazo que avalen nuestros resultados iniciales

### La diverticulitis cecal

Infantes Ormad, Marina; Sánchez Moreno, Laura; Gila Bohórquez, Antonio; López Ruiz, Jose A.; Del Río LaFuente, Francisco

*Hospital Universitario Virgen Macarena*

**Introducción:** La Diverticulitis cecal en una entidad poco común en el mundo occidental, que simula el cuadro de una apendicitis aguda. Es difícil diferenciarla de un carcinoma y plantea dudas sobre la actitud quirúrgica en cuanto a la conveniencia de su exéresis y la amplitud de la misma. Presentamos el caso de una paciente joven que fue intervenida con el diagnóstico de apendicitis aguda, detectándose una tumoración en el ciego de características inflamatorias de la que no se pudo descartar malignidad, y a la que se efectuó una hemicolectomía derecha.

**Material y métodos:** ( caso clínico): Mujer de 37 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha de 3 días de evolución, sin otra sintomatología acompañante. A la exploración abdominal presenta dolor en fosa iliaca derecha con signos de peritonismo. En la analítica de urgencias se aprecia una leucocitosis de 23000 y una PCR de 123. La Ecografía de abdomen informa de apendicitis aguda complicada con plastrón en fosa iliaca derecha. Ante la sospecha de apendicitis aguda se realiza laparoscopia exploradora, observando una tumoración a nivel ileocecal que parece depender de la pared del ciego, de aspecto inflamatorio pseudotumoral, por lo que se convierte a laparotomía media. Dada la imposibilidad de descartar su malignidad se decidió proceder a una hemicolectomía derecha con criterios oncológicos. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. Tras 8 días de hospitalización fue dada de alta. La Anatomía patológica de la pieza quirúrgica informa de divertículo cecal complicado con diverticulitis y perforación, y ausencia de signos neoplásicos.

**Conclusiones:** La revisión de la bibliografía revela una falta de uniformidad en el tratamiento quirúrgico de esta patología. Sin embargo en los casos en los que es imposible descartar un proceso neoplásico, la mayoría de los autores recomiendan llevar a cabo una hemicolectomía derecha,

dado el bajo porcentaje de complicaciones de esta técnica en pacientes generalmente jóvenes y con bajo riesgo quirúrgico.

### Indicaciones del trasplante hepático en la enfermedad de von Gierke o glucogenosis tipo Ia

Maya Aparicio AC, Bernal Bellido C, Aguilar Romero L  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

La enfermedad de Von Gierke o glucogenosis tipo Ia (GSD-Ia) es una enfermedad metabólica poco frecuente (1/100.000), hereditaria autosómica recesiva, provocada por una acumulación anormal de glucógeno por deficiencia de la enzima hepática glucosa-6-fosfatasa. Se propone un caso de un paciente con esta patología al que se le realiza un TOH como tratamiento curativo, objetivándose años después en las consultas de trasplantes una muy buena calidad de vida. A propósito de este caso, se comentan las indicaciones del TOH en ésta patología en concreto.

### Imágenes espúreas en el diagnóstico diferencial de los tumores quísticos del páncreas

Rubio Manzanares Dorado M, Camacho Marente V, Marín Gómez LM, Gomez Bravo MA, Padillo J.  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

El diagnóstico diferencial entre un pseudoquistes y un tumor quístico pancreático (TQP) es complejo. Los TQP tienen buen pronóstico y su recidiva es excepcional, pero resulta fundamental realizar un diagnóstico preoperatorio correcto ya que pueden degenerar. Es por ello, que ante la sospecha de malignidad o de recurrencia, debemos ser cautos a la hora de interpretar las imágenes. Presentamos un caso clínico, en el que las pruebas de imagen arrojaron erróneamente el diagnóstico de cistoadenocarcinoma mucinoso. Paciente sometida a esplenopancreatectomía distal laparoscópica, por un TQP mucinoso con displasia de bajo grado. Durante su seguimiento se solicitó una ecografía que diagnosticó una lesión quística de 6 cm situada en el lecho de la cirugía previa, con lesiones nodulares en su interior. Ante tales resultados, se solicitó un TAC abdominal, donde se observó un aumento de la lesión hasta los 7,3 cm e imágenes hipercaptantes en su pared, sugestivas de papilas con calcificaciones. Finalmente, la ecoendoscopia reveló, la presencia de una lesión quística de gran tamaño, con una formación papilar en su interior, propia de un cistoadenocarcinoma mucinoso. Durante la cirugía, se apreció una masa indurada, que colapsaba la transcavidad de los epiplones, adherida a la cara posterior gástrica. La toma de biopsia de la pared quística fue compatible con pseudoquistes. En contraposición, los únicos elementos compatibles con las imágenes obtenidas, fueron la presencia de grapas de la EndoGIA de la cirugía previa. Ante la sospecha de una recurrencia, y dado que la recidiva del TQP mucinoso es excepcional, debe

tenerse en cuenta que las imágenes descritas pueden simular una lesión maligna.

### Formación en cirugía de la obesidad por laparoscopia

Juan Carlos Navarro Duarte, Ricardo Belda Lozano, Alvaro Morales Gonzalez

*Hospital Torrecárdenas*

**Introducción:** La dificultad técnica para la realización de los procedimientos bariátricos es muy importante. La curva de aprendizaje es considerada una de las más largas dentro de la cirugía laparoscópica.

**Material y métodos:** Describir cuales son los mejores recursos y técnicas para el desarrollo y mantenimiento de destrezas en cirugía laparoscópica y específicamente en cirugía bariátrica.

**Resultados:** La utilización de pelvitrainer reduce de forma considerable el tiempo de la realización de suturas intrabdominales.

**Conclusiones:** . Un entrenamiento sistematizado en pelvitrainer puede disminuir la curva de aprendizaje en cirugía laparoscópica, facilitando la implantación de un programa de cirugía de la obesidad.

### Ventajas de la anastomosis intracorporea tras hemicolectomía derecha laparoscópica

Jacob Motos Micó, Alvaro Morales Gonzalez, Ricardo Belda Lozano

*Hospital Torrecárdenas*

**Introducción:** La hemicolectomía derecha es una técnica dificultosa debido a las frecuentes variaciones anatómicas, fundamentalmente vasculares. Es una técnica eficaz y segura, y así lo avalan varios estudios clínicos, preservando el resultado oncológico en cuanto al número de ganglios resecaados. El restablecimiento del tránsito, se realiza mediante anastomosis ileo-cólica, con sutura intracorpórea, más frecuentemente mecánica. Hay que tener en consideración la importancia e influencia de la curva de aprendizaje sobre los resultados. Se discuten algunos aspectos técnicos y algunas de las posibles ventajas que encontramos: Control de las tracciones de intestino y mesos, lo que disminuye el riesgo de trombosis venosa portal y mesentérica. Es ideal en pacientes con mesos corto y engrosados. Control de la rotación del asa ileal. Cierre del ojal mesentérico. Tamaño y localización de la herida

**Resultados:** Indicación: Benigna (11,1%), Maligna (88,89%). Localización: Ciego (66,67%), Colon Ascendente (5,5%) Ángulo Hepático (27,78%). Tiempo Operatorio: 122 min (90-180). Nº ganglios: 13,81 (8-29)

**Discusión:** Se discuten algunos aspectos técnicos y algunas de las posibles ventajas que encontramos: Control de las tracciones de intestino y mesos, lo que disminuye el riesgo de trombosis venosa portal y mesentérica. Es ideal en pacientes

con mesos corto y engrosados. Control de la rotación del asa ileal. Cierre del ojal mesentérico. Tamaño y localización de la herida

**Conclusiones:** La anastomosis intracorporea es una opción factible y segura en la reconstrucción ileo- cólica tras hemicolectomía derecha

### Nuestra experiencia en cirugía rectal mediante tem

Jacob Motos Micó, Almudena Moreno Serrano, Ricardo Belda Lozano, Francisco Antonio Rubio Gil, Angel

*Reina Duarte, Hospital Torrecárdenas*

**Introducción:** El abordaje abdominal para el tratamiento de los tumores rectales se asocia a una morbilidad considerable. La microcirugía endoscópica transanal (TEM) supone una técnica alternativa, menos invasiva que la cirugía radical, y por tanto, con una menor morbilidad asociada. Además, con una correcta selección de pacientes, la TEM presenta resultados oncológicos equiparables a la cirugía radical. El objetivo de este estudio es revisar nuestros resultados con TEM y discutir su papel en el tratamiento de los tumores rectales. **Paciente y métodos:** Estudio prospectivo descriptivo desde julio de 2008 hasta noviembre de 2012. Las indicaciones de TEM fueron: lesiones benignas rectales no susceptibles de resección mediante colonoscopia; lesiones rectales neoplásicas precoces (T1NoMo) con factores de buen pronóstico; lesiones neoplásicas con estadios más avanzados en pacientes seleccionados (alto riesgo quirúrgico, negación de cirugía radical o estoma e intención paliativa),

**Resultados:** Se realizó resección mediante TEM a 77 pacientes (54 lesiones benignas y 23 malignas). La estancia media hospitalaria ha sido de 4,8 días con una morbilidad asociada del 14,3%. La resección Ro en adenomas y carcinomas fue del 91% y 88,8% respectivamente. Durante el seguimiento de 20 (3-51) meses, hemos evidenciado seis recidivas.

**Conclusiones:** La TEM es un procedimiento seguro y efectivo para el tratamiento de lesiones rectales benignas y malignas precoces seleccionadas, asociada a una baja morbilidad. No obstante, se trata de una estrategia terapéutica, basada en un equipo multidisciplinario, fundamentada en una cuidadosa selección de pacientes, una técnica quirúrgica auditada y un estricto protocolo de seguimiento.

### Problemas intraoperatorios durante la curva de aprendizaje del bypass gástrico

Jacob Motos Micó, Pablo Moreno Marín, Ricardo Belda Lozano, Manuel Ferrer Márquez

*Hospital Torrecárdenas*

**Introducción:** El bypass gástrico es una de las técnicas quirúrgicas más utilizadas para el tratamiento de la obesidad mórbida. Describimos los problemas presentados durante la

cirugía en nuestra técnica quirúrgica en el bypass gástrico por laparoscopia.

**Material y métodos:** En el período entre enero de 2010 y diciembre de 2012, fueron intervenidos 14 pacientes que presentaban obesidad mórbida y con criterios para cirugía bariátrica, con una edad media de 34 años y un índice de masa corporal (IMC) de 43.

**Resultados:** De los 14 pacientes intervenidos ninguno tubo necesidad de conversión. El tiempo medio quirúrgico fue de 150 min. Las incidencias intraoperatorias estuvieron relacionadas con sangrado de la línea de agrafes (1), estenosis de la anastomosis gastroentérica (1), test de azul de metileno positivo (1).

**Conclusiones:** El bypass gástrico por laparoscopia (BPGL) es una técnica difícil, con una curva de aprendizaje de las más complejas en cirugía laparoscópica. Los primeros casos tienen gran importancia para la correcta implantación de un programa de cirugía laparoscópica. La resolución de las incidencias durante la cirugía resulta vital para llevar a buen término la misma.

### Presentación inusual de pseudomixoma peritoneal

Manuel Ferrer Márquez, Álvaro Morales González, Jacob Motos Micó, Velasco Albdendea Francisco Javier

*Hospital Torrecárdenas. Almería*

El término pseudomixoma peritoneal (PMP) es una entidad clinicopatológica poco frecuente, caracterizada por la existencia de mucina extracelular en la cavidad abdominal y se puede clasificar histológicamente en adenomucinosi, adenomucinosi híbrida y adenocarcinoma mucinoso. Presentamos el caso de una mujer de 76 años con una historia de 3 meses de dolor y distensión abdominal. A la exploración observamos un abdomen extremadamente distendido y doloroso. La ecografía abdominal informó de una gran tumoración probablemente mucinosa que ocupaba toda la cavidad abdominal sin poder precisar su origen. La TAC abdomino-pélvica puso de manifiesto una gran masa abdominal que comprimía las vísceras. El diagnóstico de presunción fue PMP de origen apendicular y/o tumor mucosecretor de ovario izquierdo. Se evacuaron 15 kg de material mucinoso denso. Se realizó doble anexectomía, omentectomía mayor completa, peritonectomía parietal derecha, parietal izquierda, pélvica, apendicectomía y resección de múltiples implantes. Tras cirugía citoreductora completa, se realizó HIPEC según técnica de Coliseum (Sugarbaker). La evolución postoperatoria fue favorable, siendo dada de alta hospitalaria al 12º día. El examen macroscópico demostró un tumor mucosecretor multilocular de ovario izquierdo de 18 X 10 cm con rotura capsular, mientras que el apéndice cecal era normal. El estudio microscópico de ese ovario confirmaba la presencia de una neoplasia mucinosa de bajo grado de malignidad, desarrollada en tejido de estirpe digestivo derivado de la hoja germinativa endodérmica de un teratoma ovárico quístico maduro con inmunexpresión positiva para CK20, CDX2 y para CK7, resultando negativa para CA 125. Los tumores mucinosos están presentes en el 2-11% de teratomas

quísticos maduros de ovario, y el 3-8% de tumores mucinosos de ovario se asocian a teratomas. Concluimos que el término pseudomixoma peritoneal debe reservarse exclusivamente para definir la situación clínica caracterizada por la presencia masiva de material mucinoso en la cavidad peritoneal, con independencia de su origen tumoral. Numerosos estudios y consensos avalan la cirugía citoreductora completa combinada con quimioterapia intraperitoneal perioperatoria como el tratamiento de elección para este tipo de pacientes. Aconsejamos que estos pacientes sean remitidos a uno de los centros de referencia en cirugía oncológica peritoneal que existen en nuestro país.

### Complicación con ingreso superior a un año tras gastrectomía vertical laparoscópica

Manuel Ferrer Márquez, Ricardo belda Lozano, Juan Carlos Navarro Duarte, Manuel Ferrer Aya

*Hospital Torrecárdenas. Almería*

El hecho de que la gastrectomía vertical laparoscópica se haya considerado erróneamente como sencilla y fácilmente reproducible, ha llevado a un gran número de cirujanos a practicarla. Podría parecer que, en comparación con otros procedimientos, es una cirugía más asumible desde el punto de vista laparoscópico, pero se debe saber que sus complicaciones pueden incluso ser más serias que las de otras técnicas. Paciente con IMC de 61,3 kg/m<sup>2</sup>, con SAOS en tratamiento con cPAP. Se intervino practicando una GVL. A las 48 horas se realizó prueba de estanqueidad con azul de metileno y a las 72 horas la paciente fue dada de alta con dieta líquida. Dos semanas después, la paciente ingresó por cuadro de fiebre sin dolor abdominal, y en el TAC urgente realizado se objetivó una colección abdominal importante secundaria a una fístula gástrica. Ante la situación de la paciente, se decidió intervenir con el objetivo de drenar el absceso, lavar la cavidad y dejar un drenaje. Se comenzó con tratamiento conservador. Tras mes y medio, el débito por drenaje disminuyó de forma importante, pero en las pruebas de imagen se mantuvieron los signos de la fístula. Se intentó colocación de stent recubierto que tuvo que ser retirado a los cuatro días por mala tolerancia de la paciente. Tras cinco meses íntegros de tratamiento conservador, y ante la demanda de la paciente se decidió intervenir para intentar solucionar quirúrgicamente el problema. Durante la intervención se objetivó una fístula puntiforme centrada de tejido sano, por lo que se decidió cierre simple e invaginación (doble sutura). Durante las dos semanas posteriores a la cirugía, los test de estanqueidad fueron negativos por lo que la paciente fue dada de alta. Dos meses después volvió a ingresar por fiebre y disnea con una TAC que informó de gran absceso abdominal y derrame pleural izquierdo secundario a fístula gástrica (figura 2). El absceso se drenó bajo punción endoscópica y la fístula se mantuvo con un débito diario de 20cc durante dos meses. Se decidió nueva intervención con la idea de disminuir la presión intraluminal y se realizó bypass gástrico. Desde la última intervención, la paciente se encuentra asintomática, tolerando dieta y con pruebas radiológicas negativas.

El manejo de la fistula tras GVL es difícil, ya que el tratamiento conservador no siempre tiene buen resultado y puede cronificarse durante meses. Cuando el tratamiento conservador no es exitoso, la mayoría de los autores defienden como siguiente paso la utilización de stents flexibles recubiertos con la intención de conseguir un “bypass temporal” de la fistula. Otros tratamientos propuestos son los sellantes (pegamentos biológicos) vía endoscópica con resultados controvertidos. En aquellos casos que no respondan a ningún tratamiento, debe valorarse la posibilidad de actuar sobre la estenosis distal (en caso de que ésta exista) mediante dilataciones endoscópicas. Si no queda otra opción que la quirúrgica, se debe evitar el cierre simple de la fistula aun cuando se localice, e intentar disminuir la presión intraluminal gástrica mediante la conversión de la técnica en bypass gástrico.

## Sutura continua laparoscópica en la gastrectomía vertical y bypass gástrico

Manuel Ferrer Márquez, Juan Carlos Navarro Duarte, Álvaro Morales González, Ricardo Belda Lozano

*Hospital Torrecárdenas. Almería*

Las técnicas más utilizadas en cirugía bariátrica son la gastrectomía vertical laparoscópica y el bypass gástrico. Ambas intervenciones se llevan a cabo mediante cirugía mínimamente invasiva, lo que dificulta su práctica y requiere un entrenamiento en cirugía laparoscópica avanzada. Exponemos a continuación el lazo utilizado por nuestro equipo en ambas técnicas para comenzar la sutura continua: Para reinvaginar el tubo gástrico tras gastrectomía vertical laparoscópica. Aunque no todos los autores defienden su uso, nuestro equipo de forma rutinaria realiza invaginación de la sutura mecánica con la idea de disminuir el porcentaje de fistulas gástricas. Para realizar las anastomosis gastro-entéricas y entero-entéricas en el bypass gástrico. Ambas anastomosis se realizan mediante sutura continua, y este procedimiento se ve facilitado al utilizar el lazo corredizo. El lazo corredizo permite el comienzo de la sutura continua y una estanqueidad adecuada al permitir su cierre cuando se tira de ambos cabos. Al realizar el punto, la aguja es introducida a través del ojal, y este se cierra al tirar de ambos cabos. Se trata de un recurso más a tener en cuenta en el desarrollo de las suturas intracorpóreas que pueden facilitar la técnica quirúrgica en determinadas intervenciones.

## Abordaje laparoscópico de metástasis adrenal única por melanoma

Reyes Díaz,ML; Gila Bohórquez,A; Domínguez Adame - Lanuza,E; Cano Matías,A; Pérez Huertas,R; Villa Díaz,A; Oliva Mompeán,F.

*H.U.Virgen Macarena. Cirugía General y Digestiva. Sevilla*

*Introducción:* la metástasis adrenal solitaria es una afección infrecuente que genera importantes controversias en cuanto

su resección y vía de abordaje, siendo muy discutido el uso de la laparoscopia en estos casos, existiendo escasa literatura al respecto. La opción de esta vía va a depender de la experiencia del cirujano, la selección del paciente, que el tumor quede confinado a la glándula, tamaño del tumor (< 8 cm) y por supuesto que se respete los criterios de resección oncológica, tal como en el caso que presentamos.

*Caso Clínico:* varón de 42 años intervenido de melanoma infraescapular derecho en 2001, con posterior linfadenectomía axilar por metástasis en 2002. En seguimiento por oncología donde de forma incidental tras la realización de un TAC toraco-abdominal de control se detecta tumoración suprarrenal izquierda con aspecto de malignidad, tras estudio exhaustivo y descartar la presencia de progresión de la enfermedad en otras localizaciones, se realiza de forma programada suprarrenalectomía lateral izquierda laparoscópica con posterior confirmación anatomopatológica de metástasis de melanoma. El paciente es dado de alta a las 24h de la intervención. Actualmente libre de enfermedad y en controles por oncología y cirugía.

*Conclusiones:* los tumores primarios que con mayor frecuencia metastatizan en las glándulas suprarrenales son mama, pulmón, riñón y melanoma, este último presenta un incidencia que varía entre el 1 y el 8,6 %, la mayoría asintomático y de diagnóstico incidental. Desde la primera descripción por Gagner en 1992 del abordaje laparoscópico de tumores suprarrenales, se ha convertido en el procedimiento de elección para patología benigna, en el caso de metástasis adrenales la indicación es controvertida, seleccionando adecuadamente los casos nos podemos beneficiar de las ventajas inherentes a la cirugía mínimamente invasiva, como mejor visualización del campo, resultados estéticos, accesibilidad, disminución de estancia hospitalaria, dolor y morbilidad.

## Obstrucción intestinal por hernia vesical inguinoescrotal en paciente anciano

Argote Camacho, Ángela Ximena; Zurita Saavedra, M<sup>a</sup>Sol; González Torres, Samuel; Zuluaga Gómez, Armando; Jiménez Ríos, JA

*Hospital Clínico San Cecilio, Granada*

*Introducción:* La hernia vesical es una patología poco frecuente. Su asociación con la hernia inguinal varía de un 0,5% a 3%, llegando a alcanzar hasta 10% en los pacientes mayores de 50 años. La incidencia es más frecuente del lado derecho; alcanzando un 60%. Por su presentación clínica, un tanto inespecífica y ocasionalmente inexistente, hace que su diagnóstico no sea sino hasta el momento quirúrgico, con el alto riesgo de lesión vesical. Estas hernias son debidas a una dis-tensión vesical persistente secundaria a un mecanismo obstructivo, fundamentalmente hiperplasia benigna de próstata, asociado todo ello a un debilitamiento de las estructuras de soporte y a una disminución del tono vesical. También se han asociado otros factores, como la edad, obesidad, hernia inguinal preexistente, y la patología vesical congénita.

*Material y métodos:* Paciente varón de 81 años, con ante-

cedentes de hiperplasia benigna de prostata en estudio por urología y portador de sonda vesical permanente y con hernia inguinal derecha coercible de 10 años de evolución; consulta al servicio de urgencias por cuadro de 24 hr de dolor a nivel inguinal derecho con tumoración irreductible y ausencia de orina por la sonda vesical. Niega vómitos, fiebre o alteraciones del hábito intestinal. Al examen físico alerta, afebril, constantes vitales mantenidas, abdomen blando, depresible, no signos de irritación peritoneal, se palpa tumoración dolorosa e irreductible en canal inguinal derecho de aproximadamente 6 cm de diámetro compatible con hernia inguinal derecha incarcerada. Se interviene de forma urgente encontrando hernia inguinal directa con deslizamiento de vejiga a través del balón de la sonda vesical la cual se reduce hacia espacio preperitoneal con posterior reparación del defecto herniario con hernioplastia tipo Rutkow Robbins. Postoperatorio sin complicaciones, se ordena alta médica para control de su patología prostática por Urología

**Conclusiones:** La hernia vesical es una entidad multifactorial en la que su presentación aumenta progresivamente con la edad y la asociación a comorbilidades. En el desarrollo de una hernia inguinal vesical interviene principalmente dos factores: 1º la presencia de una obstrucción del tracto urinario bajo, secundaria a patología prostática o más raramente a estenosis uretral; y 2º la flacidez de la pared abdominal junto con la debilidad de la pared vesical, que permiten que la vejiga sea arrastrada fácilmente a través de un anillo inguinal dilatado. La clasificación mas utilizada se basa en la relación topográfica entre la hernia y el peritoneo: Intraperitoneal si toda la vejiga herniada está recubierta de peritoneo, extraperitoneal si el peritoneo permanece en el abdomen y solo se hernia la vejiga, y paraperitoneal si la vejiga se hernia paralelamente al saco herniario. Esta última es la mas frecuente y corresponde al caso que hemos presentado. El tratamiento de las hernias vesicales es quirúrgico, y consistirá en la reparación del defecto herniario mediante la colocación de mallas y la reducción de la hernia vesical ya que el principio de preservación vesical debe siempre gobernar, posponiendo el manejo de la patología obstructiva a un segundo tiempo quirúrgico.

### Vipoma pancreático. A propósito de un caso

Zurita Saavedra, M<sup>a</sup>Sol; Pérez Durán, Carmen; Szuba, Agata; Pérez Alonso, Alejandro, Pérez Ramón, JA; Jiménez Ríos, JA

*Hospital Clínico San Cecilio, Granada*

**Objetivos:** presentar un caso clínico de una tumoración neuroendocrina productora de VIP (vipoma), y realizar una revisión bibliográfica sobre esta patología

**Material y métodos:** varón de 58 años de edad sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por diarrea líquida, intermitente, de 4 años de evolución, con pérdida de peso de 10 kg en los últimos 3 meses. A la exploración física se encuentra con deterioro del estado general y signos de deshidratación severa. El abdomen no presenta signos de peritonismo. A pesar de la reposición hidroelectro-

lítica, persisten las deposiciones, con una insuficiencia renal aguda prerrenal, hipopotasemia moderada (2.8 mEq/L) y acidosis metabólica. Se realiza TAC que evidencia una masa de 20,5 mm en cabeza pancreática. Ante la sospecha de un tumor neuroendocrino, se solicita la determinación de concentraciones plasmáticas de gastrina, insulina, glucagón, somatostatina y VIP. Las concentraciones plasmáticas de VIP fueron de 400 ng/l (intervalo de referencia de 0-100 ng/l). Dado los hallazgos y la clínica del paciente, el diagnóstico inicial fue de vipoma pancreático sin evidencia de extensión extrapancreática. Se realiza intervención quirúrgica de forma programada, evidenciándose la tumoración en cabeza de páncreas y tres lesiones hepáticas compatibles con metástasis. Se realiza esplenopancreatectomía distal, con toma de biopsia de las lesiones a nivel hepático

**Resultados:** y conclusiones: el paciente presenta un postoperatorio favorable, con remisión de la diarrea y normalización de la potasemia y acidosis metabólica. La insuficiencia pancreática endocrina y exocrina, se controló mediante insulinización y reposición enzimática respectivamente. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico clínico inicial, y el estudio inmunofenotípico mostró una alta expresión de receptores de VIP. Los vipomas representan el 1,4% de todos los tumores neuroendocrinos, y su incidencia es de 1 caso / 100.000 habitantes por año. La edad de aparición presenta una curva bimodal, con un máximo entre el año y los 9 años de vida, y un segundo valor máximo entre los 32 y los 81 años de edad. Las manifestaciones, clásicamente llamadas “cólera pancreático” o síndrome de Verner-Morrison, derivan de la acción de la sustancia secretada por el tumor, VIP (se une a receptores en las células epiteliales intestinales, produce la activación de la adenilato-ciclasa, aumentando la producción de AMP cíclico, lo que deriva en la secreción de electrolitos y agua a la luz intestinal). Los vipomas se localizan en su gran mayoría en el páncreas, principalmente cola, generalmente son tumores solitarios y entre el 60-70% presentan metástasis en el momento del diagnóstico, que se basa en identificar la presencia de hipersecrección del VIP y localizar el tumor mediante técnicas de imagen como el TAC. Con respecto al tratamiento, la cirugía es la única opción terapéutica curativa en todos los pacientes que no tienen metástasis y presentan enfermedad localizada. Cuando los tumores se localizan en el cuerpo y la cola se propone realizar pancreatectomías distales, mientras que si se sitúa en la cabeza pancreática se propone la enucleación o la duodenopancreatectomía cefálica. En definitiva el éxito del tratamiento es el resultado de un trabajo en equipo multidisciplinario.

### Quiste broncogénico: A propósito de un caso

Zurita Saavedra, M<sup>a</sup>Sol, Pérez Durán, Carmen; Romera López, Ana; López-Cantarero Ballesteros, M; Jiménez Ríos, JA

*Hospital Clínico San Cecilio, Granada*

**Objetivos:** Los quistes derivados del intestino primitivo anterior, incluyen a los quistes broncogénicos, quistes eso-

fágicos, gastroentéricos y pericárdicos. La diferenciación entre quiste bronquial y esofágico es difícil, dado que los hallazgos histopatológicos son muy similares. Se localizan principalmente en el mediastino y menos frecuentemente a nivel extratorácico. Presentamos el caso clínico de un quiste de localización en mediastino inferior, que rebasa distalmente la membrana esofágica en íntimo contacto con el esófago, y cuyo diagnóstico definitivo fue de quiste bronquial.

**Material y métodos:** Paciente varón de 26 años, estudiado en Digestivo por cuadro de dolor epigástrico inespecífico de 5 años de evolución. La ecografía y TAC abdominal muestra una lesión hipodensa y no captante de contraste de 2,5x4,5x5 cm, con morfología en reloj de arena, que se inicia a nivel paraesofágico inferior y se extiende a ligamento venoso extrahepático. La ecoendoscopia visualiza a nivel de cardias y en íntimo contacto con el esófago, sin infiltrarlo, una lesión sugestiva de quiste de duplicación esofágica. El paciente es intervenido de forma electiva, por abordaje laparoscópico, encontrándose tumoración bien definida, de uno 3x5 cm, de aspecto quístico, que se encuentra en íntimo contacto con la membrana frenoesofágica y con esófago distal. Se practica extirpación completa de dicha lesión. El estudio anatomopatológico, reveló un quiste revestido por epitelio ciliado de tipo respiratorio compatible con quiste bronquial.

**Resultados:** el abordaje laparoscópico resultó óptimo para este tipo de intervención con un tiempo de cirugía de unos 70 minutos, sin complicaciones postoperatorias y dado de alta de forma precoz. Los síntomas remitieron tras la cirugía.

**Conclusiones:** Los quistes broncogénicos son una malformación poco frecuente. Embriológicamente se forman a partir de nidos celulares que quedan aislados de las ramificaciones bronquiales principales después de que la yema pulmonar se ha separado del tubo entérico. De ahí la variabilidad en cuanto a su localización. Descrito por primera vez en 1911 por Blackader, son generalmente mediastínicos, en un 85%, y de éstos la gran mayoría (79%), son del mediastino medio. Menos frecuente, entre 15% a 20%, pueden encontrarse en el parénquima pulmonar, pleura o de localización extratorácica. En la rara ubicación subdiafragmática los quistes bronquiales, se localizan a nivel retroperitoneal siendo poco frecuente su localización intrabdominal. La mayoría de estos quistes son de pequeño tamaño, asintomáticos y se descubren de manera incidental, aunque a veces pueden producir dolor abdominal. Una completa historia clínica y un exhaustivo examen físico, seguidos de un TAC, puede caracterizar el tipo de lesión; generalmente su estudio va a requerir técnicas de imágenes complementarias, como la resonancia magnética y la endoscopia. Su transformación maligna es rara, y aunque puede optarse por una conducta expectante, el tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica completa. Los quistes broncogénicos aparecen con mayor frecuencia en el tórax y en raras ocasiones se describe su localización subdiafragmática. Se recomienda su resección quirúrgica tanto para obtener el diagnóstico definitivo, como para evitar las posibles complicaciones incluyendo su eventual malignización.

## Abdomen agudo como presentación poco frecuente de GIST yeyunal

Zurita Saavedra, M<sup>a</sup>Sol, Argote Camacho, Ángela Ximena; Mirón Pozo, Benito; Romera López, A; Jiménez Ríos, JA  
*Hospital Clínico San Cecilio, Granada*

**Objetivos:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo. El 40-60 % se producen en el estómago, un 30-40 % en el intestino delgado, un 5% en el colon y recto, y un 5% en el esófago. Representan del 12 al 18 % de los tumores del intestino delgado y de un 1 a un 4% de todos los tumores del estroma gastrointestinal. Cuando son de pequeño tamaño, suelen ser asintomáticos, y los que se localizan a nivel gastrointestinal, pueden ulcerarse y sangrar, de ahí que la anemia y síntomas constitucionales puedan ser datos clínicos de interés. Es excepcional su presentación como cuadro de abdomen agudo y sepsis, como sucede en el caso que presentamos a continuación.

**Material y métodos:** Paciente varón de 52 años, sin antecedentes de interés, que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital, por cuadro de dolor abdominal de 48 horas de evolución, localizado en fosa iliaca izquierda de inicio insidioso, que aumenta de forma paulatina y se generaliza a todo el abdomen, acompañado de fiebre. A la exploración, el paciente presenta regular estado general, con un abdomen con defensa generalizada y signos de irritación peritoneal. La analítica mostraba leucocitosis con neutrofilia, y un TAC abdominal, que informa de colección intraabdominal (7x6x6 cm) secundaria a perforación por cuerpo extraño a nivel de sigma. Ante estos hallazgos, se decide laparotomía exploradora urgente, evidenciándose una tumoración perforada a 120 cm del ángulo de Treitz, junto con implantes peritoneales. Se realizó resección de la tumoración y reconstrucción del tránsito intestinal con anastomosis mecánica laterolateral, y toma de biopsia de los implantes. El estudio anatomopatológico reveló un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de alto potencial maligno (con intensa positividad para vimentina, CD117 y DOG1), junto con metástasis peritoneales.

**Resultados:** la intervención y el postoperatorio cursaron sin complicaciones. Actualmente, el paciente se encuentra en tratamiento con imatinib.

**Conclusiones:** Se denomina GIST a los tumores mesenquimales CD117 positivos, fusiformes o epitelioides, primarios de tracto digestivo, mesenterio y retroperitoneo. La incidencia máxima es entre la 4.<sup>a</sup> y 6.<sup>a</sup> décadas, siendo más frecuente en varones. Cuando son de pequeño tamaño suelen ser asintomáticos, y si causan síntomas éstos son por compresión a estructuras vecinas. Los que se localizan en el tracto gastrointestinal pueden ulcerarse y sangrar, de aquí que puedan producir cuadros de dolor abdominal y hemorragia digestiva. Menos frecuente es que produzcan cuadros de abdomen agudo, como el paciente presentado, en el que la perforación del tumor originó un cuadro de sepsis grave. El tratamiento del GIST primario es la resección completa con márgenes microscópicos libres, con pseudocápsula intacta (pues la rotura puede provocar hemorragia y diseminación). El diagnóstico definitivo de los GIST se realiza mediante estudio anatomopatológico, ya que el marcador KIT (CD 117), positivo en el

90% de los casos, confirma el diagnóstico. Por último, el tratamiento adyuvante con imatib se aconseja en los tumores localmente avanzados y metastásicos.

### Contenido inusual de hernia inguinal en mujer adulta: ovario y quiste paraovárico

Rocio Molina Barea, Maria Jose Cabrerizo Fernandez, Adela Saez Zafra, Agata Szuba, Jose Rubio Lopez, Jose Antonio Jimenez Rios

*Hospital Universitario San Cecilio. Granada*

**Introducción:** El saco herniario puede contener multitud de estructuras intrabdominales como ileon, colon y vejiga entre otros. Rara vez se encuentran ovario o trompa de Falopio y estos casos suelen ocurrir en niñas con anomalías congénitas asociadas. Presentamos caso de hernia inguinal indirecta cuyo saco contenía ovario izquierdo con quiste paraovárico en mujer adulta sin anomalías congénitas asociadas.

**Paciente y métodos:** mujer de 44 años con antecedentes de migraña, cervicgia, formula obstétrica de 1-0-1-1-1, esterilidad secundaria de 7-8 años tras parto hace 11 años. Acude a consulta de cirugía general por hernia inguinal izquierda de 3 meses de evolución, reductible pero dolorosa.

**Resultados:** Se interviene bajo anestesia loco-regional, se realiza incisión paralela al ligamento inguinal y se evidencia hernia inguinal indirecta izquierda con engrosamiento llamativo del ligamento redondo. El saco herniario recorre todo el ligamento redondo hasta labio mayor. Se realiza disección y apertura del saco evidenciando líquido seroso, quiste y ovario. Se reduce el contenido a cavidad abdominal, se reseca el saco y se repara el defecto con prótesis de polipropileno autofijable según técnica de Lichtenstein. Se toma citología del contenido líquido del saco y del quiste de ovario siendo estas negativas para células tumorales y se envía pieza de ligamento redondo resecado a anatomía patológica informándose de tejido fibroconectivo denso con focos de inflamación crónica inespecífica y depósitos de hemosiderina. Presencia de quiste simple mesotelial.

**Discusión:** El mecanismo por el cual una hernia inguinal puede contener ovario se explica por alteración en el desarrollo embriológico del ser humano. Por el canal inguinal de la mujer no pasa un contenido muy definido, suele encontrarse ligamento redondo del útero, una vena y una arteria que se anastomosa con las arterias labiales y grasa extraperitoneal. El ovario fetal es un órgano abdominal como los testículos que en vez de descender se mueve en sentido medial colocándose lateral al útero. Se describen varias causas del descenso del ovario a canal inguinal, una de ellas es por el prolapso de cualquier órgano intrabdominal junto el ligamento redondo y otros autores como Ozbey et al. defienden que la presencia de ovario en el canal inguinal no es causa de prolapso sino de un descenso del órgano por influencia hormonal (al igual que el testículo) debido a la existencia de receptores hormonales en el gubernaculum. Igualmente la manera más probable de que un quiste paraovárico se presente como hernia inguinal es por el paso del mismo a través de las hojas del ligamento ancho.

En niñas menores de 2 años el 31% de hernias inguinales contienen ovario o trompas de Falopio, esta proporción disminuye con la edad. Destacar lo inusual del caso ya que solamente hay descritos 3 casos similares al nuestro en la literatura, es decir mujeres adultas con ovario o trompa de Falopio en el interior de una hernia inguinal.

### Hidatidosis muscular: una rara patología

F.J. del Rio Lafuente, P. Fernandez Zamora, F. Del Rio Marco

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

**Introducción:** La hidatidosis muscular es una zoonosis parasitaria en la que el embrión se incorpora al tejido celular-adiposo entre los haces musculares. La frecuencia de esta localización varía del 3 al 5 % según los autores. La rareza de la localización muscular, sería explicada por la toxicidad del ácido láctico y por las contracciones musculares que impiden la fijación de la larva hidatídica. Clínicamente, el quiste hidatídico muscular se caracteriza por presentarse como una tumoración muscular, dura, regular, más o menos uniforme, que se moviliza con la contracción.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es desarrollar los aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos de esta afección relativamente rara, basándonos en el estudio de nuestros casos y en la revisión de la literatura.

**Material y métodos:** Recopilamos para este trabajo, 11 casos de quiste hidatídico muscular tratados quirúrgicamente en el Servicio. Están formados por 6 mujeres y 5 hombres. La edad media de los pacientes es de 45 años, con extremos de 21 a 62 años. Un solo paciente tenía antecedentes de localización hidatídica hepática ya tratada quirúrgicamente. El motivo de consulta era una tumefacción de las partes blandas que progresivamente aumentaban de volumen en todos los casos. La localización interesaba sobre todo a los músculos proximales de los miembros: región antero-interna del brazo: 1 caso; región lumbar: 2 casos; región glútea: 1 caso; en la espalda: 3 casos; muslo: 4 casos. La ecografía ha sido practicada 8 veces, y ha permitido realizar siempre el diagnóstico. Una TAC fue realizada 5 veces para localizaciones profundas. En resumen, sobre los 11 pacientes, 6 recibieron una ecografía, 3 una TAC y 2 recibieron a la vez ecografía y TAC. El tratamiento fue quirúrgico en todos los pacientes. El gesto quirúrgico fue una enucleación del quiste sin rotura en 4 casos y una periquistectomía en 7 casos. La apertura con aspiración del contenido ha sido practicada 1 vez, debido al volumen del quiste. La evolución postoperatoria fue favorable en todos los pacientes. Revisados al año, no se ha observado recidiva local o a distancia.

**Discusión:** La localización muscular del quiste hidatídico parece ser de ordinario primitiva. Ocupa para diversos autores la 3ª localización después del hígado y los pulmones. Para otros, la localización en el bazo debe preceder a la del músculo. La sintomatología no es específica. El principio de la afección es a menudo insidioso, se resume en la aparición de una tumefacción de talla variable, bien limitada e indolora con

conservación del estado general. La ecografía es el examen de elección que permite llegar al diagnóstico. El tratamiento del quiste hidatídico muscular es quirúrgico. La exéresis del quiste con la periquística es el procedimiento ideal. Conclusión: La hidatidosis muscular es una enfermedad rara. Tiene el comportamiento de un tumor benigno, y es importante hacer el diagnóstico antes de toda manipulación con el fin de evitar complicaciones a veces graves, inmediatas o secundarias. La ecografía y la TAC son los exámenes de elección para confirmar este diagnóstico y evitar así la punción. El tratamiento es quirúrgico. El tratamiento médico con benzimidazólicos no parece tener sitio en el tratamiento de la hidatidosis muscular.

## Dilatación quística congénita del colédoco: a propósito de cuatro observaciones

F.J. Del Rio Lafuente; P. Fernandez Zamora; F. Del Rio Marco

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

**Introducción:** Descrita por primera vez por Vater en 1723, la dilatación quística congénita del colédoco es una malformación rara de las vías biliares en Occidente. Esta afección es mucho más frecuente en Extremo Oriente. Su etiología es desconocida y se han postulado varias hipótesis, entre las que cabe destacar las anomalías en la unión biliopancreática, que se asocian con frecuencia a los quistes biliares. La dilatación quística del colédoco agrupa en realidad diversas malformaciones que fueron clasificadas en 1959 por Alonso-Lej, según la topografía y la forma de dilatación quística en tres tipos: Tipo 1: se trata de una dilatación fusiforme de la vía biliar desde la convergencia hepática hasta la porción intrapancreática del colédoco; Tipo 2: está representado por el divertículo del colédoco; Tipo 3: se trata de una dilatación de la porción terminal del colédoco que se extiende hasta la luz duodenal. En 1975, Flanigan completa esta clasificación añadiendo el Tipo 4 que corresponde a una dilatación quística de las vías biliares intrahepáticas. En 1977, es revisada por Todani y completa esta clasificación añadiendo el Tipo 1b; 1c; 4a y 4b. Actualmente, la clasificación más utilizada es la de Todani.

**Pacientes y método:** Presentamos un estudio de cuatro casos, 3 mujeres y un hombre, de edad media de 37,8 años (21 – 49 años), operados de una dilatación quística de la vía biliar principal. El diagnóstico preoperatorio se ha basado en la confirmación de una dilatación quística sin obstáculo posterior. La exploración radiológica preoperatoria comprendía una ecografía (100%), una tomografía (75%), y una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (75%). El tipo de dilatación quística se ha establecido siguiendo la clasificación de Todani: Tipo 1, 3 casos; Tipo 2, 1 caso. La tríada clásica (dolor abdominal, masa en hipocondrio derecho e ictericia) solo se ha presentado en un caso. Los síntomas clínicos fueron: dolor abdominal 4 casos; ictericia 1 caso; masa abdominal 1 caso; fiebre 1 caso; náuseas y vómito 1 caso. El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos.

**Resultados:** La técnica quirúrgica depende del tipo de di-

latación quística. La colecistectomía se realizó en todos los casos. En los quistes de tipo 1, se realizó una quistectomía con reconstrucción de la vía biliar mediante una hepáticoyeyunostomía con asa en Y de Roux. En el quiste tipo 2, se realizó quistectomía y reconstrucción de la vía biliar sobre tubo de Kehr. La mortalidad post-operatoria ha sido nula. El seguimiento post-operatorio no ha detectado complicaciones tardías ni ha habido necesidad de reintervención por estenosis de la anastomosis.

**Discusión:** La etiología de la dilatación quística del colédoco es muy discutida, la teoría que considera esta lesión como una alteración de la embriogénesis del colédoco está en discusión con la teoría de Barbbit que defiende que el origen de esta enfermedad es debido a una anomalía en la desembocadura de la vía biliar principal y del canal de Wirsung que forman un canal común. El tipo de dilatación está bien determinada por la ecografía y la TAC. -En relación con la clínica, la tríada clásica: dolor, tumor abdominal e ictericia no se aprecia nada más que en 25% de los casos.

**Conclusiones:** La dilatación quística del colédoco es responsable de complicaciones que justifican la indicación quirúrgica. La resección de la zona dilatada con anastomosis bilio-digestiva en la confluencia hepática, asegura la mejor prevención del conjunto de complicaciones de las dilataciones quísticas de la vía biliar: angiolitis de repetición, abscesos hepáticos, cirrosis y la más grave y tardía que es la cancerización del quiste. El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma.

## Divertículo gigante de colon sigmoide fistulizado en yeyuno

F.J. del Rio Lafuente, P. Fernandez Zamora, F. Del Rio Marco

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

**Introducción:** En 1946, Bonvin y Bonte publican por primera vez, un caso de divertículo gigante de colon sigmoide. En 2003, en una revisión de la literatura, Matthyssens y col. recogen 213 casos. Se trata por tanto de una afección rara y todavía más la fistulización de un divertículo gigante de sigmoide en intestino delgado. Caso clínico: Mujer de 70 años de edad, en tratamiento con corticoides por enfermedad de Horton. Entre sus antecedentes destacan una diverticulosis sigmoidea y una diabetes insulino dependiente. Ingresa en el Hospital por alteración del estado general, dolores abdominales difusos, náuseas y diarreas. El examen clínico muestra una fiebre de 39°, un meteorismo abdominal timpánico y una masa dolorosa en fosa iliaca izquierda. En la analítica destacaba una leucocitosis. La radiografía simple de abdomen mostraba una imagen redondeada localizada en fosa iliaca izquierda. En el enema opaco realizado se observaba una voluminosa masa sobre el colon sigmoide con opacificación de asas de intestino delgado hasta el estómago. Ni el colon transversal ni el colon derecho estaban con contraste. Con el diagnóstico de fistula colo-yeyunal fue intervenido de urgencia, encontrándose un

divertículo gigante de colon sigmoide fistulizado en un asa de intestino delgado. No existían colecciones purulentas en cavidad peritoneal. Se realizó una intervención de Hartmann, asociada a una resección segmentaria de unos 15 cm de intestino delgado. El curso postoperatorio fue tormentoso debido en parte a su tratamiento con corticoides, apareció un absceso de pared y fue dada de alta a los 32 días de su ingreso.

*Discusión:* El mecanismo de formación de un divertículo gigante no está nada claro y varias teorías están apuntadas. Una hipótesis considera el divertículo gigante como una duplicación del colon. Otras hipótesis sugieren una evolución morfológica progresiva, la inflamación del cuello diverticular haría un efecto de válvula, impidiendo la salida del gas intestinal, el aumento de volumen sería debido a la producción masiva de gas intestinal por las bacterias anaeróbicas intradiverticulares. Esta hipótesis nos parece la más posible para este caso.

*Conclusion:* El divertículo gigante de colon es en general debido a un mecanismo adquirido. Los signos clínicos son pobres y su descubrimiento puede ser fortuito o debido a una complicación. El diagnóstico está basado en la radiografía simple de abdomen y en el enema opaco. El tratamiento es quirúrgico. El divertículo gigante sin complicación es intervenido en frío con una colectomía segmentaria. En caso de complicaciones, la intervención se realiza de urgencia y el restablecimiento de la continuidad digestiva debe ser discutida en función de los hallazgos clínicos y locales. El pronóstico de una cirugía después de una perforación de un divertículo sigmoideo en tratamiento con corticoides es siempre grave.

### **Abdomen agudo por diverticulitis de Meckel. Diverticulectomía laparoscópica**

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Roldán de la Rúa, J.

*Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.*

*Introducción:* El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más común y afecta del 1 al 4% de la población general. Normalmente es un hallazgo casual durante una laparotomía o laparoscopia con otra sospecha diagnóstica.

*Material y métodos:* Se presenta el caso de un paciente varón de 26 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a Urgencias por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha de 48 horas de evolución. A la exploración dolor y defensa en fosa ilíaca derecha e hipogastrio. Blumerg+. Rousing+. Analítica: destaca 23500 leucocitos, 81,1% neutrófilos, lactato 2,93.

*Resultados:* Con la sospecha de apendicitis aguda, se realiza laparoscopia exploradora, visualizando apéndice cecal de características normales y localizando divertículo de Meckel perforado y formando plastrón inflamatorio. Se realiza disección del plastrón inflamatorio y exéresis del divertículo seccionando la base del mismo con endograpadora mecánica. El paciente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta al tercer día postoperatorio.

*Conclusiones:* En la mayoría de casos es asintomático pero con frecuencia puede diagnosticarse equivocadamente como

apendicitis y ser un hallazgo intraoperatorio. La laparoscopia es un método seguro tanto de diagnóstico como de tratamiento de esta patología, con excelentes resultados estéticos.

### **Íleo biliar: 2 casos con diferente cuadro clínico**

Calzado Baeza, Salvador. Palomeque Jiménez, Antonio. Reyes Moreno, Montserrat. Robayo Soto, Paul Sebastian.

*Hospital Santa Ana. Motril. (Granada)*

*Introducción:* El íleo biliar es la obstrucción mecánica del intestino delgado o del colon como consecuencia de uno o más cálculos a través de una fistula biliodigestiva. La primera descripción la realizó Bartholin en 1645 y en 1890 Courvouisier publicó una serie de 131 casos. El síndrome de Bouveret, descrito por Bouveret en 1896, es una forma especial de íleo biliar, consistente en la impactación del cálculo en la zona del píloro o bulbo duodenal, producida por una fistula bilioentérica, generalmente colecistoduodenal y que provoca la obstrucción del vaciamiento gástrico. Afecta, con mayor frecuencia, a mujeres (relación 3:1) de edad avanzada, con enfermedades asociadas y enfermedad biliar previa. Presentamos dos casos de íleo biliar con diferentes cuadros clínicos, diagnosticados y tratados en el Hospital Santa Ana de Motril.

*Caso Clínico:* CASO 1. Mujer de 79 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal y vómitos de 48 horas de evolución, junto con signos de deshidratación. Exploración: abdomen distendido, blando, depresible, con molestias difusas a la palpación, sin peritonismo. Analítica: 14800 leucocitos/ml (neutrófilos 84%), urea 139 mg/dL y creatinina 1,1 mg/dL. Radiología simple abdomen: dilatación de asas de delgado. Tras la reposición hidroelectrolítica se realizó una TC abdominal, observándose marcada dilatación de asas de delgado y aerobilia junto con una imagen de densidad calcio en íleon compatible con íleo biliar. Se le practicó una laparotomía exploradora encontrando dilatación de asas de delgado y un cálculo biliar enclavado en válvula íleocecal que no se consigue propulsar a ciego, por lo que se procedió a una enterotomía con extracción del cálculo y cierre del defecto. El posoperatorio transcurrió sin complicaciones procediendo al alta al 5º día. CASO 2: Mujer de 75 años con antecedentes personales de HTA, ACVA y úlcus gástrico, que consulta en el servicio de urgencias por cuadro de estreñimiento de 5 días de evolución, vómitos de repetición y dolor abdominal generalizado. Exploración clínica: dolor abdominal generalizado sin irritación peritoneal, distensión y timpanismo, principalmente en hemiabdomen superior. Analítica: leucocitosis (12200 leuc./?l), con desviación izquierda (84%). Rx. abdomen: dilatación cámara gástrica. TC abdomino-pélvico: dilatación gástrica y primera porción duodenal, imagen de litiasis de gran tamaño en segunda porción duodenal, junto a presencia de fistula colecistoduodenal. Tránsito esofagogastroduodenal baritado: dilatación gástrica y bulbo duodenal, vaciamiento enlentecido, paso de contraste a la vesícula biliar compatible con fistula colecistoduodenal. Se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía, confirmando

la distensión gástrica con importante plastrón inflamatorio en área bilioduodenal e identificación de cálculo en primera porción duodenal. Se realiza duodenotomía y extracción del cálculo, no actuando sobre la vesícula biliar y la fístula colecistoentérica. No otros cálculos a lo largo del intestino.

**Conclusiones:** El íleo biliar es una entidad poco común, más frecuentes en mujeres con una proporción 3,5:1, causando del 1-3% de las obstrucciones no estranguladas de intestino delgado en pacientes menores de 65 años, aumentando hasta el 25% en pacientes mayores de dicha edad. El síndrome de Bouveret es una infrecuente variedad de íleo biliar, caracterizada por la presencia de un cálculo, habitualmente único y mayor de 2-3 cms. de diámetro, en el duodeno. Constituye el 2-3% de los casos de íleo biliar, estando acompañado de la presencia de una fístula colecistoduodenal o colecistogástrica. Más frecuente en mujeres de edad avanzada con enfermedades sistémicas concomitantes (HTA, obesidad, diabetes mellitus, enf. cardiovasculares, etc.). La presentación clínica es inespecífica, de obstrucción mecánica, y más de la tercera parte de los pacientes no tiene antecedentes de síntomas biliares. El diagnóstico preoperatorio es ocasional lo que implica un margen significativo de complicaciones y mortalidad entre 12 y 27% secundario a la edad avanzada de los pacientes, las condiciones clínicas, y la alta incidencia de enfermedades concomitantes. Respecto al diagnóstico, la radiología simple de abdomen es una herramienta clásica en la que se puede apreciar la tríada de Rigler (1941): Aerobilia, visualización del cálculo y dilatación de asas de delgado, siendo diagnóstica en el 23% de los casos. Esta tríada se encuentra con mayor frecuencia en la TC, teniendo una sensibilidad de hasta 93%. La ECO abdominal es otro método de gran utilidad, que combinada con la radiografía simple alcanza una sensibilidad del 74%. En la enfermedad de Bouveret, la gastroscopia es la prueba que más información aporta, al ser diagnóstica y, en ocasiones, terapéutica, aunque hay pocos casos reportados de resolución del cuadro sólo con la endoscopia o con ésta combinada con litotricia extracorpórea. El tratamiento quirúrgico del íleo biliar puede consistir en una enterotomía y extracción del cálculo o una resección intestinal si hay afectación vascular de la pared. Tema de controversia es añadir en el mismo tiempo la colecistectomía, ya que esta aumenta la morbimortalidad y, si no se realiza, el riesgo de recidiva o complicaciones biliares solo alcanza el 10%. En el caso del Síndrome de Bouveret, el tratamiento definitivo también es fundamentalmente quirúrgico, abordándose el cálculo mediante pilorotomía y/o gastrostomía y la reparación de la fístula colecistoentérica si fuera factible y no provocase un aumento de la morbilidad.

## Divertículo de meckel: 3 formas de presentación clínica

Calzado Baeza, Salvador. Palomeque Jiménez, Antonio. Reyes Moreno, Montserrat. Robayo Soto, Paul Sebastian.  
*Hospital Santa Ana. Motril (Granada)*

**Introducción:** El divertículo de Meckel, descrito por pri-

mera vez en el año 1809 por J.F. Meckel, es la anomalía congénita más frecuente del intestino delgado, apareciendo en el 0,5-2% de la población general. Normalmente cursa de forma asintomática, pero hasta en un 4% puede generar complicaciones tales como sangrado, inflamación, obstrucción o perforación intestinal. Presentamos una serie de tres casos, con tres modalidades diferentes de presentación, diagnosticados y tratados en el Hospital Santa Ana de Motril.

**Caso Clínico: CASO 1.** Varón de 44 años, sin antecedentes personales de interés, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal de una semana de evolución, acompañado de náuseas, vómitos y estreñimiento pertinaz en los últimos 4 días. Presenta un abdomen distendido, doloroso a la palpación de forma generalizada, sin irradiaciones, sin signos de irritación peritoneal y peristaltismo presente. Hemograma y bioquímica sin alteraciones significativas. Se realiza radiografía de abdomen y TC abdominal en las cuales se observa una gran dilatación de asas de intestino delgado, sin apreciarse un cambio de calibre claro. Se realiza laparotomía exploradora, evidenciando una dilatación severa de asas de intestino delgado y un cambio de calibre claro a nivel de íleon distal, secundaria a la presencia de una brida formada por un divertículo de Meckel. Se realiza resección de 40 cm de íleon afecto y del divertículo de Meckel, con reconstrucción del tránsito. Evolución satisfactoria, con alta a los 12 días.

**CASO 2.** Mujer de 31 años, sin antecedentes personales de interés, tratada en el Servicio de Urgencias por 4 episodios de hemorragia digestiva alta, junto con dolor abdominal cólico localizado en hipogastrio, acompañado de una caída de la hemoglobina de 11 a 9,2 g/dL y repercusión hemodinámica. Exploración abdominal anodina. Se realiza EDA y posteriormente colonoscopia, sin objetivarse la causa del sangrado. En gammagrafía con Tc99 se aprecia captación por mucosa gástrica ectópica perteneciente a un divertículo de Meckel. Se interviene quirúrgicamente, realizándose exéresis de divertículo de Meckel. Alta hospitalaria al 6º día.

**CASO 3.** Varón de 47 años, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal de horas de evolución de inicio súbito, generalizado, con signos claros de peritonitis en la exploración clínica. TC abdominal: asas de intestino delgado "en remolino", infiltración mesentérica y líquido libre, compatible con peritonitis purulenta/fecaloidea probablemente por perforación intestinal a 25cm de válvula ileocecal. Se realiza laparotomía media exploradora hallando divertículo de Meckel perforado junto con peritonitis generalizada. Se procedió a la resección del segmento afecto y reconstrucción del tránsito intestinal. Alta al 5º día sin complicaciones.

**Conclusiones:** El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, debido a la persistencia del conducto congénito vitelino-intestinal, formando un verdadero divertículo, el cual se localiza en el borde antimesentérico del íleon, en su porción más próxima a ciego. El tamaño es variable y su irrigación suele depender de la arteria ileocólica. Tiene misma frecuencia de aparición entre sexos, pero las complicaciones, cuando aparecen, suele presentarse en los varones con una frecuencia 3 ó 4 veces mayor respecto a las mujeres. Suelen cursar de forma asintomática, pero en un 4% de los casos presentan complicaciones tales

como inflamación, pudiendo simular una apendicitis; sangrado, debido a la presencia de mucosa gástrica ectópica presente en el 87% de los casos, o la obstrucción y/o perforación intestinal, causas de posible abdomen agudo. La ultrasonografía y la tomografía computarizada son útiles en el diagnóstico, pero no siempre pueden conseguir dicho objetivo, siendo necesaria la laparotomía/laparoscopia exploradora. En el caso de poseer mucosa gástrica, es de gran utilidad la gammagrafía con TC99. El tratamiento del divertículo de Meckel sintomático es siempre quirúrgico, mediante la resección del segmento intestinal afecto o diverticulectomía y la posterior restitución del tránsito intestinal.

### Adenocarcinoma primario de apéndice vermiforme

Paul Sebastian Robayo Soto, Antonio Palomeque Jiménez, Salvador Calzado Baeza, Montserrat Reyes Moreno.

*Hospital Santa Ana. Motril (Granada).*

**Introducción:** Las neoplasias del apéndice vermiforme son raras, representando el 0,4 - 1% de todas las neoplasias malignas gastrointestinales. Presentamos un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril.

**Caso Clínico:** Mujer de 74 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, fibrilación auricular y coledocistitis, que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por cuadro de dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha y fiebre de 24 horas de evolución. A la exploración presenta dolor a la palpación en punto de McBurney y Blumberg positivo. La analítica mostró una leucocitosis de 16740 con 86.4% de neutrófilos, siendo normales el resto de valores obtenidos. La tomografía computarizada (TC) abdominal fue compatible con plastrón de origen apendicular. Ante la sospecha de un cuadro de apendicitis aguda, se decidió intervenir quirúrgicamente. En la intervención se encontró un plastrón apendicular, realizándose apendicetomía y lavado de la cavidad abdominal. La evolución de la paciente fue satisfactoria, dándose de alta a los 2 días. El informe anatomopatológico describió, macroscópicamente un apéndice cecal de 5 cm de longitud y 1,2 cm de diámetro, con serosa de color negro, exudado fibrinoide y perforación. La pared es irregular y engrosada. Microscópicamente se aprecia adenocarcinoma moderadamente diferenciado que afecta a todo el cuerpo del apéndice, infiltrando la totalidad de la pared y llegando a la base apendicular. Ante los resultados histopatológicos se decidió realizar hemicolectomía derecha de ampliación, más colestectomía por coledocistitis. La anatomía patológica definitiva mostró un adenocarcinoma bien diferenciado, infiltrante de 2,2 cm de dimensión máxima que infiltra la totalidad de la pared, invade tejido adiposo y perfora el peritoneo visceral. Once ganglios linfáticos sin afectación neoplásica. T4NoMo. La paciente evolucionó satisfactoriamente siendo dada de alta a domicilio a los 8 días tras la hemicolectomía derecha. No recibió tratamiento quimioterápico adyuvante por la edad de la paciente y la cardiopatía que presenta.

**Conclusiones:** El adenocarcinoma de apéndice se presenta como apendicitis aguda o como una masa abdominal palpa-

ble, pero algunos son totalmente asintomáticos. Un diámetro apendicular estrecho predispone a la oclusión luminal temprana neoplásica en el curso de un tumor de tipo colónico, lo que lleva a la apendicitis y una tasa de ruptura alta (56%). El adenocarcinoma de apéndice es el carcinoma del tracto gastrointestinal que más frecuentemente se perfora. La neoplasia maligna del apéndice no se sospecha en el preoperatorio y rara vez intraoperatorio, el diagnóstico se hace generalmente en el examen histopatológico de la pieza quirúrgica o como un hallazgo incidental durante la exploración de otra enfermedad. El adenocarcinoma del apéndice debe ser tratado con hemicolectomía derecha debido a la alta tasa de invasión ganglionar y metástasis. La apendicectomía sola es apropiada para tumores que se limitan al apéndice, menores de 2 cm, sin evidencia de implicación del mesoapéndice, y que no se extienden a la base del apéndice. Para un resultado óptimo, cualquier tumor mayor de 2 cm y/o la participación de la base del apéndice o mesoapéndice deben ser considerados para hemicolectomía derecha inmediata. La terapia adyuvante es similar a lo que se recomienda para los adenocarcinomas de colon.

### Carcinoma de la corteza suprarrenal no funcionante gigante. A propósito de un caso

Reyes Moreno, Montserrat. Palomeque Jiménez, Antonio. Calzado Baeza, Salvador. Robayo Soto, Paul Sebastian.

Hidalgo Garrido, Jos

*Hospital Santa Ana. Motril, Granada*

**Introducción:** El carcinoma de la corteza suprarrenal es un tumor muy infrecuente, estimándose en un 0.5 - 2 casos /millón de habitantes, de características muy agresivas con una tasa de recurrencia de aproximadamente el 80%. Es más habitual su presentación en mujeres con clínica de virilización o síndrome de Cushing, constituyendo la cirugía la opción terapéutica más adecuada, así como el uso adyuvante de quimioterápicos como el mitotane. Presentamos un caso diagnosticado y en el Hospital Santa Ana de Motril, discutiendo el manejo terapéutico más óptimo en esta situación.

**Caso Clínico:** Mujer de 45 años con antecedentes de HTA en tratamiento con Indapamida, cefaleas crónicas y portadora de DIU hormonal, que acude al Servicio de Urgencias por presentar síndrome febril de un mes de evolución, malestar general, cefaleas, poliartalgias y molestias abdominales en hipocondrio izquierdo de carácter punzante. Exploración física sin hallazgos significativos. Analítica general: Hb 8.6 g/dL, VSG 120 mm, PCR 39.91 mg/L Marcadores tumorales negativos, serologías CMV IgM, VEB y Toxoplasma negativos. Normalidad de los niveles hormonales. Ecografía abdominal: masa sólida en hipocondrio izquierdo de probable origen suprarrenal, con pequeños componentes quísticos intralesionales, señal doppler y un tamaño aproximado de 10 cms, que desplaza bazo y riñón ipsilateral. RNM y TC abdominal: confirman los hallazgos. La paciente es intervenida realizándose tumorectomía, suprarrenalectomía izquierda y esplenectomía, sin complicaciones en el postoperatorio.

AP: Carcinoma de la corteza suprarrenal de alto grado con marcado pleomorfismo celular, abundantes células gigantes multinucleadas, áreas de necrosis, índice mitótico mayor de 20/50 CGA. Actualmente, se encuentra en tratamiento quimioterápico con mitotane.

*Discusión:* EL carcinoma de la glándula suprarrenal es una entidad muy infrecuente, estimada en unos 0,5 - 2 casos por millón de habitantes y año, más frecuente en mujeres entre la 4ª y 5ª década de la vida y su localización izquierda. Clínicamente, este tipo de tumores dependen de su grado de funcionalidad, ya que lo más habitual es que hasta un 60% de ellos lo sean, dando lugar a cuadros clínicos como Síndrome de Cushing asociado a virilización debido a una sobreproducción de cortisol, esteroides sexuales y aldosterona. El hiperaldosteronismo y la feminización como síndromes clínicos puros son más infrecuentes. En caso de tumores no funcionantes, como el que presentamos, los síntomas más frecuentes son la distensión y dolor abdominal, náuseas, vómitos, masa palpable y fiebre. Es importante realizar un estudio hormonal completo para filiar el potencial funcionante de los mismos. Las pruebas de imagen son fundamentales en el diagnóstico y estudio de extensión de esta patología, siendo de utilidad la ecografía abdominal y, principalmente, la tomografía axial computarizada y la resonancia nuclear magnética. El tratamiento de elección lo sigue constituyendo la resección quirúrgica completa del tumor, así como de órganos afectados por proximidad. Conjuntamente, se ha descrito que el uso del mitotane y quimioterápicos tras la cirugía aumenta el período de tiempo libre de enfermedad. El pronóstico de este tipo de tumores es malo, estimándose aproximadamente en un 60% en tumores de estadio inicial a los cinco años, con una tasa de recurrencia de enfermedad del 80%.

### Apendagitis epiploica aguda: 3 casos

Reyes Moreno, Montserrat. Palomeque Jiménez, Antonio. Calzado Baeza, Salvador. Robayo Soto, Paul Sebastian

*Hospital Santa Ana. Motril, Granada*

*Introducción:* La apendagitis epiploica es una entidad benigna secundaria a la torsión o trombosis del sistema venoso de drenaje de los pedículos apendiculares del colon, debutando con una clínica inespecífica ampliamente variable. El tratamiento analgésico suele ser de elección, siendo excepcional la necesidad de tratamiento quirúrgico en estos casos. Presentamos varios casos diagnosticados y tratados en el Hospital Santa Ana de Motril, discutiendo el manejo terapéutico más óptimo en esta situación.

*Casos clínicos:* **CASO 1:** Mujer de 87 años, con antecedentes de HTA, TVP y Diabetes Mellitus no insulino dependiente, que consulta en el Servicio de Urgencias por dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda (FII) de dos días de evolución, acompañado de estreñimiento sin náuseas, vómitos o fiebre. Exploración: dolor en FII irradiado al resto del abdomen con defensa a ese nivel. Analítica anodina. Ecografía/TAC abdominal: hallazgos compatibles con Apendagitis epiploica. Evolución favorable durante su estancia en Urgencias tras recibir

tratamiento analgésico. Tras resultados clínicos y analíticos la paciente recibe alta domiciliaria con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, con posterior revisión en consulta, quedando asintomática. **CASO 2:** Mujer de 55 años, con antecedentes de HTA y cólicos renales de repetición, que consulta por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha (FID) continuo irradiado a fosa lumbar derecha. A la exploración molestias abdominales en FID con leves signos de irritación peritoneal. Analítica general incluyendo marcadores tumorales dentro de la normalidad. Ecografía/TAC abdominal: lesión en la grasa peritoneal en flanco derecho próximo a colon ascendente correspondiente con apendagitis epiploica. La paciente evoluciona favorablemente en domicilio con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, sin episodios nuevos de sintomatología abdominal. **CASO 3:** Varón de 52 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por presentar dolor abdominal de 24 horas de evolución en hipogastrio y FID, sensación distérmica y estreñimiento. Exploración: dolor a la palpación en FID con signos de peritonismo a dicho nivel. Analítica: sin alteraciones salvo PCR 1.6. Ecografía/TAC abdominal: hallazgos compatibles con apendagitis epiploica derecha. El paciente es dado de alta domiciliaria con antibioterapia y tratamiento antiinflamatorio y analgésico, encontrándose asintomático en controles posteriores en consulta.

*Discusión:* La apendagitis epiploica primaria se considera una entidad benigna inflamatoria de origen vascular secundaria a la torsión o trombosis de los sistemas venosos de drenaje de los pedículos apendiculares, más frecuente en adultos entre la cuarta y quinta década de la vida con incidencia similar entre sexos. Dichas estructuras suelen localizarse más habitualmente en zonas adyacentes a colon sigmoide. El dolor en la zona inferior izquierda del abdomen de carácter súbito e intenso, suele ser la manifestación clínica más habitual, pudiendo simular una diverticulitis o una apendicitis en caso de presentarse en el lado derecho; sin acompañarse de alteraciones del hábito intestinal, fiebre o leucocitosis. Sin embargo, no es infrecuente la posibilidad de detectarla a lo largo de toda la extensión del colon, obligando a realizar diagnóstico diferencial con patologías como infarto omental, paniculitis mesentérica, mesenteritis esclerosante o tumores primarios metastásicos del mesocolon. El diagnóstico se establece con la clínica descrita, descartando otras causas de abdomen agudo y realizando TAC abdominal como prueba complementaria de elección tal y como se realizó en nuestro caso, en el que se observó el apéndice epiploico como una imagen redondeada de densidad grasa dependiente de la serosa del colon con resalte circunferencial del mismo y acompañado de engrosamiento del peritoneo parietal y /o pared del colon. Al igual que en esta situación el tratamiento debe ser conservador con analgésicos y reposo, con tendencia a la resolución del cuadro sin necesidad de tratamiento quirúrgico. El pronóstico de esta entidad es excelente aunque se deben tener en cuenta posibles complicaciones como torsión apendicular, adherencia a víscera vecina pudiendo ocasionar un absceso u obstrucción intestinal, en cuyo caso se debe realizar tratamiento quirúrgico.

### Síndrome de Body-Packer por oclusión intestinal

Montserrat Reyes Moreno, Antonio Palomeque Jiménez, Salvador Calzado Baeza, Paul Sebastian Robayo Soto

*Hospital Santa Ana. Motril, Granada*

**Introducción:** El transporte de drogas ilegales en el interior del organismo (body packer) representa un problema médico-legal en aumento en las últimas décadas. Presentamos un caso diagnosticado y tratado en nuestro hospital.

**Caso Clínico:** Varón de 52 años, con antecedentes de sigmoidectomía por diverticulitis, trastorno límite de la personalidad e hipertenso, que acude a urgencias por distensión abdominal, vómitos y diarrea. En la radiología simple (figura 1) y tomografía computarizada abdominal se observa la presencia de múltiples cuerpos extraños, produciendo cuadro de obstrucción abdominal, compatibles con un caso de Síndrome de Body-packer. Tras actitud conservadora durante 24 horas, sin mejoría clínica, se interviene quirúrgicamente, evidenciándose obstrucción intestinal por múltiples cuerpos extraños. Se realiza enterotomía (figura 2) y extracción de 42 paquetes de resina de hachis (figura 3). Evolución satisfactoria del paciente, siendo dado de alta pasados 18 días.

**Discusión:** El término de “body-packer” (“mula”, “correo” o “culero”) hace referencia a un sujeto portador de objetos extraños intraabdominales, con diferentes envoltorios, que contienen cocaína, de forma más frecuente, hachís, anfetaminas u otras drogas, con fines de contrabando. La cantidad de cápsulas transportadas es mayor si la vía de introducción ha sido la vía oral. Los pacientes pueden clasificarse en tres grupos, en función de la clínica presentada: asintomáticos (80- 88%), síndrome de BP por oclusión intestinal (0.3-5%) y síndrome de BP por intoxicación (0.6-3%). La radiología simple de abdomen es la técnica diagnóstica de elección, observándose múltiples cuerpos radioopacos, bien definidos, densos, ovalados o cilíndricos y rodeados por imagen radiolúcida (“signo del doble condón”), secundario al aire atrapado entre las capas del envoltorio. La tomografía computarizada puede ser de utilidad, presentando mayor sensibilidad. Poca utilidad de la ecografía y la resonancia nuclear magnética. El tratamiento incluye actitudes conservadoras, con altas tasas de resolución del cuadro y procedimientos quirúrgicos urgentes (5% de los casos) en situaciones en las que existan signos de intoxicación, hemorragia digestiva alta, perforación de víscera hueca, convulsiones y/o hipertensión arterial rebelde a tratamiento médico y oclusión intestinal resistente al tratamiento conservador.

### Apendicitis aguda por campylobacter jejuni

Calzado Baeza, Salvador. Palomeque Jiménez, Antonio. Reyes Moreno, Montserrat. Robayo Soto, Paul Sebastian

*Hospital Santa Ana. Motril, Granada*

**Introducción:** Los microorganismos del grupo de las Campylobacter son bacilos Gram-negativos que se encuentran ampliamente distribuidos por la naturaleza, siendo su reser-

vorio natural los animales, tanto salvajes como domésticos. Las aves de consumo y sus subproductos constituyen unos de los principales reservorios y fuente de infección humana. Presentamos un caso diagnosticado de apendicitis aguda por Campylobacter Jejuni diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril.

**Caso Clínico:** Varón de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal de 4 horas de evolución, fiebre de 40°C, y vómitos alimenticios, junto con diarrea con restos de moco. La exploración abdominal revela dolor en fosa ilíaca derecha con signos de peritonismo. Analítica con 12.200 leucocitos (neutrófilos 91%) y PCR 2.9. Se realiza ecografía abdominal donde se observa imagen tubular de 1 cm de grosor, aperistáltica e imcompresible con el transductor, compatible con apendicitis aguda. Se decide intervención quirúrgica, observándose apéndice cecal flemoso y realizándose apendicectomía. La evolución posoperatoria resulta tórpida, con persistencia de fiebre (38.8°C), dolor abdominal generalizado sin peritonismo, vómitos y diarrea. Se realizó coprocultivo y nueva ecografía abdominal que informa de dilatación de asas de delgado que sugieren un cuadro obstructivo incompleto. Dada la incongruencia de los síntomas con los hallazgos operatorios, se decide tratamiento conservador y antibioterapia en espera de los resultados del coprocultivo, el cual informa de Campylobacter jejuni sensible a gentamicina. El cuadro se resolvió con dicho tratamiento y el alta aconteció al 10º día posoperatorio.

**Conclusiones:** Campylobacter jejuni es la bacteria más frecuentemente aislada como agente causante de diarrea. Las infecciones son de tipo estacional, en verano e invierno. La transmisión se considera principalmente de tipo ocupacional (granjeros, carniceros, etc.) aunque las mascotas son también una fuente de transmisión. La infección gastrointestinal originada por estos patógenos, por lo general, es autolimitada. Se caracteriza por diarrea acuosa, fiebre y dolor abdominal. Es habitual que presente un periodo prodrómico con fiebre, cefalea, mialgia y malestar general entre 12-24 horas antes del inicio de los síntomas. La diarrea puede oscilar, en severidad, desde materia fecal blanda hasta líquida o sanguinolenta. El proceso inflamatorio intestinal puede afectar al apéndice cecal, produciendo un cuadro compatible con apendicitis aguda, provocando un cuadro de dolor típico de esta patología, principalmente en pacientes jóvenes o adultos jóvenes, lo que suele provocar la intervención quirúrgica por este motivo. La mayoría de los casos por Campylobacter Jejuni, no es necesaria la antibioterapia, con la reposición hidroelectrolítica suele ser suficientes. En casos más agresivos, la eritromicina es en fármaco de elección para estas infecciones.

### Síndrome de Paget Schroetter o trombosis por esfuerzo

Paul Sebastian Robayo Soto, Antonio Palomeque Jiménez, Montserrat Reyes Moreno, Salvador Calzado Baeza.

*Hospital Santa Ana. Motril, Granada*

**Introducción:** La trombosis venosa profunda de la extremidad superior se refiere a la trombosis de las venas axilares o subclavias. Cuando se produce de manera primaria, se conoce como síndrome de Paget-Schroetter o trombosis de esfuerzo, siendo una patología poco frecuente (2 por cada 10000 personas al año). Presentamos un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril.

**Caso Clínico:** Varón de 25 años, sin antecedentes de interés que realiza deporte de forma frecuente (natación y levantamiento de pesas). Acude por dolor, edema y cianosis, del miembro superior derecho, de una semana de evolución, unido a marcada dificultad para realizar la flexión del brazo. No refiere traumatismo previo o alguna lesión sufrida con anterioridad, ni toma ningún medicamento. No hay historia familiar de trombosis venosa. A la exploración física presenta un aumento del perímetro y temperatura del miembro superior derecho, con un aspecto congestivo, con telangiectasias y circulación colateral prominente, principalmente en tercio proximal del miembro. La analítica mostró una leucocitosis de 15.88, con una desviación izquierda de 93.8 % . El estudio de coagulación mostró un dímero D de 2.79 mg/L. Ecografía venosa de brazo y axila derecha: imágenes compatibles con trombosis venosa profunda de axilar derecha con extensión a subclavia proximal y humeral proximal. Se ingresó para tratamiento anticoagulante y medidas de soporte. Se le realizó TAC de tórax, sin identificarse alteraciones significativas mediastínicas ni pulmonares, a excepción del aumento del diámetro de las venas axilar y subclavia derechas sin repleción. La evolución fue satisfactoria, sin presentar complicaciones y fue dado de alta a domicilio a los 6 días con tratamiento anticoagulante oral. El estudio de coagulación posterior fue negativo para algún tipo de trastorno específico de la coagulación. Se descartaron alteraciones en la anatomía del hombro derecho (tendinitis del manguito rotador, desfiladero torácico), que pudieran haber provocado el cuadro. El paciente sigue clínicamente asintomático, con escasos signos postrombóticos.

**Conclusiones:** El síndrome de Paget Schroetter es un trastorno infrecuente, que tiene una elevada tasa de morbilidad e incluso de mortalidad, por la posible retrombosis, embolia pulmonar y síndrome postrombótico. El tratamiento de la trombosis venosa de esfuerzo sigue siendo un tema controvertido. No hay consenso en la literatura en cuanto a la mejor opción de tratamiento ni la duración, si bien la tendencia es a la anticoagulación oral. Un diagnóstico inicial temprano y la instauración de un tratamiento anticoagulante son las piedras angulares para una correcta evolución del paciente.

## Obstrucción intestinal secundaria a la ingesta accidental de cuerpo extraño

Reyes Moreno, Montserrat. Palomeque Jiménez, Antonio. Calzado Baeza, Salvador. Robayo Soto, Paul Sebastián  
*Hospital Santa Ana. Motril, Granada*

**Introducción:** La ingesta de cuerpos extraños accidental en adultos supone un 20% del total de los casos, progresando

satisfactoriamente el tracto gastrointestinal en la mayoría de ellos. La obstrucción intestinal supone una de las principales complicaciones en aquellos casos con evolución desfavorable. A continuación se expone un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril.

**Caso Clínico:** Varón de 79 años, con antecedentes de HTA, AIT y neoplasia de colon intervenida, que acude al Servicio de Urgencias por epigastralgia, dolor en FID y vómitos de repetición. Analítica: Leucocitos 12010 mil/ $\mu$ L, neutrófilos 85.9%, PCR 2.2. Exploración: dolor a la palpación en FID, con irritación peritoneal a ese nivel. TC abdominal: distensión gástrica y dilatación de asas de intestino delgado con contenido líquido en su interior, hasta flanco derecho, donde se observa rarefacción de la grasa e imagen nodular de 22 mm de densidad calcio (en ileon). Se interviene quirúrgicamente, apreciándose síndrome adherencial e impactación de cuerpo extraño a nivel ileal (almeja), practicándose adhesiolisis y resección de segmento ileal afecto con reconstrucción del tránsito intestinal. El postoperatorio curso de forma tórpida, con cuadro de fuga anastomótica, que precisó reintervención quirúrgica, con realización de nueva anatomosis ileo-ileal e infección importante de la herida quirúrgica, que precisó curas locales. El paciente es dado de alta a los 58 días.

**Discusión:** La ingesta de cuerpos extraños es un motivo frecuente de consulta en Urgencias, más frecuente de origen accidental en la edad pediátrica o pacientes psiquiátricos así como el origen voluntario en pacientes adultos. En la mayoría de los casos (80 %) dichos cuerpos progresan satisfactoriamente a lo largo del tracto gastrointestinal. En determinados casos, no se produce dicha progresión, manifestándose como cuadros de abdomen agudo con obstrucción intestinal u otras complicaciones como perforación intestinal. La naturaleza de los cuerpos extraños más frecuentemente es alimenticia. Clínicamente, los pacientes debutan con cuadro de dolor abdominal de corta evolución, acompañado en algunas ocasiones de vómitos sin fiebre. Entre las pruebas diagnósticas a realizar deben de incluirse la radiografía simple, que podrá ser de utilidad en la identificación de cuerpos radiopacos, la tomografía axial computarizada o la ecografía abdominal, comprobándose que es el intestino delgado el más afecto en los cuadros de obstrucción intestinal, a nivel de ileon terminal, como en nuestro caso. Puede ser la cirugía el tratamiento de elección en aquellos casos de cuadros obstructivos con evolución desfavorable o ante la presencia de posibles complicaciones graves como la perforación intestinal.

## Ruptura de pseudoaneurisma de arteria esplénica. Una causa rara de hemorragia digestiva alta

Francisco Herrera Fernández, Antonio Palomeque Jiménez, Salvador Calzado Baeza, Montserrat Reyes Moreno, Paul Sebastian Robayo S

*Hospital Santa Ana. Motril, Granada*

**Introducción:** La rotura de un pseudoaneurisma de la arteria esplénica, es una de las complicaciones que mas amenazan la vida del paciente con pancreatitis crónica. La rotura puede

originar una hemorragia fatal dentro de un pseudoquistes, de la cavidad peritoneal o en el retroperitoneo, o bien, puede erosionar dentro de la luz intestinal, del ducto pancreático (hemosuccus) o en la vía biliar (hemobilia). Las complicaciones hemorrágicas surgen en el 4-10% de los pacientes con pancreatitis y la supervivencia depende de su diagnóstico precoz, con una mortalidad que sobrepasa el 90% en casos no tratados. En el 2006 se habían descrito sólo 157 casos en la literatura, de los cuales el 50% aproximadamente habían ocurrido en el contexto de pancreatitis. Presentamos un caso de rotura de un pseudoaneurisma de la arteria esplénica fistulizado a estómago manifestado como una hemorragia digestiva alta, diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril.

**Caso Clínico:** Mujer de 34 años, fumadora y bebedora habitual, tratada un año antes por enfermedad inflamatoria pélvica, apreciándose en la tomografía computarizada (TC) abdominal un pseudoquistes pancreático de 10 x 10 x 9 cm, que disminuyó a 8.2 x 8.2 cm en un control ecográfico 4 meses después. Tras abandonar voluntariamente el estudio y seguimiento, la paciente reingresa de forma urgente tras presentar episodios de hematemesis y melenas los días previos. Al ingreso, está hemodinámicamente estable y con anemia importante, por lo que transfunde y realiza endoscopia digestiva alta urgente, encontrándose sangre roja fresca en fundus subcardial sin signos de sangrado activo. Tras 24 h de estabilidad en la Unidad de Cuidados Intensivos, la paciente presenta nuevo episodio de sangrado masivo con grave repercusión hemodinámica. Se realiza nueva endoscopia digestiva alta, apreciándose ahora sangrado activo en el mismo lugar, sin poder apreciar su etiología. Ante una posible variz sangrante, se realiza colocación de balón de Sengstaken, consiguiéndose estabilizar transitoriamente a la paciente. En angio-TC abdominal se identifica un pseudoaneurisma dependiente de la arteria esplénica, en relación con un pseudoquistes pancreático de 4 cm de diámetro, con signos de sangrado reciente (Figura 1). Ante este diagnóstico, la paciente es intervenida con carácter urgente, confirmándose los hallazgos radiológicos y realizándose esplenopancreatocotomía distal y fistulorrafia. La paciente es dada de alta a los 9 días de la intervención.

**Discusión:** Tras una pancreatitis, el sangrado de un pseudoquistes pancreático, es una complicación grave que puede conducir a una hemorragia digestiva masiva. La ruptura de dicho pseudoquistes en el estómago es rara. Presentamos un caso de ruptura de un pseudoaneurisma de la arteria esplénica en el interior de un pseudoquistes, con sangrado a estómago, en una paciente de 34 años con antecedentes de enolismo, pero no de pancreatitis conocida, y que fue tratada con éxito mediante cirugía urgente. En el diagnóstico precoz de una hemorragia masiva por un pseudoaneurisma roto, la realización de una TAC dinámica y/o angiografía es esencial. La ruptura de un pseudoaneurisma en un pseudoquistes y en comunicación con la luz intestinal, debe considerarse una complicación letal, y debe ser tratada lo antes posible con embolización angiográfica, y si esta no es posible o fracasa mediante cirugía.

### Implicación del virus de epstein-barr en la etiología de un tumor miofibroblástico inflamatorio de bazo (pseudotumor inflamatori)

Montserrat Reyes Moreno, Antonio Palomeque Jiménez, Salvador Calzado Baeza, Paul Sebastian Robayo Soto

*Hospital Santa Ana. Motril, Granada*

**Introducción:** El pseudotumor inflamatorio se considera una lesión tumoral reactiva, de comportamiento benigno, que muestra un espectro de cambios reparativos fibróticos o inflamatorios inespecíficos desde el punto de vista histológico. Bajo la denominación de pseudotumor inflamatorio se incluye una amplia variedad de procesos patológicos, entre los que están las lesiones reparativas postoperatorias, tumores como el de células dendríticas y otras neoplasias más agresivas, como es el caso del tumor miofibroblástico inflamatorio. Si bien el origen es desconocido, entre sus posibles causas se han involucrado agentes infecciosos como el virus de Epstein-Barr.

**Caso Clínico:** Mujer de 43 años con antecedentes personales de miastenia gravis, migraña y cuadro de mononucleosis infecciosa 1 año antes, confirmada serológicamente. En el estudio realizado por el cuadro de miastenia en 2010 se identifica lesión esplénica, comenzando estudio. La paciente no refirió sintomatología abdominal alguna y la exploración fue anódina. Los datos analíticos sólo mostraron elevación de la velocidad de sedimentación (1ª hora: 52 mm.) y leve elevación de la proteína C reactiva (1.1 mg/dL). El proteinograma fue normal y, en el estudio de inmunoglobulinas, se detectó elevación de la Ig G (1930 mg/dl) y de Ig A (414 mg/dl). En el estudio microbiológico se incluyó serología para hidatidosis, hepatitis (A, B y C), VIH-1 y 2, brucella, mycoplasma, herpes, CMV y toxoplasma, siendo negativas. La serología de virus de Epstein-Barr fue de IgG anti VCA e IgG antiEBNA positivas e IgM anti VCA negativa. Los marcadores tumorales fueron normales. La TC abdominal con contraste intravenoso mostró una lesión única de 39 x 41 mms. localizada en la porción superior del bazo, con características inespecíficas, estableciéndose un diagnóstico diferencial con hemangioma atípico, hamartoma, fibroma o linfoma. (FIGURA 1) La RNM confirmó un bazo de tamaño normal con una lesión de 4 cms. de carácter sólido y, que podía corresponder, por la imagen, con un hemangioma, un hamartoma y, menos probable, con un linfoma. La gammagrafía con hematías marcadas muestra un área hipocaptante en bazo, descartando un angioma esplénico. Ante la imposibilidad de obtener un diagnóstico de certeza, se decide intervenir quirúrgicamente, encontrándose una lesión blanquecina en polo superior esplénico y realizándose esplenectomía. La evolución fue satisfactoria, siendo dada de alta a los 4 días. El resultado anatomopatológico mostró tejido esplénico con arquitectura alterada por proliferación de células fusiformes, delgadas y homogéneas, formando haces cortos, que se acompañan de un infiltrado inflamatorio formado por linfocitos, más T que B, células plasmáticas politípicas, macrófagos y algunos eosinófilos. Positividad por el virus de Epstein-Barr de las células fusiformes. (figura 2) La paciente permanece asintomática hasta la actualidad.

**Discusión:** Este tipo de tumor fue descrito por primera vez en el pulmón por Brunn en 1939, describiéndose poste-

riormente casos en diferentes localizaciones, como ganglios linfáticos, tracto gastrointestinal e hígado<sup>3</sup>. La localización esplénica es muy infrecuente, habiendo sido publicados pocos casos desde que lo hiciera por primera vez Cotelingam y Jaffe en 1984<sup>4</sup>. Se presenta, con mayor frecuencia, en la 2ª y 3ª década de la vida, no existiendo predilección por ningún sexo. La etiología es desconocida, existiendo diferentes teorías, entre las que están los agentes infecciosos y, de forma especial, el virus de Epstein-Barr, como ocurrió en nuestro caso; el origen vascular, basado en la presencia en la lesión de estructuras vasculares dilatadas y trombos y, por último, procesos de origen autoinmune. Puede presentarse de forma asintomática, como ocurrió en nuestro caso y, en aquellos casos en los que existe sintomatología, las manifestaciones clínicas son totalmente inespecíficas. En relación a los estudios de laboratorio, podría presentarse alteraciones en las diferentes series hematológicas, principalmente anemia y trombopenia, relacionado con secuestro esplénico, existiendo casos de asociación con púrpura trombocitopénica autoinmune<sup>7</sup>. El diagnóstico de sospecha está basado en las pruebas radiológicas, siendo de utilidad la realización de ecografía, TC y RNM abdominal, sin existir hallazgos radiológicos concluyentes que nos den el diagnóstico definitivo, estableciéndose el diagnóstico diferencial con diferentes entidades patológicas, principalmente con procesos linfoproliferativos y neoplasias hematológicas. Ante la imposibilidad de realizar un diagnóstico de certeza, la indicación quirúrgica suele ser la norma, tras la cual no se han descrito casos de recurrencia ni desarrollo de otras neoplasias hematológicas. Actualmente existen casos en los que se optó por una biopsia radioguiada que otorgó el diagnóstico definitivo<sup>9</sup>. Con todo lo anterior se podría decir que el diagnóstico del pseudotumor inflamatorio es, principalmente, histológico.

## Masa retroperitoneal como primera manifestación de seminoma testicular

Reyes Moreno, Montserrat. Palomeque Jiménez, Antonio. Calzado Baeza, Salvador. Robayo Soto, Paul Sebastian. Martín Díaz, Manuel

*Hospital Santa Ana. Motril, Granada*

**Introducción:** Los tumores gonadales son relativamente infrecuentes con una presentación extragonadal hasta en un 10 % de los casos. Más frecuentes en pacientes entre los 20 y 40 años. Dada su alta tasa de curación es indispensable realizar un adecuado diagnóstico diferencial ante la presencia de masa retroperitoneal. Presentamos un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril de un paciente en el que la primera manifestación fue la aparición de una masa retroperitoneal.

**Caso Clínico:** Varón de 45 años sin antecedentes personales de interés, que acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor difuso en hemiabdomen izquierdo de un mes de evolución, no acompañado de otra sintomatología. Exploración física sin hallazgos patológicos. Analítica: LDH 944 U/L. PCR 4.42 mg/L. BETA- HCG 27.4 mUI/mL. Alfa- fetoproteína,

PSA, CEA, Ca 19.9, Beta- 2- Microglobulina: dentro de la normalidad. TC abdominal: masa retroperitoneal desde la crura diafragmática derecha hasta la bifurcación ilíaca, de 18 x 8 x 7 cm, altamente sugestiva de linfoma. Laparotomía exploradora y biopsia retroperitoneal bajo anestesia general con anatomía patológica: metástasis de tumor de células germinales con perfil inmunohistoquímico de seminoma clásico. Ecografía de escroto y testicular: hallazgos compatibles con neoplasia agresiva testicular derecha. Se realiza orquiectomía radical derecha. Anatomía patológica: seminoma clásico de 4,2 cm que infiltra túnica albúginea pero no la vaginal ni el cordón espermático. El paciente permanece ingresado un día, evolucionando favorablemente. Se somete a tratamiento quimioterápico, con evolución satisfactoria.

**Discusión:** Las neoplasias testiculares son tumores relativamente poco frecuentes, con una incidencia de 1-2 por cada 10000 habitantes. Más frecuentes entre los 20 y 40 años y se presenta con mayor frecuencia en el testículo derecho. Aproximadamente un 10% debutan como masa retroperitoneal o mediastínica, dada su alta diseminación linfática, por lo que se debe hacer un diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones retroperitoneales con tumores testiculares, fibrosis retroperitoneal, linfoma esclerosante, etc. Se han implicado factores predisponentes en su etiopatogenia como la disgenesia gonadal (5-20%), carga genética (2-4%) o la localización anómala testicular, más frecuente en los de localización intra-abdominal. Clínicamente, este tipo de tumores se presentan con dolor testicular difuso, hinchazón y/o dureza, o síntomas derivados del tumor metastásico hasta en un 14%. El diagnóstico debe realizarse fundamentalmente mediante ecografía testicular que muestra masa testicular irregular, hipocogénica con microcalcificaciones, TAC y RNM abdomino pélvicos como estudio de extensión. Marcadores tumorales como Beta- HCG, Beta- 2- microglobulina y LDH son útiles para el diagnóstico, pronóstico y posterior respuesta al tratamiento quirúrgico y quimioterápico. El tratamiento de estas lesiones ha de ser orquiectomía inguinal radical con ligadura alta de cordón espermático que asociado a tratamiento quimioterápico consigue alcanzar curaciones hasta en un 70-80 % de los casos, inclusive en aquellos estadios avanzados.

## Divertículos faringoesofágicos

F.J. del Rio Lafuente, P. Fernandez Zamora, F. Del Rio Marco

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

**Introducción:** Los divertículos son evaginaciones de la pared esofágica, en forma de bolsa ciega que comunica con la luz principal. El divertículo faringoesofágico, también llamado de Zenker, aparece en la cara posterior de la unión faringo-esofágica, a nivel de uno de los tres puntos débiles de la pared muscular que son el triángulo de Killian, el área de Jamieson y Killian y el triángulo de Laimer, situados entre el constrictor inferior de la faringe y el músculo cricofaríngeo. Fue descrito por primera vez en 1764 por Abraham Ludlow

de Bristol. Fue 1877, cuando F.A. von Zenker describió los aspectos clínicos y patológicos de estos divertículos que quedaron asociados a su nombre en su libro “*Krankheiten des oesophagus*”. Se estima que se deben a una incoordinación motora entre la contracción faríngea y la relajación cricofaríngea que crea una intensa presión intraluminal.

**Método:** Estudio retrospectivo de los divertículos de Zenker tratados entre 1996 y 2012. Se trata de 29 pacientes, 18 hombres y 11 mujeres, con una edad media de 61 años. Clínicamente presentaban cuadros de regurgitaciones, disfagia y halitosis. Todos han sido diagnosticados mediante exploración radiológica con contraste; no hemos utilizado en ningún caso manometría esofágica. El tratamiento ha consistido 25 veces en una miotomía del cricofaríngeo asociado a una diverticulectomía, y en 4 casos sólo una diverticulectomía. Resultados:

La mortalidad fue nula y la morbilidad postoperatoria fue de 3 fístulas resueltas con tratamiento médico, 2 disfonías transitorias y una reintervención quirúrgica por fístula postoperatoria.

**Conclusiones:** Únicamente los divertículos sintomáticos deben ser intervenidos. Los síntomas más frecuentes son la disfagia y la regurgitación. La exploración radiológica simple y con contraste permite el diagnóstico de estos divertículos. El tratamiento consiste en diverticulectomía asociada o no a una miotomía del cricofaríngeo. En pacientes de riesgo elevado, se obtienen buenos resultados fijando el fondo del divertículo hacia arriba, en el plano prevertebral (diverticulopexia), con lo que se impide su replección.

### **Diverticulitis apendicular: hallazgo infrecuente de dolor en fosa iliaca derecha**

Jose Jacob Motos Micó, Almudena Moreno Serrano, Pablo Moreno Serrano, Manuel Ferrer Marquez, Ricardo Belda Lozano, Rafael Rosado

*C. H. Torrecárdenas. Almería*

**Objetivos:** La diverticulosis apendicular constituye una patología infrecuente con una incidencia que oscila entre el 0,004% y el 2,1% de las piezas de apendicectomía. Los divertículos pueden ser causantes del proceso inflamatorio y en ocasiones son hallazgos no relacionados directamente con el cuadro apendicular agudo. La clínica de la diverticulitis apendicular es difícilmente distinguible de la de una apendicitis aguda. Se suele diagnosticar como hallazgo casual en las piezas quirúrgicas obtenidas en intervenciones por un cuadro de abdomen agudo y asociado al hallazgo de una apendicitis.

**Material y métodos:** Presentamos un caso de diverticulosis en mujer de 54 años que consultó por dolor abdominal de 3 días de evolución, inicialmente localizado en la fosa iliaca derecha (FID) acompañado de febrícula. En la exploración, dolor abdominal y defensa en FID con blumberg positivo. No se objetivaron reactantes de fase aguda en la analítica. En la ecografía de abdomen se evidenció en FID estructura tubular acabada en fondo de saco de 8mm de espesor con área hipoeoica adyacente y aumento de ecogenicidad del

meso adyacente con pequeña lengüeta de líquido libre. Con el diagnóstico de proceso apendicular agudo se intervino mediante incisión de McBurney, objetivando apéndice cecal con divertículos en toda su longitud y los situados en el extremo más distal presentaban signos inflamatorios, con engrosamiento importante del meso. Se realizó apendicectomía. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y fue dado de alta al 3º día. El estudio anatomopatológico de la pieza informó de diverticulosis del apéndice vermiforme acompañado de mucocele y abscesos ricos en eosinófilos. No se reconocieron parásitos apendiculares.

**Resultados:** y conclusiones: La presencia de divertículos en el apéndice cecal fue descrita por primera vez en 1893 por Kelynak. El diagnóstico suele ser casual, generalmente en el estudio anatomopatológico del apéndice. La diverticulitis apendicular es una enfermedad inflamatoria clinicopatológica diferente de la apendicitis aguda, es más común en hombres alrededor de la quinta década de la vida y presenta una tasa de mortalidad mayor. Morfológicamente, se puede dividir en 2 subtipos principales de divertículos, verdaderos y falsos. Nuestro caso presentaba una diverticulosis de múltiples divertículos falsos adquiridos por pulsión y localizados en la zona distal. De acuerdo con los cambios patológicos del divertículo y del apéndice se pueden distinguir principalmente varias formas de presentación: diverticulitis aguda sin inflamación apendicular; diverticulitis y apendicitis aguda; diverticulosis no complicada y apendicitis aguda; y por último, diverticulosis apendicular no complicada con apéndice normal. De ellos, nuestro caso se encuadra en la segunda, ya que asociaba apendicitis y diverticulitis. La diverticulosis apendicular suele cursar de forma asintomática y en su evolución tiende a cuadros de inflamación subaguda con la aparición de abscesos y perforación provocando un cuadro de dolor abdominal similar al de la apendicitis aguda. En relación al tratamiento, la diverticulosis complicada se tratará mediante apendicectomía. En los casos asintomáticos diagnosticados de forma casual, se recomienda la apendicectomía profiláctica debido al mayor riesgo de perforación apendicular y mortalidad que se asocia a la forma complicada de esta entidad.

### **GIST gástrico localmente avanzado.**

#### **A propósito de un caso**

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Maiquez Abril, R; Torres Sierra, J.

*Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.*

**Introducción:** Los GIST son los tumores mesenquimales más frecuentes. La localización más común es en el estómago (60-

70%). La mayoría de casos son asintomáticos o presentan molestias abdominales inespecíficas. El tratamiento de elección es la cirugía (R0) seguida de terapia adyuvante. En casos irreseccables de entrada, se recomienda terapia neoadyuvante y posteriormente valorar cirugía.

**Material y métodos:** Mujer de 45 años sin antecedentes de interés, que consulta por dolor abdominal inespecífico. En

TCAbdomen: tumoración de 13 x 11,5 cm que afecta cuerpo/cola pancreática, curvatura mayor gástrica y contacta con bazo, infiltrando vena y arteria esplénica. Se realiza BAG: compatible con GIST.

Se remite a Oncología, donde comienza tratamiento con Imatinib. Se realiza TC control 10 meses después: disminución importante, aprox. 9 (AP) x 7 (LL) x 7 (CC) cm. Tras ello, vuelve a ser presentado en Comité Multidisciplinar, decidiéndose Cirugía.

**Resultados:** Se realiza laparotomía subcostal bilateral. Masa a expensas de pared gástrica posterior con infiltración de páncreas, bazo y suprarrenal izquierda. Se realiza gastrectomía polar superior y anastomosis esófago-gástrica + pancreatectomía distal + esplenectomía + suprarrenalectomía izquierda parcial + linfadenectomía de campo.

(AP: GIST gástrico necrosado que infiltra grasa, y engloba (NO infiltra) páncreas y suprarrenal).

En postoperatorio absceso subfrénico izquierdo que precisa drenaje percutáneo. Posteriormente evolución favorable.

Actualmente continúa tratamiento con Oncología.

**Conclusiones:** Destacar el papel del Imatinib tanto como terapia adyuvante como neoadyuvante en los GIST localmente avanzados.

**Bibliografía:** Kittima P, Siripong C, Samornmas K, Wanwisa M, Walawee C, Surasak S. Clinical outcomes of gastrointestinal stromal tumor in southern Thailand. *World J Gastrointest Oncol* 2012 November 15; 4(11): 216-222.

Agaimy A. Gastrointestinal stromal tumors (GIST) from risk stratification system to the new TNM proposal: more questions than answers? A review emphasizing the need for a standardized GIST reporting. *Int J Clin Exp Pathol* 2010; 3(5): 461-471.

### Gist de intestino delgado: multiple y gigante

Jacob Motos Micó, Manuel Ferrer Marquez, Ricardo Belda Lozano, Antonio Alvarez Garcia, Orlando Fuentes Porcel, Angel Reina Duarte

C. H. Torrecárdenas. Almería

**Objetivos:** Los tumores de estroma gastrointestinal (GIST) representan el 1% de todas las neoplasias gastrointestinales. La localización más frecuente es estómago (50-60%) seguido por intestino delgado (20-30%) e intestino grueso (10%). Presentamos un caso de tumor GIST originado en la pared del intestino delgado y caracterizado por ser gigante, múltiple y responsable de dolor abdominal y hemorragia tanto intratumoral como a la cavidad peritoneal.

**Material y métodos:** Varón de 39 años, fumador importante, obeso, dislipémico, con antecedentes de cardiopatía isquémica y portador de stent coronario. Acude a urgencias por dolor abdominal brusco localizado en flanco izquierdo. A la exploración presenta abdomen distendido y doloroso de forma difusa, aunque sin signos de irritación peritoneal junto a anemia significativa (Hb: 8,2g/dL, Hcto: 26,5%). En la TAC abdominopélvica se aprecian tres masas voluminosas (la mayor de 19x17cm, con un vaso de gran calibre en vecindad, que parece depender de la vena mesentérica superior),

heterogéneas, con centro hipodenso y periferia engrosada de mayor densidad, de distribución predominantemente en la superficie anterior del mesenterio. Los hallazgos sugieren pseudomixoma peritoneal como primera posibilidad, sin poder descartar neoplasia mesentérica primaria. Ante los hallazgos descritos se decide laparotomía exploradora urgente en la que se resecan tres grandes tumoraciones, la mayor de ellas dependiente de la pared intestino delgado, acompañado de moderada cantidad de líquido abdominal serosanguinolento. El paciente es dado de alta sin incidencias a las dos semanas de la intervención y un mes después comienza con imatinib oral. A los cuatro meses desde la intervención, el paciente está asintomático y sin evidencia de recidiva tumoral. El estudio histopatológico informa de tumor del estroma gastrointestinal de alto grado de malignidad localizado en serosa intestinal que infiltra focalmente hasta la submucosa, 20 mitosis por 50cga, presencia de necrosis y márgenes no evaluables. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para C KIT/ CD-117, Vimentina, Ki67 (B11) 40%, Ki67(B12) 10% y negativa para CD-34, Actina, S-100, CK (EA1/EA3) y Desmina.

**Resultados y conclusiones:** La incidencia de estos tumores es de 1/100000 y del 20-30% son malignos. Son raros antes de los 40 años, y se dan la mayoría entre los 55 y 65 años en hombres. Aquellos tumores que muestran mayor malignidad se caracterizan por ser mayores de 5 cm, con actividad mitótica mayor de 50 por campo, necrosis, aneuploidia celular tumoral, alta puntuación Ki-67 y diseminación tumoral peritoneal. En nuestro paciente, se cumplen todas las características de malignidad. La mayoría de los tumores GIST son habitualmente asintomáticos, pero cuando el tumor es sintomático a nivel del tracto gastrointestinal, los síntomas más comunes son provocados por el efecto compresivo del tumor. Nuestro caso presenta dolor abdominal progresivo en flanco izquierdo y anemia como primeros síntomas y signos. Finalmente, ciertas condiciones como el infarto previo y la anemia retrasaron la adecuada preparación a una cirugía electiva; sin embargo, la cirugía no es una alternativa a la quimioterapia ni radioterapia.

### Fascitis necrotizante de miembro inferior por estreptococo beta hemolítico grupo A

Antúnez Martos S, Palomo Torrero D, Bollici Martínez L, Pérez Pardo A, Gómez García A, Serratosa Gutiérrez F y Pradas Caravaca M

Hospital Serranía de Ronda. Málaga

**Introducción:** La fascitis necrotizante es una enfermedad bien conocida. Los gérmenes más frecuentemente implicados son anaerobios productores de gas, lo que caracteriza su presentación clínica, aunque también se han aislado estreptococos y estafilococos aerobios, entre otros. Presentamos un caso de fascitis necrotizante de miembro inferior producida por un estreptococo beta hemolítico aerobio (faringeo) con grave afectación general y buena respuesta al tratamiento multidisciplinar.

*Caso Clínico:* Paciente de 34 años, sin antecedentes de interés, con cuadro de dolor e inflamación en miembro inferior izquierdo de 24 horas de evolución, acompañado de fiebre y malestar general, precedido, únicamente por cuadro faríngeo inespecífico. El examen complementario inicial de laboratorio resultó poco útil. Ante la persistencia del dolor y la progresión de la edematización del miembro se descartó trombosis venosa profunda mediante ecografía Doppler. Posteriormente, se realizó una TAC que reveló un engrosamiento inflamatorio a nivel dermo-hipodérmico y fascial del miembro compatible con la sospecha de fascitis necrotizante, aunque sin presencia de gas. Precozmente apareció una lesión eritematosa en dorso del pie, que rápidamente progresó hacia flictena y necrosis. De forma casi simultánea, la tinción de Gram de la muestra de sangre mostró estreptococos y el hemocultivo resultó positivo para estreptococo piógeno, reforzando la hipótesis del foco faríngeo referido en la anamnesis. Ante la agresividad del cuadro, se realizó de forma urgente la exéresis de la placa de necrosis cutánea y fascial en el dorso del pie y multidrenaje de la fascia desde dicha zona hasta el muslo, comunicando las incisiones mediante drenajes tipo Penrose. Paralelamente, recibió tratamiento médico intensivo para el cuadro séptico.

*Resultados:* El paciente desarrolló un cuadro séptico, insuficiencia renal aguda así como síndrome de secreción inadecuada de ADH, evolucionando favorablemente en la unidad de cuidados intensivos. Se realizaron lavados diarios a través de los drenajes, siendo retirados progresivamente sin necesidad de reintervención. Tres meses después del alta, la epitelización era casi completa.

*Discusión:* Esta forma de presentación de la fascitis no es habitual debido al germen que la produjo que fue hallado en los hemocultivos. La ausencia de gas en la radiología dificulta la sospecha. Una adecuada historia clínica puede ser reveladora, como en este caso. El tratamiento debe ser combinado. Cirugía y soporte en UVI. El tratamiento quirúrgico debería ser precoz y dirigido al drenaje amplio de la fascia afectada con necrosectomía selectiva dado que, en fase temprana, existe menor afectación de la piel.

*Resumen:* La fascitis necrotizante debe sospecharse aún en ausencia de gas. El tratamiento debe iniciarse cuanto antes y combinar el abordaje médico y quirúrgico. Los fundamentos de la intervención son el drenaje amplio y la necrosectomía selectiva, cuya extensión dependerá de la demora en el diagnóstico y el inicio de las medidas terapéuticas.

### Malposición de catéter yugular a nivel hepático

C Rodríguez Silva, M Ruiz-López, J Carrasco, JA Pérez-Daga, S Mera, I González-Poveda, JA Toval, J Santoyo  
*Unidad de Coloproctología, Hospital Carlos Haya, Málaga*

*Introducción:* Miles de catéteres centrales son canalizados diariamente. Lo rutinario y habitual de su uso no debe hacer nos olvidar que es una técnica no exenta de morbilidad, por lo que siempre debemos tener en cuenta el mayor número de elementos para realizar la técnica en las mejores condiciones de seguridad posibles. Presentamos un caso extremadamente inhabitual de malposición de un catéter yugular que provocó

una lesión hepática. Paciente mujer de 69 años de edad que había sido intervenida en 2007 por neoplasia de colon derecho perforado T4N1M0, posteriormente por tumor metacrónico se realiza colectomía subtotal en 2009 (T3N0M0) y en 2010 se interviene por nódulo neoplásico en la raíz del meso. Ingresa en 2012 tras completar quimioterapia, por presentar de nuevo una lesión hipercaptante en el PET con SUV de 4,5 sugestivo de malignidad y localizado en psoas derecho. La paciente mide 140 cm de estatura. En el postoperatorio se queja de dolor en hipocondrio derecho continuo irradiado a región dorsal. Se le realiza un TC abdominal y comprobamos cómo el catéter de doble luz que canaliza la vena yugular interna derecha tiene su punta situada a nivel del segmento VI hepático a través de la vena suprahepática derecha, provocando extravasación del contraste administrado. Examinado el caso, concluimos que la canalización de dicho catéter en quirófano, no fue seguida del correspondiente control radiológico lo que provocó el retraso en la detección de la iatrogenia.

*Discusión:* En el caso de un catéter venoso central, la situación ideal es en la unión entre la vena cava superior y la aurícula derecha. La malposición de un catéter venoso es una situación frecuente, siendo lo habitual entrar más de lo debido hacia la aurícula, o no alcanzar el punto ideal quedándonos a nivel clavicular. La mala colocación puede conllevar un aumento de la morbilidad incluso de la mortalidad, así se han descrito perforaciones cardíacas o taponamientos, arritmias, etc. Las alteraciones anatómicas aumentan la posibilidad de canalizar un recorrido incorrecto al alterar las presiones de flujo y desviar la punta del catéter hacia un lugar inadecuado, habiéndose publicado canalizaciones de venas intercostales, hemiaxilas o vena mamaria interna. La situación descrita en nuestro caso es extremadamente infrecuente, no habiéndose encontrado ningún caso descrito en adultos en la búsqueda realizada. La iatrogenia en la punción de una estructura inadecuada, ha disminuido de forma considerable tras la incorporación de la ecografía en el momento de la canalización. La radiología posterior a la colocación de la vía para localizar la situación de la punta del catéter debe ser inexcusable, incluso cuando se realiza en quirófano como sucedió en nuestro caso, donde se debería haber realizado en las primeras horas postquirúrgicas, con lo que disminuiría de forma considerable la morbilidad de esta situación.

### Citoadenocarcinoma mucinoso de páncreas, diagnóstico diferencial

Gómez Pérez R., Cañizo Rincón I., Hernández González J.M; Maiquez Abril R., Soler Humanes R., Roldán de la Rúa J.; De Luna R;

*Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga*

*Introducción:* El cistoadenocarcinoma mucinoso de páncreas es una entidad poco frecuente y que presenta un reto en cuanto a su diagnóstico diferencial, sobre todo preoperatorio. A menudo a pesar de realizar distintas pruebas no nos es posible llegar a un diagnóstico hasta que no se tiene la pieza quirúrgica.

**Material y métodos:** Caso clínico: Paciente mujer de 45 años que acude a urgencia por dolor y distensión abdominal. Sin antecedentes médicos de interés y como único antecedente quirúrgico un legrado hacía un año. Presenta buen estado general, afebril y normotensa. A la exploración el abdomen es blando y depresible, con aumento del perímetro abdominal. Se realiza radiografía simple abdomen en la que se objetiva el paquete intestinal desplazado hacia flanco y FID por una masa que ocupa gran parte del abdomen. Tras lo cual se realiza ecografía de abdomen en la que se visualiza una masa centroabdominal de gran tamaño (11,4 x 18,7 x 25,6cm), de predominio quístico (denso), con tabiques en su interior que presenta áreas vascularizadas, con importante efecto masa sobre estructuras adyacentes. Se completa estudio con TAC toracoabdominopélvico: Tórax sin hallazgos. Abdomen: Gras masa centroabdominal de predominio quístico, de diámetros aproximados de 20 x 20 x 14cm, con polo sólido de aproximadamente 5x5 cm en su región anterior. Se encuentra situada caudalmente al trípede celiaco, anterior a la Aorta, cava inferior, arteria y vena mesentéricas. Comprime de forma importante el eje esplenoportal, ocasionando importante circulación colateral a nivel esplénico. En su extremo más caudal, no parece contactar con anejos uterinos, por tanto consideran como primera posibilidad su organodependencia mesentérica. No se visualiza con claridad páncreas, si bien parece existir un rudimento de cuerpo y cola comprimido por la lesión quística. Conclusiones: Los hallazgos intraoperatorios fueron una gran masa quística, de la que se aspiraron unos 2,5 litros de contenido achocolatado; que dependía de la cola del páncreas, comprimiendo órganos vecinos y englobaba los vasos esplénicos, por lo que se realizó una pancreatocetomía corporo-caudal con esplenectomía de necesidad. Anatomía patológica de la pieza: Páncreas: Cistoadenocarcinoma mucinoso de páncreas de bajo grado histológico. La superficie externa no muestra crecimiento neoplásico. Las células tumorales con técnicas inmunohistoquímicas, demostraron positividad para CK20, CEA y negatividad para P53, con un índice de proliferación Ki-67 del 57%. Discusión: El diagnóstico diferencial con otras masas quísticas retroperitoneales va desde masas neoplásicas como el linfangioma quístico, el cistoadenoma mucinoso, el teratoma quístico, el mesotelioma quístico, los quistes Müllerianos, los quistes epidermoides, incluso el quiste broncogénico y otras neoplasias sólidas con cambios quísticos. También existen otras entidades no neoplásicas de las que es difícil diferenciarlo como el pseudoquiste pancreático, el pseudoquiste no pancreático, un linfocele, un urinoma o un hematoma. Así como con otros tumores quísticos pancreáticos: Neoplásicos (el cistoadenoma seroso, las neoplasias quísticas mucinosas, neoplasia intraductal papilar mucinosa, neoplasia quística solidopapilar (tumor de Franyz), tumores neuroendocrinos quísticos, el adenocarcinoma coloidal, quistes epiteliales solitarios verdaderos o linfoproliferativos y los múltiples, linfoma pancreático, metástasis pancreáticas, linfangioma., pseudoquistes (postinflamatorios, postraumáticos, Asociados a necrosis tumoral, pancreatitis crónicas, quistes congénitos por fibrosis quística, Enf poliquistica, duplicación intestinal o quistes coledocianos intrapancreáticos; quistes parasitarios: equinococcus, amebianos y cisticercosis. Los tumores quísticos mucinosos del páncreas representan un

45-50% del total de las neoplasias quísticas del páncreas. El cistoadenocarcinoma el 3-6% del total de neoplasias quísticas mucinosas de páncreas. Con predominio en mujeres (84%) entre los 60 -70 años. Se trata de tumores únicos localizados en cuerpo o cola de páncreas con un tamaño que puede variar entre 6-36 cm. Los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal y la pérdida de peso. El tratamiento es quirúrgico (pancreatocetomía corporo-caudal +/- esplenectomía. El diagnóstico incluye estudios por imagen como la TAC, la ecografía e incluso la colangiografía; la EDA (aunque no tiene indicación sistemática). Los estudios genéticos no tienen uso rutinario, reflejan mutaciones en el oncogén KRAS 2 del cr 12 en el 89% de los casos. Tienen una supervivencia global a los 5 años del 20%, con una alta tasa de recurrencia (90%) local y a distancia. El seguimiento mediante TAC/ Resonancia cada 6 meses. Parece ser que el CEA y Ca 19.9 no tienen valor en el seguimiento de este tipo de neoplasia.

**Conclusiones:** Este tipo de tumores suponen un desafío en cuanto a su diagnóstico diferencial dado el amplio abanico de lesiones quísticas pancreáticas y retroperitoneales con las que hay que hacerlo. El pronóstico se ve muy influenciado por la actitud que se tome dependiendo de la sospecha clínica, dado que algunas formas se solo requieren seguimiento y observación estrecha y otras precisan resección quirúrgica y tratamiento quimioterápico.

**Bibliografía:** Dal Mo Yang, donf Hae Fung, Hana Kim, et col. Retroperitoneal Cystic Masses: CT, Clinical and Pathologic R;findings and literatura review. RadioGraphics, 2004; 24: 1353-1365.

Juan Ángel Fernández. Tumores quísticos del páncreas: revisión de la literatura Cirugía Española; 73 (5): 297-308.

Fernández del Castillo C, Warshaw AL. Cystic neoplasm of the páncreas. Pancreatology 2001; 1:641-7.

Dirk C Strauss, Andrew J Hayers, J Merion Thomas. Ann R Coll Surg Engl 2011; 93: 235-280.

Nestor R. Davies, Lucas E. Viotto, Andrés C. Kasparian, Walter A. Moreno, Luis Gramática. Cistoadenocarcinoma mucinoso de páncreas. Revista de la Facultad de Ciencias médicas 2009; 66(4): 159-161.

### Situs viscerum inversus. Antecedente de interés en el paciente quirúrgico

Álvaro Morales González, Jacob Motos Mico, Almudena Moreno Serrano, Juan Carlos Navarro Duarte, Pablo Moreno Marín

CH Torrecárdenas, Almería

Situs Viscerum Inversus (SVI) es una anomalía de herencia autosómica recesiva, aunque puede estar ligada al cromosoma X, en la cual los órganos se encuentran situados en lado opuesto del cuerpo. Esta situación puede acontecer a ambas cavidades, torácica y abdominal, lo cual se denomina Situs Inversus Totalis, o lo que es menos frecuente aún, cuando solo afecta a una de las cavidades, lo cual se conoce como Situs Inversus Partialis. La incidencia es de 1:10.000 a 1:20.000 nacidos vivos. Esta trasposición, puede estar asociada también

con anomalías congénitas, tales como displasia renal, atresia biliar, alteraciones cardíacas congénitas, o fibrosis pancreática.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de una paciente de 86 años, con antecedentes de Hipertensión arterial esencial e intervenida de cesárea, que acude a urgencias, en tres ocasiones por cuadro de dolor en hipocondrio izquierdo, acompañado de un síndrome emético y fiebre de hasta 38,5 °C, , signos claros de irritación peritoneal y defensa abdominal, más localizada en dicha región. Tras realización de pruebas diagnósticas, la paciente presenta una elevación de los reactantes de fase aguda, destacando una leucocitosis de 16000, con una neutrofilia de 93,3% y una PCR de 17. La ecografía es informada como colecistitis aguda litiásica, en paciente afecto de SVI, desconocido hasta entonces, lo que dificultó dicho diagnóstico. Se confirma que es totalis ya que tanto en ECG se aprecia un eje derecho y en la radiografía de tórax se aprecia dextrocardia. La paciente se somete a colecistectomía urgente. Se procede a realizar un abordaje laparoscópico, destacando como hallazgos un plastrón inflamatorio en el lecho vesicular. La vesícula se encontraba lateral al ligamento redondo. Se procedió a la disección del triángulo cístico, identificando conducto y arteria cística, que son clipadas y seccionadas. Posteriormente se procede a la disección del lecho. Todo ello sin incidencias, salvo la dificultad por la situación anatómica, campo no habitual de trabajo. Situs Viscerum Inversus (SVI) se conoce desde el tiempo de Aristóteles . El primero en reconocer la dextrocardia fue Marco Severino en 1643, y más de un siglo después, Mathew Baillie describió por primera vez la imagen en espejo completa de las cavidades torácica y abdominal, con preservación de las relaciones anteroposteriores , definiéndolo como Situs Inversus. Su predisposición es genética, cuyo gen implicado se encuentra localizado en el brazo largo del cromosoma 14, en los sujetos humanos, presentado una herencia autosómica recesiva con penetrancia incompleta . Sino se acompaña de otras anomalías, el diagnóstico suele ser casual, ya que los pacientes afectados de SVI presentan una expectativa de vida normal .

**Conclusiones:** Clínicamente, la sintomatología de colelitiasis en pacientes afectados de SVI suele ser la contraria de la habitual, con cuadros de dolor cólico en el Hipocondrio izquierdo irradiado a epigastrio. Aunque algunas veces, esto puede no acontecer así, y cursar con cuadros de dolor en hipocondrio derecho, lo cual sería indicador de que el sistema nervioso central no es capaz de identificar dicha trasposición orgánica. En los casos de pacientes con colecistitis aguda y SVI, el dolor si acontece en el hipocondrio izquierdo debido al cuadro de irritación peritoneal con el curso dicho proceso. Desde que Mouret en Francia en 1987 llevara a cabo la primera colecistectomía laparoscópica esta se ha convertido en el gold estándar para el tratamiento de la colelitiasis y aunque en el paciente afecto de SVI presenta ciertas dificultades técnicas, está considerada también el gold estándar , incluso existen publicaciones que pese a su dificultad añadida, defienden el abordaje bajo puerto único . Nuestra intención al presentar este caso, es tener presente, que pese a su baja incidencia, el SVI debe tenerse en cuenta en el caso de un cuadro de dolor abdominal, en el que no podamos filiar su etiología y forma parte de su diagnóstico diferencial

## Linfangioma cavernoso mesenterico como causa de obstrucción intestinal

Álvaro Morales González, A. Moreno Serrano ,P. Moreno Marín, J.C. Navarro Duarte, J. Motos Mico, Antonio F. Alvarez Garcia.

CH Torrecárdenas, Almería

**Objetivos:** Presentamos un caso clínico frecuente como sería un cuadro de obstrucción intestinal pero con una etiología poco usual como es linfangioma quístico cavernoso. Los linfangiomas constituyen un grupo muy poco frecuente de tumores benignos de los vasos linfáticos, que más comúnmente suelen aparecer en la infancia. Tradicionalmente se ha dudado de si verdaderamente eran auténticos tumores o simplemente anomalías en el propio desarrollo del sistema linfático-venoso. Están clasificados en tres subtipos. El subtipo cavernoso comprime las comunicaciones linfáticas produciendo un aumento del volumen de los órganos afectados. Su localización más frecuente suele ser las mejillas, lengua, cavidad bucal, cuello y retroperitoneo. Mucho menos frecuente sería la localización del caso que tratamos, el mesenterio. En este caso presentamos un debut como cuadro obstructivo en un paciente joven sin antecedentes de interés.

**Material y métodos:** Presentamos a un paciente que acude derivado de otro centro por presentar cuadro de yeyunostomía mal tolerada, y con pérdida electrolíticas por las misma. Dicha yeyunostomía fue consecuencia de un cuadro obstructivo. Paciente que con la edad de 30 años acude a su centro de referencia por presentar cuadro de distensión abdominal por progresiva, con ausencia de deposiciones y ventoseo y con un cuadro de vómitos de comienzo bilioentéricos y posteriormente fecaloideos, siendo persistentes durante la evolución del cuadro. El paciente a su acudida a urgencias presenta un cuadro de vómitos incoercibles, acompañado de un cuadro de deshidratación. A la exploración presentaba un tumoración abdominal, discretamente dolorosa, con un abdomen distendido y timpanizado a la percusión. El paciente se somete a laparotomía urgente, donde se describe una dilatación de asas de intestino delgado en el segmento aferente a una masa quística, que engloba asas de delgado y desde donde parte asas de intestino delgado de calibre normal. Se realiza yeyunostomía temporal salvando la obstrucción y siendo el paciente dado de alta de forma precoz con transito establecido a través de dicho estoma y ausencia del cuadro emético. El paciente acude a nuestro servicio para reconstrucción del transito por intolerar la yeyunostomía. Se realiza nueva laparotomía. Se realiza una intensa adhesiolisis donde se identifica una asa proximal abocada a piel, siendo la correspondiente con el estoma. Distal a ella se identifica una gran masa quística de aproximadamente unos 12 cm, que sería la causante del cuadro obstructivo primario. Se lleva a cabo resección de dicha masa junto con resección de asa yeyuno afecta. Se identifica asa eferente a dicha masa de calibre normal. Se lleva a cabo resección de yeyunostomía y anastomosis primaria latero-lateral manual. El paciente presenta reestablecimiento del transito a los 4 días postcirugía con tolerancia favorable.

**Resultados:** La anatomía patológica es informada como: Linfangioma cavernoso mesentérico con extensión a capa muscular propia, submucosa y yeyunal, junto con una periye-

yunitis con cambios xantogranulomatosos atribuibles a material linfático extravasado. Lesión benigna pero con bordes de crecimiento impreciso. Se recomienda completar estudio para descartar más focos. Se lleva a cabo y se descartan.

**Conclusiones:** Presentamos este caso por la singularidad del mismo. Un paciente joven que acude por un cuadro de obstrucción intestinal y la presencia de una masa palpable, y cuyo resultado final es el de linfangioma cavernoso quístico en una localización inusual que sería el mesenterio y por proximidad asas de intestino delgado. Dicha masa provoca una inclusión de asas de delgado en la misma lo que condiciona el cuadro obstructivo. El tratamiento ha resultado ser el correcto, ya que el paciente se encuentra asintomático, con un tránsito reestablecido, y con tolerancia favorable. En los controles de imagen no se aprecia lesión residual, ni signos de recidiva de la misma.

## Fracturas costales inferiores como agente inciso en el traumatismo torácico cerrado. A propósito de un caso

Juan José Segura-Sampedro, Francisco García Gómez, Laura Arroyo Pareja, Sandra Liliana Pardo Prieto, Nicolás Moreno Mata

*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

Presentamos el caso de un hemotórax masivo tardío secundario a laceración diafragmática, repasando su diagnóstico, manejo y opciones terapéuticas. La lesión diafragmática se produce a las 72h del traumatismo, siguiendo el mecanismo de lesión penetrante en el traumatismo torácico cerrado, en el que el borde de fractura costal actúa a modo de puñal clavándose en la cúpula diafragmática. Este cuadro de shock hipovolémico tardío, de inicio súbito en el paciente politraumatizado con fracturas costales bajas es muy poco frecuente, no obstante, requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico y cirugía emergente si no es controlado mediante drenaje endotorácico.

## Absceso retromamario secundario a infección orofaríngea

Juan José Segura-Sampedro, Violeta Camacho Marente, Rosa Jiménez Rodríguez, Lizzet Castellanos

*Cosano, Javier Padillo Ruiz*

Hospital Universitario Virgen del Rocío Presentamos el caso de una infección de tejido blando retromamario en una paciente de 60 años previamente sana y cuya salud bucal no había sido estudiada. Se trata de un empiema rápidamente invasivo que avanzó por el plano pretraqueal hacia la región retromamaria, extendiéndose en su camino por región cervical y afectando a la unión esternoclavicular. El agente infeccioso identificado fue el *Streptococcus intermedius*, comensal habitual de la cavidad oral. La salud bucal del paciente, pese a no ser tenida en cuenta habitualmente puede ser el foco etiológico de cuadros sépticos de gravedad. La no identificación de

periodontitis o la sobreinfección de quistes tiroglosos por estos organismos puede retrasar el diagnóstico y con ello el tratamiento del cuadro, empeorando el pronóstico drásticamente.

## Control de la formación postgrado en cirugía general y del aparato digestivo

Juan José Segura-Sampedro, Fernando Docobo Durántez, José María Álamo, María Socas, Salvador Morales, Javier Padillo Ruiz

*Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General del Hospital Universitario Virgen Rocío. Sevilla*

**Objetivos:** Evaluar la cumplimentación de sus programas docentes mediante tutorización estructurada y personalizada con valoraciones periódicas y feed-back permanente.

**Material y métodos:** 20 Residentes de Cirugía, programa docente. Durante el período 2010-11. 4 residentes por cada año. Actividad recogida en libro electrónico Rotaciones según programa nacional de la especialidad. Rotación obligatoria en centro externo. Valoración en adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades.

**Resultados:** Se evalúa al grupo de 20 residentes durante el período 2010-2011. En la adquisición de conocimientos (participación en sesiones clínicas, asistencia a cursos del programa de formación común, una comunicación a reunión nacional como primer autor, una publicación nacional) todos alcanzaron los objetivos señalados. En las actitudes demostradas (asistencia, puntualidad, flexibilidad y participación en el trabajo diario), también fueron alcanzadas. Las habilidades desarrolladas (intervenciones quirúrgicas, asistencia a consultas externas e implicación en los enfermos hospitalizados) también lograron en todos los rotatorios los objetivos mínimos exigidos.

**Conclusiones:** Los planes de formación individualizados son una herramienta útil en la gestión de la formación postgrado en cirugía. Los objetivos de formación en conocimientos, actitudes y habilidades se alcanzaron en los informes de los tutores respectivos y libro del residente. El examen estructurado voluntario postrotación está siendo realizado en algunas unidades y debe ser potenciado en el futuro.

## Planes individualizados en programa de formación postgrado en cirugía general

Juan José Segura-Sampedro, Fernando Docobo Durántez, José María Álamo, María Socas, Salvador Morales, Javier Padillo Ruiz

*Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General del Hospital Universitario Virgen Rocío. Sevilla*

**Objetivos:** Valorar y evaluar los planes individualizados de formación (PIF) como herramienta en la formación postgrado en cirugía general, mediante tutorización estructurada y personalizada con valoraciones periódicas y retroalimentación ininterrumpida.

**Material y métodos:** 20 Residentes de Cirugía, programa docente. Durante el período 2011-12. 4 residentes por cada

año. Actividad recogida en libro electrónico Rotaciones según programa nacional de la especialidad. Rotación obligatoria en centro externo. Valoración en adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades.

**Resultados:** Se evalúa al grupo de 20 residentes durante el período 2011-2012. En la adquisición de conocimientos (participación en sesiones clínicas, asistencia a cursos del programa de formación común, una comunicación a reunión nacional como primer autor, una publicación nacional) todos alcanzaron los objetivos señalados. En las actitudes demostradas (asistencia, puntualidad, flexibilidad y participación en el trabajo diario), también fueron alcanzadas. Las habilidades desarrolladas (intervenciones quirúrgicas, asistencia a consultas externas e implicación en los enfermos hospitalizados) también lograron en todos los rotatorios los objetivos mínimos exigidos.

**Conclusiones:** Los planes de formación individualizados son una herramienta útil en la gestión de la formación postgrado en cirugía. Los objetivos de formación en conocimientos, actitudes y habilidades se alcanzaron en los informes de los tutores respectivos y libro del residente. El examen estructurado voluntario postrotación está siendo realizado en algunas unidades y debe ser potenciado en el futuro.

### Resultados a largo plazo de hemorroidectomía en cirugía mayor ambulatoria

Juan José Segura-Sampedro, Fernando Docobo Duránte, Daniel Aparicio, Mercedes Rubio, Julio Reguera- Rosal, Javier Padillo Ruiz

*Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General del Hospital Universitario Virgen Rocío. Sevilla.*

La hemorroidectomía en los programas de ambulatorización se mantiene en controversia en relación a la aceptación de los pacientes y al control del dolor postoperatorio. Se pretende valorar la eficacia y seguridad de la hemorroidectomía como procedimiento para ser realizado de forma segura y eficaz en un circuito quirúrgico ambulatorio. Cabe destacar, Índice resolución CMA: 1021 (96.96%), < 24 horas 27 (2.56%), > 24 horas 5 (0.47%) Reingreso : 15 ( 1.42%) Dolor, sangrado. Control al año: Curación 948 pacientes . (90.02%) . Molestias ocasionales 86 ( 8.16%), recidivas 19 ( 1.8%) Índice de satisfacción: Muy alto 263 (24.97%), alto 665 (63.15%) , medio 71 (6.74%) , bajo 54 (5.12%) De estos datos, concluimos que la hemorroidectomía es un procedimiento realizable con seguridad y eficacia en cirugía sin ingreso siempre que se consigan: Indicaciones precisas en pacientes colaboradores y apoyo social. Instalaciones y circuito asistencial adecuado. Información del procedimiento anestésico-quirúrgico y alta domiciliaria. Control evolutivo de los pacientes

### Resultados a largo plazo de la hemorroidectomía una serie de 1053 pacientes en CMA

Juan José Segura-Sampedro, Fernando Docobo Duránte, Daniel Aparicio, Mercedes Rubio, Julio Reguera- Rosal, Javier Padillo Ruiz

*Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General del Hospital Universitario Virgen Rocío. Sevilla.*

**Introducción:** La hemorroidectomía en los programas de ambulatorización se mantiene en controversia en relación a la aceptación de los pacientes y al control del dolor postoperatorio. Se pretende valorar la eficacia y seguridad de la hemorroidectomía como procedimiento para ser realizado de forma segura y eficaz en un circuito quirúrgico ambulatorio.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de una serie de 1053 pacientes intervenidos por patología hemorroidal de un total de 1168 pacientes operados en régimen de CMA entre 1996 y 2009, 1 año de curso postoperatorio mínimo. Criterios de inclusión: Presencia de 2-3 nódulos. Colaborador. Aspectos sociales y de ambulatorización cumplidos. ASA I-II-III compensados. No alergias demostradas a anestésicos locales. Ausencia discrasias sanguíneas o anticoagulación. Criterios de exclusión: Presencia de más de 3 nódulos o prolapso mucoso rectal. ASA III no compensados. Alergia a anestésicos locales y discrasias sanguíneas y anticoagulación. Se valoran aspectos epidemiológicos, procedimiento anestésico y quirúrgico. Se establecen controles postoperatorios telefónico ( línea abierta 24 horas ) y en las 24-48 horas, a la semana al mes y al año. Se valora el momento del alta de la UCMA (Índice resolución) y el Índice de satisfacción. Grado de dolor presentado. Reingresos y complicaciones.

**Resultados:** De un total de 1168 pacientes, 1053 fueron revisados al año. Edad media era de 44.67 años. 557 mujeres (52.89%) y 496 varones (47.10%). Número nódulos: I Nódulo 195 (18.51%) ; II Nódulos 603 (57.26%) ; III Nódulos 255 (24.21%). Precisarón segunda intervención programada 69 (6.55%) Técnicas realizadas: Ferguson: 840 (79.77%) primera intervención. 57 segunda intervención. Milligan Morgan: 213 (20.22%) primera intervención. 12 segunda intervención. Tipo de anestesia: Local mas sedación 622 (59.06%); Raquiánestesia 431 (43.72%) Índice resolución CMA: 1021 (96.96%), < 24 horas 27 (2.56%) , > 24 horas 5 (0.47%) Reingreso : 15 ( 1.42%) Dolor, sangrado. Control al año: Curación 948 pacientes . (90.02%) . Molestias ocasionales 86 ( 8.16%), recidivas 19 ( 1.8%) Índice de satisfacción: Muy alto 263 (24.97%), alto 665 (63.15%) , medio 71 (6.74%) , bajo 54 (5.12%)

**Conclusiones:** La hemorroidectomía es un procedimiento realizable con seguridad y eficacia en cirugía sin ingreso siempre que se consigan: Indicaciones precisas en pacientes colaboradores y apoyo social. Instalaciones y circuito asistencial adecuado. Información del procedimiento anestésico-quirúrgico y alta domiciliaria. Control evolutivo de los pacientes

### Esplenosis intrahepática. Un hallazgo incidental ante la sospecha de hepatocarcinoma

Tinoco González J, Jiménez G, Suárez G, Reguera J, Ramallo I, Álamo JM, Gómez MA, Marín LM, Bernal C, Padillo FJ

*HH UU Virgen del Rocío*

**Introducción:** La esplenosis es un hallazgo infrecuente que está en relación con agresiones esplénicas (traumáticas o quirúrgicas). El tejido se implanta, por contigüidad, sobre la

superficie hepática o por vía portal, donde se conforma como lesión intrahepática. Es una entidad distinta al bazo ectópico, comportándose de forma muy similar al adenoma o hepatocarcinoma.

*Caso Clínico:* Presentamos el caso de un varón de 60 años, que sufrió un traumatismo abdominal hace 36 años, realizándose esplenectomía de urgencia que necesito transfusión de hemáties, desarrollando una hepatitis crónica por VHC. Se detecta una lesión focal en segmento II, sugestiva de hepatocarcinoma.

*Discusión:* Si la esplenosis, histológicamente, presenta cápsula, es mas probable que la etiología sea mediante implantación iatrogénica, en lugar de una migración portal. La hepatitis crónica y el envejecimiento pueden favorecer el crecimiento de tejido esplénico ectópico. La gammagrafía es la prueba de elección ante el diagnóstico de sospecha, que no fue considerado en nuestro caso. Ante la posibilidad de lesión maligna, la indicación (según los criterios de Milán) fue la hepatectomía parcial.

*Conclusiones:* la esplenosis debe incluirse en el diagnóstico diferencial ante cualquier LOE en cualquier situación, si existe antecedentes de agresión esplénica. Por otro lado la prueba de elección para el diagnóstico de esplenosis es la gammagrafía con hemáties marcados con Tc99m.

### Trasplante hepático en hcc tratado previamente con queta

J. M. Avella, Y. Fundora, A. Becerra, K. M. Granero, T Villegas, D. Garrote L. J. A Ferrón O.

*Servicio de cirugía general. Unidad de Cirugía hepatobiliar y trasplante hepático. Hospital Virgen de las Nieves Granada*

*Introducción:* El trasplante de hígado es una modalidad ampliamente aceptada en el carcinoma hepatocelular, se valoraran para la inclusión en la lista ateniéndose a los criterios de Milán; nódulo único menor a 5 cm, menos de tres nódulos inferior a 3 cm de diámetro, ausencia de extensión extrahepática, ni invasión intravascular macroscópica. El tratamiento en Lista de espera de CHC pasa por control de crecimiento mediante QUETA. Presentamos a un paciente de 50 años con antecedentes sobrepeso, DMNID, HDA por varices esofágicas sangrantes, cirrosis hepática enólica con hipertensión portal diagnosticada en enero 2012, con desarrollo de dos nódulos hepáticos con eco, TAC Y RMN que muestran uno de 18 mm x15 mm en segmento IVB hipervasculares compatible con hepatocarcinoma y otra lesión de 12 mm en segmento II, siendo tratados con una sesión de quimioembolización transarterial, logrando una respuesta completa en la arteriografía posterior. Se inicia evaluación para trasplante en nuestra unidad 20-2-2012, siendo incluido en lista de espera 16-4-2012 con un Chlid-Pugh A-5 y MELD 11. Se ingresa el día 13/12/2012 para trasplante hepático al surgir un donante cadavérico compatible. Realizándose trasplante hepático según técnica habitual, con evolución favorable en el postoperatorio en UCI, pudiéndose realizar una extubación precoz. Con prueba de imagen en el primer día que no mostro alteraciones significativas en el injerto o sus anastomosis

vasculares. A destacar hiperglucemias que han precisado de insulina y rbdomiolisis sin disfunción renal, en planta a destacar en analítica tendencia inicial a la colestasis que motivo a cambiar el régimen inmunosupresor, con adicción de mofetilmicofenolato a partir del 6ª día con normalización posterior de la analítica, con ecografía de control del 12ª día dentro de la normalidad procediéndose al alta en el 15º día. La anatomía patológica hígado receptor Cirrosis hepática mixta con escasa actividad. Evidenciándose área moderadamente necrótica (quimioembolización), sin que se observen imágenes de hepatocarcinoma. Hígado donante mínimas lesiones secundarias a isquemia y manipulación. En revisión en consulta externa excelente estado general en seguimiento también por hepatología con tto con triple terapia tacrolimus+ MMF+ CS.

*Conclusiones:* En espera del trasplante hepático la realización de QUETA es una opción terapéutica valida, teniendo en cuenta el tiempo en lista de espera, ya que puede necrosar completamente el HCC, con impacto en el control local sistémico de la enfermedad. Se necesita la realización de estudios prospectivos que validen los resultados

### Estudio en candidatos a trasplante hepático de prevalencia de periodontitis apical y frecuencia de tratamiento endodóntico

Juan José Segura-Sampedro, Lizzet Castellanos Cosano, Guillermo Machuca Portillo, Daniel TorresLagares, Juan José Segura-Egea

*Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

*Objetivos:* Investigar la prevalencia de periodontitis apical y tratamiento endodóntico en pacientes candidatos a trasplante hepático y sujetos control sanos.

*Material y métodos:* Estudio cruzado descriptivo. 42 candidatos a trasplante hepático (grupo casos). Alisis estadístico usando la Chi-cuadrado y regresión logística Resultados: Mostraron signos radiológicos de Periodontitis Apical en al menos un diente el 79% de pacientes del grupo casos y el 50% del grupo control (p = 0.008; OR = 3,7; C. I. 95% = 1.4 - 9.5). Al menos un diente habiendo recibido tratamiento endodóntico en el 19% y el 62% de los casos y control respectivamente (p = 0.0001; OR = 0.14; 95% C. I. = 0.05 - 0.38). Entre los pacientes candidatos a trasplante hepático el 14.7% de sus dientes padecía periodontitis apical, mientras que del grupo control tan sólo el 4.2% de los dientes estaban afectados (p=0.0002). El porcentaje de dientes tratados mediante endodoncia en el grupo de casos y el control fue de 1,5% y 6.8%, respectivamente (p = 0.0002).

*Conclusiones:* Los candidatos a trasplante hepático presentaron una mayor prevalencia de signos radiológicos compatibles con daño periapical y una menor frecuencia de tratamiento endodóntico que sujetos sanos.

### Fractura bilateral de cadera como primera manifestación del hiperparatiroidismo primario

I. Fernández Burgos, B. García Albiach, C. Jiménez Mazure, M. Ribeiro González, L. Martínez Meseguer, J. Santoyo Santoyo  
*HRU Carlos Haya*

**Introducción:** Actualmente en la mayoría de los casos, el diagnóstico de hiperparatiroidismo (HPT) es un hallazgo casual durante un análisis rutinario. La gravedad de la enfermedad ósea en el HPT depende del tiempo de evolución y de las cifras PTH; la pérdida de hueso que solemos observar es menor que la visualizada hace una década. Estas formas menos evolucionadas del HPT suelen debutar con síntomas osteoarticulares menores, poliartalgias, astenia, debilidad muscular, síndromes depresivos, molestias digestivas o estreñimiento pertinaz.

**Caso Clínico:** Varón de 44 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, que durante su ingreso en Traumatología en Septiembre 2012 por fractura espontánea bilateral de cadera se identificó: Calcio sérico: 13 mg/dl. Ante la sospecha de HPT se analizó PTH: 3848. Creatinina: 2.9. El paciente refería clínica de un año de evolución de artralgias generalizadas, astenia, pérdida de peso de entre 6-7 kg, asociado a alteraciones del estado de ánimo con tendencias depresivas. El estudio radiológico evidenció: osteopenia generalizada, acentuada en las manos con marcados signos de resorción subperióstica a nivel de falanges y cráneo en "sal y pimienta". Ecografía: nefrocalcinosis, que justificaba la IRC bilateral. Ante la sospecha clínica de carcinoma paratiroideo, se realiza estudio gammagráfico con MIBI, siendo este compatible. Se realizó paratiroidectomía inferior derecha con monitorización intraoperatoria de PTH como prueba diagnóstica de eficacia terapéutica; pasando los valores de PTH inicial: 3919 a 1025, diez minutos después de la exéresis. Durante el postoperatorio presentó hipocalcemia inusualmente grave y prolongada que no se controlaron pese a tratamiento con gluconato cálcico intravenosa y 1,25 (OH)<sub>2</sub> vitamina D (calcitriol). Asociada a hipofosfatemia e hipomagnesemia, compatibles con el "Síndrome de hueso hambriento. Los hallazgos anatomopatológicos: descartaron malignidad, confirmando Adenoma parotideo.

**Discusión:** El Síndrome del Hueso hambriento (SHH) es una entidad que se caracteriza por hipocalcemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia secundaria a una excesiva remineralización ósea y puede aparecer entre el primer y el sexto día tras una paratiroidectomía, momento en que los niveles séricos de PTH caen acusadamente y la resorción ósea inducida por la PTH cesan, mientras que la actividad osteoblástica continúa dando como resultado un incremento en la captación ósea de calcio, fosfato y magnesio, apareciendo así el SHH. El SHH puede tener una gravedad y duración que lo hagan un riesgo vital para el paciente y constituir un complejo desafío terapéutico. Por ello hemos de estar alerta y tener siempre presente este tipo de complicaciones postoperatoria; E incluso incorporar la administración preoperatoria de bifosfonatos para prevenirlos.

### Hernia de garengoot con apendicitis aguda asociada

Carolina Arcos Quirós, Esperanza Hernández Ollero, José Antonio Guerra Bautista, Javier Mena Raposo, Dolores Candil Comensal.

*Hospital de la Merced. Osuna, Sevilla*

**Introducción:** La historia de la hernia es tan antigua como la humanidad y ha sido siempre tema de interés de anatomistas, cirujanos e historiadores. Las hernias contenedoras de apéndice cecal, constituyen una rareza en la práctica médica habitual. La hernia de Garengoot es una rareza dentro de las hernias de pared abdominal, describe la incarceration del apéndice cecal dentro de un saco crural. Está reportado que sólo el 0.13% de los casos de apendicitis aguda se vinculan con estas hernias. Fue descrita por De Garengoot, cirujano parisino del siglo XVIII, quien en 1731 describió el apéndice en un saco crural. A continuación se presenta un caso clínico de hernia de Garengoot con apendicitis aguda asociada.

**Caso Clínico:** Mujer de 63 años sin antecedentes de interés que acude por presentar bultoma y dolor crural derecho de 48 horas de evolución. A la exploración física destacaba dolor y tumoración crural derecha con signos inflamatorios locales, compatible con hernia crural incarcerada. Se realizó analítica donde destacaba leucocitosis con neutrofilia (13300, 81.4%) y PCR 134, radiografía abdomen sin hallazgos, y ecografía-TAC abdomen donde se observa hernia crural derecha, de 53 x 35 x 30 mm de saco herniario, en su interior el apéndice aumentado de calibre, con aumento de captación de sus paredes y deslustramiento de la grasa adyacente. El ciego se visualiza intraperitoneal, estando el cuello del apéndice justo en el anillo herniario. Dado los hallazgos, se decide realizar intervención quirúrgica urgente, observándose saco herniario crural derecho con apéndice cecal incluido en el mismo que presentaba signos inflamatorios, practicándose apendicetomía y hernioplastia inguinal. Tras la intervención la paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta a los 3 días, sin presentar complicaciones asociadas. El análisis histológico confirmó la existencia de apendicitis aguda flemosa con periapendicitis.

**Discusión:** Las hernias crurales son más frecuentes en mujeres que en hombres. La edad media de los pacientes es de 69 años, lo que revela una tendencia a formarse en la vejez. La hernia crural es una protrusión frecuente; sin embargo, rara vez se observa que el apéndice cecal forme parte del contenido herniado. La incidencia del hallazgo de un apéndice normal dentro de un saco herniario, es del 1%, mientras que solo el 0.1% de todos los casos de apendicitis, ocurren en una hernia, lo cual muestra la rareza de este padecimiento. La apendicitis aguda en una hernia crural, puede ser una consecuencia del encarcelamiento y estrangulación del apéndice cecal, más que de la obstrucción interna causada por hipertrofia de un nódulo linfático o apendicolito. En estos casos, el cuello apretado del canal femoral aísla la enfermedad y a menudo previene los signos abdominales generalizados del apéndice. El diagnóstico preoperatorio es excepcional. Algunos autores proponen que la presencia de dolor y de signos de irritación peritoneal junto con la presencia de hernia incarcerada, podría hacernos pensar en la presencia de apendicitis en el interior del saco herniario y que la prueba de imagen que podría ayudarnos es

el TAC abdominal, como muestra el caso presentado. El tratamiento más aceptado y usado es la apendicetomía y herniorrafia/hernioplastia de urgencia. Es motivo de controversia el uso o no de material protésico. De acuerdo con algunos autores, si el apéndice es normal no se requiere apendicetomía, mientras que si es agudo es necesario hacerla dentro del saco herniario. Otros consideran que aunque el apéndice no revele signos macroscópicos de inflamación, se debería realizar apendicetomía reglada en todos los casos, porque no se puede descartar que existan signos microscópicos de inflamación, causados por la compresión e isquemia del cuello herniario; sin suponer mayor complejidad quirúrgica la extirpación del apéndice a través del saco.

## Cirugía urgente del Linfoma de Burkitt intestinal como causa infrecuente de obstrucción completa

Camacho V; Garcia-Ruiz S; Rodriguez-Jimenez R; López-Bernal F; Alarcón I; Flores M, Cañete J; Pareja F; Padillo FJ

*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

**Introducción:** El linfoma de Burkitt (L.B.) es una neoplasia de células B de alto grado, que se manifiesta con una afectación extranodal y tiene dos formas mayores, la forma endémica o africana y la forma no endémica o esporádica. Es uno de los tumores malignos de más rápido crecimiento. Sus células al microscopio adoptan una formación en “cielo estrellado”. La forma esporádica aun infrecuente puede comprometer órganos abdominales, sobre todo íleon distal, ciego o mesenterio. Comentaremos el caso de un paciente atendido por nuestra unidad, afectado por un linfoma intestinal tipo Burkitt que debutó como cuadro de obstrucción intestinal.

**Caso Clínico:** Paciente varón, 46 años, sin antecedentes de interés que consulta en el servicio de urgencias de nuestro hospital por cuadro de vómitos, anorexia y estreñimiento de una semana de evolución. Epigastralgia intensa desde hacia dos meses. En la exploración abdominal, abdomen blando y depresible, no distendido, timpánico. A la palpación sensación de masa en flanco izquierdo. La analítica completa fue normal y se encontraron pequeños niveles hidroaéreos de intestino delgado en la placa de abdomen. Se realiza TAC con contraste que informa de la existencia de una masa sólida en la pared de yeyuno de 60x 67x 52 mm, dilatación proximal de asas de delgado y cuadro suboclusivo. Adenopatía mesenterica adyacente de <15mm. Se indica intervención quirúrgica urgente para resolver el cuadro obstructivo, encontrándose dos tumores sincrónicos en yeyuno, uno a 100 cms del angulo de Treitz y otro a 120 cms del Treitz de unos 5,5 mm y 3 mm de diámetro respectivamente, además de múltiples adenopatías que por su probabilidad de infiltración vascular no fueron resecaadas. La anatomía patológica reveló la existencia de una neoplasia linfoproliferativa con celulas linfoides de mediano tamaño y patrón en mosaico y areas de “cielo estrellado” con indice proliferativo del 100% (ki- 67). Compatible con linfoma de Burkitt, estadio IV-B. En el TAC de control postintervención se apreció masa yeyunal de 6,5x 5,5 cm. posteriormente confirmada por PET sin otros hallazgos com-

patibles con recidiva tumoral. Se realizaron citología de LCR y anatomia patológica de MO que fueron negativas. Actualmente el paciente se encuentra en remisión tras tratamiento según protocolo BURKIMAB 2008.

**Discusión:** El linfoma de Burkitt es una neoplasia intestinal infrecuente. Pueden presentarse con distensión, dolor, o síntomas de obstrucción intestinal secundarios a intususpección ileo-cecal causada por el crecimiento tumoral o por la estenosis de su luz. Las complicaciones mas frecuentes son la formación de fístulas y la perforación intestinal, disfagia y melenas son menos frecuentes. El rol de la cirugía en estos pacientes no esta claramente definido, se reserva para la toma de biopsia de tejidos, y para la exploración en pacientes con síntomas de abdomen agudo u obstructivos o para resección de grandes masas tumorales como prevención de complicaciones metabólicas ya que la cirugía no es un tratamiento curativo sino sintomático y retrasa el comienzo del tratamiento quimioterápico.

## Esplenectomía transtorácica en paciente politraumatizado. Manejo del politrauma en nuestro centro

Gómez Pérez, R., Cañizo Rincón I, Hernández González J.M, Maiquez Abril R, Soler Humanes R, Sanchíz Cárdenas E, Roldán de la Rúa

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga*

**Introducción:** El manejo de los pacientes politraumatizados (PPT) ha cambiado en los últimos años gracias a la cirugía del control de daños. En nuestro hospital se ha instaurado el llamado “Código Trauma” tomando como modelos los grandes centros de Trauma. Este código se activa cuando en Admisión se registra la entrada de un PPT (un accidente de tráfico, precipitados o agresiones). Desde centralitase avisa a cirujanos generales, traumatólogos, intensivistas y radiólogos que acuden al box de Críticos donde se evalúa al paciente de forma integral. Se presenta el caso de un paciente politraumatizado en el que se siguió el protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support), gracias a lo cual se evitaron demoras diagnósticas innecesarias y se pudo tratar de forma eficaz.

**Caso Clínico:** Paciente de 67 años traído a nuestro centro tras accidente de moto (alcanzado de forma lateral por un camión). Se encontraba estuporoso e hipotenso a pesar de la reposición con volumen. En la radiografía de tórax portátil se muestra un pulmón izquierdo blanco. Ante la sospecha de hemotórax se coloca tubo de tórax con salida de 800cc de sangre.. Se realiza EcoFAST sin evidenciar líquido libre en cavidad abdominal, no pudiendo visualizar bazo en el estudio. Durante esta evaluación según el modelo de ATLS, alcanza los 1500cc de hemáticos por el tubo de tórax y continúa hipotenso y taquicárdico. Se decide intubación en box de críticos y traslado a quirófano de urgencias sin realización de más pruebas complementarias debido a la inestabilidad hemodinámica del paciente. Se realiza toracotomía izquierda de urgencias objetivándose hemotorax y desinserción del hemidiafragma izquierdo, encontrándose el bazo, y otras vísceras abdominales desplazadas a tórax.. El bazo con una impor-

tante laceración con sangrado activo. Se llevó a cabo una esplenectomía a través de la toracotomía. Se reintrodujeron las vísceras en cavidad abdominal tras comprobar que no tenían lesiones. Se revisó el resto de la cavidad torácica y se reparó el diafragma con puntos sueltos de material irreabsorbible. Tras su estabilización se realizó un bodyTAC sin objetivarse otras lesiones. El paciente evolucionó favorablemente en la unidad de Recuperación y fue dado de alta tras varias semanas.

*Discusión:* El paciente politraumatizado representa un reto, precisa una buena organización institucional, un personal bien formado y sobretodo coordinación en el todo el proceso. En nuestro servicio nos estamos formando en la atención a este tipo de pacientes. El plan formativo de los residentes incluye la realización del curso ATLS y el DSTC (Definitive Surgery for Trauma Care). En este caso, gracias a un buen manejo desde que el paciente fue recibido por el personal de urgencias y la rapidez en la toma de decisiones, sin demorar la intervención por realizar más pruebas diagnósticas, se pudo salvar al paciente.

### Mixoma intramuscular de miembro inferior

Guerra Bautista Jose Antonio, Muñoz Boo José Luis, Moalla Massa Abdul Karim, Hernandez Ollero Esperanza, Acedo Diaz Francisco.

*Hospital de la Merced (Osuna)*

*Introducción:* El mixoma intramuscular es una tumoración profunda de partes blandas, de comportamiento benigno y de muy rara aparición, situada con más frecuencia en la región glútea y en las zonas proximales de las extremidades. Probablemente se trate más de una lesión reactiva no neoplásica que de un verdadero tumor benigno. La recidiva tras tratamiento quirúrgico es excepcional.

*Caso clínico:* Varón de 65 años que acude a consulta por presentar tumoración subcutánea en tercio medio de muslo derecho. La lesión ha presentado crecimiento lento en los últimos 6 meses sin provocarle molestias. No existen antecedentes de traumatismo en la zona. En la exploración se evidencia una tumoración blanda, elástica y rodadera, de unos 4cm de diámetro compatible con lipoma encapsulado. Se procedió a intervenir al paciente, descubriendo una tumoración de aspecto quístico en el espesor del músculo vasto interno. Se aspira contenido gelatinoso amarillento de su interior y se amplían márgenes hasta reseca la envuelta capsular. El informe histológico confirma el diagnóstico de mixoma. El paciente presenta dehiscencia de herida cutánea y emisión de material viscoso a los 10-12 días y se cita para drenaje y curas en consulta, curando rápidamente por segunda intención. Al año de la intervención quirúrgica no existen signos de recidiva clínica ni radiológica.

*Discusión:* El mixoma intramuscular supone el 0.12% de los tumores de partes blandas, existiendo 0.13 casos por cada 100000 personas. Su génesis no está bien aclarada, apoyando la tesis de la lesión reactiva el hecho de que las células mixoides originadas de fibroblastos o células mesenquimales primitivas entran en una fase secretora exacerbada. Generalmente afecta a mujeres en edades intermedias de la vida. Se

presenta como tumor de localización profunda, en relación con la musculatura esquelética, no doloroso y de crecimiento lento. Aunque se encuentran preferentemente en la región glútea, brazos y muslos, están descritos aisladamente además en cara, cuello, espalda, pared abdominal y región inguinal. Su comportamiento es benigno, no maligniza ni metastatiza. Excepcionalmente recidiva localmente, aunque los casos aislados comunicados recomiendan la extirpación quirúrgica completa con márgenes de seguridad como el tratamiento de elección. El diagnóstico por imagen (Ecografía, Doppler y TAC) lo describe como una tumoración hipoeoica, hipovascularizada e hipodensa. En la RMN se asemeja a un quiste. El diagnóstico de sospecha lo da la PAAF y el definitivo la biopsia. Histológicamente se trata de un tumor hipocelular e hipovascular, compuesto por células fusiformes con núcleo picnótico y citoplasma escaso, separadas entre sí por abundante sustancia mixoide rica en mucopolisacáridos ácidos. En la periferia se aprecia edema y atrofia de las fibras del músculo estriado. Suele presentar inmunohistoquímica negativa para proteína s-100, desmina, alfa-SM actina y alfa-1 antitripsina, y positiva para vimentina.

### Mucosectomía quirúrgica duodenal por polipos duodenales benignos esporádicos

Autores: Zambudio Carroll, Natalia; Paz Yáñez, Alejandro; Álvarez Martín, María Jesús; García Navarro, Ana; Segura Reyes, Manuel

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada*

*Introducción:* Se conocen como pólipos duodenales esporádicos a aquellos que no aparecen en el contexto de una enfermedad polipoidea adenomatosa familiar. Se detectan en un 0.3-4.6% de pacientes que se realizan una endoscopia digestiva alta (EDA), cifra que va en aumento por la generalización del uso de esta prueba. Desde el punto de vista histológico, podemos encontrar lesiones submucosas (GIST, carcinoides,...), lesiones mucosas (tumores de las glándulas de Brunner, heterotopia gástrica,...) y adenomas duodenales. Cabe diferenciar también los pólipos que afectan o no al área periampular. Estos segundos normalmente se encuentran en la primera y segunda porción duodenales, son sésiles y suelen ser adenomas si su tamaño es mayor de 10mm. La mayoría de los pacientes están asintomáticos en el momento del diagnóstico, pudiendo ser también el sangrado, la anemia y el dolor abdominal la forma de presentación.

*Objetivos:* Presentar dos casos de pólipos duodenales mucosos en los que fue necesaria la cirugía para su extirpación.

*Material y métodos:* **CASO I:** Mujer de 58 años con antecedentes personales de obesidad, que tras un episodio de cefalea, astenia y mialgias se detecta una anemia microcítica de 4,5 mgr/dl en el Servicio de Urgencias, requiriendo una transfusión de 3 concentrados de hemáties. La paciente no refería cambios en su tránsito gastrointestinal. No ingesta de AINE. En la endoscopia digestiva alta se visualizó un pólipo pediculado de 3,5cm. en cara posterior del bulbo duodenal con biopsia compatible con benignidad. Debido a su tamaño y a la dificultad de la maniobrabilidad del bulbo duodenal,

no se consideró candidata a resección endoscópica. Se realizó una laparotomía media supraumbilical y tras duodenotomía anterior se observa en región post pilórica la tumoración con una base pediculada de 1 cm aproximadamente. Se practicó una mucosectomía incluyendo la base y cierre del defecto mucoso con sutura reabsorbible. **CASO 2:** Varón de 60 años sin antecedentes patológicos, que por epigastralgias se le realizó una Endoscopia digestiva alta, donde se observó un pólipo de 1.5 cm. post-pilórico cuya biopsia habla de fragmentos de mucosa gástrica con cambios adenomatosos. Ante la irreseccabilidad endoscópica, se decide intervención quirúrgica programada. Se realizó una laparotomía media supraumbilical seguida de una duodenopilorotomía anterior y detectándose una tumoración plana de unas dimensiones de 3 x 1 cm en cara posterior/cara infero-anterior duodenal, afectando también a la vertiente duodenal del píloro. Se realizó mucosectomía incluyendo a la lesión y cierre de la mucosa con sutura reabsorbible.

**Resultados:** CASO 1: Buena evolución, con adecuada re-inauguración del tránsito oral y alta al 4º día postoperatorio. Anatomía patológica: Pólipo adenomatoso. CASO 2: Buena evolución, como incidencia desarrollo de cuadro de varicela en el postoperatorio. Alta al 5º día postoperatorio. Anatomía Patológica: Pólipo hiperplásico.

**Conclusiones:** El tratamiento de estas lesiones puede ser: a) Endoscópico: Existen distintas técnicas, sin embargo, la condición de pólipos sésiles o planos dificultan realmente su exéresis por esa vía, reservándose para centros con unidades de amplia experiencia. b) Resección quirúrgica local: La principal ventaja es que proporciona menor morbilidad y mortalidad que la cirugía radical. Por otro lado, en las escasas series que existen, tienen una mayor recidiva, por lo que sería necesario un seguimiento endoscópico. c) Resección radical: Incluyen todas las cirugías de resección del duodeno, desde la duodenopancreatectomía cefálica (con o sin preservación de píloro) hasta la duodenectomía con preservación pilórica y pancreática. Dichas intervenciones pueden estar asociadas a unas elevadas cifras de morbimortalidad. Aunque la endoscopia consigue resecar la mayor parte de los pólipos duodenales benignos que afectan a la mucosa, en aquellas situaciones en las que el pólipo es muy grande o con una amplia base de implantación puede ser necesaria la resección quirúrgica. Siendo la mucosectomía quirúrgica una buena alternativa con una menor morbi-mortalidad que la cirugía duodenal más radical (duodenopancreatectomía cefálica). Sin embargo es aconsejable el seguimiento endoscópico posterior para descartar posibles recidivas.

### Manejo de las perforaciones esofágicas. Presentación de dos casos en el hospital virgen de las nieves de granada

Zambudio Carroll, Natalia; Turiño Luque, Jesús; Álvarez Martín, M. Jesús; García Navarro, Ana; Segura Reyes, Manuel; Gonzalez Pe

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada*

**Introducción:** El manejo más óptimo de la perforación del esófago continua siendo controvertido. El 15%-35% de los casos es debida a ingestión de un cuerpo extraño. La perforación del esófago cervical tiene una mortalidad del 5.9% frente al 10.4% del torácico. Ello es debido a que, en la del esófago cervical, la mediastinitis es infrecuente. Entre los factores pronóstico destacan: edad > 50 años, retraso en el tratamiento mayor de 24 horas y lesiones asociadas en otras cavidades. El tratamiento de la perforación del esófago cervical puede ser conservador ó quirúrgico; así los casos de menos de 24 horas de evolución en los que la inflamación es muy local, con una perforación bien contenida y mínima contaminación cervical y mediastinica, puede ser suficiente la esofagoscopia con extracción del cuerpo extraño asociado a antibioticoterapia de amplio espectro y dieta absoluta. Si se evidencia absceso cervical se debe intervenir sin retraso. En los pacientes con demora diagnóstica, se recomienda exploración y drenaje quirúrgico cervical, no siendo necesaria la reparación de la perforación.

**Objetivos:** Presentar dos casos de perforación del esófago cervical que precisaron actuación quirúrgica.

**Material y métodos:** CASO 1: Varón de 60 años con antecedentes de hemiparesia espástica congénita y déficit cognitivo. Esofagoscopia rígida hacia cuatro días para extracción de cuerpo extraño, hueso de pollo, anclado en esófago cervical. La tomografía axial cervical y torácica mostraba: signos indirectos de perforación esófago cervical con enfisema subcutáneo. Se intervino de urgencias realizándose cervicotomía lateral izquierda, drenando abundante pus y evidenciando pequeño orificio de perforación en cara posterior del esófago, sobre el cual no se actuó. Se realizó abundante lavado y colocación de drenaje cervical. CASO 2: Mujer de 84 años con antecedentes de Insuficiencia Cardíaca congestiva y Alzheimer. Consultó por disfagia y odinofagia de dos días de evolución. TAC cervico-torácico: Cuerpo extraño en boca de Killian, enfisema subcutáneo cervical y rodeando el tercio superior del esófago torácico. Mediante esofagoscopio rígido se extrajo un hueso de pollo. Posteriormente se realizó cervicotomía lateral izquierda evidenciando abundante edema y enfisema sin lograr visualizar el orificio de la perforación. Se realizó lavado cervical y drenaje. En ambos se asoció antibioticoterapia sistémica y reposo digestivo.

**Resultados:** CASO 1: Buena evolución con tránsito de control sin evidencia de fuga y adecuada reinstauración de la ingesta oral. CASO 2: Inicialmente evolución adecuada sin evidencia de fugas y adecuada ingesta oral, pero fallece por descompensación de su insuficiencia cardíaca.

**Conclusiones:** El diagnóstico de sospecha de perforación esofágica puede establecerse clínica y radiológicamente, por la presencia de aire y/o ensanchamiento de los tejidos blandos retrofaringeo, extravasación de contraste o un cuerpo extraño extraluminal. Ante la mínima sospecha de que el paciente no evoluciona adecuadamente, persistencia ó agravamiento del dolor, aparición de fiebre, leucocitosis y/o enfisema subcutáneo ó mediastinico se debe de realizar una TAC o ECO cervical para descartar posibles complicaciones como absceso cervical y mediastinico ante las que no se debe demorar la indicación quirúrgica.

### Fístula rectovaginal sin lesión esfinteriana

R Silva, C; Toval Mata, JC; Jiménez Mazure, C; Ruiz Lopez, M; Carrasco Campos, J; Glez Poveda, I; Mera Velasco, S; Santoyo, J

HRU Carlos Haya

**Introducción:** Las fístulas rectovaginales y los desgarros esfinterianos obstétricos son complicaciones infrecuentes hoy día, que siempre aparecen tras el parto vaginal, instrumentado o no. Se suelen acompañar de incontinencia fecal; su aparición se ha relacionado con diversos factores de riesgo: parto instrumental, nuliparidad, distocia de hombros, episiotomía y neonatos con peso superior a 4 kg.

**Caso clínico:** Mujer de 25 años, obesa, sin otros antecedentes de interés. Tras parto distócico que precisó vacuoextracción, sufre desgarro rectovaginal y dislaceración de esfínter anal externo, realizándose sutura inmediata de la lesión en dos planos y refuerzo de esfínter anal externo. Desde postparto inmediato, presenta expulsión de heces a través de vagina, conservando adecuada continencia, remitiéndose a nuestro centro para valoración. A la exploración física se aprecia amplio desgarro rectovaginal longitudinal, extendiéndose hasta tercio superior de vagina con dehiscencia de la sutura previa. Esfínteres con tono y motilidad correctos. Se realizó colostomía izquierda derivativa temporal vía laparoscópica y reparación del defecto en colaboración con Servicio de Ginecología, suturándose en tres planos: mucosa rectal, pared rectal y pared vaginal. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. Conclusiones: El desgarro rectovaginal sin afectación esfinteriana es infrecuente, y no debemos olvidar que los esfínteres están implicados en la mayoría de los desgarros obstétricos severos. La ecografía endoanal es la técnica de imagen diagnóstica más indicada. La sutura siguiendo criterios anatómicos y el mantenimiento de la lesión perineal en un ambiente lo más aséptico posible, son cruciales para el tratamiento. Incluso, en determinadas pacientes, según la magnitud de la lesión y las condiciones locales, puede ser necesario un estoma temporal. Por tanto, la optimización del tratamiento médico y quirúrgico combinada con la eventual realización de una colostomía temporal, permite el adecuado manejo de la lesión perineal moderada a severa.

### Angiosarcoma secundario de mama: a propósito de un caso con recidiva inusual

Rafael Delgado Estepa, Joaquín Navarro Cecilia, Carolina Luque López, Juan Jiménez Anula, M<sup>a</sup> Dolores Martín Salva, Rocío Polo Muñoz Complejo Hospitalario de Jaén

Debido al incremento de la cirugía conservadora de la mama con radioterapia adyuvante para el tratamiento de los estadios precoces del cáncer de mama, ha aparecido un aumento en la incidencia de sarcomas radioinducidos. El angiosarcoma es un tumor maligno derivado del endotelio vascular y que puede presentarse en la mama de manera primaria o secundario a radioterapia. El angiosarcoma mamario secundario a radioterapia (AMSR) es aquel que se desarrolla en pacientes con cáncer de mama y tratados con cirugía con-

servadora y radioterapia. Presentamos el caso de una paciente que fue intervenida en el año 2005, a los 44 años de edad, de carcinoma de mama en cuadrante supero-externo de mama izquierda mediante cirugía conservadora y linfadenectomía axilar. El estudio anatomopatológico informó de carcinoma ductal infiltrante, pT1 pNO, receptores estrogénicos 90% (+++), receptores de progesterona 30% (++) Y HER2 negativa (Luminal A). Tras la intervención recibió radioterapia (50 Gy en toda la mama con sobreimpresión en lecho tumoral de 10 Gy) Y posterior tratamiento con tamoxifeno. En las revisiones posteriores no se detectaron lesiones metastásicas ni linfedema. En abril de 2012 se realizó, en el Servicio de Dermatología, extirpación quirúrgica de un nódulo cutáneo de color rojo-vinoso en cuadrante ínfero-interno de la mama izquierda. El diagnóstico fue angiosarcoma epitelioides post-radioterapia, grado III. En la exploración realizada en nuestra Unidad se apreciaron lesiones cutáneas de aspecto eritematoso/violáceo que afectaban a ambos cuadrantes inferiores de la mama izquierda, junto a cicatriz de exéresis de la lesión descrita. La palpación no detectó nódulos ni otros signos de recidiva loco-regional. En la mamografía realizada no se identificaron signos de malignidad. Se indicó tratamiento quirúrgico que consistió en mastectomía simple con amplia exéresis cutánea y reconstrucción inmediata con colgajo músculo-cutáneo de dorsal ancho. El resultado anatomopatológico fue de múltiples focos de tamaño variable, algunos microscópicos, de angiosarcoma bien diferenciado (grado I) en un área aproximada de 4 cm de diámetro, con afectación de piel y tejido subcutáneo. Bordes quirúrgicos libres. Tras un mes, aparecieron unas máculas rojo vinosas circunscritas en la isla cutánea del colgajo reconstructivo, sin invadir la piel remanente radiada del polo inferior. Por su antecedente, se extirparon con un margen amplio y dieron como resultado angiosarcoma bien diferenciado (grado I), con dos focos sin continuidad, uno de 12 mm en dermis y otro subcutáneo de 3 mm. Inmunohistoquímica: CD31+, Ag Factor VIII + Y CD 34+. Ki67: 45%. Dado la agresividad local, se procedió a una ampliación de 15x7 cm de la zona, con extirpación de parte del colgajo (piel, tejido celular subcutáneo y músculo), cápsula periprotésica y gran parte de la piel radiada restante. El resultado fue negativo para infiltración neoplásica. Actualmente lleva 6 meses sin recidiva local ni enfermedad sistémica. El caso que presentamos tiene interés por su desarrollo atípico, con la evolución de angiosarcoma secundario de alto grado a bajo grado y su recurrencia precoz multifocal siendo de bajo grado, circunscrita en el colgajo de reconstrucción postmastectomía pero sin afectar a la zona radiada ni cicatriz de la mastectomía.

### Mastectomía ahorradora de piel: reconstrucción inmediata y seguridad oncológica

Rafael Delgado Estepa, Joaquín Navarro Cecilia, Carolina Luque López, Basilio Dueñas Rodríguez, Julia Martínez Ferrol, Francisco Morales Vida, Rocío Polo Muñoz

Complejo Hospitalario de Jaén

Desde la introducción de la cirugía conservadora de la mama y la quimioterapia neoadyuvante, la incidencia de

las mastectomías han ido disminuyendo, pero todavía son inevitables en tumores desproporcionados con respecto al tamaño de la mama o multicéntricos, en aquellas con alto riesgo familiar o personal, cuando haya contraindicación de radioterapia postoperatoria o bien si la preferencia de la paciente es una mastectomía de entrada. Se describen el tipo de incisiones (variarán según el tamaño y la configuración de la mama afecta y de la contra lateral, del tamaño y la localización del tumor, de la localización de la biopsia previa y de la preferencia del cirujano), siempre planeado con vistas a una reconstrucción mamaria inmediata. Se ha probado que la reconstrucción inmediata, comparada con la diferida, mejora la relación coste/efectividad (eficiencia) ya que requiere una sola operación y un único ingreso hospitalario, y disminuye las bajas laborales por enfermedad. Las incisiones más utilizadas son la periareolar (circular), periareolar con prolongación lateral (en raqueta de tenis), periareolar con prolongaciones lateral y medial, periareolar elíptica y las del tipo mamoplastia de reducción o mastopexia. Existen múltiples artículos que apoyan la seguridad oncológica de esta técnica, con porcentaje de recaídas locales similar al de la mastectomía radical. Es un procedimiento seguro desde el punto de vista oncológico, facilita la reconstrucción de la mama con una forma más natural y simétrica con escasos cambios en el color dérmico, disminuyendo la morbilidad psicológica y obteniendo unos buenos resultados estéticos. La radioterapia postoperatoria puede empeorar el resultado reconstructivo, pero no representa una contraindicación absoluta.

### Opciones oncoplásticas del cuadrante inferointerno mamario

Rafael Delgado Estepa, Joaquín Navarro Cecilia, Carolina Luque López, Araceli Cantón García, Crisóstomo Ureña Tiraó, Manuel Capllonch Blanco, Rocío Polo Muñoz

*Complejo Hospitalario de Jaén*

En la actualidad, el tratamiento de la gran mayoría de los tumores de mama se basa en cirugía conservadora más radioterapia, siendo ésta la exéresis glandular mediante tumorectomía, segmentomía o mastectomía parcial. El problema aparece cuando la obtención de márgenes libres se hace necesaria una extirpación de tejido que repercutirá negativamente sobre el resultado estético final: es aquí donde surge la oncoplastia. Existen diferentes técnicas oncoplasticas que se adaptan a la localización del tumor ya las características de la mama de la paciente, partiendo como norma general, de un volumen mínimo para realizar la exéresis tumoral y la remodelación mamaria, no pudiéndose realizar por tanto a las paciente con mama pequeñas. Este poster presenta las alternativas para la corrección de las secuelas de la cirugía conservadora del cuadrante inferointerno, mostrando una opción desarrollada en nuestra Unidad con gran seguridad vascular, capacidad de relleno y buen resultado estético.

## SEGUNDA SESIÓN DE COMUNICACIONES PÓSTERES

### A propósito de un caso: Hidrocele de Nuck

R Silva, C; Cabello Burgos, AJ; Titos García, A; León Díaz, FJ; Gámez Córdoba, ME; Martínez Ferriz, A; Santoyo Santoyo, J

*HRU Carlos Haya*

**Introducción:** El Hidrocele del canal de Nuck es una tumoración quística, localizada generalmente a nivel inguinal, cuyo mecanismo de aparición es doble: bien debido a la persistencia del proceso peritoneal en el canal inguinal, de forma análoga a la hernia inguinal congénita en el varón, o bien, debido a una sección de peritoneo aislada, caracterizada por el desbalance secreción-absorción de líquido peritoneal a lo largo del recorrido del ligamento redondo. Se han descrito diversas etiologías: idiopática, inflamación, traumatismo, alteraciones del drenaje linfático y endometriosis, entre otras.

**Caso Clínico:** Mujer de 36 años que consulta hace 1 año en nuestro centro, por tumoración inguinal derecha, de consistencia elástica, indolora, que aumentaba de volumen con la bipedestación y maniobras de Valsalva, siendo diagnosticada de hernia inguinal derecha. Es incluida en lista de espera quirúrgica, sin embargo, por motivos personales se traslada a otra provincia, donde es intervenida quirúrgicamente; se realizó hernioplastia inguinal derecha con colocación de malla de polipropileno según técnica de Liechtenstein. Durante la primera semana postoperatoria, refiere la aparición nuevamente de una tumoración localizada en la misma región anatómica, y de características idénticas a la mencionada anteriormente, persistiendo desde entonces sin cambios morfológicos, consultando en nuestro Servicio. Se realizó punción-aspiración de la misma, obteniendo líquido de aspecto seroso, con características bioquímicas de trasudado, compatible con líquido peritoneal. Se solicitó RMN pélvica, que confirmó la sospecha de Hidrocele de Nuck. Se decide intervenir quirúrgicamente, evidenciando durante el acto operatorio la existencia de la prótesis colocada previamente, encontrando adyacente a esta la presencia de dicho quiste, que es resecado, con ligadura del extremo distal. Por último, se decide la colocación de un plug de polipropileno a dicho nivel. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. La anatomía patológica fue informada como saco herniario.

**Discusión:** El Hidrocele de Nuck clínicamente presenta grandes similitudes con la hernia inguinal, manifestándose como una tumoración palpable, indolora, translúcida y no reductible, localizada en la región inguinal y/o el labio mayor. La prueba diagnóstica más útil en su diagnóstico es la ecografía de partes blandas, poniendo de manifiesto una imagen quística, de paredes finas, de contenido anecoico. El tratamiento ideal es la ligadura y resección del quiste. No obstante, a la hora de valorar la posible existencia de una hernia inguinal, no debemos de olvidar la existencia de esta entidad clínico-patológica, así como orientar el cuadro clínico con el objetivo de establecer el diagnóstico diferencial, apoyándonos en las pruebas de imagen ante posibles dudas diagnósticas. Sin embargo, otras de las posibilidades diagnósticas ante las que nos podemos encontrar cuando nos encontramos ante una tumoración inguinal incluyen el quiste de Bartholino,

linfadenopatías, abscesos, aneurismas arteriales y/o venosos, tumores benignos y malignos

### Seroma quístico de pared abdominal

Guerra Bautista José Antonio, Muñoz Boo Jose Luis, Moalla Massa Abdul Karim, Candil Comesaña Dolores, Acedo Diaz Francisco

*Hospital de la Merced (Osuna)*

**Introducción:** El seroma de pared abdominal es una de las complicaciones más frecuentes tras la reparación de una eventración con prótesis sintética. Excepcional, sin embargo, es la formación del denominado seroma quístico, pseudoquiste, o quiste fibroso gigante de pared abdominal, que habitualmente se debe a un incorrecto drenaje prolongado en el tiempo de un hematoma o seroma previo, y el tratamiento definitivo de esta entidad es fundamentalmente quirúrgico. Exponemos un caso de una paciente tratada en nuestro centro hospitalario.

**Caso Clínico:** Mujer de 72 años, obesa, con antecedentes quirúrgicos de colecistectomía abierta, nefrectomía derecha, hernioplastia umbilical con prótesis de PTFEe, y recidiva de esta última sustituyendo antigua malla por otra nueva de polipropileno. Desde la primera revisión en consulta a las cuatro semanas de esta última intervención presenta tumoración centroabdominal, e blanda indolora bajo cicatriz, de unos 20x30cm, y que durante 13 meses se ha ido evacuando en nuestro centro a razón de 400cc de líquido seroso oscuro cada dos meses aproximadamente, tiempo en el que la tumoración producía clínica fundamentalmente de pesadez. En el momento de indicar la cirugía la consistencia del seroma era dura, renitente a la percusión, y sin signos inflamatorios. La TAC preoperatoria lo describe como colección trabeculada hipodensa, anterior a la musculatura rectoabdominal, de 16x11x12cm. En quirófano se realiza la disección del seroma encapsulado hasta su base en contacto con prótesis de polipropileno adecuadamente integrada, apertura y aspirado de su contenido, exéresis de la cápsula y legrado del lecho. Cierre hermético del tejido celular subcutáneo y piel. Drenaje espirativo que se retira en 48 horas. La revisión al año demuestra ausencia de clínica por parte de la paciente y persistencia radiológica de colección de 6x3cm no palpable.

**Discusión:** A diferencia del seroma de pared posteventroplastia (5-10% de prevalencia y buena respuesta al tratamiento conservador o aspirativo) el seroma quístico sucede en el 0.45% de los casos y rara vez se resuelve sin un procedimiento quirúrgico. Se ha propuesto que, además de factores individuales del paciente, como la obesidad, existen otros motivos en la etiopatogenia del quiste seroso: una vez formado el seroma por sección de vasos linfáticos y sanguíneos durante la disección de la piel y el tejido celular subcutáneo y por la barrera que establece la prótesis sintética (sobre todo las no microporforadas) entre el sistema circulatorio de la grasa subcutánea y le de tejidos más profundos, deben existir una persistencia en el tiempo de un incorrecto drenaje del líquido seroso o hemático acumulado. La cronicidad del proceso inflamatorio favorece el encapsulamiento y la trabeculación.

Nuestra experiencia, y la bibliografía consultada proponen el tratamiento quirúrgico radical como el más efectivo frente a tratamientos de drenaje y aspiración cerrada prolongados en el tiempo.

### Hemorragia digestiva baja como debut de divertículo de Meckel

T. Gomez Sanchez, L. Tejedor Cabrera, L. Elmalaki Hossain, D. Sanchez Relinque, Jd. Romero Gallego, E. Garcia-Sosa Romero

*Hospital Punta de Europa - Ags Campo De Gibraltar*

**Introducción:** El divertículo de Meckel es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal. Aunque suelen ser asintomáticos pueden presentarse como obstrucción, perforación, inflamación o hemorragia digestiva, sobre todo cuando contienen mucosa gástrica ectópica.

**Objetivos:** Presentación de caso clínico sobre un paciente con un divertículo de Meckel cuyo síntoma principal fue una hemorragia digestiva baja.

**Caso Clínico:** Paciente varón de 26 años sin antecedentes personales que acude a urgencias por episodio de hemorragia digestiva baja (HDB). Ingresa en el Servicio de Aparato Digestivo para estudio, tras transfusión de 2 concentrados de hemáties por Hb sérica de 7,2 al ingreso. Exploración abdominal normal. Se realiza endoscopia digestiva alta y colonoscopia siendo ambas exploraciones normales. Se completa estudio con TAC abdominal siendo normal. Se realiza estudio con cápsula endoscópica, no evidenciándose causa de la sintomatología. Ante la normalidad de todas las pruebas se realiza laparotomía exploradora programada observándose divertículo de Meckel sin signos inflamatorios. Se realiza resección segmentaria del divertículo. El postoperatorio cursa favorablemente, dándose el alta hospitalaria a los 4 días. El análisis de anatomía patológica reveló que se trataba de un divertículo de Meckel con mucosa intestinal y áreas de mucosa gástrica ectópica. En la actualidad el paciente se encuentra asintomático.

**Discusión y conclusiones:** El divertículo de Meckel es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal con una prevalencia que oscila entre el 1,2 y el 3%, siendo más frecuente en hombres. La mayoría son asintomáticos, aunque la tendencia a manifestarse clínicamente aumenta por debajo de los 10 años de edad. Suele presentarse clínicamente con síntomas de diverticulitis, perforación u obstrucción en la mayoría de los casos, aunque puede debutar con hemorragia digestiva (25 al 50% de pacientes con complicaciones). El sangrado gastrointestinal en el divertículo de Meckel se relaciona con la presencia de focos de mucosa gástrica ectópica en el divertículo, donde la secreción ácida provoca ulceraciones en la mucosa intestinal y el consiguiente sangrado. La hemorragia puede ser aguda o insidiosa, siendo más frecuente esta última. Suele evidenciarse ante la presencia de heces oscuras o teñidas, precisando transfusiones en muy pocos casos. El diagnóstico de sospecha se realiza con la evidencia de sangre en las heces y anemia, complementándose con la realización de endoscopia digestiva y colonoscopia, así como TAC abdomi-

nal. En casos de normalidad de estas pruebas, están indicadas la realización de técnicas endoscópicas avanzadas (cápsula endoscópica), aunque en muchos casos no llegan al diagnóstico. El siguiente paso es la realización de una laparoscopia o laparotomía exploradora, donde se evidencia el divertículo. Debe realizarse una resección segmentaria intestinal, puesto que pueden existir distintos focos de mucosa gástrica adyacentes al mismo. La morbimortalidad es baja siendo la complicación más frecuente la infección de la herida quirúrgica.

**Bibliografía:** Zani A, Eaton S, Rees CM, Pierro A. Incidentally detected Meckel diverticulum: to resect or not to resect? *Ann Surg* 2008; 247:276.

Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. *J R Soc Med* 2006; 99:501.

Ueberrueck T, Meyer L, Koch A, et al. The significance of Meckel's diverticulum. *J Am Coll Surg* 2001; 192:658.

Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, et al. Meckel diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1476 patients (1950-2002). *Ann Surg* 2005; 241:529.

Stone PA, Hofeldt MJ, Campbell JE, et al. Meckel diverticulum: ten-year experience in adults. *South Med J* 2004;97:1038.

## Endoprotesis vascular aortica como causa de fistula aortoesofagica

Camacho Marente, V; Ramallo Solis, I; Garcia Ruiz, S; Flores Cortes, M; Jordan Chaves, C; Martos Martinez, JM; Padillo Ruiz, FJ.

*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

**Introducción:** El sangrado digestivo ocasionado por la formación de un trayecto fistuloso entre la aorta y el esófago es una causa tan infrecuente como mortal de hemorragia digestiva superior. Entre los diversos factores que intervienen en la génesis de esos trayectos, figuran los primarios (cuando se originan a partir de enfermedades aórticas o procesos patológicos en órganos vecinos) y secundarios (producidos esencialmente por la colocación de injertos vasculares en algún segmento de la aorta, fundamentalmente abdominal). Presentamos el caso de un varón de 68 años con fistula aortoesofágica por decúbito de endoprótesis aórtica.

**Caso Clínico:** Varón de 68 años fumador y bebedor, hipertenso, con antecedentes de síndrome aórtico agudo con úlcera penetrante de aorta torácica con rotura contenida, que precisó colocación de endoprotesis vascular un mes antes. Actualmente acude al servicio de urgencias por cuadro de HDA y rectorragia, acompañado de anemia (Hb 6,6) que precisó transfusión de hemoderivados. Se practica EDA observándose un gran coágulo en el tercio inferior esofágico. Tras endoscopia el paciente sufre deterioro hemodinámico importante precisando IOT. Se solicitó TC toraco- abdominal que reveló la existencia de hemoneumomediastino posterior periprotésico e irregularidad de la pared esofagica posterior que sugiere la existencia de una fistula aorto- esofágica. Se indica intervención quirúrgica urgente, observándose mediastinitis purulenta y fibrótica y perforación de 5 cm del tercio medio

esofágico. Se realiza esofaguectomía total con esofagostoma cervical y yeyunostomía de alimentación.

**Discusión:** La hemorragia digestiva alta por fistula aortoesofágica tiene una elevada mortalidad. Dado que la HDA es generalmente producida por una enfermedad ulcerosa péptica o lesiones agudas de la mucosa gástrica, la fistula aortoesofágica puede pasar inadvertida a priori. Las causas más frecuentes de FAE son la patología neoplásica; traumatismos, cuerpos extraños y las enfermedades aórticas (aneurismas de origen aterosclerótico o infeccioso). Actualmente la causa más común son las prótesis vasculares aórticas, una complicación que ocurre en el 0,6 - 2,3 % de los casos. Normalmente debuta con la tríada de Chiari consistente en dolor centrotorácico, HDA y shock hipovolémico. Las pruebas más recomendables de cara al diagnóstico son la EDA y el TC toraco- abdominal si las condiciones del paciente lo permiten. Una vez establecido el diagnóstico se indicará cirugía para reparación del defecto. Dependiendo de los hallazgos operatorios, se recomienda la esofaguectomía de urgencia, que disminuirá la contaminación y el riesgo de fistula, siendo lo más recomendable la realización de una yeyunostomía de alimentación y esofagostoma, para una reconstrucción del tránsito en un segundo tiempo.

## Bazo errante torsionado

Camacho, V; Rubio, M; Garcia-Martinez, JA; Marín, LM; Bernal, C; Suárez, G; Álamo, JM; Serrano, J; Padillo, FJ; Gómez-Bravo, MA

*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

**Introducción:** La torsión esplénica es una complicación grave, que puede provocar el infarto y la ruptura del órgano si ésta es permanente. Presentamos un caso de ruptura e infarto esplénico consecuencia de un bazo errante torsionado.

**Caso Clínico:** Mujer de 55 años de edad sin antecedentes de interés, que consulta en el servicio de urgencias de nuestro hospital por cuadro de dolor intenso en FII y fiebre. A su llegada al centro la paciente presenta sudoración, taquicardia, taquipnea y distensión abdominal. En la exploración abdominal apareció defensa generalizada, peritonismo y sensación de masa en fosa iliaca izquierda. La analítica fue normal, sin leucocitosis ni trombocitosis. Se estableció el diagnóstico diferencial entre diverticulitis vs. patología neoplásica del colon izquierdo. Se realizó placa abdominal que fue normal y TAC abdominal que reveló la existencia de un bazo errante, localizado a nivel de FII, con hilio vascular torsionado y claros signos de isquemia. Se indicó cirugía urgente, encontrándose una torsión del hilio esplénico y un bazo isquémico- necrótico a nivel de FII, realizándose esplenectomía.

**Discusión:** El bazo errante es una condición infrecuente. Si se produce además una torsión del hilio esplénico como complicación y ésta es persistente, puede provocar el infarto y la disrupción del órgano. Está descrito en pacientes de todas las edades, siendo más frecuente en la edad media de la vida. Puede ser consecuencia de un desarrollo anormal del mesogastrio dorsal y de la ausencia o malformación de los ligamentos suspensorios esplénicos. Suele ser asintomático,

aunque puede presentarse como masa abdominal dolorosa o mas infrecuentemente cuando su hilio se torsiona como abdomen agudo. El diagnostico diferencial suele realizarse con otras masas abdominales, quiste ovárico torsionado, infecciones urinarias, quistes mesentéricos, diverticulitis y apendicitis. Es necesario un diagnóstico e indicación de intervención quirúrgica tempranos. El tratamiento más aceptado es la esplenopexia laparoscópica, pero en casos de infarto esta no es posible por lo que se indicará esplenectomía. La decisión de realizar un abordaje laparoscópico o no es condicionada por el estado hemodinámico del paciente y la experiencia del equipo quirúrgico.

**Conclusiones:** La torsión esplénica aunque infrecuente es un cuadro potencialmente grave, que el cirujano no debe obviar al valorar un abdomen agudo. En cuanto al abordaje de la patología mediante laparoscopia o esplenectomía convencional dependerá de la destreza y experiencia del equipo quirúrgico y de las condiciones del paciente.

### Diagnóstico y tratamiento mediante flebografía con ingreso menor a 24 horas de la insuficiencia venosa pelvi-perineal y su relac

Segura Sampedro Jj, Machuca Casanova Jm , Reguera Rosal J , Tinoco González J, Mena Robles J, Docobo Durántez F, Padillo Ruiz Fj

*Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción:** La congestión pélvica es la consecuencia más conocida de la insuficiencia venosa pelvi-perineal. Existe evidencia que relaciona la aparición de varicoceles y de insuficiencia venosa de miembros inferiores con las varices perineales. Se pretende valorar la eficacia y seguridad del tratamiento endovascular de la insuficiencia venosa pelvipérvica con ingreso menor de 24h.

**Pacientes y métodos:** Describimos el diagnóstico y tratamiento mediante flebografía endovenosa y posterior embolización mediante coils y tapones en una serie de 15 pacientes en un nuevo circuito de ingreso inferior a 24h. La población de estudio es predominantemente femenina (14/15) con una edad media de 37 años y varices grado 2, 3 de CEAP. 8/15 refieren dolor pélvico en relación a varices de miembros inferiores. El diagnóstico y tratamiento se realizó mediante flebografía desde MSD, requiriendo salvo casos excepcionales, la trombosis de ambas gonadales.

**Resultados:** Los resultados inmediatos han sido muy satisfactorios, siendo alta con dolor controlado por analgesia el 100% de los casos. 3/15 consultaron por dolor abdominal postintervención que no requirió ingreso. Un caso ha requerido reembolización.

**Conclusiones:** Los buenos resultados preliminares después de la embolización de las venas pélvicas, particularmente de las gonadales, sugieren que este manejo terapéutico es eficaz en el tratamiento de la insuficiencia venosa de miembros inferiores. Pese a ello, estudios a largo plazo deberán ser valorados, dada la naturaleza plexiforme y recurrente de la insuficiencia venosa.

### Dermatofibrosarcoma a proposito de un caso de pared abdominal

J. M. Avella, M.J. Alvarez M., E. Corral F., F. Gonzalez., M. Segura R.A. Garcia Navarro., J. A Ferrón O.

*Hospital Virgen de las Nieves*

**Introducción:** El dermatofibrosarcoma protuberante (DFSP), es un sarcoma poco frecuente con un grado de malignidad intermedia. Presenta una prevalencia de 1/10.000, siendo más frecuente entre la 2ª y 5ª décadas de la vida. Se presenta como lesiones tipo eritema nodoso, en forma de placa violeta rojiza o masa nodular. Las localizaciones más frecuentes son el tronco y la zona proximal de las extremidades. Se considera de origen dérmico y se caracteriza por una invasión local subclínica y agresiva que produce infiltración de tejidos más profundos por lo que presenta alto índice de recidivas locales aunque la afectación ganglionar es infrecuente y su potencial metastásico es bajo. Las metástasis suelen ocurrir en aquellos casos que han sufrido varias recidivas locales y la localización más frecuente de las mismas es el pulmón. La RNM y la TAC son las pruebas más útiles para evaluar la profundidad de la invasión tumoral así como para descartar la presencia de afectación metastásica. La resección quirúrgica completa, y con márgenes claros, constituye el tratamiento estándar para el DFSP primario y recurrente. La cirugía microscópica de Mohs (MMS) en secciones horizontales secuenciales, junto a un examen microscópico inmediato, puede reducir la cantidad de tejido extirpado, además de asociarse con un bajo riesgo de recurrencia. La radioterapia postoperatoria puede usarse cuando la resección sea incompleta. El Imatinib puede beneficiar a los pacientes con una lesión local avanzada no extirpable, o bien a aquellos con enfermedad metastásica.

**Objetivos:** Presentar un caso infrecuente de dermatofibrosarcoma protuberante intervenido en nuestro centro.

**Material y métodos:** Paciente varón de 30 años de edad de origen Chino con antecedentes de alergia a la penicilina al que se le realizó exeresis de una tumoración de pared abdominal en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria con informe anatomopatológico de dermatofibrosarcoma protuberante . Bordes laterales libres de infiltración. Fondo en contacto con el tumor. Por lo que se remite a nuestro centro para ampliación de bordes. En la exploración se apreciaba una cicatriz periumbilical de unos 10cm, dura al tacto y posiblemente adherida a plano musculoaponeurotico. Se realizó resección de la cicatriz previa en bloque junto a tejido celular subcutáneo (TCS) y aponeurosis anterior de los rectos, colocando malla supraaponeurotica.

**Resultados:** Postoperatorio adecuado siendo dado de alta a las 24 horas de la intervención. Anatomía Patológica: Área de fibrosis cicatricial que afecta a dermis y TCS. Ausencia de infiltración neoplásica en la muestra remitida. Actualmente el paciente sigue remisiones periódicas en nuestra consulta encontrándose asintomático y sin evidencia de recidiva local a los 6 meses de la cirugía.

**Conclusiones:** Debido a que el tratamiento más eficaz de estas lesiones es la cirugía y a la elevada tendencia a la recidiva local de las mismas así como a una mayor tendencia a metastatizar de los casos multirrecidivados deben revisarse en ellas

de forma exhaustiva los márgenes quirúrgicos y si estuviesen afectos proceder su ampliación.

### Isquemia intestinal por vólvulo de intestino delgado

Pablo Moreno Marín, Manuel María Ferrer Márquez,  
Ricardo Belda Lozano

*Complejo Hospitalario Torrecárdenas*

La isquemia mesentérica es un cuadro de abdomen agudo secundario al flujo insuficiente de la vascularización mesentérica del intestino. Existen tres formas clínicas principales: la isquemia mesentérica aguda, la isquemia mesentérica crónica y la colitis isquémica. Su clínica más frecuente es de dolor abdominal agudo, vómitos y diarrea. Presentamos a una paciente de 41 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por intenso dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo con cuadro presincoanal. Durante su estancia en urgencias presenta episodio de hipotensión y dolor intenso. Se realiza ECO-FAST, que revela gran cantidad de líquido libre intrabdominal. Posteriormente, se realiza TAC urgente, que se informa de dilatación de asas de intestino delgado, con sufrimiento de las mismas, edema mesentérico y líquido libre entre asas; además, cambio de calibre en intestino delgado localizado en la raíz del meso, adyacente a la cual se evidencia una lesión con una calcificación periférica de 2,4cm. Dada la mala evolución, se decide intervención quirúrgica, evidenciando una isquemia de intestino delgado submasiva por probable vólvulo de intestino delgado, por lo que se realiza una resección y anastomosis del mismo, preservando únicamente duodeno, 60 cm de yeyuno y 25 cm de íleon distal. La paciente evoluciona favorablemente desde el punto de vista quirúrgico, siendo dada de alta dos semanas tras la cirugía, pero presentando un síndrome de intestino corto. El vólvulo de intestino delgado es una causa muy poco frecuente de isquemia intestinal y presenta una mortalidad cercana al 20%, siempre que no haya necrosis intestinal asociada. Puede ser primario o secundario. El vólvulo primario es más frecuente en niños con tracto gastrointestinal normal. El secundario se debe a alteraciones anatómicas o a lesiones adquiridas. Otra posible causa de isquemia intestinal en pacientes jóvenes son los síndromes de hipercoagulabilidad, policitemias, vasculitis y la radioterapia.

### Ablación con radiofrecuencia de metástasis sacra de origen colorrectal

Detel J1, Tautphäus Y1, Guzmán L3, Segura I2, Conde R2,  
Huertas2, Ruiz Santiago F3, Palma P2

*1Programa Erasmus, Universidad rwth Aachen/ Lübeck, Alemania, 2Sección de Cirugía Colorrectal, 3Servicio de Radiodiagnóstico, HUV*

*Antecedentes:* Las metástasis óseas de origen colorrectal son poco frecuentes. En la actualidad el tratamiento depende de la localización e incluye desde la cirugía hasta técnicas de ablación. Se describe un caso tratado recientemente en nuestro hospital.

*Paciente y métodos:* Un paciente de 50 años presentó cáncer

rectal localizado a 15 cm del margen anal. Se intervino en 2008 mediante resección anterior alta (Anatomía Patológica: T1, N0 y bordes libres (Ro)). Cuatro años después desarrolló dolor lumbar, con sospecha de recidiva sacra en la TC. Recibió quimioterapia neoadyuvante y posterior rescate mediante resección anterior baja de recto con escisión mesorrectal completa (AP: sin hallazgos de malignidad). Meses más tarde se realizó RNM y localizándose lesión en hueso sacro, cuya biopsia fue compatible con metástasis de origen colorrectal. El paciente recibió radioterapia con mala repuesta y posterior ablación con radiofrecuencia.

*Resultados:* La ablación se realizó sin complicaciones, siendo efectiva y segura. En el seguimiento el paciente presentó mejoría sintomática, incluyendo disminución del dolor y del cuadro neurológico. En cuanto a la efectividad el paciente muestra ausencia de recidiva hasta la fecha.

*Discusión:* La ablación por radiofrecuencia en metástasis óseas representa un tratamiento novedoso. Si bien hasta la fecha se ha aplicado solamente con fines paliativos, puede ser una opción en pacientes que no responden al tratamiento habitual. En el caso que presentamos, el objetivo principal amén de una posible curación, fue la disminución del dolor y la conservación de la función neurológica. Esta comunicación debe alertar sobre las ventajas de la ablación en estos casos con metástasis óseas.

### Formación en colecistectomía laparoscópica ambulatoria

Aparicio Sánchez D, Reguera Rosal J, Tinoco Gonzalez J, Rubio Manzanares-Dorado M, Docobo Durántez F, Arance García M, Mena Ro

*UGC de Cirugía General y del Ap. Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

*Introducción:* La evolución de la colecistectomía laparoscópica (CL) programada con ingreso presenta un acortamiento progresivo de las estancias. En algunas series se ha establecido la sistemática de su práctica en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) cumpliendo determinados criterios. En este sentido es necesario incorporar a los itinerarios formativos de los residentes la rotación en Unidades de CMA (UCMA) en las que se intervengan CL en régimen de CMA que formen parte de sus competencias y habilidades.

*Material y métodos:* Se establece rotación en la UCMA en el 2º año durante 80-90 días lectivos. Objetivos: sumatorios: –Conocimientos (30%): Diagnóstico (clínica, anamnesis, exploración, pruebas diagnósticas, establecimiento de la indicación quirúrgica, estudio preoperatorio, derechos y deberes de los usuarios, consentimiento informado), teoría de la técnica quirúrgica, criterios de derivación a CMA vs CCE, manejo postoperatorio. –Actitudes (20%): Asistencia, disponibilidad, relaciones con equipo-pacientes-familiares (% reclamaciones) –Habilidades (50%): Generalidades, técnica quirúrgica (ítems de forma progresiva: óptica, veress y neumoperitoneo, trócares, maniobras de presión y tacto, disección, etc.), manejo del postoperatorio, seguimiento a 3 meses.

*Resultados:* Rotaron 20 residentes y alcanzaron los objetivos

propuestos en el 98,5%. Se cumplimentan en su totalidad los objetivos relacionados con los conocimientos: 30% sobre el 30% (100%). Igualmente sucede con las actitudes presentadas con las que se alcanza el total del 20% sobre el 20% (100%). Es en las habilidades donde surge la dificultad de completar los objetivos planteados en algunos casos, limitándose la consecución de los objetivos al 42,5% sobre el 50% (85%).

**Conclusiones:** La formación en CL en CMA es esencial en el periodo posgrado. La experiencia entre docentes y discentes es positiva en nuestra experiencia.

### **Sarcomas primarios de mama: mixofibrosarcoma de bajo grado**

Navarro Duarte Juan Carlos, Motos Micó Jacob, Moreno Serrano Almudena, Lorenzo Campos Miguel

*Ángel, Ferrer Márquez Manuel*

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

**Introducción:** El mixofibrosarcoma de mama es una variante poco común del fibrosarcoma, con una apariencia engañosamente benigna, alta incidencia de recidiva local, largo tiempo de evolución entre el tumor primario y el desarrollo de metástasis.

**Caso Clínico:** Presentamos a una paciente de 44 años de edad, sin antecedentes de interés, que presenta una tumoración de 15 cm de rápido crecimiento (< 1 mes). A la exploración, presenta una gran tumoración de consistencia sólida en cuadrante superior externo de mama izquierda, adherida a planos profundos, sin palpase adenopatías en la exploración axilar. La RMN nos da un diagnóstico de presunción de miofibroblastoma VS leiomioma. Se realiza tumorectomía. Evoluciona favorablemente. Vuelve a ingresar por crecimiento rápido (15 días) tras el alta, en la misma localización, realizándose esta vez mastectomía más disección axilar (Madden), por afectación axilar. El diagnóstico definitivo de la anatomía-patológica es de mixofibrosarcoma de bajo grado.

**Conclusiones:** Los sarcomas primarios son muy raros entre los tumores de mama (< 1%), siendo el mixofibrosarcoma una variante histológica menos común aún. Su edad de máxima incidencia es entre los 25-46 años. Se caracteriza por ser un tumor silente de rápido crecimiento, alto índice de recidiva local, y largo tiempo de evolución hasta el desarrollo de metástasis siendo su principal localización a nivel pulmonar. Sus principales localizaciones son en hombro, muslo y región inguinal. Siendo nuestro caso un hallazgo inusual. El tratamiento recomendado es la resección local de la lesión con márgenes de seguridad. Dado que la afectación de márgenes aumenta el riesgo de recidiva y disminuye la supervivencia.

### **Invaginación intestinal: causa de obstrucción mecánica intestinal**

Juan Carlos Navarro Duarte, Álvaro Morales González, Jacob Motos Micó, Guillermo Verdejo Lucas, Gabriel López Ordoño  
*Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.*

**Introducción:** La obstrucción mecánica del intestino delgado es el trastorno quirúrgico que se encuentra con mayor frecuencia en esta parte del cuerpo. Su principal causa son las adherencias tras intervención quirúrgica, siendo la segunda causa más frecuente las neoplasias (tumor primario o metástasis) siendo esta causa más frecuente en paciente de mediana y avanzada edad.

**Caso Clínico:** Presentamos a una mujer de 47 años, con antecedentes de miomectomía + legrado de cavidad, HTA, poliquistosis hepatorenal, NAMC. Acude a urgencias por dolor abdominal difuso de varios días de evolución con náuseas, vómitos y deposiciones diarreicas. A la exploración presenta abdomen blando, distendido, depresible, doloroso de forma difusa, sin signos de peritonismo. Se realiza TC abdominal, donde se evidencia invaginación intestinal ileo-cólica como responsable del cuadro clínico. Se decide intervención quirúrgica realizándose resección de intestino delgado a nivel de íleon terminal (11cm). La biopsia postoperatoria nos da el diagnóstico definitivo de lipoma submucoso (2.8 cm), con isquemia intestinal mucosa. Evoluciona favorablemente dándose de alta a los 9 días.

**Conclusiones:** La invaginación intestinal en el adulto es una patología rara, siendo más frecuente en los niños. La mayoría de las invaginaciones intestinales en el adulto se deben a una causa orgánica subyacente, pudiendo llegar a producir cuadros de suboclusión intestinal y de obstrucción completa. La prueba diagnóstica fundamental es la TC con contraste i.v. El tratamiento más recomendado es la exéresis de la zona afectada por el riesgo de perforación del segmento intestinal que conlleva la invaginación.

### **Complicaciones del cáncer de mama. A propósito de un caso**

Juan Carlos Navarro Duarte, Almudena Moreno Serrano, Pablo Moreno Marín, Leandro García Balart, Diego Rodríguez Morillas

*Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.*

**Introducción:** El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en la mujer y la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres de 20 a 59 años de edad. Su principal causa de muerte son las metástasis a distancia, siendo sus localizaciones más frecuentes en hueso, pulmón, pleura, tejidos blandos y pleura.

**Caso Clínico:** Paciente de 55 años, fue diagnosticada de carcinoma de mama derecho con estudio de extensión negativo (T2 N1 Mo). En 1994, se le realizó una mastectomía con linfadenectomía derecha. El resultado anatomopatológico que se obtuvo fue de carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado. Recibió posteriormente tratamiento adyuvante con quimio y radioterapia. Acudió a la consulta por crecimiento rápido de un nódulo tiroideo izquierdo, no síntomas compresivos ni clínica de hiper/hipotiroidismo. Se realizó una ecografía de partes blandas, y se observó una lesión sólida en el lóbulo tiroideo izquierdo con centro quístico, la punción aspiración con aguja fina (PAAF) ecoguiada no fue concluyente. Se realizó tiroidectomía total ya que se hizo un estudio intraoperatorio y la citología confirmó proliferación

neoplásica con morfología papilar. Se realizó estudio inmunohistoquímico sobre una preparación fijada en alcohol, y la tiroglobulina resultó negativa.

**Conclusiones:** La principal causa de muerte en el cáncer de mama son las metástasis a distancia, cuya localización más frecuente es en hueso, pulmón, pleura. En nuestro caso presenta metástasis a nivel tiroideo, siendo esta localización extremadamente rara. Dada la diversidad de localización de las metástasis del cáncer de mama, es conveniente hacer un seguimiento estrecho de la paciente, y tener siempre presente esta posibilidad diagnóstica.

### **Absceso intraabdominal: a propósito de un caso**

Álvaro Morales Gonzalez, Pablo Moreno Marín, Manuel Ferrer Márquez, Juan Torres Melero, Leandro García Balart  
*Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.*

**Introducción:** Las infecciones a nivel retroperitoneal son poco frecuentes, y, en la mayoría de las ocasiones de deben a una infección de un órgano colindante con el retroperitoneo (apéndice retrocecal, úlcera duodenal perforada, pancreatitis, diverticulitis...) las cuales suelen dar una infección retroperitoneal en forma de absceso.

**Caso Clínico:** Presentamos a un paciente de 87 años, varón, con antecedentes de HTA, insuf. Venosa, IRC estadio III, hiperuricemia, e intervenido de apendicitis perforada el 22 de diciembre de 2012. Acude de nuevo a urgencias el día 26/1/2013, por fiebre y tumoración en flanco derecho de varios días de evolución. A la exploración presenta un abdomen blando, doloroso a la palpación, y una masa de consistencia sólida en flanco derecho, junto a cicatriz de drenajes, sin signos de peritonismo. Se realizó una TC abdominal con contraste i.v. la cual informa de gran colección intraabdominal, de pared definida, con burbujas de gas en su interior, dicha colección se comunica con retroperitoneo, y presenta unas dimensiones de 17x8x14 cm. Se decidió realizar drenaje más lavado del absceso de pared con sonda Nelaton y colocación de 2 drenajes Penrose. Evolucionó favorablemente, drenándose totalmente la colección, demostrado en una TC realizada el día 5/2/13.

**Conclusiones:** Los abscesos retroperitoneales son poco comunes, y suelen ser debidos a infecciones de órganos vecinos y retroperitoneales. Debido al espacio considerable y los límites poco diferenciados del retroperitoneo, hacen que algunos abscesos de ésta área adquieran un gran tamaño antes de diagnosticarse. El tratamiento aconsejado es el drenaje quirúrgico del mismo. Los pacientes no suelen solicitar atención hasta que el proceso está avanzado debido a la amplitud de esta cavidad; en consecuencia, la mortalidad publicada por absceso retroperitoneal, incluso cuando se drena, es de un 25%.

### **Protocolo de Manejo de Colectitis Aguda HUPM Cádiz**

M<sup>a</sup> de Los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García, Manuel López Zurera, Daniel Pérez Gomar, Ander Bengoechea Trujillo, Susana Roldán Ortiz, Mercedes

Fornell Ariza, M<sup>a</sup> del Carmen Bazán Hinojo, M<sup>a</sup> Jesus Castro Santiago, José Luis Fernández Serrano.

*Hospital Universitario Puerta del Mar Cádiz*

**Objetivos:** La colecistitis aguda es una de las patologías mas prevalentes, importantes y que genera más conflictos, entre diferentes especialidades en la práctica clínica diaria, sobre todo en el ámbito de urgencias. Se impone la realización de protocolos de trabajo para disminuir la variabilidad clínica entre los miembros de la unidad. Presentamos el protocolo instaurado en la UGC del HUPM de Cádiz.

**Material y métodos:** Para la realización de este protocolo, nos hemos basado en la revisión de la evidencia científica actual, revisión de las guías de práctica clínica, opinión de la comisión de infecciones de nuestro hospital y consenso con los servicios de urgencias, digestivo y anestesia y la aprobación de la Dirección de nuestro centro.

**Resultados:** En nuestro protocolo se definen en primer lugar, los conceptos de Colecistitis aguda no complicada y complicada, y dentro de las formas no complicadas las formas aguda leve, moderada y severa. También se definen los factores de riesgo y los conceptos de infección comunitaria y nosocomial. Se establecen las pruebas complementarias a solicitar desde el servicio de urgencias y se indica el tratamiento quirúrgico urgente en todos los casos en los que no exista contraindicación a la cirugía, siempre antes de las 22.00 h del día del ingreso (según acuerdo con el servicio de anestesia), a partir de esa hora se diferirá al día siguiente en que se hará cargo el equipo de guardia entrante. En los pacientes pluri-patológicos, de edad avanzada, anticoagulados y de elevado riesgo quirúrgico se valorará el tratamiento médico conservador. Finalmente se establecen las pautas del tratamiento antibiótico siguiendo fundamentalmente las directrices del consenso de infección intraabdominal del 2009 y teniendo en cuenta el patrón de sensibilidad antibiótica en nuestro medio, aportado por el servicio de microbiología de nuestro hospital.

**Discusión:** Pensamos que es fundamental disponer en la práctica clínica diaria de protocolos consensuado entre los diferentes servicios implicados sobre todo en patologías frecuentes como las Colecistitis agudas. Con este protocolo pretendemos conseguir: disminuir la variabilidad clínica entre los diferentes miembros de un servicio, ayuda a la toma de decisiones, aumento de la calidad asistencial, consensuar actitudes y disminuir los conflictos entre todos los profesionales implicados en el manejo de los pacientes con esta patología, protección frente a posibles reclamaciones y demandas, y unificación de criterios para posterior evaluación, análisis y publicación de resultados.

### **Masa retroperitoneal en mujer joven: caso clínico**

Zambudio Carroll, N.; Pineda Navarro, N.; Álvarez Martín, MJ; García Navarro, A; Segura Reyes, M.; Gonzalez Pérez, F; Ferrón Orihuela, JA.

**Introducción:** El diagnóstico diferencial de las masas de origen retroperitoneal debe hacerse fundamentalmente entre tumores de origen mesodérmico, neurogénico, embrionario y metastásico. Tienen una incidencia global del 0.2-0.3%.

Los más frecuentes son los derivados del mesodermo y entre ellos, los benignos suponen un 25% del total. La clínica de las masas retroperitoneales es muy inespecífica (dolor abdominal, pérdida de peso, saciedad precoz...), siendo asintomáticas hasta ser de gran tamaño. El diagnóstico puede realizarse mediante TAC (que permitirá diferenciar un origen quístico, vascular, lipomatoso, calcificado o mixoide) y PET. Sin embargo, un alto número de casos suponen hallazgos casuales. Su tratamiento es quirúrgico, siendo fundamental una excisión completa del tumor para evitar recidivas.

**Objetivos:** Mostrar el manejo de las masas retroperitoneales mediante el caso de una paciente diagnosticada de un lipoma retroperitoneal de forma incidental en el curso de una cesarea.

**Material y métodos:** Mujer de 35 años sin antecedentes de interés en la que durante una cesárea electiva se descubre una masa retroperitoneal paravesical desde flanco derecho hasta vejiga, sobre la que no se actuó durante ese proceso. No presentó ninguna clínica acompañante previa. En el estudio posterior mediante un TAC con contraste iv. se describe una masa de 17 cm de diámetro craneocaudal máximo x 14,5 x 10 cm de diámetros transversos. Se localiza en el espacio retroperitoneal derecho y se extiende desde región subhepática e infrarrenal hasta pelvis menor. Presenta densidad grasa y finas estructuras vasculares en su interior sin signos que sugieran malignidad. Todos estos hallazgos parecen corresponder a un lipoma retroperitoneal. Ante esto se programó intervención mediante laparotomía media que mostró un lipoma de los diámetros descritos, bien delimitado y ocupando la mitad derecha del retroperitoneo desde la región subhepática hasta la pelvis. Se realizó exéresis del mismo tras la apertura del retroperitoneo de ese lado.

**Resultados:** El curso post operatorio fue favorable sin ninguna incidencia, de manera que al 2º día se procedió al alta. El informe anatomopatológico describe una tumoración de 18 x 18 x 6,5cm compatible con lipoma.

**Conclusiones:** Los lipomas retroperitoneales son tumores benignos raros, de crecimiento lento, que suelen aparecer más frecuentemente en adultos de 40-60 años. Suelen ser asintomáticos y normalmente se presentan como masas de gran tamaño ó con síntomas derivados de la compresión de estructuras adyacentes. Estos tumores deben ser cuidadosamente diferenciados de los liposarcomas de bajo grado de malignidad con la idea de proporcionar un tratamiento correcto y seguimiento adecuado. El lipoma clásico presenta en la TAC y en la RNM características similares a la grasa subcutánea; sin embargo, un liposarcoma de bajo grado es difícil de diferenciar de un lipoma benigno basándose exclusivamente en los hallazgos de la TAC y la RNM. En estos casos, la heterogeneidad, áreas de realce ó necrosis y los márgenes irregulares son hallazgos que hacen pensar en un liposarcoma. También puede ser problemático entre ellos el diagnóstico histopatológico diferencial, siendo la determinación de la actividad mitótica, atipia celular, necrosis e invasión los datos que nos pueden conducir al diagnóstico definitivo. En los lipomas la excisión quirúrgica es el tratamiento de elección y suelen ser completamente resecado ya que no invaden las estructuras adyacentes.

### Peritonitis por *Salmonella paratyphi A*, una complicación infrecuente

Javier Rivera Castellano, María Teresa Sánchez Barron, Francisco Javier Fernández García, Gabriel

*Carranque Chávez*

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga La salmonella es un tipo de bacteria que abarca muchas cepas diferentes, cada una con sus propias características. Se tratan de bacilos Gram-negativos, anaerobios facultativos y comensales, que en determinadas situaciones pueden ejercer una acción patógena y provocar un amplio espectro de enfermedades en el hombre. Una de esas cepas, la salmonella paratyphi es causante de la enfermedad conocida como fiebre paratifoides. Las infecciones por salmonella se clasifican clásicamente en 4 tipos: bacteriemia primaria, bacteriemia secundaria, infección digestiva focal e infección digestiva no focal, siendo las localizaciones más frecuentes el tubo digestivo, bazo y vesícula biliar. Entre los factores predisponentes más importantes que se relacionan con la infección por este microorganismo se encuentran las inmunodeficiencias y las enfermedades crónicas. En la literatura se describen ampliamente las complicaciones asociadas a la infección por salmonella, sin embargo las peritonitis por salmonella son extremadamente infrecuentes. Se han documentado casos de peritonitis secundarias a salmonella no-typhi pero prácticamente ningún caso ocasionado por el género paratyphi. Presentamos el caso clínico de un paciente de 76 años, intervenido por neoplasia de sigma obstruida al que se le realiza intervención urgente de Hartmann, que durante el postoperatorio desarrolla una colección intraabdominal secundaria a la cirugía, que se trata mediante drenaje percutáneo y antibióticos, y con cultivo positivo para salmonella paratyphi A.

### Angiosarcoma de mama radioinducido tras cirugía conservadora por neoplasia maligna de mama

Javier Rivera Castellano, María Teresa Sánchez Barron, Victoria Scholz Gutierrez, Lidia Pérez Villa

*Hospital Virgen de la Victoria. Málaga*

El tratamiento conservador (cirugía + radioterapia) constituye a día de hoy el tratamiento de primera elección en el cáncer de mama. Con el incremento de esta tendencia se ha ido observando una baja incidencia de tumores secundarios a la radioterapia, principalmente sarcomas. Entre ellos destaca el angiosarcoma, que pueden surgir después de la mastectomía radical y desarrollarse en la extremidad superior linfedematosa, lo que constituye el Síndrome de Stewart-Treves, o en la pared torácica o tras el tratamiento conservador de un cáncer de mama. El primer caso de angiosarcoma después de tratamiento conservador fue publicado por Body en 1987, desde entonces se han diagnosticado más de unos 100 casos. A pesar de que el angiosarcoma sigue considerándose una complicación poco frecuente, su incidencia ha aumentado con la tendencia progresiva a tratar el cáncer de mama de manera conservadora y debemos sospechar de esta patología ante cualquier lesión angiomatosa sobre piel previamente irradiada, confirmar el diagnóstico y realizar una cirugía radical sobre la

lesión. Presentamos un caso clínico de angiosarcoma de mama radioinducido en una mujer de 74 años, intervenida 9 años antes de cirugía conservadora por neoplasia maligna de mama, que durante las revisiones se detecta lesiones cutáneas sobre la piel irradiada y realizándose toma de biopsias de la misma y posterior cirugía radical por la alta sospecha de angiosarcoma radioinducido.

### Mesenteritis retráctil, una entidad poco frecuente de urgencia quirúrgica

Pérez Gomar D, Bengoechea Trujillo A, López Zurera M, Roldán Ortiz S, Fornell Ariza M, Sánchez Ramírez M, Castro Fernández Serrano JR, Mayo Ossorio MA, Bazán Hinojo MC, Pacheco García JM, Fernández Serrano JL

H. U. Puerta del Mar (Cadiz)

*Introducción:* La mesenteritis retráctil es una entidad poco frecuente, cuya etiología se desconoce, caracterizándose por una inflamación crónica e inespecífica del tejido adiposo del mesenterio intestinal. Se presenta el caso de un paciente que acude al servicio de urgencias por drenaje de pus a través de masa abdominal, siendo intervenido de urgencias.

*Caso Clínico:* Hombre de 61 años estudiado por Medicina Interna por cuadro de dolor abdominal a nivel de mesogastrio de 2 meses de evolución, cediendo el dolor con analgesia habitual. En TAC abdominal se evidencia tumoración de densidad de partes blandas de aspecto infiltrativo y con áreas de necrosis que afecta a epiplón mayor y en íntimo contacto con recto anterior derecho, con dimensiones aproximadas de 68.7x55.9x68.2mm. El paciente es derivado al alta a nuestro Servicio con diagnóstico de posible masa de origen mesotelial para cirugía programada. Posteriormente, el paciente acude al servicio de urgencias por sobreinfección de masa abdominal y drenaje espontáneo de pus al exterior, presentando signos claros de sepsis de origen abdominal. Se realiza laparotomía de urgencias con drenaje y resección de tumoración en bloque que parece depender de mesocolon transversal (incluyendo pared abdominal, unos 3 cm de colon transversal con meso y epiplón). El estudio anatomopatológico definitivo informa de la lesión adherida a colon transversal como una lesión constituida por una proliferación de miofibroblastos, necrosis grasa con presencia de histiocitos espumosos y un infiltrado inflamatorio agudo y crónico con venulitis, que afecta a mesenterio, epiplón, pared intestinal, pared abdominal y piel.

*Discusión:* La mesenteritis retráctil es una patología infrecuente, de etiología desconocida. En la literatura mundial no existen más de 300 casos descritos. Se trata de una inflamación crónica e inespecífica del tejido adiposo del mesenterio intestinal, siendo por tanto, un proceso fibroinflamatorio benigno de difícil diagnóstico. Fue descrita por primera vez en 1924 por Jura como "mesenteritis retráctil", y posteriormente en los años 60 por Odgen como "paniculitis mesentérica". En función del proceso histiológico que ocurre en el tejido adiposo se denomina paniculitis mesentérica cuando predomina la inflamación crónica, lipodistrofia mesentérica cuando la necrosis grasa es el fenómeno más relevante y mesenteritis retráctil la que se manifiesta por fibrosis, como

es el caso que nos ocupa. Algunos autores defienden que se trata de la progresión de una única entidad clínica que progresa desde la lipodistrofia (necrosis grasa) hasta la paniculitis mesentérica (inflamación) y mesenteritis retráctil (fibrosis). Lo más frecuente (>90%) es que afecte al mesenterio del intestino delgado, pero en raras ocasiones, como ocurre en nuestro caso clínico, puede afectar al mesocolon y epiplón. Ocurre normalmente entre la 6ª-7ª década de la vida y es más frecuente en hombres (2:1). Es asintomática en un 43% de los casos, entre sus síntomas más frecuentes destaca el dolor abdominal, anorexia, náuseas, fiebre, diarrea y en raras ocasiones se palpa la masa abdominal. Se diferencian 3 tipos en la clasificación de Kipfer, la tipo I (mesenterio engrosado) en el 42% de los casos, tipo II (masa nodular aislada) 32% de los casos, dentro del cual estaría el caso que presentamos, y la tipo III (varios nódulos) en el 26%. La sospecha diagnóstica se realiza mediante la combinación de la clínica y TAC (signo del anillo de grasa), el diagnóstico definitivo lo proporciona la biopsia quirúrgica o percutánea. El tratamiento puede ser médico (inmunosupresores) o quirúrgico en los casos con complicaciones serias.

### Metaplasia intestinal, ¿ existe relación con el cáncer vesicular?

Pérez Gomar D, Roldán Ortiz S, Bengoechea Trujillo A, Fornell Ariza M, López Zurera M, Bazán Hinojo MC, Mayo Ossorio MA, Castro Fernández JR, Casado Maestre MS, Pacheco García JM, Fernández Serrano JL

H. U. Puerta del Mar (Cadiz)

*Introducción:* Los cambios histológicos acontecidos en la mucosa de la vesícula biliar son un hecho bien conocido, que generalmente se asocian a la inflamación crónica y a la litiasis. Dos variedades de metaplasia pueden ser reconocidas en la vesícula biliar: la metaplasia astral y la metaplasia intestinal. Realizamos una revisión en la literatura para conocer la implicación clínica que puede presentar la existencia de metaplasia intestinal en la vesícula biliar a propósito de un caso.

*Caso Clínico:* Mujer de 39 años que es derivada a consulta externa de Cirugía General procedente de Atención Primaria, por historia de episodios recurrentes de cólicos biliares, presenta informe ecográfico que demuestra colelitiasis. Ingresó en nuestro servicio para colecistectomía reglada, se realiza colecistectomía laparoscópica. Tras el estudio anatomopatológico se aprecian en la mucosa vesicular focos de metaplasia intestinal sin que exista displasia epitelial.

*Discusión:* Es bien conocido, que la presencia de metaplasia intestinal a nivel gástrico, es una respuesta de la mucosa a una agresión crónica sobre la misma, siendo considerada como una posible lesión preneoplásica con importantes implicaciones clínicas, existiendo mayor riesgo de progresión hacia el cáncer gástrico. Sin embargo, en la actualidad existe más discordancia sobre el mecanismo por el que se produce dicho fenómeno sobre la mucosa vesicular y la repercusión clínica que ésta pueda tener.

Existen en la vesícula fundamentalmente 2 variedades de metaplasia la intestinal y la antral, que suelen asociarse a la in-

flamación crónica y a la litiasis. La metaplasia antral habitualmente no se asocia a malignidad, mientras que la intestinal admite varios grados de displasia. Laitio M y col, fueron los primeros en estudiar los cambios metaplásicos del epitelio de la vesícula biliar como precursores de tumores vesiculares. En la misma línea, Mukhopadhyay y col, encontraron una asociación significativa entre los 2 tipos de metaplasias, considerando que la metaplasia intestinal también sería precursora de displasia como lo es la intestinal. La metaplasia intestinal, es un complejo proceso adaptativo asociado a colecistitis crónica y colelitiasis. Además de los anteriores, hay estudio publicados, que relacionan la elevación de amilasa pancreática en la bilis, con la aparición de metaplasia intestinal, por tanto el reflujo pancreato-biliar también jugaría un papel fundamental en su génesis. Se presenta en el 12-52% de las piezas de colecistectomías. El hallazgo característico es la presencia de células absortivas, caliciformes, endocrinas y en aislados casos de Paneth. Se puede clasificar como completa (tipo I) cuando presenta enterocitos y células de Paneth, e incompleta (tipo II) cuando incluye células caliciformes y columnares, como se da en el caso que presentamos. En la completa se produce sialomucina, mientras que en la incompleta sialomucinas y sulfomucinas, siendo esta última variante la que se asocia a displasia y por tanto, al igual que ocurre en el estómago, puede predisponer al carcinoma vesicular. Por último destacar que existen estudios que han comprobado, que tanto en la metaplasia intestinal vesicular como en el carcinoma vesicular se expresa la molécula CDx2, la cuál está presente en los casos de metaplasia intestinal gástrica que conduce a la aparición de carcinoma gástrico intestinal diferenciado. Esto refuerza la teoría de que la metaplasia intestinal vesicular podría derivar en carcinoma vesicular.

### Metástasis de adenocarcinoma de páncreas en apéndice, una localización infrecuente

Pérez Gomar D, Bengoechea Trujillo A, Fornell Ariza M, Roldán Ortiz S, López Zurera M, Mayo Ossorio MA, Bazán Hinojo MC, Castro Santiago MJ, Sacristán Pérez C, Pacheco García JM, Fernández Serrano JL  
Daniel Pérez Gomar

H. U. Puerta del Mar (Cadiz)

*Introducción:* Las tumoraciones apendiculares son infrecuentes, siendo aún más rara la afectación metastásica del apéndice cecal. Presentamos un caso clínico de un paciente que debutó con apendicitis aguda, que tras apendicectomía y estudio anatomopatológico se demuestra que se trata de una metástasis de adenocarcinoma de páncreas.

*Caso Clínico:* Hombre de 63 años que acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor en FID compatible con apendicitis aguda. Se realiza apendicectomía laparotómica evidenciándose apendicitis aguda con peritonitis purulenta, carcinomatosis peritoneal y múltiples LOEs hepáticas. Durante su ingreso se procede al estudio del paciente, en analítica destaca elevación de marcadores tumorales (CA 19.9 y CEA) y en TAC toraco-abdominal neoplasia de cola de páncreas con infiltración esplénica y renal izquierda, metás-

tasis hepáticas e implantes mesentéricos. Dudosas metástasis óseas. Se recibe resultado de la anatomía patológica que tras realizar inmunohistoquímica se comprueba que el tumor expresa citoqueratina 7 y 19 y es negativa para citoqueratina 20 y CDX2. Dichos resultados no son los habituales en un tumor primario apendicular y son compatibles con una metástasis de adenocarcinoma de páncreas. Tras recibir el alta quirúrgica, el paciente ingresa en cuidados paliativos donde fallece a consecuencia de HDA.

*Discusión:* El cáncer de páncreas metastatiza rápidamente por permeabilidad del sistema linfático y retrógradamente por obstrucción del mismo. Por orden de frecuencia afecta en primer lugar a ganglios regionales, hígado, peritoneo, pulmones, suprarrenales y huesos. Las metástasis a nivel de apéndice cecal son muy raras, revisando la literatura solo existen publicado 2 casos de metástasis de adenocarcinoma de páncreas en el apéndice, siendo nuestro caso el tercer caso que se recoge. En la serie de Collins, en la que se estudian 71000 casos de apendicitis aguda en 40 años, en el estudio anatomopatológico no se hayan metástasis apendiculares. Borge y Lundberg documentaron 7 casos de 16294 autopsias, correspondiéndose a metástasis de adenocarcinoma gástrico y carcinoma de pulmón. Las metástasis apendiculares cuando producen síntomas, son indiferenciables de los que se dan en una apendicitis aguda o una peritonitis, como ocurrió en nuestro caso, por lo que el diagnóstico lo obtenemos una vez realizado el estudio anatomopatológico. Por último reseñar, que es indispensable para confirmar que estamos ante una metástasis y no ante un tumor primario la realización de la inmunohistoquímica, que en el caso que nos ocupa dio positivo para citoqueratina 7 y negativo para la 20 y CDX2, lo que confirma el diagnóstico de metástasis de adenocarcinoma de páncreas.

### Cuadro de abdomen agudo causado por metástasis intestinal de adenocarcinoma pulmonar

Pérez Gomar D, Bengoechea Trujillo A, López Zurera M, Fornell Ariza M, Roldán Ortiz S, Bazán Hinojo MC, Mayo Ossorio MA, Castro Fernández JR, Castro Santiago MJ, Pacheco García JM, Fernández Serrano JL  
Daniel Pérez Gomar

H. U. Puerta del Mar (Cadiz)

*Introducción:* Las metástasis intestinales de cáncer primario de pulmón son raras, sus manifestaciones clínicas se deben habitualmente a una complicación de las mismas. Su presencia determina un peor pronóstico de la enfermedad de base y requiere tratamiento quirúrgico urgente. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón, que acude al servicio de urgencias por cuadro de abdomen agudo.

*Caso Clínico:* Hombre de 61 años diagnosticado previamente de adenocarcinoma de pulmón con metástasis cerebrales, estadio IV (T<sub>3</sub>N<sub>3</sub>M<sub>1</sub>) en tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal de predominio en flanco derecho, en el Tac abdominal con contraste iv se evidencia neumoperitoneo con abundante líquido libre en relación con perforación de

víscera hueca sin evidenciar el origen de la misma. Se indica laparotomía de urgencia, hallándose peritonitis fecaloidea, perforación sobre lesión de aspecto tumoral en yeyuno-íleon y se realiza resección segmentaria con anastomosis. El estudio anatomopatológico confirma que el segmento reseñado presenta metástasis de adenocarcinoma de origen pulmonar con perforación intestinal. La inmunohistoquímica es positiva para CK7 y TTF-1 y negativa para CK20, CK5-6, p63 y CEA.

*Discusión:* Los sitios más frecuentes donde metastatizan el cáncer pulmonar a nivel extratorácico es al cerebro, al hígado, al hueso, a las suprarrenales y a los riñones. Las metástasis intestinales son raras y según la literatura se hallan entre el 2 y el 11% en series de autopsias. La ubicación más frecuente de éstas son yeyuno, seguido de íleon y por último duodeno, en el caso que se nos presentó la lesión se ubicaba a nivel de yeyuno-íleon. Las manifestaciones clínicas se deben a una complicación de las mismas, como son la perforación, la obstrucción o la hemorragia. Es inusual que se manifiesten clínicamente, entre un 0,05 y un 1,77%. Berger y cols. informaron que sólo 6 de 1399 pacientes con cáncer pulmonar primario habían desarrollado manifestaciones clínicas de las metástasis intestinales. La clínica se traduce en la existencia de una complicación local de la enfermedad y un empobrecimiento del pronóstico. Leidich y cols. publican una supervivencia inferior a las 16 semanas desde la cirugía y otros autores apuntan que más del 85% de los pacientes fallecen antes de los 8 meses tras la cirugía. Nuestro paciente al mes de la cirugía ingreso en el servicio de Cuidados Paliativos, falleciendo a los 2 meses de la cirugía. La prueba diagnóstica de elección para las complicaciones producidas por las metástasis intestinales, es el TAC abdominal con contraste intravenoso, y dichas complicaciones deben resolverse mediante cirugía urgente. Es importante la realización de las pruebas inmunohistoquímicas de la pieza quirúrgica para confirmar que se trata de una metástasis de cáncer pulmonar, principalmente nos orienta hacia dicha entidad la positividad para TTF-1 y la negatividad para CK20, hecho que concuerda con el caso presentado

### **Quiste broncogénico intratiroideo, una entidad muy infrecuente**

Pérez Gomar D, Roldán Ortiz S, Bengoechea Trujillo A, López Zurera M, Fornell Ariza M, Jiménez Martínez JM, García Poley A, Castro Santiago MJ, Bazán Hinojo MC, Pacheco García JM, Fernández Serrano JL

*H.U. Puerta del Mar (Cadiz)*

*Introducción:* Los quistes broncogénicos son anomalías congénitas del árbol traqueobronquial, normalmente se desarrollan en el parénquima pulmonar o en el mediastino, aunque se han descrito localizaciones atípicas. Presentamos el caso de una paciente de 19 años de edad estudiada por tumoración paralaríngea izquierda que le ocasiona fiebre en varias ocasiones.

*Caso Clínico:* Mujer de 19 años que presenta proceso inflamatorio a nivel cervical que le ocasiona fiebre, cediendo la sintomatología tras la instauración de antibioterapia. A la exploración física presenta una tumoración paralaríngea

izquierda, regularmente delimitada y fija a planos profundos, no presenta adenomegalias. Se realiza ecografía que evidencia un área flemonosa en región anterior cervical, craneal a lóbulo tiroideo izquierdo. La PAAF muestra una lesión inflamatoria aguda inespecífica. En el TAC se aprecia adyacente al polo superior del lóbulo tiroideo izquierdo un área mal delimitada que comunica con nódulo intratiroideo de 7,3 mm, informando de la posibilidad de quiste de la cuarta hendidura branquial complicado. Se realiza hemitiroidectomía izquierda y se confirma en el estudio anatomopatológico definitivo que se trata de un quiste intratiroideo revestido por epitelio cilíndrico pseudoestratificado ciliado, compatible con broncogénico intratiroideo. *Discusión:* Los quistes broncogénicos son anomalías congénitas del árbol traqueobronquial, procesos benignos relativamente poco frecuentes, que se localizan fundamentalmente en mediastino y parénquima pulmonar. Maier en 1948, clasificó los quistes broncogénicos de acuerdo a su ubicación en intraparenquimatosos y mediastinales, estos últimos a su vez en paratraqueales, carinales, hiliares, paraesofágicos y atípicos. Dentro de estos últimos se incluyen los de ubicación cervical, que pueden presentar diferentes ubicaciones, en el caso clínico que presentamos a nivel intratiroideo. Existen publicados unos 70 casos de quistes broncogénicos cervicales, de éstos, el 75% se sitúan en línea media, mientras que el resto son laterales. Sólo existen 3 casos publicados de quiste broncogénico intratiroideo. El diagnóstico requiere de la realización de TAC o RMN, la PAAF presenta poca utilidad en las lesiones quísticas, el diagnóstico definitivo lo aporta el estudio anatomopatológico de la pieza, caracterizándose por un revestimiento de epitelio columnar ciliado y la presencia de cartílago, relleno de material mucoso. En cuanto a la sintomatología, puede no presentar clínica, y de presentarla se debe a razones compresivas o infecciosas. En nuestro caso, se manifestó por fiebre, a consecuencia de la sobreinfección del quiste, algo que puede ocurrir en la evolución de dicha entidad. Respecto a la actitud terapéutica, Bolton y Shahian abogan por el tratamiento quirúrgico sólo para los pacientes sintomáticos. St. Georges et al, observó en el seguimiento de una serie de casos, que el 72% desarrollaban síntomas y/o complicaciones a lo largo de los años. En definitiva, hoy día se tiende al tratamiento quirúrgico tanto en pacientes sintomáticos como en asintomáticos, basándose en 3 puntos fundamentalmente: a) el diagnóstico definitivo lo ofrece el estudio anatomopatológico de la pieza; b) una alta proporción de pacientes se vuelven sintomáticos o presentan complicaciones del quiste; c) existe posibilidad de degeneración maligna. En el caso que nos ocupa se realizó una hemitiroidectomía izquierda.

### **Trasplante intestinal en tumor desmoide intraabdominal asociado a poliposis adenomatosa familiar**

J. Granados, MC. Pérez, J. Plata, A Naranjo, PA. Ruiz, S. Fuentes, R. del Rosal, C. Soria.

*Hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba)*

**Introducción:** La incidencia de tumores desmoides en la PAF es aproximadamente 850 veces mayor que en la población general. La mayoría son solitarios (58%) y su localización anatómica más habitual, a diferencia de los esporádicos, suele ser intraabdominal (80%). En la PAF, el 80% de los tumores aparecen tras la colectomía. Aunque histológicamente benignos pueden causar una morbi-mortalidad significativa (dolor, fístula, obstrucción, etc...) debido a su capacidad de comprimir y erosionar las estructuras adyacentes y su alta recurrencia tras cirugía. Para su diagnóstico se utiliza la ecografía, la TAC y/o RM, aunque es necesaria una biopsia del tumor. El tratamiento médico (AINEs y antiestrogénicos) y quirúrgico puede estar indicado en tumores pequeños, sin embargo en estadios avanzados puede ser necesario un trasplante intestinal.

**Caso Clínico:** Paciente de 25 años, diagnosticado genéticamente de PAF y por colonoscopia, cuyo padre y hermano también la padecían, intervenido de ependimoma cerebral en 2003 y de colectomía total con anastomosis ileorectal en 2009. Acude a nuestro centro por presentar cuadros suboclusivos de repetición, apreciándose en Rx de abdomen dilatación llamativa de asas de intestino delgado y en TAC una tumoración mesentérica difusa y mal delimitada, que infiltra vasos y asas intestinales. Con la intención de valorar resecabilidad y filiar el tumor se decide realizar laparotomía exploradora, donde se comprueba la existencia de una gran tumoración mesentérica que atrapa asas de ID y que resulta irreseccable sin extirpar todo el paquete intestinal. La biopsia confirma que se trata de un tumor desmoide. Dada la situación del paciente, se decide contactar con hospital de referencia para valorar trasplante intestinal, siendo aceptado y trasplantado en 2012, estando en la actualidad libre de enfermedad y con buena calidad de vida.

**Conclusiones:** El trasplante intestinal aislado/ multivisceral es una opción terapéutica válida y aceptada para pacientes con tumores desmoides irreseccables. La recurrencia del tumor es muy rara y la supervivencia a los 5 años del paciente y del injerto superan el 50%.

### **Quiste de Nuck: diagnóstico diferencial con la hernia inguinocrural encarcerada. A propósito de un caso**

J. Granados, S. Fuentes, J. Plata, MC. Pérez, A Naranjo, PA. Ruiz, S. Delgado, R. del Rosal.

*Hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba)*

**Introducción:** El quiste de Nuck (QN) constituye la persistencia del proceso peritoneovaginal en la mujer adulta (evaginación del peritoneo parietal en el canal inguinal que acompaña al ligamento redondo en la mujer, que se cierra en el 80% de los casos durante el 1º año de vida o permanece como un espacio virtual). A veces el QN puede presentarse simulando una hernia inguinocrural encarcerada. Para su diagnóstico suelen ser necesarios los estudios radiológicos. El tratamiento de elección es la intervención quirúrgica electiva con resección del quiste y colocación de una malla para cerrar el defecto herniario si existiese.

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 46 años, sin AP de interés, que acude Urgencias por dolor de meses de evolución que se ha agudizado en las últimas 24 horas y tumefacción en zona inguinal derecha. A la EF, presenta obesidad grado I y una tumoración en región inguinocrural derecha cercana a los labios mayores, de unos 4 cm de diámetro, dolorosa a la palpación y que no se logra reducir. Ante la sospecha de hernia crural encarcerada se decide realizar ecografía, que objetiva una masa lateral al pubis, anecoica, de unos 4 cm de eje longitudinal y que no se modifica con la maniobra de Valsalva. Ante la duda diagnóstica, se realiza TC, que confirma que se trata de un quiste del conducto de Nuck. La paciente fue intervenida de urgencias, resecando el quiste y colocando malla en región inguinal, transcurriendo el postoperatorio sin incidencias. Actualmente se mantiene asintomática y sin recidiva de la enfermedad.

**Conclusiones:** Aunque el QN es infrecuente, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la hernia inguinocrural en la mujer, recurriendo a la eco/TAC para su diagnóstico. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica electiva del quiste si la situación lo permite.

### **Síndrome de asa aferente**

Bustos AB, Álvarez MJ, Valdiva J, San Miguel C, Pineda N, Gonzalez F, García A, Ferrón JA

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

**Introducción:** El síndrome de asa aferente es una complicación poco frecuente de la gastrectomía parcial con reconstrucción tipo Billroth II (aproximadamente en un 0,3%). La mayoría de los casos se producen por obstrucción del intestino proximal a la anastomosis gastroyeyunal como consecuencia de una adherencia, un acodamiento de la anastomosis, hernia interna, estenosis, inflamación en la zona de las anastomosis o aparición de una neoplasia. El resultado es una dilatación del asa aferente; que podría ocasionar dilatación de la vía y vesícula biliar así como pancreatitis. Su diagnóstico con frecuencia es dificultoso debido a su presentación tan inespecífica, pudiendo ocasionar el retraso del mismo complicaciones severas para el paciente. Si no se interviene, la tensión en el asa cerrada puede generar necrosis de la misma y peritonitis, o contribuir a producir el llamado estallido (blow up) del muñón duodenal.

**Objetivos:** Presentar un caso de Síndrome de asa aferente secundario a neoplasia en zona de la anastomosis gastroyeyunal de un Billroth II previo.

**Paciente y métodos:** Paciente de 79 años con antecedentes de Alzheimer y gastrectomía parcial por perforación de úlcera gástrica hace 40 años; en estudio por anemia severa, pérdida de peso, astenia y emisión de heces oscuras. En endoscopia digestiva alta, mostró una neoformación del muñón gástrico con afectación de gastroenteroanastomosis; PET con captación a ese nivel. Biopsia compatible con adenocarcinoma probablemente diferenciado. La TC informó de engrosamiento de pared a nivel de muñón gástrico, dilatación del asa duodenal

junto dilatación de radicales biliares intrahepáticos y vía biliar extrahepática. Al ingreso, el día de la intervención, el paciente presentaba ictericia cutáneo-mucosa, así como elevación de bilirrubina total y directa en analítica de control. Durante la intervención, se evidenció estómago con gastrectomía Billroth II, asa aferente muy corta y completamente cerrada, gran dilatación de todo el marco duodenal y tumoración en curvatura menor de muñón gástrico. Así mismo, se constató dilatación de vía biliar intra y extrahepática. Se realizó gastrectomía total con resección del asa anastomótica y omentectomía, esofago-yeyunostomía en Y de Roux, así como hepaticoduodenostomía.

**Resultados:** La Anatomía Patológica informó de adenocarcinoma pobremente diferenciado que afectaba al muñón y toda la zona de anastomosis, infiltrando serosa e invasión vascular, con bordes quirúrgicos libres. Evolución favorable en el postoperatorio inmediato, con desaparición de ictericia y adecuado restablecimiento de la ingesta.

**Conclusiones:** El diagnóstico de síndrome de asa aferente es de gran relevancia, puesto que si no se diagnostica y corrige precozmente puede tener un pronóstico fatal. La clínica es inespecífica, pudiendo aparecer distensión abdominal, molestias epigástricas, náuseas, vómitos, dolor abdominal e incluso ocasionar episodios de pancreatitis aguda en relación con el reflujo duodenopancreático. La mejoría de las técnicas quirúrgicas, asa aferente más corta, cierre del espacio retroanastomótico, enteroanastomosis laterolateral a pie de asa (anastomosis de Braun), pero sobretodo la generalización del Billroth III han reducido notablemente la incidencia de esta complicación.

## Divertículo gigante de colon

Bustos AB, Álvarez MJ, San Miguel C, Valdivia J, Vílchez A, Arcelus J, Villar J, Ferrón JA

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

**Introducción:** El divertículo gigante de colon es una rara complicación de la enfermedad diverticular. Ocurren generalmente después de los 60 años, pudiendo ser únicos o múltiples y su diámetro es igual o mayor a 4 cms. Aparecen en el 90% de los casos en colon sigmoide, encontrándose en el 85% de ellos en vecindad con otros divertículos. Su etiología parece relacionada con un mecanismo de pulsión en el divertículo, comunicado con el colon por un cuello pequeño que actúa como válvula unidireccional, permitiendo el paso del aire al divertículo que se distiende progresivamente. Su presentación clínica es variable, siendo frecuente la aparición de dolor y/o masa abdominal. La radiografía simple, el enema opaco y la tomografía computarizada ayudan al diagnóstico.

**Paciente y métodos:** Paciente de 74 años con antecedentes personales de fibrilación auricular crónica y episodio de ictus isquémico. Acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de varios días de evolución, acentuado en las últimas horas, asociado a fiebre y estreñimiento. A la exploración, defensa en hemiabdomen inferior. En analítica, leucocitosis y neutrofilia. La TC informó de gran dilatación sacular

con origen en pared anterior de sigma de 9 x 7 x 6,5cm con cuello pequeño de 1 cm sugerente de divertículo gigante, con engrosamiento y cambios inflamatorios en la pared así como de grasa adyacente y un asa de intestino delgado. Se decidió intervención quirúrgica urgente, evidenciándose formación diverticular de unos 9-10cms de diámetro con microperforación en su pared responsable del cuadro séptico; así como diversos divertículos en sigma restante. Se realizó resección del segmento afecto, así como resección de colon de unos 15 cms proximales al divertículo y unos 10cms distales al mismo, con anastomosis terminoterminal colosigmoidea manual.

**Resultados:** El paciente presentó un postoperatorio sin complicaciones, con adecuada tolerancia oral y tránsito conservado. La Anatomía Patológica informó de signos histológicos compatibles con diverticulitis, y diverticulosis.

**Discusión:** El tratamiento de elección en el caso del divertículo gigante de colon es la resección quirúrgica. La actitud conservadora en los pacientes asintomáticos puede conllevar complicaciones crónicas severas en un 19% de los casos: obstrucción del intestino delgado por compresión del divertículo, desarrollo de un carcinoma en el interior del mismo o un cuadro de abdomen agudo debido a perforación como sucedió en nuestro caso. Por lo tanto, el tratamiento conservador se reserva solamente para aquellos pacientes asintomáticos que no son candidatos a cirugía. La resección colónica junto con el divertículo gigante, seguida de una anastomosis colorrectal primaria es la mejor opción. No es aconsejable realizar solamente diverticulectomía, debido a un elevado índice de recurrencia y riesgo de formación de una fístula enterocutánea.

## Proctalgia intermitente por endometriosis del tabique rectovaginal

J.Valdivia; MJ.Alvarez; A.Bustos, C.San Miguel; S.Gonzalez; JT.Torres A., J.A Ferrón

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves- complejo hospitalario de Granada*

**Introducción:** La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. La endometriosis peritoneal profunda es la forma más rara y se diagnostica cuando existe infiltración del espacio retroperitoneal > 5mm. La endometriosis del tabique rectovaginal (TRV) corresponde a la forma más severa de la endometriosis profunda. Se estima que 1 de cada 6 mujeres con endometriosis profunda presentará compromiso del TRV.

**Material y métodos:** Paciente de 28 años que acude a Urgencias por tercera vez, refiriendo proctalgia de gran intensidad de 6 meses de evolución, cuyo último episodio comenzó hace 5 días, coincidiendo con su menstruación, no relacionado con la defecación y sin otra sintomatología asociada. A la exploración del margen anal, no existía ninguna alteración y al tacto rectal en cara anterior a 5cm del margen anal, se palpó zona indurada nodular de aproximadamente 4cm de longitud, dolorosa, poco móvil y sin salida de material purulento. Dada la clínica de la paciente, la edad y la sintomatología, se decide exploración bajo anestesia general. Se identifica la zona indurada en cara anterior de recto sin salida de material purulento y se

decide hacer una palpación bimanual, identificando que la zona indurada es parte del tabique rectovaginal. Se completa el estudio con, ecografía transanal, donde se aprecia tumoración de ecogenicidad media de 4x1,5cm redondeada, de bordes bien definidos con microcalcificaciones, que se localiza por fuera de la musculatura rectal, en el espesor del tabique rectovaginal. Hallazgo confirmado posteriormente con resonancia pélvica, que informaba de foco de endometriosis adyacente al receso posterior de la vagina con áreas hipointensas sugerentes de fibrosis

**Resultados:** Ante los hallazgos, se deriva a la paciente al Servicio de ginecología. Actualmente, respuesta satisfactoria al tratamiento médico con anticonceptivos orales, con escasa sintomatología proctológica y evolución favorable.

**Conclusiones:** Es necesario tener presente este tipo de patología en mujeres jóvenes con sintomatología proctológica, que cursen con clínica ginecológica asociada. Además de un alto índice de sospecha, clave en el diagnóstico, es necesario realizar un estudio adecuado donde la RM de pelvis y la endosonografía tienen un papel fundamental para el enfoque diagnóstico.

### Gastrectomía total por amiloidosis gástrica

J. Valdivia; MJ. Alvarez; A. Bustos; C. San Miguel; M. Mogollón; A. García; JA Ferrón.

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves; Complejo hospitalario -- Granada*

**Introducción:** La amiloidosis es una enfermedad de etiología desconocida, que se caracteriza por el depósito de sustancia amorfa (amiloide) en los espacios extracelulares de diversos órganos y tejidos. Alrededor del 75% de los pacientes que la padecen tienen una amiloidosis primaria, el 5% del total presenta amiloidosis secundaria, y menos del 5% desarrolla una amiloidosis familiar. Los órganos más frecuentemente afectados en la amiloidosis primaria son el riñón y el corazón. El aparato digestivo es muy raro que se afecte por esta enfermedad.

**Objetivos:** Presentar el caso clínico de un paciente con hemorragia digestiva alta (HDA) de forma masiva secundaria a amiloidosis gástrica, que requirió gastrectomía total como única alternativa terapéutica.

**Material y métodos:** Paciente de 46 años con antecedentes de enfermedad renal crónica, trasplante renal de cadáver hace 12 años, cardiopatía hipertensiva y anemia ferropénica, que ingresa a cargo de Nefrología por insuficiencia renal crónica reagudizada más dolor abdominal. En el curso de su hospitalización presenta HDA que requiere múltiples transfusiones; en la endoscopia digestiva alta se evidencia una pangastritis con hemorragia en sábana, siendo la anatomía patológica positiva para rojo Congo y tioflavina. Dada la ausencia de respuesta al tratamiento médico se decide intervención quirúrgica, realizándole gastrectomía total con anastomosis esófago-yeyunal en Y de Roux por vía laparoscópica.

**Resultados:** La evolución postoperatoria no fue favorable, con muy mal estado general, necesidad de drogas vasoactivas, e insuficiencia renal reagudizada. Se reintervino en 2

ocasiones; la primera por sospecha de fuga anastomótica sin confirmarse en el intraoperatorio y la segunda por evisceración. Finalmente el paciente fallece en situación de fracaso multiorgánico.

**Conclusiones:** Debido a la infrecuencia de la localización gastrointestinal de la amiloidosis primaria, 8% de los casos ; siendo aún más infrecuente la afectación gástrica, 1% de los anteriores, es difícil establecer su diagnóstico de sospecha y por tanto influir en la evolución natural de la misma. La gastrectomía total es una indicación de necesidad ante el diagnóstico de amiloidosis gástrica que provoca hemorragia masiva no controlada, perforación o alguna otra complicación severa que no responde al tratamiento médico y compromete la vida del paciente, como fue nuestro caso. El pronóstico por lo general no es favorable, debido al largo tiempo de evolución de la enfermedad y a las comorbilidades del paciente en el momento de su diagnóstico.

### Gist gástrico asociado a linfoma esplénico

Bustos AB, Álvarez MJ, San Miguel C, Valdivia J, Gil S, García A, Ferrón JA

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

**Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) constituyen un grupo relativamente poco frecuente de neoplasias, representan menos del 1% de los tumores primarios del tracto gastrointestinal y tiene una incidencia aproximada de entre 10 y 20 por millón. Pueden originarse en cualquier punto del tracto digestivo desde el esófago hasta el ano, sin embargo el estómago (39 a 60%) y el intestino delgado (30 a 42%) son los sitios más frecuentes de localización de estos tumores. Se han descrito en un pequeño porcentaje de casos, la asociación sincrónica con otros tumores malignos primarios a nivel digestivo (adenocarcinomas, linfomas o tumores carcinoides). En la mayoría de estos, el tumor estromal fue un hallazgo incidental.

**Paciente y métodos:** Paciente de 64 años sin antecedentes personales de interés, diagnosticado de síndrome linfoproliferativo B (linfoma esplénico zona marginal), que una vez finalizado tratamiento poliquimioterápico e inmunoterapia, es derivado a nuestras Consultas para programación de esplenectomía. En el acto quirúrgico, se evidencia esplenomegalia, así como tumoración excrecente y pétreo en pared posterior del fundus gástrico junto a nódulos peritoneales que impresionan de tumorales en todo el peritoneo de la trancavidad de los epiplones así como serosa gástrica. Se decide enucleación de la tumoración gástrica junto biopsia del peritoneo y se remiten para estudio anatomo-patológico intraoperatorio. Informan de posible tumor del estroma gastrointestinal y ausencia de células malignas en peritoneo. Tras estos resultados, se amplian los márgenes de resección gástrica y se realiza a su vez, la esplenectomía.

**Resultados:** Postoperatorio favorable, siendo dado de alta hospitalaria al cuarto día. La Anatomía Patológica finalmente informó de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) en pared gástrica de bajo riesgo (< de 5cm. y < 5 mitosis por

50 C.G.A.) con nódulos satélites milimétricos peritoneales. C-KIT (+), CD34(+), KI67(<1%)

**Discusión:** Los pacientes portadores de GIST tienen un alto riesgo de presentar segundos tumores primarios del tracto gastrointestinal. Su incidencia no está claramente definida, sin embargo parece ser de un 14%. Los segundos tumores primarios más frecuentes en pacientes portadores de GIST son adenocarcinoma gástrico, carcinoma de colon y linfoma gástrico. Los tumores del estroma gastrointestinal sincrónicos se descubren, en la mayoría de los casos, de forma casual en el acto operatorio de una neoplasia maligna abdominal, como sucedió con nuestro paciente. A pesar de que la aparición sincrónica de un GIST y otra neoplasia maligna abdominal parecen ser una coincidencia, podrían estar implicados agentes carcinogénicos comunes, para lo cual sería necesario la realización de nuevos estudios.

### Persistencia del conducto onfalomesentérico

J.Valdivia; MJ Alvarez ; C.San Miguel; A.Bustos; J.Triguero; A. García.; JA Ferrón.

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves; Complejo hospitalario Granada*

**Introducción:** La obstrucción del intestino delgado es una de las urgencias más frecuentemente encontradas en cirugía general. La mayoría de los casos (45%-80%) son secundarios a adherencias relacionadas con una cirugía abdominal previa y en segundo lugar a hernias externas. Aunque las anomalías relacionadas con la falta de involución del conducto onfalomesentérico se pueden presentar hasta en el 2% de la población, la persistencia del mismo como causa de obstrucción intestinal, particularmente en pacientes adultos, es un hallazgo excepcional habiendo muy pocos casos publicados en la literatura médica.

**Objetivos:** Presentar un caso inusual de obstrucción de intestino delgado en un adulto joven secundaria a persistencia del conducto onfalomesentérico como banda completa ocluida entre el ombligo y un divertículo de Meckel. De esta manera ampliamos nuestros diagnósticos diferenciales en relación a la obstrucción intestinal.

**Material y métodos:** Paciente de 29 años sin antecedentes personales de interés que ingresa en nuestro Servicio procedente de urgencias por un cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución tipo cólico a nivel periumbilical, no irradiado que se acompaña de náuseas y vómitos de contenido intestinal alto. A la exploración física, presentaba un abdomen distendido y doloroso a la palpación profunda sin peritonismo y con ruidos timpánicos, no evidencia de cicatrices ni hernias externas. En placa de abdomen simple donde se evidencia dilatación de asas de intestino delgado con niveles por encima de una zona de stop a nivel de íleon distal. La ecografía abdominal mostró una obstrucción de intestino delgado secundaria a causa estenosante en íleon distal. Con estos hallazgos y ante la alta sospecha de cuadro obstructivo intestinal no secundario a intervenciones previas ni a hernias y debido a la mala evolución clínica del paciente, se decide intervención quirúrgica urgente realizándose una laparoscopia diagnóstica y terapéutica, eviden-

ciando una persistencia del conducto onfalomesentérico como una cinta fibrótica, que se extendía desde el ombligo hasta un divertículo de Meckel y que era la causa de la obstrucción intestinal al provocar la rotación del asa sobre su eje. Al liberar dicha cinta fibrótica, se reestableció el tránsito intestinal y disminuyó la distensión del asa proximal a la estenosis.

**Resultados:** Evolución posterior satisfactoria desde el punto de vista clínico, con adecuada reinstauración de la tolerancia oral y del tránsito intestinal a las 24 horas, siendo dada de alta al tercer día postoperatorio.

**Conclusiones:** Aunque es extremadamente inusual, deberíamos de tener en nuestro diagnóstico diferencial la persistencia del conducto onfalomesentérico como causa de obstrucción intestinal en un paciente adulto sin cirugías previas. El abordaje laparoscópico puede y debe de ser una buena alternativa diagnóstica y terapéutica, como fue en nuestro caso.

### Fístula aortoentérica secundaria como causa de hemorragia digestiva alta. Presentación de 3 casos

Gómez Pérez R., Cañizo Rincón I, Lara Villoslada M.J.; Vera Arroyo B, Henández González J.M, Roldán de la Rúa J, De Luna Díaz R

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria*

**Introducción:** Las fístulas aortoentéricas secundarias (FAEs) a cirugía aórtica son una patología con muy baja incidencia (0.66-1,6%) pero con una alta morbimortalidad (25-90%), por lo que es importante tener una alta sospecha clínica, basada en una buena anamnesis y exploración. Ante un paciente con antecedentes de prótesis vasculares y hemorragia digestiva alta se debe sospechar siempre una FAEs, dado que las posibilidades de supervivencia del paciente dependen de la demora del tratamiento.

**Objetivos:** Presentamos en 3 casos de FAEs y revisión de la literatura.

**Casos clínicos:** CASO 1: Paciente varón de 61 años con antecedentes de HTA, exfumador, cirugía de aorta abdominal 5 años antes por aneurisma de aorta infrarrenal de 6 cm tratado mediante bypass aorto aórtico. Cuatro años después de la cirugía acude al servicio de urgencias por rectorragias y cuadro sincopal. Se solicita angioTAC urgente que muestra fuga de contraste desde sutura aórtica proximal al duodeno. CASO 2: Paciente varón de 69 años, intervenido 10 años antes por isquemia de MMII, realizándose bypass aortobifemoral en otro centro sin seguimiento. Es ingresado para estudio de melenas de varios días de evolución empeorando el cuadro con hematemesis y shock hipovolémico por lo que es intervenido de manera urgente. CASO 3: Paciente varón de 64 años intervenido 2 años antes por aneurisma de aorta infrarrenal mediante injerto aortobifemoral. En estudio por melenas, durante realización de endoscopia se observa erosión duodenal pulsátil y con hematoma reciente. Ante la sospecha de fístula aortoentérica se realiza TAC que apoya el diagnóstico por lo que se interviene de urgencia. En los 3 casos se interviene de forma urgente realizando revascularización extraanatómica, explante protésico y ligadura de muñón aórtico. En los tres se realiza sutura simple duodenal.

**Resultados:** Dos de los 3 pacientes fallecen en el postoperatorio inmediato por fracaso multiorgánico. Uno de ellos sobrevive la primera semana llegando a iniciar tolerancia pero finalmente fallece por rotura del muñón aórtico.

**Discusión:** Las FEAs se presentan en paciente con una media de edad de 62 años, con antecedentes de cirugía de reparación de aneurisma de aorta abdominal (54,3%). La mayoría de las veces fistulizan a tercera o cuarta porción duodenales (75%). La fisiopatología se relaciona con factores mecánicos (por estrés pulsátil) y con infección protésica (se han objetivado bacteriemias por gérmenes entéricos). La presentación suele ser hemorragia digestiva autolimitada (sangrado "centinela"), melenas, anemia, shock hipovolémico, signos de infección protésica y sepsis. Para el diagnóstico contamos con la endoscopia digestiva alta combinada con un método de imagen (eco, TAC, Angio-TAC, RNM) en función de la estabilidad del paciente. El tratamiento es siempre quirúrgico urgente con retirada de la prótesis, cierre primario duodenal si la fístula es menor de 3cm, si es mayor hay que plantearse resección segmentaria; sustitución in situ o bien retirada con bypass extraanatómica (mayor tasa de rotura del muñón aórtico 20%), sustitución por criopreservados con mayor tasa de rotura protésica o bien con tratamientos endovasculares como puente a cirugía programada tras estabilización del paciente dado que no soluciona la infección ni la lesión duodenal.

### Complicación infrecuente del divertículo de meckel: obstrucción secundaria a torsión axial

M<sup>a</sup> Teresa Sánchez Barrón, Javier Rivera Castellano, Natalia Bautista Vera, Resi de Luna Díaz, Eva García Carrasco.

*Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga*

El divertículo de Meckel es un divertículo verdadero que se produce por fallo en la obliteración del conducto vitelino durante la 5ª semana de desarrollo fetal. Es la anomalía congénita más frecuente del intestino delgado, con una incidencia estimada entre 1-3%. Se localiza en ileon terminal, a 45-90 cm de la válvula ileocecal en el borde antimesentérico. En la mayoría de los casos es asintomático, pero hasta en un 4% puede desarrollar complicaciones, siendo las más frecuentes la hemorragia, la obstrucción intestinal y la diverticulitis. La torsión axial del divertículo de Meckel es una complicación rara y resulta excepcional que cause además obstrucción intestinal, con muy pocos casos descritos en la literatura. El diagnóstico preoperatorio muchas veces pasa desapercibido, ya que la sintomatología puede simular otras patologías. Los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal, la distensión, los vómitos y el estreñimiento. El diagnóstico se establece con radiografía de abdomen, donde se observa dilatación de asas y niveles hidroaéreos; ecografía, donde evidenciamos una estructura que termina en fondo de saco; o mediante TC, indicada en complicaciones como la intususcepción. En cuanto al tratamiento algunos autores defienden la diverticulectomía mientras otros abogan por la resección del segmento intestinal afecto. Presentamos el caso de una mujer de 40 años, sin

antecedentes de interés, intervenida de ligadura tubárica, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de carácter cólico localizado en mesogastrio e hipogastrio y acompañado de náuseas, vómitos y ausencia de deposiciones. Análíticamente sólo destaca una PCR de 60. Se realiza radiografía simple de abdomen y TC (imagen 1 y 2) donde se observa dilatación de asas de delgado con cambio de calibre a nivel pélvico junto con pequeña cantidad de líquido libre perihepático, periesplénico, en gotiera perietocólica derecha y en pelvis. Se decide intervención quirúrgica urgente, evidenciado obstrucción secundaria a torsión axial de divertículo ileal (imagen 3 y 4). Se realiza resección de aprox. 15 cm con GIA y posterior anastomosis L-L mecánica isoperistáltica. La paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al 5º día postoperatorio. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de divertículo verdadero con alteraciones de causa vascular y zonas de inflamación crónica inespecífica (imagen 5, 6 y 7). Por lo tanto, pese a que la obstrucción intestinal es la complicación más frecuente del divertículo de Meckel en adultos, la secundaria a una torsión axial del mismo es muy rara. El diagnóstico suele ser intraoperatorio por el carácter inespecífico de los hallazgos clínicos y radiológicos. La obstrucción puede ocasionar una estrangulación ileal, por lo que el diagnóstico precoz es fundamental para evitar una resección intestinal innecesaria.

### Multirecidiva de liposarcoma retroperitoneal: a propósito de un caso

M<sup>a</sup> Teresa Sánchez Barrón, Ana Yáñez Gálvez, Javier Rivera Castellano, Emilio Julve Villalta, Ana Isabel Lavado Fernández

*Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga*

Los tumores retroperitoneales son un grupo poco frecuente de neoplasias, mayoritariamente de origen mesodérmico. Dentro de éstos, el 42% son sarcomas, siendo el liposarcoma el tumor retroperitoneal más frecuente (20%) aunque globalmente represente el 0.1% de todas las neoplasias. Su crecimiento es lento y silente. La clínica más frecuente es el dolor abdominal difuso y el síndrome constitucional. La masa palpable junto con el aumento del perímetro abdominal es el signo que aparece con más frecuencia. El diagnóstico es tardío, y se basa en la exploración, radiografía, ECO, TC y RMN. El tratamiento de elección es la cirugía radical, siendo la obtención de márgenes libres el único tratamiento que mejora la supervivencia y consigue el control local de la enfermedad. Sin embargo, la localización retroperitoneal, que es un factor independiente de mal pronóstico, junto con la edad (> 50 años), el tamaño (> 10cm) y la afectación multiorgánica, hacen imposible la resección completa en un gran porcentaje de casos y favorecen la recidiva local (directamente relacionada con el límite de la resección), la cual constituye la principal causa de muerte. Otro factor pronóstico importante es el grado histológico del tumor, de modo que la supervivencia a 5 años del diferenciado es del 90% mientras que la del pleomórfico (como en nuestro paciente) es del 30%. La terapia coadyuvante no ha mostrado beneficios a pesar de las nuevas modalidades. La radioterapia puede emplearse como

tratamiento complementario, bien de forma paliativa o bien en caso de resección incompleta, ya que a pesar de que los tumores mesodérmicos son radiorresistentes, el liposarcoma es el más radiosensible. Presentamos el caso de un paciente varón de 41 años sin antecedentes de interés salvo cáncer basocelular extirpado hace años, que es ingresado a cargo de medicina interna para estudio de síndrome constitucional y fiebre de larga evolución, con hallazgo en TAC de masa de 16x11x12 cm en región pararenal derecha. Ante la sospecha de malignidad, se decide intervención quirúrgica programada informando la anatomía patológica de liposarcoma pleomorfo de pobre diferenciación celular. Pese a conseguir bordes de resección libres, el paciente presenta una recidiva al año de la cirugía, reinterviéndose en dos ocasiones más y experimentando una respuesta parcial al tratamiento quimioterápico. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y libre de enfermedad macroscópica en el último TAC de control.

### Anestesia raquídea para el tratamiento de la apendicitis aguda

Guerra Bautista Jose Antonio, Fernandez Crespo Juan, Arcos Quirós Carolina, Muñoz Boo Jose Luis, Moalla Massa Abdul Karim.

*Hospital de la Merced (Osuna)*

**Introducción:** Durante décadas los anestesiólogos han utilizado la anestesia general como técnica de elección para las apendicectomías urgentes. Las ventajas teóricas en principio, y actualmente prácticas en nuestro centro, de la anestesia raquídea, hacen plantearnos el uso de esta técnica en pacientes con características e indicaciones concretas.

**Material y métodos:** En el último año se han realizado en nuestro Hospital Comarcal 126 apendicectomías urgentes (57% de las intervenciones por patología abdominal urgente). En 3 pacientes se ha practicado la técnica quirúrgica bajo anestesia raquídea. En todos los casos han sido varones. El primero de ellos un joven de 35 años ASA I que refería antecedente de reacción alérgica grave, no documentada, a una anestesia general anterior. Los dos restantes eran individuos entre 75 y 85 años con EPOC severo y catalogados de ASA III. En todos los casos existe un diagnóstico radiológico preoperatorio fiable de apendicitis aguda sin peritonitis y se realizó la laparotomía por la técnica de McBurney. La técnica anestésica consistió en la administración subaracnoidea de Bupivacaina 0,5% isobara sin vasoconstrictor, asociada a Fentanilo (10-25 microgramos) para optimizar la tolerancia, lo que nos permite un bloqueo completo de los miembros inferiores a los cuatro minutos. No se precisó de sedación adicional ni uso de fármacos vasoactivos para mantener la estabilidad hemodinámica. Los procedimientos quirúrgicos se desarrollaron sin diferencias significativas con respecto a los practicados con anestesia general. El postoperatorio fue satisfactorio en todos los casos.

**Discusión:** El paciente intervenido de apendicitis aguda puede beneficiarse en determinados casos indicados de los beneficios generales de la anestesia raquídea. Entre ellos destacan buena estabilidad hemodinámica, relajación muscular

adecuada, anestesia libre de estrés, menor impacto emocional en paciente y familiares al informarles del procedimiento, y un menor costo en base a la disminución de la utilización de drogas intra y postoperatoriamente. Además, permite una más eficaz analgesia postoperatoria si se decide mantener el catéter para la administración por esta vía. Creemos indicado este procedimiento en pacientes con alto riesgo anestésico (intolerancia/alergia a los anestésicos generales, ASA III), con dificultad prevista para intubación/extubación orotraqueal, que no presenten indicación de cirugía laparoscópica, que presenten un diagnóstico fiable postoperatorio en cuanto a localización del apéndice cecal y la ausencia de peritonitis, y que den su consentimiento una vez correctamente informados.

### Angiofibroma retrorectal gigante

Toval Mata JA, Gámez Córdoba E, Carrasco Campos J, González Poveda I, Ruiz López M, Marín N, Mera Velasco S, Santoyo Santoyo J.

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya*

**Introducción:** Los tumores retrorectales son infrecuentes, a menudo asintomáticos u oligosintomáticos, y pueden alcanzar grandes tamaños.

**Caso Clínico:** Varón de 45 años que presenta tumoración glútea izquierda de larga evolución de crecimiento progresivo. En la exploración aparece masa glútea izquierda y en el tacto rectal sensación de masa extraluminal. La RM identifica una masa presacra voluminosa que llega hasta el tejido celular subcutáneo glúteo izquierdo, de 17 cm de longitud cráneo-caudal. Se realiza un abordaje quirúrgico combinado. Se comienza con una laprotomía media infraumbilical y abordaje superior de la lesión. En posición de litotomía se realiza una incisión perineal izquierda, identificación de la lesión que comienza en espacio isquirrectal izquierdo y extracción de la misma. El diagnóstico histopatológico fue de angiofibroma, y la evolución postoperatoria favorable.

**Discusión:** Los tumores retrorectales son infrecuentes, con una incidencia aproximada del 0,02% y menos de 1 de cada 40000 ingresos hospitalarios. Se pueden clasificar en congénitos, neurogénicos, óseos, inflamatorios y miscelánea. A menudo son asintomáticos u oligosintomáticos y descubiertos de manera incidental, o pueden presentar síntomas inespecíficos. El tacto rectal suele identificar la lesión y las pruebas de elección son TC y RM. No está indicada la biopsia preoperatoria, por riesgo de diseminación tumoral o infección. El tratamiento es quirúrgico, en base al riesgo de malignidad, infección o distocia. Existen tres posibles vías de abordaje: Los tumores situados por debajo de S3 pueden abordarse por vía posterior, pudiendo asociarse resección del coxis o parcial del sacro. Aquéllos situados por encima de S3 precisarán un abordaje abdominal, que permitirá un correcto control de estructuras pélvicas. Aquéllos muy grandes y que se extienden por encima y por debajo de S3 necesitarán un abordaje combinado, comenzando por el abordaje abdominal.

**Conclusiones:** Es de gran importancia la planificación cuidadosa de la estrategia quirúrgica en estas lesiones.

## Linfangioma Quístico Intraabdominal. A propósito de un caso

Bazán Hinojo, M.C.; Roldán Ortiz, S.; Bengoechea Trujillo, A.; Pérez Gomar, D.; López Zurera, M.; Fornell Ariza, M.; Sánchez Ramírez, M.; Mayo Ossorio, M.A.; Castro Fernández, J.R.; Castro Santiago, M.J.; Pacheco García, J.M.; Fernández Serrano, J.L.

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Introducción:** Los linfangiomas son tumores benignos de apariencia quística poco frecuentes (6%), con mayor prevalencia en niños (90%), con igual distribución por sexo. En jóvenes, su presentación habitual es: cabeza, cuello y axila. Raramente se presentan en adultos, pudiendo ser superficiales o intraabdominales (<5%), con relación hombre: mujer de 3:2. Presentamos un caso en adulto, mujer e intraabdominal.

**Caso Clínico:** Mujer de 29 años sin antecedentes personales de interés. Acude a consulta por dolor abdominal tipo cólico de 5 meses de evolución, localizado en cuadrante inferior izquierdo que invalida para la realización de actividades cotidianas. Tolerando dieta, sin alteraciones en tránsito intestinal. Exploración física: afebril, abdomen blando, deprimible, distendido, doloroso a palpación en FII, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni visceromegalias. Se solicitaron pruebas complementarias: tránsito intestinal y enema opaco: sin alteraciones. TAC abdomen y RMN pélvica: lesión quística polilobulada en mesosigma compatible con linfangioma quístico que engloba vasos pélvicos mesentéricos inferiores, rodea y engloba sigma. Se decidió intervención quirúrgica programada. Como hallazgos se encontró lesión multilobulada quística de 8x5 cm con contenido seroso en mesosigma, englobando vasos mesentéricos inferiores y sigma. Se realizó resección de segmento de sigma de 15 cm incluyendo la lesión descrita y anastomosis colo-cólica. La evolución fue favorable siendo dada de alta al 6º día postoperatorio. El informe de anatomía patológica reveló que se trataba de una lesión multiquística, constituida por delgados tabiques de tejido conjuntivo revestidos por células endoteliales, aplanadas, sin atipia, que muestran expresión inmunohistoquímica de CD31 y D2-40, siendo negativo CD34. Siendo el diagnóstico definitivo de Linfangioma Quístico en sigma de 8,5 cm. Se realizó seguimiento en consultas externas con evolución favorable. Actualmente asintomática.

**Discusión:** Los linfangiomas intraabdominales son lesiones infrecuentes (<5%), benignas, con incidencia 1/160.000 individuos. La localización habitual es en mesenterio del intestino delgado (70.5%) y colon (26.2%), presentándose de forma esporádica en bazo, hígado, pulmón, mediastino, retroperitoneo y tejido óseo, existiendo pocos casos descritos de los mismos. La etiología más promulgada es la congénita por anomalía del desarrollo de comunicación con el Sistema linfático central. Otras propuestas son: obstrucción linfática, radioterapia, cirugía, procesos inflamatorios o traumatismo abdominal. Wegner (1887) los clasificó en tres tipos: simples o capilares, cavernosos y quísticos, siendo estos dos últimos de presentación intraabdominal. La clínica varía desde asintomático con hallazgo incidental en prueba de imagen, masa palpable de crecimiento lento o dolor abdominal crónico. En menor proporción se diagnostica como episodio de abdomen

agudo por perforación, infección, obstrucción intestinal. La presentación depende del tamaño, localización y posibilidad de sobreinfección. Para diagnosticarlo el TAC precisa localización, extensión y relación con órganos vecinos, junto a RMN para determinar el contenido de la lesión. El diagnóstico diferencial debe incluir: hemangiomas cavernosos, quiste hidatídico peritoneal y mesoteliomas. El tratamiento es quirúrgico con resección completa. Otras opciones si la cirugía no es posible: argón, esclerosis con OK-432 o ácido acético. Tienen buen pronóstico siempre que la resección sea completa, si es incompleta: riesgo de recidiva 10-15%, más frecuente en los que comprometen la raíz del mesenterio.

## Evaluación de la calidad de vida tras gastrectomía tubular laparoscópica:

Gallart Aragón, Cózar, M. Arroyo, C. Fernandez, Jimenez Ríos.

*Hospital San Cecilio de Granada.*

**Introducción:** El tratamiento quirúrgico en enfermos con obesidad mórbida es algo seguro, efectivo y mejora la calidad de vida de los pacientes. Esta calidad de vida debe ser controlada y vigilada por el cirujano en su práctica clínica habitual, una forma de realización de esto es la utilización de test de felicidad y calidad alimentaria que permiten orientar al cirujano de la mejora de la calidad de vida tras la intervención quirúrgica.

**Material y métodos:** Los enfermos que se intervienen en nuestro servicio son evaluados antes y después de la cirugía (en todas las revisiones posteriores en consulta de cirugía) mediante los siguientes test: Cuestionario de felicidad de Lima: consiste en 27 items que preguntan acerca del estado emocional del paciente, por ejemplo: ¿siento que mi vida está vacía?, ¿pienso que nunca seré feliz?, ¿tengo problemas tan hondos que me quitan la felicidad?...Las respuestas que pueden dar los pacientes son: totalmente de acuerdo, acuerdo, ni acuerdo ni desacuerdo, desacuerdo y totalmente desacuerdo. Cuestionario de calidad de alimentación: evalúa la tolerancia a alimentos y el grado de satisfacción de los mismos.

**Resultados:** El sólo hecho de bajar de peso significativamente y poder desplazarse más fácilmente, hace que la calidad de vida en estos pacientes se incremente. Si a estos cambios le añadimos la mejoría en las enfermedades asociadas y el cambio en el hábito alimenticio podemos observar la mejoría psíquica y social de los pacientes. Estos dos cuestionarios mencionados nos reflejan dicha mejoría: tras la cirugía el número de respuestas "totalmente de acuerdo" se redujo en un 46% al mes de la intervención quirúrgica y los hábitos alimenticios mejoraron en un 56% (n=27).

**Conclusiones:** En general siempre existe un control riguroso por parte del cirujano tras la intervención quirúrgica. Dicho control debe complementarse con un equipo multidisciplinar en toda la atención sanitaria del paciente. La labor de este equipo garantiza el éxito de la intervención quirúrgica y es esencial para la detección precoz de recaídas. El cirujano debe orientar y saber el grado de felicidad tras la intervención quirúrgica del paciente para requerir en algún momento la actua-

ción detallada de algún miembro del equipo multidisciplinar. Es necesario además, contar con el compromiso del paciente y su familia, ya que constituye la base fundamental a la hora de dirigir el tratamiento postoperatorio de forma adecuada.

## Estudio de dolor lumbar en pacientes intervenidos de gastrectomía tubular laparoscópica:

Gallart Aragón, Cózar, M. Arroyo, C.fernandez, Jimenez Ríos  
*Hospital San Cecilio de Granada.*

**Introducción:** La obesidad mórbida es la enfermedad metabólica crónica más prevalente en los países desarrollados siendo un problema de salud pública mundial. La gastrectomía tubular laparoscópica permite corregir esta patología y los problemas asociados a ella. Un problema relacionado de carácter osteomuscular es el dolor lumbar que sufren estos pacientes debido al sobrepeso. Dicho dolor supone una imposibilidad física y psíquica que hay que resolver, cuantificar y vigilar por parte del cirujano.

**Material y métodos:** La actuación en nuestro servicio de cirugía consiste en determinar antes del acto quirúrgico y en las revisiones posteriores de forma cuantificada el dolor lumbar que refieren los pacientes intervenidos mediante gastrectomía tubular laparoscópica. Para ello utilizamos dos vías: evaluación mediante escala de dolor en la cual los pacientes nos manifiestan que dolor presentan de forma numérica, es una escala visual analógica que permite evaluar el dolor subjetivamente, siendo o “no dolor” y 10 “peor dolor imaginable”. El otro parámetro que se evalúa es la algometría de presión en localización paravertebral lumbar (a nivel de L3), medimos el umbral de presión que provoca dolor en dicha localización.

**Resultados:** El número de pacientes estudiados ha sido de 20 (n=20). Se determina una disminución de 3 puntos en la escala analógica del dolor al mes de la intervención quirúrgica y un aumento de la presión algométrica para producir dolor de 30 unidades. Dichos parámetros nos orientan sobre la mejoría de los pacientes desde el punto de vista osteomuscular ante la pérdida de peso. La osteoartritis provocada por el aumento de presión en la zona lumbar al igual que la hiperlordosis lumbar asociada a un perímetro abdominal grande mejora tras la intervención quirúrgica expuesta como reflejan las escalas citadas Conclusiones: La obesidad mórbida es una causa frecuente de dolor lumbar. Esta patología limita la actividad física de los pacientes. Gracias a técnicas quirúrgicas como la gastrectomía tubular laparoscópica, dicha patología osteomuscular mejora de manera cuantitativa. Es importante, reflejar esta entidad en la historia clínica del paciente y siempre ser vigilada por el cirujano y derivar al especialista que corresponda en el caso de ser necesario.

## Desnutrición proteico-calórica grave tras derivación biliopancreática tipo scopinaro

Gallart Aragón, Cózar, Ruiz García, García Padial, Jimenez Ríos  
*Hospital San Cecilio de Granada.*

**Introducción:** La derivación biliopancreática tipo Scopinaro es una intervención efectiva en pacientes con obesidad mórbida, pero no está exenta de riesgos. Uno de ellos es la desnutrición masiva que pueden sufrir algunos pacientes. La carencia de micro y macro nutrientes, pueden comprometer seriamente la vida del enfermo, como ocurre en nuestro caso. Por esta razón, es muy importante una evaluación y educación postoperatoria adecuada de manera que se puedan controlar los efectos colaterales del procedimiento quirúrgico.

**Material y métodos:** Presentamos a mujer de 45 años con AP de: derivación biliopancreática tipo Scopinaro en año 2007 (peso 164 kg, IMC 53, asa común a 70 cm y asa alimentaria a 240 cm, colecistectomía y biopsia hepática en acto quirúrgico con resultado de hepatitis reactiva inespecífica) por cuadro de obesidad mórbida asociado a síndrome metabólico. Fue dada de alta a los 10 días de la intervención sin ninguna complicación quirúrgica. Durante los seguimientos posteriores (años 2011-2012) se comprueba una desnutrición proteico-calórica importante asociada a anemia y eventración laparotómica. Junto con estos hallazgos la paciente debuta con ascitis progresiva que requiere estudio e ingreso en servicio de digestivo. Se realiza estudio hepático, de metabolismo de hierro, estudio tiroideo, serologías para VHB, VHC, VIH, LUES, siendo todo negativo. Enema opaco, colonoscopia y gastroscopia normal. En TAC abdominal se evidencia gran cantidad de líquido ascítico esplenomegalia y esteatosis hepática. Se realiza paracentesis evacuadora de 9 litros de líquido ascítico. El peso actual de la paciente es el mismo que previo a la intervención quirúrgica debido a la ascitis y los edemas periféricos. Asociado a esto, la paciente comienza con un cuadro de vómitos incoercibles y dolor abdominal. Se realizan analíticas y pruebas de imagen que junto con la clínica hacen sospechar obstrucción de asa biliopancreática por lo que se realiza intervención quirúrgica visualizándose peritonitis plástica, obstrucción intestinal, más hernia laparotómica no complicada. Se realiza laparotomía exploradora, adhesiolisis resección de neoperitoneo que cubre asas intestinales, alargamiento de asa común y biopsia hepática. Como complicación postoperatoria citar bronconeumonía bilateral aspirativa que mejora tras ingreso en unidad de cuidados intensivos y tratamiento médico. La enferma ante la intervención, mejora sus parámetros nutricionales, disminución de 60 kg de peso y reanudación de nutrición estándar, para programación de intervención quirúrgica para reparación de hernia laparotómica.

**Resultados:** La derivación biliopancreática es una técnica restrictiva y malabsortiva que requiere controles nutricionales muy exhaustivos y una adhesión al tratamiento prescrito por el facultativo. La desnutrición proteico-calórica masiva ocurre en el 9% de los pacientes sometidos a dicha intervención. El edema es uno de los signos más importantes ante dicha desnutrición asociado a déficit de vitaminas liposolubles (A,K,D), déficit de ácido fólico, hierro y vitamina B12.

**Conclusiones:** La desnutrición masiva en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica puede ser prevenida con una vigilancia estrecha del paciente y con una buena técnica quirúrgica, ya que puede ser mortal en algunos casos.

### Celulitis necrotizante grave. Estudio de un caso

Gallart, Romera. Ortega. Zurita, Jimenez Ríos

*Hospital San Cecilio de Granada.*

**Introducción:** La celulitis necrotizante es una infección grave y rápidamente progresiva de piel y tejidos blandos. Es responsable de una destrucción y necrosis provocando una toxicidad sistémica y una alta tasa de mortalidad. El pronóstico depende fundamentalmente de un diagnóstico precoz y un tratamiento agresivo inmediato. Es esto, es donde el cirujano general, juega un papel clave en dicha patología.

**Material y métodos:** Presentamos: Mujer de 61 años con antecedentes personales de: linfedema crónico en miembro inferior izquierdo, elefantiasis crónica en miembro inferior izquierdo, fracaso renal agudo, coagulopatía, FA paroxística, HTA, diabetes Mellitus, hiperlipemia e hipotiroidismo. La paciente ingresa en nuestro hospital en unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de shock séptico secundario a infección de miembro inferior izquierdo, el cual requiere la administración de vasoactivos a dosis altas, antibioticoterapia empírica y reposición de volumen. En Tac de dicho miembro se aprecia edema de todo el tejido celular subcutáneo y colección líquida de 19x32 cm que respeta planos musculares. Se realiza por nuestro servicio desbridamiento quirúrgico de dicha zona y toma de cultivos los cuales son positivos para Enterobacter Cloacae, E. Coli y Enterococo Durans. Tras dicha actuación requiere curas quirúrgicas cada 48 horas, dándose de alta al mes del ingreso.

**Resultados:** la celulitis necrotizante es una patología con una frecuencia de 1x100.000 hab/año, estas cifras están aumentando debido al envejecimiento poblacional. Los microorganismos responsables más frecuentes son: Bacteroides, Clostridium, Peptoestreptococos, Estreptococos beta-hemolítico del grupo A, Staphilococcus Aureus. Dichos microorganismos actúan en los tejidos blandos produciendo toxinas y enzimas (como la hialuronidasa) que provocan fenómenos de isquemia tisular. Los principales factores de riesgo son: DM, alcoholismo, inmunodepresión, obesidad, glucocorticoides, consumo de antiinflamatorios no esteroideos, enfermedades tumorales, edad avanzada, heridas cutáneo mucosas, traumatismos y cirugías locales, venopunción y arteriopatías periféricas. Los signos clínicos más importantes en son: necrosis e inflamación cutánea, ulceraciones y presencias de lesiones ampollosas.

**Conclusiones:** un tratamiento quirúrgico inmediato es la clave para la resolución de esta patología. El cirujano general debe tenerla siempre presente ya que su actuación precoz es la base del éxito terapéutico. La gravedad de esta entidad tiene que desencadenar una actuación quirúrgica inmediata asociado a antibioticoterapia de amplio espectro y fluidoterapia intensa.

### Fracaso multiorgánico por celulitis necrotizante. Estudio de un caso

Gallart, Romera. Ruiz, Jimenez Ríos

*Hospital San Cecilio de Granada*

**Introducción:** La celulitis necrotizante es una infección grave y rápidamente progresiva de piel y tejidos blandos. Es responsable de una destrucción y necrosis provocando una toxicidad sistémica y una alta tasa de mortalidad. El pronóstico depende fundamentalmente de un diagnóstico precoz y un tratamiento agresivo inmediato. Es esto, es donde el cirujano general, juega un papel clave en dicha patología, evitando así cuadros tan graves como el fracaso multiorgánico que puede acabar con la vida del paciente.

**Material y métodos:** Mujer de 76 años con antecedentes personales de: HTA, DM-II, hiperlipemia, obesidad, trombosis de vena central de la retina, estenosis pilórica, colecistectomía y fractura de tercio medio de fémur. La paciente ingresa en unidad de cuidados intensivos por fracaso multiorgánico secundario a celulitis necrotizante en pared torácica que afecta a mama y miembro superior derecho. Por lo que tras estabilización de la paciente se decide intervención quirúrgica por nuestro servicio realizándose desbridamiento y toma de cultivo de muestras (positivas para Streptococo B- hemolítico del Grupo A). Posteriormente requiere de curas cada 48 horas y colocación de VAC. Es dada de alta a los 37 días postoperatorios.

**Resultados:** la celulitis necrotizante es una patología con una frecuencia de 1x100.000 hab/año. Los microorganismos responsables más frecuentes son: Bacteroides, Clostridium, Peptoestreptococos, Estreptococos beta-hemolítico del grupo A, Staphilococcus Aureus. Dichos microorganismos actúan en los tejidos blandos produciendo toxinas y enzimas (como la hialuronidasa) que provocan fenómenos de isquemia tisular. Los principales factores de riesgo son: DM, alcoholismo, inmunodepresión, obesidad, glucocorticoides, consumo de antiinflamatorios no esteroideos, enfermedades tumorales, edad avanzada, heridas cutáneo mucosas, traumatismos y cirugías locales, venopunción y arteriopatías periféricas. Los signos clínicos más importantes son: necrosis e inflamación cutánea, ulceraciones y presencias de lesiones ampollosas.

**Conclusiones:** El tratamiento quirúrgico precoz de esta entidad es la base para la parada del fracaso multiorgánico, el cirujano debe ser consciente de la gravedad de esta patología y asegurar un tratamiento efectivo. La toma de cultivos intraoperatorios es muy importante para la realización de una antibioticoterapia selectiva que pueda acelerar la curación del proceso.

### Endometrioma subcutáneo postcesárea

González S., Álvarez M.J., Mogollón M., Triguero J., Mansilla A., Segura Reyes M, Garcia Navarro A, Ferrón J.A.

*Unidad de Gestión de Cirugía General y del Ap. Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves*

**Introducción:** La endometriosis o presencia de tejido endometrial funcionante fuera de la cavidad uterina es una patología ginecológica relativamente frecuente, pero la localización extrapélvica ocurre solo en aproximadamente el 12 % de las mujeres con endometriosis y puede afectar a cualquier parte del cuerpo. Una de las teorías patogénicas de la endometriosis, aunque poco frecuente, es el transporte mecánico iatrogénico

durante una intervención quirúrgica abdominal o pélvica. Concretamente, la incidencia de endometriosis de pared abdominal postcesárea oscila entre el 0,003 y el 0,45 % de los partos por cesárea. Al tratarse de una entidad poco frecuente no suele ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones de pared abdominal, para llegar al diagnóstico pueden ser de utilidad pruebas de imagen como la ecografía, la resonancia magnética y el TAC. La cirugía constituye el tratamiento de elección, en la exéresis se debe incluir el foco de endometriosis y entre 5mm y 1 cm de tejido sano adyacente con la intención de evitar la recurrencia. No está establecida la incidencia de malignización en los casos de endometriosis de pared abdominal, pero existen casos descritos. Parece ser que la recurrencia frecuente y la presencia de rasgos atípicos en un foco de endometriosis son dos factores de riesgo en el desarrollo de cáncer sobre una endometriosis de pared abdominal. Ante el diagnóstico de una endometriosis cutánea se debe investigar la posibilidad de una endometriosis genital o pélvica ya que pueden asociarse hasta en un 26 % de los casos.

**Objetivos:** Presentar un caso infrecuente de endometriosis subcutánea postcesárea.

**Material y métodos:** Paciente de 43 años con antecedentes de dos cesáreas, que presenta tumoración infraumbilical en línea media de 13 años de evolución, con unos 3 cm de diámetro, consistencia intermedia, adherida a planos profundos, que le ocasiona dolor intenso al principio cíclico, coincidiendo con la menstruación, que posteriormente se ha hecho continuo. No se aprecian signos inflamatorios externos. Se realiza ecografía en la que se describe una lesión en tejido celular subcutáneo de 2,5 x 1,5 cm con pedículo que profundiza hacia pared abdominal, con áreas sólidas y quísticas; y PAAF que informa como líquido compatible con seroma e intensa inflamación aguda. Posteriormente un TAC describe la misma lesión que está bien definida, lobulada, contacta con la fascia de músculo recto anterior y presenta realce heterogéneo tras la administración de contraste intravenoso, las imágenes son sugerentes de tumor desmóide no pudiendo descartar que se trate de un sarcoma de partes blandas, por lo que se procede a la extirpación quirúrgica. Se realiza excisión en bloque de la lesión y se envía la muestra a anatomía patológica que informa como endometriosis.

**Resultados:** La paciente presentó buena evolución siendo dada de alta al segundo día postoperatorio. Tras un año de evolución no presenta sintomatología ni signos de recidiva de la lesión.

**Conclusiones:** La endometriosis de la pared abdominal es una patología poco frecuente, pero hay que tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones de esta localización especialmente si están próximas a cicatrices quirúrgicas y si experimentan alguna modificación en su tamaño o sintomatología de forma cíclica, coincidiendo con la menstruación. El diagnóstico definitivo, como sucedió en este caso, es histológico siendo necesario descartar malignidad. Aunque la PAAF puede confirmar el diagnóstico de endometriosis y ayudar a descartar la posibilidad de malignidad no parece ser una prueba concluyente en el diagnóstico y además puede incrementar el riesgo de recurrencia. El tratamiento más efectivo es el quirúrgico.

## Gist gástrico y adenocarcinoma de colon sincrónicos

González S., Álvarez M.J., García Navarro A., Huertas F., Triguero J., Mogollón M., Ferrón J. A.

*Unidad de Gestión de Cirugía General y del Ap. Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves*

**Introducción:** Los GIST son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo. En los últimos años se ha avanzado mucho en conocimiento de su patogénesis, a la vez que en el diagnóstico y tratamiento de estos tumores, pero se conoce muy poco acerca de su asociación con otras neoplasias gastrointestinales. Una de las características más importantes de los GIST es la sobreexpresión de receptores de factores de crecimiento tirosín quinasa, como es el c-KIT, que está presente en la mayoría de los casos, y tiene un papel relevante en el desarrollo de estos tumores, así como implicaciones importantes en su diagnóstico y tratamiento. Se ha descrito que en torno al 10% de los pacientes con GIST presentan una segunda neoplasia de forma metacrónica, que suele ocurrir o presentarse antes del GIST, sin embargo en la literatura han sido publicados menos de 30 casos de tumores malignos gastrointestinales sincrónicos al GIST, la mayoría de ellos son adenocarcinomas gástricos, linfomas y tumores carcinoides.

**Objetivos:** Presentar un caso infrecuente de adenocarcinoma de colon con GIST gástrico sincrónico

**Materiales y métodos:** Paciente de 80 años a la que en el estudio de una anemia ferropénica se le realiza colonoscopia diagnosticándose de adenocarcinoma de colon a nivel de válvula ileocecal; en el TAC realizado por este motivo se aprecia de forma incidental una masa de 5 X 4 cm en curvatura menor gástrica, sugerente de GIST. Ambas lesiones se describen como hipercaptantes en el PET-TAC que se realiza en el estudio de extensión preoperatorio. Se interviene por abordaje laparoscópico realizándose hemicolectomía derecha y resección en cuña gástrica con extirpación total de la lesión con margen de seguridad. La anatomía patológica informa como adenocarcinoma de ciego moderadamente diferenciado que infiltra la serosa y tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de grado intermedio, con un tamaño aproximado de 6,5x4,5x3,2cm de diámetro, la determinación de c-KIT mediante inmunohistoquímica resulta positiva.

**Resultados:** La paciente presentó una evolución postoperatoria favorable, siendo dada de alta siete días después de la intervención. Continúa en seguimiento e inicia tratamiento con imatinib.

**Conclusiones:** Se han descrito casos en los que se asocian tumores de estroma gastrointestinal y adenocarcinomas colorrectales, aunque debido al limitado número de los mismos no se puede descartar que se trate de una asociación incidental. Las vías genéticas implicadas en la patogénesis de ambos tipos de tumores parecen diferentes, pero sería interesante investigar si comparten alguna alteración genética que participe en la aparición de estas neoplasias, ya que si así fuera tendría implicaciones importantes sobre todo en el desarrollo de nuevos tratamientos oncológicos.

### Hernia de hiato tras la cirugía de exéresis del cáncer de esófago

González S., Bustos A.B., Álvarez M.J., Triguero J., Mogollón M., Gonzalez Perez F, García Navarro A, Ferrón J.A.

*Unidad de Gestión de Cirugía General y del Ap. Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.*

**Introducción:** La aparición de una hernia de hiato postesofagectomía es una complicación rara, su frecuencia oscila entre el 0,3 y el 4 %, siendo la causa más común la excesiva apertura o manipulación del hiato esofágico durante la cirugía. El momento de aparición de estas hernias iatrógenas varía desde la primera semana postintervención hasta varios años después, y la forma de presentación es muy variable, pudiendo ser asintomática en algunos casos, o producir disnea, oclusión intestinal, fiebre, dolor torácico o hemorragia digestiva como síntomas más frecuentes. Las principales pruebas que ayudan al diagnóstico son la radiografía de tórax con o sin contraste digestivo y la tomografía computerizada.

**Objetivos:** Presentar un caso poco frecuente de hernia de hiato como complicación postesofagectomía.

**Materiales y métodos:** Paciente varón de 48 años intervenido hace dos años por adenocarcinoma de esófago distal, sobre esófago de Barrett (pT1 No Mo) realizándose esofagectomía subtotal y plastia gástrica por vía abierta. En el TAC realizado en el seguimiento trece meses después de la intervención se detecta hernia de hiato que contiene ángulo esplénico del colon, en ese momento asintomática y sin signos de complicación, por lo que el paciente decide no intervenir. Por lo demás presenta buena evolución, sin evidencia de otras complicaciones ni recidiva de la enfermedad neoplásica. Un año después de haber sido diagnosticada la hernia, el paciente comienza con síntomas derivados de la misma, consistentes en disnea que empeora tras las comidas y sensación de ocupación en hemitórax izquierdo, por lo que se decide intervención quirúrgica. Intraoperatoriamente se confirma migración de colon transverso y epiplon mayor hacia cavidad pleural, se reduce el contenido herniario, se cierran los bordes de hiato por delante de la plastia gástrica y se coloca malla de PTFE sobre la sutura, fijándola al diafragma.

**Resultados:** La evolución postoperatoria fue favorable, siendo dado de alta el paciente al tercer día, con desaparición de los síntomas preoperatorios, radiografía de control normal y ausencia de recidiva siete meses después.

**Conclusiones:** La hernia de hiato como consecuencia de la cirugía de exéresis del cáncer de esófago es una complicación rara pero que hay que tener en cuenta para poder realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, el cual está indicado en la mayoría de los casos, ya que estas hernias tienden a aumentar de tamaño con el tiempo y pueden dar lugar a complicaciones más graves como estrangulamiento y perforación de asas intestinales. Constituyen una excepción aquellas hernias de pequeño tamaño asintomáticas, en especial si se asocian a comorbilidad importante o elevado riesgo quirúrgico, en las que puede ser preferible la actitud expectante a la intervención quirúrgica. El tratamiento consiste en

la reducción y reparación quirúrgica de la hernia, existiendo evidencias de que la colocación de una malla de PTFE mejora los resultados a largo plazo

### Gist gástrico y adenocarcinoma de colon sincrónicos

González S., Álvarez M.J., García Navarro A., Huertas F., Triguero J., Mogollón M., Ferrón J. A.

*Unidad de Gestión de Cirugía General y del Ap. Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves*

**Introducción:** Los GIST son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo. En los últimos años se ha avanzado mucho en conocimiento de su patogénesis, a la vez que en el diagnóstico y tratamiento de estos tumores, pero se conoce muy poco acerca de su asociación con otras neoplasias gastrointestinales. Una de las características más importantes de los GIST es la sobreexpresión de receptores de factores de crecimiento tirosín quinasa, como es el c-KIT, que está presente en la mayoría de los casos, y tiene un papel relevante en el desarrollo de estos tumores, así como implicaciones importantes en su diagnóstico y tratamiento. Se ha descrito que en torno al 10% de los pacientes con GIST presentan una segunda neoplasia de forma metacrónica, que suele ocurrir o presentarse antes del GIST, sin embargo en la literatura han sido publicados menos de 30 casos de tumores malignos gastrointestinales sincrónicos al GIST, la mayoría de ellos son adenocarcinomas gástricos, linfomas y tumores carcinoides.

**Objetivos:** Presentar un caso infrecuente de adenocarcinoma de colon con GIST gástrico sincrónico

**Materiales y métodos:** Paciente de 80 años a la que en el estudio de una anemia ferropénica se le realiza colonoscopia diagnosticándose de adenocarcinoma de colon a nivel de válvula ileocecal; en el TAC realizado por este motivo se aprecia de forma incidental una masa de 5 X 4 cm en curvatura menor gástrica, sugerente de GIST. Ambas lesiones se describen como hipercaptantes en el PET-TAC que se realiza en el estudio de extensión preoperatorio. Se interviene por abordaje laparoscópico realizándose hemicolectomía derecha y resección en cuña gástrica con extirpación total de la lesión con margen de seguridad. La anatomía patológica informa como adenocarcinoma de ciego moderadamente diferenciado que infiltra la serosa y tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de grado intermedio, con un tamaño aproximado de 6,5x4,5x3,2cm de diámetro, la determinación de c-KIT mediante inmunohistoquímica resulta positiva.

**Resultados:** La paciente presentó una evolución postoperatoria favorable, siendo dada de alta siete días después de la intervención. Continúa en seguimiento e inicia tratamiento con imatinib.

**Conclusiones:** Se han descrito casos en los que se asocian tumores de estroma gastrointestinal y adenocarcinomas colorectales, aunque debido al limitado número de los mismos no se puede descartar que se trate de una asociación incidental. Las vías genéticas implicadas en la patogénesis de ambos tipos de tumores parecen diferentes, pero sería interesante investigar si comparten alguna alteración genética que participe en la aparición de estas neoplasias, ya que si así fuera tendría

implicaciones importantes sobre todo en el desarrollo de nuevos tratamientos oncológicos.

### **Tumor mesenquimal maligno de yeyuno, complicado con clínica infrecuente, enmascarado por otra enfermedad coexistente**

A Szuba, C González Callejas, A Sáez Zafra, A Romera López, AJ Pépez Alonso, R Molina Barea, A Argote Camacho, JA Jiménez Ríos

*Hospital Universitario San Cecilio, Granada.*

**Introducción:** Las neoplasias de ID son muy poco frecuentes, siendo la localización únicamente de 5% de todas las neoplasias del tracto digestivo, de los cuales hasta 20% son tumores malignos. La naturaleza de estas neoplasias suele ser insidiosa, siendo las manifestaciones más comunes hemorragia digestiva, dolor abdominal, masa palpable, pérdida de peso, diarrea, signos de obstrucción intestinal y perforación (solamente el 10% de todos los casos, casi siempre secundarias a sarcomas y linfomas).

**Pacientes y métodos:** Presentamos un caso de varón de 52 años con antecedentes personales de diverticulosis de sigma y un ingreso a nuestro cargo tres meses antes del ingreso actual, por cuadro sugenente de diverticulitis complicada con colección intraabdominal, resuelto con tratamiento conservador. Paciente que ingresa nuevamente por dolor abdominal de 48 h de evolución y fiebre alta, sin otra sintomatología asociada. En las pruebas complementarias realizadas en el SUE se evidencian divertículos en sigma y un segmento de asa de yeyuno con engrosamiento parietal y aumento de densidad de la grasa circundante junto con una colección líquida excéntrica a la pared yeyunal de aproximadamente 6x6x6.7cm, que parece ser la misma que se describe en el TAC del ingreso anterior y que sugería el proceso inflamatorio regional secundario a enfermedad diverticular.

**Resultados:** Ante mal estado del paciente y sospecha de perforación de viscera hueca se interviene de forma urgente, encontrando una tumoración perforada en ID y múltiples implantes tumorales en mesos, epiplón, peritoneo parietal. Se realiza resección de un metro aproximadamente de ID, anastomosis término-terminal manual, omentectomía y apendicectomía. Se realiza biopsia intraoperatoria informada de tumor maligno, muy indiferenciado y sarcomatoso. El diagnóstico anatomopatológico definitivo informa de tumor estromal maligno yeyunal agresivo (con diferenciación muscular lisa), sin ulceración de la mucosa, con infiltración neoplásica de epiplón.

**Conclusiones:** Las neoplasias de ID siendo extraordinariamente raras y además dando clínica atípica suelen ser un reto diagnóstico. En caso de otra enfermedad existente que puede tener una presentación similar y enmascarar el cuadro verdadero, el diagnóstico es todavía más difícil y puede modificar nuestra actitud posponiendo tratamiento quirúrgico adecuado.

### **Quiste de Nuck. Patología infrecuente de la región inguinal femenina**

A Szuba, P Martínez Domínguez, C Garde Lecumberri, MD Hernández García, R Molina Barea, S Alonso García, JA Jiménez Ríos.

*Hospital Universitario San Cecilio, Granada.*

El quiste de conducto de Nuck, llamado también hidrocele femenino, es un divertículo del peritoneo parietal, que acompaña al ligamento redondo de la mujer y se extiende al canal inguinal. Es una entidad muy infrecuente, con poca relevancia clínica al ser un cuadro benigno, aunque con importancia a la hora de realizar diagnóstico diferencial con otras patologías como hernia inguinal indirecta, lipoma, fibroma, leiomioma, sarcoma, endometrioma del ligamento redondo, linfadenopatía inguinal, neuroma, quiste epidermal y aneurisma de la arteria femoral, por lo cual se recomienda confirmación con las pruebas de imagen.

**Objetivos:** Relizar una revisión y descripción de un caso clínico de patología infrecuente.

**Material y métodos:** Paciente mujer de 49 años de edad, con antecedentes personales de anemia ferropénica en estudio y útero miomatoso, que ingresa procedente de la Consulta Externa de Cirugía General para tratamiento quirúrgico de tumoración inguinal derecha de aproximadamente 3 años de evolución. Refiere aumento progresivo del tamaño de la masa, sin ninguna sintomatología asociada, excepto prurito ocasional. A la exploración física presenta una tumoración móvil, irreductible, no adherida a planos profundos, de consistencia blanda, no dolorosa al tacto, de 4x6 cm de tamaño, localizada en región inguino-crural derecha. No se objetiva modificación del tamaño ni protrusión con las maniobras de Valsalva. Ante la duda diagnóstica, se solicitó ecografía inguinal desde la Consulta, apreciando imagen nodular ovoide de aspecto quístico de 66,6mm de diámetro, localizada a nivel inguinal derecho, sin señal doppler ni peristaltismo, con dudosa cola de comunicación peritoneal.

**Resultados:** Se interviene de forma programada confirmando el diagnóstico de sospecha, objetivando una masa de aspecto quístico, de color marrón oscuro, con paredes finas y translúcidas y contenido líquido seroso. En el acto quirúrgico se encuentra también debilidad de la pared posterior del canal inguinal, identificando el cuello del quiste que protruye a través de lamisca. Se realiza exéresis del quiste y reparación del defecto herniario con colocación de malla autoadhesiva de polipropileno, sin incidencias peri- y postoperatorias. Conclusiones Quiste del Nuck es una entidad poco frecuente, que aparece en mujeres durante la infancia y raramente en la edad adulta. Suele dar un cuadro asintomático, aunque puede ser la causa de consultas en Urgencias y confusiones a la hora de diagnóstico, asociando en algunos casos la realización de intervención quirúrgica urgente ante la sospecha de hernia inguinal encarcerada. Para el diagnóstico diferencial urgente y/o programado se recomienda la realización de estudios radiológicos como ecografía o RMN. El tratamiento de elección es extirpación quirúrgica, preferentemente, electiva

### Patología tumoral del bazo. Nuestra experiencia

Ruiz Juliá ML, Aguilar Luque J, Macías García L, Martínez García R, Martínez García P, Ruiz Luque V

*Hospital Universitario de Valme*

Se han tratado quirúrgicamente en nuestro servicio, entre los años 1992-2012, 4 quistes esplénicos, 6 tumores benignos, 21 tumores malignos y 6 metastásicos de bazo. Tras un breve comentario a los quistes, tumores benignos y metastásicos, nos centramos en los 21 tumores malignos, todos ellos linfomas, de los cuales, 7 fueron considerados tumores primarios de bazo. Desglosamos los diagnósticos en función de la última clasificación de la OMS, y nos centramos en el análisis del planteamiento actual ante el linfoma esplénico, justificando el cambio de tendencia de una indicación sistemática de esplenectomía al principio de la serie, a la valoración e indicación excepcional de esplenectomía apoyadas en las nuevas técnicas de diagnóstico y tipificación de los linfomas.

### Nódulo de la hermana maría José: un signo a tener en cuenta en cirugía de urgencias

A Szuba, MD Hernández García, VM Ruiz García, A Sáez Zafra, E Brea Gómez, A Argote Camacho, J Rubio López, JA Jiménez Ríos.

*Hospital Universitario San Cecilio, Granada.*

El Nódulo de la hermana María José es una manifestación de neoplasia intraabdominal de naturaleza metastásica. Se caracteriza por una masa localizada a nivel umbilical y se asocia con cáncer de origen digestivo (52%) o ginecológico (28%), siendo los más habituales los de estómago, páncreas, ovario y colon. En muchas ocasiones aparece como el único signo de la neoplasia oculta; y, aunque es muy poco frecuente, se incluye en el diagnóstico diferencial de las hernias umbilicales. Presentamos dos casos clínicos de pacientes intervenidas con carácter de urgencia por íleo mecánico con tumoración umbilical, y cuya causa última fue un tumor desconocido, uno de origen abdominal y otro ginecológico, con implantes neoplásicos umbilicales.

**Objetivos:** Realizar una revisión y descripción de patología infrecuente.

**Material y métodos:** CASO 1: Mujer de 82 años, con múltiples patologías médicas, y como antecedentes quirúrgicos: histerectomía y hernioplastia umbilical. Ingresó por cuadro de obstrucción intestinal. Presenta una tumoración periumbilical de meses de evolución, que en la actualidad es dolorosa al tacto, indurada e irreductible. Ante la sospecha de hernia umbilical recidivada e incarcerada es intervenida de forma urgente. Los hallazgos intraoperatorios fueron: carcinomatosis peritoneal con implantes hepáticos, gástricos, intestinales, y en epiplón, sin identificar el tumor primario. Se optó por realizar omentectomía para biopsia, cierre y tratamiento paliativo. CASO 2: Mujer de 56 años, ingresa por cuadro compatible con íleo mecánico alto. A la exploración se observa una tumoración marronacea a nivel de ombligo, dolorosa al tacto, dura y no reductible. Los hallazgos intraoperatorios fueron: gran mioma uterino pediculado e independiente de una masa

heterogénea en cara anterior de útero adherida al anejo derecho, e infiltración de vejiga. Se realiza, en colaboración con el Servicio de Ginecología, onfalectomía, histerectomía con doble anexectomía, apendicectomía, omentectomía.

**Resultados:** CASO 1: El postoperatorio cursa desfavorablemente por la descompensación de las patologías previas (cardiovascular y renal), y como es obvio, por la gran extensión tumoral. La Paciente fallece tras 15 días de ingreso postquirúrgico. Estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico sugiere un tumor primario de IG, con menor probabilidad de estómago o páncreas, descartando un origen en ovario, mama, pulmón y vejiga. CASO 2: Durante la intervención se envió como biopsia intraoperatoria la tumoración umbilical, cuyo resultado fue de metástasis de tumor maligno no filiado en ese momento. El postoperatorio cursa sin eventualidades, siendo dada de alta el quinto día. Estudio anatomopatológico sugiere que el tumor primario es un sarcoma uterino.

**Conclusiones:** Las metástasis cutáneas son una manifestación infrecuente de las neoplasias viscerales, tanto digestivas como ginecológicas. El Nódulo de la Hermana María José es un nódulo cutáneo umbilical, signo que se suele asociar con los carcinomas intraabdominales ocultos. Es fácil de detectar, pero por su infrecuencia hace que no pensemos en este diagnóstico, y nos debería exigir, realizar el diagnóstico diferencial tanto con lesiones primarias umbilicales (benignas y malignas) como metastásicas. Generalmente no determina la indicación de la intervención quirúrgica urgente pero, como en el primer caso clínico expuesto, puede disimular una hernia umbilical incarcerada. Ante la duda se debe enviar biopsias intraoperatorias, y realizar una laparotomía exploradora completa incluyendo la pelvis.

### Isquemia mesentérica masiva en paciente adulto joven

A Szuba, R Molina Barea, J García Rubio, C González Puga, J Rubio López, A Sáez Zafra, AJ Pérez Alonso, JA Jiménez Ríos

*Hospital Universitario San Cecilio, Granada.*

**Introducción:** La isquemia intestinal crónica es un problema casi exclusivo de los ancianos con arteriosclerosis difusa que afecta la aorta y las aa. mesentéricas proximales. Se produce isquemia relativa después de las comidas ante un aumento de la demanda de flujo hacia el lecho mesentérico e imposibilidad de mantenerlo debido a lesiones oclusivas proximales fijas, lo que da lugar a un cuadro denominado angor intestinal. Patrón típico es de dolor postprandial periumbilical a los 30 min. de la ingesta, que se resuelve gradualmente después. Pacientes reducen la cantidad de las comidas y desarrollan un patrón de abstinencia y pérdida de peso. El estudio diagnóstico definitivo es la arteriografía que muestra oclusión de al menos dos de las tres arterias mesentéricas principales. Los resultados de cirugía son generalmente muy satisfactorios/gratificantes en los pacientes seleccionados. Presentamos un caso de un paciente joven con isquemia mesentérica crónica reagudizada con sus graves complicaciones.

**Pacientes y métodos:** Varón de 45 años con antecedentes de fumador importante (2 paquetes/día) que ingresa a cargo de

digestivo por empeoramiento dolor abdominal de meses de evolución, intermitente, acentuándose después de la ingesta, asociado a diarrea y últimamente a vómitos y distensión abdominal, siendo diagnosticado inicialmente de íleo paralítico, durante su ingreso se descubre unas cifras tensionales elevadas así como un aumento de las glucemias basales. Durante el ingreso se realizan pruebas complementarias (arteriografía y angioTAC) que muestran arterioesclerosis de aorta abdominal, tronco celíaco, a. esplénica y mesentérica superior en su inicio, descartando la posibilidad de tratamiento endovascular y planteando cirugía abierta.

**Resultados:** Ante empeoramiento de dolor abdominal se interviene de forma urgente objetivando isquemia masiva yeyuno – ileal, desde unos 10 cm del ángulo de Treitz hasta el colon ascendente, con varias perforaciones puntiformes por donde sale contenido intestinal. Por parte de Cirugía Vascular se realiza disección retroperitoneal de la aorta subrenal y AMS (calcificada en su origen pero con latido a unos 5 cm de su origen). Dada la extensión de la isquemia intestinal no se considera terapéutico la realización de la resección del intestino afecto ya que lo que quedaría sería incompatible con la supervivencia del paciente. Dada la irreversibilidad de la situación y la extensa isquemia intestinal, se decide no adoptar más medidas quirúrgicas ni medidas extraordinarias en Reanimación.

**Conclusiones:** La enfermedad oclusiva de los vasos mesentéricos es un problema poco frecuente, pero con frecuencia catastrófico. Suele plantear un reto diagnóstico y requiere una anamnesis cuidadosa, uso de pruebas complementarias adecuadas para la exclusión de otras enfermedades e instauración de tratamiento precoz. Una vez diagnosticada requiere control de los factores de riesgo cardiovascular para evitar graves consecuencias y/o medidas invasivas terapéuticas.

## Adenoma paratiroideo gigante

Gallart, Ruiz, Ramirez, Morales, Jimenez Rios

*Hospital San Cecilio de Granada.*

**Introducción:** Los adenomas paratiroideos son una entidad frecuente, lo normal es que su tamaño no exceda de 5 cm. Cuando presentan tamaños más grandes pueden provocar síntomas como náuseas, dolor, quistes renales, dispepsia... El tratamiento de elección es quirúrgico y cuanto más grande es el adenoma más complicaciones pueden surgir durante el acto quirúrgico.

**Material y métodos:** Presentamos a varón de 55 años de edad, con antecedentes personales de esquizofrenia paranoide más bocio multinodular. El paciente presenta un adenoma paratiroideo gigante de 16 cm por lo que de forma programada se realiza tiroidectomía total más paratiroidectomía inferior izquierda. La calcemia mejoró tras la intervención quirúrgica de 16,4 a 8,4 unidades. El paciente fue dado de alta a los 4 días postoperatorios, sin incidencias.

**Resultados:** El hiperparatiroidismo primario es una patología en muchas ocasiones difícil de diagnosticar, por la ausencia de síntomas y por la sutileza de los mismos. En nuestro

caso esto se ve acentuado por la patología mental del paciente que enmascaró la sintomatología, permitiendo un gran crecimiento del adenoma. Debe sospecharse esta entidad, ante hipercalcemia sérica o pacientes con litiasis renal y ser estudiada y analizada detenidamente.

**Conclusiones:** El hiperparatiroidismo primario es una afección poco frecuente. El diagnóstico es desafiante y si se realiza tardíamente pueden asociarse complicaciones quirúrgicas importantes por el gran tamaño de los adenomas ( el 85% de los casos está producido por estos) El cirujano debe conocer la evolución y el tiempo de la patología para programar una intervención quirúrgica específica y minimizar las complicaciones.

## Abdomen agudo en el postoperatorio tardío de apendicitis aguda

A Szuba, E Brea Gómez, R Molina Barea, C Pérez Durán, C del Olmo Rivas, A Argote Camacho, V Aranaz Ostáriz, JA Jiménez Ríos

*Hospital Universitario San Cecilio, Granada.*

**Introducción:** La apendicitis aguda constituye una de las causas más frecuentes de cirugía abdominal urgente. Las complicaciones post-quirúrgicas secundarias a esta patología son relativamente frecuentes: infección de la herida quirúrgica, abscesos intraabdominales, hemorragia, flebitis, íleo paralítico y evisceración; a lo que raramente tenemos que añadir complicaciones iatrogénicas. Entre las complicaciones tardías destacan: permanencia de abscesos intraabdominales, fístulas estercoráceas, obstrucción intestinal por bridas, eventración, complicaciones por cuerpo extraño y posibilidad de apendicitis en el remanente apendicular.

**Pacientes y métodos:** Paciente varón de 45 años que ingresa a nuestro cargo por sospecha clínica, analítica de apendicitis aguda, con prueba de imagen (TAC abdominal) sin hallazgos patológicos. Se interviene de manera urgente confirmado el diagnóstico de sospecha, evidenciando ligera cantidad de líquido libre de aspecto seroso y apéndice cecal con signos macroscópicos inflamatorios en fase flemosa, sin encontrar otra patología intraabdominal. El diagnóstico anatomopatológico definitivo informa de apendicitis aguda supurada. El paciente fue dado de alta hospitalaria a los 2 días de la intervención con excelente evolución. Paciente acude a Urgencias a los 20 días de la intervención semanas después de la cirugía, presentando cuadro clínico de dolor abdominal de una semana de evolución sin otra sintomatología, se realiza analítica con únicos hallazgos de PCR elevada y leucocitosis, a la exploración se aprecia defensa en fosa iliaca derecha con irritación peritoneal. Sospechando posibles complicaciones de la cirugía reciente se realiza TAC abdominal que informa de un aumento de densidad de la grasa pericecal con una imagen de alta densidad de morfología alargada y fina de unos 5,8 cm de longitud.

**Resultados:** Ante la clínica y posible iatrogenia se decide realizarse laparotomía exploradora en la que se observa perforación y plastrón inflamatorio en ciego con ileon adherido,

que se libera y se observa dos perforaciones puntiformes secundarias a cuerpo extraño (palillo de dientes) que se extrae, se realiza cierre simple de ambas perforaciones con puntos simples y se coloca un drenaje. El postoperatorio del paciente fue satisfactorio, presentando únicamente infección de la herida quirúrgica que trató con curas locales, siendo dado de alta hospitalaria a los 10 días de la reintervención.

**Conclusiones:** Cualquier empeoramiento del estado del paciente que surge en el periodo de postoperatorio debe ser relacionado con el procedimiento realizado anteriormente y requiere una actitud minuciosa para descartar y tratar posibles complicaciones, aunque en algunos casos puede coincidir con un diagnóstico diferente no relacionado con la patología de base.

### **Hernia crural birecidivada, la reparación laparoscópica con técnica TAPP**

Castillo Tuñón Juan M., Naranjo Fernández Juan R., Marín Orta E., Domínguez Amodeo A., Valera Sánchez Z., Curado Soriano A., Ji

*H.U.V.Macarena. Sevilla*

**Introducción:** El principio básico del tratamiento de las hernias de la región inguinal mediante abordaje laparoscópico es la colocación de implante protésico en el espacio preperitoneal por vía posterior, con una realización totalmente extraperitoneal tipo TEP o transabdominal preperitoneal, desde cavidad con apertura del peritoneo y posterior cierre tipo TAPP. Es posible realizar una verdadera reparación completa de la región inguinal y crural.

**Material y métodos:** Exponemos el caso e iconografía de una paciente de 32 años sin antecedentes de interés, que presenta una hernia crural birecidivada sintomática, reparada previamente con hernioplastia crural con plug y malla de polipropileno, por vía anterior, en dos ocasiones, presentando recidiva en ambos casos. **Discusión:** Planteamos la reparación laparoscópica tipo TAPP por obtener una visión directa desde cavidad del saco herniario, a veces difícil de visualizar y disecar por cirugía abierta vía anterior por ser multirecidivada, los implantes protésicos previos, la fibrosis y saco poco identificable en decúbito supino con anillo pequeño. En este caso con visión directa desde cavidad objetivamos saco crural que discurre por debajo del plug y que es difícil de objetivar por vía anterior por la fibrosis y protruir por debajo del implante protésico de polipropileno. Se realiza la apertura del peritoneo propia de la técnica TAPP, separación dificultosa del peritoneo del plug y disección del saco herniario, colocación de malla protésica de polipropileno de bajo peso tridimensional preperitoneal con cierre posterior de éste. Alta en el mismo día de la intervención en régimen de C.M.A.

**Concluimos:** El abordaje laparoscópico ofrece una visión directa y clara del saco herniario y de otros posibles defectos asociados, una reparación completa de la región crural e inguinal medial directa y anillo inguinal lateral indirecto, de este modo se convierte la técnica y vía de abordaje como idóneas para las hernias recidivadas. Añadimos las ventajas de

un menor dolor postoperatorio, un periodo de convalecencia postoperatoria más breve y mejores resultados estéticos.

### **Plug de polipropileno en la reparación herniaria, complicaciones potenciales**

Castillo Tuñón Juan M., Naranjo Fernández Juan R., Curado Soriano A., Valera Sánchez Z., Domínguez Amodeo A., Reyes Díaz María L

*H.U.V.Macarena. Sevilla*

**Introducción:** La hernioplastia sin tensión con malla de polipropileno tipo plug constituyo en sus orígenes una novedosa técnica para tratar los defectos de pequeño tamaño de pared abdominal, así para la reparación de hernias umbilicales y epigástricas, presentando una buena aceptación por los cirujanos. No obstante, posteriormente hemos visto que se trata de una técnica que entres sus complicaciones se encuentra la entrada del plug en cavidad e incluso su migración, con las graves complicaciones que se derivan al entrar en contacto con vísceras abdominales.

**Material y métodos:** Presentamos casos clínicos e iconografía de este hecho, así destacamos paciente mujer de 69 años con HTA, DM tipo II, TVP en puerperio e intervenida de hernioplastia umbilical, que ingresa para intervención quirúrgica reglada de hernia umbilical recidivada por vía laparoscópica, se objetivan adherencias firmes de epiplón y colon transversal a pared abdominal en la zona del anillo herniario, en su disección existe cuerpo extraño intracavitario a nivel umbilical que está englobado por el epiplón, tras adhesiolisis se identifica el cuerpo extraño como malla de polipropileno tipo plug migrada a cavidad, se procede a su retirada y realización de eventroplastia laparoscópica en doble corona.

**Resultados:** EL uso de plug en las hernioplastias umbilicales y epigástricas ancla éste a los bordes del anillo herniario, no existiendo el overlap necesario para una correcta reparación, de este modo existe una mayor tendencia a la recidiva, también en el espacio preperitoneal creado para su implante, debido a la presión del plug más los microtraumatismos en la dinámica de la pared abdominal llevan a la erosión peritoneal y la entrada del polipropileno en cavidad, contactando con las vísceras. El anclaje a los bordes del anillo, la retracción propia del polipropileno con ausencia de overlap y la tensión del plug sobre el peritoneo como las principales causas de la migración intracavitaria del mismo, con el alto riesgo de fistulización a vísceras. **Conclusión:** Existe en la literatura casos de migración intracavitaria de mallas tipo plug con graves consecuencias, perforación de víscera hueca, migración intraluminal de víscera hueca así como obstrucción de tracto digestivo y urinario. La penetración en cavidad, migración del plug, recidiva con la palpación del cuerpo extraño – fibrosis, necesidad de un overlap protésico para la correcta reparación de los defectos de pared abdominal, nos plantea utilizar el implante a nivel preperitoneal de forma expandida, con overlap suficiente y la integridad del peritoneo.

## Úlceras digitales con probe to bone test positivo. Resultados tras tratamiento conservador en la unidad de pie diabético del h

Camacho Ramirez, A. Díaz Godoy, A. Martínez Vieira, A. Alvarez, J. Balbuena, M. Romero, A. Urbano, MA. Calvo, A. Vega, V. Velasc

H.U. Puerto Real (Cádiz)

**Introducción:** Las úlceras digitales con exposición ósea en pacientes diabéticos neuropáticos son lesiones frecuentes que requieren un diagnóstico y tratamiento precoz así como un seguimiento intenso, de lo contrario pueden llegar a la amputación digital por sobreinfección y necrosis. El objetivo de ésta comunicación es mostrar los resultados del tratamiento de 16 úlceras digitales con exposición ósea en pie diabético neuropático en la unidad de pie diabético del Hospital Universitario de Puerto Real (Real).

**Material y métodos:** Dieciséis pacientes, siete mujeres y nueve varones, con edad media de 65 años (36-80), diabéticos tipo I (2) y II (14), test de Semmens-Weinstein positivo, al menos un pulso distal presente pedio y/o tibial posterior e ITB (0,9-1,1). Acuden por lesiones digitales con hueso expuesto (probe bone test positivo) de 45 días de evolución (10-110) a nivel de pulpejo/falange distal en nueve casos y seis en cara lateral. Para el tratamiento de estos pacientes una vez descartada la isquemia como causa primaria se tomaron cultivos y se procedió a descargar el antepie con ortesis adecuada. El desbridamiento se realizó previo bloqueo digital con anestesia local y en ambiente estéril limpieza con gubia resecano el hueso superficial enviándose el material a cultivo. Las curas se han llevado a cabo por nuestra enfermera de la Unidad de Pie diabético, antibioterapia empírica (amoxicilina/clavulánico) modificándose según los resultados del cultivo y de la evolución clínica. Se ha mantenido el antibiótico al menos 6 semanas o hasta la cobertura ósea por tejido de granulación con una media de 45 días (42-52). Resultados. El tiempo medio de cicatrización ha sido de 85 días (30-150). El cierre de las úlceras se consiguió en 13 de los 16 pacientes (81,25%) sin recidiva actual tras 350 días (545-155). En una de ellos hubo que realizar un segundo friederich a los 12 días. Se modificó la antibioterapia en 7 de los 16 pacientes por antibiograma manteniéndose 46 días (42-56). De los tres pacientes en los que no se consiguió el cierre, uno de ellos fue por necrosis distal tras friederich, el segundo cerró la ulcera reabriéndose a los 5 meses (posiblemente por un decúbito) y el tercero tras dos friederich no se ha conseguido su cierre convirtiéndose en una ulcera crónica.

**Conclusiones:** Es importante que lesiones a nivel digital en pacientes diabéticos sean valorados por unidades creadas al respecto si tras quince días no se ha conseguido su cierre. El tratamiento médico asociando friederich enérgico de úlceras digitales con hueso expuesto en pacientes seleccionados consigue una tasa de éxitos nada despreciable evitando la amputación digital.

## Enteritis eosinofílica

Alejandro J. Pérez Alonso, M. Dolores Hernandez Garcia, Rocio Molina Barea, Jose Rubio López, Agata Szuba, J. A. Jimenez Rios  
Hospital Universitario San Cecilio

**Introducción:** La enteritis eosinofílica es una enfermedad de causa desconocida en la que hay eosinofilia periférica junto con infiltración eosinofílica de la pared del tubo digestivo, en ausencia de cualquier causa demostrable como helmintiasis, enteritis regional, vasculitis, etc. Las manifestaciones clínicas dependerán del segmento gastrointestinal afectado y la capa histológica predominantemente involucrada.

**Paciente y métodos:** Presentamos el caso de un paciente de 63 años de edad, con antecedentes personales de hiperreactividad bronquial y HTA; que consulta por clínica insidiosa de dolor abdominal, asociado a náuseas y estreñimiento que se localiza pasadas 48 horas en FID, asemejando un cuadro de apendicitis aguda. Se decide intervención quirúrgica urgente, advirtiéndose presencia de Divertículo de Meckel con signos de inflamación y engrosamiento de la pared intestinal, como causa más probable del cuadro clínico. Se realiza extirpación del segmento afectado de ileon (15 cm) con anastomosis termino-terminal manual. El paciente evoluciona favorablemente sin incidencias en el postoperatorio. El informe definitivo de Anatomía Patológica de la muestra, indica la presencia de una enteritis eosinofílica como causa del engrosamiento parietal del intestino. Conclusiones: La divulgación de esta comunicación es llamar la atención para introducir como hipótesis diagnóstica en cuadros gastrointestinales difusos, la posibilidad de gastroenteritis eosinofílica; enfermedad poco común que puede inducir por la diversidad de presentaciones a manejos agresivos innecesarios. En la gran mayoría de casos publicados en la literatura el cuadro clínico se caracteriza por náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea y ascitis. Cabe recalcar que se trata de un diagnóstico de exclusión y no primario, ya que para llegar a establecerlo en este tipo de pacientes, hay que descartar varias entidades clínicas asociadas a ascitis y/o eosinofilia periférica.

## Hemostasia en cirugía tiroidea. Manteniendo la seguridad en tiempos de crisis

Carlos Bernardos García; Juan Torres Recio; Jorge Díaz Roldán; Sellam Kaddouri Mohamed; Antonio Amaya Cortijo;

Hospital San Juan de Dios. Consorcio Sanitario Público del Aljarafe.

**Introducción:** La hemostasia en cirugía tiroidea es crucial. La aparición de un hematoma sofocante postoperatorio puede ser una eventualidad fatal que debe prevenirse a toda costa. Múltiples estudios apoyan cada vez con más evidencia la no necesidad del uso de materiales preventivos para su aparición como drenajes aspirativos, hemostáticos locales, etc.

**Objetivos:** Cuantificar el uso de Tachosil como hemostático en cirugía tiroidea y valorar su eficacia a la hora de disminuir la incidencia de sangrado postoperatorio.

**Material y métodos:** Análisis sobre una cohorte de 152 paciente sometidos a tiroidectomías totales o parciales desde Octubre de 2009 a Diciembre de 2012. Hemos determinando el número de reintervenciones por sangrado y la adecuación del uso de Tachosil en su prevención.

**Resultados:** Del total de tiroidectomía se han producido

un total de 6 reintervenciones por sangrado postoperatorio (3,9%), porcentaje discretamente mayor al publicado en la literatura. Se ha utilizado Tachosil en un total de 59 pacientes (38% del total) Todas las reintervenciones se han producido en pacientes a los que se les aplicó la esponja de fibrinógeno, habiéndose producido estos sangrados en el plano de la musculatura pretiroidea y no del lecho de tiroidectomía.

**Conclusiones:** No hemos observado que el uso de Tachosil disminuya la aparición de hematomas sofocantes. Esto es debido a que el sangrado del plano muscular no es controlable con este hemostático. Creemos que una minuciosa técnica quirúrgica no puede ser sustituida por nada y que el uso rutinario de Tachosil no es necesario, lo que, ajustando su uso, puede llevarnos a obtener un impacto económico favorable en la reducción del gasto.

### Hernioplastia inguinal laparoscópica tipo TAPP y colecistectomía concomitante

Castillo Tuñón Juan M., Naranjo Fernández Juan R., Domínguez Amodeo A., Curado Soriano A., Valera Sánchez Z., Infantes Ormad M  
H.U.V.Macarena. Sevilla

**Introducción:** La alta prevalencia de las hernias de la región inguinal hace frecuente su diagnóstico en pacientes con patología abdominal susceptible de tratamiento laparoscópico concomitante, donde es frecuente la asociación de colelitiasis sintomática susceptible de cirugía y hernia inguinal. El abordaje laparoscópico de ambos procesos es factible asociando a la colecistectomía clásica el abordaje transabdominal preperitoneal tipo TAPP de la hernia inguinal.

**Material y métodos:** Presentamos una serie de 11 pacientes con diagnóstico de colelitiasis sintomática y hernia inguinal, en los cuales se realizó hernioplastia inguinal tipo TAPP y colecistectomía laparoscópica en un mismo acto quirúrgico, de los cuales 4 fueron tratados de hernia inguinal bilateral y 7 unilateral. Comenzamos con la realización de la colecistectomía con el monitor en el lado derecho enfrente del cirujano y 4 trocares, 10 mm umbilical, 10 mm subxifoideo, 5 mm hipocondrio izquierdo y 5 mm vacío izquierdo, óptica de 10 mm y 0°, tras la realización de la colecistectomía laparoscópica clásica cambiamos el monitor a los pies del enfermo y el trocar de 5 mm de hipocondrio derecho se retira y lo colocamos a fosa iliaca izquierda para realizar la hernioplastia inguinal unilateral o bilateral, con implante de malla de polipropileno tridimensional de bajo peso preperitoneal.

**Discusión:** Es posible resolver ambos procesos de forma simultánea mediante abordaje laparoscópico, que en este caso es preciso realizar un abordaje transabdominal para la reparación herniaria. Todos los pacientes fueron dados de alta al día siguiente de la cirugía con ingreso de 24 horas y sin incidencias.

**Conclusiones:** Una de las ventajas del abordaje laparoscópico de la hernia inguinal tipo TAPP frente al abordaje totalmente extraperitoneal tipo TEP es poder realizar la revisión de cavidad abdominal y la posibilidad de intervenir un proceso asociado. La hernioplastia simultánea no debe realizarse

en situaciones de comorbilidad o posibilidad de infección que comprometan el implante de material protésico.

### Hernia diafragmática de morgagni gigante como causa de obstrucción intestinal

Gallart, Romera, Molina, Mirón, Jimenez Rios  
Hospital San Cecilio de Granada.

**Introducción:** La hernia de Morgagni es una anomalía congénita del diafragma causada por un defecto anteromedial, entre sus inserciones costal y esternal. La mayoría de los diagnósticos se realizan de forma casual, es frecuente en la infancia (provocando dificultad respiratoria), siendo excepcional en edades avanzadas como ocurre con el caso que presentamos.

**Material y métodos:** Se expone a paciente varón de 81 años de edad con antecedentes personales de DM, HTA,, prostatismo y síndrome depresivo. Es ingresado en nuestro Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo por cuadro compatible con obstrucción intestinal (nauseas, vómitos, ausencia de emisión de gases y heces y distensión abdominal) asociado a hipopotasemia severa. Mediante TAC abdominal con contraste intravenoso se diagnostica como causa de la obstrucción una hernia de Morgagni con contenido gástrico y colónico. Se realiza reparación de la misma con cierre del defecto herniario con sutura en U sin incidencias. El paciente es dado de alta a los 7 días postoperatorios asintomático.

**Resultados:** La hernia de Morgagni es un cuadro clínico que en la mayoría de los pacientes es silente, sus complicaciones son muy excepcionales. La prueba diagnóstica más frecuente para su descubrimiento es la radiografía de tórax, aunque en muchos casos pasa desapercibida debido a que el especialista no tiene en mente esta entidad. El tratamiento definitivo siempre es quirúrgico y consiste en la plastia del defecto diafragmático .

**Conclusiones:** La hernia de Morgagni es una patología poco frecuente y es excepcional la producción de complicaciones en la edad adulta por dicha patología . El tratamiento definitivo siempre es quirúrgico.

## TERCERA SESIÓN DE COMUNICACIONES PÓSTERES

### Apendangitis. Estudio de un caso

Gallart, Zurita, Cabrerizo, Ortega, Jimenez Rios  
Hospital San Cecilio de Granada.

**Introducción:** La apendangitis se define como una inflamación de un apéndice epiploico debido, como causa fundamental ,a una torsión del mismo. Su tratamiento principal es conservador. Puede simular cuadros quirúrgicos, por lo que un diagnóstico diferencial exhaustivo es muy importante.

**Material y métodos:** Presentamos a un varón de 21 años de edad sin antecedentes personales de interés que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal focalizado en fosa iliaca derecha, leucocitosis y fiebre termometrada de 37,9

° C. Ante la sospecha diagnóstica de apendicitis aguda se solicita ecografía abdominal, la cual confirma diagnóstico de apendangitis. Es dado de alta del Servicio de urgencias con tratamiento antiinflamatorio prescrito por cirujano de guardia.

**Resultados:** Los apéndices epiploicos pueden visualizarse en las pruebas de imagen en el caso de que se encuentren inflamados, como ocurre en nuestro paciente. Los factores de riesgo para su torsión son la obesidad, diverticulitis aguda, y los cambios posturales bruscos. Es una entidad que es más frecuente en adultos jóvenes y varones y la localización más frecuente es fosa iliaca izquierda. El diagnóstico diferencial principal debe hacerse con apendicitis y diverticulitis. La prueba diagnóstica de elección es el TAC abdominal ya que la ecografía es explorador dependiente. El tratamiento de elección es conservador, analgésicos y antiinflamatorios asociados a reposo, cediendo el cuadro en varios días con un pronóstico excelente.

**Conclusiones:** La apendangitis es una patología muy infrecuente que hay que tenerla en cuenta dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo ya que puede condicionar la actitud terapéutica posterior y realizar una intervención quirúrgica innecesaria.

## Hernia inguinal gigante en paciente con síndrome de madelung

Gallart, Romera, Mirón, Jimenez Ríos

Hospital San Cecilio de Granada.

**Introducción:** la lipomatosis simétrica múltiple es una enfermedad de etiología desconocida caracterizada por múltiples depósitos de tejido adiposo. El cuello y la nuca son las localizaciones más frecuentes y esto puede provocar dificultades de intubación orotraqueal en pacientes que requieran una intervención quirúrgica.

**Material y métodos:** presentamos a varón de 68 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Madelung, patrón restrictivo pulmonar, tuberculosis residual en lóbulo superior izquierdo, FA crónica, hernia inguino-escrotal izquierda. El paciente ingresa en nuestro servicio de forma urgente por hernia inguino-escrotal gigante incarcerada, con isquemia de asas intestinales, absceso inguino-escrotal y obstrucción intestinal, diagnosticada mediante TAC. Tras remontar parámetros de coagulación, se decide intervención quirúrgica urgente con anestesia locorregional más sedación, debido a la imposibilidad de intubación. No requiere resección de asas intestinales, por lo que se realiza reparación del defecto herniario con colocación de malla y plug de prolene. El paciente fallece por IAM al segundo día postoperatorio.

**Resultados:** El síndrome de Madelung es una enfermedad que afecta principalmente a varones 15:1, el diagnóstico fundamentalmente es clínico y existe una gran asociación con el alcoholismo crónico, anemias con VCM elevado y neuropatías periféricas...El diagnóstico diferencial principal es con bocio, tumores de cuello y enfermedad de Von Rocklinghausen. El tratamiento principal es el aban-

dono del alcohol y perder peso, aunque no se revierte ni se detiene la progresión de la enfermedad. El tratamiento quirúrgico más efectivo es la liposucción sobre las zonas afectas.

**Conclusiones:** La enfermedad de Madelung puede provocar dificultades en la intubación de los pacientes, en el caso de necesidad de intervención quirúrgica y puede poner en riesgo la vida de la persona. El cirujano y el anestesiista deben analizar cómo y cuándo es el mejor momento para dicha intervención.

## Metástasis de carcinoma pulmonar que debuta con perforación intestinal

Gámez Córdoba ME, Carasco Campos J, González Poveda I, Ruiz López M, Toval Mata JA, Mera Velasco S, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya - Málaga

**Introducción:** Las neoplasias de intestino delgado son infrecuentes, correspondiendo el 1-4% a tumores metastásicos, siendo el primario más frecuente el melanoma maligno y el cáncer de pulmón. La presentación del cáncer de pulmón con metástasis a distancia en el momento del diagnóstico se sitúa en el 50% de los casos, siendo las gastrointestinales muy raras (metástasis intestinales sintomáticas 0.05 - 1.17%). Sin embargo, estudios de autopsias muestran su aparición en un número considerable de pacientes (4.7 - 14%). Presentamos el caso de una perforación intestinal por metástasis de carcinoma no microcítico pulmonar.

**Caso Clínico:** Paciente varón de 61 años, exfumador, EPOC severo, diagnosticado de carcinoma de pulmón escamoso estadio IV 8 meses antes, tratado con radioterapia y quimioterapia. Acude a urgencias por dolor abdominal de inicio súbito. A la exploración se encuentra hipotenso, taquicárdico, febril, con abdomen defendido e irritación peritoneal. Se realiza TC abdominal que objetiva distensión de asas, neumoperitoneo y líquido libre. Se decide intervención quirúrgica urgente con hallazgos de peritonitis purulenta e implantes tumorales a nivel de yeyuno proximal, íleon proximal y epiploon, que se biopsian. El paciente fallece en el postoperatorio inmediato. El estudio anatomopatológico informó de metástasis de carcinoma escamocelular.

**Discusión:** Las metástasis gastrointestinales de origen pulmonar son más frecuentes en el adenocarcinoma (23.7%) y carcinoma escamoso (22.7%). Debido a su diseminación linfática y hematológica el lugar más frecuente de aparición es el intestino delgado, complicándose con perforación, sangrado y obstrucción hasta en el 30% de los casos. Condicionan un peor pronóstico, con una supervivencia global no superior a 16 semanas. Por todo ello debemos mostrar atención a los síntomas gastrointestinales en este tipo de pacientes. El manejo quirúrgico precoz de estas lesiones puede contribuir a aumentar la supervivencia y evitar sus graves complicaciones.

## Hernia transmesentérica masiva postquirúrgica

Gámez Córdoba ME, Sánchez Perez B, Aranda Narváez JM, Blanco Elena JA, Rodríguez Silva C, Suárez Muñoz MA, Fernández Aguilar JL,

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

**Introducción:** La hernia interna es una entidad clínica muy infrecuente (0.2 - 0.9%) que ocasiona un 0.6 - 5.8% de obstrucciones intestinales. Las hernias transmesentéricas son las más frecuentes en pacientes previamente intervenidos, con una incidencia progresivamente en aumento atribuida al incremento de procedimientos con reconstrucción en Y de Roux. Su diagnóstico es complejo debido a su escasa incidencia, presentación clínica inespecífica y a la dificultad de interpretación de las pruebas radiológicas secundaria a los cambios anatómicos. Presentamos un caso de hernia interna transmesentérica, después de una cirugía abdominal, con buenos resultados gracias a una sospecha diagnóstica y tratamiento quirúrgico precoces.

**Caso Clínico:** Mujer de 27 años con clínica de dolor postprandial, distensión abdominal y pérdida importante de peso (10 kg / 2 meses) con IMC de 17 y desnutrición moderada. Diagnosticada de pinza aortomesentérica de Rokitanski. Se realizó duodenoyunostomía con anastomosis latero-lateral. Fue dada de alta el 4º día, con tolerancia oral y tránsito adecuado. El 12º día reingresó con cuadro de dolor abdominal tipo cólico, hiperemesis y distensión abdominal. La TC abdominal mostró distensión de asas de intestino delgado, cambio de calibre a nivel de íleon terminal e imagen de arremolinamiento del meso, todo ello sugestivo de hernia interna (Fig. nº1). Se intervino de urgencia, hallándose importante dilatación de todo el intestino delgado, que se encontraba desplazado cranealmente, a través del ojal del mesocolon donde existía un anillo de constricción, hasta unos 5 cm de la válvula ileocecal (Fig. nº2). Se abrió el anillo de constricción del meso liberando y recolocando el paquete intestinal. Cierre del orificio del meso y pexia del asa. Buena evolución postoperatoria, con tolerancia oral adecuada y reinicio del tránsito, siendo alta al 8º día.

**Discusión:** La hernia interna se define como la protrusión de una víscera a través de un defecto mesentérico-peritoneal. Estos defectos son secundarios a múltiples mecanismos entre los que destaca la cirugía previa. Las hernias transmesentéricas son las más frecuentes en pacientes con antecedentes quirúrgicos. Suelen asociar vólvulo intestinal e isquemia debido a una ausencia de saco herniario, dando lugar a la formación de hernias que contienen gran parte del paquete intestinal. Pueden presentarse desde formas asintomática, obstrucción intestinal aguda o crónica intermitente. La base del diagnóstico es la TC (sensibilidad 63%, especificidad 76%). Los signos radiológicos sugestivos de hernia interna son la congestión, hacinamiento y estiramiento de los vasos mesentéricos, dilatación y oclusión de las asas de intestino, desplazamiento del colon descendente y zonas de transición. Las reconstrucciones con TC multicorte resultan de gran utilidad para confirmar la sospecha clínica. En pacientes previamente intervenidos, con tendencia a formación de adherencias y oclusiones de intestino delgado, el diagnóstico resulta complejo debido a las alteraciones anatómicas. Alcanzado el diagnóstico o la alta sospecha de hernia interna el tratamiento de elección es la cirugía. Un retraso en el tratamiento quirúrgico

puede conllevar una necrosis intestinal (66 - 22%) con la correspondiente necesidad de resección intestinal y aumento de la morbi-mortalidad.

### Implantación de nueva técnica de hepatectomía en dos tiempos: ligadura portal y partición hepática "in situ"

García Albiach B, Gámez Córdoba ME, Sánchez Pérez B, Suárez Muñoz MA, Fernández Aguilar JL, Blanco Elena JA, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

**Introducción:** La resección quirúrgica de los tumores hepáticos, primarios o metastásicos, es la principal opción terapéutica curativa. La obtención de márgenes oncológicos demanda en ocasiones resecciones extensas del parénquima hepático, con el riesgo de desarrollar insuficiencia hepática postoperatoria (IHP). La técnica de partición hepática "in situ" con ligadura portal es una variante técnica reciente de hepatectomía en dos tiempos cuyo objetivo es obtener un mayor y más rápido crecimiento del volumen residual hepático. Presentamos dos casos tratados mediante esta técnica en pacientes con metástasis hepáticas de cáncer colorrectal inicialmente no resecables.

**Caso Clínico 1:** Varón 57 años. Neoplasia de sigma estenosante con metástasis hepáticas (MH) sincrónicas irresecables en segmentos IVb, V, VII y VIII. Se trató el tumor primario mediante resección anterior laparoscópica de recto. Se administró QT adyuvante con Folfox -Bevacizumab (9 ciclos) obteniendo respuesta parcial de las metástasis hepáticas. El estudio volumétrico preoperatorio fue de 287.4 ml de los segmentos II-III (BWR 0,4). Debido al escaso volumen hepático residual, se propuso para una cirugía en dos tiempos: La 1ª cirugía fue una triseccionectomía derecha con ligadura de la porta y transección hepática mediante CUSA® y Aquamantis®. Tras un posoperatorio sin complicaciones, once días después se realizó la 2ª cirugía (Volumetría Seg. II-III: 415ml, BWR 0,59) completando la exéresis de la pieza mediante la sección de la vía biliar, arteria y VSH media y derecha. La AP demostró una metástasis de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con necrosis submasiva y margen de resección hepática no afecto. Evolución postoperatoria favorable, con un síndrome "small for size" moderado (IHP grado A).

**Caso Clínico 2:** Mujer 48 años. Neoplasia de sigma en estadio IV con MH bilobares y pulmonares. En comité oncológico se decidió realizar terapia inversa, iniciando el tratamiento con quimioterapia de inducción (8 ciclos, Folfiri+Bevacizumab), obteniendo respuesta parcial de las lesiones hepáticas y completa de las pulmonares. La cirugía fue en dos tiempos de las metástasis hepáticas y posteriormente cirugía del primario. La volumetría hepática de S II, III y I fue de 308 ml (BWR 0,5). Se realizó triseccionectomía derecha más resecciones limitadas de metástasis infracentrimétricas de S II y III, con ligadura de porta derecha y transección hepática. La volumetría postcirugía a los 7 días fue de 393 ml (BWR 0,66). A los 10 días se reintervino para exéresis de la

pieza de forma similar al caso anterior. Fue alta a los 5 días sin complicaciones.

**Conclusion:** La IHP es debida a un volumen de remanente hepático escaso e incapaz de mantener sus funciones. Esta nueva estrategia, combina la ligadura de la vena porta derecha y la sección total del parénquima hepático, produciendo una hipertrofia acelerada del remanente hepático, debido a la desconexión completa del hígado "tumoral" y del hígado residual, lo que previene la formación de colaterales hacia el parénquima hepático con flujo portal ocluido. Es una alternativa a las técnicas en dos tiempos con embolización portal preoperatoria, actualmente en desarrollo y de la que se necesitan estudios a largo plazo para valorar el beneficio oncológico real.

## Dolor abdominal causado por Apendagitis epiploica. A propósito de un caso

Roldán Ortiz, S.; Bengoechea Trujillo, A.; Bazán Hinojo, M.C.; Pérez Gomar, D.; Fornell Ariza, M.; López Zurera, M.; Mayo Ossorio, M.A.; Castro Fernández, J.R.; Pacheco García, J.M.; Fernández Serrano, J.L.

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Introducción:** La apendagitis epiploica o apendicitis epiploica primaria aguda es causa infradiagnosticada e infrecuente de dolor abdominal agudo en pacientes jóvenes, con prevalencia de 2- 8%. Es una entidad autolimitada con diagnóstico diferencial amplio.

**Caso Clínico:** Paciente varón de 44 años de edad, sin antecedentes personales de interés. Acude a Servicio de urgencias por segunda vez, debido a dolor abdominal de inicio brusco y progresivo, de 5 días de evolución más localizado en FID sin irradiación y empeorando con movimientos. Afebril. Tolerando dieta sin náuseas ni vómitos, sin anorexia y tránsito intestinal presente. Exploración: dolor en FID, Blumberg negativo, Signo de Rovsing negativo. No defensa abdominal. Analítica: Leucocitos 7100 (74 % N). Fibrinógeno 528. PCR 70.71 mg/l. Ecografía abdominal y se deriva a TAC abdomen: lesión en FID, posterior a pared abdominal de 3 x 2 cm, bien delimitada de densidad grasa compatible con apendagitis epiploica. Se pautó tratamiento con antiinflamatorios y reposo relativo, con evolución favorable.

**Discusión:** Apendagitis epiploica fue descrita por primera vez en 1956 por Lynn et al. Consiste en un proceso inflamatorio de apéndices epiploicos por torsión del pedículo vascular (1- 2 arteriolas y 1 vena) o trombosis en la vena de drenaje. En consecuencia, isquemia y/o infarto de esta estructura adiposa. Predomina en varones entre 40- 50 años (75- 80%) como en nuestro caso. Como factores de riesgo se han involucrado: obesidad, transgresiones dietéticas, pérdida importante de peso, actividad física intensa y hernias. Cursa con clínica similar a la de nuestro paciente, dolor de inicio brusco e intenso. Localizado en hemiabdomen inferior, más frecuente en cuadrante izquierdo confundiendo con diverticulitis aguda. Segunda localización más frecuente es en FID, como nuestro caso, con diagnóstico diferencial con apendicitis aguda. Analíticamente puede ser rigurosamente normal o existir leucocitosis con elevación de reactantes de fase aguda. El diag-

nóstico diferencial se debe realizar con diverticulitis aguda, apendicitis, mesenteritis esclerosante e infarto omental. De esta forma, ante la inespecificidad de clínica y analítica se solicitan prueba de imagen. Las características en imagen de este proceso fueron descritas por Danielson et al en 1986 siendo el TAC la técnica diagnóstica de elección. El tratamiento es conservador con reposo relativo, antiinflamatorios y dieta ligera, sin precisar antibióticos. Pronóstico es excelente con resolución clínica en 10- 14 días, y cambios de imagen entre 4 semanas hasta 6 meses.

## Metaplasia antral en vesícula biliar. Precursor de carcinoma vesicular

S. Roldán Ortiz, D. Pérez Gomar, A. Bengoechea Trujillo, M. López Zurera, M. Fornell Ariza, M.C. Bazán Hinojo, M.A. Mayo Ossorio, M.J. Castro Santiago, J.R. Castro Fernández, J.M. Pacheco García, J.L Fernández Serrano.

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Introducción:** Un hecho bien conocido es la metaplasia de mucosa de la vesícula biliar, que suele asociarse con colecistitis crónica y litiasis. Existen dos variedades de metaplasia: antral o pilórica, de la cual presentamos un caso de hallazgo anatómo-patológico tras colecistectomía programada, y metaplasia intestinal.

**Caso Clínico:** Paciente mujer de 67 años con antecedentes personales de hipertensión arterial sin otras patologías conocidas. Ingresó de forma programada para colecistectomía laparoscópica por colelitiasis sintomática sin antecedentes de colecistitis aguda. Intervención: se realiza colecistectomía reglada siendo dada de alta al día siguiente. Se remite pieza a A. Patológica informada como metaplasia pilórica.

**Discusión:** La metaplasia antral o pilórica en vesícula biliar, se caracteriza por la presencia de glándulas revestidas por células columnares de citoplasma pálido y núcleo basal, con una apariencia morfológica idéntica al de las del antro pilórico. Desde el punto de vista histoquímico contiene mucinas ácidas no sulfatadas y mucinas neutras. La metaplasia antral ha sido descrita en todos los segmentos del tracto gastrointestinal, pero en este caso sólo nos centramos en vesícula biliar. Más frecuente entre sexta y séptima década y en mujeres con relación 2.8:1 respecto a los hombres. Esto es esperable, ya que la patología de la vesícula biliar sobre todo la litiasis que además es un factor condicionante para la aparición de displasia y cáncer, tiene mayor predilección por el sexo femenino. Como factores etiopatogénicos, encontramos comúnmente mayor relación en vesículas litiasicas (80-100%), sin embargo el riesgo del paciente con colelitiasis, de desarrollar carcinoma es sólo 1- 3 %. A su vez, el trauma y la inflamación crónica pueden tener importancia patogénica. La edad es un factor importante en aparición de lesiones malignas como premalignas. Observándose que existe diferencia en la distribución por edad en relación al sexo en displasias de vesícula biliar. Menor frecuencia de displasias en sexo masculino en edades más tempranas. Según literatura, la metaplasia pilórica se presenta en 66 al 84 % de las piezas de colecistectomía, siendo hallazgo casual en nuestro servicio y según revisión Latio M

y col, fueron los primeros en interpretar los cambios metaplásicos del epitelio de la vesícula biliar como precursores de tumores vesiculares, ya que a partir de metaplasia antral o intestinal se desarrollaría la displasia precediéndola por 10 a 15 años. La displasia de vesícula biliar revela una prevalencia desde el 2,5 al 33,8% según series revisadas como el estudio de Latio y col. Y se acepta que el carcinoma invasor se desarrolla en una mucosa anormal con metaplasia intestinal o pilórica, a partir de lesiones precursoras denominadas displasia y carcinoma in situ

### Staphylococcus Warneri como responsable infrecuente de abdomen agudo

S. Roldán Ortiz, A. Bengoechea Trujillo, M.C. Bazán Hinojo, D. Pérez Gomar, M. López Zurera, M.A. Mayo Ossorio, M. Fornell Ariza, M.J. Castro Santiago, A. Lizandro Crispín, J.M. Pacheco García, J.L. Fernández Serrano.

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Introducción:** Staphylococcus warneri es un germen aislado generalmente en relación con pacientes inmunodeprimidos o portadores de dispositivos externos, siendo causa infrecuente de peritonitis. Presentamos un caso de abdomen agudo en paciente inmunocompetente, donde se aísla en muestra de líquido peritoneal dicho germen.

**Caso Clínico:** Paciente de 43 años que ingresa de urgencia por presentar dolor abdominal generalizado, vómitos y fiebre de 48 horas de evolución. Dolor abdominal continuo y progresivo, más intenso con movimientos, sin alteraciones en tránsito intestinal. Antecedentes personales: ITU de repetición. Portadora de dispositivo intrauterino. Intervenciones: amigdalectomizada, mamoplastia y dermolipsectomía. Exploración Física: REG. Febril, hipotensa y taquicárdica. Abdomen doloroso a la palpación de forma generalizada, con signos de irritación peritoneal. Analítica: leucocitosis con reactantes de fase aguda. TAC abdominal: Moderada cantidad de líquido libre en todos los espacios, fundamentalmente en pelvis. Varices pélvicas dependientes de vena gonadal izquierda. Ante los hallazgos descritos y empeoramiento progresivo del estado general se decide laparotomía exploradora urgente. Se pauta tratamiento antibiótico empírico por Medicina Interna con imipenem que se mantiene en postoperatorio hasta resultado de cultivo. Hallazgos: abundante líquido en cavidad abdominal de aspecto seroso, se exploran vísceras sin detectar origen de la infección. Se toma muestra para microbiología y citología, lavado de cavidad y drenaje. Evolución clínica favorable y normalización de parámetros analíticos, siendo dada de alta al 4º día postoperatorio. En cultivo de líquido intraperitoneal se aísla Staphylococcus warneri. **Discusión:** Staphylococcus warneri es una bacteria Gram positiva, coagulasa negativa y organismo comensal y que forma parte de flora habitual de la piel y mucosas. Afecta más frecuentemente a pacientes inmunodeprimidos y en edad pediátrica, pero en ocasiones puede causar infección en pacientes inmunocompetentes. Es uno de los principales agentes etiológicos de bacteriemias relacionadas con catéteres vasculares (40-70%), peritonitis asociadas a catéter Tenc-

khoff en pacientes con diálisis peritoneal (20-50%), pacientes con derivaciones ventrículo-atriales o ventrículo-peritoneales, marcapasos, injerto vascular, endocarditis de válvulas protésicas o nativas (previamente dañadas). También es responsable de infecciones asociadas a otros dispositivos protésicos (caderas, rodillas, mama,...), de abscesos superficiales de piel y partes blandas, infección de herida quirúrgica (probablemente en relación con materias extrañas de la sutura), osteomielitis esternal tras esternotomía media e infecciones urinarias (2-7%). En nuestro caso, paciente adulta inmunocompetente con abdomen virgen y DIU, con detección de esta bacteria como causa de abdomen agudo. Siendo responsable habitual de peritonitis en pacientes de diálisis peritoneal y poco frecuente en pacientes con abdomen sin intervenciones previas.

### Patología hematológica en región perianal: Plasmocitoma extraóseo

S. Roldán Ortiz, A. Bengoechea Trujillo, D. Pérez Gomar, M.C. Bazán Hinojo, M. López Zurera, M. Fornell Ariza, M.A. Mayo Ossorio, I. Serrano Borrero, J.M. Jiménez Martínez, J.M. Pacheco García, J.L. Fernández Serrano

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Introducción:** El plasmocitoma extramedular representa menos del 4% de la patología tumoral de células plasmáticas, siendo la forma más rara de presentación. El 90% de los casos se localizan habitualmente en cabeza y cuello. La afectación digestiva es una entidad poco frecuente (menos del 10%), pudiendo afectar todos los segmentos, sobre todo en intestino delgado y estómago. Presentamos un caso de plasmocitoma extraóseo perianal.

**Caso Clínico:** Hombre de 65 años de edad, con antecedentes de Diabetes mellitus tipo II, Cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, dislipemia y fístula perianal desde los 16 años no intervenida. Acude a consulta por molestias difusas de 2 años de evolución y lesión con crecimiento progresivo en región perianal. Exploración: se visualiza lesión de unos 3-4 cm x 2-3 cm, excrecente, bien delimitada y friable en zona central. Ecografía endoanal: se observa una lesión hipoecogénica, redondeada que parece depender de esfínter anal interno, continuándose con lesión externa. RMN pélvica tumoral anal que afecta esfínter externo con medidas 50x26 mm que impronta en fosa isquioanal izquierda. También existe trayecto fistuloso transesfinteriano a las 7 horas. Se decide biopsia anal. Anatomía patológica: mucosa anal con tumoración sólida con extensas áreas de necrosis tumoral constituida por células plasmáticas maduras que expresan CD79 focalmente, CD138, BCL2, CD10, MUM1 y BLIMP1. Negativas para CD56, CD20 y Pax 5. Informándose de Plasmocitoma extraóseo. Se remite a Servicio de Hematología para estudio completo y descartar mieloma múltiple. Estudios de extensión de la enfermedad: TC toracoabdominal, serie ósea radiológica, inmunoelectroforesis en suero y orina, beta-2 microglobulina y biopsia e inmunofenotipo de médula ósea, fueron normales.

**Discusión:** Plasmocitoma extraóseo se engloba dentro de lesiones malignas secundarias a células plasmáticas. Son proliferaciones clonales de células plasmáticas fuera de la médula

ósea, citológicamente e inmunofenotípicamente idénticas a las células plasmáticas del mieloma, siendo de gran importancia descartarlo con ausencia de afectación medular u orgánica. Ocurren con mayor frecuencia en la sexta y séptima décadas de la vida y existe una relación hombre: mujer de 3:1. La forma de presentación es variable y depende a su vez de la localización: asintomática, síntomas inespecíficos como anorexia, pérdida de peso, malestar general, dolor abdominal o hemorragia gastrointestinal. En afectación intestinal puede aparecer diarrea, perforación, obstrucción o peritonitis. El diagnóstico es histológico e inmunohistoquímico. Los hallazgos de imagen son inespecíficos. Se asocia a efecto masa e infiltración. El tratamiento depende del grado histológico y su localización, habitualmente se basa en radioterapia asociada o no a escisión quirúrgica completa según localización y tamaño. En nuestro paciente se realizó radioterapia y seguimiento. La quimioterapia adicional es útil en tumores grandes (mayor de 5 cm), mala diferenciación, comportamiento invasivo, refractario a tratamiento radioterápico, recidiva o asociado a mieloma. El pronóstico suele ser bueno con supervivencias de 60- 65% a los 10 años, siempre con un seguimiento estrecho para descartar recidiva y desarrollo de mieloma, ya que un 5% de pacientes con mieloma tienen diagnóstico inicial de plasmocitoma, así como 15 % desarrollarán mieloma.

### **Fibrosis retroperitoneal idiopática patología infrecuente en Cirugía**

Autores: S. Roldán Ortiz, D. Pérez Gomar, M.A. Mayo Osorio, A. Bengoechea Trujillo, M. Fornell Ariza, M.C. Bazán Hinojo, M. López Zurera, M.J. Castro Santiago, J.R. Castro Fernández, J.M. Pacheco García, J.L. Fernández Serrano.

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Introducción:** La fibrosis retroperitoneal o enfermedad de Ormond, es una enfermedad rara con etiología desconocida. Caracterizada por inflamación crónica e inespecífica del retroperitoneo, englobando frecuentemente al diagnóstico uréteres por estadio avanzado. Presentamos un caso clínico con este diagnóstico tratado en nuestro servicio.

**Caso Clínico:** Hombre de 41 años de edad, sin antecedentes de interés. Ingresa en M. Interna por síndrome febril con predominio vespertino de 6 meses de evolución, acompañado de artralgias. Exploración: No adenopatías palpables. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Sin palpar masas ni visceromegalias. Se realiza estudio completo (analíticas, serologías sin alteraciones): PET que muestra lesión de 2 cm en zona esplenorrenal. RMN y TAC abdomen informan de adenopatías retroperitoneales y lesión infiltrativa pseudonodular en espacio perirrenal superior izquierdo, cola de páncreas y bazo. Se toma PAAF ecodirigida y biopsia laparoscópica con resultado de linfadenitis reactiva inespecífica. Decidiéndose intervención quirúrgica para diagnóstico definitivo. Intraoperatoriamente se observa cara posterior esplénica muy adherida a zona fibrótica-inflamatoria de retroperitoneo. Se realiza esplenectomía y pancreatectomía distal. Evolución favorable siendo dado de alta al 7º día postoperatorio. Anatomía patológica informó de proliferación de miofibroblastos con

infiltrado inflamatorio de Linfocitos B y T en patrón difuso y perivascular. Inmunohistoquímica positivo a actina muscular específica y negativo a ALK y beta- catenina. Diagnóstico de Fibrosis retroperitoneal idiopática. En seguimiento por M. Interna que pautó tratamiento con corticoides y Cirugía General con evolución favorable. Discusión: Fibrosis retroperitoneal descrita por Albarran en 1905 como proceso fibrótico retroperitoneal causante de obstrucción ureteral y en literatura inglesa en 1948 por Ormond. Caracterizada por presentar tejido retroperitoneal inflamatorio crónico y fibrosis alrededor de aorta y vasos iliacos, atrapando uréteres y otros órganos abdominales. Es una entidad infrecuente con incidencia de 0.1 -1.3 por 10000 habitantes. Mayor incidencia entre 40 y 60 años, y en hombres con relación 3:1 en todas las series de la literatura, al igual que nuestro caso. El 60 % son idiopáticos, pudiendo ser secundarios a fármacos, tumores (carcinoma próstata, mama, colon...) linfomas, sarcomas, TBC, traumatismo, cirugía abdominal, radioterapia y enfermedades autoinmunes. Su patogénesis es multifactorial y la clínica se clasifica en dos etapas: temprana con inflamación local y sistémica, y otra avanzada producida por efecto compresivo a nivel ureteral. El síntoma más común es dolor abdominal o lumbar (95%). En 50% de casos, pérdida de peso, fiebre, náuseas y mialgias. Infrecuente es dolor testicular e hidrocele. Existe compromiso ureteral en 80-100% de los casos en estadios avanzados. El diagnóstico por manifestaciones inespecíficas y rareza, usualmente es tardío. Así, los hallazgos analíticos y de imagen pueden sugerir el diagnóstico. Es el estudio histopatológico, el cual como en nuestro caso proporciona el diagnóstico definitivo, muestra inflamación y fibrosis perivascular y difusa con linfocitos, macrófagos y células plasmáticas. Con respecto al tratamiento, no existen suficientes estudios que comparen diferentes alternativas terapéuticas. Si bien demostrada su eficacia las diferentes técnicas quirúrgicas y manejo conservador con glucocorticoides, asociados o no a inmunosupresores. Su pronóstico es bueno con probabilidad de recurrencia tras tratamiento quirúrgico asociado a glucocorticoides de 10%.

### **Obstrucción intestinal por bolas de hachis. Body packer**

Gallart, Mirón, López, Romera, Jimenez Ríos.

*Hospital San Cecilio de Granada.*

**Introducción:** la ingesta de drogas, como bolas de hachís, cocaína...es una actividad que en nuestro medio está aumentando de manera importante. España constituye una puerta de entrada para tráfico europeo de drogas. Muchos de estos pacientes acaban requiriendo un acto quirúrgico urgente.

**Material y métodos:** varón de 39 años de edad, de nacionalidad marroquí, sin antecedentes personales de interés. Acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por dolor abdominal intenso, vómitos incoercibles e hipotensión. Es diagnosticado mediante analítica (gran leucocitosis), radiografía de abdomen y TAC abdomino-pélvico con contraste intravenoso de obstrucción intestinal por cuerpos extraños (se sospecha la presencia de drogas por lo que se avisa al servicio de policía). Se decide intervención quirúrgica urgente: ente-

rotomía, extracción de 36 cuerpos extraños en forma de bala, cierre de pared abdominal con puntos sueltos de sutura reabsorbible, lavado profuso y cierre de pared abdominal. Los días postoperatorios sumaron 12, debido al gran ileo paralítico que presentaba, posteriormente fue dado de alta sin incidencias.

**Resultados:** las tres formas de presentación de Body Packer son: asintomática, obstrucción intestinal e intoxicación (siendo la más grave por cocaína). La posibilidad de complicaciones depende de la cantidad total y la naturaleza de la droga, integridad, resistencia y localización de los paquetes y el tiempo de permanencia en el tracto digestivo. La obstrucción intestinal ocurre en el 5 % de estos pacientes debido a un componente de oclusión mecánica (ileon terminal, píloro y ángulo esplénico, son las localizaciones más frecuentes) y parálisis intestinal. Las consecuencias de dicha oclusión pueden ser: perforación intestinal, peritonitis, shock séptico y hemorragia digestiva. Las intervenciones más frecuentes según el aérea afecta son: enterotomía, gastrotomía, resección intestinal, colotomía, colostomía y colectomía. Generalmente la evolución postoperatoria suele ser satisfactoria y con muy buen pronóstico.

**Conclusiones:** la obstrucción intestinal por bolas de hachís es un cuadro que puede acabar con la vida del paciente, si no se realiza una actuación quirúrgica urgente. Siempre debe avisarse este cuadro a las autoridades para información del caso y requiere un compromiso por parte del cirujano.

## Tumor Apendicular

Gallart, De Reyes, Alonso, Jimenez Ríos.

*Hospital San Cecilio de Granada.*

**Introducción:** una de las patologías quirúrgicas más frecuentes es la apendicitis aguda, en algunas ocasiones intraoperatoriamente se realiza un diagnóstico diferencial con tumores apendiculares, que hasta dicho acto no se tenía presencia de los mismos. El cirujano debe percatarse de dicha situación y continuar un seguimiento exhaustivo del paciente.

**Material y métodos:** presentamos a mujer de 31 años de edad, sin antecedentes personales de interés. Es diagnosticada de apendicitis aguda. Durante el acto quirúrgico se aprecia un apéndice cecal de gran tamaño: 10 cm, con vascularización accesoria y áreas de necrosis. Se realiza apendicectomía y se envía pieza a servicio de anatomía patológica, donde se confirma diagnóstico de tumor carcinoide apendicular tubular con márgenes de resección libres, no requiriendo hemicolectomía derecha.

**Resultados:** los tumores apendiculares son principalmente tres: Carcinoide: su localización más frecuente es el apéndice. Usualmente afecta a la punta de dicha estructura. Se caracteriza por un color amarillento, sólido y por acinos pobremente formados y mucosa intacta. La afectación principal es en la submucosa (células de Kulshchitzky) y metastatiza a ganglios linfáticos proximales. Mucocele: afecta principalmente a la punta y base apendicular, suele tener aspecto quístico. La apendicectomía suele erradicar el cuadro, en el caso de que esto no ocurra si puede añadir radioterapia. Si se produce rotura del mismo, se produce diseminación en toda la cavidad peritoneal, adoptando el nombre de pseudomixoma

peritoneal. Adenocarcinoma: es el tumor menos frecuente en localización apendicular. El tratamiento de elección es la hemicolectomía derecha y su pronóstico es bueno.

**Conclusiones:** en el diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda, una de las patologías más importantes por su gravedad son los tumores apendiculares: carcinoide, mucocele y adenocarcinoma. Ante la sospecha intraoperatoria hay que asegurar unos márgenes de resección libres que eviten una nueva intervención quirúrgica.

## Malla de ventrallex reabsorbible en hernioplastia umbilical

Gallart, Cózar, Romera, Jimenez Ríos

*Hospital San Cecilio de Granada.*

**Introducción:** el uso de mallas reabsorbibles permite una mayor integración tisular y menor reacción a cuerpo extraño. La flexibilidad del material permite un mejor manejo intraoperatorio y más rapidez y agilidad quirúrgica.

**Material y métodos:** varón de 68 años de edad, con antecedentes personales de HTA, obesidad, hiperlipemia y fracturas costales. Se interviene de forma programada por hernia umbilical de 2x3 cm, se realiza reparación del defecto herniario con malla de ventrallex reabsorbible sin fijación de la misma. El paciente es dado de alta a las 6 horas postoperatorias. Ha sido evaluado en 3 ocasiones en consulta periférica, no evidenciándose recidiva herniaria.

**Resultados:** las mallas de ventrallex reabsorbibles están diseñadas para la reparación de hernias de pequeño tamaño. Están hechas para una óptima integridad de la pared abdominal, ofreciendo así una fácil implementación, minimizando la adhesión en el film de colágeno. Sus tres partes son: un sistema de despliegues y fijación innovador, un tejido monofilar con macroporos y un film de colágeno. Estas hacen que su colocación sea más rápida que con el uso de mallas convencionales, ahorrando gran cantidad de tiempo quirúrgico. Gracias a su sistema de despliegue la fijación ocurre en los cuatro puntos cardinales del tejido sano, a distancia del centro del defecto. La película de colágeno absorbible minimiza la adherencia visceral y las complicaciones que pueden surgir de esto. Dicha película desaparece a las 4 semanas de la intervención. Existen distintos diámetros, de malla aplicables según el tamaño del defecto: 4.6 cm, 6.6 cm y 8.6 cm.

**Conclusiones:** el uso de malla reabsorbible facilita la integridad tisular, ahorra tiempo quirúrgico y disminuye el riesgo adherencial.

## Absceso hepático piógeno con shock séptico secundario como forma de debut de un hepatocarcinoma grado ii. A propósito de un caso

González Benjumea; Perea González; Morales Martínez; Delgado Morales; Rodríguez Padilla; Bejarano González; Espinosa Guzman

*Hospital Juan Ramón Jiménez*

Varón de 72 años, con AP de VHC conocido hace más de 15 años en seguimiento por el servicio de digestivo y colecistectomizado por colelitiasis sintomática, que acude al servicio de urgencias por dolor en hipocondrio izquierdo de 24 horas de evolución acompañado de vómitos biliosos y orinas colúricas. No presenta síndrome constitucional. Análiticamente presenta 12.800 leucocitos con 80.7% de segmentados, Br Total 4.25, GPT 207, GOT 640, Br directa 3.82, PCR 15.3.

*Tac abdominal:* formación ovalada con epicentro en lóbulo caudado y extensión a hilio hepático de 13x11x13.2 cm, que presenta áreas periféricas hipodensas y centrales hiperdensas con realce periférico lineal. Significativo efecto masa que desplaza anteriormente a vena porta y arteria hepática (ambas permeables) y obliterando cava inferior a nivel suprahepático. En el margen craneal de la colección se observa comunicación con el espacio pleural derecho. Hallazgos compatibles con **ABSCESO HEPÁTICO COMPLEJO**. Mediante control ecográfico y radioscópico se realiza drenaje percutáneo de la colección hepática obteniéndose escasa cantidad de líquido espeso y con aspecto hemático y se coloca catéter de drenaje. Hallazgos compatibles con **HEMATOMA HEPÁTICO INFECTADO**. Ante evolución tórpida y empeoramiento clínico y analítico del paciente (19.400 leucocitos con 3.0 metamielocitos, Cr 752, Br total 9.82, GPT 683, GOT 1289) se plantea tratamiento quirúrgico. Hallazgos quirúrgicos: Hígado de aspecto cirrótico, líquido libre serobiliar, colección hepática hemato-purulenta en segmento V con paredes pseudomembranosas. Procedimiento: Toma de biopsia + drenaje quirúrgico de colección hepática en segmento V

*Informe anatomopatológico:* hepatocarcinoma moderadamente diferenciado de patrón trabecular con presencia focal de células gigantes y multinucleadas pleomórficas, que presenta amplias áreas de necrosis y hemorragia, con escasos elementos neoplásicos conservados. El paciente fallece durante el post-operatorio inmediato por sepsis generalizada.

*Conclusiones:* El absceso hepático piógeno como forma de debut de un hepatocarcinoma es poco frecuente, sin embargo, debe ser tenido en cuenta, especialmente en pacientes con factores de riesgo tales como cirrosis hepática y hepatitis víricas (VHB y VHC). La necrosis tumoral espontánea y la obstrucción biliar causada por trombos tumorales, superpuesta con la infección bacteriana, son los mecanismos patógenos más comunes por los que el carcinoma hepatocelular se manifiesta de esta forma. Los pacientes con absceso hepático piógeno como manifestación inicial de carcinoma hepatocelular subyacente presentan un peor pronóstico que aquellos sin absceso hepático, y plantean dilemas diagnósticos y terapéuticos

### Hidatidosis pancreática: a propósito de un caso

F. del Rio Marco; F.J. del Rio Lafuente; P. Fernández Zamora

Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza - Hospital Universitario Virgen Macarena

*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. El embrión llega al páncreas a través de la arteria mesentérica superior. Su localización es más frecuente 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 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. La naturaleza de la masa fue confirmada por la existencia de una serología hidatídica positiva. Intervenido quirúrgicamente mediante laparotomía media, se realizó colecistectomía y exploración de la glándula pancreática encontrando 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.

### Pseudo-oclusión intestinal por hematoma intramural de yeyuno

Triguero Cabrera, J; San Miguel Méndez, C; García Navarro, A; González Martínez, S; Mogollón González, M; Ferrón Orihuela, JA

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

*Introducción:* El hematoma intramural espontáneo de intestino delgado es una rara complicación causada por la anticoagulación oral. El yeyuno constituye la localización más frecuente, seguida por íleon y duodeno. El cuadro clínico es generalmente inespecífico, y varía desde síntomas leves hasta cuadro de abdomen agudo por obstrucción intestinal. La combinación de ecografía abdominal y tomografía computarizada (TC) proporcionan el diagnóstico de certeza.

*Materiales y métodos:* Mujer de 75 años con antecedentes personales de estenosis aórtica intervenida mediante colocación de prótesis valvular mecánica hace un año, en tratamiento con acenocumarol. Ingresó en nuestro Servicio por clínica suboclusiva asociada a deposiciones melánicas en los días previos. La exploración física y la analítica fueron inespecíficas, salvo cifras de Hb de 9,4 g/dl. El control de coagulación obtuvo un INR de 3,5. El TC abdominal mostró engrosamiento circunferencial de la pared de un segmento de yeyuno de 10 cm de longitud y estrechamiento de su luz, con leve dilatación de asas intestinales previas. Además se observó hematoma del

mesenterio y hemoperitoneo en fondo de saco de Douglas, hallazgos compatibles con un hematoma intramural espontáneo de yeyuno.

**Resultados:** Se realizó tratamiento conservador con aspiración nasogástrica, dieta absoluta e hidratación intravenosa. La retirada de la anticoagulación oral y la administración de vitamina K normalizaron los valores del INR, con mejoría significativa y desaparición de los síntomas al tercer día. Se repitió el TC abdominal al noveno día de ingreso, revelando resolución casi total del hematoma con ausencia de dilatación de asas intestinales. Fue dada de alta al décimo día de ingreso. Posteriormente se reintrodujo el tratamiento anticoagulante, sin objetivar nueva recidiva.

**Conclusiones:** El hematoma intramural de yeyuno es una complicación rara, que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la suboclusión intestinal en todo paciente anticoagulado, especialmente con INR elevado. El TC abdominal es la prueba de referencia para confirmar el diagnóstico. El tratamiento conservador constituye el tratamiento de elección, manteniendo una estrecha vigilancia encaminada a la detección y tratamiento quirúrgico precoz de las posibles complicaciones (obstrucción intestinal que no responde a tratamiento médico, isquemia y/o perforación).

### **Cáncer de glándula de paratiroides como causa de hiperparatiroidismo primario. Presentación de un caso y revisión de la literatura**

Rubio López, José; Molina Barea, Rocío; Gallart Aragón, Tania; Perez Alonso, Alejandro José; Jiménez Rios, José Antonio  
Hospital Universitario San Cecilio

**Introducción:** Las causas del hiperparatiroidismo primario son varias, siendo el cáncer de paratiroides una rara entidad. Fue descrito por primera vez por De Quervain en 1904 y desde entonces continúa de difícil diagnóstico y tratamiento por su rara presencia. Según varios estudios, se trata de alrededor de 1% de causas de hiperparatiroidismo y constituye el 0,005% de todos los cánceres, según las series. La supervivencia varía en función de si el diagnóstico es postquirúrgico o prequirúrgico. Debido a que se trata de un cáncer poco frecuente, la supervivencia es un poco peor debiéndose a que la mayoría de los diagnósticos son postoperatorios.

**Paciente y métodos:** Varón de 70 años de edad, con antecedentes personales de interés de cólicos nefríticos de repetición. Tras análisis de rutina se evidencia cifras de calcio elevadas 15 mg/dl y un PTH intacta de 600. Ante la sospecha de un adenoma de paratiroides se decidió realizar una gammagrafía de paratiroides obteniéndose unas imágenes una hipercaptación en polo inferior LDT que sugería adenoma. Se realizó paratiroidectomía inferior derecha de forma programada no evidenciando anomalías microscópicas del mismo.

**Resultados:** El postoperatorio cursa sin complicaciones con normalización progresiva de los valores de calcemia y de PTH. El resultado de anatomía patológica informo que se trataba de un carcinoma de paratiroides. Tras ello se decidió reintervenir al paciente realizándose de paratiroidectomía de paratiroides

más y linfadenectomía. La anatomía patológica describía metástasis de carcinoma paratiroideo de células principales en unos de los cinco ganglios examinados. Se realizó estudio genético que fue negativo. Actualmente el paciente sigue controles por Endocrinología encontrándose asintomático.

**Conclusiones:** El cáncer de paratiroides, hoy día, sigue siendo una rara entidad, siendo la mayoría de los diagnósticos de manera postquirúrgica. La etiología no está clara, aunque se relaciona con las irradiaciones a nivel cervical y con alteraciones de genética (neoplasia endocrina múltiple MEN-1, hiperparatiroidismo hereditario y HPT- JT). El aspecto macroscópico de la pieza quirúrgica no es fiable para realizar el diagnóstico siendo necesario siempre, reintervenir al paciente para ampliar márgenes y valorar la extirpación del resto de paratiroides

### **Dificultad en el diagnóstico diferencial de neumomediastino espontáneo**

Rubio López, José; Molina Barea ; Perez Alonso, Alejandro José; Pérez Durán, Carmén; Jiménez Rios, José Antonio  
Hospital Universitario San Cecilio

**Introducción:** El neumomediastino sin factores desencadenantes es una patología muy poco frecuente, supone un 1% del total de casos de neumomediastino. Debido a su escasa frecuencia y a que sus síntomas pueden conducir a diagnósticos erróneos como la perforación esofágica y por tanto exploraciones costosas así como intervenciones quirúrgicas innecesarias presentamos un caso de neumomediastino espontáneo y la revisión en la literatura de esta entidad

**Paciente y métodos:** Paciente de 26 años fumadora activa de 10 cigarrillos al día que acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor torácico retroesternal intenso que se irradia a mandíbula, disfonía y mastalgia izquierda. Exploración cervical y cardiorrespiratoria anodina. Se solicita radiografía simple de cuello y tórax donde se evidencia enfisema subcutáneo con disección del espacio retrofaríngeo. Se consulta a cirugía general que tras exploración mamaria sin apreciar nodulaciones o lesiones agudas indica TAC con contraste oral e intravenoso para descartar perforación esofágica. El TAC cérvico-toracio-abdominal informa de importante neumomediastino, principalmente alrededor de la carina y esófago que asciende hasta la región cervical sin evidenciar líquido libre, neumotórax, bullas ni lesiones mediastínicas **Resultados:** Se ingresa en la unidad de cuidados intensivos manteniéndose estable. A las 24h se traslada a planta de neumología que tras 48h es dada de alta estando asintomático y con disminución del neumomediastino **Conclusiones:** Esta entidad fue descrita por Laennec (a comienzos del siglo XIX) y posteriormente por Hamman (en 1939) aunque fue Macklin quien describió su fisiopatología en 1944. El neumomediastino espontáneo muestra una incidencia de 4,5 casos/año, constituyendo el 0,005% de las urgencias hospitalarias atendidas en un año. Diferentes factores se han implicado en su aparición, tales como asma, cetoacidosis diabética, quimioterapia, radioterapia, drogas inhaladas, aumentos bruscos en la presión intraalveolar y actividades relacionadas con la maniobra de Valsalva como submarinismo.

Esta variabilidad clínica en su forma de presentación y lo infrecuente de la misma requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico. Éste viene dado por la radiografía de tórax y TAC para establecer el diagnóstico diferencial lo incluye todas aquellas etiologías cardíacas, pulmonares, esofágicas y músculo-esqueléticas capaces de provocar dolor torácico, disnea o ambos. El tratamiento se basa en reposo, oxigenoterapia y analgesia. La estancia media hospitalaria, de los casos que ingresan, oscila entre los 2-7 días, según las series publicadas. En la gran mayoría de casos la evolución es satisfactoria, siendo infrecuente su recurrencia como ocurrió en el caso presentado

### **Hernia de petit primaria en el adulto. Descripción de un caso y revisión en la literatura**

Rubio López, José; Molina Barea; Pérez Durán, Carmén; López-Cantarero Ballesteros, Manuel; Jiménez Ríos, José Antonio

*Hospital Universitario San Cecilio*

**Introducción:** La hernia lumbar de Petit es la variedad más rara de las hernias lumbares primarias. Existen pocos casos de esta variedad y pocos estudios que indiquen el mejor abordaje terapéutico. Hasta el momento las técnicas quirúrgicas más aconsejables son la plastia con material protésico y la cirugía de mínima invasiva. Presentamos el caso clínico de una paciente con hernia de Petit y su reparación con malla protésica, así mismo, realizamos una revisión de la bibliografía sobre anatomía, diagnóstico y tratamiento de esta variedad rara de hernia lumbar.

**Paciente y métodos:** Mujer de 60 años con antecedentes hernioplastia inguinal bilateral intervenida, que acude a la consulta de cirugía general por aparición de tumoración lumbar derecha de reciente aparición con aumento del tamaño al toser o realizar esfuerzos. A la exploración física se evidencia tumoración compatible con hernia lumbar izquierda. Se solicita TAC abdominal que confirma la sospecha diagnóstica.

**Resultados:** Se interviene de forma programada, se realiza incisión lumbar izquierda sobre tumoración. Se realiza apertura por planos evidenciando saco herniario en el triángulo de Petit. Se disecciona el saco herniario, se introduce al espacio retroperitoneal y se realiza hernioplastia prótesis de polipropileno ajustado al borde del defecto. Se coloca drenaje espirativo y se cierra por planos. El postoperatorio inmediato curso sin complicaciones. Actualmente la paciente continúa con buena evolución, sin complicación en la herida quirúrgica ni recidiva herniaria.

**Conclusiones:** El triángulo de Petit fue descrito en 1783 y se constituye como un triángulo cuya base está formada por la cresta iliaca inferior, su borde medial por el margen libre del músculo dorsal ancho, y su borde lateral por el margen libre del músculo oblicuo mayor. El techo lo conforman la piel y el tejido celular subcutáneo, mientras que el piso esta dado por la fascia lumbodorsal que se continúa con la aponeurosis de los músculos oblicuo menor y transversos del abdomen. En el vértice del triángulo hay un punto de debilidad donde se origina la hernia. Se pueden clasificar en congénitas, traumáticas, incisionales o espontáneas. La gran mayoría son de

origen traumático o post-incisional mientras que un 10 a 20% corresponden a las hernias congénitas. La variedad más rara corresponde a las hernias primarias o espontáneas, las cuales se atribuyen a trastornos neurológicos de la región y asociados a atrofia muscular. El diagnóstico de las hernias lumbares requiere de una sospecha clínica adecuada y debe apoyarse siempre de estudios de imagen, en nuestro caso solicitamos un TAC para valoración de la hernia. Debido a la baja frecuencia de las hernias lumbares, los estudios controlados son escasos, por lo que actualmente no existe un consenso sobre el mejor abordaje terapéutico para evitar las recidivas y lograr una mejoría sintomática, funcional y estética. El abordaje abierto con empleo de malla protésica puede ser efectivo para la resolución sintomática y funcional de la hernia de Petit no complicada como ocurrió en nuestro caso.

### **Absceso hepático secundario a material de sutura en quiste hidatídico complicado operado hace más de 10 años**

A.Sáez Zafra, Ágata Szuba, S. Alonso García, F. Navarro Freire, F. García Padial, A. Palomeque Jiménez, B. Pérez Cabrera, J.A. Jiménez Ríos

*Hospital Universitario San Cecilio (Granada)*

**Objetivos:** Presentar un caso de absceso hepático secundario a material de sutura que debuta en un paciente intervenido por quiste hidatídico complicado abierto a vía biliar, al que se le había realizado quisto-periquistectomía parcial 3/4, colecistectomía y coledocotomía con colocación de tubo de Kerh, cuya resolución fue finalmente quirúrgica, tras 9 años de evolución. Se realiza una revisión de la etiología de los abscesos hepáticos, pruebas diagnósticas y tratamiento quirúrgico de los mismos. Se pretende destacar la baja incidencia y el carácter infrecuente del caso, dado que el material de sutura utilizado en los pacientes intervenidos por cirugía hepática desarrolla en casos muy excepcionales abscesos hepáticos.

**Material y métodos:** Paciente varón de 45 años, sin antecedentes personales de interés, que ingresa en el Servicio de Digestivo el 1-12-03 por cuadro de ictericia. El estudio radiológico (ECO, TAC y RMN) pone de manifiesto una gran masa quística rellena de vesícula por lo que se le diagnostica de quiste hidatídico abierto a vía biliar. Con fecha de 16-12-03 el paciente es intervenido por primera vez objetivando quiste hidatídico que ocupa segmentos V, VI y VII hepáticos que se encuentra abierto a vías biliares. Tras la inyección de 100cc de suero salino hipertónico durante 10 minutos, se realiza quisto-periquistectomía parcial 3/4, colecistectomía y coledocotomía con colocación de tubo de Kerh, no pudiéndose realizar la quisto-resección completa dado que la extirpación de la parte posterior comprometía las venas suprahepáticas. Además precisa de sutura continua para realización de hemostasia en cara posterior de quiste. En el 14º día postoperatorio comienza con cuadro de fiebre por lo que se le solicita TAC que pone de manifiesto una colección subfrénica derecha; se realiza CPRE (con colocación de endoprótesis) y coloca Pig-Tail para drenaje de la colección. En los controles sucesivos de TAC se observa disminución de la colección así como de la fístula

biliar. El paciente evoluciona de forma satisfactoria por lo que se decide alta con tratamiento antibiótico y controles radiológicos. El día 09-02-04 reingresa y precisa cambio de Pig-Tail y de antibioticoterapia, tras la evolución satisfactoria se deduce alta y seguimiento por parte de Cirugía e Interna (Infecciosas). Nuevo ingreso por cuadro de fiebre de 38,5°C de 20 días de evolución junto con dolor en hipocondrio derecho. Es diagnosticado de absceso de pared abdominal y hepático y se realiza punción guiada por TAC aislándose en exudado *K. oxytoca* y *K. pneumoniae*, continuando tratamiento antibiótico. En la revisión posterior al alta se aprecia una disminución de las dos colecciones que no son susceptibles de drenaje. En la última revisión se objetiva aumento del tamaño de las colecciones por lo que se decide nuevo ingreso, punción guiada por TC y cambio de tratamiento antibiótico. Se nos consulta dada la no resolución y se indica laparotomía exploradora. Resultados: El 14-03-11 es intervenido hallando, tras un abordaje difícil dado que el ángulo parietohepático derecho forma pared común con el peritoneo parietal de forma pétreo, un hígado izquierdo hipertrofiado y una cavidad en la que se observa un conglomerado de material de sutura responsable de la infección crónica, que se extrae. Se realiza CIO (colangiografía intraoperatoria) en la que no se observa comunicación con las imágenes quísticas observadas en la Colangiografía RMN y que comprueba buen paso de contraste, con amputación de hepático derecho. Por el orificio fistuloso se introduce una sonda de Nelaton que sigue un trayecto paralelo en la pared costal y que puede estar en contacto con la pared descrita. El postoperatorio cursa de forma satisfactoria, siendo dado de alta en su 8º día postoperatorio apirético, con el resto de constantes mantenidas y buena evolución de la herida quirúrgica. En TC sucesivos de revisión en consulta se objetiva resolución paulatina de las mínimas colecciones que persisten y cambios típicos de la cirugía.

**Conclusiones:** El absceso hepático piógeno se puede definir como la acumulación macroscópica de pus en el parénquima hepático debido a una infección bacteriana. Es una enfermedad que sigue siendo aún un reto médico, ya que su curso clínico suele ser grave, el diagnóstico, en ocasiones, es tardío y la mortalidad elevada. La introducción de los antibióticos y el desarrollo de técnicas radiológicas (ECO y TC) ha mejorado la eficacia diagnóstica y posibilitado el drenaje percutáneo de los abscesos. Los agentes patógenos estarían en relación con la flora entérica (*E. Coli* y *Klebsiella*) y con cocos piógenos grampositivos (en especial *S.aureus*). La patogenia puede ser consecuencia de: 1) infección ascendente del tracto biliar (sobre todo secundaria a cálculos o carcinoma en el sistema ductal biliar); 2) diseminación hematogena a través del sistema venoso portal; 3) septicemia generalizada por medio de la circulación arterial hepática; 4) extensión directa de una infección intraperitoneal; 5) traumatismo hepático o 6) consecuencia de reacción a cuerpo extraño, de diversas etiologías, como compete en nuestro caso: material de sutura. Todo material de sutura representa un cuerpo extraño para el organismo. La reacción puede ir desde irritación hasta rechazo de la sutura, obligando al cirujano tratante en algunas ocasiones a reintervenir al paciente para retirar el material de sutura dado que se produce colonización de gérmenes crónica sin solución alguna salvo la reintervención. El primer tratamiento a realizar, en este tipo de abscesos y siempre que sea factible, debe

ser la punción guiada por imagen con colocación de drenaje externo, como ocurre en el caso que presentamos, añadiendo tratamiento antibiótico que en un primer lugar será empírico y después dependerá del resultado del cultivo del exudado que obtengamos. En casos en los que no sea posible la resolución por esta vía el tratamiento quirúrgico es el que está indicado. A pesar de la baja incidencia de abscesos piógenos crónicos por colonización de gérmenes en el material de sutura, en este caso en los pacientes intervenidos de cirugía hepática, no hemos de olvidar, que pueden ser una de las causas etiológicas y que, pese al tratamiento reiterado con punciones y antibioticoterapia, debemos pensar que la reintervención es una opción en muchas ocasiones determinante en el tratamiento definitivo. He aquí el caso que se ha presentado, con el fin de dar a conocer la escasa incidencia en la que se que presentan con dicha etiología y donde finalmente hubo que operar al paciente solucionando de forma definitiva el absceso piógeno.

### **Íleo paralítico secundario a patología abdominal infrecuente**

A Szuba, M Zurita Saavedra, A Bravo Molina, AL Romera López, A Argote Camacho, E Brea Gómez, S Alonso García, JA Jiménez Ríos

*Hospital Universitario San Cecilio, Granada, Servicio de Cirugía General*

**Introducción:** Íleo paralítico es una entidad común, causada por diversos factores humorales, metabólicos, medicamentosos, neurógenos (ej. distensión de órganos vecinos como el uréter o patología retroperitoneal) o estados infecciosos (sepsis de cualquier origen). Con frecuencia los pacientes presentan un cuadro parecido al de la obstrucción mecánica del intestino delgado, constituyendo un motivo de consultas frecuentes a Servicio de Cirugía General. Objetivo Presentamos el caso de un paciente con íleo paralítico causado por una patología abdominal infrecuente, de diagnóstico difícil, que puede causar inicio tardío de tratamiento adecuado.

**Material y métodos:** Varón de 78 años de edad con múltiples factores de riesgo cardiovascular, insuficiencia renal crónica grado III, pielonefritis de repetición, adenoma de próstata pendiente de RTU y portador de sonda vesical permanente. Ingresó en UCI por probable cuadro de shock séptico de origen urinario (fiebre, hipotensión, dolor en FRD, oliguria). Tras la estabilización hemodinámica y mejoría del cuadro séptico es trasladado a Medicina Interna. Desde el primer día del ingreso presenta clínica de distensión abdominal y ausencia de emisión de heces y gases. Entre los diagnósticos de sospecha se consideró isquemia mesentérica, síndrome de Ogilvie o íleo paralítico secundario a sepsis de origen urinario y obstrucción intestinal por causa mecánica lo que obligó a realizar consultas repetidas al Servicio de Cirugía General.

**Resultados:** Valoramos al paciente que se encuentra apirético, hemodinámicamente estable y con dolor abdominal. A la exploración física destaca regular estado general, abdomen distendido, timpánico, sin masas palpables ni signos de irritación peritoneal. RHA ausentes. SNG con débito alto, bilioso. La radiografía simple de abdomen muestra dilatación

de asas de ID y colon. Se realiza enema opaco (negativo) y colonoscopia que resulta muy dificultada por acúmulo de barro y heces, pero se asegura la ausencia de lesiones en todo el trayecto de colon. Dada la ausencia de mejoría se solicita TAC abdominal con contraste que evidencia dilatación de asas de ID de hasta 38 mm con niveles hidroaéreos dilatación aneurismática de aorta abdominal infrarrenal (4,8cm de diámetro), con la extensión longitudinal de 9,3 cm con densidad de partes blandas periaórtico y leve engrosamiento de psoas izquierdo que pueden estar en relación con complicación del aneurisma. Ante los resultados de la TAC se solicitó IC a Cx Vascular llegando al diagnóstico final de fibrosis peri-aneurismática, conocida también como aneurisma inflamatorio y periaortitis crónica persistente. Se inició tratamiento con corticosteroides obteniendo buena respuesta y mejoría de los síntomas.

**Conclusiones:** Aneurisma inflamatorio es una de las manifestaciones de fibrosis retroperitoneal, se caracteriza por una inflamación del espacio retroperitoneal crónica e inespecífica, y puede cursar, como otras patologías retroperitoneales, con íleo paralítico. Por ser una patología infrecuente, poco conocida y de difícil diagnóstico, el inicio de tratamiento se retarda habitualmente, manteniéndose por tanto el íleo asociado, siendo este el motivo de valoraciones repetidas por parte del servicio de cirugía.

### **Anomalía anatómica del ligamento redondo. Vesícula sinistral. Relevancia quirúrgica y carácter infrecuente**

A.Sáez Zafra, Á.Szuba, P. Navarro, S.Alonso García, B.Pérez Cabrera, A.Palomeque Jiménez, J.A.Jiménez Ríos  
*Hospital Universitario San Cecilio (Granada)*

**Objetivos:** Se presenta el caso de una anomalía anatómica del ligamento redondo donde la vesícula presenta una implantación atípica localizándose por dentro del mismo. Esta localización atípica se denomina vesícula sinistral. La localización anómala de la vesícula biliar no asociada a situs inversus es una entidad clínica rara y son pocos los trabajos publicados al respecto. Series multicéntricas muestran una prevalencia de vesícula sinistral del 0,3%. Destacamos la relevancia quirúrgica dada la infrecuencia de casos, pese a la gran cantidad de colecistectomías laparoscópicas que se realizan, y la importancia que tiene dado que se relaciona con anomalías de la vía biliar. Además, existen indicaciones claras en cuanto a la reconversión a laparotomía, dato que analizaremos a continuación y que depende fundamentalmente de que el diagnóstico sea casual y de la experiencia del equipo quirúrgico, así como de las pruebas diagnósticas realizadas.

**Material y métodos:** Paciente varón de 56 años, con antecedentes personales de fibrilación auricular, IAM con colocación de dos Stent, hipercolesterolemia, Diabetes Mellitus tipo 2, SAOS, obesidad e HTA. En tratamiento con acenocumamol, omeprazol, rosuvastatina, omacor, amlodipino, nevilobol, valsartán, esplerrenona, aliskiden y ursudeo. No alergias medicamentosas conocidas. Se nos remite por parte del Servicio de Digestivo para programar colecistectomía por cuadro de colelitiasis sintomática que precisó ingreso por cuadro de colangitis hacía un año. La ecografía informa de vesícula disten-

da (10x36mm) de paredes finas, con barro biliar en su interior. No dilatación de la vía biliar. Dos lesiones hepáticas muy sugerentes de hemangiomas en los segmentos VIII (12mm) y VI (10mm). Páncreas sin alteraciones. No líquido libre. Se realizan pruebas de laboratorio y encontrándose los parámetros de hemograma, coagulación, perfil hepático y renal dentro de la normalidad. Se indica cirugía programada proponiendo en un primer lugar colecistectomía laparoscópica.

**Resultados:** El paciente es intervenido comenzando por vía laparoscópica. Se coloca en posición francesa y realiza neumoperitoneo mediante trócar de Hasson a través de hernia umbilical pequeña que presentaba. Se colocan el resto de trócares: dos de 5mm (en el vacío derecho y el epigastrio) y uno de 11mm en el vacío izquierdo. Durante el acto quirúrgico se halla la vesícula a la izquierda del ligamento redondo. La disección del hilio biliar permite identificar el conducto cístico y la arteria cística, sin hallar dilatación de la vía biliar ni ninguna anomalía de la misma, por lo que se completa el procedimiento mediante vía laparoscópica. Se realiza doble clipado y sección de cístico y cística, junto con posterior disección del lecho mediante electrobisturí, revisión de hemostasia, comprobación de puertos de laparoscopia, así como reparación de hernia umbilical con colocación de malla de Ventralex. El informe anatomopatológico revela colecistitis crónica con focos de agudización. El paciente cursa con un postoperatorio favorable, siendo dado de alta a los 4 días sin hallar ninguna complicación y posteriormente revisado en consulta para la recogida de datos de anatomía patológica, permaneciendo igualmente asintomático desde el punto de vista digestivo.

**Conclusiones:** La vesícula sinistral se define como la vesícula situada a la izquierda del ligamento redondo y aparece en el contexto de 3 variantes anatómicas: situs inversus, vesícula biliar ectópica a la izquierda del ligamento redondo y vesícula sinistral propiamente dicha. Es de vital importancia conocer que dicha anomalía anatómica se puede asociar a: 1) anomalías de la vena porta; 2) anomalías del sistema biliar y a la 3) atrofia del segmento IV hepático. Hemos de destacar un dato importante que es que la desembocadura del conducto cístico es impredecible: según los casos descritos en la literatura, el conducto cístico puede drenar a la derecha o a la izquierda del conducto hepático común o bien directamente en el conducto hepático izquierdo. Por otro lado, la arteria cística siempre cruza por delante del conducto hepático común desde la derecha hacia la izquierda. Tanto el conducto como la arteria cística presentan una longitud mayor a la habitual, que puede facilitar la disección. A pesar de la transposición de la vesícula, la clínica sigue siendo similar a la de la colelitiasis sintomática y las complicaciones también. La ECO preoperatoria no suele detectar esta anomalía, como ocurre en el caso que presentamos, lo que hace que sea un hallazgo casual y por lo tanto no estar en conocimiento por parte del cirujano. Cuando se detecta de forma preoperatoria, debe estudiarse con TAC con contraste, angiografía o RMN, con el fin de conocer más detalles sobre las posibles anomalías vasculares o biliares y poder planificar una cirugía más segura. Cuando se descubre de forma accidental durante la cirugía, en caso de se debe realizar una colangiografía intraoperatoria para identificar el árbol

biliar. Si aún así la anatomía no está completamente clara, se recomienda la reconversión a laparotomía.

### Traumatólogos y cirujanos en la Unidad de Pie diabético del H.U. Puerto Real, ¿Cuál es la razón de su estrecha de colaboración?

Camacho Ramírez, A.\* Domínguez Bermúdez, J.F.+ Vega Ruiz, V.\* Ballester Alfaro, J.J.+ Álvarez Medialdea, J.\* Falckenhiner, J.\* Pé

*Servicio Cirugía General H.U. Puerto Real, +Servicio Traumatología y Ortopedia H.U. Puerto Real.*

**Introducción:** El manejo de las infecciones y la coexistencia de foco osteomielítico en el pie diabético suponen un reto inequívocamente individual. La afectación infecciosa de estructuras óseas en los pacientes neuropáticos puede conducir a diversos tipos de amputaciones según la localización de la afección bien durante el proceso agudo (hospitalizados o no) ó tras el alta. El objetivo de ésta comunicación es mostrar alternativas a la amputación en cuatro pacientes tratados en la Unidad de Pie diabético del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz).

**Pacientes y Método:** Cuatro paciente varones con edad media de 50 años (37-66) diabético tipo I (1) y II (3), con trastorno de sensibilidad distal, testado con monofilamento de Semmens-Weinstein, no isquémicos con ITB en rango de normalidad en seguimiento en la unidad de pie diabético por úlceras plantares, dos a nivel de cabeza de quinto metatarsiano, uno en cabeza de cuarto metatarsiano y el cuarto a nivel de la cabeza de tercer metatarsiano. Han realizado tratamiento convencional con descargar de la zona (zapato tipo Walker) y antibioterapia según cultivo y curas locales. Tres de ellos a pesar de la descarga y antibioterapia requirieron ingreso por foco de celulitis extensa. Ha sido necesaria la realización de resonancia en dos de ellos por sospecha de foco osteomielítico no confirmada en radiografía, con diagnóstico de osteoartritis infecciosa. Tras seguimiento clínico, analítico, iconográfico y ante la ausencia de curación de sus úlceras en valoración conjunta con el Servicio de Traumatología se propone la realización de cirugía limitada mediante resección de la articulación metatarsofalángica de cada uno de ellos con preservación digital.

**Resultados:** Los cuatro pacientes fueron dados de alta a las 24 horas tras la cirugía y seguidos en la Unidad. Se han realizado curas con descarga local, profilaxis tromboembólica y antibioterapia dirigida según cultivo óseo durante seis semanas. Dos de ellos han requerido cambio de antibiótico por sobreinfección aguda del lecho. El tiempo hasta el cierre ad integrum de la úlceras ha sido de 96 (65-120). Han requerido plantillas para redistribución de la carga. Sin signos ni síntomas de recidiva local tras 47 días (30-60).

**Conclusiones:** Es de suma importancia individualizar cada paciente y no mimetizar la misma actuación ante úlceras de localización habitual. La calidad de vida, comorbilidad y características del pie (neuropático y/o isquémico) y la capacidad de deambulación son factores muy importantes a tener en cuenta. La existencia de Unidades de Pie diabético permite

valorar junto a otros especialistas, en éste caso Traumatólogos, alternativas a las amputaciones menores tan practicadas por los cirujanos generales. La preservación digital, previene desviaciones del antepie en los tres ejes del espacio y con ello disminuir la posibilidad de reulceraciones y amputaciones.

### Úlcera con articulación digital expuesta. tratamiento conservador en la unidad de pie diabético del

Camacho Ramírez, A.\* Martínez Vieira, A.\* Díaz Godoy, A.\* Calvo Durán, A. Balbuena García, M.\* \* De la Vega Olías, C.\* Falckenhiner

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

**Introducción:** Las úlceras de piel y partes blandas a nivel digital en paciente diabéticos neuropáticos supone la necesidad de un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado. Si a éstas úlceras asociamos osteítis u osteomielitis por continuidad el escenario se complica con prolongación de los cuidados y si además existe la exposición de la articulación interfalángica proximal o distal del dedo (artritis séptica) las posibilidades de curación disminuyen. El objetivo de ésta comunicación es aportar seis casos con artritis séptica tratados de forma combinada (médico-quirúrgico) con la intención de preservar el dedo afecto.

**Material y métodos:** Seis pacientes, cuatro mujeres y dos varones, buena calidad de vida, con edad media de 69 años (54-80), diabéticos II (6), con trastorno de sensibilidad (test de Semmens-Weinstein positivo), sin semiología isquémica con al menos un pulso distal presente pedio y/o tibial posterior e ITB (0,9-1,1). Acuden a la Unidad de Pie diabético de H.U. Puerto Real por úlceras en cara lateral digital, tres de ellos en el segundo dedo, dos en el quinto y uno de ellos en el cuarto dedo. El tiempo medio de evolución de las úlceras con la articulación expuesta es de 36 días (25-60). Para el tratamiento de éstas úlceras con infección articular por exposición de la misma se procedió al bloque troncular del dedo en ambiente estéril, friederich a través de la ulcera con ampliación de la misma si la gubia no penetrara adecuadamente, extirpación de ambas carillas articulares con preservación de la mayor cantidad de estructuras ligamentosas. Envío de muestras a cultivo. Antibioterapia empírica (amoxicilina/clavulánico 875 mgr c/8h), apósito externo que estabilice el dedo que se encuentra inestable y descarga local.

**Resultados:** Cinco de los seis pacientes se consiguió el control infeccioso, cierre por segunda intención de la herida y artrodesis secundaria a los 87 días (30-135) sin recidiva a los 332 días (330-365). Tras recepción del cultivo se modificó antibioterapia a dos pacientes, el tiempo medio de mantenimiento de antibiótico fue de 46 días (42-52). El sexto paciente sufrió una necrosis digital realizándose una amputación transfalángica.

**Conclusiones:** En pacientes con pie diabético neuropático y existencia de artritis séptica secundaria a úlceras digitales el tratamiento más sencillo quizás sea la amputación transfalángica o transmetatarsiana. La preservación del dedo y aunque requiera más esfuerzo, es una alternativa. La cirugía de la ar-

tritis séptica digital es factible practicarla, sobre todo en Unidades de Pie Diabético permitiendo un control más estrecho y la resolución de los problemas que se puedan asociar hasta el cierre ad integrum. El tratamiento conservador (curas locales, antibioterapia prolongada y descarga) en artritis séptica sin cirugía local conservadora es posible que posea una mayor posibilidad de fracaso que una actitud más agresiva como en nuestros pacientes.

## Leiomioma gigante de origen gástrico

López Z., M. Roldán O., S. Pérez G., D. Bengoechea T., A. Fornell A., MA. Mayo O., MA. Castro S., JM Pacheco G., JL Fernández S.

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Presentación:** Presentamos un caso de leiomioma de origen gástrico, un raro tumor de estómago especialmente llamativo en esta ocasión por las dimensiones que alcanza al diagnóstico.

**Caso Clínico:** Mujer de 59 años en estudio por Digestivo por clínica de dolor abdominal difuso e intermitente y aumento progresivo del perímetro en el último mes, asociada a náuseas y vómitos ocasionales, sensación distérmica y estreñimiento, sin síndrome constitucional ni otros síntomas de interés. Como únicos antecedentes de interés alergia a paracetamol, HTA y asma bronquial. A la exploración destaca la palpación de una gran masa que ocupa la mayor parte del abdomen. Análíticamente sin alteraciones de interés. Como pruebas complementarias se realiza TAC abdominal que informa de gran masa abdominal sólida en continuidad con la pared anterior del cuerpo gástrico, con extensión desde región pélvica hasta ligamento gastrohepático, con diámetros de 27,54 x 22,3 x 12,6 cm, bordes bien definidos, visualizándose estructuras vasculares en su seno. El intestino delgado y el colon transverso se encuentran rechazados lateralmente por la masa. Se realiza ecografía + PAAF que informa de tumor fusocelular con características morfológicas e inmunohistoquímicas sugestivas de tumor de músculo liso. Se completa estudio con Angio-TAC que descarta invasión vascular. Se interviene a la paciente de forma programada realizándose laparotomía media suprainfraumbilical, evidenciándose gran tumoración intrabdominal (5,8 Kg), con importante neovascularización, dependiente de antro-píloro, así como implantes de aspecto mucinoso en epiploon menor. Tras movilización de la masa se consigue resección de la misma a nivel de antro-píloro, con extirpación de los dos implantes mucinosos. El postoperatorio transcurre favorablemente, siendo dada de alta la paciente sin incidencias a destacar. El estudio anatomopatológico de la pieza es compatible con leiomioma de bajo grado de origen gastrointestinal. Los dos implantes mucinosos son compatibles con linfangioma quístico.

**Discusión:** Los tumores musculares del tubo digestivo son relativamente raros, pudiendo presentarse desde el esófago hasta el recto. La localización preferente es estómago, sobre todo en cuerpo gástrico y, con menor frecuencia en cardias o antro, como en el caso que presentamos. La mayor incidencia está en la sexta década de la vida, sin preferencia por el sexo.

La clínica es inespecífica y depende de la localización, tamaño y agresividad del tumor. En la actualidad la endosonografía y el TAC abdominal son los métodos de elección tanto para el diagnóstico como para el seguimiento de estos pacientes. Los criterios anatomopatológicos para establecer la malignidad o benignidad son controvertidos y se basan en criterios morfológicos, con una mayor relación para malignidad en tumores mayores de 6 cm y, especialmente, en mayores de 10 cm. Igualmente presenta gran importancia el índice mitótico, la presencia o no de necrosis y la invasión o no de estructuras vecinas. La principal vía de diseminación a distancia es la hematogena, asentando fundamentalmente en hígado. No es frecuente su extensión de forma primaria por vía linfática, y el compromiso ganglionar es excepcional. Sin embargo, estos tumores pueden invadir localmente órganos vecinos y diseminarse por implantes peritoneales. En el caso que presentamos se registra un bajo índice mitótico con una puntuación para el sistema de grados de la FNCLCC de 2 puntos, correspondiente a un grado histológico 1. El tratamiento de elección del leiomioma es la cirugía, incluso cuando sólo tiene intención paliativa. No obstante, el grado de extensión de la cirugía constituye un tema controvertido. En los leiomiomas gástricos existen cuatro posibilidades de tratamiento quirúrgico: enucleación local, resección segmentaria, gastrectomía subtotal y gastrectomía total. Dadas las características de la masa, se optó en este caso por la resección segmentaria con margen de tejido sano. La necesidad o no de efectuar una linfadenectomía es controvertida, con discrepancia en la literatura respecto al grado de compromiso ganglionar (del 0 al 10-15% de invasión). En nuestro caso se optó por no realizarla. La biología del leiomioma gástrico justifica un tratamiento quirúrgico diferente a otros cánceres gástricos, permitiendo técnicas quirúrgicas menos radicales con baja morbilidad postoperatoria y periodos libres de enfermedad y de supervivencia prolongados, con un mejor pronóstico que el de los adenocarcinomas. La supervivencia a 5 años es de aproximadamente el 50%, siendo no obstante necesario un seguimiento a largo plazo, ya que las recidivas son frecuentes. Los tumores de bajo grado de malignidad, como el que nos ocupa, tienen una supervivencia media de 8 años, siendo ésta sólo de 5 años para los de alto grado. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento en CC.EE. de Cirugía General, habiéndose planteado un primer control en los próximos meses.

## Tumor miofibroblástico inflamatorio de ileon terminal como simulador de apendicitis aguda

López Z., M. Pérez, D. Bengoechea, A. Roldán, S. Fornell, M. Castro, MJ. Sacristán, C. Mayo, MA. Pacheco, JM. Fernández, JL.

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Introducción:** El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) es una neoplasia sólida benigna muy poco frecuente. Descrito por Symmers en 1921 como una respuesta aberrante inflamatoria a un daño tisular, actualmente se considera neoplasia debido fundamentalmente a la evolución agresiva, la invasión vascular, la recurrencia y la transformación maligna.

Presentamos un caso de TMI que debutó en un adulto joven con una clínica simuladora de apendicitis aguda.

*Caso clínico:* Varón de 32 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por presentar dolor abdominal localizado en FID de 3 días de evolución, que comenzó inicialmente en epigastrio y posteriormente modificó su localización, sin náuseas, vómitos ni alteración alguna en el tránsito intestinal. No refería fiebre, tan sólo febrícula, sin ninguna otra clínica de interés. Exploración física con defensa en FID, sin signos claros de irritación peritoneal. Analíticamente destacaba leucocitosis de 15190 con desviación izquierda, sin otras alteraciones. Se solicita ecografía abdominal que informa de hallazgos compatibles con proceso apendicular agudo, procediéndose a tratamiento quirúrgico urgente con la sospecha diagnóstica de apendicitis aguda. En la intervención se realiza abordaje mediante incisión de McBurney, apreciándose como hallazgo masa a nivel cecal, consistente y dura, con múltiples adenopatías en mesocolon y mesenterio. Se procede a liberación de la masa, resección ileocecal y anastomosis ileo-cólica latero-lateral mecánica, a través de la incisión de McBurney. El postoperatorio es favorable, sin incidencias de interés, con alta al 50 día postoperatorio. El estudio anatomopatológico de la pieza informó de TMI (6 cm) de intestino delgado que engloba e infiltra apéndice cecal, con 14 ganglios linfáticos sin alteraciones.

*Discusión:* El TMI es un tumor muy infrecuente y de diagnóstico habitual en la infancia, siendo excepcional su aparición en adultos como en el caso que nos ocupa. Su localización más habitual es el pulmón, seguida del mesenterio y otras localizaciones intraabdominales, como epíplon, intestino delgado y colon. Existe controversia con respecto a los factores etiológicos implicados en el TMI. Algunos autores piensan que es una verdadera neoplasia, pero otros creen que es una respuesta inmunológica a un agente infeccioso o no infeccioso. Se han hallado asociaciones con infecciones (*M. avium intracellulare*, *C. jejuni*, *B. sphaericus*, Epstein-Barr, *E. coli*), antecedentes de cirugía abdominal, traumatismo, radioterapia, toma de corticoides y algunos factores genéticos. En el caso que presentamos no se ha constatado en la anamnesis ninguno de los factores asociados generalmente descritos en la literatura. Clínicamente los TMI se presentan como masa abdominal con respuesta inflamatoria asociada, manifestándose con signos y síntomas de obstrucción intestinal o relativos al efecto compresivo del tumor. En niños es importante el diagnóstico diferencial con la invaginación intestinal y con otras neoplasias de naturaleza maligna, como linfoma, sarcoma o metástasis. No se ha encontrado ningún otro caso en la literatura que simule en su clínica de forma tan sugerente un cuadro de apendicitis aguda. Los hallazgos radiológicos y analíticos son poco específicos y varían según su localización. El caso que presentamos sugería clínica y analíticamente apendicitis aguda, lo que unido a la información proporcionada por la ecografía abdominal, orientó el diagnóstico a esta posibilidad. Dado que su potencial maligno es incierto se recomienda exéresis quirúrgica total y un seguimiento estrecho para diagnosticar precozmente posibles recidivas. La incidencia de recurrencia local es del 15–37%, en varias series de niños con TMI retroperitoneal y del mesenterio. Las metástasis a distancia son poco frecuentes. No se han encontrado datos de recurrencia

en adultos, dado lo excepcional del tumor a esa edad, si bien parece que la posibilidad de recurrencia es mayor cuando la localización es extrapulmonar. En nuestro caso se ha planteado seguimiento ambulatorio del paciente por parte de Cirugía General, con próximo control en 6 meses, llevando el paciente actualmente 4 meses libre de enfermedad, asintomático y con buen estado general.

### Suboclusión intestinal y rectorragia como debut de PAN de afectación sigmoidea

Morales Martin G., Perea Gonzalez M.J, Rodriguez Padilla A., Delgado Morales M., Gonzalez Benjumea P., Rada Morgades R.

*Hospital Juan Ramón Jiménez*

Presentamos el caso de un varón de 68 años con AP de:HTA, DLP. IQ apendicectomizado y colecistectomizado. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal intermitente localizado en hipogastrio de 7 días de evolución, ausencia de deposiciones y rectorragia intermitente, por lo que ingresa para estudio. Durante su ingreso en las pruebas complementarias se objetiva: Colonoscopia: A nivel de sigma mucosa con petequias, equimosis dispersas y coagulos adheridos a la pared, condicionando en este segmento una rigidez que impide la normal distensión del colon, objetivándose en la biopsia del segmento colónico cambios inflamatorios y presencia de multiples inagenes de trombos en pequeños vasos. TAC abdominal con contraste iv: Engrosamiento circunferencial y homogéneo de pared sigmoidea que condiciona una estenosis preoclusiva con valvula ileocecal incompetente y dilatación cecal de 8cm, minima cantidad de liquido libre. Ante la ausencia de mejoría con tratamiento médico (persistencia de cuadros suboclusivos de repetición y rectorragia intermitente) junto con el empeoramiento del estado general del paciente se decide intervención quirúrgica con resección sigmoidea para resolución del cuadro oclusivo y diagnóstico anatomopatológico definitivo. El postoperatorio cursa con una evolución favorable con resolución del cuadro suboclusivo y resolución de los episodios de rectorragia. En la AP del segmento extirpado se objetiva necrosis de mucosa y submucosa en extensas areas de la pieza junto con necrosis inflamatoria de vasos de pequeño y mediano calibre, siendo diagnosticado de PAN. En estudios analíticos durante su ingreso y de manera ambulatoria se objetivó elevación de VSG, proteinuria en rango no nefrótico y negatividad de C-ANCA y p-ANCA, iniciándose tras el diagnóstico y periodo de recuperación postoperatoria tratamiento con ciclofosfamida. Comentario: La afectación del tracto gastrointestinal en el caso de las vasculitis necrotizantes sistémicas como la PAN de este caso puede llegar a una incidencia del 40% siendo el principal síntoma clínico el dolor abdominal inespecífico, es habitual encontrar en las pruebas analíticas anemia de trastornos crónicos, aumento de la VSG y ausencia frecuente de ANCA (más frecuentes en otros tipos de vasculitis). Su diagnóstico de certeza se realiza anatomopatológicamente con biopsia del órgano afecto, siendo su pronóstico más favorable desde la introducción de la ciclofosfamida en el tratamiento.

## Hernia inguinal recidivada, abordaje laparoscópico

Castillo Tuñón Juan M., Naranjo Fernández JR, Valera Sánchez Z, Dominguez Amodeo A., Curado Soriano A, Piñán Díez J., Martín Ort

*H.U.V.Macarena. Sevilla*

**Objetivos:** Presentamos el abordaje laparoscópico de la hernia inguinal recidivada - multirecidivada intervenida previamente mediante cirugía abierta convencional, donde la vía laparoscópica como vía ideal para la reparación herniaria de estas hernias reproducidas, de forma que abordamos por un plano posterior bien totalmente extraperitoneal tipo TEP o a través de cavidad transabdominal preperitoneal tipo TAPP.

**Materiales y métodos:** Pacientes intervenidos desde marzo del 2010 a febrero del 2013 en nuestra Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y pared abdominal, periodo durante el cual se han llevado a cabo 204 hernioplastias inguinales laparoscópicas, donde en las hernias inguinales reproducidas indicamos el abordaje tipo TEP en hernias con reparación previa mediante herniorrafia o hernioplastias con colocación de implantes protésicos en plano anterior con indemnidad del espacio preperitoneal y tipo TAPP en los casos con implantes protésicos que desde vía anterior comprometen el espacio preperitoneal.

**Conclusiones:** Propugnamos la vía laparoscópica para el abordaje de la hernia inguinal recidivada y multirecidivada, donde la reparación por vía abierta anterior es compleja por la fibrosis y los implantes protésicos previos, con riesgo de lesión de los elementos del cordón, con difícil identificación y disección del saco herniario, donde la reparación laparoscópica permite una visión directa y objetivar posibles defectos asociados como es el caso de sacos crurales, realizando una reparación completa de toda la región inguino - crural.

## Deciduosis peritoneal simulando apendicitis aguda

Ander Bengoechea Trujillo, Daniel Pérez Gomar, Isaías Alarcón Del Agua, Susana Roldán Ortiz, Mercedes Fornell Ariza, Manuel López Zurera, Carmen Bazán Hinojo, María de Los Angeles Mayo Ossorio, María Jesús Castro Santiago, José Manuel Pacheco García, José Luis Fernández Serrano

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*

**Introducción:** La deciduosis peritoneal es un proceso que consiste en la implantación de tejido decidual en diferentes localizaciones de cavidad abdominal. Suele aparecer durante la gestación y regresa espontáneamente tras el parto. El diagnóstico es puramente anatomopatológico, realizándose el diagnóstico diferencial con otros implantes tumorales y con tumores propios del peritoneo.

**Caso clínico:** Mujer de 37 años en la 38ª semana de gestación, sin antecedentes de interés, que acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal localizado en mesogastrio, fiebre e inicio del trabajo del parto. Es ingresada en el servicio de ginecología para observación y control. Tras 48 horas, la paciente presenta mala evolución clínica, por lo que se realiza cesárea y exploración de cavidad abdominal. Durante la intervención se objetiva apéndice cecal en posición retrouterina, con signos de inflamación y absceso en Douglas.

Se realiza apendicectomía reglada, lavado de cavidad abdominal, y colocación de drenaje en pelvis. La paciente evoluciona favorablemente, dándose de alta al cuarto día postoperatorio. El resultado anatomopatológico informa de apendicitis aguda, deciduosis peritoneal periapendicular y periapendicitis.

**Discusión:** La deciduosis peritoneal es un fenómeno benigno del embarazo producido por metaplasia de células pluripotenciales del mesénquima subclómico influenciados por progesterona. También existen casos no asociados al embarazo que podrían ser causados por una sustancia similar a la progesterona derivada de la corteza suprarrenal. La incidencia de deciduosis microscópica en embarazadas se describe en la literatura alrededor del 80 %, tanto en formas localizadas como difusas. Sin embargo los nódulos deciduales son muy infrecuentes, localizándose en zonas yeyunales, periuterinos, anejos ginecológicos, epiplon y apéndice cecal. La mayoría de las veces cursa de forma subclínica, encontrándose de forma incidental durante la cirugía en forma de nódulos blanquecinos de aproximadamente 1 cm. Más raramente se realiza el diagnóstico por las complicaciones derivadas de ellos como la apendicitis aguda (igual que nuestro caso), cuadros obstructivos o la rotura de los mismos con la consecuente hemorragia y shock. Concretamente la localización apendicular junto con apendicitis asociada es excepcional, describiéndose en la literatura no más de 10 casos con clínica de apendicitis aguda en gestantes durante el primer y segundo trimestre y tan solo 2 casos durante el tercero. La patogenia de esta entidad es la estimulación estrogénica de estas células y el factor mecánico y humoral derivado de ellos. Pruebas de imagen como la ecografía y la TAC podría revelarnos dichos nódulos o los síndromes derivados de ellos, aunque el diagnóstico ante la inespecificidad de la clínica nos lo proporciona la anatomía patológica describiéndose como nidos sólidos compuestos de células deciduales poliédricas a nivel de serosa hacia la muscularis propia acompañado de infiltrado inflamatorio agudo de linfocitos polimorfonucleares. El diagnóstico diferencial ha de realizarse con procesos inflamatorios inespecíficos, el mesotelioma peritoneal y otros implantes tumorales siendo la anatomía patológica la que nos proporcione el diagnóstico definitivo. Resaltar que al ser una entidad benigna con regresión espontánea tras la finalización de la gestación no necesita controles ni seguimiento, pero es posible el carácter recidivante de esta entidad en sucesivos embarazos.

## Íleo paralítico secundario a patología abdominal infrecuente

A Szuba, M Zurita Saavedra, A Bravo Molina, AL Romera López, A Argote Camacho, E Brea Gómez, S Alonso García, JA Jiménez Ríos

*Hospital Universitario San Cecilio, Granada, Servicio de Cirugía General*

**Introducción:** Íleo paralítico es una entidad común, causada por diversos factores humorales, metabólicos, medicamentosos, neurógenos (ej. distensión de órganos vecinos como el uréter o patología retroperitoneal) o estados infecciosos

(sepsis de cualquier origen). Con frecuencia los pacientes presentan un cuadro parecido al de la obstrucción mecánica del intestino delgado, constituyendo un motivo de consultas frecuentes a Servicio de Cirugía General. Objetivo Presentamos el caso de un paciente con íleo paralítico causado por una patología abdominal infrecuente, de diagnóstico difícil, que puede causar inicio tardío de tratamiento adecuado.

*Material y métodos:* Varón de 78 años de edad con múltiples factores de riesgo cardiovascular, insuficiencia renal crónica grado III, pielonefritis de repetición, adenoma de próstata pendiente de RTU y portador de sonda vesical permanente. Ingresa en UCI por probable cuadro de shock séptico de origen urinario (fiebre, hipotensión, dolor en FRD, oliguria). Tras la estabilización hemodinámica y mejoría del cuadro séptico es trasladado a Medicina Interna. Desde el primer día del ingreso presenta clínica de distensión abdominal y ausencia de emisión de heces y gases. Entre los diagnósticos de sospecha se consideró isquemia mesentérica, síndrome de Ogilvie o íleo paralítico secundario a sepsis de origen urinario y obstrucción intestinal por causa mecánica lo que obligó a realizar consultas repetidas al Servicio de Cirugía General.

*Resultados:* Valoramos al paciente que se encuentra apirético, hemodinámicamente estable y con dolor abdominal. A la exploración física destaca regular estado general, abdomen distendido, timpánico, sin masas palpables ni signos de irritación peritoneal. RHA ausentes. SNG con débito alto, bilioso. La radiografía simple de abdomen muestra dilatación de asas de ID y colon. Se realiza enema opaco (negativo) y colonoscopia que resulta muy dificultada por acúmulo de barro y heces, pero se asegura la ausencia de lesiones en todo el trayecto de colon. Dada la ausencia de mejoría se solicita TAC abdominal con contraste que evidencia dilatación de asas de ID de hasta 38 mm con niveles hidroaéreos dilatación aneurismática de aorta abdominal infrarrenal (4,8cm de diámetro), con la extensión longitudinal de 9,3 cm con densidad de partes blandas periaórtico y leve engrosamiento de psoas izquierdo que pueden estar en relación con complicación del aneurisma. Ante los resultados de la TAC se solicitó IC a Cx Vascular llegando al diagnóstico final de fibrosis peri-aneurismática, conocida también como aneurisma inflamatorio y periaortitis crónica persistente. Se inició tratamiento con corticosteroides obteniendo buena respuesta y mejoría de los síntomas.

*Conclusiones:* Aneurisma inflamatorio es una de las manifestaciones de fibrosis retroperitoneal, se caracteriza por una inflamación del espacio retroperitoneal crónica e inespecífica, y puede cursar, como otras patologías retroperitoneales, con íleo paralítico. Por ser una patología infrecuente, poco conocida y de difícil diagnóstico, el inicio de tratamiento se retarda habitualmente, manteniéndose por tanto el íleo asociado, siendo este el motivo de valoraciones repetidas por parte del servicio de cirugía.

### **Íleo paralítico secundario a patología abdominal infrecuente**

A Szuba, M Zurita Saavedra, A Bravo Molina, AL Romera López, A Argote Camacho, E Brea Gómez, S Alonso García, JA Jiménez Ríos

### *Hospital Universitario San Cecilio, Granada, Servicio de Cirugía General*

*Introducción:* Íleo paralítico es una entidad común, causada por diversos factores humorales, metabólicos, medicamentosos, neurógenos (ej. distensión de órganos vecinos como el uréter o patología retroperitoneal) o estados infecciosos (sepsis de cualquier origen). Con frecuencia los pacientes presentan un cuadro parecido al de la obstrucción mecánica del intestino delgado, constituyendo un motivo de consultas frecuentes a Servicio de Cirugía General. Objetivo Presentamos el caso de un paciente con íleo paralítico causado por una patología abdominal infrecuente, de diagnóstico difícil, que puede causar inicio tardío de tratamiento adecuado.

*Material y métodos:* Varón de 78 años de edad con múltiples factores de riesgo cardiovascular, insuficiencia renal crónica grado III, pielonefritis de repetición, adenoma de próstata pendiente de RTU y portador de sonda vesical permanente. Ingresa en UCI por probable cuadro de shock séptico de origen urinario (fiebre, hipotensión, dolor en FRD, oliguria). Tras la estabilización hemodinámica y mejoría del cuadro séptico es trasladado a Medicina Interna. Desde el primer día del ingreso presenta clínica de distensión abdominal y ausencia de emisión de heces y gases. Entre los diagnósticos de sospecha se consideró isquemia mesentérica, síndrome de Ogilvie o íleo paralítico secundario a sepsis de origen urinario y obstrucción intestinal por causa mecánica lo que obligó a realizar consultas repetidas al Servicio de Cirugía General.

*Resultados:* Valoramos al paciente que se encuentra apirético, hemodinámicamente estable y con dolor abdominal. A la exploración física destaca regular estado general, abdomen distendido, timpánico, sin masas palpables ni signos de irritación peritoneal. RHA ausentes. SNG con débito alto, bilioso. La radiografía simple de abdomen muestra dilatación de asas de ID y colon. Se realiza enema opaco (negativo) y colonoscopia que resulta muy dificultada por acúmulo de barro y heces, pero se asegura la ausencia de lesiones en todo el trayecto de colon. Dada la ausencia de mejoría se solicita TAC abdominal con contraste que evidencia dilatación de asas de ID de hasta 38 mm con niveles hidroaéreos dilatación aneurismática de aorta abdominal infrarrenal (4,8cm de diámetro), con la extensión longitudinal de 9,3 cm con densidad de partes blandas periaórtico y leve engrosamiento de psoas izquierdo que pueden estar en relación con complicación del aneurisma. Ante los resultados de la TAC se solicitó IC a Cx Vascular llegando al diagnóstico final de fibrosis peri-aneurismática, conocida también como aneurisma inflamatorio y periaortitis crónica persistente. Se inició tratamiento con corticosteroides obteniendo buena respuesta y mejoría de los síntomas.

*Conclusiones:* Aneurisma inflamatorio es una de las manifestaciones de fibrosis retroperitoneal, se caracteriza por una inflamación del espacio retroperitoneal crónica e inespecífica, y puede cursar, como otras patologías retroperitoneales, con íleo paralítico. Por ser una patología infrecuente, poco conocida y de difícil diagnóstico, el inicio de tratamiento se retarda habitualmente, manteniéndose por tanto el íleo asociado, siendo este el motivo de valoraciones repetidas por parte del servicio de cirugía.

### Tumor neuroendocrino rectal. Una rara entidad

Ander Bengoechea Trujillo, Daniel Pérez Gomar, Susana Roldán Ortiz, Mercedes Fornell Ariza, María De los Ángeles Mayo Ossorio, Carmen Bazán Hinojo, Manuel López Zurera, José Ramón Castro Fernández, José Manuel Pacheco García, José Luis Fernández Serrano

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos colorrectales son entidades con una prevalencia baja dentro de los procesos tumorales digestivos. Presentan una prevalencia del 8% de los tumores neuroendocrinos gastrointestinales y del 2% del total de las neoplasias colorrectales. Tienen un pronóstico infausto con una tasa de curación muy baja. Presentamos el caso de un varón de 46 años con esta entidad.

**Caso Clínico:** Varón de 46 años bebedor de 50gr de alcohol diarios y fumador que es estudiado por dolor anal de dos meses de evolución asociado a hematoquecia. Así mismo síndrome constitucional con pérdida de 20kg de peso sin otra sintomatología asociada. Paciente con regular estado general con palidez cutánea presentando tacto rectal muy doloroso con masa inmediata al canal anal friable con restos hemáticos. Entre los estudios complementarios que se realizan destaca una anemia de 10g/dl, elevación de LDH y PCR, proteinograma compatible con proceso inflamatorio. La colonoscopia demuestra una masa en recto bajo friable y mal delimitada. La TC abdomen informa de masa desde sacro hasta canal anal de 18x10cm con ocupación de grasa rectal y adenopatías mesentéricas. Así mismo 3 LOES hepáticas de 2cm compatibles con metástasis. La anatomía patológica diagnóstica de carcinoma neuroendocrino de recto con índice de proliferación alto. Durante el ingreso el paciente presenta cuadro de obstrucción intestinal con realización de colostomía transversa en asa. Tras recibir varios ciclos de quimioterapia, el paciente fallece a los 6 meses.

**Discusión:** Los tumores neuroendocrino colorrectales son procesos tumorales raros con una incidencia del 2% de los tumores colorrectales. No hay prevalencia clara por ninguno de los sexos con edad de presentación algo menor que los adenocarcinomas colorrectales. La clínica de estas neoplasias suele ser algo más insidiosa la de los tumores colónicos junto con síndrome carcinoide en el 5% de los casos. El diagnóstico se basa junto con las clásicas pruebas de neoplasias digestivas, en el resultado patológico que demuestra tumoración bien vascularizada de células con diferenciación neuroendocrina que expresan sinaptofisina y cromogranina negativas para antígeno leucocitario común. La RM es de gran utilidad en la localización metastásica al demostrar metástasis bien vascularizadas típicas de estos tumores. El pronóstico es muy malo en la mayoría de los casos ya que en el momento del diagnóstico suele presentar un tamaño tumoral mayor de 2 cm junto con metástasis hepáticas en un 25% con una supervivencia global a los 5 años alrededor del 40% siendo el carcinoide de colon el más agresivo de todas las neoplasias carcinoideas. Las posibilidades terapéuticas son la cirugía radical oncológica en los casos indicados, también de las metástasis hepáticas junto con tratamiento adyuvante quimioterápico con varios ciclos y de mantenimiento que ha logrado en algunos casos supervivencia a largo plazo. El seguimiento de estos paciente debe ser estre-

cho dado el potencial recidivante de cara a una posible cirugía de rescate.

### Carcinoma papilar encapsulado de mama

Guerra Bautista Jose Antonio, Acedo Diaz Francisco, Candil Comesaña Dolores, Mena Raposo Javier, Moalla Massa Abdul Karim

*Hospital de la Merced (Osuna)*

**Introducción:** El Carcinoma papilar encapsulado es una de las cuatro variantes malignas de lesión papilar de la mama. Representa el 0,5-2% de las neoplasias de mama considerándose una progresión del carcinoma intraductal papilar o del carcinoma papilar intraquístico, al limitarse su crecimiento a un ducto dilatado pero sin conservar intacto la continuidad de su mioepitelio (criterio este último de progresión y de no consideración de "in situ"). En su evolución natural puede acompañarse de Ca. Ductal infiltrante o progresar a Ca. Papilar infiltrante (donde ya no existen las células mioepiteliales). Exponemos un caso tratado en nuestro centro de un tumor de mama que cumple estos criterios.

**Caso Clínico:** Paciente de 40 años que acude para control rutinario. A la palpación existe un área de mayor densidad periareolar en mama izquierda, que la mamografía describe como densidad asimétrica focal compatible con tejido fibroglandular. La punción con aguja fina informa de ausencia de células neoplásicas. Al volver a explorar la zona de densidad se aprecia secreción blanquecina con algo de sangre, uniorificial, por lo que se toma citología por impronta que es informada con diagnóstico de tumor papilar. Se solicita galactografía: pequeño nódulo compatible con papiloma intraductal. Se decide intervención quirúrgica: canalización de conducto, inyección de colorante y exéresis en bloque de la zona. El estudio histológico confirma carcinoma papilar encapsulado con presencia discontinua de células mioepiteliales. De acuerdo con índice multifactorial de Van Nuys y la discontinuidad de la capa de células mioepiteliales se decide completar tratamiento con radioterapia. Revisión normal a los dieciocho meses.

**Discusión:** El carcinoma papilar encapsulado engloba al carcinoma papilar intraquístico y al carcinoma papilar sólido (este último menos frecuente y con mayor asociación al carcinoma ductal infiltrante) que han perdido la discontinuidad de la capa de células mioepiteliales, presentando no obstante un escaso poder de invasión local, menos del 3% de metástasis ganglionares y un excelente pronóstico. El tratamiento es fundamentalmente local, desestimándose la quimioterapia por sus efectos secundarios. El uso de hormonoterapia se reserva para casos de recidiva o mayor progresión de la lesión (carcinoma papilar infiltrante), y la demostración de la ausencia de la capa mioepitelial se basa en el uso de tres marcadores inmunohistoquímicos: calponina, miosina y p63.

### Perforación colónica por cuerpo extraño (hueso de conejo) en el paciente anciano

A. Sáez Zafra; C. Moreno Cortés; Á. Szuba; C. González Puga; B. Mirón Pozo; S. Alonso García; V. Aranz Ostáriz; J.A. Jiménez Ríos

*Hospital Universitario San Cecilio (Granada)*

**Objetivos:** Dar a conocer la perforación colónica debida a la ingesta de un cuerpo extraño, costilla de conejo, en una paciente anciana, destacando el carácter frecuente que presenta dicha patología dentro del abdomen agudo quirúrgico y la incidencia más alta en pacientes ancianos, dado que suelen carecer de piezas dentales o padecer procesos seniles. La perforación por cuerpo extraño es una causa importante dentro de la clasificación etiológica de abdomen agudo quirúrgico. La mayoría de los pacientes no recuerdan la ingestión del cuerpo extraño causante y ésta suele localizarse en lugares diferentes del tracto digestivo en función del cuerpo extraño que sea ingerido.

**Material y métodos:** Paciente, mujer de 97 años, con antecedentes personales de cardiopatía hipertensiva, HTA severa, fibrilación auricular paroxística, en tratamiento con acenocumarol, insuficiencia venosa crónica, artropatía microcristalina (gota), hiperuricemia, espondiloartrosis e Insuficiencia Renal Crónica (Creatinina 1.9mg/dl). Intervenida de apendicectomía y colecistectomía. Acude a urgencias por cuadro de vómitos continuos, sin productos patológicos, de horas de evolución, asociados a cuadro de dolor abdominal generalizado no irradiado y continuo. A la exploración destaca Glasgow15/15, estabilidad hemodinámica, abdomen globuloso, distendido, doloroso a la palpación generalizada y con signos de peritonismo franco. La analítica revela leucocitosis con desviación izquierda, disfunción renal ya conocida y descenso de la Actividad de Protrombina debido al tratamiento con anticoagulantes. El TC informa de pequeñas burbujas de gas peritoneal, perihepáticas, y algunas otras en área del ligamento gastrohepático, adyacentes a pared de curvatura menor del estómago. Diverticulosis colónica, sin signos actuales de complicación. No evidencia de líquido libre intraabdominal ni colecciones. Los hallazgos sugieren perforación de víscera hueca. Las burbujas de gas adyacentes a la pared del estómago, en curvatura menor, sugieren que la perforación pudiera estar a este nivel. Se indica laparotomía urgente por parte del equipo de cirugía de guardia.

**Resultados:** Se realiza laparotomía exploradora urgente hallando perforación colónica (de 0.5cm, en cara posterior de ángulo hepático de colon), secundaria a cuerpo extraño (hueso: costilla de conejo de 5 cm de longitud), peritonitis focalizada en canal parietocólico derecho, fibrina interasas (conglomerado de asas de intestino delgado que rodean al colon afecto), dilatación y deslustramiento de asas de ileon. Dado que la peritonitis se encuentra muy focalizada, se decide realizar hemicolectomía derecha y anastomosis laterolateral mecánica (GIA Azul) con cierre mediante TA. Se realiza exploración exhaustiva del resto de la cavidad, lavado y cierre; dejando drenaje de tipo Penrose cercano a la sutura. El postoperatorio inmediato es favorable estando extubada tras la finalización del acto quirúrgico y siendo dada de alta de Reanimación a las 24 horas. Permanece apirética y con el resto de constantes mantenidas iniciando tolerancia hasta llegar a tolera dieta líquida y yogur a las 72 horas, con ruidos intestinales y emisión de gases, manteniendo drenajes limpios,

exploración favorable y buen estado general. En su tercer día postoperatorio la paciente cursa con cuadro de descompensación hidroelectrolítica y oligoanuria, por lo que se decide realizar interconsulta urgente con Nefrología, que pauta tratamiento. Aún así, el estado anúrico permanece y fallece en su cuarto día postoperatorio debido a fallo renal reagudizado sobre el de base y múltiple de órganos. El diagnóstico anatomopatológico informó de ileon terminal y colon derecho con inflamación aguda supurada transmural y perforación, así como peritonitis aguda supurada, describiendo pólipos sesiles en la pieza de hemicolectomía enviada sin hallazgos patológicos en los mismos. Revisando a posteriori las imágenes del TC, se pudo objetivar el cuerpo extraño con densidad hueso localizado en la zona descrita de la perforación.

**Conclusiones:** Una gran variedad de cuerpos extraños, como prótesis dentales, palillos de dientes, y huesos de animal (en nuestro caso) han sido implicados en la patogénesis de la perforación gastrointestinal. La perforación colónica debida a un cuerpo extraño, suele afectar a la porción más estrecha del intestino: región ileocecal o unión rectosigmoidea son las dos localizaciones más frecuentes. Sin embargo en el caso que exponemos fue localizada en el ángulo hepático del colon, lo cual la hace inusual. Nunca se debe descartar la presencia de una patología subyacente que sea la causante de que el cuerpo extraño perforo dicho área, tal como la enfermedad diverticular, el cáncer o una fístula. En nuestro caso, el colon no tenía ninguna patología anormal, tan solo pólipos de aspecto normal. Según los estudios revisados la edad avanzada es un factor de riesgo para la ingesta de cuerpos extraños, tales como el paciente que presentamos, dado que carecen de piezas dentales y tienen mayor prevalencia de enfermedad senil. En los alcohólicos, niños y retrasados mentales también se presenta dicha patología con mayor frecuencia. Los pacientes a menudo no recuerdan haber ingerido el cuerpo extraño implicado, que se encuentra ya sea durante pruebas radiológicas o durante la cirugía. Dependiendo de la extensión de la perforación y su sitio anatómico, así como sobre la base de la presencia de peritonitis difusa o localizada, el tratamiento puede variar desde la simple sutura, con o sin estoma de protección, a la intervención de Hartmann. Nuestra paciente tenía una pequeña perforación con una peritonitis muy localizada, motivo por el que se decidió realizar anastomosis primaria.

### **Pancreatectomía totalizadora con preservación esplénica: a propósito del tratamiento de un caso de fístula pancreática**

Blanco Elena JA, Sánchez Pérez B, Aranda Narváez JM, Prieto-Puga Arjona T, Jiménez Mazure C, Santoyo Santoyo J  
*HRU Carlos Haya*

**Introducción:** La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) supone en la actualidad un procedimiento seguro que comporta una tasa de mortalidad inferior al 5%. No obstante, presenta aún una tasa de complicaciones que oscila entre el 30-60%, entre las que se encuentran fístula pancreática, fístula biliar, absceso pancreático, peritonitis aguda, pan-

creatitis del remanente, retraso del vaciamiento gástrico, hemoperitoneo o hemorragia digestiva alta. La dehiscencia de anastomosis pancreaticoyeyunal es la más significativa de las complicaciones de la duodenopancreatectomía cefálica, con una frecuencia entre 3-12%. Una vez diagnosticada, el tratamiento debe ser eminentemente conservador basados en un buen drenaje de la secreción pancreática y en antisecretorios. Sin embargo, en determinadas ocasiones es preciso recurrir a la cirugía para el tratamiento de la cavidad abdominal en presencia de peritonitis. En estas circunstancias generalmente es preciso realizar una pancreatectomía totalizadora con esplenectomía en el seno de la urgencia y unas condiciones locales y generales que dificultan la preservación del bazo. En el contexto adecuado, con un diagnóstico de sospecha y radiológico precoz, es posible realizar la exéresis aislada del remanente pancreático sin resección esplénica.

**Caso Clínico:** Varón de 55 años, con cuadro clínico de ictericia indolora diagnosticado mediante TC y biopsia por endoscopia de adenocarcinoma ampular bien diferenciado. Es intervenido de forma programada mediante DPC, sin incidencias durante la fase de exéresis, y reconstrucción clásica tipo Child, realizando una pancreaticoyeyunostomía término-lateral ductomucosa. Postoperatorio inicial en UCI, normal hasta que en cuarto día postoperatorio el paciente presenta un cuadro de hipotensión, taquicardia y oliguria con cortejo vegetativo y severo dolor abdominal. Un TC abdominal urgente evidenció una fístula de la pancreaticoyeyunostomía con burbujas de neumoperitoneo perianastomótico y peritonitis generalizada, motivo por el que se decide reintervención. Dichos hallazgos se confirmaron intraoperatoriamente, indicándose la totalización de la pancreatectomía que se realizó con preservación esplénica, dado lo favorable de las condiciones locales. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, una vez controlado el shock séptico inicial.

**Discusión:** La dehiscencia de la anastomosis pancreaticoyeyunal es la más representativa de las complicaciones de la DPC, presentándose hasta en un 10% de los casos. En la tendencia actual a no emplear drenajes incluso en cirugías de alta envergadura, el diagnóstico debe basarse en la indicación de un TC urgente ante una sospecha clínica, en un paciente con fiebre, leucocitosis, dolor abdominal y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. En pacientes con drenaje perianastomótico, el aspecto macroscópico y la cuantificación de la amilasa y el débito del mismo pueden asentar un diagnóstico. Un enfoque conservador consigue controlar más del 80% de las dehiscencias de la anastomosis pancreaticoyeyunal. El tratamiento quirúrgico debe reservarse para pacientes con mala tolerancia o mal control de la misma a través de drenajes percutáneos. En este contexto de urgencia, generalmente se recurre a la pancreatectomía totalizadora con esplenectomía, ante la mayor facilidad de control vascular central tras la medialización del cuerpo-cola del páncreas y del bazo mediante maniobra de Mattox modificada, pero si las condiciones locales son aptas para una preservación esplénica no existe motivo alguno para no realizarla.

## Adenomas paratiroides intratorácicos

Alejandro J. Pérez Alonso, Esther Brea Gómez, Jose Rubio López, Ivan Morales Valentin, Jose Antonio Jimenez Rios  
*Hospital Universitario San Cecilio*

**Introducción:** El hiperparatiroidismo primario es una entidad rara vez provocada por Adenomas Paratiroides Intratorácicos (19-6,8 por ciento), requiriendo en menos del 2 por ciento un abordaje mediastinal transesternal. El objetivo de la presente comunicación analiza 6 pacientes con HPTP, cuyos estudios preoperatorios localizan una tumoración funcionalmente hipercaptante en mediastino anterior e inferior y que necesitó una esternotomía mediana completa para su extirpación.

**Conclusiones:** Las glándulas paratiroides intratorácicas se describen en el 1-3% de las series de hiperparatiroidismo primario y alcanzan el 11% en los casos de hiperparatiroidismo secundario. Según Sitges et al, todos los casos descritos de glándulas ectópicas intratorácicas corresponderían a glándulas supernumerarias, a pesar de que en series históricas de paratiroides mediastínicas se sugiere que tan sólo el 21% de ellas correspondería a una quinta glándula.

Las técnicas de diagnóstico actuales (TC torácica y gammagrafía con Tc-MIBI) permiten la localización precisa preoperatoria, y pueden llevarse a cabo accesos cada vez más selectivos para la extirpación de glándulas ectópicas intratorácicas.

## Tratamiento secuencial de la isquemia mesentérica aguda: a propósito de un caso

Blanco Elena JA, González Sánchez AJ, García Albiach B, Aranda Narváz JM, Montiel Casado C, Pérez Ruiz C, Santoyo Santoyo J  
HRU Carlos Haya

**Introducción:** La isquemia mesentérica aguda (IMA) constituye una auténtica emergencia vascular que conduce aún hoy a un desenlace fatal en el 50-75% de los casos. Su baja incidencia, junto con la poca expresividad clínica en fase inicial retrasan habitualmente su adecuado tratamiento. La embolia arterial sigue siendo la causa más frecuente de IMA y la arteria mesentérica superior (AMS) es el vaso más comúnmente afecto. Con frecuencia el colon derecho y el área ileocecal son los territorios viscerales más afectados.

**Objetivos:** Presentar los resultados de un caso de accidente vascular agudo de la AMS tratado de forma secuencial mediante radiología intervencionista y exploración quirúrgica en dos tiempos.

**Caso Clínico:** Mujer de 52 años con antecedentes de diabetes mellitus, dislipemia y obesidad, derivada a nuestro centro para la realización de arteriografía urgente por sospecha de accidente vascular mesentérico de origen embolígeno. Durante el procedimiento se objetiva defecto de repleción en el origen de la AMS por lo que, tras intento fallido de fibrinólisis local, se procede a la colocación de 3 stents intraarteriales con perfusión continua de papaverina asociada. En la laparotomía subsecuente se evidenció necrosis de íleon terminal, que se resecta, y se procedió a cierre de abdomen temporal con pre-

sión negativa y tracción fascial con malla de propileno como gesto preventivo de la hipertensión intraabdominal y del síndrome compartimental. La estancia inicial en la Unidad de Cuidados Intensivos fue satisfactoria, pudiéndose suspender la perfusión intraarterial de vasodilatadores por presencia de flujo adecuado en la AMS. A las 48 de la primera exploración quirúrgica se procede a Second Look realizándose nueva resección de segmento de íleon necrótico, anastomosis ileocecal y cierre aponeurótico. La estancia posterior en UCI arrojó una lenta pero progresiva recuperación. Las drogas vasoactivas pudieron retirarse de forma progresiva hasta su total suspensión, manteniendo la paciente buenos parámetros de función hemodinámica y de perfusión visceral. La retirada de las medidas de soporte ventilatorio se vieron dificultadas por la concurrencia de un proceso neumónico para cuyo control se requirió de traqueostomía percutánea y de conexiones frecuentes al respirador durante la fase de weaning. Finalmente la enferma es dada de alta con buen estado general tras resolución del accidente vascular y con herida quirúrgica en curas.

**Conclusiones:** A pesar de los más recientes avances tanto en el tratamiento como en el diagnóstico de la IMA, ésta sigue siendo aún una entidad con una alta morbimortalidad asociada. La precocidad con la que se adopten estrategias terapéuticas agresivas sigue siendo el principal factor pronóstico de un cuadro para el que un alto grado de sospecha clínica sigue siendo determinante. El diagnóstico y el tratamiento precoces previenen la instauración de necrosis extensa e irreversible del territorio comprometido. En este escenario, la revascularización mediante técnicas endovasculares permite un adelanto significativo del tiempo de reperusión. Por ello, cuando esta estrategia se integrada en un plan terapéutico en combinación con una revisión y tratamiento quirúrgicos, es esperable que mejoren los resultados clínicos en la atención a pacientes afectados de IMA.

### **Sacoma pélvico avanzado: exenteración pélvica total por vía anterior**

Blanco Elena, Fernández Burgos I, Pérez Daga JA, Marín Camero N, García Albiach B, Pérez Ruiz C, Santoyo J  
Santoyo J

HRU Carlos Haya

**Introducción:** Los sarcomas de partes blandas representan menos del 1% de todas las lesiones neoplásicas malignas. Cuando se originan a partir de estructuras pélvicas dan lugar a neoplasias de difícil tratamiento por las dificultades técnicas del abordaje de grandes masas confinadas en un marco óseo fijo. Se plantea entonces la necesidad de llevar a cabo resecciones agresivas como la exenteración pélvica total (EPT). Esta técnica supuso un procedimiento impopular desde sus inicios por la alta morbimortalidad asociada y por el carácter paliativo con el que se realizaba. No obstante, en la actualidad ha llegado a lograr indicación clara en el tratamiento con intención curativa de algunas neoplasias pélvicas tanto ginecológicas como urológicas y digestivas.

**Objetivos:** Presentar los resultados de una técnica con potencial curativo en el tratamiento de un paciente con sarcoma pleomórfico pélvico avanzado.

**Caso Clínico:** Varón de 68 años con cuadro de molestias abdominales inespecíficas diagnosticado en 2008 de gran masa pélvica mediante tomografía axial. Ingresó en nuestro servicio por cuadro oclusivo con buena respuesta inicial al tratamiento con medidas conservadoras. Durante su estancia en nuestra unidad presenta episodio de hemorragia digestiva baja secundario por progresión tumoral a nivel local. Tras estabilización hemodinámica se programa para exéresis quirúrgica de la masa pélvica. Dado el gran tamaño tumoral (27 x 16 cm) se comprueba intraoperatoriamente la imposibilidad de realizar resección de la tumoración según técnica habitual por lo que se procede a exenteración pélvica total (EPT) supraelevadora por vía anterior. Tras iniciar la disección el espacio de Retzius se prosiguió a identificar la uretra postprostática, cuya sección permitió la movilización de la tumoración y un adecuado control vascular a nivel de los vasos ilíacos internos. Tras la resección de estructuras pélvicas se completó la disección de la tumoración con extracción en bloque de la pieza sin incidencias. El tránsito se reconstruyó mediante colostomía terminal y urostomía tipo Bricker. El espécimen quirúrgico fue informado como liposarcoma pleomórfico de alto grado con márgenes quirúrgicos no afectados. Tras postoperatorio prolongado aunque sin incidencias notables es dado de alta para seguimiento por Oncología. Tras cinco años de seguimiento el paciente, aunque ha presentado varios episodios de absceso paraestomal y de infección urinaria que han requerido ingreso, vive libre de enfermedad.

**Discusión:** Los liposarcomas son neoplasias poco frecuentes. De éstas el 20% se localizan a nivel pélvico y retroperitoneal. La variedad histológica pleomórfica presenta un peor pronóstico con respecto al resto de sarcomas extraperitoneales por su mayor tendencia a metastatizar. En la actualidad el tratamiento de elección para este tipo de tumores continúa siendo la resección quirúrgica total con seguimiento periódico posterior. El control quirúrgico de la tumoración primaria requiere, en ocasiones, gestos agresivos como en el caso que presentamos. Por ello, la selección adecuada de pacientes es decisiva para augurar unos buenos resultados tanto técnicos como oncológicos. La variante anterior de la técnica clásica de Brunschwig permite en pacientes con tumores difícilmente accesibles y con compromiso vascular previsible llevar a cabo la EPT con condiciones de mayor seguridad y con garantías oncológicas.

### **Síndrome de rabdomiolisis en la cirugía reconstructiva de la mama**

Alonso García S., Sáez Zafra A., Szuba A., Allegue Alonso A., Gallart Aragón T., Gómez Valverde E., Jiménez Ríos, J.A.

Hospital Clínico San Cecilio de Granada

**Objetivos:** Describir la rabdomiolisis tras una intervención quirúrgica prolongada con uso de Ligasure y en posición decúbito supino.

**Introducción:** La rabdomiolisis es un proceso de destrucción del músculo esquelético que ocasiona un síndrome clínico no específico por la extravasación de toxinas intracelulares de los miocitos al torrente sanguíneo. Ello ocasiona altera-

ciones en el balance hidroelectrolítico, hipovolemia, acidosis, coagulopatías y fallo renal por mioglobulinuria. Este síndrome se ha asociado con numerosos procesos: como el daño muscular directo, la isquemia muscular, temperaturas extremas, infecciones, determinados tóxicos, etc. Inicialmente se asociaba únicamente a procesos traumáticos, pero en la actualidad se han identificado otras causas no traumáticas que son mucho más frecuentes. En este trabajo se presenta el caso de una paciente sometida a una intervención quirúrgica prolongada por cáncer de mama, en cuya disección se utilizó la electrocoagulación con Ligasure como instrumento de disección.

**Material y métodos:** Paciente mujer de 51 años de edad diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda. Es intervenida realizándose cuadrantectomía y disección axilar en 2002. El resultado de Anatomía Patológica informa de Carcinoma ductal infiltrante Grado II. Posteriormente recibe tratamiento adyuvante con Radioterapia y Quimioterapia. Tras 9 años libre de enfermedad, se detecta una recidiva tumoral en la cicatriz de la cirugía previa de la mama. La mamografía no refleja otras lesiones. En una segunda cirugía se realiza Mastectomía izquierda con reconstrucción de dorsal ancho y una Mamoplastia de simetrización con colocación de prótesis en la mama derecha. En la intervención se realiza electrocoagulación con Ligasure como instrumento de disección y ésta transcurre sin incidencias, salvo el elevado tiempo quirúrgico. En el servicio de Reanimación la paciente presenta buena evolución, estando hemodinámicamente estable, eúneica, sin dolor ni sangrado activo. Analíticamente destacan CPK de 1494, creatinina de 1,5 mg/dl, pH 7,52, pCO<sub>2</sub> de 29mm de Hg, pO<sub>2</sub> de 119 mm de Hg, bicarbonato 23 mg/dl y sat O<sub>2</sub> 97%. Se pauta tratamiento con bicarbonato i.v. 25 mEq/h, Ringer lactato 500mL/h y Furosemida 20 mg i.v. seguida de perfusión a 0,5 mg/kg/h, siendo dada de alta de Reanimación con el diagnóstico de Rabdomiolisis. Se prosigue vigilancia en la planta de Cirugía General, continuando el tratamiento citado en dosis menores. A partir del tercer día postoperatorio comienzan a disminuir los niveles de CPK y se mantiene la función renal normal. La paciente es dada de alta al noveno día postoperatorio con una evolución favorable y sin alteraciones analíticas significativas.

**Discusión:** El daño muscular que induce la rabdomiolisis puede producirse a causa de una compresión localizada durante un tiempo prolongado de intervención quirúrgica. Además, en el caso presentado se añade la agresión muscular directa por el uso de Ligasure como herramienta de disección. Otras causas que originan una rabdomiolisis intraoperatoria son la hipertermia, la hipoperfusión, el vasoespasmo durante una crisis hipertensiva y la compresión de la musculatura glútea y de los flancos contra la mesa de operaciones tras un elevado tiempo quirúrgico. Una complicación asociada a la rabdomiolisis es el síndrome compartimental. Se produce una disminución del flujo sanguíneo y por tanto, una necrosis muscular con la liberación de partículas musculares que por ósmosis aumentan el agua que se vierte en el compartimento. Cuando se restablece la circulación, numerosas sustancias tóxicas pasan al torrente sanguíneo. Si se sospecha este síndrome hay que realizar una fasciotomía. No existen consecuencias importantes de la elevación de la CPK, salvo el daño muscular descrito y el fallo renal agudo. Como en el caso descrito, esta

complicación fue tratada, tras un diagnóstico precoz, con hidratación vigorosa y diuresis forzada. En el adulto, el objetivo de la expansión de volumen es conseguir una filtración renal de 150-300 ml/h, lo que se consigue mediante la infusión i.v. a un ritmo de 500-1000 ml/h. La alcalinización se realiza con bicarbonato para mantener un pH por encima de 7, para prevenir la disociación de la mioglobina en sus componentes nefrotóxicos. El Manitol y la Furosemida se añaden al tratamiento para forzar la diuresis. En caso de no respuesta, puede ser necesaria la hemodiálisis. Como prevención del Síndrome de Rabdomiolisis sería útil la determinación intraoperatoria de los niveles de CPK. Una vez detectado es necesario instaurar un tratamiento agresivo. Además, la rabdomiolisis podría prevenirse mediante una colocación adecuada del paciente en la mesa de operaciones y limitando el tiempo quirúrgico.

### Tumor miofibroblástico inflamatorio, reporte de un caso

Moreno Arciniegas Alejandra, Vega Ruiz Vicente, Velasco García Miguel, Assad Al Assad Najib, Falckenheiner Soria Joshua

*Hospital Universitario de Puerto Real*

**Introducción:** El tumor miofibroblástico inflamatorio procede de células mesenquimales con baja tasa de proliferación, raramente presenta recidivas locales, compromiso infiltrativo locoregional o metástasis a distancia

**Caso clínico:** Masculino de 47 años con cuadro clínico de 2 meses de evolución de dolor epigástrico y pérdida de 18kg de peso sin otra sintomatología, a la exploración se palpa en región abdominal masa que ocupa hemiabdomen superior. En los estudios complementarios se observa en tomografía abdominal masa de 20x15cm que desplaza órganos, sin diagnóstico histopatológico inicial. Se realiza primera intervención quirúrgica en donde se observa gran tumoración abdominal de 10kg de peso, con reconstrucción vascular hepática y hepaticoyunostomía. Con buena evolución durante estancia hospitalaria por lo que es dado de alta. Se hace estudio histopatológico que reporta tumor miofibroblástico inflamatorio de patrón esclerosante. Se realiza tomografía control en donde se observa extensa masa tumoral en hemiabdomen izquierdo de características similares a estudio preoperatorio previo. A los 4 meses de la primera intervención, se realiza una segunda en la que se observa tumoración gigante que engloba colon transversal, intestino delgado adherido a retroperitoneo en la que contiene raíz mesentérica y vasos portales, signos de hipertensión portal observando gran calibre de vasos periféricos y epiploicos e implantes tumorales en colon. Al comprobar la no resecabilidad del tumor se decide cierre de la pared abdominal y se deriva a cuidados paliativos, quienes hacen tratamiento del dolor y el paciente presenta fallecimiento intrahospitalario por insuficiencia respiratoria de origen restrictivo.

**Conclusiones:** El tumor miofibroblástico inflamatorio tiene su origen en las células mesenquimales de características benignas debido a su baja tasa de proliferación, la población en la que presenta mayor incidencia son niños y adolescentes,

raramente en población adulta. Adicionalmente el tumor se presenta con más frecuencia siendo de origen pulmonar, cuando se presenta en cavidad abdominal su diagnóstico diferencial puede ser con un sarcoma o linfoma. El tratamiento es la resección quirúrgica completa, pero en mediante control radiológico se puede observar ocasionalmente recidiva en menos de un año desde el tratamiento quirúrgico, por lo que el pronóstico es incierto.

### Experiencia inicial en una unidad de cuidados intensivos para el uso de stent esofágico como alternativa a la cirugía

Aparicio Sánchez DF, Tinoco González J, Reguera Rosal J, Sobrino Rodríguez S, Puppo Moreno AJ, Rubio-Manzanares Dorado M, Padill

HH UU Virgen del Rocío

**Introducción:** El tratamiento clásico de las perforaciones esofágicas ha sido la cirugía. Desde hace unos años se han implantado nuevas técnicas terapéuticas para estos casos como son los stent metálicos autoexpandible (self-expanding-covered metal stents o SEMS) que han disminuido la morbimortalidad asociada a la cirugía esofágica. El objetivo de este estudio es la revisión de nuestra experiencia en el tratamiento de patologías quirúrgica esofágica mediante SEMS en la unidad de Cuidados Intensivos.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de nuestra serie de pacientes tratados mediante SEMS (19 pacientes: 12 dehiscencias de suturas, 2 fistulas traqueoesofágicas, 2 cuerpos extraños, 2 yatrogenias y 1 sin causa conocida) desde Enero de 2008 hasta Diciembre de 2012. Los SEMS fueron de dos tipos: Poliflex fabricado a base de una red de poliéster cubierto totalmente por una membrana de silicona con marcadores radiopacos proximal, distal y en el centro de la prótesis y SX-ELLA formados por una malla de polidioxanona reabsorbible compacta de forma cilíndrica y trenzada. El diámetro de las extremidades y del cuerpo central es variable según las necesidades endoscópicas y poseen marcadores radiopacos proximales, distales y en el centro de la prótesis. Reabsorción mínima en los primeros 90 días y completa a los 6 meses. Evaluamos: edad y género, estancia hospitalaria, tipo de stent, necesidad de re-stent, complicaciones asociadas y supervivencia cruda. Expresamos los resultados como la media  $\pm$  desviación estándar para las variables continuas y porcentajes para las cualitativas. El análisis estadístico se realizó usando el SPSS 20.0 (SPSS, Inc, Chicago, IL, United States).

**Resultados:** Se trataron 19 pacientes (8 hombres y 11 mujeres) mediante SEMS. La edad media fue de 60.7  $\pm$  10 años [46-81]. Fueron tras el procedimiento 3 pacientes (15.8 %). La duración media de los Stent, utilizados en el tratamiento primario de las perforaciones, desde su colocación hasta la extracción o el éxitus fue de 48.16 días [1-163]. 15 pacientes ingresaron en UCI (78.9%) mientras que 4 fueron tratados en planta de hospitalización. La estancia media de los pacientes en UCI fue de 29.4 días [3-109] y la estancia total en el hospital fue de 57.1 días. La principal indicación fue la perforación esofágica de dos orígenes: espontánea y postqui-

rúrgica. Refiriéndonos al grupo mas numeroso (dehiscencia de anastomosis) constituido por 11 pacientes edad media de 58.3 años [46-75], 5 hombres y 6 mujeres. 4 de ellos fueron esofagectomía de Ivor-Lewis por lesiones malignas de tercio distal esofágico (n=4). En 8 casos se uso la prótesis SX-ELLA y en 3 Poliflex. La duración media de la endoprótesis fue de 57.4 días. El tratamiento primario de la dehiscencia en estos casos fue endoscópico (n=7). La estancia media en UCI fue de 29.1 días [3-96] y la estancia total media en el hospital fue de 58.4 días [13-140].

**Conclusiones:** Hay que ser prudentes al analizar los resultados debido al escaso número de pacientes y su heterogeneidad, y al no dispones de series prospectivas. El uso de SEMS como una alternativa terapéutica útil y segura frente a la cirugía esofágica por perforación o dehiscencia siendo básica la precocidad en el diagnóstico y el seguimiento de las mismas mediante pruebas de imagen (TAC) y endoscopia.

### Schwannoma retroperitoneal gigante en mujer de 16 años

Fornell Ariza, Mercedes; Bengoechea Trujillo, A.; Mayo Ossorio, MA.; Pérez Gomar, D.; Roldán Ortiz, S.; Bazán Hinojo, MC.; Castro Santiago, MJ.; Sánchez Ramirez, M.; Pacheco García, JM.; Fernández Serrano, JL.

Hospital Universitario Puerta del Mar

**Introducción:** Los tumores retroperitoneales son neoplasias infrecuentes en la mayoría de las ocasiones de estirpe maligna y de diagnóstico tardío. Corresponden en más de la mitad de los casos a sarcomas.. Los Tumores Malignos de Nervio Periférico (MPNST) como el de nuestro caso representan menos de un 1% del total de los tumores retroperitoneales, suelen asociarse a personas con enfermedad neurofibromatosa o ser consecuencia de tratamiento radioterápico previo.

**Caso Clínico:** Mujer de 16 años que acude a nuestro servicio tras diagnóstico de masa retroperitoneal en su hospital de origen, al que había acudido en numerosas ocasiones por presentar dolor a nivel dorsolumbar. Así mismo presentaba sensación de plenitud postprandial y anorexia. No se conocen enfermedades o antecedentes quirúrgicos. En los estudios analíticos realizados se observan importante anemia con 8,1g de hemoglobina, y elevación de reactantes. TAC abdominal donde se observó gran masa retroperitoneal de 11,9X9,5X16 cm con focos de necrosis y hemorragia en su interior, que rechaza estómago, cuerpo pancreático, vena y arteria esplénicas y vena renal izquierda, así como duodeno y yeyuno. PAAF con células fusiformes y focos de necrosis, sin llegar a diagnóstico. Intervención quirúrgica: resección del tumor, esplenectomía, pancreatocetomía corporocaudal, adrenalectomía izquierda, de fascia renal izquierda y varias adenopatías. La anatomía patológica de la pieza demostró un tumor maligno de vaina nerviosa periférica, con positividad para CD57, S100, actina muscular específica, EMA, CD34 y CD117, no encontrándose afectados por el tumor ni bazo, ni páncreas ni los ganglios extraídos. El área de transformación a sarcoma de células pequeñas de alto grado correspondió al 10% del tumor. La evolución de la paciente fue favorable, actualmente

se encuentra en seguimiento por nuestra parte y en el servicio de Oncología de su hospital de origen.

**Discusión:** Los tumores retroperitoneales comprenden una gran variedad histológica, dentro de la cuál la más frecuente son los liposarcomas y leiomiomas, generalmente de alto grado. Los Tumores Malignos de Nervio Periférico (MPNST) como el de nuestro caso representan una variedad extremadamente rara con menos de un 1% del total de estos tumores. Se caracterizan por un crecimiento rápido que provoca dolor y efecto masa, con síntomas que dependerán de su localización. Habitualmente y tal como se describe anteriormente es característico que debido a su rápido crecimiento se encuentren focos de necrosis y hemorragia en su interior. A nivel microscópico es frecuente que sean positivas a marcadores S100 y actina y tienen un índice proliferativo alto. Su tratamiento es quirúrgico y tratará la resección completa, con posibilidad de tratamiento radioterápico posterior. Su pronóstico no es bueno, y estará directamente asociado al tamaño del tumor, su grado de diferenciación, si asocia a enfermedad neurofibromatosa, a la edad y a la existencia de enfermedad a distancia en el momento del diagnóstico. En varios estudios, la supervivencia de cinco años osciló entre 34 y 64%.

## Esplenosis intrahepática. Un hallazgo incidental ante la sospecha de hepatocarcinoma

Tinoco J, Jiménez G, Olivares C, Suárez G, Reguera J, Ramallo I, Álamo JM, Marín LM, Bernal C, Padillo FJ, Gómez MA  
HH UU Virgen del Rocío

**Introducción:** La esplenosis es un hallazgo infrecuente que está en relación con agresiones esplénicas (traumáticas o quirúrgicas). El tejido se implanta, por contigüidad, sobre la superficie hepática o por vía portal, donde se conforma como lesión intrahepática. Es una entidad distinta al bazo ectópico, comportándose de forma muy similar al adenoma o hepatocarcinoma.

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de un varón de 60 años, que sufrió un traumatismo abdominal hace 36 años, realizándose esplenectomía de urgencia que necesito transfusión de hematíes, desarrollando una hepatitis crónica por VHC. Se detecta una lesión focal en segmento II, sugestiva de hepatocarcinoma.

**Discusión:** Si la esplenosis, histológicamente, presenta cápsula, es más probable que la etiología sea mediante implantación iatrogénica, en lugar de una migración portal. La hepatitis crónica y el envejecimiento pueden favorecer el crecimiento de tejido esplénico ectópico. La gammagrafía es la prueba de elección ante el diagnóstico de sospecha, que no fue considerado en nuestro caso. Ante la posibilidad de lesión maligna, la indicación (según los criterios de Milán) fue la hepatectomía parcial.

**Conclusiones:** la esplenosis debe incluirse en el diagnóstico diferencial ante cualquier LOE en cualquier situación, si existe antecedentes de agresión esplénica. Por otro lado la prueba

de elección para el diagnóstico de esplenosis es la gammagrafía con hematíes marcados con Tc99m.

## Peritonitis primaria por Streptococcus Milleri

Fornell Ariza, Mercedes; Bengoechea Trujillo, A.; Perez Gomar, D.; Roldán Ortiz, S.; Casado Maestre, MD.; Castro Fernández, JR.; Bazán Hinojo, MC.; Castro Santiago, MJ.; Pacheco García, JM.; Fernández Serrano, JL.

Hospital Universitario Puerta del Mar

**Introducción:** Streptococcus milleri es un subgrupo que encuentra clasificado dentro de los estreptococcus viridans, y que se caracteriza por su patogenicidad elevada y capacidad para producir abscesos sobre todo a nivel orocervical y abdominal. Presentamos un caso de peritonitis primaria debida a este microorganismo.

**Caso Clínico:** Mujer de 49 años ingresada en UCI de nuestro hospital con clínica de una semana de evolución de dolor abdominal generalizado, febrícula y deterioro progresivo del estado general con taquicardia, distres respiratorio que requiere de intubación orotraqueal y signos de hipoperfusión. No se localizan focos a nivel cerebral, respiratorio ni urinario. En tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam. En el estudio analítico se observó leucocitosis ligera con neutrofilia del 89%, plaquetopenia, elevación de reactantes y acidosis de tipo metabólico y respiratorio. Exploración abdominal dificultosa por el estado de consciencia de la paciente, distendido, no timpanizado, con escasos ruidos hidroaéreos. No antecedentes de intervencionismo o cirugías previas, ni enfermedades conocidas. TAC abdominal con importante cantidad de líquido libre a nivel peritoneal, con aumento del realce peritoneal, así como ingurgitación vascular mesentérica generalizada sin observarse otros hallazgos. Intervención quirúrgica observándose abundante líquido libre de aspecto purulento por lo que se realizó de lavado de cavidad y se tomó muestra de líquido para cultivo que posteriormente fue positivo para streptococcus milleri grp. La evolución no fue favorable, desarrollando candidemia, derrame pleural bilateral masivo y fracaso multiorgánico que desencadena su fallecimiento en los días posteriores.

**Discusión:** Streptococcus milleri es un subgrupo de estreptococos viridans que consta de tres especies de estreptococos distintas, Gram positivos, catalasa negativos, son anaerobios facultativos, con patrones de hemólisis variable. Forman parte de la flora normal del tracto gastrointestinal y cavidad oral humana y son causantes de infecciones supurativas, localizadas a nivel orocervical como abscesos periamigdalinos, tromboflebitis de la yugular, mediastinitis empiema y abscesos pulmonares, abscesos cerebrales y epidurales, así como a nivel abdominal pueden causar colangitis y abscesos hepáticos, peritonitis y abscesos a nivel pélvico. Más frecuentemente aparecen en personas con inmunodepresión de tipo neutropénico como ocurre tras trasplantes de médula ósea o en pacientes en tratamiento con quimioterapia. Su tratamiento incluye el drenaje de las colecciones así como antibioterapia (generalmente responden a beta lactámicos y son de elección las cefalosporinas) y medidas de soporte sistémico, a pesar de

las cuáles el pronóstico es malo ya que presentan una elevada mortalidad.

### Tumor del estroma gastrointestinal debutando como hernia inguinal encarcerada

Tinoco J, Jiménez G, Olivares C, Ramírez C, Aparicio DF, Rubio-Manzanares M, Reguera J, Maya AC, Pareja F, Padillo FJ

HH UU Virgen del Rocío

**Introducción:** El contenido de un saco herniario puede albergar grasa preperitoneal, epiplón o alguna víscera hueca, siendo inusual el hallazgo de una lesión maligna en su interior. La aparición de un GIST es un hallazgo muy raro. Al invadir el saco herniario (peritoneo) el grado de malignidad es mas elevado en estas presentaciones

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de un varón de 59 años que acude a urgencias con una hernia inguinal irreductible sin signos locales de compromiso vascular. El diagnóstico se produjo tras la exploración del saco herniario, abordado por vía inguinal, evidenciando una masa gelatinosa con amplia necrosis que se resecó por una laparotomía media infraumbilical.

**Discusión:** Los GIST se caracterizan por la ausencia de clínica en la mayoría de los casos. La presentación inusual, como hernia encarcerada, permitió el diagnóstico de dicha enfermedad. El tumor midió 6 cm con un índice de mitosis mayor a 5/50 CGA el tumor se clasifica como de alto riesgo. Se decidió abordaje inguinal abierto con el fin de poder explorar el saco herniario. Ante el hallazgo de un peritoneo engrosado se procedió a su apertura, evidenciando salida de material de necrosis con sangrado discreto con un asa que se encontraba adherida e infiltrando el peritoneo vesical.

**Conclusiones:** Es fundamental la exploración del saco herniario en cualquier hernia complicada, máxime cuando el saco presenta alteraciones macroscópica y presencia de áreas de sangrado en su interior.

### Invaginación ileocecal en el adulto por Linfoma difuso de células B

Fornell Ariza, Mercedes; Pérez Gomar, D.; Mayo Ossorio, MA.; Bengoechea Trujillo, A.; Roldán Ortiz, S.; Bazán Hinojo, MC.; Sánchez Ramírez, M.; Pacheco García, JM.; Fernández Serrano, JL.

Hospital Universitario Puerta del Mar

**Introducción:** La invaginación intestinal constituye entre el 1-5% de las obstrucciones intestinales de los adultos, una entidad rara en adultos que en más de la mitad de los casos será debida a tumores localizados a este nivel. El linfoma B supone el 20% de los tumores primarios de intestino delgado. Presentamos un caso de invaginación ileocecal debido a un linfoma difuso de células B.

**Caso Clínico:** Paciente varón de 34 años que acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal que se ha

ido localizando en epigastrio durante las últimas 48 horas, asociado a vómitos y estreñimiento, que no han cedido con tratamiento analgésico domiciliario y medidas dietéticas, con aumento progresivo del diámetro abdominal. No intervenciones quirúrgicas previas a nivel abdominal. A la exploración el abdomen se encontraba distendido y timpanizado, doloroso de forma difusa a la palpación, sin signos de peritonismo, con disminución generalizada de los ruidos hidroaéreos. Los estudios analíticos realizados resultaron normales y en la radiografía de abdomen se observó dilatación de asas de intestino delgado así como niveles hidroaéreos sin observarse gas a nivel colónico ni distal. En el TAC abdominal se observa en fosa ilíaca derecha una imagen en diana compatible con un cuadro de invaginación intestinal a nivel ileo-cecal, con invaginación de los vasos mesentéricos adyacentes, y dilatación de asas de intestino delgado a nivel proximal de hasta 3,5 cm. Intervención quirúrgica: se observó tumoración a nivel ileal que producía la invaginación, no reductible manualmente por lo que se realizó cirugía de resección intestinal ileocólica con márgenes oncológicos y anastomosis laterolateral ileocólica. La evolución del paciente fue favorable, siendo alta al 5º día. La anatomía patológica de la pieza demostró que se trataba de un Linfoma Difuso de Células B en ileon terminal con positividad para CD10. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento por el servicio de Oncología de nuestro hospital con tratamiento quimioterápico.

**Discusión:** Dentro de las causas de obstrucción intestinal, la invaginación representa entre el 1-5% del total en los adultos, que con mayor frecuencia se deberán a la presencia de tumores a este nivel, y solo entre el 3-5% serán de naturaleza maligna. El Linfoma tipo B supone un 20% de los tumores primarios del tracto gastrointestinal, más frecuentemente localizados en estómago, seguido de yeyuno e ileon. Suelen estar asociados a pacientes con enfermedad inflamatoria e inmunodeficiencias. Su tratamiento debe ser individualizado e incluye la resección completa de la lesión con márgenes, y dependiendo del grado de diferenciación y la presencia de enfermedad a distancia posteriormente de tratamiento adyuvante, con respuesta satisfactoria en estadios I y II, estimándose la supervivencia a los 5 años del 53%

### Hernia de Spiegel encarcerada como causa de abdomen agudo

Fornell Ariza, Mercedes; Pérez Gomar, D.; Bazán Hinojo, MC.; Bengoechea Trujillo, A.; Roldán Ortiz, S.; Mayo Ossorio, MA.; Castro Santiago, MJ.; Pacheco García, JM.; Fernández Serrano, JL.

Hospital Universitario Puerta del Mar

**Introducción:** Las hernias de Spiegel se localizan a nivel de la línea semilunar, en el borde lateral de los músculos re del abdomen, y se desarrollan a través de un orificio que se localiza entre las aponeurosis de los músculos oblicuo interno y transversos. Su aparición es rara, representando aproximadamente un 1% de todas las hernias de la pared abdominal; tienen más incidencia a partir de los 50 años y en mujeres, y un riesgo de encarceración aproximado entre el 17-24%.

*Caso Clínico:* Mujer de 76 años que presenta vómitos abundantes de contenido intestinal desde hace 3 días. Asocia en las últimas 24 horas dolor abdominal que localiza con más intensidad en lado derecho y ausencia de tránsito. Intervenida previamente de hernia inguinal izquierda. A la exploración se palpaba una tumoración en flanco derecho, no reductible y dolorosa, sin que se observen cambios a nivel trófico. Estudio analítico con aumento de reactantes de fase aguda y radiografía de abdomen con numerosos niveles hidroaéreos con dilatación de asas de delgado. Se realiza TAC abdominal donde se observa Hernia de Spiegel localizada a nivel de pared lateral derecha del abdomen, con un orificio de aproximadamente 20 mm y en cuyo interior se observan asas de intestino delgado, con paredes engrosadas y signos de sufrimiento. Se decide intervención quirúrgica donde se identifica saco y en su interior un asa de intestino delgado con coloración violácea que se recupera, se procede al cierre del mismo y la reparación del defecto con colocación de malla de prolipropileno suprapéritoneal. La evolución de la paciente fue favorable y pudo ser dada de alta al 2º día postoperatorio y en la actualidad se encuentra asintomática y realizando su actividad habitual.

*Discusión:* Las hernias de Spiegel representan una variedad rara de hernias de la pared abdominal que suelen protruir a través de un orificio estrecho situado entre las aponeurosis de los músculos oblicuo interno y transverso, más frecuentes en mujeres de más de 50 años como es nuestro caso y cuya aparición de manera aguda tras encarceración o estrangulación es infrecuente. En la actualidad existe un aumento en su diagnóstico como hallazgos casuales ante el aumento en la realización de pruebas de imagen abdominales por otro motivo. Su manejo contempla la reparación del defecto a nivel del anillo herniario ya sea vía abierta mediante la colocación de una malla que sobrepase los bordes y se fije a nivel del espacio preperitoneal y por debajo de músculo transverso; o laparoscópica en cualquiera de sus variantes técnicas.

### Perforación esofágica secundaria a un tonsilolito

Tinoco González J, Jiménez Riera G, Navas Cuéllar JA, Ibáñez Delgado F, Prendes Sillero E, Vázquez Medina JA, Padillo Ruíz FA

HH UU Virgen del Rocío

Los tonsilolitos son pequeñas concreciones calcificadas que se forman en las criptas de las amígdalas palatinas. Pueden debutar con halitosis y odinofagia acompañada de sensación de cuerpo extraño y en algunas ocasiones de otalgia refleja. El diagnóstico por la imagen puede dar una forma radiopaca que podría confundirse con cuerpos extraños, dientes desplazados o calcificación de vasos. La perforación esofágica y/o la mediastinitis secundaria a esas formaciones, son muy infrecuentes. Presentamos el caso de un varón de 55 años parapléjico, VHC y VIH que padecía una ligera disfagia y odinofagia con sensación de cuerpo extraño desde hacía un año aproximadamente. Desde hacía unos 15 días presentaba un empeoramiento de esas molestias. A la exploración se palpaba una tumoración a la altura del pilar amigdalino anterior

derecho, ingresándose a cargo de ORL. El paciente comienza con molestias cervicales y enfisema subcutáneo. Se solicita TC de cuello y tórax, donde se aprecia un desplazamiento del tonsilolito a mediastino posterior extraluminal a nivel de la unión faringoesofágica, así como mediastinitis importante. La técnica de elección es la esofagoscopia para la extracción del cuerpo extraño. En nuestro caso, la endoscopia no fue efectiva, eligiendo finalmente el abordaje quirúrgico. Las perforaciones de hipofaringe- esófago proximal tienen una tasa de morbi-mortalidad muy elevada. El retraso en el inicio es los principales factores de riesgo de mediastinitis. La imagen preoperatoria es fundamental en la obtención de puntos de referencia y esencial para el éxito de la cirugía tras perforación y migración de cuerpos extraños. Dada la localización, y el tamaño de la perforación, así como el componente inflamatorio en mediastino, se decidió abordaje cervical y reparación de la perforación en cara posterior esofágica mediante sutura simple y colocación de malla biológica protegiendo la misma.

### Onfalectomía debido a onfalitis crónica persistente. Uracosinus: anomalía congénita del uraco en el adulto

A.Sáez Zafra; A.P. Martínez Domínguez; S. Alonso García; A. Szuba; J. A. Jiménez Ríos.

Hospital Universitario San Cecilio (Granada)

*Objetivos:* Presentar un caso infrecuente consistente en un cuadro de onfalitis recurrente en el adulto, producida por un quiste del uraco "uracosinus", cuya etiología es una anomalía congénita secundaria a la obliteración incompleta del uraco en su porción infraumbilical.

*Material y métodos:* Paciente, varón de 35 años, que acude a urgencias por cuadro de supuración umbilical maloliente, fiebre asociada, eritema y tumoración en región umbilical. Es diagnosticado, en ese momento, de celulitis pautando tratamiento antibiótico (Cloxacilina) y curas locales, siendo derivado a la consulta de Cirugía. En la consulta, tras valoración del mismo, es diagnosticado de onfalitis con probable origen en quiste del uraco. En la exploración se objetiva supuración umbilical y empastamiento a nivel infraumbilical y línea media de aproximadamente 3 cm, con celulitis asociada. Presenta exploración abdominal normal, sin peritonismo asociado y sin clínica digestiva. Estudio analítico normal. La ecografía informa de formación hipoecoica (de aproximadamente 14-15 mm), situada infraumbilical y en la línea media, pudiendo tratarse de un quiste de uraco infectado. Se indica cirugía programada.

*Resultados:* El paciente ingresa en régimen de Hospital de Día y es intervenido realizándose resección en bloque del quiste de uraco con onfalectomía, junto con limpieza de cavidad. El postoperatorio transcurre sin incidencias siendo dado de alta en las primeras 24 horas. El diagnóstico anatomopatológico informa de piel de ombligo con fibrosis cicatricial e inflamación crónica focal, sin ningún área de malignización. Es citado en consulta para revisión objetivando una evolución satisfactoria desde el punto de vista clínico y presentando un buen curso postoperatorio de la herida quirúrgica.

**Conclusiones:** El uraco es un conducto que comunica la vejiga con el ombligo en el feto y normalmente se oblitera en el momento del nacimiento. El uracosinus es una anomalía congénita poco frecuente secundaria a la obliteración incompleta del uraco en su porción infraumbilical, que puede aparecer a cualquier edad. Se han descrito diferentes tipos de anomalías congénitas del uraco, en función del grado y lugar de obliteración: 1) uraco permeable (50%), que determina la existencia de una fístula vesicoumbilical que ocasiona la salida de orina por el ombligo; 2) quiste del uraco (30%), que es un fallo de obliteración en su porción media por lo que no comunica ni con vejiga ni con ombligo; 3) uracosinus (15%) que es el fallo de obliteración en su porción proximal y comunica con ombligo pero no con vejiga y 4) divertículo vesicouracal (5%) que es fallo de obliteración en su porción distal, comunicando con vejiga pero no con ombligo. El uracosinus o sinus del uraco, por tanto, es una anomalía congénita secundaria a la obliteración incompleta del uraco en su porción infraumbilical, que puede aparecer a cualquier edad. Clínicamente se manifiesta por supuración umbilical recurrente, junto con eritema, dolor leve o masa periumbilical. La ecografía es la prueba de imagen de elección para la ayuda en el diagnóstico, siendo el TAC o la fistulografía necesarias en ocasiones para confirmarlo. El tratamiento es quirúrgico y consiste en la resección en bloque del ombligo y el uracosinus. El de vital importancia un estudio anatomopatológico de la pieza, dado que se han descrito casos de malignización, ello apoya a que sea la exéresis quirúrgica el tratamiento de elección.

### Valor de la biopsia guiada por TC en el estudio de masas suprarrenales: A propósito de un caso

Durán Muñoz-Cruzado VM, Méndez García C, Pérez Andrés M, García González I, Ramírez Plaza CP, Razak Muchref Abdul, Martos Martín

*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

**Introducción:** La actitud diagnóstico-terapéutica frente al hallazgo de una masa suprarrenal en un TC es una decisión difícil y va a depender fundamentalmente de los antecedentes del paciente, de las características radiológicas de la lesión y, en ocasiones, de su evolución en el tiempo. Son muchas las ocasiones en las que se presentan dudas en cuanto a la actitud ante una masa suprarrenal que ha presentado cambios en su evolución. En estos casos, una alternativa plausible sería biopsiar la lesión.

**Caso Clínico:** Varón de 69 años exfumador y bebedor ocasional con antecedentes de colitis ulcerosa diagnosticada en 2008 en tratamiento con mesalacina, broncopatía crónica, FA con RVR paroxística en tratamiento con atenolol y melanoma in situ en la espalda que se reseco en 2008. Fue intervenido en noviembre de 2007 por una masa renal izquierda con una imagen en suprarrenal derecha sospechosa de metástasis. Se realizó nefrectomía radical izquierda con esplenectomía más suprarrenalectomía derecha. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica determinó que se trataba de un carcinoma de células renales tipo papilar con grado nuclear I de Furhman de tamaño indeterminado debido a que el 90%

de la lesión tanto renal como suprarrenal correspondían con una extensa hemorragia en organización. La lesión no invadía grasa perirrenal, pelvis renal ni borde ureteral de resección. La suprarrenal derecha contenía una extensa hemorragia y ausencia de carcinoma y el bazo era normal salvo una discreta congestión vascular. En el control evolutivo del paciente, en 2010 se detecta mediante un TC una nueva lesión adyacente al margen medial del riñón derecho de 30x25x22 mm compatible con adenoma suprarrenal de un posible nódulo ectópico suprarrenal. Se decide control radiológico de la lesión que en las sucesivas pruebas de imagen, hasta febrero de 2012 crece poco menos de 1 cm. En marzo de 2013, en una TC de control, se detecta que la lesión ha aumentado de tamaño con respecto al TC previo, midiendo 6 cm de diámetro mayor. Además, en íntimo contacto con dicha lesión destaca un engrosamiento y completa hipocaptación de la vena cava inferior que se extiende hacia ambas ilíacas, hallazgo de difícil interpretación debido a que el estudio se realiza en fase arterial por lo que se recomienda otra prueba de imagen para descartar trombosis tumoral a dicho nivel. Se nos presenta como afectación suprarrenal derecha. Dadas las dudas generadas por lo complejo del caso, se procede a biopsiar la masa paracava derecha bajo control radiológico. El estudio anatomopatológico determina que se trata de una neoplasia epitelial compatible con recidiva de carcinoma renal papilar. Posteriormente se realiza una RNM que descarta trombosis tumoral de la cava. Descartada la extensión de la lesión y tratándose por tanto de una lesión única, en sesión conjunta con Oncología, se decide abordaje quirúrgico de la lesión metastásica junto con terapia adyuvante.

**Discusión:** Aunque varios estudios han evaluado la punción con aguja fina en el estudio de las masas suprarrenales hay pocos estudios que avalen el valor de la biopsia de tejido suprarrenal. En un estudio retrospectivo reciente se estudia el valor de la biopsia en masas suprarrenales siendo su especificidad y sensibilidad del 100% en el caso de lesiones benignas y del 88 y 86% respectivamente cuando se trata de lesiones malignas. En el caso que presentamos, la sospechadiagnóstica inicial ante la lesión objetivada en el TC era de patología adrenal. La biopsia jugó un papel decisivo en el diagnóstico de dicha lesión, descartando que se tratara de tejido adrenal, y a la hora de adoptar la actitud terapéutica más adecuada.

### Abordaje quirúrgico del quiste hidatídico complicado

Jiménez Riera G, Tinoco González J, Olivares Oliver C, Marín Gómez LM, Bernal Bellido C, Suárez Artacho G, Álamo Martínez JM, Pa

*Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla)*

**Introducción:** Si bien el abordaje quirúrgico del quiste hidatídico hepático complicado constituye uno de los tratamientos de elección, es importante recalcar la importancia de la terapia individual para cada paciente y para cada quiste en particular identificando su morfología, ubicación y tamaño.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de un varón de 73 años, exfumador, hipertenso, dislipémico, diabético tipo 2, en tratamiento, que refiere astenia, molestias en hipocondrio

derecho y pérdida de unos 10 kg de peso durante los 4-5 meses previos. En el TC con contraste IV se identifican atelectasias laminares basales derechas reactivas a un gran quiste hidatídico hepático (segmentos VII – VIII) de 8,6 x 7,5 cm, parcialmente calcificado, complicado con abertura hacia los tejidos adyacentes. Se aprecian múltiples formaciones polilobuladas subcapsulares a lo largo del borde del LD y / o en el omento adyacente sin diseminación evidente por el resto de la cavidad. El paciente es derivado de forma urgente a Cirugía ingresándose para tratamiento antiparasitario, antibiótico y completar estudio. Ante la estabilidad clínica se decide intervención quirúrgica programada: colecistectomía, quistoperiquistectomía (exéresis de parte del hemidiafragma derecho y de tejido retroperitoneal), apertura del quiste objetivándose comunicación con el conducto biliar y litiasis de gran tamaño; hepatectomía atípica; reparación del defecto diafragmático mediante cierre primario y epiploplastía, hemostasia, biliestasia y sellado de parte del lecho de transección hepática con esponja de fibrinógeno y trombina humanos. El 5º día postoperatorio, tras el hallazgo de un derrame pleural derecho, se solicita TAC de tórax con contraste IV urgente: Amplio defecto diafragmático derecho con herniación de contenido abdominal. Extensa cámara de hidroneumotórax derecho. Precisa reintervención urgente: reducción del intestino herniado (sin signos de sufrimiento), evacuación de líquido seroso del tórax, reparación del defecto herniario con malla de PTFE.

**Resultados:** Evolución favorable, con aparición de un derrame pleural derecho que se resolvió con la colocación de un tubo de drenaje pleural. Fue alta el 18º día postoperatorio. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de quiste hidatídico hepático. Actualmente la serología es negativa.

**Conclusiones:** La quistoperiquistectomía es una buena opción terapéutica para los quistes periféricos, accesibles y exteriorizados, con cápsula gruesa y calcificada, permitiendo una exéresis total del parásito y de la cápsula sin resección de parénquima hepático. La resección hepática ofrece un tratamiento radical de la lesión. Está particularmente indicada en quistes voluminosos, sobre todo si existen signos de comunicación biliar amplia y proximidad a vasos intrahepáticos mayores. Esta cirugía debe realizarse en unidades especializadas.

### Oncocitoma renal de presentación en la infancia

Jiménez Riera G, Tinoco González J, Fernández Pineda I, Camacho Marente V, Maya Aparicio C, Durán Muñoz-Cruzado V, Olivares Oliv

*Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla)*

**Introducción:** El oncocitoma renal es una neoplasia rara y benigna, constituyendo uno de los tumores menos frecuentes del riñón. Clínica y radiológicamente es indistinguible del carcinoma de células renales, por lo que el diagnóstico definitivo únicamente se obtiene mediante estudio histológico.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 9 años, con epilepsia parcial compleja en tratamiento con oxcarbacepina, que es estudiado por dolor abdominal de unos dos años de evolución. En la ecografía abdominal se observaba una masa en el tercio inferior renal derecho de 5 x 5 cm. La RMN abdominal muestra una masa dependiente del polo renal

inferior derecho de 5 x 5 x 4 cm, bien delimitada, de aspecto sólido con captación de contraste en la fase arterial, sin evidencia de extensión local ni a distancia. La PAAF ecoguiada informó de la presencia de oncocitoma renal. Se decide tratamiento quirúrgico: heminefrectomía inferior derecha. El resto del parénquima renal no mostraba alteraciones y no se observó afectación del hilio renal ni adenopatías. Las biopsias intraoperatorias de los bordes de resección que resultaron negativas para invasión tumoral. Se empleó una esponja de fibrinógeno y trombina humanos como hemostático y sellante del lecho de nefrectomía. El postoperatorio cursó de forma favorable, siendo alta el séptimo día postoperatorio. El estudio definitivo de la pieza confirma el diagnóstico de oncocitoma renal sin infiltración de la cápsula ni de la grasa perirrenal. No se administró tratamiento adyuvante. El paciente es sometido a controles periódicos, sin que existan datos de recidiva en la actualidad.

**Discusión:** El oncocitoma renal es uno de los tumores benignos más excepcionales (incidencia 3-5%). La edad media de aparición es de 62 años. Es más frecuente en varones. Es una patología poco frecuente en pediatría. Debido al uso generalizado de las nuevas técnicas de imagen, un número creciente de casos de oncocitomas se diagnostican de forma casual como una masa pequeña y asintomática. La baja incidencia de signos y síntomas refleja el comportamiento benigno de su crecimiento. Por orden de frecuencia, la hematuria microscópica, el dolor abdominal y la aparición de una tumoración abdominal, son los signos y síntomas más comunes. Supone un problema diagnóstico ya que el oncocitoma no cuenta con marcadores tumorales o signos radiológicos específicos que lo diferencie del carcinoma de células renales. Ante masas menor o igual a 5 cm. de diámetro, bien encapsuladas y delimitadas a uno de los polos renales, habiéndose descartado bilateralidad o multifocalidad, puede realizarse una nefrectomía parcial con análisis histológico intraoperatorio de los márgenes de resección.

### Tumor del estroma gastrointestinal en hernia paraesofágica gigante

Jiménez Riera G, Tinoco González J, Reguera Rosal J, Navas Cuéllar JA, Prendes Sillero E, Ibáñez Delgado F, Vázquez Medina A, Pa

*Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla)*

**Introducción:** El tumor estromal gastrointestinal (GIST) representa menos del 3 % de las neoplasias gastrointestinales; sin embargo constituye el tumor mesenquimatoso más prevalente a nivel del tracto digestivo. El 70-80% son benignos, localizándose mayoritariamente en estómago e intestino delgado, pudiendo también presentar otras localizaciones más inusuales. Independientemente de ésta, su tratamiento es la resección quirúrgica.

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 64 años con antecedentes de HTA e histerectomía por miomatosis. Refiere desde hace varios años sintomatología de reflujo gastroesofágico parcialmente controlados con IBP. Acude a urgencias por pirosis intensa en la última semana, que en las horas previas se acompaña de disfagia a sólidos y líquidos. El

tránsito baritado aprecia una hernia paraesofágica gigante, por lo que se decide la realización de una TC con contraste IV, identificando una lesión exofítica en fundus gástrico de 12x9 cm. La ecoendoscopia demuestra una masa con zonas de necrosis, origen en la muscular propia, que alcanza la serosa, contactando sin invadir el esófago posterior y la aorta. La PAAF resulta compatible con tumor mesoquimal, dudosa positividad para c-Kit. El PET-TC observa un gran depósito del radiotrazador en la masa gástrica (SUV 14,7), sin otros acúmulos. Se inicia neoadyuvancia con Imatinib consiguiendo reducción de la actividad de la masa, cuantificada en una nueva PET-TC (SUV 3,2). Se decide intervención quirúrgica realizándose una gastrectomía polar atípica con anastomosis esofágica en la cara anterior del estomago remanente. Se da de alta al 14º día postoperatorio tras sufrir fiebre por catéter y una FA paroxística, resueltas ambas con éxito. Estudio definitivo de la pieza de resección: Tumor epitelioide residual de 0,6 cm en el seno de una lesión hialinoesclerosante de 7,5 cm, ganglios linfáticos regionales libres de infiltración.

*Discusión y conclusiones:* Los GIST son tumores mesenquimatosos caracterizados por la expresión de un receptor de factor de crecimiento de tirosina kinasa -CD117 o C-Kit. Su incidencia es mayor en la 5ª-6ª décadas de la vida. Su diagnóstico preoperatorio resulta complejo debido a que los síntomas que presentan son inespecíficos y además la biopsia en muchos casos no consigue abarcar la totalidad de la lesión tumoral, lo que hace necesaria la escisión quirúrgica completa de la lesión y su posterior estudio histopatológico e inmunohistoquímico. La mejor opción terapéutica es la resección completa. En caso de tumores irreseccables se puede recurrir al empleo de inhibidor de la tirosín-quinasa denominado STI571 (imatinib mesilato), reduciendo en ocasiones el tamaño haciéndolos reseccables. No es preciso dejar márgenes de resección amplios. La clasificación pronóstica de Miettinen-Lasota, considera el tamaño tumoral, el índice de mitosis por campo (CGA) y la localización. En nuestro caso debido al tamaño y al CGA se clasifica como riesgo moderado de progresión (10%). No existen procesos fisiopatológicos que aúnen la hernia de hiato y los GIST. El tratamiento de ambas patologías es quirúrgico, teniendo que individualizar en cada caso la elección del abordaje.

### Reconstrucción del tránsito intestinal tras agastría secundaria a ingesta de cáusticos

Jiménez Riera G, Tinoco González J, Ramallo Solís IM, Prendes Sillero E, Ibáñez Delgado F, Vázquez Medina A, Padillo Ruiz FJ  
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla)

*Introducción:* Las lesiones cáusticas pueden limitarse a la mucosa, afectar a todo el espesor de la pared o a tejidos adyacentes. Se asocian a una mortalidad del 1-4% en países occidentales. El 75% ocurre en menores de 5 años. En adultos, el 80% de debe a intentos autolíticos. El agente responsable más frecuente es un álcali. El cuadro agudo puede variar desde formas prácticamente asintomáticas a la aparición de shock, perforación visceral o insuficiencia respiratoria aguda.

Durante el periodo de latencia se desarrolla la estenosis cicatricial, cuya severidad dependerá de la gravedad de la lesión inicial, sobreinfecciones y tratamiento recibido. A largo plazo puede aparecer retracción longitudinal del esófago y carcinoma epidermoide.

*Material y métodos:* Presentamos el caso de una mujer de 62 años, hipertensa, con AVC hace 15 años sin secuelas y síndrome ansioso depresivo con varios intentos autolíticos, que tras ingesta de ácido clorhídrico sufre esofagitis, necrosis y perforación gástrica. Es sometida en otro centro a exclusión esofágica, gastrectomía total, duodenostomía mediante colocación de sonda de Petzer y yeyunostomía de alimentación. Ingresó en UCI con buena evolución postoperatoria. Derivan a nuestro hospital para valoración de reconstrucción. La endoscopia del remanente esofágico observa una leve fibrosis anular a 17 cm y un fondo de saco a 30 cm. Se libera el esófago abdominal, se secciona el yeyuno a 25 cm del ángulo de Treitz para ascenso transmesocólico y confección de esofagoyeyunostomía con asa desfuncionalizada y anastomosis tipo pie de Braun yeyuno-yeyunal termino-lateral a 50 cm de la anastomosis previa. Colocación de sonda nasoyeyunal y drenaje tipo Penrose perianastomótico.

*Resultados:* El tercer día postoperatorio muestra empeoramiento del estado general, febrícula y drenaje con escaso débito seroso. Se solicita TC abdominal con contraste IV: derrame pleural bilateral, atelectasias basales, líquido libre intraabdominal, múltiples colecciones de aspecto inflamatorio y realce peritoneal difuso. Se maneja de forma conservadora, con antibioterapia de amplio espectro y fisioterapia respiratoria, mostrando buena respuesta tras resolución del cuadro respiratorio, descartando complicación desde el punto de vista abdominal. Se introdujo dieta oral sin incidencias.

*Discusión y conclusiones:* Las lesiones esofágicas por álcalis son más graves. Sin embargo, en el estómago causan menos lesiones al ser neutralizados por el pH gástrico, donde los ácidos causan las quemaduras más severas. El tratamiento inicial debe ser de soporte hasta la realización de endoscopia o TC. No se recomienda el lavado gástrico ni la inducción del vómito. La neutralización puede asociarse a una reacción exotérmica que empeore las lesiones existentes. Una vez indicada la exploración quirúrgica, ésta no debe demorarse. A partir de la tercera semana, el tránsito baritado y la endoscopia son de gran utilidad para evaluar el grado y evolución de las estenosis. La restauración del tránsito mediante plastias de estómago, intestino delgado o colon puede ser complicada, no siendo posible en todos los casos. Es recomendable hacer un cribado endoscópico anual con toma de biopsias a partir de los 20 años de la ingesta.

### Suboclusión intestinal secundaria a divertículo de Meckel

García Albiach B, Moreno Ruiz FJ, Fernández Burgos I, Carrasco Campos J, Prieto-Puga Arjona T, Rodríguez Silva C, Santoyo J

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

*Introducción:* El divertículo de Meckel, o persistencia del

conducto onfalomesentérico, es la anomalía congénita más frecuente del tubo digestivo. Generalmente se localiza en el borde antimesentérico del ileon a unos 60-100 cm de la válvula ileocecal con un tamaño medio de 3 cm. Se componen de todas las capas de la pared intestinal y frecuentemente presentan mucosa gástrica heterotópica.

*Caso Clínico:* Varón de 25 años con antecedente de retraso mental que acude a urgencias por cuadro de 3 semanas de evolución de dolor abdominal tipo cólico, náuseas, vómitos y diarrea. Asimismo refería cuadros autolimitados similares en la infancia por lo que se realizó estudio sin hallazgos. A la exploración presenta dolor en hemiabdomen derecho, más intenso a nivel paraumbilical con defensa y sin irritación peritoneal. Se realiza ecografía con hallazgos de colelitiasis y adenopatías en fosa iliaca derecha. Debido a la duda diagnóstica y a la persistencia de la clínica se realizó TC abdominal que informa de imagen de asa intestinal invaginada de 11 cm de longitud aproximada, con paredes engrosadas y vasos en su interior. Ante la sospecha de invaginación intestinal se indicó cirugía urgente realizándose laparotomía exploradora. Intraoperatoriamente no se detectan estigmas de invaginación, observándose un divertículo de Meckel de 8 cm a unos 20 cm de la válvula intestinal que se reseco con endograpadora. El paciente fue dado de alta al tercer día postoperatorio sin incidencias.

*Discusión:* En la mayoría de los casos los divertículos de Meckel son asintomáticos, con un riesgo de complicación del 4-6%. La complicación más frecuente es el sangrado, especialmente en niños. En adolescentes y adultos el evento más común es la obstrucción intestinal que puede ocurrir por diversos motivos: intususcepcion, vólvulo alrededor de banda mesodiverticular, enterolitiasis, hernia de Littre o tumores. Los síntomas obstructivos pueden variar desde cuadros suboclusivos de repetición, como ocurría en nuestro paciente, hasta casos de abdomen agudo con estrangulación. Por último también puede aparecer una inflamación aguda del divertículo, que usualmente simula una apendicitis aguda. El diagnóstico preoperatorio puede ser un reto porque los síntomas y los hallazgos en las pruebas de imagen son inespecíficos y varían según el tipo de complicación. Por ello, es especialmente importante establecer una sospecha clínica de divertículo de Meckel en pacientes jóvenes con abdomen agudo, obstrucción intestinal o dolor abdominal recurrente de etiología no filiada. En cuanto al tratamiento, se establece que en caso de sintomatología la intervención quirúrgica está indicada. Sin embargo, existe controversia sobre el tratamiento de los divertículos no complicados hallados de forma incidental aunque la mayoría de autores acepta la diverticulectomía profiláctica.

## Laparostomía como tratamiento del SCA en el contexto de una Pancreatitis Aguda Necrohemorrágica

L.Elmalaki Hossain, F.Grasa González, D, Sánchez Relinque, S. Salas Díaz, L. Tejedor Cabrera J. Romero Gallego, J. Santos Martín

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Punta de Europa. Algeciras ( Cádiz)*

*Introducción:* Se define como Sd. Compartimental Abdominal al aumento de la presión intraabdominal a valores superiores de 20mmHg en tres mediciones distanciadas en el tiempo, con fallo orgánico asociado. Se observa en varios procesos patológicos, entre ellos la Pancreatitis aguda grave ( 20% de las PA con una alta mortalidad). Estos pacientes han de ser tratados de manera precoz en UCI, bajo un estricto control de los sistemas principales, así como una descrompresión quirúrgica si precisa, permitiendo el drenaje de colecciones y control de la PIA. Hoy día disponemos de las siguientes opciones: 1) Cobertura con “ bolsa de Bogotá”; 2) Laparostomía con cremallera; 3) Cierre temporal con el uso de mallas (tipo Wittman- Patch, DualMesh, Sandwich); 4) Cierre con VAC

*Caso Clínico:* Varón de 36 años con antecedentes patológicos de litiasis biliar, con cuadros de cólicos biliares recurrentes. Acude al Servicio de Urgencias por pancreatitis aguda con criterios de gravedad precisando ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. Su evolución fue tórpida con empeoramiento del cuadro clínico, objetivándose PIA de 22mmHg, oliguria y alteraciones respiratorias con hipoxia. Ante el SCA emergente, se interviene de urgencias mediante laparotomía descompresiva y necrosectomía con aplicación de sistema VAC para cierre diferido. Continúa con tratamiento intensivo con soporte ventilatorio, sedoanalgesia, drogas vasoactivas y antibioterapia de amplio espectro ( confirmada la infección de la necrosis). Curas con lavados profusos y desbridamiento de esfacelos con recambio de apósitos de VAC cada 48 horas. La evolución cursa de manera satisfactoria aunque lenta, con evidencia de tejido de granulación al 12º día postoperatorio, recuperando la función renal y una función respiratoria óptimas, consiguiendo el cierre progresivo de la laparostomía. Dado de alta por UCI a planta evoluciona satisfactoriamente con curas hasta el alta domiciliaria.

*Conclusiones:* El SCA es una entidad grave, con importancia del diagnóstico temprano para un tratamiento eficaz, incluyendo entre otros la laparostomía que permitirá controlar el cuadro, con un cierre diferido y así evitar las complicaciones como el FMO

## Lesión iatrogénica de vía biliar principal con reparación intraoperatoria ( anastomosis t-t )

L.Elmalaki Hossain, F.Grasa González, D, Sánchez Relinque, P. Sáenz de Tejada, S. Gómez Modet, E. García-Sosa Romero

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Punta de Europa. Algeciras ( Cádiz)*

*Introducción:* Las lesiones iatrogénicas de la Vía Biliar ( LIBV) son una entidad poco frecuente que se dan especialmente en el ámbito de la colecistectomías laparoscópicas ( 80%). Su incidencia actual ronda el 0,3% y el 0,8% Existen muchas clasificaciones dependiendo de la fisiopatología de la lesión, siendo una de las mas recientes la de Hannover. Tipo A: fístula biliar periférica, con integridad de VBP; Tipo B: estenosis de VBP con clip sin sección; Tipo C: lesión tangencial de la VBP; Tipo D: Sección completa de VBP; Tipo E: Estenosis tardía de VBP

**Caso Clínico:** Mujer de 32 años de edad, con antecedentes de coleditiasis y un episodio de pancreatitis aguda. En el transcurso de la colecistectomía laparoscópica, se objetiva salida de contenido biliar procedente de la las inmediaciones de la placa hiliar. Reversión a laparotomía, constatando la LIBV a nivel de la placa hiliar, implicando Hepático Derecho e Izquierdo a nivel extrahepático con preservación vascular ( tipo D:3 en la clasificación de Hannover ) . Sin opciones técnicas de colangiografía Intraoperatoria, y teniendo claro el mecanismo y localización de la lesión, se procede a su reparación inmediata mediante una anastomosis T- T de ambos conductos al no haber pérdida de sustancia y comprobar la ausencia de tensión del la anastomosis .Se realiza CPRE postoperatoria para mejorar el drenaje de la vía biliar tutorizando ambos conductos hepáticos para evitar la estenosis tardía. En una colangiografía RMN control se objetiva buena estanqueidad y calibre de la anastomosis. Paciente en todo momento asintomática, con niveles de bilirrubina y transaminasas en niveles normales, se le dio el alta hospitalaria a los 8 días tras la buena evolución del proceso.

**Conclusiones:** Las LIVB son una complicación real y muy temida por el cirujano aún hoy día, siendo muy importante conocer el manejo de las mismas, ya que un diagnóstico y tratamiento precoz mejora considerablemente el pronóstico del paciente.

### Angioedema mediado por bradixinina como causa infrecuente de abdomen agudo

Palomino Peinado, Nuria. Reguera Teba, Antonio. LLácer Pérez, Carmen. Medina Cuadros, Marcelino

*Complejo Hospitalario de Jaén*

El AEH o enfermedad de Quinke es una rara enfermedad hereditaria caracterizada por edema recurrente de la piel , mucosa y órganos internos que pueden resultar letales. Presentamos el caso de un varón de 55 años con antecedentes personales de HTA tratado con enalapril que acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos. Con el diagnóstico de obstrucción intestinal se realiza laparotomía exploradora encontrando edema de ileon. Al segundo día postoperatorio presenta edema de labio y cara. Con la sospecha de AEH se trasfunde 200 ml de plasma fresco, remitiendo el edema y recuperándose el tránsito intestinal. En consulta se solicita niveles de C<sub>4</sub>, C<sub>i</sub> INH y funcional , siendo normales, por lo que se catalogó de angioedema secundario a IECA. Se suspendió enalapril y no presentó ningún brote en los 6 meses de seguimiento Revisamos la literatura y presentamos las distintas opciones terapéuticas para evitar una cirugía innecesaria

### Carcinoma epidermoide de mama postradioterapia ( descripción de un caso y revisión de la literatura )

Delgado Estepa, Rafael. Reguera Teba, Antonio. LLácer Perez Carmen. Medina Cuadros, Marcelino

*Complejo Hospitalario de Jaén*

El carcinoma epidermoide de mama es una entidad muy poco frecuente. Típicamente se presenta como un tumor cístico de mama de gran tamaño y evolución rápida que a menudo puede confundirse con abscesos mamarios Presentamos el caso de una paciente de 67 años tratada con radioterapia hace 5 años por un carcinoma espinocelular de cara que presentó durante tres meses abscesos mamarios de repetición. En la mayoría de los casos los receptores hormonales son negativos y los hallazgos radiológicos inespecíficos. Los tratamientos descritos son la combinación de cirugía , radioterapia y quimioterapia, aunque el pronóstico parece incierto. Es necesario series más largas para establecer un esquema de tratamiento adecuado

## CUARTA SESIÓN COMUNICACIONES PÓSTERES

### Invaginación intestinal en el adulto: presentación de ocho casos

Machuca Chiriboga, Pablo. Reguera Teba, Antonio. LLácer Pérez, Carmen. Medina Cuadros, Marcelino

*Complejo Hospitalario de Jaén*

La invaginación intestinal en el adulto es un proceso potencialmente grave que por su infrecuencia fuera de la infancia se diagnostica de forma habitual durante el acto quirúrgico por un síndrome obstructivo mecánico Durante los años 2007-2013 se analizaron los registros en mayores de 18 años, encontrando 8 pacientes diagnosticados de invaginación intestinal, con una media de edad de 40 años. Todos presentaban obstrucción intestinal y fueron operados. El diagnóstico preoperatorio se efectuó mediante TAC abdominal. En el adulto, el 50 % es por etiología maligna , siendo el procedimiento de elección la resección.

### Obstrucción intestinal secundaria a brida en paciente anciano sin intervenciones quirúrgicas previas

A. Sáez Zafra; Á. Szuba; S. Alonso García; P. Ramírez Romero; D. Rodríguez Morillas; M. López- Cantarero Ballesteros

*Clínica Inmaculada Concepción (Granada)*

**Objetivos:** Dar a conocer un caso de obstrucción intestinal mecánica en un paciente anciano de 82 años secundaria a una brida firme. El caso tiene relevancia dado que por la edad y por no presentar antecedentes de intervenciones previas ni herniaciones de la pared abdominal, el primer diagnóstico de sospecha para el cirujano fue el cáncer; sin embargo, se halló una adherencia causante del cuadro que es una etiología muy poco frecuente en el caso en un anciano sin intervenciones previas ni hernias. Se realiza una revisión de las causas de obstrucción intestinal mecánica en el anciano, que suele ser un cuadro muy frecuente de abdomen agudo quirúrgico en la actualidad.

**Material y métodos:** Paciente, varón de 82 años, con antecedentes de HTA, insuficiencia venosa y dislipemia. No inter-

venciones quirúrgicas previas. Acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado de varios días de evolución de carácter cólico. El dolor se hace continuo en las últimas horas asociándose a cuadro de vómitos de contenido alimenticio y no emisión de gas ni de heces. No fiebre ni otra sintomatología acompañante. No ingesta medicamentosa previa de AINEs ni de otros fármacos. En la exploración destaca distensión abdominal con dolor a la palpación generalizada que se hace más intenso en hipogastrio, sin palpar masas ni megalias sugerentes de tumoración o proceso herniario. Timpanismo y peritonismo francos. La analítica objetiva leucocitosis moderada con desviación izquierda y PCR alta. Estudio de coagulación normal. La Radiografía simple muestra niveles hidroaéreos, con dilatación de asas de intestino delgado (ID), gas en marco cólico derecho y ausencia del mismo en ampolla rectal. La TC informa de dilatación de asas de ID, cuadro compatible con obstrucción mecánica sin poder determinar la causa de la misma. Líquido libre. Se indica cirugía urgente.

**Resultados:** Se realiza laparotomía hallando gran dilatación de asas de ID y adherencia firme de epiplón a peritoneo visceral en pelvis que produce un gran anillo de constricción en ileon terminal. Se procede a la liberación de la misma mediante electrobisturí, lo cual provoca recuperación temprana de asas ileales. No signos de sufrimiento isquémico intestinal. Exploración de resto de cavidad abdominal sin otros hallazgos en ID o colon, sin palpar masas que sugieran proceso neoplásico. Vaciado retrógrado de contenido de asas. Cierre de pared. El paciente cursa con un favorable estado postoperatorio siendo dado de alta al sexto día de la intervención con tolerancia oral y hábito deposicional normalizados.

**Conclusiones:** La obstrucción intestinal mecánica es la detención del tránsito del contenido intestinal debido a una causa física que provoca un stop en el paso del contenido intestinal. Debe diferenciarse de la detención del tránsito intestinal por falta de peristalsis o ileo paralítico que generalmente es secundario a una irritación peritoneal o a otras causas más infrecuentes. Las bridas o adherencias peritoneales son la primera causa de obstrucción del intestino delgado y las hernias la segunda, pero hemos de recordar que las primeras muy infrecuentes en el caso de pacientes sin intervención abdominal quirúrgica previa, como ocurre en nuestro caso. La causa más frecuente de obstrucción de colon es el cáncer y otras causas menos frecuentes son la enfermedad diverticular complicada, los vólvulos y las hernias. El diagnóstico es esencialmente clínico y el examen más importante para confirmarlo es la radiografía simple de abdomen y solo en determinadas ocasiones es necesario recurrir al TAC, aunque en la actualidad se realiza por defecto para así poder determinar de forma más detallada la causa, el grado de evolución y posibles complicaciones, abordando al paciente con una sospecha diagnóstica más certera. En el caso que se nos presenta la TAC se solicitó con el fin de poder ayudar al diagnóstico etiológico dado que el paciente no presentaba cirugías previas, hernias y existía alta sospecha de la existencia de un proceso maligno.

## **Síndrome de vena cava inferior en recidiva de sarcoma endometrial. Debut clínico como caso de urgencias**

Gil Alonso L, López Ruiz JA, De los Reyes Lopera N, López Pérez J, Del Río Lafuente F, Sánchez Moreno L, Oliva Mompeán F.

*Unidad Clínica de Gestión de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

**Introducción:** Los edemas de miembros inferiores suelen estar provocados por patología médica, tales como insuficiencia venosa, trombosis venosa profunda o insuficiencia cardíaca congestiva. Sin embargo, en ocasiones pueden ser consecuencia de la compresión de vasos ilíacos por una masa intraabdominal. A continuación expongo un caso de urgencia en el cual el edema de miembros inferiores, así como el dolor abdominal, fueron las manifestaciones clínicas de debut de una recidiva de sarcoma endometrial.

**Caso Clínico:** Mujer de 51 años con único antecedente de interés sarcoma endometrial estadio IB intervenido, realizándose histerectomía, doble anexectomía y linfadenectomía pélvica y paraaórtica en 2011. Acude a urgencias por aumento de edemas en miembros inferiores así como dolor abdominal y fiebre de varios días de evolución. Presenta buen estado general, con abdomen blando y doloroso de manera difusa y edemas en miembros inferiores. Se le realiza TAC abdominal en el que se observa una masa retroperitoneal con íntimo contacto con colon transversal. Ante la sospecha de recidiva de sarcoma de endometrio se decide tratamiento quirúrgico. Intraoperatoriamente se observa un tumor de 12x9cm de aspecto sarcomatoso, necrosado, adherido íntimamente a colon transversal. Se aprecian también dos implantes en asas de íleon e infiltración de parte de la raíz del mesenterio, junto con hemoperitoneo de 15l aproximadamente. Se realiza resección de colon transversal con anastomosis latero-lateral, se resecan los implantes de las asas de delgado y se realiza un debulking de la raíz del meso, constituyendo así una resección Ro.

**Conclusiones:** Aunque no es la presentación más frecuente de recidiva de sarcoma endometrial, debe tenerse un alto índice de sospecha en pacientes con antecedentes como los descritos. Para conseguir una resección Ro en tumores de esta estirpe es necesaria la realización de una cirugía radical, extirpando peritoneo, mesenterio y órganos afectados.

## **Conversión de inhibidores de la calcineurina a sirolimus en paciente con insuficiencia renal y chc**

Olivares Oliver Claudia, Bernal Bellido Carmen, Bernal Moreno Diego, Padillo Ruiz Francisco Javier, Gomez Bravo Miguel Angel

*Hospital Universitario Virgen Del Rocío*

**Introducción:** El tratamiento inmunosupresor individualizado en pacientes trasplantados hepáticos es un aspecto básico en la supervivencia tanto del injerto como del paciente. Los inhibidores de la calcineurina han conseguido reducir el rechazo en el paciente trasplantado pero presentan con

frecuencia efectos secundarios como la nefrotoxicidad. En pacientes con insuficiencia renal pretrasplante se corre el riesgo de utilizar dosis bajas de los mismos para evitar agravar la misma. En la actualidad otros inmunosupresores pueden sustituirlos en estas situaciones, evitando el deterioro renal, sin exponer al paciente a una inmunosupresión deficiente.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico donde se demuestran los beneficios que supone el cambio de terapia de inhibidores de la calcineurina a sirolimus en pacientes con insuficiencia renal diabética y CHC.

**Materiales y métodos:** Exponemos un caso clínico de un paciente varón de 60 años, HTA, DM, Insuficiencia renal (biopsia renal : glomerulosclerosis nodular diabética) Valorado en comité como candidato para trasplante combinado hepatorenal por IRC y CHC sobre cirrosis alcohólica, en el que se desestimó el trasplante renal . Inmunosupresión con tacrolimus tras trasplante hepático. El explante muestra un hepatocarcinoma que sobrepasa criterios de Milan con alto riesgo de recidiva postrasplante Durante el seguimiento se objetiva aumento de la creatinina sérica y aumento de proteinuria con niveles óptimos en rango bajo de tacrolimus Se decide cambio a sirolimus en el 6 mes postrasplante Resultados: Tras la conversión a sirolimus se objetiva inicialmente un aumento de proteinuria, tras varios meses de tratamiento se evidencia mejora significativa de la función renal con disminución de creatinina sérica y descenso significativo de proteinuria. En la actualidad 4 años tras el trasplante el paciente presenta función hepática normal, función renal normal y no existen signos de recidiva de su hepatocarcinoma.

**Conclusiones:** La conversión a sirolimus supone una terapia alternativa frente a los tratamientos convencionales en pacientes trasplantados con insuficiencia renal. La glomerulopatía diabética se caracteriza por esclerosis de glomérulos , los m-tor han sido objeto de estudios en esta patología por distintos autores apreciando mejoría en esta enfermedad por su capacidad para reducir la inflamación renal , la hipertrofia glomerular y la proliferación de podocitos . Por ello creemos que los efectos beneficiosos de dicha terapia en pacientes diabéticos con insuficiencia renal por glomerulosclerosis se objetivan a partir del primer año de tratamiento.

### **Paraganglioma carotídeo como causa infrecuente de tumoración cervical**

Olivares Oliver C, García Ruíz S, Tinoco González J, Razak Munchreff A, Martos Martínez Jm, Padillo Ruiz Fj  
*Hospital Universitario Virgen Del Rocío*

**Introducción:** La incidencia del paraganglioma es de 0,2-0,5 por cada 100.000 habitantes/año. De los cuales se consideran extrarrenales solo un 10%. Los paragangliomas de cabeza y cuello suponen el 2% del total, y se comportan, generalmente, de forma silente, ya que no tienen actividad secretora de catecolaminas. El resto suelen ser paragangliomas funcionantes hasta en un 60%, como son los feocromocitomas (98%) y órgano de Zuckerkindl (<1%).

**Caso Clínico:** Varón de 45 años que consulta en varias ocasiones por disfagia y sensación de masa a nivel cervical

derecho. Ante la sospecha de tumor glómico vs. neurinoma se decide solicitar una RMN donde se visualiza una masa sólida en la bifurcación carotídea. Las dimensiones de dicha masa eran 3 x 4 x 2,5 cm. Se realiza un estudio analítico donde destaca un aumento discreto de catecolaminas en orina (5-OH-indolacético de 56 nmol/mgCr [0-35]), siendo el resto de pruebas normales. Se sospecha de paraganglioma carotideo funcionante y se decide intervención quirúrgica. Se procede a la disección y exéresis de la masa sin necesidad de sección vascular. La evolución fue favorable, siendo alta a las 24h. Las catecolaminas se normalizaron posteriormente. Siguiendo RMN descartan recidiva local de la tumoración. El diagnóstico anatomopatológico confirma paraganglioma.

**Discusión:** Los paragangliomas son tumores muy infrecuentes, sobre todo los que se localizan en cabeza y cuello y suelen provenir de ganglios parasimpáticos. Tienen predominancia en el sexo masculino, entre 30-50 años. Los funcionantes debutan con HTA asociada a palpitaciones, cefaleas y sudoración, y suponen un 30-60%. Para considerarlo funcionante debe haber una elevación importante de las catecolaminas así como clínica derivada de la hiperfunción de éstas. En los paragangliomas cervicales, suele haber una compresión extrínseca de la tráquea. La aproximación diagnóstica depende de las catecolaminas en orina en 24 horas (2-3 veces por encima de su límite normal). Para ver la localización de la lesión, así como su diseminación local o a distancia la TC o la RNM tienen una sensibilidad alta. En el caso de tumores funcionantes la gammagrafía tiene un papel importante. Se asumen como criterios de mal pronóstico un índice mitótico elevado, tamaño tumoral mayor de 10 cm, metástasis a distancia e invasión capsular o vascular. En nuestro caso no se localizaron lesiones compatibles con enfermedad a distancia; junto al tamaño tumoral y la ausencia de invasión vascular se clasificó como paraganglioma de bajo riesgo. La resección quirúrgica agresiva es el tratamiento de elección. Algunos autores defienden la embolización en pacientes seleccionados.. En la recurrencia tumoral está indicado un tratamiento agresivo de la misma forma que en las lesiones primarias. En el caso de tumor irreseccable o pacientes inoperables se puede emplear quimioterapia o radioterapia pero de forma paliativa . Podemos concluir que a pesar de la infrecuencia de los paragangliomas es importante tenerlos en cuenta en pacientes jóvenes y con debut de HTA refractaria a tratamiento.

### **Pólipos en vesícula biliar. Carácter infrecuente. Malignización y controversia en la indicación quirúrgica**

Adela Sáez Zafra; Ágata Szuba; Sandra Alonso García; Diego Rodríguez Morillas; Manuel López-Cantarero Ballesteros.

*Hospital N.º. S.ª. De La Salud (Granada)*

**Objetivos:** Poner en conocimiento la prevalencia escasa de en la que se descubren tras cirugía y análisis anatomopatológico pólipos en vesícula biliar en las piezas de colecistectomía. Destacar el carácter infrecuente y el mayor riesgo de malignización hacia cáncer de vesícula biliar. Realizar una revisión

sobre la incidencia según sexo y edad, indicación quirúrgica, el riesgo de malignización (que es claramente mayor). Argumentar la recomendación del manejo conservador con seguimiento ecográfico versus a la indicación quirúrgica. Describir la clasificación de los mismos.

**Material y métodos:** Paciente varón de 46 años, sin antecedentes de interés ni cirugías previas, que tras estudiado por parte del Servicio de Digestivo por cuadro de dispepsia y cólicos biliares de repetición, es derivado a la consulta de Cirugía para realización de colecistectomía laparoscópica. La ecografía informa de vesícula biliar de paredes no engrosadas con tres formaciones pediculadas correspondientes a pólipos vesiculares. Barro biliar. No signos de colecistitis. No dilatación de la vía biliar. La analítica muestra parámetros normales, en cuanto al hemograma, coagulación y bioquímica (Bilirrubina Total, Amilasa y Transaminasas normales). Se indica cirugía programada.

**Resultados:** El paciente es intervenido comenzando por vía laparoscópica. Se coloca en posición francesa y realiza hemoperitoneo mediante trócar de Hasoon. Se colocan el resto de trócares: dos de 5mm (en el vacío derecho y el epigastrio) y uno de 11mm en el vacío izquierdo. Durante el acto quirúrgico se halla la vesícula de aspecto normal sin signos de edema de pared ni líquido libre. No dilatación de la vía biliar. Tras la disección del triángulo de Calot, se procede al doble clipado y sección de cístico y cística, junto con posterior disección del lecho vesicular mediante electrobisturí, extracción de vesícula mediante bolsa, revisión de hemostasia en lecho y en puertas de laparoscopia. Se procede a la apertura extra-abdominal de la pieza quirúrgica hallando tres pólipos pediculados y barro biliar. El informe anatomopatológico revela vesícula sin signos de colecistitis crónica y describe tres pólipos verdaderos menores de 10 mm de tamaño (7, 6,3 y 5,5 mm respectivamente) sin células atípicas ni signos de malignización. Barro biliar. El paciente cursa con un postoperatorio favorable, siendo dado de alta a los 2 días sin hallar ninguna complicación. Posteriormente es revisado en consulta para recogida de resultados anatomopatológicos estando asintomático y con postoperatorio favorable.

**Conclusiones:** Los pólipos de la vesícula biliar se definen como cualquier proyección de la mucosa hacia la luz. Pueden ser clasificados en pseudopólipos (pólipos de colesterol y pólipos inflamatorios) o pólipos verdaderos (benignos: adenomas, leiomiomas y lipomas; o malignos: adenocarcinomas). A diferencia de los pólipos verdaderos, los pseudopólipos no están asociados con cáncer. Un alto porcentaje (más de 70%) de los pólipos detectados en la población general corresponden a pólipos de colesterol, que son frecuentemente pequeños (<10 mm de diámetro), pediculados, múltiples y con una ecogenicidad mayor a la del parénquima hepático. Los pólipos neoplásico se presentan como lesiones de más de 1 cm, solitarias, con una ecogenicidad similar a la del parénquima hepático y cuya forma tiende a ser sésil con relativa frecuencia. El manejo de los pólipos de la vesícula biliar continúa siendo motivo de controversia, siendo el objetivo principal prevenir el desarrollo del carcinoma. Los resultados de diversos estudios sugieren que la colecistectomía debería practicarse en los pacientes con lesiones polipoides sintomáticas (independientemente de su tamaño), por la mejoría exhibida, o en los

pacientes con pólipos mayores de 10 mm de diámetro, debido a su asociación con cáncer. La evolución de los pólipos pequeños de la vesícula biliar, en ausencia de manifestaciones clínicas y de factores de riesgo de malignidad, ha demostrado ser benigna, por lo que en estos casos, la colecistectomía no sería una indicación, al menos inicialmente, y la propuesta establecida es “esperar y vigilar” mediante seguimiento ecográfico y clínico. Los pacientes sintomáticos son colecistectomizados. Los pacientes asintomáticos se encuentran aún en controversia y es el tamaño del pólipo el factor más importante de predicción de potencial maligno refiriendo los estudios más recientes que punto de corte debe ser de 6 mm en comparación con la recomendación tradicional de 10 mm.

## Fístula enterouretral tras cistectomía radical

M. Mogollón, C. San Miguel, S. González Martínez, J. Triguero, A. Mansilla, M. Carrasco, T. Torres, JA. Ferrón  
*Complejo Hospitalario de Granada (Hospital Universitario Virgen de las Nieves)*

**Introducción:** Las cirugías de derivación urinaria tras cistectomía radical, son técnicas complejas y agresivas. En torno a un 50% de los pacientes presentará complicaciones postquirúrgicas: colecciones (absceso, hematoma, urinoma) fugas (urinarias, digestivas), alteraciones del tránsito intestinal (íleo paralítico, mecánico) y fistulas (enterocutáneas, enterourinarias y enteroginecológicas). Hasta un tercio de los pacientes con fístula enterourinaria carecen de sintomatología (piuria, neumatúria, fecaluria), lo que condicionará un diagnóstico tardío. Presentamos un caso de fístula enterouretral tras cistectomía radical.

**Caso Clínico:** Varón de 66 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En junio de 2011 fue sometido a cistectomía radical tipo Bricker por tumor vesical pT4N2M0. Posteriormente recibió tratamiento quimioterápico por presentar metástasis óseas. Ingresó en nuestro servicio con cuadro de dolor hipogástrico, fiebre y supuración suprapúbica, de 48 horas de evolución. A la exploración física presentaba necrosis cutánea con supuración moderada en hipogastrio. Analíticamente destacaba leucocitosis con desviación izquierda y proteína C reactiva de 45 mg/dl. Tras desbridamiento de la pared abdominal, el paciente presentó evolución tórpida, asociando dolor en cara interior de muslo izquierdo y flujo purulento a través de uretra. La tomografía axial computarizada (TAC) mostró una colección pélvica con burbujas aéreas en lecho de cistectomía, de 61 x 59 mm. Tras administrar contraste, se evidenció un trayecto fistuloso de 10 x 4 mm que comunicaba la parte superior de la misma con asa ileal pélvica. La porción caudal de la colección presentaba extensión a la parte superior de la raíz del pene y compartimento medial aductor izquierdo. Se realizó, mediante cistoscopia, drenaje transuretral de la colección con colocación de sonda uretral, e incisión y drenaje del trayecto fistuloso en muslo izquierdo. El paciente presentó buena evolución, con desaparición de la sintomatología inicial y epitelización progresiva de la herida abdominal.

**Discusión:** El absceso pélvico con posterior fistulización

uretral tras cistectomía es una complicación infrecuente. Ante la sospecha clínica, el diagnóstico puede establecerse mediante TAC abdominopélvico con contraste oral e intravenoso, confirmándose definitivamente mediante uretrografía. El tratamiento inicial debe ser conservador (dieta absoluta, nutrición parenteral y sondaje uretral), si no existen signos de sepsis o abdomen agudo que obliguen a la exploración quirúrgica urgente. El tiempo necesario para el cierre de la fístula no está determinado, no obstante, parece indicado el tratamiento quirúrgico si ésta persiste pasadas 8-12 semanas

### Obstrucción intestinal secundaria a metástasis de melanoma cutáneo

M. Mogollón, J. Triguero, S. González Martínez, A. Mansilla, M. Carrasco, T. Torres, D. García Roa, JA. Ferrón.

*Complejo Hospitalario de Granada (Hospital Universitario Virgen de las Nieves)*

**Introducción:** El melanoma, tumor derivado de la proliferación de melanocitos atípicos, se caracteriza por su gran capacidad de metastatizar por vía hematogena y linfática. Es una de las principales causas de metástasis a nivel del tracto gastrointestinal. Un 50% asientan sobre el intestino delgado, destacando el yeyuno sobre otras localizaciones. Macroscópicamente puede ser: cavitario, infiltrante, exoentérico y polipoideo. El tipo infiltrante es el que más frecuentemente se ulcera y, por crecimiento transmural excéntrico, producir oclusión intestinal (8,3% de los casos).

**Caso Clínico:** Mujer de 70 años diagnosticada en 2006 de melanoma lentiginoso acral de extensión superficial en la planta del pie derecho, ulcerado, con un índice de Breslow de 4,1 mm, nivel IV de Clark y ganglio centinela negativo. En Agosto de 2012, un PET-TAC mostró focos hipermetabólicos en cara interna de pierna derecha y lóbulo inferior de pulmón izquierdo, sin objetivarse otras captaciones sugerentes de afectación tumoral macroscópica. Tres meses más tarde, ingresó en nuestro servicio con cuadro de distensión y dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos, de 48 horas de evolución. Analíticamente destacaba desviación izquierda sin leucocitosis. La tomografía computarizada multicorte (TCMC) informaba de cuadro pseudooclusivo intestinal secundario a lesión intraluminal del íleon de amplio diagnóstico diferencial (tumor del estroma gastrointestinal, tumor carcinoide, linfoma primario, leiomioma). Mediante laparotomía exploradora se evidenciaron dos tumoraciones intraluminales: una ileal obstructiva y otra yeyunal no estenosante. Se realizó doble resección intestinal segmentaria. El estudio anatomopatológico fue concluyente para metástasis de melanoma. DISCUSIÓN Estudios recientes muestran que el desarrollo de metástasis de melanoma cutáneo en el intestino delgado puede ser debido a la sobreexpresión, en los melanocitos, de la citoquina CCR9. Ésta participa en la motilidad de las células del melanoma y realiza el papel de "homing receptor" para las células tumorales en el intestino delgado ya que su ligando, la CCL25, se expresa fuertemente en esta localización. Estas metástasis pueden aparecer décadas después de haber tratado

el tumor primario, existiendo un retraso diagnóstico de entre 2 y 180 meses. Suelen presentarse con síntomas inespecíficos: dolor abdominal, anemia crónica, pérdida de peso; o más raramente en forma de urgencias quirúrgicas: obstrucción intestinal, perforación o sangrado. Generalmente, la obstrucción intestinal secundaria a metástasis intestinales casi nunca se resuelve con medidas conservadoras, siendo necesario el tratamiento quirúrgico. Es por todo ello que, pacientes con síntomas digestivos como obstrucción intestinal e historia previa de melanoma cutáneo, se beneficiarán de exploraciones complementarias que permitan descartar patología a ese nivel.

### Obstrucción intestino delgado por hernia interna en epiploon menor

Sanchiz Cardenas Elena, Soler Humanes Rocio, Gomez Perez Rocio, Maiquez Abril Rocio, Lobato Bancalero Luis. *Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Malaga*

Presentamos el caso de una paciente de 60 años de edad sin antecedentes quirúrgicos que acude a urgencias por cuadro de vómitos y distensión abdominal de dos días de evolución. En radiografía y TC de abdomen se evidencia obstrucción a nivel de intestino delgado con cambio de calibre a nivel supramesocolico que sugiere hernia interna. Se decide intervenir a la paciente, con realización de laparotomía exploradora y hallazgo de obstrucción de intestino delgado a nivel de yeyuno distal debido a la presencia de hernia interna con orificio en epiploon menor. Se procedió a la reducción de la misma con buena coloración intestinal y cierre del orificio en epiploon menor. Solo 0,2 a 0,9% de las obstrucciones intestinales son debidas a hernias internas, siendo excepcionales las causadas en el epiploon menor en pacientes sin antecedentes quirúrgicos

### Perforación de asa de intestino delgado por costilla de conejo en paciente con cirugías previas

A. Sáez Zafra; A. P. Martínez Domínguez; A. Szuba; S. Alonso García; P. Ramírez Romero; J.A. Jiménez Ríos. *Hospital Universitario San Cecilio (Granada)*

**Objetivos:** Dar a conocer la perforación de intestino delgado (ID) debida a la ingesta de un cuerpo extraño, hueso de conejo, en una paciente joven en cuyos antecedentes cabe destacar dos intervenciones previas, lo cual aumenta el riesgo de perforación. Se realiza una revisión sobre las perforaciones por cuerpo extraño en el tracto digestivo, su localización más frecuente y la incidencia como presentación de abdomen agudo quirúrgico.

**Material y métodos:** Paciente, mujer de 57 años, con AP de HTA, hipercolesterolemia, apendicectomía por vía abierta de años de evolución (con absceso de pared como complicación fue drenado en el postoperatorio mediante incisión pararectal derecha), esteatosis hepática y migraña. No alergias medicamentosas conocidas. Ingresa, de forma urgente, por cuadro de dolor abdominal y peritonismo a nivel de FID. En

la exploración destaca abdomen semiglobuloso, doloroso de forma espontánea en hemiabdomen derecho y a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, con signos de peritonismo a dicho nivel. En la analítica como único dato destaca PCR aumentada, resto de bioquímica, hemograma y coagulación con parámetros en la normalidad. El TC de abdomen describe el siguiente informe: a la altura del ombligo, un poco lateral hacia la derecha, se observa un cuerpo extraño de unos 3 cm de alto, con coeficiente de atenuación, que atraviesa un asa de delgado que está adherida a la pared abdominal anterior, con rarefacción de la grasa de esta zona y engrosamiento de la musculatura anterior. Estos hallazgos sugieren perforación por cuerpo extraño. No evidencia de líquido libre ni adenopatías intraperitoneales de tamaño significativo. Se indica laparotomía urgente por parte del equipo de cirugía de guardia.

**Resultados:** Es intervenida, mediante laparotomía media, hallando cuadro adherencial, de asa de ileon medio a pared, con perforación a dicho nivel (por hueso de animal -costilla de conejo-) sin vertido de contenido intestinal a cavidad abdominal. Se evidencia la adherencia del cuerpo extraño a la antigua cicatriz, lo cual hace que no exista vertido de material intestinal y por lo tanto no exista peritonitis. Se realiza resección segmentaria (15 cm de ileon medio que incluye la perforación), lavado de cavidad y confección de anastomosis termino-terminal manual, mediante puntos entrecortados de Vicrylooo. Se coloca drenaje de tipo Penrose cercano a la anastomosis. Intervención que transcurre sin eventualidades. La paciente cursa con un postoperatorio favorable estando apirética y con el resto de constantes mantenidas. Tolerancia, hábito deposicional y deambulacion normalizados. Abdomen blando y depresible sin signos de irritación peritoneal. Buena evolución de la herida quirúrgica. El 7º día postoperatorio es dada de alta. En la revisión posterior en consulta la evolución es satisfactoria. El diagnóstico anatomopatológico informa de intestino delgado (ileon) con solución de continuidad en pared del órgano, hemorragia e intensa reacción inflamatoria aguda fibrinopurulenta, junto con peritonitis fibrinopurulenta asociada. El mesenterio presenta inflamación aguda secundaria y los márgenes de resección edema.

**Conclusiones:** A pesar de que la edad avanzada, el alcoholismo, la edad infantil y el retraso mental son los factores de riesgo principales en la ingesta de cuerpos extraños, también puede producirse de forma más infrecuente en pacientes que no cumplen dichos criterios, lo cual ocurre en el caso que exponemos. Dependiendo de la extensión de la perforación y su sitio anatómico, así como sobre la base de la presencia de peritonitis difusa o localizada, el tratamiento puede variar desde la simple sutura, con o sin estoma de protección, a la intervención de Hartmann. Una gran variedad de cuerpos extraños, como prótesis dentales, palillos de dientes, y huesos de animal (en nuestro caso) han sido implicados en la patogénesis de la perforación gastrointestinal, no recordando la ingesta en la mayoría de los casos el paciente. Menos del 1% de los cuerpos extraños ingeridos terminan produciendo perforación del intestino, siendo mayor el riesgo en el caso de ser de gran tamaño, puntiagudos o afilados. Aunque la mayoría de los objetos afilados pasan sin complicaciones, una vez más allá del esófago, el mayor riesgo para producirse la perforación es la región más estrecha del intestino, ya sea la válvula

ileocecal o unión rectosigmoidea. En nuestro caso debe de añadirse el condicionante de las cirugías previas: el cuadro adherencial es un factor de riesgo sobreañadido que facilita la perforación, es probable que el cuerpo extraño no se localizara en las zonas descritas anteriormente por dicho antecedente. La perforación por cuerpo extraño suele presentarse como un cuadro de abdomen agudo quirúrgico imitando a menudo al cuadro clínico de apendicitis apendicitis, diverticulitis o úlcera péptica perforada. El neumoperitoneo en la radiografía de abdomen solo está presente en el 20% de los pacientes, por lo que no es una característica común. El TAC hoy en día es un apueba diagnóstica que se realiza por defecto siempre que el paciente se encuentre estable dado que puede aportar datos muy interesantes con el fin de poder planificar la cirugía. Debemos siempre hacer diagnóstico diferencial entre otras causas de abdomen agudo quirúrgico y explorar la cavidad abdominal en busca de hallazgos sincrónicos o que hayan condicionado el cuadro.

### **Hernia de hiato gigante . Importancia de una interpretacion radiologica correcta**

Sanchiz Cardenas Elena, Soler Humanes Rocio, Hernandez Gonzalez Jose Manuel, Gomez Perez Rocio, Torres Sierra Juan

*Hospital Clinico Virgen de la Victoria de Malaga*

Se presenta el caso de una paciente de 70 años que acude a urgencias por disnea y dolor toracico, la radiografía de torax realizada es interpretada inicialmente como hidroneumotorax derecho, por lo que se realiza drenaje toracico. El analisis del liquido drenado es sugestivo de contenido intestinal, por lo que se completa el estudio con TC toraco-abdominal que evidencia una hernia de hiato gigante complicada con perforacion. Se decide intervencion quirurgica urgente, con reduccion herniaria y cierre de pilares. La paciente ingresa en UCI y posteriormente fue dada de alta a planta, con una evolucion torpida desde el punto de vista respiratorio, que fue causa de fallecimiento. La presentacion clinica de disnea como primer sintoma de hernia de hiato gigante es inusual. Se destaca la importancia de una correcta interpretacion radiologica y tener el cuenta el disgnostico diferencial ante el hallazgo de un nivel hidroaereo en la radiografía de torax asi como una minuciosa historia clinica.

### **Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. 1.132 pacientes: Análisis comparativo en dos periodos consecutivos**

Reguera Rosal J, Tinoco González J, Docobo Durántez F, Aparicio Sánchez D, Olivares Oliver C, Rubio Manzanares Dorado M, Jimenez

*HHU Virgen del Rocío*

**Introducción:** La colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el procedimiento de elección para el tratamiento de la colecistitis crónica litiásica. Su aplicación se ha desarro-

llado en programas de corta estancia, en estancias de 23 horas y en programas sin ingreso. El objetivo del estudio es valorar la eficacia y seguridad de la colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio y que factores determinan el ingreso de pacientes programados para colecistectomía laparoscópica de forma ambulatoria en un hospital regional universitario.

**Pacientes y métodos:** . Pacientes adultos. Se indicó colecistectomía laparoscópica por presentar colecistitis crónica litiásica no complicada Clasificación de estado físico según American Society of Anesthesiology (ASA) I-II o III compensada, y BMI < 35. Entre 1997 y 2002 (Grupo A) y entre 2003 y 2010 (Grupo B). Se valoraron comparativamente entre ambos grupos las características clínicas, el índice de sustitución en hospital de día, las causas de ingreso, las complicaciones postoperatorias, los estudios patológicos y el índice de satisfacción valorado a los a los 3 meses.

**Resultados:** 306 pacientes en el grupo A y 826 en el grupo B fueron intervenidos seleccionados para colecistectomía laparoscópica de forma ambulatoria. En el grupo A, solo el 1,31% fue alta sin overnight in hospital y en el grupo B, 82,5% fueron alta sin hacer noche en el hospital. La presencia de síntomas como dolor abdominal o náuseas y vómitos fueron menos frecuentes en el grupo B. La incidencia de complicaciones fue escasa y similar en ambos grupos de pacientes. No hubo diferencias en la presentación de incidencias en los 3 meses posteriores a la intervención. La satisfacción relacionada con los procedimientos fue elevada en los 2 grupos y mayor en el grupo B.

**Conclusiones:** . La colecistectomía laparoscópica ambulatoria es un procedimiento eficaz y seguro con un alto nivel de aceptación. En general las complicaciones escasas y no graves suelen surgir en el postoperatorio inmediato lo que no limita su práctica.

### **Tratamiento endovascular de hemorragia intraesplénica diferida tras traumatismo abdominal cerrado**

Tinoco González J, López Bernal F, Flores Cortés M, Jiménez Riera G, Cañete Gómez J, Alarcón Del Agua I, Jiménez Rodríguez R, Pa  
HH UU Virgen del Rocío

**Introducción:** La lesión de bazo supone el 36% de todo trauma cerrado de abdomen (TCA), siendo esplenectomizados 82% con mortalidad del 18%. Dentro de las características del trauma de bazo destacan su predominio en TCA como víscera más dañada y dentro del trauma abierto es el séptimo lugar. La controversia de extirpar o no el bazo se basa en su importancia de órgano hematopoyético, debido al síndrome de infección fulminante posoperatoria, por esto se han buscado medios para preservarlo.

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de un varón de 45 años que sufrió una semana atrás un accidente de motocicleta. Acude a Urgencias por cuadro dolor costal izquierdo y fiebre. A la exploración profunda presentaba defensa voluntaria. Análiticamente mostró hemograma con Hb de 13,0 g/dl y 13,560 leucocitos. Se solicitó ecografía abdominal que puso de

manifiesto área hipocogénica de 2 x 2 c.m. en polo inferior del bazo sin líquido libre. En la TC se apreciaron: imágenes lineales hipodensas en tercio inferior esplénico, imagen en polo inferior compatible con infarto esplénico y focos de hiperdensidad compatible con fistula arteriovenosa o pseudoaneurisma. Se solicitó arteriografía selectiva esplénica que visualizó rotura de rama intraesplénica en polo inferior sin extravasación de contraste; catalogándose por tanto de sangrado arterial contenido. Se embolizó la lesión mediante introducción de dos coils metálicos fibrados de 3x6 y 4x15 mm, consiguiendo oclusión de las misma. El paciente fue dado de alta a los 6 días tras buena evolución. **Discusión.** Los casos tratados mediante la angioembolización como alternativa a la esplenectomía, son poco frecuentes. El TAC sigue siendo la prueba de imagen utilizada para descartar lesiones de víscera sólida en paciente estable con TCA. La presencia de focos de hiperdensidad en la misma, demuestra extravasación de contraste o sangrado activo y esto, pueden ser independiente del grado de afectación esplénica. Las anomalías vasculares diagnosticadas por TAC, pueden no correlacionarse con la arteriografía en hasta un 47%, como ocurrió en nuestro caso. La respuesta a esta disociación se debe a que pequeñas áreas esplénicas estén rodeadas por un hematoma o tejido devascularizado imitando focos hiperdensos. Existen series donde tras una evaluación radiológica normal, se produce una posterior inestabilización hemodinámica más de una semana tras el traumatismo abdominal; al igual que el paciente que describimos. Otra posibilidad de resangrado es la trombosis parcial de una lesión vascular que posteriormente sangre. Las lesiones vasculares postraumáticas incluyen el pseudoaneurisma intraesplénico y la fistula arteriovenosa; estas solo se diferencian mediante angiografía. Con respecto al pseudoaneurisma la complicación más temida es su rotura, que puede llegar del 3% al 46%. De hecho, un hematoma intraparenquimatoso puede enmascarar el sangrado de un pseudoaneurisma. El infarto por traumatismo esplénico es extremadamente raro y se da en un 1,4% de los casos.

**Conclusiones:** Aunque no es extendido uniformemente el uso del tratamiento endovascular, este es una alternativa eficaz como tratamiento de sangrado esplénico (incluso en grados III-V grados de la A.A.S.T.)

### **Mucocele apendicular y cáncer de mama sincrónico**

San Miguel C, Valdivia JH, Bustos AB, Conde R, Huertas F, Palma P, Ferrón JA.

*Sección de Cirugía Colorrectal. UGC Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.*

**Introducción:** El mucocele apendicular es una patología poco frecuente, caracterizada por una dilatación quística de su luz con acúmulo de material mucinoso. Tiene una prevalencia del 0,2-0,4% del total de las apendicectomías, y su forma más frecuente es el cistoadenoma seroso. Se ha descrito la presencia de otros tumores asociados, fundamentalmente del tubo digestivo, pero también en ovario, mama e hígado. En su diagnóstico está indicada la realización de una ecogra-

fia/TC, y el tratamiento quirúrgico es de elección en todos los casos. Las complicaciones son habitualmente raras, e incluyen la obstrucción intestinal y la hemorragia, siendo la peor el conocido pseudomixoma peritoneal.

**Material y métodos:** Mujer de 70 años con antecedentes de DM, HTA, coledolitiasis, pseudoaneurisma de ambas arterias carótidas y un carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda diagnosticado durante el estudio de la masa abdominal. Durante un control de coledolitiasis, se evidencia en ecografía un engrosamiento de pared de colon derecho sugerente de neoformación a dicho nivel, por lo que se decide completar el estudio. Colonoscopia normal. La TC informó de la existencia de un apéndice vermiforme de localización retrocecal, aumentado de diámetro, con contenido hipodenso y paredes calcificadas, sugerentes de tumor mucinoso apendicular calcificado. El estudio con PET-TC evidenció una captación intestinal difusa, y en cuadrante superoexterno de mama izquierda. Se interviene por abordaje laparotómico, encontrándose una masa de 10x15 cm de aspecto irregular, realizando una hemicolectomía derecha y una colecistectomía, sin incidencias, y sin evidencia de complicaciones de la masa apendicular.

**Resultados:** Los resultados anatómo-patológicos informaron de una formación constituida por una pared fibromuscular con gran cantidad de material mucoso en parte calcificado, compatible con un mucocele apendicular calcificado. Durante el postoperatorio, ha presentado muy buena evolución desde el punto de vista abdominal, habiéndose intervenido así mismo de su neoplasia de mama (tumorectomía izquierda), con tratamiento quimio y radioterápico posteriores y actualmente sin recurrencia alguna de enfermedad.

**Conclusiones:** Aunque constituye una enfermedad rara, el tratamiento quirúrgico del mucocele apendicular es obligado, dada la potencial malignización y desarrollo de complicaciones como siembras patológicas en el pseudomixoma peritoneal. Las últimas revisiones recomiendan el abordaje laparotómico de elección e incluso la conversión a una apendicectomía abierta en caso de sospecha de mucocele durante un abordaje laparoscópico, dado el posible riesgo de diseminación patológica. Así mismo, es importante realizar despistaje de neoplasias relacionadas que, aunque de forma excepcional, pueden presentarse de forma sincrónica.

### Perforación duodenal secundaria a linfoma

San Miguel C, Bustos AB, Valdivia JH, García A, Mansilla A, Huertas F, Ferrón JA.

*UGC Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de las Nieves.*

**Introducción:** El linfoma de las células del manto folicular (LMF), subtipo de linfoma no Hodgking de células B, constituye un 2,5% a un 10% del total de todos los linfomas, y en su patogenia se entiende que la translocación t(11;14) (q13;q32) da lugar, en la mayoría de los casos, a un reordenamiento del locus BCL-1 y una sobreexpresión del gen de ciclina D1, desarrollando la enfermedad. Sus principales síntomas son la fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso, esplenomegalia

y adenomegalias generalizadas. Presentamos un caso con una forma de presentación inusual en esta enfermedad.

**Material y métodos:** Paciente varón de 59 años con antecedentes personales de diabetes e intervenido de un tumor vesical, que acude al Servicio de Urgencias de nuestro Centro por cuadro de abdomen agudo quirúrgico. Se realiza TC abdominal que confirma la sospecha de peritonitis, secundaria a una perforación de víscera hueca, y descubre de forma incidental numerosas adenopatías de localizaciones tanto torácicas como abdominales que dado su número y tamaño sugieren proceso linfoproliferativo. El paciente fue intervenido de forma urgente evidenciando durante el acto quirúrgico una perforación en cara anterolateral de la primera porción duodenal con mucosa muy engrosada, así como conglomerados adenopáticos de gran tamaño en tronco celíaco y arteria hepática común. Se reparó la perforación con sutura duodenal y se tomaron biopsias tanto de la mucosa duodenal como de una adenopatía de arteria hepática común.

**Resultados:** El paciente evolucionó favorablemente desde el punto de vista quirúrgico. Ambas biopsias fueron informadas como linfoma B del manto, siendo clasificado como estadio IV, derivándose al paciente al servicio de Hematología donde recibió tratamiento con quimioterapia hallándose actualmente vivo en progresión a los catorce meses del diagnóstico.

**Conclusiones:** El linfoma B del manto es una neoplasia de muy mal pronóstico, con una mediana de supervivencia de 3 años en donde la mayoría de los pacientes son diagnosticados en estadios avanzados. Este caso constituye una aportación interesante que pone de manifiesto la importancia de biopsiar todo borde de úlcera gastroduodenal de descubrimiento fortuito.

### Manejo conservador de la perforación esofágica

Hinojosa Arco, L; Soler Humanes, R; Gómez Pérez, R; Torres Sierra, J;

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.*

**Introducción:** La perforación esofágica es una patología con un amplio espectro clínico y en la cual el abordaje quirúrgico es necesario en la mayoría de los casos. La principal causa en el momento actual es la perforación iatrogénica, quedando en un segundo plano la perforación secundaria a traumatismo previo, la rotura espontánea o las perforaciones químicas.

**Material y métodos:** Se presenta el caso de una mujer de 26 años que acude a urgencias por dolor en región cervical que aparece 30 minutos después de la ingesta. La exploración cervical y analítica no mostraron alteraciones. Se realiza TC Cervical donde se observa neumomediastino paraesofágico que diseca mediastino posterior extendiéndose caudalmente desde espacio cervical retrofaringeo por el espacio mediastínico posterior predominantemente hasta unos centímetros por debajo de la carina traqueal.

**Resultados:** Debido al estado clínico de la paciente, por tratarse de una perforación contenida, sin neoplasia, obstrucción ni signos de sepsis, se plantea tratamiento conservador. Se instaura dieta absoluta, antibioterapia, nutrición parenteral

y control estrecho de constantes de la paciente. Al 7º día de ingreso se realiza tránsito esofagogástrico con contraste de gastrografín, sin mostrar fugas. Se inicia tolerancia oral, que la paciente acepta con resultado satisfactorio y es dada de alta al 10º día.

**Conclusiones:** Para el tratamiento de la perforación esofágica es importante tener en cuenta la edad y la situación general del paciente, así como la presencia de patología esofágica subyacente. Es preciso individualizar cada caso y valorar la opción terapéutica más apropiada. Aunque ante una perforación esofágica habitualmente va a ser necesario recurrir al abordaje quirúrgico, ya sea en el momento inicial o con posterioridad, es necesario conocer las indicaciones ante las cuales se puede plantear planteamiento conservador.

**Bibliografía:** Sabinston, Tratado de Cirugía, Editorial Elsevier Saunders; Manual Asociación española de Cirugía, Editorial Panamericana; Enciclopedia Médico-Quirúrgica, Volumen I, Editorial Elsevier Mason;

### **Stewardship del tratamiento antibiótico empírico de la infección intraabdominal en un hospital de tercer nivel**

Turiño-Luque JD, Zambudio-Carroll N, Díez-Vigil JL, Mansilla-Roselló A, Conde-Muñio R, García Navarro A, Carrasco M, Ferrón JA

*Hospital Virgen de las Nieves*

**Introducción:** "Stewardship": principio ético que implica la planificación y el manejo responsable de los recursos. Aplicado a diversos campos (medioambiental, económico, salud, información, religión...) y está unido al concepto de sostenibilidad. Existen guías que nos facilitan en el inicio del tratamiento empírico en pacientes con infección intraabdominal (IIA) y en función de los factores de riesgo de los mismos 1.

**Objetivos:** Conocer si el tratamiento antibiótico empírico se aplica correctamente en nuestro servicio.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro servicio desde octubre a diciembre de 2012. La base de datos constó de: edad, comorbilidades, criterios SIRS, cirugía (tipo, urgente...), antibioterapia (tipo, dosis, tiempo...), microbiología (resultados, muestras, sensibilidades...), reingresos, exitus, tipo de infección intraabdominal (leve-moderada, grave o ausencia). Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 17.0.

**Resultados:** 316 pacientes. 95,9% primer ingreso. 56,3% urgentes. La patología por orden de frecuencia fue: biliar (57,6%), apendicular (25,5%), recto-sigma (6,6%), colon (3,8%), esófago-gástrica (1,6%), intestino delgado (1,3%), otros 5 (1,6%). Criterios SIRS se analizaron en 132 pacientes al ingreso: 71,2% no criterios de IIA, 15,2% IIA leve-moderada, 13,6% IIA grave. De ellos el 56,8% tenían menos de 2 factores de riesgo de mala evolución, el 25% tenían 2 y el 18,2% más de 2. En tan sólo 96 pacientes (72,7%) se pudo constatar el antibiótico pautado al ingreso desde urgencias. De estos el 63,6% no tenían criterios de IIA, el 18,7% era una IIA leve-moderada y el 17,7% tenían criterios de IIA grave. En el primer grupo la indicación de tratamiento antibiótico empírico fue correcta 47,5% y

claramente incorrecta en el 14,7%. En pacientes con IIA leve moderada fue correcta en el 94,5% y en la IIA grave en 70,6%. El 4,1% de los pacientes reingresaron (n=13), siendo el principal motivo la infección de herida quirúrgica o la existencia de una colección intraabdominal (n=11). Los aislamientos más frecuentes fueron en estos pacientes: P. aeruginosa, E. coli, E. faecalis, S. aureus, C. perfringens, C. albicans, C. glabrata, B. fragilis. La mortalidad global fue del 1,6%. La mediana de edad se situó en 81,8 años. El número de factores de riesgo fue de 2,6 ( $\pm 0,5$ ), y los criterios SIRS al ingreso de 2,2 ( $\pm 0,8$ ). La patología más frecuente fue la biliar, seguido de patología apendicular y obstrucción por cáncer de colon perforado. Solo 1 de estos pacientes había reingresado.

**Conclusiones:** La aplicación de las guías de tratamiento antibiótico empírico en la práctica diaria nos permiten mejorar el resultado obtenido en el manejo de la infección intraabdominal de nuestros pacientes.

### **Pancreatitis aguda secundaria a schwannoma intraabdominal retroperitoneal**

Pérez Alberca C; Alvarez Medialdea J; Calvo Durán A; Martínez Vieira A; Falckenheiner Soria J; Moreno Arciniegas A.

*Hospital Universitario Puerto Real (Cádiz)*

**Objetivos:** Presentar un caso de Schwannoma retroperitoneal como causa de pancreatitis aguda. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se trata de una paciente de 69 años remitida desde las consultas externas de Digestivo por estudio de dolor abdominal. La paciente fue hospitalizada 7 meses antes por cuadro de dolor abdominal, náuseas y vómitos con elevación de los marcadores de daño pancreático siendo diagnosticada de pancreatitis aguda alitiásica que se resolvió con tratamiento conservador. Como antecedentes de interés cabe destacar HTA en tratamiento con ramipril, espironolactona, furosemida, Fibrilación Auricular Paroxística en tratamiento con simtron, DM tipo 2 bien controlada con metformina, SAOS con CPAP domiciliaria, colecistectomizada hace 35 años, histerectomizada y resección de mixoma auricular hace 2 años. A la exploración, la paciente presenta buen estado de nutrición e hidratación. Abdomen blando y depresible, no dolor, no defensa ni signos irritativos. Tránsito y heces normales. Presencia de cicatriz de laparotomía media infraumbilical y pararectal derecha previas. Analítica con parámetros dentro de rango. Como parte del estudio se solicita TAC abdominal donde se aprecia nódulo de 46x34 mm retropancreática en contacto con el proceso uncinado, sólida, con bordes bien definidos y en la proximidad de los vasos mesentéricos con plano graso de separación y dilatación de la vía biliar. El estudio se completa con una RNM, Ecoendoscopia y PAAF de la lesión que se informa como lesión retroperitoneal que puede corresponder a un Schwannoma como primera opción, sin descartar neoplasia pancreática o adenopatía tumoral.

**Resultados:** Se programa laparotomía exploradora. Se aprecia síndrome adherencial intenso por cirugías previas que se liberan. Posteriormente, se objetiva tumoración retroperitoneal retropancreática y procedemos a la disección de la misma

comprendida entre el eje mesentérico superior, vena porta y tronco celíaco, y exéresis completa con instrumento de sellado Focus Long. Tras ello la paciente presenta evolución favorable, siendo dada de alta sin incidencias. El estudio anatomopatológico posterior informa de proliferación de naturaleza mesenquimal de origen neural compatible con Schwannoma.

**Conclusiones:** Los schwannomas son un raro tipo de tumores en el organismo y aún menos frecuentes en la cavidad retroperitoneal. Su incidencia oscila 0.7 y 2.7 %.

Es de crecimiento lento, y se acompaña de escasa sintomatología. Aunque se trata de un tumor histológicamente benigno, no debemos estimar el daño que puede ocasionar por compresión de estructuras vecinas, así como su infrecuente aunque posible transformación maligna.

## Absceso retroperitoneal: diagnóstico diferencial

Mercedes Díaz Oteros, Rosario Domínguez Reinado, Estibaliz Gutierrez Cafranga Juan de Dios Franco Osorio, Francisco Mateo Vallejo

Hospital General De Jerez (Jerez Dela Frontera)

**Introducción:** Los abscesos retroperitoneales constituyen una patología infecciosa, infrecuente, con sintomatología inespecífica y mayoritariamente secundarios a otro foco. Todo ello conlleva el retraso en el diagnóstico, aumentado así la morbimortalidad del proceso.

**Caso Clínico:** Se presenta el caso de un paciente varón de 41 años que consultó por síndrome constitucional y dolores óseos en columna y MMII de 2 meses de evolución. Entre sus antecedentes destacaba haber sido consumidor de cocaína inhalada y tener un hermano con enfermedad de Crohn. A la exploración presentaba palidez mucocutánea, caquexia, adenopatías inguinales izquierdas dolorosas, dolor a la palpación de raíz del muslo izquierdo y edemas de MMII. Se le realizaron diversos estudios analíticos determinándose una anemia ferropénica, hipoalbuminemia y elevación de PCR. También se le realizaron coprocultivos y hemocultivos seridos siendo negativos. Ante la inespecificidad de los resultados fue sometido a diversas pruebas de imagen objetivándose un proceso inflamatorio-infeccioso en la grasa del mesorecto con extensión a región presacra y psoas izquierdo, recto y asas intestinales adyacentes con engrosamiento de pared, hidronefrosis izquierda, ascitis moderada y adenopatías inguinales en raíz de muslo. Ante tales hallazgos, se desestimó el drenaje percutáneo de la colección y se procedió a la realización de una laparotomía exploradora, drenaje y desbridamiento de absceso presacro y resección de ileon terminal y apéndice. El resultado anatomopatológico informó de enfermedad de Crohn. El paciente ha tenido que ser reintervenido en varias ocasiones por abscesos retroperitoneales ileo-psoas izquierdos recidivados y por fistula estercorácea colocutánea lumbar izquierda. Actualmente se encuentra en seguimiento conjuntamente con el Servicio de Digestivo de nuestro hospital.

**Comentarios:** El espacio retroperitoneal es un área anatómica compleja donde se localizan un gran variedad de órganos; ello conlleva la realización de un diagnóstico diferencial amplio del posible foco primario causante de la colección. Es in-

dispensable el uso de las técnicas radiológicas para el diagnóstico, siendo el TC abdomen la prueba de imagen de elección. El drenaje percutáneo de la colección, guiado mediante ecografía o TC abdomen, constituye actualmente el tratamiento de elección; deberá asociarse una cobertura antibiótica.

## Tumor de buschke-löwenstein perineal. Abordaje quirúrgico: escisión local amplia

Perez Alberca C; Alvarez Medialdea J; Gutierrez Martinez A; De La Vega Olias C, Martinez Vieira A, Falckenheiner Soria J.

Hospital Universitario Puerto Real ( Cádiz)

**Objetivos:** Presentar un caso de un paciente que presenta tumoración gigante perineal con diagnóstico clínico de Tumor de Buschke-Löwenstein.

**Materiales y métodos:** Se trata de un varón de 44 años de edad, VIH positivo, derivado de las consultas externas de Infecciosos por presentar tumoración perianal de 2 años de evolución que clínicamente se manifestaba como proctalgia recurrente. No rectorragia ni síndrome constitucional acompañante. Cabe destacar como antecedentes el ser fumador activo, bebedor moderado, politoxicómano, EPOC moderado, infección VHC y VIH en seguimiento por Unidad de Infecciosos y en tratamiento con terapia antirretroviral ( norvir, vired, fosamprenavir y didanosina, así como múltiples intervenciones previas por condilomas perianales previas. Se observa un gran déficit de autocuidado. Buen estado general, normohidratado y normocoloreado. En región perianal presenta enorme masa excrecente y de aspecto papilomatosa con un diámetro máximo de 12 cms, que circunscribe la región anal, dividida en dos tumoraciones claramente definidas una en margen lateral derecho y otra en margen lateral izquierdo desde las 24 a las 16h en posición genupectoral. Tacto rectal sin hallazgos patológicos Analítica sin hallazgos de interés.

**Resultados:** Con el diagnóstico clínico de tumor de Buschke-Löwenstein se programa la intervención, siendo sometido a una resección quirúrgica con escisión local amplia de la neoplasia y cierre por segunda intención, desestimando la realización de plastia con colgajos de avance como primera opción, por la falta de autocuidado por parte del paciente. El paciente es dado de alta sin incidencias en el postoperatorio. EL resultado de la AP informa como condiloma acuminado con presencia de foco de displasia intraepitelial moderada con cambios coilocíticos con márgenes libres.

**Conclusiones:** Hasta el día de hoy, el tumor de Buschke-Löwenstein representa un reto terapéutico. Esto se debe principalmente a su alta tasa de recurrencia (hasta 70%) y a la probabilidad de transformación maligna a carcinoma epidermoide en relación con su asociación al VPH. Aunque el tratamiento del tumor de Buschke-Löwenstein sigue siendo controversial, la cirugía es el tratamiento que ofrece los mejores resultados con la menor tasa de recidiva (50% con cirugía vs 67% con cualquier otro tratamiento). Se han descrito varios procedimientos quirúrgicos siendo los más recomendados la escisión local amplia con cierre por segunda intención, reconstrucción local o cierre con pegamento de fibrina

### **Carcinoma neuroendocrino metastásico como hallazgo incidental en el contexto de un abdomen agudo**

Perez Alberca C; Alvarez Medialdea J; De La Vega Olias C; Martinez Vieira A; Falckenheiner Soria J; Moreno Arciniegas A.

*Hospital Universitario Puerto Real ( Cádiz)*

**Objetivos:** A continuación se expone al caso clínico de una paciente con diagnóstico incidental de una neoplasia neuroendocrina metastásica en el contexto de un abdomen agudo.

**Materiales y métodos:** Revisión de Historia clínica Se trata de una paciente de 70 años que ingresa en urgencias por presentar astenia y epigastralgia de carácter punzante asociada a ECG FA con RVR y rachas de TV mientras se encontraba realizándose Ecocardiograma en CCEE de Cardiología por estudio de dolor torácico atípico. Tras estabilización hemodinámica se completa la anamnesis, en la que el paciente refiere cuadro de rubor facial paroxístico, astenia, anorexia con pérdida de 15 kgs de peso, epigastralgia de carácter cólico no relacionada con la ingesta, así como la aparición de lesiones nodulares con bordes eritematosos no ulceradas y fondo violáceo diseminadas en abdomen, antebrazos y extremidades inferiores de un mes de evolución, éstas últimas en tratamiento corticoideo desde hace 2 semanas. Todo ello compatible con un síndrome carcinoide. Como antecedentes personales destacan la existencia de alergia a amoxicilina. Dislipemia e Hiperuricemia en tratamiento con gemfibrozilo y alopurinol, respectivamente, poliposis colónica no hereditaria y cólicos renoureterales de repetición. A la exploración física, el paciente presenta regular estado general, consciente, orientado y colaborador. Eritema facial, palidez mucocutánea aunque con buen estado de hidratación. Estable hemodinámicamente desde el punto de vista cardiovascular y respiratorio. Abdomen globuloso, timpanizado, doloroso a la palpación superficial en epigastrio y mesogastrio con signos de peritonismo. En abdomen y extremidades inferiores persisten las lesiones nodulares descritas con anterioridad. Análíticamente, presenta leucocitosis con neutrofilia, elevación de los RFA y alteración de los marcadores de función renal y hepática. Se decide la realización de TAC urgente toraco-abdominal con contraste IV donde se objetiva la presencia de neumoperitoneo en relación con perforación de víscera hueca a nivel de antro gástrico así como múltiples lesiones nodulares hepáticas y esplénicas compatibles con metástasis. En bases pulmonares, presencia de nódulos, y lesión polilobulada en hilio pulmonar izquierdo sospechosa de adenopatías versus tumor primario pulmonar.

**Resultados:** El paciente es intervenido realizándose laparotomía urgente con cierre simple de la perforación prepilórica y epiploplastia. Se toman muestras para estudio anatomopatológico de pared gástrica, biopsia hepática, epiplón mayor, líquido peritoneal y lesiones cutáneas con resultado de carcinoma neuroendocrino metastásico, con inmunohistoquímica con positividad para cromograninas y sinaptofisina. El postop-

eratorio cursa sin incidentes, siendo dado de alta al sexto día. EL paciente es diagnosticado de Carcinoma Neuroendocrino estadio IV siendo derivada a Consultas de Oncología para tratamiento y evolución.

**Conclusiones:** El síndrome carcinoide es la situación clínica resultante de la acción de diversas sustancias elaboradas en exceso por el tumor neuroendocrino. Se presenta aproximadamente en un 3 % de los pacientes, y cuando aparece este síndrome frecuentemente existen metástasis hepáticas. Se caracteriza por la presencia de fenómenos vasomotores, dado por enrojecimiento cutáneo o flushing El síndrome carcinoide es generalmente la manifestación clínica de enfermedad avanzada, siendo uno de los mayores determinantes de la supervivencia, la presencia de metástasis hepáticas.

### **Recurrencia del Hepatocarcinoma en el trasplantado hepático**

Cepeda C, Bernal C, Tinoco J, Camacho V, Olivares C, Maya C, Alamo JM, Suarez G, Marin LM, Serrano J, Padillo FJ, Gomez Bravo MA

*H. U. Virgen del Rocío*

**Introducción:** La supervivencia del trasplantado por hepatocarcinoma (CHC) se afecta por la recurrencia (R) del mismo que puede ser precoz (RP) o tardía (RT) y ocurre con frecuencia en tumores que sobrepasan los criterios de Milán (CM), presentan infiltración capsular o infiltración vascular en el explante. El tratamiento pretrasplante podría modificarlas.

**Objetivos:** Determinar las tasas de recurrencia del CHC en pacientes cuyo explante cumple, o no, con los criterios de Milán y su relación con el tiempo (RP: <1año, vs RT: >1 año). Estudiar si el tratamiento pretrasplante influye en las mismas y valorar la supervivencia.

**Pacientes y método:** Se ha realizado un estudio retrospectivo de los 818 pacientes trasplantados hepáticos en nuestra Unidad desde 1990 a 2011. Seleccionamos los 149 trasplantados por carcinoma hepatocelular y excluimos 19 pacientes fallecidos en el primer mes. Establecimos dos grupos: explante cumple, o no, criterios de Milán; y se han determinado las tasas de recurrencia precoz y tardía. Se ha realizado una base de datos con las variables demográficas de los pacientes, fecha del trasplante, tratamiento pretrasplante, tamaño tumoral, nº de nódulos en el explante, infiltración capsular, invasión vascular, criterios de Milán, recidiva precoz y tardía, fecha de recidiva, fecha de éxitus o último seguimiento. Los datos continuos se informaron como medias. Las estimaciones de supervivencia se calcularon utilizando el método de Kaplan-Meier, la comparación de resultados entre los grupos se realizó mediante la prueba de log-rank. El valor de p inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

**Resultados:** Entre 1990-2011 se realizaron 892 TOH en 818 pacientes, edad media 51,62± 10,02 años (14 - 69 años). El trasplante-CHC se realizó en 149 pacientes 18,2% De 130 pacientes incluidos (111 varones 85,4%y 19 mujeres 14,6%), en 49(38%) el CHC se asociaba al VHC+, 43 a alcohol (33%), 30 al VHB (23%) y en 8 a otras etiologías (6%). En 62 pacientes

(47,7%) se realizó tratamiento previo del CHC. En 97 explantes, los tumores cumplían con los criterios de Milán (74,6%). La recurrencia ocurrió en 19 pacientes (14,6%), 10 pacientes cumplían CM (10,3%) vs 9 no (27,7%), ( $p=0,01353$ ). La recurrencia precoz ocurrió en 4 pacientes que cumplían CM (4,12%) vs 4 no 12,12% y la recurrencia tardía se presentó en 6 pacientes que cumplían CM 6,1% vs 5 no 15,5% ( $p=0,05$ ). La recurrencia se presentó en 17,6% de los pacientes sin tratamiento vs 11,2% con tratamiento ( $p=0,1537$ ). La supervivencia de la serie analizada a 1, 3 y 5 años: fue del 84,6%, 74,2% y 63,9%, la supervivencia de los pacientes que cumplían con los criterios de Milán fue de 89,7%, 83% y 69,1% vs del 69,7%, 57% y 48,7% de los que los sobrepasaban ( $p=0,021$ ). La supervivencia de los pacientes que presentaron infiltración capsular a 1,3 y 5 años fue del 58,8%, 32,7% y 19,6% vs 88,4%, 82,3%, 70% que no la presentaban ( $p=0,00001$ ), la supervivencia de los pacientes con invasión vascular fue del 76,7%, 58,1% y 36,9% vs 87%, 81,4% y 72,2% que no la presentaban ( $p=0,00033$ ), la supervivencia de los pacientes con tratamiento en lista de espera fue del 85,5%, 76,7% y 68,1% frente a 83,8%, 73,4% y 60,9% frente a los pacientes sin tratamiento. ( $p=0,8$ )

**Conclusiones:** La recurrencia del carcinoma hepatocelular determina la supervivencia de los pacientes trasplantados hepáticos por esta etiología. Esta se presenta con mayor frecuencia en aquellos pacientes que sobrepasan en el explante los criterios de Milán, que presentan infiltración capsular o invasión vascular. Encontramos diferencias en recurrencia precoz y tardía que se presenta con mayor frecuencia en los pacientes que sobrepasan los criterios de Milán. No encontramos diferencias, en la etiología viral o no de la cirrosis ni tampoco en aquellos pacientes con, o sin, tratamiento previo en lista de espera.

### **Debut de enfermedad de Crohn en un adulto como Obstrucción Intestinal secundaria a Adenocarcinoma de Colon**

A. Sáez Zafrá; Á. Szuba; B. Mirón Pozo; S. Alonso García; A. L. Romera Martínez; J. L. Tovar Martínez; J. A. Jiménez Ríos.

*Hospital Universitario San Cecilio (Granada)*

**Objetivos:** Destacar el carácter infrecuente del debut de una enfermedad de Crohn con un cuadro obstructivo secundario a un Adenocarcinoma de Colon, en nuestro caso de colon derecho. Generalmente el debut del Crohn por cuadro obstructivo suele presentarse por una estenosis de intestino delgado (más frecuentemente en ileon terminal). El objetivo de esta comunicación es dar a conocer un nuevo caso de esta asociación y discutir posibles factores que la facilitan: Debut de un Crohn en la edad adulta como adenocarcinoma simultáneo a ileítis terminal de Crohn. Se realiza la exposición del caso que nos compete, una revisión de la clínica de estos enfermos así como los cuadros de debut y abdomen agudo que presentan.

**Material y métodos:** Paciente, varón de 75 años con antecedentes de hiperplasia benigna de próstata, Insuficiencia renal leve, hernia de hiato, anemia crónica y estenosis aórtica.

Intervenido por hernia lumbar y de aneurisma de aorta con colocación de prótesis valvular. En tratamiento habitual con acenocumarol y tamsulosina. No antecedentes familiares de interés. No alergias medicamentosas conocidas. Acude a nuestro Servicio de Cirugía, tras ser estudiado y derivado desde otro hospital, por cuadro de obstrucción intestinal secundaria a Adenocarcinoma de Ciego. Presenta una clínica, de dos semanas de evolución, consistente en distensión y dolor abdominal generalizado, astenia, pérdida de peso y vómitos de contenido fecaloideo, además de deposiciones diarreicas. Acude con pruebas complementarias realizadas: 1) TAC de abdomen que informa de distensión de asas, más evidente a nivel de intestino delgado y hemicolon derecho, con formación de algunos niveles hidroaéreos, sin evidencia de adenopatías de tamaño significativo en mesenterio, retroperitoneo superior ni inguinopélvica; no colecciones organizadas ni aire libre extraluminal, concluyendo en su juicio clínico como hallazgos de imagen inespecíficos en probable relación con pseudooclusión intestinal. 2) La colonoscopia informa de probable enfermedad de Crohn con afectación de la válvula ileocecal sin poder descartar neoplasia de la que se toman muestras para biopsias. 3) En el tránsito gastrointestinal baritado destaca hernia de hiato con RGE repetitivo y discreto engrosamiento de la pared de ileon terminal sin estenosis, dilatación o fistulas evidentes, con marcado engrosamiento de la pared de colon derecho con deformidad en su contorno. 4) El informe anatomopatológico informa de Adenocarcinoma de ciego.

**Resultados:** Tras ser ingresado a nuestro cargo y dado que presenta un cuadro de obstrucción intestinal que le produce abdomen agudo y ya se encuentra estudiado, se deduce laparotomía exploradora urgente, hallado neoformación a nivel de ciego que asciende hasta colon derecho, con signos de inflamación local y áreas deslustradas a nivel de ileon terminal. No líquido libre ni perforación. No se palpan LOES hepáticas. Resto de la exploración de la cavidad sin hallazgos. Se realiza hemicolectomía derecha con anastomosis latero-lateral mecánica, dejando drenaje de tipo Penrose cercano a la anastomosis. El paciente es dado de alta en el séptimo día postoperatorio sin incidencias y derivado a la consulta de Digestivo. El resultado del estudio anatomopatológico es de: 1) Ileon terminal, ciego y colon ascendente (hemicolectomía derecha): adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado, que infiltra la pared hasta alcanzar grasa subserosa proximal (pT3). Ausencia de invasión vasculo-linfática y perineural límites quirúrgicos de resección proximal y distal libres de tumor y sin alteraciones morfológicas significativas. 2) Ganglios linfáticos: adenopatías libres de tumor las 25 aisladas con presencia de linfadenitis crónica reactiva de carácter inespecífico (pNo). 3) Ileon Terminal: enfermedad de Crohn en fase activa que afecta a ileon terminal, con presencia de úlceras lineales, fisuras mucosas y submucosas, marcada edematización y hemorragia focal intramural a nivel de ciego. Presencia de agregados linfoides abundantes sin que se evidencien granulomas epitelioides.

**Conclusiones:** Los pacientes con enfermedad de Crohn pueden tener síntomas muy variables. Unos pocos no sufren casi molestias, otros tienen molestias graves y continuas, y la mayoría se encuentra entre uno y otro extremo, con síntomas

que aparecen y desaparecen, todo ello dependiendo de dónde esté localizada la enfermedad. Si la afectación es de intestino delgado (ID), la más común, tienen sobre todo diarrea, dolor abdominal y síntomas generales: debilidad, pérdida de peso y falta de apetito. En el caso de la afectación del colon va a predominar la diarrea, a veces con sangre. Cabe destacar, como en el caso que presentamos, que los síntomas de estenosis o estrechez, producen menos dolor y son los que en mayor probabilidad presentan cuadros de obstrucción intestinal. La obstrucción intestinal suele ser secundaria a una estenosis, producida por la propia enfermedad, generalmente en ileon terminal (localización más frecuente). Infrecuentemente el debut como obstrucción es secundario a un proceso neoplásico (que suele afectar al colon). Esto es debido a que a pesar de que la E. Crohn es más prevalente el AdenoCarcinoma de colon (respecto a la población general), éste suele desarrollarse después de haber sido diagnosticado el paciente de Crohn por otro motivo y a los varios años de evolución o no desarrollarse. Este es el motivo fundamental por el que exponemos nuestro caso. En definitiva, lo que hace especial e infrecuente nuestro caso radica en tres puntos fundamentales: 1) la edad del diagnóstico tardía (75 años), 2) la forma de presentación (obstrucción secundaria a AdenoCarcinoma de Colon y no a estenosis ileal) y 3) la simultaneidad con el cuadro de ileítis terminal como diagnóstico anatomopatológico de E. Crohn. Además, es importante destacar que nuestro paciente carecía de afectación extraintestinal de su EEI así como de otras alteraciones del tubo digestivo que pudieran relacionarse con la misma (fundamentalmente patología anorrectal de tipo fístula, fisura o úlcera perianal), para haber podido tener un diagnóstico de sospecha ni tampoco tenía antecedentes familiares de EEI. Tan solo presentaba anemia crónica, hecho que podemos atribuir al cuadro neoplásico.

### Angioma esplénico de células litorales: presentación de un caso clínico

N. Palomino, L. Vázquez, R. Delgado, B. Sánchez, M. Serradilla, E. Dabán, A. Reguera, M. Medina.

*Complejo Hospitalario de Jaén*

Los tumores vasculares son las neoplasias primarias más frecuentes del bazo, la mayoría de las cuales son benignas, y de éstas las más frecuentes son los hemangiomas. El angioma de células litorales es un tumor vascular esplénico benigno poco frecuente, descrito por primera vez por Falk y cols en 1991, que deriva de las células que rodean los senos de la pulpa roja esplénica o células litorales. Estos tumores presentan una diferenciación inmunohistoquímica doble (endotelial e histiocitaria), motivo por el que no se habían incluido en las categorías descritas hasta ese momento. Clínicamente el 45% de los pacientes diagnosticados presentan esplenomegalia con o sin dolor abdominal, a veces asociada a anemia, trombocitopenia o fiebre. En el 55% restante, el hallazgo de la lesión es fortuito, ya que cursa asintomático. En muchos de estos pacientes, el tumor se presenta asociado a otra neoplasia visceral tales como gástrico, renal, pancreático u ovárico entre otras, por lo que se recomienda investigar dicha asociación. El diagnóstico

diferencial del angioma de células litorales hay que realizarlo con otras lesiones vasculares esplénicas como hemangioma, linfangioma, hamartoma, hemangioendotelioma, angiosarcoma y la recientemente descrita transformación angiomatoide nodular esplénica (SANT). El tratamiento de elección se basa en la esplenectomía laparoscópica. Presentamos un caso clínico de un varón de 60 años en estudio por anemia intensa y síndrome constitucional de meses de evolución. Durante dicho estudio se evidencia, en el TAC abdominal, esplenomegalia de 169x113x155 mm remplazado por múltiples lesiones hipodensas, confluentes, que alteran el contorno esplénico. Posteriormente, es intervenido de forma reglada realizándose esplenectomía laparotómica, tras conversión, por desgarró de la cápsula esplénica. El estudio anatomopatológico definitivo informa de angioma esplénico de células litorales (CD-34, CD-68 y Factor VIII positivos). La evolución postoperatorio fue favorable siendo alta a los 6 días. Conclusiones. El angioma de células litorales es una neoplasia esplénica benigna poco frecuente. En la mayoría de casos se presenta de forma incidental; en el resto de pacientes la clínica se caracteriza por esplenomegalia con o sin dolor abdominal, anemia, trombocitopenia o fiebre. En todos los pacientes debemos descartar asociación a otra neoplasia visceral. El tratamiento se basa en la esplenectomía, preferiblemente laparoscópica.

### Perforación por diverticulitis yeyunal; una serie de casos

N. Palomino, E. Dabán, A. Palomares, P. Machuca, L. Vázquez, B. Sánchez, M. Serradilla, M. Medina.

*Complejo Hospitalario de Jaén*

La diverticulosis de intestino delgado es una entidad poco frecuente, con una incidencia que oscila entre 0.3 y 1% en series de autopsias y que alcanza el 2.3% como hallazgo incidental en exploraciones radiológicas. Suelen ser múltiples, afectando más frecuentemente a tramos proximales de yeyuno y parecen ser más frecuentes en varones mayores de 50 años. Su etiología no es bien conocida, pero el incremento de presión intraluminal parece jugar un papel importante originando una herniación de la mucosa y submucosa. También cabe pensar su existencia en relación con patología del tejido conectivo, y en este sentido aportamos uno de nuestros pacientes, afecto de síndrome de Ehlers-Danlos. En la inmensa mayoría de las ocasiones (hasta más del 80% de casos) son asintomáticos por lo que pasan desapercibidos; en ocasiones se manifiestan con dolor abdominal postprandial, náuseas o vómitos, alteración del tránsito intestinal, pérdida de peso, esteatorrea y debilidad. Aunque de forma inusual, los divertículos en yeyuno pueden producir graves complicaciones tales como diverticulitis, hemorragia y perforación, siendo ésta última la más grave. Cuando se produce, las manifestaciones pueden ser más o menos larvadas, presentándose con una clínica variable: desde un cuadro de perforación de víscera hueca con la urgencia quirúrgica que corresponde, hasta un proceso más silente con un dolor sordo, alteraciones analíticas y radiológicas que orientan hacia un proceso inflamatorio intestinal o la presencia de un absceso intersticial. En cualquier caso, el diagnóstico

preoperatorio no es habitual, precisando de un radiólogo experto y pensar en esta entidad como posible origen de peritonitis localizada o generalizada. El diagnóstico se confirma tras una laparotomía exploradora y resuelta la complicación la evolución suele ser satisfactoria, siendo excepcional la reaparición de complicaciones en los divertículos restantes. Presentamos 4 pacientes diagnosticados de perforación de divertículo yeyunal por diverticulitis y peritonitis secundaria en un breve periodo de tiempo. El diagnóstico se confirmó tras la intervención quirúrgica y posterior estudio AP. En uno de ellos el diagnóstico se sospechó preoperatoriamente por la imagen del TAC. Conclusiones: Los divertículos yeyunales son una patología poco frecuente, que habitualmente no condicionan síntomas, y cuando lo hacen suele ser por complicaciones de los mismos. La complicación más habitual y grave es la inflamación y perforación, y el diagnóstico se suele hacer tras una laparotomía exploradora, siendo inusual el diagnóstico preoperatorio.

## Leiomioma gigante intestinal complicado

Infantes Ormad, Marina; Reyes Díaz, María Luisa; López Ruiz, Jose A.; Pérez Margallo, Esther ; Del Río LaFuente, Franci

*Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

**Introducción:** El leiomioma intestinal es un tumor mesenquimal benigno cuya localización más frecuente es el esófago, y en menor medida colon y recto. Plantea para el cirujano un diagnóstico diferencial con el tumor de GIST, diferenciándose de este por su negatividad frente al c-KIT en el diagnóstico molecular. Presentamos un leiomioma gigante intestinal fistulizado de 28 cm que ocupa toda la cavidad abdominal, que en un principio impresiona de GIST, no siendo en las pruebas diagnósticas dirimir su naturaleza.

**Caso Clínico:** Varón de 48 años con ingreso urgente por cuadro de abdomen agudo, presentado fiebre, distensión abdominal y heces diarreicas. En las pruebas complementarias se aprecia una discreta anemia e hipopotasemia con aumento de la proteína C reactiva y de la lactato deshidrogenasa (LDH). En la TAC se observa gran masa intraperitoneal de aspecto tumoral de aproximadamente 28 cm extendiéndose por la raíz mesentérica desde la sínfisis pubiana hasta un nivel caudal al páncreas, existiendo zonas de necrosis, niveles hidroaéreos y estructuras vasculares, sin poder determinar de qué órgano depende. Ante el empeoramiento progresivo de su situación clínica se interviene de urgencias, objetivándose gran masa intraabdominal que depende de ileon. Se realiza exéresis de la masa que incluye un asa intestinal, realizándose resección y anastomosis ileo-ileal latero-lateral. La anatomía patológica informa de Leiomioma Necrosado y Abscesificado. El paciente fue dado de alta sin complicaciones y se mantiene asintomático hasta el momento. Conclusiones: Dada la dificultad en el diagnóstico diferencial entre Leiomiomas (tumores benignos) y GIST (malignos/ potencialmente malignos), está indicada la resección de los tumores mesenquimales del tracto gastrointestinal en función del tamaño, el índice de mitosis, el lugar de origen, la morfología y la sintomatología. Autores: Infantes Ormad, Marina; Reyes Díaz, María Luisa;

López Ruiz, Jose A.; Pérez Margallo, Esther ; Del Río LaFuente, Francisco; Sánchez Moreno, Laura; López Pérez, Jose; Oliva Mompeán, Fernando.

## Colangiopatía isquémica con arteria hepática permeable: complicación en receptor hepático de donante que sufre pcr

Triguero, J; Fundora, Y; Muffak, K; Becerra, A; Villegas, M; Garrote, D; Ferrón, JA.

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada*

**Introducción:** La colangiopatía isquémica es una complicación a tener en cuenta en el postoperatorio tardío de los receptores de trasplante hepático. Consiste en una estenosis no anastomótica de la vía biliar, de localización hiliar o intrahepática. Históricamente se ha atribuido a causas como la trombosis de la arteria hepática, entre otras. Sin embargo, el creciente número de donantes en asistolia, nos ha permitido un mejor conocimiento de esta entidad patológica y de sus posibles etiologías. Presentamos el siguiente caso de varón, receptor de injerto hepático procedente de donante en muerte cerebral. El donante, sufre parada cardiorrespiratoria (PCR) prolongada controlada con soporte vital avanzado (SVA), y realiza donación tras 7 días de estancia en UCI. Tanto el aspecto macroscópico del órgano, como la analítica (GPT 18) mostraron normalidad previamente a la realización del implante. CASO CLÍNICO Varón 53 años, grupo A+, IMC 29, candidato a trasplante hepático por cirrosis de etiología mixta (enólica +VHC), con hipertensión portal complicada con episodio de HDA tratada con colocación de bandas vía endoscópica y ascitis refractaria. Presentaba puntuación Child-Pugh B-7, con un MELD de 23. Receptor de injerto hepático procedente de donante varón en muerte encefálica, grupo A-, IMC 26, tras parada cardiorrespiratoria de 20 minutos de duración por TCE, controlada con SVA y con posterior fallecimiento tras 7 días de estancia en UCI. La analítica mostró valores de transaminasas normales, con ecografía rigurosamente normal y sin signos macroscópicos de isquemia del órgano. Se realizó trasplante de injerto completo mediante hepatectomía con preservación de cava (Piggy-Back), con derivación porto-cava temporal, y anastomosis entre arteria hepática común del receptor y el tronco celíaco del donante, sin incidencias durante el acto quirúrgico, ni síndrome post-reperfusión. Tras la cirugía presenta buena evolución inicial, con ecografías de control que no mostraron alteraciones en el injerto, vasculares ni biliares. Al 7º mes post-trasplante debuta con aumento de enzimas de colestasis (GGT 932, FA 436), hiperbilirrubinemia (BT 6.1 a expensas de BD de 4.5) y prurito intenso. Tras varios episodios de colangitis de repetición, se realiza biopsia hepática que descarta rechazo del injerto y recidiva de VHC. La ecografía doppler demostró dilatación segmentaria e irregular de la vía biliar intrahepática, con segmentos de estenosis bilaterales, sin evidencia de complicación a nivel de arteria hepática, en la que se detectó flujo normal. Se realiza colangiorresonancia objetivándose estenosis biliar no anastomótica sin compromiso arterial. Al 8º mes se realiza retrasplante por disfunción crónica del injerto hepático a causa de

colangiopatía isquémica con arteria hepática permeable, con buenos resultados. La histopatología de la pieza de hepatectomía describe parénquima hepático con necrosis perivenular y hepatocitaria en ciertas zonas de forma masiva, así como esteatosis micro-macrovacuolar y presencia de colestasis con signos de balonización, con ausencia de recidiva de VHC.

**Conclusiones:** El desarrollo de colangiopatía isquémica es dependiente de factores de riesgo del donante: edad, tiempo transcurrido entre PCR y SVA, tiempo de isquemia caliente, tiempo de circulación extracorpórea, etc. Así, en todo receptor de trasplante hepático procedente de donante que ha sufrido PCR, debemos de valorar la posibilidad de desarrollo de colangiopatía isquémica con arteria hepática permeable, tal y como presentamos en nuestro caso.

### Experiencia clínica en el tratamiento del divertículo de meckel

Infantes Ormad, Marina; Valera Sánchez, Zoraida; Curado Soriano, Antonio; Del Río Lafuente, Francisco; López Ruiz, Jose

*Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

**Introducción:** Siendo la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, el tratamiento del divertículo de Meckel, que resulta de la persistencia del conducto onfalomesentérico, sigue siendo hoy en día un tema de controversia.

**Objetivos:** y Material y métodos: Aportar nuestra experiencia clínica en cuanto al tratamiento quirúrgico del divertículo de Meckel, y las posibles complicaciones derivadas de su resección. Nuestra serie incluye 22 pacientes diagnosticados de Divertículo de Meckel entre Enero de 2008 y Diciembre de 2012, con un seguimiento mínimo de 6 meses, en los que analizamos su diagnóstico urgente/ incidental, causa de complicación al diagnóstico, resección/ no resección, técnica quirúrgica empleada, complicaciones postquirúrgicas, abordaje, edad y sexo.

**Resultados y conclusiones:** De los 22 pacientes incluidos, el 50% desarrollaron alguna complicación (diverticulitis de Meckel, hemorragia digestiva, obstrucción intestinal), todos ellos menores de 18 años, y la otra mitad se diagnosticaron de forma incidental en el transcurso de una laparotomía (con edades comprendidas entre los 30 y los 65 años). De los 20 pacientes en los que se practicó resección, la vía de elección fue abierta en el 75% (15) y laparoscópica en el 25% restante (5). En cuanto a la técnica de resección, en el 50% (10) se realizó con GIA, en el 35% (7) se realizó resección segmentaria y anastomosis T-T manual, y en el 15% (3) resección en cuña. En el análisis AP se objetivaron dentro de los divertículos, un tumor carcinoide y 3 metaplasias gástricas. Complicaciones en el postoperatorio inmediato: un íleo parético y una obstrucción intestinal, resueltas con tratamiento conservador. No se han observado complicaciones a largo plazo. La resección del divertículo de Meckel en una técnica segura, necesaria en caso de complicación y recomendable en el diagnóstico incidental siempre que las condiciones y la edad del paciente lo permitan.

### ¿He cumplido mi programa de formación?

Turiño Luque JD, Ferrón-Orihuela JA

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves*

**Introducción:** El programa nacional de la Especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo (B.O.E. 110 del 8 de mayo de 2007) recoge las intervenciones necesarias que debe realizar el especialista interno residente (EIR) para completar su formación, algunas de ellas como cirujano principal, si bien otras debe haber actuado como primer ayudante. La presión asistencial que ocupa nuestro quehacer diario, imposibilita en muchas ocasiones la consecución de dichos objetivos, quedando relegada en muchas ocasiones la actuación como cirujano principal al quirófano de urgencias (guardia). **Objetivos:** Conocer el grado de cumplimiento obtenido durante mi formación en un hospital de tercer nivel respecto los reflejados en el programa nacional de la especialidad.

**Material y métodos:** Durante los cinco años de formación he realizado una base de datos con todas las intervenciones en las que he participado activamente registrando: número de historia clínica, diagnóstico CIE-9, tipo de cirugía (CIE-9), localización por órganos (tiroides-paratiroides, pared abdominal, esófago,...), posición (cirujano, ayudante), laparoscopia, conversión, laparotomía, año de residencia, cirujano responsable. Se ha empleado el programa SPSS 15.0 para el análisis de resultados.

**Resultados:** He participado en 1458 en mi servicio, siendo el 62,8% intervenciones urgentes (n=901). La distribución global según la posición en quirófano fue: cirujano principal 46,7% (n=682), ayudante 1º 28% (n=408), ayudante 2º 21,1% (n=307) y ayudando a residente de menor año 4,2% (n=61). El grado de cumplimiento como cirujano fue superior en (intervenciones realizadas/mínimo): hernia inguinocrural (43/25), hernia umbilical (18/10), eventroplastias (11/10), fistulas/abscesos (66/20), colectomías (11/10), colecistectomías abiertas (8/5), colecistectomías laparoscópicas (107/”al menos 15”). En menor proporción: úlcera péptica complicada (5/8), esfinterotomía interna (8/10), resección de recto (1/3), hemoirroidectomías (5/15), cirugía de la VBP (2/4), esplenectomía (1/3), tiroidectomía (2/10). El resto de las intervenciones no las realicé como cirujano aunque sí estuve presente en gran número como ayudante (1º ó 2º): cirugía antirreflujo (6/3), hernia paraesofágicas (6/1), achalasia (3/1), abordaje esófago cervical (6/1), gasatrectomías (9/3), resección hepática menor (4/4). En cuanto a las intervenciones que debo presenciar como ayudante: resecciones esofágicas (5/5), resección hepática mayor (4/5), duodenopancreatectomías cefálicas (9/5), extracciones hepáticas (8/3), trasplante hepático (6/2). La patología mamaria forma parte de nuestra rotación externa en Ginecología y Cirugía plástica no alcanzando los objetivos planteados en el programa.

**Conclusiones:** El cumplimiento del programa de formación de la especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo es difícil, debido a la alta presión asistencial. Sería necesario revisar el Programa de Formación de la especialidad para adaptarlo a la situación actual. Analizar fiablemente el grado de formación teórico-práctico de cada centro, permitiendo a los futuros EIR elegir, no sólo por la mejor enseñanza teórica, sino por el desarrollo de unas buenas habilidades técnicas.

## Obstrucción intestinal por ingesta de bolas de cannabis: revisión de casos

Mercedes Díaz Oteros, Sandra Melero Brenes, Carlos Medina Achirica, Estibaliz Gutierrez Cafranga Y Francisco Mateo Vallejo

*Hospital General de Jerez (Jerez De La Frontera, Cádiz)*

**Introducción:** El tráfico de drogas mediante la ingesta de bolas de cannabis supone un gran riesgo de padecer una obstrucción gastrointestinal y/o intoxicación grave para la persona que las transporta.

**Caso Clínico:** Se han revisado los casos de obstrucción intestinal secundarios a la ingesta de bolas de cannabis que requirieron tratamiento quirúrgico en nuestro servicio durante un periodo comprendido de 4 años (2008- 2011). CASO 1: varón de 45 años que tras consumo de >40 bolas de cannabis consultó por presentar vómitos y dolor abdominal. Se le realizó una laparotomía exploradora con gastrotomía, enterotomía y extracción de cuerpos extraños CASO 2: varón de 27 años, que refirió consumo de 50 bolas, dolor abdominal tipo cólico y náuseas. Se realizó una laparotomía con enterotomía y extracción cuerpos extraños. Presentó como complicación postoperatoria un absceso de pared. CASO 3: varón de 49 años con antecedentes de VHC, rasgos psicóticos y episodio de diverticulitis aguda. Había ingerido >100bolas y presentaba un cuadro de shock séptico. Se procedió a la realización de laparotomía con gastrotomía y enterotomía con extracción de cuerpos extraños. En el postoperatorio presentó fracaso multiorgánico, insuficiencia renal y respiratoria aguda. CASO 4: varón de 35 años, adicto a cocaína y con antecedentes de Divertículo de Meckel intervenido. Consultó por estreñimiento y consumo de 50 bolas. Se realizó laparotomía, enterotomía y extracción de cuerpos extraños. Presentó infección de herida quirúrgica.

**Comentarios:** El cannabis es la droga más consumida en España, procede de la planta cannabis sativa y el THC (tetrahidrocannabinol) es su principal principio activo. Las zonas de impactación más frecuentes tras la ingesta masiva de bolas de cannabis son el esófago, píloro, ángulo de Treitz y válvula ileocecal. Hasta un 95% de los pacientes que presenten síntomas gastrointestinales o signos de intoxicación evolucionarán favorablemente con un tratamiento conservador (reposo digestivo y pruebas de imagen hasta la expulsión de los cuerpos). El tratamiento quirúrgico se reservará para aquellos pacientes que presenten alguna complicación grave (dolor abdominal recurrente, obstrucción intestinal, hemorragia, signos de perforación o peritonitis)

## Hernia de garengoot

A.Sáez Zafra; C. González Callejas; Á. Szuba; S. Alonso García; A. L. Romera Martínez; M. Ruiz Morales; J. A. Jiménez Ríos.

*Hospital Universitario San Cecilio (Granada)*

**Objetivos:** La hernia inguinal es una patología frecuente en cirugía. La presencia del apéndice cecal de aspecto normal dentro del saco herniario inguinal se denomina hernia de

Garengoot. Al contrario, la hernia de Amyand, contiene al apéndice inflamado, simulando una hernia estrangulada. Ambas presentan una forma de presentación, diagnóstico y actitud terapéutica diferente. Exponemos el caso de una hernia inguinal derecha de tipo indirecta en la que hallamos el apéndice cecal, parasacular, de aspecto macroscópico normal en un varón de 80 años que es intervenido de forma programada y que únicamente presentaba como clínica tumoración inguinoescrotal de larga data no complicada. Pretendemos determinar el carácter infrecuente de dicha patología, el diagnóstico diferencial que debe realizarse con la hernia de Amyand así como la clínica y tratamiento que está indicado, puesto que es diferente en cada una de ellas.

**Material y métodos:** Paciente, varón de 80 años, con antecedentes personales de Enfermedad Coronaria Multivaso, disfunción sistólica severa grado IV, IAM, Fibrilación Auricular Paroxística, EPOC, Cor Pulmonare crónico, Hipertensión Pulmonar, Insuficiencia cardíaca, Diabetes Mellitus tipo 2, Hiperplasia Benigna de Próstata, isquemia crónica de MMII e HTA. No alergias medicamentosas conocidas. Acude a la consulta de Cirugía, derivado desde atención Primaria, por presentar tumoración inguinoescrotal derecha. Tras la exploración en consulta, es diagnosticado de hernia inguinoescrotal derecha reductible sin signos de complicación. No presenta signos de inflamación local en la zona ni dolor a la palpación ni en las maniobras de reducción, sin signos de peritonismo. Se decide intervención quirúrgica programada. El estudio preanestésico objetiva analítica completa en la normalidad, tras corrección de la coagulación según el protocolo descrito en los pacientes en tratamiento con acenocumarol.

**Resultados:** Mediante inguinotomía y tras apertura por planos se halla y disecciona hernia inguinal de tipo indirecto, tras apertura de saco hallamos que contiene el apéndice cecal que es de localización parasacular, se encuentra adherido a región externa del saco y es de características macroscópicas normales. Nos encontramos ante un caso de hernia de Garengoot. Procedemos a la reducción del apéndice cecal (dado que no presenta signos macroscópicos ni clínica en de apendicitis aguda), cierre de saco peritoneal e introducción del mismo en cavidad abdominal. La hernioplastia se realiza mediante la técnica de Rutkow- Robbins. Intervención que transcurre sin incidencias, siendo dado de alta antes de las 24 horas en régimen de Hospital de Día quirúrgico. En las revisiones posteriores no se aprecia recidiva herniaria ni otra complicación.

**Conclusiones:** La incidencia de ésta se estima en el 1 % de las hernias inguinales en los adultos; sin embargo, la presencia de una apendicitis perforada es aún más inusual (0.3%). También ha sido descrito el apéndice cecal en hernias inguinales izquierdas y tumores carcinoides de apéndice cecal en sacos herniarios. El diagnóstico preoperatorio de contenido apendicular es muy difícil, dado que el paciente es valorado y diagnosticado en la consulta y en la mayoría de las ocasiones no precisa de pruebas de imagen, ya que suele bastar con la exploración clínica. En el caso de solicitar ecografía preoperatoria, la incidencia de no hallar el apéndice en el saco es también alta. En el caso de la hernia de Amyand siempre está indicada la apendicectomía y herniorrafia de urgencia por una vía que permita solucionar el problema, debiéndose tomar las medidas necesarias para evitar la contaminación del canal

inguinal. No está indicada la colocación de malla dado el alto riesgo de infección de la misma. En el caso que nos compete, la hernia de Garengot, la realización de apendicetomía está por debatir, dado que puede añadir comorbilidad a la intervención y contraindica la utilización de malla para la reparación de la hernia. En nuestro caso, se decidió finalmente no realizar apendicetomía por estos motivos, todo ello sumado a la alta comorbilidad, factores de riesgo y edad que presentaba el paciente. Como conclusión podemos decir que la presencia del apéndice cecal dentro de un saco herniario es rara, y cuando ocurre una inflamación del mismo, suele diagnosticarse en el área de Urgencias, sospechando una hernia de Amyand cuando se detecte hernia inguinal derecha irreducible, con signos de peritonitis local, dolor en la fosa iliaca derecha y ausencia de oclusión intestinal. En el resto de los casos, el hecho de hallar un apéndice cecal normal en un saco herniario, hace que el diagnóstico sea en la mayoría de los casos intraoperatorio; optándose por la no realización de apendicetomía, dado que no existe fuente de infección y por lo tanto puede realizarse el tratamiento correcto (colocación de malla) de la hernia.

### Tumores de novo en trasplante hepático

Olivares Oliver C, Bernal Bellido C, Tinoco González J, Camacho Marente V, Álamo Martínez JM, Padillo Ruíz FJ, Gómez Bravo MA

HH UU Virgen del Rocío

**Introducción:** Los tumores de novo representan, junto con los problemas cardiovasculares, una complicación tardía de los pacientes trasplantados con morbimortalidad asociada. Aunque podemos distinguir entre los tumores de piel y de otros órganos, la incidencia de los mismos en estos pacientes varía de unos registros a otros y en las distintas series publicadas. **Objetivos:** Determinar la incidencia de los distintos tumores de novo en los trasplantados hepáticos, así como el tiempo medio transcurrido desde el trasplante hasta su diagnóstico y la supervivencia de estos pacientes comparada con la de los pacientes trasplantados sin tumor de novo.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes trasplantados hepáticos en nuestra Unidad desde 1990 a 2011. Se ha realizado una base de datos con las variables demográficas de los pacientes, fecha del trasplante, tipo de tumor de novo, fecha de diagnóstico, fecha de exitus o último seguimiento. Se han excluido los pacientes con mortalidad en el primer año postrasplante. Los datos continuos se informaron como medias. Las estimaciones de supervivencia se calcularon utilizando el método de Kaplan-Meier, la comparación de resultados entre los grupos se realizó mediante la prueba de log-rank. El valor de p inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Utilizamos para el análisis de los datos el programa SAS versión 9.2 para Windows.

**Resultados:** En 99 /607 pacientes (16,3%) se desarrollaron con tumores de novo, la edad media fue de 51,4 años (51,07 (DE)9,75) para los varones y 51,66 para las mujeres DE: 11.63) Se desarrollaron tumores de novo en 79 /450 varones (17,5%) y en 20/157 mujeres (12,7%) (p=0,07) (La edad media de los

receptores con tumores de novo fue de 54,86 DE: 8,16 para los varones y de 55,5 DE :9,33 para las mujeres. (p=0,019) En las mujeres se detectaron 10 tumores de piel y 10 tumores de órganos sólidos, la edad media de las mujeres en las que se detectaron tumores de órganos sólidos fue de 55,4 años DE: 10,9, en los varones se detectaron 23 tumores de piel y 56 tumores de órganos sólidos, la edad media de los varones fue de 54,66 DE: 8,67. El tumor sólido más frecuente detectado en mujeres fue el de mama (3), seguido del SLPT (2). Los tumores sólidos más frecuentes en varones fueron los del área ORL (13) seguidos de los de pulmón (11), urotelio (10) y SLPT (8) La media de aparición de tumores de novo en órgano sólido fue de 7,7 + 4,1 años postrasplante. Al analizar la incidencia de tumores de novo según la edad: los 574 receptores < 65 años encontramos 58 tumores, excluidos los de piel (10,1%) mientras que los 25 trasplantados > de 65 encontramos 6 (24%) La supervivencia en los paciente con tumores de novo a los 3, 5 y 10 años fue de 87,6, 83,1% y 63% mientras que la de los 511/607 trasplantados hepáticos que no desarrollaron tumores fue de 92,8%, 88,1% 78,6% (p = 0,003) La supervivencia de los paciente con tumores de órgano sólido fue de 84,1%, 79% y 52,4% a 3, 5 y 10 años.

**Conclusiones:** La incidencia de tumores de novo es superior en los pacientes trasplantados que en la población general, No encontramos diferencia por sexo, la edad media de presentación en las mujeres es mayor, Su incidencia alcanza el 24% en los trasplantados mayores de 65 años. El diagnóstico se realiza con una media de 7,7 años tras el trasplante. La aparición de estos tumores supone una disminución de su supervivencia.

### La carcinomatosis peritoneal incidental del cáncer ductal infiltrante de mama

Gila Bohórquez, Antonio; Infantes Ormad, Marina; Sánchez Moreno, Laura; López Ruíz, José; López Pérez, José

Hospital Universitario Virgen Macarena

**Introducción:** El cáncer de mama puede suponer el origen de componente metastásico según la linealidad de sucesos que en este proceso biológico se llevan a cabo. Bien es sabido, mediante estudios epidemiológicos, que los órganos en los que más frecuentemente se produce la metástasis del cáncer lobulillar de mama son ganglios linfáticos, hueso, pulmón e hígado. Sin embargo, también están discretos algunos casos de metástasis a localizaciones gastrointestinales, peritoneo y órganos ginecológicos.

**Material y métodos:** Se describe un caso clínico consistente en una mujer de 67 años intervenida hace cinco años de cáncer ductal infiltrante de mama con quimioterapia y radioterapia adyuvante. En el momento de recibir a la paciente, estaba siendo tratada con tamoxifeno no habiendo recogido aún los resultados referidos a la realización de una TAC abdominal y RMN para rastreo lesional debido a un aumento de marcadores tumorales. Se remite desde el Servicio de Digestivo donde ingresó por vómitos y náuseas de diez días de evolución con la consiguiente realización de TAC en la que se impresiona un aumento del grosor de la pared del yeyuno con proceso

secundario inflamatorio inespecífico estando, en el lugar afecto, un cuerpo extraño no reconocido. Se interviene de manera urgente, realizándose laparotomía exploradora con resección de cincuenta centímetros de yeyuno y anastomosis latero-lateral del mismo encontrándose, de manera incidental, implantes carcinomatosos a nivel peritoneal y yeyunal, los cuales no resultaron ser la causa obstructiva del cuadro clínico.

**Conclusiones:** El cáncer ductal infiltrante de mama es en muchos casos, el origen de la carcinomatosis peritoneal, siendo ésta poco sintomatológica para el paciente y necesitando de pruebas complementarias como los marcadores tumorales para su diagnóstico, seguimiento y tratamiento, fuera parte, de los largos períodos de tiempo que transcurren desde el diagnóstico del cáncer de mama como tumor primario al diagnóstico de la carcinomatosis peritoneal. Para el oncólogo, el hecho de diagnosticar dicho cuadro, es esencial, pues con ello podrá aplicar terapéutica química y hormonal las cuales, han descritos en algunos casos, remisiones del tumor, parcial o completa, durante largos períodos de tiempo.

### Trasplante hepático por cirrosis enólica: estudio del rechazo agudo y rechazo crónico

Tinoco González J, Bernal Bellido C, Jiménez Riera G, Camacho Marente V, Álamo Martínez JM, Padillo Ruíz Fj, Gómez Bravo MA  
HH UU Virgen del Rocío

**Introducción:** El rechazo agudo (RA) suele ocurrir en las primeras semanas y meses postrasplante, si bien “agudo” no hace referencia la tiempo sino a los hallazgos patológicos y la reversibilidad del cuadro. Tiene una incidencia del 12-19% (hasta 80% si se realiza biopsia en la primera semana), y actualmente no supone un grave problema en el paciente trasplantado. El rechazo crónico (RC), es menos frecuente (2,5-17%), e irreversible, y se afecta sobre todo el epitelio biliar y el endotelio vascular. La única forma de realizar el diagnóstico adecuado es la biopsia hepática.

**Objetivos:** Determinar la incidencia de rechazo agudo y crónico confirmado por biopsia en el paciente trasplantado por cirrosis OH y determinar la influencia en el mismo de las variables del receptor y donante.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes trasplantados hepáticos por cirrosis alcohólica, en nuestra Unidad desde 2005 a 2011. Se ha realizado una base de datos con las variables demográficas de los pacientes, fecha del trasplante rechazo agudo y crónico confirmado por biopsia, fecha de diagnóstico, fecha de exitus o último seguimiento. Los datos continuos se han informado como medianas. Las estimaciones de supervivencia se han calculado utilizando el método de Kaplan-Meier, la comparación de resultados entre los grupos se realizó mediante la prueba de log-rank. El valor de  $p$  inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Utilizamos para el análisis de los datos el programa IBM SPSS Statistics versión 20.

**Resultados:** Se realizaron 389 trasplantes hepáticos, 93 por cirrosis alcohólica (24%), de los cuales 89,1% fueron varones.

La mediana de edad fue de 54 años. Se realizó biopsia hepática postrasplante en el 57,3% de los pacientes por alteración del perfil hepático: se confirmó RA en el 23,7% (22 casos) y RC en el 11,8% (11 casos). Analizamos la relación de la edad y grupo sanguíneo con la incidencia de RA y RC en nuestra serie sin obtener significación estadística ( $p=NS$ ). La mediana desde el implante hasta la aparición del RA fue de 34,5 días, y de 334 para la aparición del RC. Hubo alteraciones de la revascularización en el injerto en 35,9% de los pacientes sin relación con la incidencia de RA. Un total de 3 pacientes fueron retrasplantados (2 por RA y 1 por RC). La supervivencia del receptor en RA fue del 70%, 60%, 53% a los 1, 3 y 5 años; frente al 90%, 63,5% y 63,5% a los 1, 3 y 5 años en el RC. La supervivencia de los pacientes que no experimentaron rechazo fue del 80%, 75,6% y 73,2% a los 1, 3 y 5 años ( $p=NS$ ). Presentaron RC el 22,2% de los paciente con RA previo, y el 10% de los paciente que no habían presentado RA, sin significación estadística ( $p=0,26$ ).

**Conclusiones:** La aparición de RC es mas frecuente en aquellos pacientes que previamente han presentado RA, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa en nuestra serie. La incidencia de RA y RC en nuestra serie se aproxima bastante a la descrita por otros grupos. La aparición de RC no aparece mas frecuentemente en aquellos pacientes que previamente han presentado RA, al menos en nuestra muestra.

### Tumor incidental en trasplantados por cirrosis alcohólica

Tinoco González J, Bernal Bellido C, Jiménez Riera G, Maya Aparicio AC, Marín Gómez LM, Padillo Ruíz FJ, Gómez Bravo MA  
HH UU Virgen del Rocío

**Introducción:** La aparición de una neoplasia en un hígado cirrótico, no identificada previamente a la inclusión en lista de espera, es infrecuente. Esta circunstancia es cada vez mas inusual, debido al avance de las pruebas de imagen y cribaje previo de marcadores tumorales. Sin embargo, en grupos donde el volumen de trasplantes hepáticos (TH) sea importante, nos encontramos con esta situación. Los tumores que aparecen suelen ser hepatocarcinomas (CHC) y colangiocarcinomas (CC) de pequeño tamaño que escapan a las pruebas de imagen.

**Objetivos:** Determinar la incidencia de incidentalomas en nuestra serie de TH de origen enólico y determinar la correcta aplicación del estudio pretrasplante, así como la supervivencia en nuestra serie.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes trasplantados hepáticos por cirrosis alcohólica, en nuestra Unidad desde 2005 a 2011. Se ha realizado una base de datos con las variables demográficas de los pacientes, fecha del trasplante, resultados de la anatomía patológica del explante, fecha de diagnóstico, fecha de exitus o último seguimiento y pruebas de imagen y marcadores tumorales previos al TH. Los datos continuos se han informado como medianas. Expresamos los resultados como la media  $\pm$

desviación estándar para las variables continuas y porcentajes para las cualitativas. Calculamos la curva de supervivencia actuarial según el método de Kaplan-Meier y el log-rank test para la significación estadística. Todos los test estadísticos fueron evaluados como significativos si la  $p < 0.05$ . El análisis estadístico se realizó usando el SPSS 20.0 (SPSS, Inc, Chicago, IL, United States)

**Resultados:** Se realizaron 389 trasplantes hepáticos entre 2005 y 2011, 103 por cirrosis alcohólica (26,4%), en los que se hallaron 10 incidentalomas (9,7%) de los cuales 3 son CC y 7 CHC. La media de edad fue de  $54,2 \pm 7,5$  años en los TH por alcohol y de  $58,7 \pm 6$  años en los incidentalomas ( $p=NS$ ). La supervivencia global de los pacientes del grupo fue del 78,9%, 71% y 67,6 a los 1, 3 y 5 años; frente al 70% a los 1, 3 y 5 años para incidentaloma ( $p=NS$ ). En los incidentalomas hay 3 exitus (1 por progresión de un CC, y 2 de causa no tumoral). Comparando individualmente CC y CHC con el grupo de cirrosis alcohol no se aprecian diferencias en cuanto a la supervivencia ( $p=NS$ ). El estadio tumoral de los incidentalomas 6 son T1 y 4 T2 (CC 2:1, CHC 4:3); el grado histológico de Edmonson es G2 en 9 casos y G1 en 1 de ellos. La mediana de la última prueba de imagen (ECO, TC) fue de 2 meses. La AFP fue normal en todos los casos.

**Conclusiones:** En nuestra serie la aparición de incidentalomas, en este periodo, parece elevada; si bien no existen referencias en la literatura para poder compararlo. Estos eventos se escapan pese al cribaje correcto de pacientes en lista de espera (pruebas de imagen y AFP 6 meses antes del TH). Los tumores hallados se encuentran en estadios precoces, atribuido a su tamaño. No hay significación estadística en cuanto a la supervivencia comparada entre los grupos.

## El quiste hidatídico

Infantes Ormad, Marina; Sánchez Moreno, Laura; Gila Bohórquez, Antonio; Del Río Lafuente, Francisco; López Ruiz, Jose A

Hospital Universitario Virgen Macarena

**Introducción:** Son cuatro las tenias que pueden infectar a los humanos para provocar hidatidosis, siendo las más frecuentes *E. granulosus* y *E. multilocularis*, dando lugar a equinococosis cística y equinococosis alveolar, respectivamente, siendo esta última mucho más grave y difícil de controlar. Aunque es una enfermedad rara en nuestro medio, tiene una alta mortalidad que puede llegar al 100% si no se diagnostica y trata adecuadamente.

**Material y métodos:** CASO 1: Varón de 22 años de origen rumano sin antecedentes de interés que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado de inicio súbito que lo despertó mientras dormía, acompañado de náuseas sin vómitos. A la exploración abdominal se aprecian signos de peritonismo. En TAC de abdomen se observan signos de hidatidosis hepatoesplénica con extensa diseminación peritoneal. Se realiza laparotomía exploradora urgente, objetivando gran cantidad de líquido seropurulento-biliar. Hidatidosis generalizada con grandes quistes en ambos espacios subfrénicos, bazo y pelvis, multitud de quistes hepáticos, en epiplon

mayor/menor, transcavidad de los epiplones, peritoneo parietal y mesenterio. Gran quiste suprahepático derecho comunicado con la vía biliar principal. Se realiza Exéresis/quistoperiquistectomías, esplenectomía, colecistectomía, cierre de la vía biliar principal con seda del 0, colocación de tubo de Kehr y comprobación de la ausencia de comunicaciones biliares con azul de metileno. CASO 2: Mujer de 67 años diabética, hipertensa y diagnosticada de quiste hidatídico hepático calcificado, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal localizado en hemiabdomen izquierdo acompañado de fiebre de 24h de evolución. En la exploración abdominal presenta peritonismo en hemiabdomen superior. En la analítica se observa una PCR de 560. TAC de abdomen: quiste hidatídico en lóbulo hepático izquierdo, con mala definición de sus límites y gas en su interior; líquido libre en ligamentos gastrohepático y gastroesplénico. Se realiza laparotomía urgente, encontrando quiste hidatídico hepático perforado y comunicado con la vía biliar principal y abscesos subhepático y subfrénico izquierdos. Se realiza quistoperiquistectomía parcial con sutura de periquiste, colecistectomía, cierre de vía biliar y comprobación de estanqueidad.

**Conclusiones:** En casos de Hidatidosis complicada, la cirugía es la única opción curativa, realizando resección completa de todos los tejidos parasitados y esterilización de aquellos que no se puedan resecar, evitando la diseminación en la medida de lo posible. El tratamiento debe completarse con al menos dos años de tratamiento con Albendazol y hasta 10 años de seguimiento.

## Indicaciones de esofagectomía por lesión submucosa benigna: presentación de un caso

García Albiach B, Rodríguez Cañete A, Gamez Córdoba E, Moreno Ruiz J, Lopez Rueda B, Rodríguez Silva C, Santoyo Santoyo J

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

**Introducción:** Los tumores benignos de esófago son raros, siendo el más frecuente el leiomoma. Es un tumor de células musculares lisas mayoritariamente originado en la muscular propia del esófago distal, con mayor incidencia en sexo masculino entre la 3<sup>o</sup>-5<sup>o</sup> década de la vida. Son tumores de crecimiento lento y en su mayoría asintomáticos, siendo los síntomas más frecuentes disfagia y dolor retroesternal.

**Caso Clínico:** Mujer de 35 años con antecedente de asma bronquial. Acude a Consulta Externa por clínica de 2 años de evolución de dolor epigástrico y disfagia a sólidos sin pérdida de peso ni vómitos. Se realiza estudio que incluye tránsito baritado, endoscopia digestiva alta, ecoendoscopia con PAAF y TC toracoabdominal que objetivan tumoración submucosa en esófago distal, hipocogénica con zonas heterogéneas, de 10x11 cm a 30 cm de arcada dentaria que afecta a gran parte de la circunferencia esofágica hasta la zona de unión de mucosas y provoca desviación y compresión marcada de la luz esofágica, sugestivo de leiomoma vs GIST. Se realiza USE-PAAF con resultado negativo para células neoplásicas. Ante el tamaño tumoral y la imposibilidad de descartar patología maligna se realiza esofagectomía distal según técnica de

Ivor-Lewis. La paciente presenta un postoperatorio favorable. En el seguimiento en Consulta presenta clínica de RGE y dolor retroesternal por lo que se realiza EDA que descarta estenosis anastomótica pero evidencia esofagitis grado II/IV. Se pauta tratamiento con IBP con mejora de la sintomatología.

*Discusión:* El tratamiento del leiomioma esofágico es un tema controvertido. Las indicaciones de tratamiento quirúrgico son síntomas que no remiten, incremento del tamaño tumoral, ulceración de la mucosa, obtención de diagnóstico histológico definitivo y facilitar realización de otros procedimientos. Existe debate sobre el manejo de lesiones asintomáticas ya que hay autores que abogan por el seguimiento y otros por la resección quirúrgica. La enucleación es la técnica más utilizada, especialmente mediante abordajes mínimamente invasivos, generalmente por toracoscopia o toracotomía. Sin embargo la esofagectomía está indicada en caso de tumores de más de 8 cm, de morfología anular, lesiones múltiples o si durante la cirugía se ha producido daño del esófago con riesgo de dehiscencia.

*Conclusiones:* Es esencial un completo estudio preoperatorio para planear el tratamiento quirúrgico menos invasivo, siendo la enucleación el tratamiento más adecuado, sin embargo la resección esofágica debe indicarse en tumores grandes con potencial maligno.

### Tumor trabecular hialinizante de tiroides

Virginia M Durán, Cristina Méndez, Marina Pérez, Inmaculada García, Abdul Razak, Cesar Ramirez, JuanM Martos, F Javier Padillo

*Unidad de Cirugía Endocrina. UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

*Introducción:* El adenoma trabecular hialinizante es un tumor de glándula tiroides poco frecuente, con rasgos histomorfológicos e inmunohistoquímicos característicos. Comparte caracteres parciales con los carcinomas papilar y medular, lo cual dificulta el diagnóstico diferencial especialmente en la PAAF y en el estudio intraoperatorio. Presentamos un caso tratado en nuestra unidad.

*Caso Clínico:* Mujer de 71 años con antecedentes de obesidad, hipertensión, diabetes con insuficiencia renal crónica asociada, Anti HBc + y gammapatía monoclonal IGG Kappa con crioglobulinemia y factor reumatoide elevado. La remiten a nuestra consulta por Bocio Multinodular de grado II a la exploración, eutiroideo, con clínica compresiva (disnea y disfagia) y radiología de bocio intratorácico. Se interviene quirúrgicamente mediante tiroidectomía total, siendo alta sin incidencias. El estudio anatomopatológico se informa como: Tiroides de 200 gr y 10x12 cm de diámetros mayores. Hiperplasia nodular. Microcarcinoma papilar de 0,5cm unicéntrico con ausencia de invasión capsular, de angioinvasión y de extensión intratiroidea. Márgenes de resección libres de neoplasia. Tumor trabecular hialinizante de 0,6cm, unicéntrico, intraparenquimatoso, con ausencia de invasión capsular y de angioinvasión. Márgenes de resección libres de neoplasia. Dado que se trataba de un carcinoma de bajo riesgo, no se realizó ablación con radioyodo. A los 57 meses de la cirugía,

la paciente permanece asintomática y con tiroglobulina y ecografía negativas en el seguimiento. Se presentan los datos iconográficos más relevantes.

*Comentario:* El adenoma trabecular hialinizante de tiroides es una neoplasia poco frecuente descrita por Carney en 1987, que posee unas características morfológicas propias y al que se le han atribuido otras características especiales como son: los cuerpos amarillos citoplasmáticos y la tinción de membrana y citoplasmática con Ki-67 (MIB-1) que ayudan a definir a este tumor como una entidad distinta. Sin embargo, este tumor muestra similitudes morfológicas, inmunohistoquímicas y moleculares con otras neoplasias tiroideas, como por ejemplo, con el carcinoma medular o con el carcinoma papilar (CP), con el que se le ha intentado relacionar como una variante y con el que frecuentemente se confunde. Inicialmente, estos tumores fueron descritos como entidades benignas pero hoy en día existen trabajos que demuestran su comportamiento maligno, por lo que se tiende a llamar Tumor trabecular hialinizante (TTH). Algunos autores han encontrado translocaciones en RET/PTC en algunos TTH por lo que los han considerado una variante morfológica del CP, sin embargo, no se han detectado hasta la fecha mutaciones en BRAF o RAS que caracterizan al CP. Se debe realizar un seguimiento especial durante años a estos pacientes en la sospecha de su posible aunque infrecuente malignidad, especialmente en el caso de nuestra paciente que además portaba un carcinoma papilar.

### Perforación de divertículo yeyunal a meso ileal . Diverticulosis yeyunal

A. Sáez Zafra; C. González Callejas; R. Molina Barea; S. Alonso García; D. Rodríguez Morillas; M. López-Cantarero Ballesteros.

*Clínica Inmaculada Concepción (Granada)*

*Objetivos:* Dar a conocer el caso de una perforación de un divertículo yeyunal a meso ileal, por cuadro de diverticulitis, como causa de abdomen agudo quirúrgico en un paciente con diverticulosis yeyunal diagnosticada en el acto quirúrgico. Se pretende destacar el carácter infrecuente y la importancia de las diverticulosis yeyunales, en contraposición a las localizadas en sigma. Además, se detalla la incidencia, factores de mal pronóstico en el diagnóstico y técnica quirúrgica de elección.

*Material y métodos:* Se presenta el caso de un varón de 80 años con AP de HTA, Hiperplasia Benigna de Próstata y Diabetes Mellitus tipo 2. No alergias medicamentosas conocidas. No intervenciones quirúrgicas previas. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal continuo generalizado, y en aumento, de cuatro días de evolución, que es más intenso en las últimas horas. No vómitos asociados. Nauseas. No alteraciones del hábito intestinal. No otra sintomatología. En la exploración destaca estabilidad hemodinámica, febrícula y cuadro de malestar general. Abdomen semiglobuloso, blando y depresible, doloroso a la palpación generalizada, de forma más intensa en mesogastrio y con signos de peritonismo a dicho nivel. No se palpan masas ni megalias. La analítica revela leucocitosis franca con desviación a la izquierda y PCR

elevada. No otras alteraciones analíticas. La radiografía de abdomen no detecta alteraciones, no observándose neumoperitoneo, dilatación de asas de delgado, ni niveles hidroaéreos; marco cólico relleno de heces en su totalidad hasta ampolla rectal. Dado que el paciente presenta peritonismo franco, se indica laparotomía urgente.

**Resultados:** Se realiza laparotomía suprainfraumbilical observando en primer lugar un cuadro de diverticulosis yeyunal que afecta a yeyuno en su totalidad. Uno de los divertículos se halla introducido en el meso ileal y perforado en el mismo. Todo ello produce un conglomerado de asas de yeyuno que causan un cuadro de obstrucción mecánica y de dilatación de asas de delgado. No se objetiva peritonitis, dado que no se ha producido vertido del divertículo perforado por estar impactado en el meso. No se evidencia enfermedad diverticular colónica coexistente. Tras una exploración exhaustiva de la cavidad, sin apreciar otra patología, se decide realizar resección intestinal yeyunal, incluyendo el divertículo perforado, y confección de anastomosis Termino-Terminal manual. Se deja colocado próximo a la sutura drenaje de tipo Penrose. Tras la apertura de la pieza quirúrgica se confirma el diagnóstico y evidencia la introducción del divertículo perforado al meso, sin llegar a afectar vascularización propia del mismo. El estudio anatomopatológico evidenció diverticulitis yeyunal aguda perforada. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones siendo dado de alta en su séptimo día postoperatorio, con tolerancia y hábito deposicional normalizado, así como abdomen blando, depresible y sin signos de irritación peritoneal, con buen estado de la herida quirúrgica.

**Conclusiones:** A diferencia de la enfermedad diverticular del colon, la presencia de divertículos en el intestino delgado es infrecuente. La incidencia de diverticulosis yeyuno-ileal es del 0,073-1,3%, según los estudios radiológicos con contraste, y del 0,073-8%, según los datos recogidos en las autopsias. Permanecen asintomáticos en el 60-70% de los casos y causan síntomas o complicaciones quirúrgicas en el 10-19%. La diverticulitis yeyunal o ileal, con o sin perforación, ocurre en el 2,3-6,4% de los casos, y su causa más frecuente es por una reacción inflamatoria aguda necrosante. Causas menos comunes son la perforación por cuerpo extraño o el traumatismo cerrado abdominal. Suelen ocasionar una peritonitis localizada, ya que el divertículo es aislado por el mesenterio adyacente. Como ocurre en nuestro caso, el mesenterio contribuye a contener la contaminación peritoneal. Ello por una parte retrasa el diagnóstico, que es algo negativo pudiendo desembocar a la sepsis, fallo multiorgánico y muerte antes de poder ser diagnosticado; pero por otro lado, contribuye a la no expansión del cuadro de peritonitis, lo cual pudiera considerarse como un aspecto positivo. Los síntomas clínicos de la diverticulitis yeyunal perforada mimetizan otros cuadros de abdomen agudo, y frecuentemente la exploración clínica inicial no sugiere la necesidad de intervención quirúrgica urgente. En el caso que nos compete, el paciente presentaba un cuadro de abdomen agudo quirúrgico más larvado de lo habitual, cosa que ocurre típicamente tal y como se ha comentado anteriormente. Este retraso en la indicación de laparotomía se correlaciona con la mortalidad. Existe controversia respecto al tratamiento de los otros divertículos yeyunales no inflamados coexistentes. El abordaje agresivo, con

resección de todo el segmento intestinal afectado, se apoya en el potencial riesgo de futuras complicaciones debidas a los divertículos remanentes, pero no estaría justificado en pacientes ancianos y debilitados, como el caso que presentamos, o en resecciones extensas. Recientemente, se ha sugerido la posibilidad de tratamiento conservador de la diverticulitis yeyunal perforada, mediante antibioterapia intravenosa, drenaje percutáneo y control con TC de las colecciones intraabdominales, tema aún en controversia pero que aportaría la ventaja de un posterior abordaje quirúrgico menos agresivo. La mortalidad global histórica de la diverticulitis yeyunal perforada es del 24%, reducida al 14% cuando se lleva a cabo resección intestinal con anastomosis primaria, aunque los datos varían con la edad y el retraso diagnóstico, que son los dos factores de peor pronóstico en estos pacientes.

### Intususcepción intestinal en el síndrome de Peutz-Jeguer

Rubio-Manzanares Dorado M, Aparicio Sánchez D, Jiménez Riera G, Ramírez Plaza C, Muñoz Ortega A, Padillo Ruiz J.

*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

**Introducción:** El síndrome de Peutz-Jeguer es una enfermedad rara debido a una mutación situada en el gen *STK11*, caracterizada por la aparición de múltiples pólipos hamartomatosos gastrointestinales y pigmentación cutánea. La edad media de presentación de los pólipos se encuentra entre 11 y 13 años pero no es hasta la tercera década de la vida cuando comienza la sintomatología, caracterizada por anemia, hemorragia intestinal y dolor abdominal secundario a obstrucción intestinal e infartos de los pólipos. Se estima que hasta en un 50% de casos desarrollaran una intususcepción a lo largo de su vida. Presentamos un caso de intususcepción en el contexto de un síndrome de Peutz-Jeguer que precisó tratamiento quirúrgico urgente.

**Material y métodos:** Varón de 37 años, con antecedentes de enfermedad de Peutz-Jeguer y diabetes mellitus tipo I, que consulta por dolor abdominal focalizado en mesogastrio, junto con vómitos y rectorragia abundante. Ante la sospecha de una obstrucción intestinal secundaria a una invaginación se solicita un TAC de abdomen con contraste i.v. El estudio puso de manifiesto la presencia de una intususcepción ileo-cólica, en la que el íleon terminal y su meso se introducían en el ciego y el colon ascendente, provocando un aumento de la captación del colon y la presencia de líquido libre. Ante esta situación clínica se decidió intervenir se forma urgente al paciente.

**Resultados:** Durante la cirugía se evidenció una intususcepción no evaginable del íleon sobre el ciego hasta colon ascendente. Debido a ello, y a los signos de sufrimiento intestinal se decidió realizar un hemicolectomía derecha que incluía el segmento invaginado. Finalmente se realizó una anastomosis ileo-cólica mecánica latero-lateral. La anatomía patológica desveló la presencia de un pólipo hamartomatoso ileal necrosado que condicionaba la invaginación intestinal y producía una necrosis transmural segmentaria del intestino afecto.

**Conclusiones:** Dado el bajo riesgo de malignización de los pólipos, el tratamiento de la intususcepción en el contexto de un síndrome de Peutz-Jeguer debe de ser lo más conservadora posible recomendándose un enterotomía para realizar una endoscopia intraoperatoria y procurar una evaginación del segmento afecto junto con una polipectomía. En caso de fracaso terapéutico, pólipos mayores de 1,5 cm o de sufrimiento intestinal se impone una resección intestinal.

## Malrotación intestinal. Bandas de ladd

José Luis Díez Vigil, Jesús Turiño Luque, Alfonso Mansilla Roselló, Manuel Carrasco Muñoz, Tomás Torres Alcalá, J. A. Ferrón Orihuela

*Servicio De Cirugía General Del Hospital Universitario Virgen De Las Nieves. Granada*

Varón de 23 años de edad que ingresa de urgencias por un intenso dolor abdominal cólico que no cede con analgesia (tercer episodio en los últimos meses). Exploración física: abdomen distendido, timpanizado, con dolor generalizado sin signos de irritación peritoneal. TAC Abdominal: disposición anómala de asas de intestino delgado y grueso con ciego medial, sin complicaciones actualmente. Malposición de vasos mesentéricos, con vena mesentérica anterior y superior a la arteria. Intervención: se liberan bandas de Ladd del duodeno al meso del ileon y del ciego. Apendicectomía profiláctica.

**Diagnóstico:** Malrotación intestinal

## Caso Clínico: Rotura diafragmática traumática

M. E. Pérez Margallo, J. Valdés Hernandez, L. Capitán Morales, J.C. Gómez Rosado, J. Galan Alvarez

*Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla*

**Caso Clínico:** Hernia diafragmática traumática Motorista varón de 30 años que sufre accidente de tráfico contra un camión y es llevado a urgencias en estado de shock hipovolémico con TA 60/30 y FC 150 lpm. Presenta politraumatismos varios que se evidencian en el TAC de urgencia: 1. Rotura de hemidiafragma izquierdo con herniación de vísceras abdominales a cavidad torácica: estómago, asas intestinales, cola de páncreas, riñón izquierdo y bazo (este último se mantiene íntegro) 2. Contusión y atelectasia de pulmón izquierdo con hemotórax y varias fracturas costales. 3. Rotura de arteria renal izquierda. 4. Diversas fracturas óseas a nivel de pelvis, MII y MSD. Ante la ausencia de respuesta al tratamiento inicial del shock y los resultados del TAC, se decide realizar laparotomía de urgencia. Se procede a la reducción de hernia diafragmática con sutura del diafragma, nefrectomía izquierda y colectomía segmentaria con colostomía en FII por desgarro de meso. Además, se realizó tratamiento quirúrgico de las fracturas por parte de Traumatología. Tras una prolongada estancia en UCI, el paciente en la actualidad presenta buena evolución y continúa ingresado a cargo de Traumatología.

**Conclusiones:** ante un paciente politraumatizado en situa-

ción crítica que requiere tratamiento quirúrgico, es imprescindible tanto la rapidez de actuación desde el servicio de Urgencias, como la coordinación de éste con el servicio de Cirugía. La lesión traumática del diafragma representa menos del 1% de las lesiones por traumatismos. Generalmente, se asocia con daños a nivel torácico y/o abdominal. Es muy importante, ante traumatismos de cualquier índole, mantener una alta sospecha de posible daño diafragmático, puesto que el diagnóstico tardío se asocia con un mayor riesgo de herniación y estrangulación de órganos abdominales.

**Bibliografía:** 1. Mallory Williams, Heidi L Frankel, Richard Turnage, Dathryn A Collins. Recognition and management of diaphragmatic injury in adults. Sep. 2012.

2. National Trauma Data Base. American College of Surgeons 2000-2004.

3. Williams M, Carlin AM, Tyburski JG, et al. Predictors of mortality in patients with traumatic diaphragmatic rupture and associated thoracic and/or abdominal injuries. Am Surg 2004; 70:157.

4. Bergin D, Ennis R, Keogh C, et al. The "dependent viscera" sign in CT diagnosis of blunt traumatic diaphragmatic rupture. AJR Am J Roentgenol 2001; 177:1137.

5. Shanmuganathan K, Killeen K, Mirvis SE, White CS. Imaging of diaphragmatic injuries. J Thorac Imaging 2000; 15:104.

6. Feliciano DV, Cruse PA, Mattox KL, et al. Delayed diagnosis of injuries to the diaphragm after penetrating wounds. J Trauma 1988; 28:1135.

## Metástasis trombóticas

José Luis Díez Vigil, Jesús Turiño Luque, Alfonso Mansilla Roselló, Manuel Carrasco Muñoz, Tomás Torres Alcalá,

J. A. Ferrón Orihuela

*Servicio De Cirugía General Del Hospital Universitario Virgen De Las Nieves. Granada*

Paciente de 54 años sin antecedentes de interés, que presentaba desde hacía dos semanas ictericia dolorosa acompañada de un importante cuadro constitucional. Exploración física: coloración icterica muco-cutánea, importante cuadro constitucional con una pérdida de 20 kilogramos en tres meses. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación con importante hepatomegalia. No otros hallazgos significativos Exploraciones complementarias: Analítica: destaca Bilirrubina Total de 11,6, parámetros de colestasis muy elevados. Ecografía abdominal: Neoplasia de colon transverso-ángulo hepático con extensión metastásica linfática y hepática. Trombosis probablemente tumoral de vena porta izquierda y vena hepática media.

## Caso Clínico: Lipoma retroperitoneal gigante

Pérez Margallo, L. Sánchez Moreno, F. Del Rio Lafuente, J. López Ruiz, J. López Pérez, F. Oliva Mompean

*Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla*

**Caso clínico:** lipoma retroperitoneal gigante Paciente mujer de 54 años que comenzó con clínica de dolor inguinal derecho y parte posterior de muslo derecho. A la exploración, abdomen blando sin megalias ni tumoración inguinal o glútea. Sin embargo, ante la persistencia de los síntomas se realiza RMN donde se aprecia gran masa retroperitoneal situado por debajo del glúteo mayor derecho y que entra a la pelvis por la escotadura ciática, desplazando la fascia pararectal a la izquierda. Se programa para intervención quirúrgica, realizándose exéresis de lipoma por incisión posterior sobre el glúteo derecho. Dos días después la paciente pudo ser dada de alta sin complicaciones mayores.

**Conclusiones:** la presencia de masas a nivel glúteo pueden corresponder tanto a una hernia isquiática como a tumoraciones de carácter benigno (lipomas) o malignos (liposarcomas). Los lipomas constituyen la neoplasia de origen mesenquimático de mayor incidencia y unos de los tumores retroperitoneales benignos más frecuentes. Los liposarcomas bien diferenciados son los más frecuentes dentro de los tumores malignos adipocíticos (40-45%). En nuestro caso, es destacable la vía de abordaje transglútea completa, evitando la laparotomía y consiguiendo la extracción de la pieza quirúrgica entera, lo cual es muy importante para evitar la recidiva local de este tipo de tumores.

**Bibliografía:** 1. Richard JE Skipworth, Graeme HM Smith, Ken J Stewart and David N Anderson. The tip of the iceberg: a giant pelvic atypical lipoma presenting as a sciatic hernia. World Journal of Surgical Oncology 2006.

2. Servant CT: An unusual cause of sciatica: a case report. Spine 1998. 3. Ivanov NT, Losanoff JE, Kjossev KT: Recurrent sciatic hernia treated by prosthetic mesh reinforcement of the pelvic floor. Br J Surg 1994

### Error diagnóstico de un tumor gist

José Luis Díez Vigil, Jesús Turiño Luque, Alfonso Mansilla Roselló, Manuel Carrasco Muñoz, Tomás Torres Alcalá, J. A. Ferrón Orihuela

*Servicio De Cirugía General Del Hospital Universitario Virgen De Las Nieves.granada*

Una paciente estaba siendo estudiada por Ginecología debido a un posible mioma uterino de grandes dimensiones en las pruebas de imagen realizadas. Programaron su cirugía, cuando en pleno acto quirúrgico solicitan la presencia de nuestro servicio de Cirugía General por presentar una masa no dependiente de ninguna estructura ginecológica sino del intestino delgado. Procedimos a su exéresis y el diagnóstico anatómico patológico fue de GIST de ileon.

### Pólipo rectal

José Luis Díez Vigil, Jesús Turiño Luque, Alfonso Mansilla Roselló, Manuel Carrasco Muñoz, Tomás Torres Alcalá

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

Un paciente se estaba realizando una colonoscopia prescrita por su Médico de Atención Primaria por presentar desde hacía varios meses rectorragias acompañadas de importante tenesmo rectal. Una vez el paciente fue sedado para la realización de dicha prueba, protruyó un enorme pólipo rectal pediculado y muy friable al tacto, motivo por el cual avisaron a nuestro servicio de Cirugía General. Procedimos a su exéresis en la propia mesa diagnóstica del Servicio de Digestivo con un GIA azul 60. La anatomía patológica lo informó como pólipo adenovelloso de 12 x 12 cm sin infiltración neoplásica de la base. En los controles por Digestivo posteriores no se evidenció la presencia de más lesiones.

### Intento autolítico por ingesta de cuerpos extraños

José Luis Díez Vigil, Jesús Turiño Luque, Alfonso Mansilla Roselló, Manuel Carrasco Muñoz, Tomás Torres Alcalá, J. A. Ferrón Orihuela

*Servicio De Cirugía General Del Hospital Universitario Virgen De Las Nieves.granada*

Paciente de 42 años con cuadro de depresión mayor en seguimiento por la Unidad de Salud Mental, que decide ingerir con intento autolítico gran cantidad de objetos a su alcance. Entre ellos figuran pilas, una navaja, una bujía, un mosquetón, un gran clavo, etc ... Tan solo una pila paso a intestino delgado. El paciente fue intervenido mediante gastrostomía para extraerle dichos elementos sin sufrir ninguna perforación de víscera hueca, pasando a cargo de Salud Mental a las 48 posteriores al postoperatorio.

### Perforación por sonda de gastrostomía percutánea

José Luis Díez Vigil, Jesús Turiño Luque, Alfonso Mansilla Roselló, Manuel Carrasco Muñoz, Tomás Torres Alcalá, J. A. Ferrón Orihuela

*Servicio de Cirugía General Del Hospital Universitario Virgen de las Nieves.granada*

Paciente de 70 años con tumoración gástrica pilórica estenosante, que presenta anorexia y síndrome constitucional. Se opta en un principio por colocarle una sonda de gastronomía percutánea endoscópica (PEG). Tras 24 horas de su colocación el paciente comienza con intenso dolor abdominal, presentando una importante peritonitis abdominal por la perforación gástrica de la PEG. Se resolvió con una gastroyeyunostomía de urgencia.

### Linfangioma quístico mesenterico gigante

Tatiana Prieto-Puga Arjona, Esther Gámez Córdoba, Alberto Rodríguez Cañete, Javier Moreno Ruiz, Blas López Rueda, Jose Antonio B

*Carlos Haya*

*Introducción:* Los quistes mesentericos son tumoraciones

benignas muy poco frecuentes y existe un conocimiento escaso de la enfermedad. Existe poca bibliografía sobre esta patología. Presentan una incidencia próxima a 1/100.000 ingresos en adultos y de 1/20.000 en niños, siendo los de origen linfático y mesenquimal los más frecuentes. No parece existir una edad típica de presentación, si bien los autores coinciden en una mayor frecuencia en el sexo femenino y en la edad adulta. Aproximadamente el 50% cursa de forma asintomática; el dolor abdominal leve y difuso es la manifestación clínica más frecuente. Otros síntomas dependen del tamaño y la localización. La Ecografía y la TAC son las exploraciones complementarias más útiles para su estudio.

*Caso Clínico:* Presentamos un varón de 40 años, que tiene como único antecedente una hernia de hiato con reflujo gastroesofágico en tratamiento con IBP. Acude a la consulta por distensión abdominal progresiva en los últimos nueve meses, con molestias inespecíficas y saciedad precoz. Se realiza EGD que aprecia posible masa con desplazamiento de asas, tras lo que solicita TC de Abdomen donde se observa una gran masa quística dependiente del mesenterio 16x14x23 cm que desplaza lateralmente las asas de intestino delgado, sugerente de quiste mesentérico. Se realizó un resección del quiste por vía laparoscópica previo vaciamiento del contenido para así facilitar la resección del mismo. Se comprobó que dependía del retroperitoneo, sin afectar asas intestinales. El resultado anatomopatológico definitivo fue de linfangiomas quísticos, y el paciente presentó un postoperatorio de dos días sin incidencias.

*Discusión:* Quiste mesentérico se denomina a toda tumoración de contenido líquido de cualquier origen patológico que se sitúa entre las 2 hojas del mesenterio. Pueden aparecer en cualquier lugar del mesenterio, desde el duodeno hasta el recto, y su localización más frecuente es en el mesenterio del intestino delgado. Existe cierta controversia en la clasificación de estos quistes, de forma que hay autores que consideran los quistes mesentéricos, los del omento y los retroperitoneales como un grupo único y los diferencian de los linfangiomas o de los mesoteliomas; y otros autores, por el contrario, utilizan el término quiste mesentérico para referirse a toda lesión quística localizada exclusivamente en el mesenterio y las subdividen según su origen. De todas estas lesiones las más frecuentes son los quistes de origen linfático y los de origen mesotelial, y es importante conocer que ambos tipos de lesiones presentan un comportamiento diferente. Así, mientras los quistes linfáticos simples y los quistes mesoteliales simples suelen permanecer asintomáticos en el curso del tiempo, los linfangiomas quísticos y los mesoteliomas quísticos pueden mostrar agresividad y un comportamiento invasivo. Clásicamente, estas lesiones se han descrito como asintomáticas, y con frecuencia aparecen descritas como hallazgos incidentales durante una cirugía. El dolor abdominal de tipo sordo y poco localizado parece ser el síntoma más frecuente en la edad adulta. La Ecografía abdominal es la primera técnica que debemos realizar ya que en las lesiones quísticas aporta mucha información, como el contenido de la lesión, la existencia de septos, etc., si bien generalmente es la TAC abdominal la técnica que nos permite definir de forma correcta el tamaño, la localización y, en ocasiones, la dependencia de la lesión. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica del quiste, in-

cluso en los casos asintomáticos, ya que la posibilidad de que se produzca un crecimiento sintomático o de que aparezcan complicaciones graves es elevada. La punción y vaciado del quiste presenta demasiadas recidivas para su realización de forma sistemática.

### Uso de tachosil® en el sellado aéreo definitivo tras reparación de rotura traqueal postintubación

Prieto-Puga Tatiana, Mongil Roberto, Aranda Jose Manuel, Blanco Juan Antonio, Jiménez Carolina, Santoyo Julio.

*Carlos Haya*

*Introducción:* La rotura traqueal es una entidad infrecuente. De todas las causas de origen iatrogénico (intubación, traqueostomía, broncoscopia, inserción de stents, esofagectomía...), la intubación orotraqueal (IOT) es la más común. Su importancia radica en la alta morbilidad y mortalidad asociada. El diagnóstico se basa en una alta sospecha clínica, con la aparición de signos y síntomas que, aunque no son específicos, son muy sugerentes de rotura traqueal: enfisema subcutáneo, insuficiencia respiratoria, neumotórax y hemoptisis. La confirmación del diagnóstico se hace por broncoscopia, que revela el tamaño y sitio de la lesión. El tratamiento de elección ha sido tradicionalmente la reparación quirúrgica de urgencia, aunque distintos autores han propuesto un abordaje conservador siempre que el tipo de lesión y el estado del paciente lo permitan. Presentamos un caso clínico de rotura traqueal postintubación, intervenido quirúrgicamente y donde el Tachosil® actuó como coadyuvante al sellado aéreo tras la reparación mediante sutura. Caso Clínico Mujer de 62 años que es encontrada en situación de parada respiratoria en el interior de una piscina tras un presunto cuadro sincopal, procediéndose a una difícil aunque exitosa IOT de urgencias y traslado a un Hospital cercano. Durante su estancia en UCI presenta enfisema subcutáneo masivo, sin evidenciar neumotórax. Se realiza un TC torácico donde se pone de manifiesto un enfisema subcutáneo bilateral con neumomediastino y una solución de continuidad en la pared posterior lateral derecha de la tráquea a unos 3-4 cm de la carina (Figura 1). A continuación se le realiza una fibrobroncoscopia apreciando un desgarro de la pars membranosa de la tráquea de 1,5 cm de longitud en la situación descrita por la TC, por lo que se decide traslado al Hospital de referencia y reparación por un cirujano torácico. El abordaje fue a través de toracotomía derecha en 5º espacio intercostal, confirmando intraoperatoriamente los hallazgos previamente descritos, y la reparación se realizó mediante puntos sueltos de sutura monofilamento reabsorbible de larga duración (Figura 2) y parche con colgajo de intercostal. Ante la persistencia de una pequeña fuga aérea se indicó la colocación de Tachosil® sobre la reparación para el definitivo control de la misma (Figura 3). Cierre habitual de toracotomía con colocación de dos drenajes pleurales. El postoperatorio transcurrió con mínima fuga aérea por el drenaje torácico posterior que se controló sin incidencias.

*Discusión:* Las roturas traqueales producidas durante la IOT son excepcionales cuando personal experimentado realiza la secuencia de intubación, describiéndose únicamente

casos aislados. La causa de la rotura traqueal debida a la intubación es multifactorial. Los factores asociados con mayor frecuencia con esta complicación, son la intubación en situación de urgencias, varios intentos, el uso de fiador, la hiperinsuflación del balón del tubo orotraqueal, la recolocación del tubo sin desinflar el balón o los movimientos del paciente con el balón inflado. En definitiva, la rotura traqueal postintubación es una entidad muy poco frecuente, pero con una elevada morbimortalidad. Debe sospecharse en todos los pacientes a los que se intubó de forma urgente y con dificultad y presenten posteriormente enfisema subcutáneo y/o neumomediastino. El diagnóstico precoz mediante TC y fibrobroncoscopia mejora de forma importante el pronóstico de los pacientes. El tratamiento generalmente es quirúrgico, y en cualquier caso el tratamiento definitivo debe realizarse en centros de referencia con Unidades de Cirugía Torácica.

### Fascitis necrotizante por nutrición parenteral

José Luis Díez Vigil, Jesús Turiño Luque, Alfonso Mansilla Roselló, Manuel Carrasco Muñoz, Tomás Torres Alcalá, J. A. Ferrón Orihuela

*Servicio De Cirugía General Del Hospital Universitario Virgen De Las Nieves.granada*

Paciente de 65 años intervenido de urgencia por un cuadro de peritonitis abdominal secundaria a una dehiscencia intestinal tras una sigmoidectomía. El paciente en estado séptico es bajado tras la intervención a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde permanece unos 15 días con incubación orotraqueal. En ese tiempo se le administra entre otras sustancias nutrición parenteral periférica, presentando una importante fascitis necrotizante del miembro superior derecho debido a un importante síndrome compartimental, que requiere de nuestra actuación con incisiones en antebrazo y seguimiento de las curas. El paciente finalmente se recuperó de toda su patología.

### Vólvulo e isquemia aguda de íleon por brida de muñón apendicular postapendicectomía

Gil Alonso L, Cano Matías A, Reyes Díaz ML, De los Reyes Lopera N, Domínguez-Adame Lanuza E, Pérez Huertas R, Oliva Mompeán F.

*Unidad Clínica de Gestión de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

**Introducción:** Las adherencias y bridas postquirúrgicas son una entidad muy frecuente tras la cirugía mayor abdominal. Suelen manifestarse como una obstrucción por acodamiento o constricción de un asa de delgado, con un cuadro clínico de pocos días de evolución consistente en estreñimiento, distensión y dolor abdominal progresivo y náuseas con vómitos. En la infancia, la causa más frecuente de obstrucción intestinal por bridas es la apendicitis. A continuación exponemos una presentación poco frecuente, con abdomen agudo de pocas

horas de evolución y grave afectación del estado general causado por bridas post-apendicectomía.

**Caso Clínico:** Niña de 14 años sin antecedentes médicos de interés, con apendicectomía hace 4 meses con diagnóstico definitivo anatomopatológico de apendicitis aguda gangrenosa, que acude a urgencias del hospital por un cuadro de dolor abdominal brusco con importante afectación del estado general, náuseas y vómitos. A la exploración la paciente presenta abdomen en tabla, con defensa generalizada a la palpación, hipotensión arterial y taquicardia. Analíticamente destaca importante leucocitosis y elevación de PCR. Se solicita ecografía de abdomen de urgencia, que es compatible con obstrucción intestinal. Se realiza laparotomía de urgencia en la que se objetiva 45 cms de asas de íleon distal volvulado y necrosado. En el eje de torsión se observa una brida que conecta con el muñón apendicular. Se libera la brida y se realiza resección de 50cm de íleon distal que no es viable, realizándose anastomosis íleoíleon laterolateral.

**Conclusiones:** La apendicectomía es una intervención no exenta de riesgos, destacando la infección de herida, siendo excepcional los casos de isquemia por vólvulo debido a bridas, tal como presentamos hoy.

### Hernia de spiegel gigante atraumática. Carácter infrecuente

A.Sáez Zafra; S. Alonso García; P. Ramírez Romero; Á, Szuba; D. Rodríguez Morillas; M. López-Cantarero Ballesteros.

*Hospital Nª.Sª.De La Salud (Granada)*

**Objetivos:** Se presenta un caso de hernia de Spiegel gigante atraumática destacando el carácter infrecuente. Es un caso relevante puesto que es un tipo de hernia excepcional (Spiegel o de la Línea Semilunar), es de tamaño gigante (dado que la mayoría presentan orificio herniario y saco de un tamaño pequeño) y atraumática (dado que la mayoría de las hernias de Spiegel gigantes se deben a traumatismos abdominales cerrados).

**Material y métodos:** Paciente varón de 78 años de edad, con antecedentes de HTA y dislipemia. No intervenciones quirúrgicas previas ni alergias medicamentosas conocidas. Acude a consulta por tumoración gigante en pared lateral izquierda abdominal, de años de evolución, sin traumatismo previo asociado. Refiere que en los últimos años ha aumentado de tamaño y le produce molestias abdominales e imposibilidad para la realización de determinadas actividades en su vida cotidiana, experimentando dolor en la tumoración y en la pared abdominal lateral en el área del cinturón. No otra sintomatología ni clínica digestiva acompañante. Tras la exploración se objetiva Spiegel gigante izquierda (de unos 20x30cm de diámetro) que es irreductible y no presenta signos de complicación. Además se objetiva hernia inguinal derecha no complicada. Se indica cirugía programada. Resultados: Se realiza una incisión laterotransversal de 15 cm, hallando hernia de Spiegel con un gran defecto aponeurótico (10 x 15 cm) y gran saco herniario (20 x 20 cm) que protruye a través de la línea media semilunar. Tras la apertura del saco, cuyo

contenido es epiplón y colon, se comprueba la integridad de los mismos e introducen de nuevo en cavidad abdominal. Se procede al cierre de peritoneo mediante sutura continua de Vicrylo, resecaando previamente el remanente peritoneo que forma el saco herniario. A continuación, se realiza el cierre del defecto fascial, mediante puntos de Vicrylo y se coloca una malla de Polipropileno suprafascial (de dimensiones 30x15cm) que se fija mediante puntos en corona de Proleneo. Aposición de plano muscular y cierre de tejido celular subcutáneo (TCS) con Vicrylo. Colocación de drenaje de tipo aspirativo en TCS. Cierre de piel con grapas. Al paciente se le retira el drenaje a las 48 horas siendo dado de alta a los tres días sin incidencias. La reparación de la hernia inguinal derecha se realiza en el mismo acto quirúrgico, evidenciando hernia inguinal de tipo indirecto y realizando hernioplastia según técnica de Lichtenstein con malla de Polipropileno (de dimensiones 9x11cm).

**Conclusiones:** Las hernias de Spiegel o de la Línea Semilunar constituyen una entidad poco común, representando del 0,5 a 2% de las hernias de pared abdominal; pueden ser congénitas o adquiridas, las series describen casos desde el nacimiento hasta la edad anciana, afectando a ambos sexos y en ambos lados por igual. Dado que el tamaño del cuello de la hernia es frecuentemente pequeño, en estos casos hasta en el 30% se produce incarceration. Este dato explica la larga evolución como hernia no complicada en nuestro paciente. En la mayor parte de los casos el anillo herniario, o defecto aponeurótico, tiene tamaño que va desde 0,5 a 2 cm de diámetro, sólo ocasionalmente sobrepasa los 5 cm, lo cual hace excepcional el caso que presentamos. En la mayor parte de los casos un cierre simple es suficiente si el anillo es menor a 2 cm, más allá de ese tamaño se sugiere la reparación con malla, claramente indicada en el paciente que describimos. El riesgo de recurrencia es del 2%, similar al reportado para otras hernias de la pared abdominal, pero disminuye drásticamente cuando se realiza hernioplastia, versus a la herniorrafia. El objetivo de este trabajo es presentar a un caso muy infrecuente, dado que se diagnostica y opera una hernia de Spiegel de gran tamaño y atraumática. Se ha pretendido realizar una revisión sobre la etiología, tipos, clínica y posibles complicaciones, así como la técnica quirúrgica empleada.

### **Intususcepción intestinal en el síndrome de Peutz-Jeghers**

Rubio-Manzanares Dorado M, Aparicio Sánchez D, Ramírez Plaza CP, Jiménez Riera AG, Muñoz Ortega AM, Padillo Ruiz FJ.

*Hospital Unversitario Virgen del Rocío*

**Introducción:** El síndrome de Peutz-Jeghers es una enfermedad debida a una mutación situada en el gen STK11, caracterizada por la aparición de múltiples pólipos hamartomatosos gastrointestinales y pigmentación cutánea. La edad media de presentación de los pólipos se encuentra entre 11 y 13 años pero no es hasta la tercera década de la vida cuando comienza la sintomatología, caracterizada por anemia, hemorragia intestinal y dolor abdominal secundario a obstrucción

intestinal e infartos de los pólipos. Se estima que hasta en un 50% de casos desarrollaran una intususcepción a lo largo de su vida. Presentamos un caso de intususcepción en el contexto de un síndrome de Peutz-Jeghers que precisó tratamiento quirúrgico urgente.

**Material y métodos:** Varón de 37 años, con antecedentes de enfermedad de Peutz-Jeghers y diabetes mellitus tipo I, que consulta por dolor abdominal focalizado en mesogastrio, junto con vómitos y rectorragia abundante. Ante la sospecha de una obstrucción intestinal secundaria a una invaginación se solicita un TAC de abdomen con contraste i.v. El estudio puso de manifiesto la presencia de una intususcepción ileo-cólica, en la que el íleon terminal y su meso se introducían en el ciego y el colon ascendente, provocando un aumento de la captación del colon y la presencia de liquido libre. Ante esta situación clínica se decidió intervenir se forma urgente al paciente.

**Resultados:** Durante la cirugía se evidenció una intususcepción no evaginable del íleon terminal sobre el ciego hasta colon ascendente con signos evidentes de de sufrimiento intestinal; se decidió realizar un ileo-colectomía derecha y una anastomosis ileo-cólica mecánica latero-lateral. La anatomía patológica informó de la presencia de un pólipo hamartosos ileal necrosado que condicionaba la invaginación intestinal y producía una necrosis transmural segmentaria del intestino afecto.

**Discusión:** Dado el bajo riesgo de malignización de los pólipos, el tratamiento de la intususcepción en el contexto de un síndrome de Peutz-Jegher debe de ser lo más conservadora posible recomendándose un enterotomía para realizar una endoscopia intraoperatoria y procurar una evaginación del segmento afecto junto con una polipectomía. En caso de fracaso terapéutico, pólipos mayores de 1,5 cm o de sufrimiento intestinal se impone una resección intestinal.

### **Reconstrucción vascular de venas suprahepáticas en el trasplante hepático secuencial**

Camacho, V; Suarez Artacho, G; Olivares, C; Alamo, JM; Bernal, C; Marín, LM; Barrera, L; Serrano, J; Padillo, J; Gomez-Bravo, MA

*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

**Introducción:** El primer trasplante hepático secuencial fue realizado por primera vez en España en 1990. Desde el punto de vista técnico, la hepatectomía del paciente amiloidótico es la que presenta mas peculiaridades, tanto por las posibles variantes anatómicas arteriales como por la técnica de hepatectomía (clásica vs. piggy-back).

**Caso Clínico:** PACIENTE 1. Paciente amiloidótico en el que se realiza hepatectomía con preservación de vena cava. Perfundido el injerto ex situ, se objetivan 3 venas suprahepáticas (VSH) independientes. Se procede a sutura de la cara interna del ostium de VSH derecha e izquierda a la VSH media. Una vez obtenido un ostium común, se objetiva que el muñón es corto para su posterior implante. Se procede a suturar un parche de vena cava de donante cadáver al ostium común de las 3 VSH. PACIENTE 2. Paciente amiloidótico en el que al

igual que en el primer caso, se objetivan 3 VSH independientes. En este caso fue técnicamente posible disecar las 3 VSH del parénquima hepático, gracias a la ligadura y sección de las venas de pequeño calibre que drenaban directamente en la cava. Obtuvimos un muñón de aproximadamente 1 cm por lo que no se precisó interponer un parche de cava. Por último, procedimos a sutura la cara interna del ostium de VSH derecha e izquierda a la VSH media, con lo que obtuvimos un ostium común.

*Discusión:* No existe consenso entre los diversos grupos en cuanto al tipo de hepatectomía que debe realizarse en el paciente amiloidótico. Nuestro grupo prioriza la seguridad en el donante vivo, por lo que realizamos la hepatectomía piggy-back con la que conseguimos mejor tolerancia hemodinámica y evitamos el by-pass venovenoso. Tal y como se muestra en nuestros dos casos, el trasplante hepático secuencial mediante dicha técnica exige la reconstrucción vascular de las VHS en el injerto amiloidótico.

### Ileo biliar como causa infrecuente de obstrucción intestinal en urgencias

T. Gomez Sanchez, L. Elmalaki Hossain, D.sanchez Relinque, M. Rodríguez Ramos, F. Grasa Gonzalez, S. Gomez Modet, E. G. Romero

Hospital Punta De Europa. Ags Campo De Gibraltar

*Introducción:* El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción mecánica de intestino delgado que afecta a pacientes añosos pluripatológicos<sup>1</sup>. Está causado por la impactación de una litiasis biliar generalmente en íleon, seguido de yeyuno y duodeno (Síndrome de Bouveret)<sup>2</sup>, tras pasar al tracto intestinal a través de una fistula bilioentérica.

*Objetivos:* Revisar todos los casos intervenidos por íleo biliar desde enero de 2012 a enero de 2013 en el Hospital Punta de Europa.

*Material y métodos:* Se realiza una búsqueda de casos en la base de datos del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo desde enero de 2012 a enero de 2013, donde se incluyen todos los pacientes con diagnóstico de íleo biliar. Resultados Se obtienen 4 pacientes, 3 mujeres y 1 varón, con edad media de 71 años (45-87), dos de ellos ASA II y otros dos ASA III. Todos tenían antecedentes de coleditiasis. El síntoma principal fue dolor abdominal asociando vómitos. En todos los casos se realizó TAC abdominal observándose signos de obstrucción intestinal asociado a una fistula bilioentérica a nivel de duodeno. A todos los pacientes se les realizó una laparotomía exploradora con enterotomía, extracción de la litiasis, y estricturoplastia. En 2 pacientes la litiasis se encontraba en íleon terminal, uno en yeyuno y otro en duodeno. Todos los pacientes recibieron profilaxis antibiótica según protocolo. La estancia media postoperatoria fue de 9,7 días (6-14), y tres de los cuatro pacientes presentaron infección de la herida quirúrgica (75%), que en todos los casos se resolvió con curas locales por parte de enfermería. No existió mortalidad.

*Discusión:* El íleo biliar se produce tras la impactación de un cálculo de gran tamaño (19% mayor de 2cm)<sup>2</sup> que ha pa-

sado al tracto intestinal a través de una fistula bilioentérica, que suele ser colecistoduodenal (60% de los casos)<sup>1</sup>. En nuestra serie todas las fistulas fueron colecistoduodenales siendo el 50% íleon terminal, 25% en yeyuno y el 25% restante (un caso) en duodeno. El diagnóstico se basa en la TAC abdominal, donde se visualiza la fistula bilioentérica y el cálculo en el 77% de los casos<sup>2</sup>. El tratamiento quirúrgico puede realizarse en un tiempo, extrayendo la litiasis intestinal y resolviendo la fistula, indicada en pacientes jóvenes con bajo riesgo quirúrgico. En pacientes de edad avanzada y/o alto riesgo quirúrgico (ASA III o IV) se recomienda extraer la litiasis únicamente para resolver la obstrucción<sup>1</sup>. Se recomienda realizar profilaxis antibiótica pues la infección de la herida quirúrgica la complicación postoperatoria más frecuente<sup>2</sup> (un 75% de pacientes en nuestra serie).

*Conclusiones:* El íleo biliar es una entidad poco frecuente pero a considerar en el diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal en urgencias, afectando a pacientes de edad avanzada con morbilidad asociada; y siendo el tratamiento quirúrgico

*Bibliografía:* 1. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. World J Surg 2007; 31:1292.

2. Beltran MS, Csendes A, Cruces KS. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. World J Surg 2008; 32:2237.

### Oxiurosis intestinal como causa de abdomen agudo en urgencias

T. Gómez Sanchez, Jd.romero Gallego, S. Gómez Modet, F.grasa Gonzalez, D.sanchez Relinque, L.tejedor Cabrera, E.garcia Romero

Hospital Punta de Europa

*Introducción:* El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, que suele presentarse como un abdomen agudo en urgencias. Su localización más frecuente es en íleon terminal. La infección por enterobius vermicularis es una de las más frecuentes en el tracto gastrointestinal, sobre todo en niños. Existen pocos casos reportados sobre oclusión intestinal del oxiuro en un divertículo de Meckel. *Objetivos:* Presentar el caso de un paciente que ingresa en urgencias con clínica de abdomen agudo y diagnóstico de obstrucción intestinal causada por un divertículo de Meckel que resultó infestado por larvas de enterobius vermicularis.

*Presentación del caso:* Varón de 18 años sin antecedentes que acude a urgencias por dolor abdominal generalizado de 48 horas de evolución. asociando vómitos abundantes. A la exploración física destaca un abdomen distendido, doloroso sin peritonismo. En el hemograma hay leucocitosis con neutrofilia y desviación a la izquierda. La TAC abdominal es compatible con obstrucción de íleon distal, probablemente secundaria a divertículo de Meckel. Se realiza una laparotomía exploradora donde se encuentra una gran dilatación de asas de intestino delgado con stop a nivel de íleon distal, donde se observa un divertículo de Meckel con signos in-

flamatorios asociado a una brida, responsables del cuadro. Apéndice cecal normal, levemente flemoso. Se realiza resección segmentaria del divertículo y apendicectomía. El postoperatorio cursa favorablemente, dándose el alta a los 5 días. El análisis de anatomía patológica reveló un apéndice cecal sin signos inflamatorios ocupado parcialmente por larvas de enterobius vermicularis y un divertículo de Meckel con signos inflamatorios agudos cuya luz se encontraba ocluida por larvas helmínticas. El paciente fue derivado a Medicina Interna donde concluyó su tratamiento antiparasitario.

**Discusión y conclusiones:** El divertículo de Meckel es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, siendo su prevalencia entre 1.2 y 3% y más frecuente en hombres (relación 2:1)<sup>1,2</sup>. La clínica disminuye a medida que aumenta la edad, presentándose clínicamente como obstrucción o perforación de intestino delgado, diverticulitis o hemorragia digestiva. La infección por enterobius vermicularis (oxiurosis) es la parasitosis más frecuente en nuestro medio, sobre todo en niños. El parásito se ingiere en forma de larva, desarrollándose hasta la etapa adulta en íleon terminal y ciego. Luego migran a la región perineal a poner sus huevos, sobre todo durante la noche. La frecuencia de oxiurosis apendicular oscila entre 0,2 y 3,8%<sup>3</sup>. Las larvas pueden ocluir la luz intestinal provocando un cólico apendicular que evolucione hacia apendicitis aguda<sup>3</sup>. Existen pocos casos publicados sobre la obstrucción de un divertículo de Meckel por enterobius vermicularis, pero no es descartable esta entidad, puesto que el divertículo suele encontrarse muy próximo a la zona donde asienta el parásito.

**Bibliografía:** 1. Zani A, Eaton S, Rees CM, Pierro A. Incidentally detected Meckel diverticulum: to resect or not to resect? Ann Surg 2008; 247:276.

2. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. J R Soc Med 2006; 99:501.

3. Sah SP, Bhadani PP. Enterobius vermicularis causing symptoms of appendicitis in Nepal. Trop Doct 2006;36:160-2.

### **Control de daños con sistema Vacuum-Assisted Closure (V.A.C.-Abthera®) en el contexto pancreatitis aguda necrotiz**

Grasa González F., Elmalaki Hossain L., Salas Díaz S., Sánchez Relinque D., Gómez Sánchez T., Rodríguez Ramos M., Tejedor Cabrer

*Hospital Punta de Europa (Algeciras, Cádiz)*

**Introducción:** En la actualidad no existe consenso para el manejo óptimo de la pancreatitis aguda necrotizante (PAN). El tratamiento conservador en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa el tratamiento de elección de la PAN severa estéril, con miras a la prevención de la insuficiencia multiorgánica. Durante décadas, la cirugía ha sido la piedra angular del tratamiento de los pacientes con necrosis pancreática infectada, síndrome compartimental abdominal y/o fallo orgánico.

**Caso Clínico:** Describimos el caso de un varón de 36 años sin antecedentes personales de interés, exceptuando patología biliar litiásica con cuadros aislados de cólicos biliares, que acude a Urgencias por cuadro compatible con PAN severa que precisó de ingreso en UCI. En dicha unidad se realiza

tratamiento conservador con posterior deterioro clínico y síndrome compartimental asociado. Se decide tratamiento quirúrgico con necrosectomía pancreática de urgencias y dado que el paciente no toleró hemodinámicamente el acto quirúrgico se decidió realizar una laparostomía y traslado a UCI. Una vez transcurridas 12 horas tras la cirugía se realizó cura bajo sedación de lecho quirúrgico cubriéndose la laparostomía con el sistema VAC- Abthera®. La evolución fue lenta pero favorable, mejorando hemodinámica y respiratoriamente, curas cada 48 horas con lavados y esfasectomías pancreáticas. A partir del 10º día postoperatorio se evidenció tejido de granulación y cierre progresivo de la herida. Permitiendo así el alta del Servicio de UCI y control en planta con curas locales hasta el alta domiciliaria.

**Conclusiones:** El sistema VAC-Abthera® se ha mostrado como herramienta útil en el tratamiento de laparostomías por pancreatitis aguda necrotizante permitiendo una rápida mejoría clínica y ayudando a evitar las terribles complicaciones a corto-medio plazo derivadas de la realización de una laparostomía.

### **Quiste chocolate estrangulado como causa de abdomen agudo**

Grasa González F., Gómez Sánchez T., Elmalaki Hossain L., Romero Gallego D., Sánchez Relinque D., Gómez Modet S., Rodríguez Ramo

*Hospital Punta de Europa (Algeciras, Cádiz)*

**Introducción:** La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial fuera del útero lo que induce una reacción inflamatoria. Es una enfermedad crónica cuya causa se desconoce. El tratamiento mediante supresión hormonal antes o después de la cirugía no parece asociarse con ningún beneficio.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 40 años sin alergias medicamentosas conocidas. Intervenida de hernioplastia inguinal. Como antecedentes personales destaca enfermedad endometriósica que precisó de histerectomía con anexectomía parcial con 30 años de edad. Posteriormente fue intervenida por eventración de Pfannestiel de forma programada. Pasados 8 años acude de forma urgente por dolor abdominal a nivel de zona infraumbilical de 4 horas evolución, presentando nuevo proceso herniario en zona de Pfannestiel, no reductible, con clínica compatible con abdomen agudo. La paciente es intervenida de forma urgente evidenciándose eventración en región de Pfannestiel con tumoración de aproximadamente 5cm de diámetro contenida en saco herniario, de aspecto achocolatado, friable y sangrante. Tras maniobras de disección se constata lesión dependiente de anejo ovárico. Se realiza escisión de quiste ovárico endometriósico con revisión de cavidad abdominal sin evidenciar implantes endometriósicos y herniorrafia de eventración. La paciente evolucionó favorablemente recibiendo alta hospitalaria, y en la actualidad se encuentra en revisión conjunta en consulta externas de Ginecología y Cirugía General y Ap. Digestivo. **Conclusiones:** La endometriosis es una enfermedad crónica que conlleva serias complicaciones en mujeres en edad fértil. El caso presentado evidencia la posibilidad de diagnóstico diferencial,

aunque poco frecuente, de migración de tejido endometrial a saco herniario como causa de abdomen agudo.

### Hernia traumática de pared abdominal contralateral al mecanismo etiológico

Grasa González F., Gómez Sánchez T., Sánchez Relinque D., Elmalaki Hossain L., Romero Gallego D., Saenz de Tejada P., Ruiz de Go

*Hospital Punta de Europa (Algeciras, Cádiz)*

**Introducción:** La hernia traumática de pared abdominal es un proceso infrecuente, rondando el 1% de los traumatismos de etiología violenta de la pared abdominal. Los pacientes presentan dolor abdominal, asociado o no a equimosis y/o abrasión en la piel abdominal. El mecanismo etiológico parece resultar de la aplicación de una fuerza que no es suficiente para penetrar la piel, pero sí lo es para lesionar estructuras musculares y aponeuróticas, provocando así el defecto de pared. La localización del defecto tiene lugar generalmente en las zonas anatómicamente más débiles, como son el lateral de la vaina de los rectos, la parte baja del abdomen y la región inguinal. Al ser las lesiones inespecíficas, el diagnóstico se basa en una anamnesis meticulosa y en pruebas complementarias, como el TAC o la ecografía. El manejo terapéutico es controvertido, principalmente en cuanto al momento de su resolución quirúrgica (urgente o diferida), basándose fundamentalmente en el grado del defecto de la pared, los hallazgos clínicos y radiológicos, las lesiones asociadas y el estado clínico del paciente.

**Caso Clínico:** Varón de 54 años, que acude a Urgencias por presentar dolor en flanco izquierdo tras sufrir caída accidental sobre flanco derecho desde una escalera hacia el suelo sin colisionar con estructuras colindantes, de tres días de evolución habiendo sido diagnosticado de contractura muscular. En el momento de la exploración presentaba estabilidad hemodinámica, dolor a la palpación costal izquierda, sin presencia de hematomas ni erosiones. Abdomen con tumefacción dolorosa al nivel de unión flanco izquierdo e hipocondrio izquierdo, con signos de peritonismo y defensa abdominal. Al ingreso las analítica, radiografía simple de tórax y abdomen no presentaba desviación de los parámetros de la normalidad. En la ecografía abdominal se apreció la rotura del músculo oblicuo anterior izquierdo, con presencia de un hematoma y la probable fractura de la unión condrocostal de la 10ª costilla sin evidencia de lesiones viscerales ni líquido libre peritoneal. Tras estos hallazgos se realizó un TAC abdominopélvico que mostró hernia traumática interna de pared abdominal por desgarramiento de musculatura con contenido de colon transversal perforado y material purulento de importante afectación inflamatoria de pared abdominal lateral izquierda con edema de tejido celular subcutáneo y del músculo oblicuo menor. Se decide cirugía de manera urgente y se realiza resección segmentaria de colon transversal y reconstrucción mecánica latero-terminal y cierre de orificio herniario traumático con puntos sueltos. El paciente presentó evolución favorable tanto analítica como clínicamente dándose de alta hospitalaria a los 10 días del ingreso. Una vez dado de alta se recibe informe de

Anatomía Patológica que nos notifica el diagnóstico de peritonitis pericólica como ya se presuponía; aportando además el dato casual de adenocarcinoma ulcerado moderadamente diferenciado que invadía todo el espesor de la pared cólica, llegando hasta la grasa pericólica, aislándose nueve ganglios linfáticos libres de invasión neoplásica. El paciente se encuentra en la actualidad con buen estado general, asintomático y en revisión por Servicio Oncología.

**Conclusiones:** La hernia traumática de pared es una entidad poco frecuente que plantea un manejo terapéutico controvertido. En la actualidad el diagnóstico clínico debe apoyarse en pruebas de imagen, destacando el TAC, para filiar el daño de pared abdominal así como el de las estructuras anatómicas implicadas.

### Papel de la ecografía endoanal dinámica 3-D en el diagnóstico de la fisura anal

Ignacio Machado Romero, Antonio M. Muñoz Ortega, Antonio del Fresno Asensio, Antonio J. González Sánchez, Francisco J. Moreno Ruiz, José A. Pérez Daga, César P. Ramírez Plaza. Servicio de Cirugía General y Digestiva

*Hospital Quirón Málaga.*

**Introducción:** La ecografía endoanal 3-D tiene un papel diagnóstico importante en pacientes con proctalgia. Puede considerarse que es la exploración inicial por su disponibilidad y rendimiento. Una de las causas más frecuentes de proctalgia es la fisura anal. En las fisuras anales crónicas o refractarias a tratamiento médico la esfinterotomía lateral interna es la técnica de elección. No existen diferencias significativas entre la esfinterotomía abierta frente a la cerrada, aunque hay una pequeña tendencia a un mejor resultado con la técnica abierta. La recurrencia o persistencia se presenta entre 0 y 8% y las principales causas se deben a esfinterotomía insuficiente, trayecto fistuloso subfisurario, presencia de colgajos cutáneos voluminosos o con signos inflamatorios. Un elevado porcentaje de pacientes con fisura anal presentan en el estudio ecográfico hipertrofia del esfínter anal interno. Se ha descrito aumento del grosor en el 92% de los pacientes, y un grosor medio del esfínter anal interno de 3,7 +/- 0,7 mm. Por todo esto, la ecografía endoanal 3-D puede caracterizar bien las fisuras anales crónicas, adquiriendo ésta especial relevancia en aquellos pacientes con enfermedad persistente o recurrente tras tratamiento quirúrgico.

**Material y métodos:** La ecografía endoanal es capaz de evaluar el resultado anatómico de la esfinterotomía lateral interna, y puede llegar a clasificarla en completa o incompleta, en cuanto a su extensión radial, además de poder evaluar su extensión longitudinal y la del esfínter anal interno restante. Las esfinterotomías cerradas suelen ser más cortas y se han asociado a mayor porcentaje de recurrencia o persistencia de la enfermedad, con respecto a las abiertas. Estas últimas en cambio son completas más a menudo y en estos casos las recurrencias son menores, pero presentan incontinencia con mayor frecuencia. De esta manera, se puede considerar que la ecografía endoanal supone un test de calidad en el tratamiento quirúrgico de la fisura anal. Se ha utilizado también

para evaluar el daño producido tras la dilatación forzada del esfínter anal interno. La extensión longitudinal de la esfinterotomía se ha evaluado tradicionalmente mediante los datos recogidos en los informes quirúrgicos y, más recientemente, con métodos más fiables, como la ecografía endoanal. Numerosos estudios han demostrado que la presencia ecográfica de una esfinterotomía incompleta se asocia con la persistencia o la recurrencia de la fisura anal. A pesar de los datos aportados por estos estudios, la altura o extensión longitudinal de la esfinterotomía es aún controvertida. En general se recomienda

realizar una esfinterotomía lateral interna completa y limitada al tercio inferior del esfínter anal interno para obtener una alta tasa de curación y una baja tasa de incontinencias en los pacientes intervenidos por fisura anal.

*Discusión:* Además de las indicaciones clásicas de la ecografía endoanal, perfectamente establecidas, existen otras situaciones en las que la ecografía endoanal puede desempeñar un papel importante. En resumen, podríamos establecer la indicación de la ecografía endoanal en la fisura de ano en los casos de persistencia del dolor tras la cirugía.