

Especial XV Congreso de la ASAC

Comunicaciones póster

CP001. ¿ES ADECUADA LA GASTRECTOMÍA VERTICAL COMO TÉCNICA METABÓLICA EN LA DIABETES MELLITUS TIPO I? RESULTADOS A 2 AÑOS EN UN PACIENTE.

M.A. Mayo-Ossorio, J.M. Pacheco-García, J. Varela-Recio, C. Peña-Barturen, S. Ayllón-Gámez, E.M. Sancho-Maraver, M. Fornell-Ariza, S. Roldán-Ortiz, D. Pérez-Gomar, L.F. Romero-Pérez, J.L. Fernández-Serrano

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: la Diabetes Mellitus (DM) tipo I se asocia a mortalidad temprana y a morbilidad crónica. Cada vez hay más diabéticos tipo I que son obesos mórbidos. El papel de la cirugía bariátrica en la DM tipo II es conocido, sin embargo, los efectos de las estrategias quirúrgicas en la diabetes tipo I siguen siendo controvertidos. Presentamos el caso de una paciente obesa con DM tipo I de larga evolución intervenida mediante gastrectomía vertical.

Caso clínico: mujer de 42 años de edad con DM tipo I de 25 años de evolución con mal control metabólico y obesidad grado I con IMC máximo de 36,4 kg/m². Presentaba HgA1c de 12,5%. Se propone realización de gastrectomía vertical según técnica habitual, tutorizada con sonda de fouchet de 34 Fr. El postoperatorio cursa favorablemente, y es dada de alta al tercer día. Al mes de la cirugía presenta adecuada tolerancia oral y mejoría del control metabólico con una HgA1c de 8,5% y adecuada pérdida ponderal. Al año de la cirugía peso de 64 Kg, buen control metabólico y HgA1c 7,9%. A los dos años presenta adecuada pérdida ponderal pero un discreto ascenso de la HGA1c a 8,8%, que mantiene actualmente.

Discusión: la gastrectomía vertical reduce significativamente los niveles de grelina que contribuyen a la pérdida de apetito, reducción de la ingesta y consigue a su vez un aumento de la sensibilidad a la insulina, por lo que ejerce efecto metabólico en la DM tipo I. A pesar de los buenos resultados a corto plazo, pensamos que en la DM tipo I se necesita tener un control glucémico óptimo para prevenir las complicaciones a largo plazo.

CP002. CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTE MAYOR DE 65 AÑOS. ¿ES LA GASTRECTOMÍA VERTICAL UNA OPCIÓN?

M.A. Mayo-Ossorio, J.M. Pacheco-García, M. Fornell-Ariza, C. Peña-Barturen, S. Ayllón-Gámez, J. Varela-Recio, M.C. Bazán-Hinojo, D. Pérez-Gomar, E.M. Sancho-Maraver, J.L. Fernández-Serrano

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: cada vez hay más pacientes en España por encima de los 65 años con obesidad mórbida. Hasta ahora la edad considerada

limite era los 60 años. Existe un 25% de riesgo de mortalidad en el postoperatorio inmediato. La gastrectomía vertical es un procedimiento eficaz y relativamente seguro con una tasa aceptable de complicaciones en los ancianos obesos. Presentamos un caso de un paciente con 67 años intervenido mediante gastrectomía vertical por obesidad mórbida con buenos resultados a corto plazo.

Caso clínico: paciente de 67 años con Obesidad mórbida con IMC de 48,11 kg/m² con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, SAOS, trombopenia autoinmune e intervenido de safenectomía. Tras valoración en comité multidisciplinar se decide la realización de gastrectomía vertical según técnica habitual con sonda de Fouchet de 34 Fr. No se presentaron complicaciones en el postoperatorio. A los quince días presenta buen control de tensión arterial y ya no utiliza la CPAP. Al año, buena tolerancia oral, tensión arterial controlada, resolución del SAOS y de la dislipemia. A los dos años, mejoría de las comorbilidades (49,57% EIMCP, 81,9% PSP y -40,97% PTP).

Discusión: la gastrectomía vertical en pacientes mayores de 65 años es un procedimiento eficaz y relativamente seguro. Se logra una reducción significativa del peso en el primer año postoperatorio y el porcentaje de sobrepeso perdido es excelente. Todos se benefician de una reducción considerable de las comorbilidades con una baja tasa de complicaciones lo que conduce a una mejora general de la calidad de vida. Si bien los datos del seguimiento a largo plazo son escasos, así como la comparación con el bypass gástrico, pensamos que la gastrectomía vertical es una opción viable para los pacientes obesos mayores.

CP003. GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA COMO CIRUGÍA DE REVISIÓN TRAS FALLO DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE.

M.Á. Mayo-Osorio¹, J.M. Pacheco-García¹, C. Peña-Barturen², S. Ayllón-Gámez², J. Varela-Recio¹, E.M. Sancho-Maraver¹, M. Fornell-Ariza¹, S. Roldán-Ortiz¹, J.L. Fernández-Serrano¹

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

²UGC de Cirugía General. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: la cirugía de revisión de la banda gástrica ajustable es uno de los problemas más comunes en la cirugía bariátrica. Cada vez se utiliza más la gastrectomía vertical por fallo tras banda gástrica ajustable. Presentamos el vídeo de un paciente al que se le retiró la banda gástrica ajustable y se realizó gastrectomía vertical en un único acto con buenos resultados

Caso clínico: paciente de 53 años con obesidad mórbida (peso 155 Kg Talla 1,77 m IMC 49,47 Kg/m²) intervenido hace dos años mediante banda gástrica ajustable con una pérdida ponderal de 30 Kg el primer año y regancia posterior sin otra sintomatología. Se decide cirugía

de revisión. Tras optimización preoperatoria es intervenido con peso de 146 Kg e IMC de 47,7 Kg/m²). Se realiza extracción de banda gástrica y gastrectomía vertical según técnica habitual tutorizada con sonda de Fouchet de 34 Fr, con echelon flex powered de 60 mm protegida con seamguard, con buen resultado postoperatorio.

Discusión: la técnica de revisión más empleada hasta el momento actual para el fallo de la banda gástrica ajustable es el bypass gástrico laparoscópico, aunque cada vez está ganando más popularidad la gastrectomía vertical, si bien se discute realizar la cirugía de revisión en un tiempo o en dos tiempos. En el caso de nuestro paciente se propuso una GV ya que partíamos de un IMC de más de 50 Kg/m², y ante los hallazgos intraoperatorios se realizó la gastrectomía vertical sin incidencias y con buenos resultados.

CP005. ¿REALMENTE ES ÚTIL LA REALIZACIÓN DE UN CURSO DE HABILIDADES LAPAROSCÓPICAS EN PELVITRAINERS?

B. Marenco-de la Cuadra¹, J.A. López-Ruiz², L. Tallón-Aguilar¹, M. Sánchez-Ramírez¹, J. Váldez-Hernández¹, L. Sánchez-Moreno¹, A. Cano-Matías¹, J. López-Pérez¹, F. Oliva-Mompeán¹

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla. ²UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: actualmente la laparoscopia se ha incrementado notablemente, al tratarse de una técnica compleja y difícil de dominar, los cirujanos en formación experimentan una disminución del entrenamiento quirúrgico. Como alternativa complementaria a la formación surge la simulación laparoscópica.

Material y métodos: mediante simulación con pelvitrainers desarrollamos un curso de entrenamiento básico de habilidades quirúrgicas laparoscópicas. Participan 19 cirujanos con distinto grado de experiencia laparoscópica, divididos en dos grupos (baja experiencia ó experiencia moderada; según el número de intervenciones y años de actividad profesional). Incluimos nueve cirujanos en el primer grupo y diez en el segundo.

Evaluamos destreza laparoscópica inicial midiendo el tiempo en desarrollar una sutura laparoscópica completa y un ejercicio de precisión. Seguidamente, realizamos un entrenamiento teórico-práctico con un programa de cinco ejercicios de destreza y sutura laparoscópica durante dos sesiones. Al finalizar, realizamos una evaluación de habilidades y progresos obtenidos.

Resultados: el tiempo medio inicial del primer grupo es de diez minutos para la sutura laparoscópica y de 4,5 minutos para el ejercicio de precisión; 7 minutos y 3 minutos respectivamente para el grupo de experiencia moderada.

Comparando con los resultados finales, observamos una disminución significativa en ambos grupos. En el primer grupo objetivamos una disminución de los tiempos medios del 70% en la sutura laparoscópica y del 50% en ejercicio de precisión, y de un 72% y 50% en el segundo.

A pesar de la diferencia de tiempo inicial entre ambos grupos, conseguimos una mejoría significativa y equiparable para ambos grupos.

Conclusiones: el entrenamiento en simuladores supone un camino seguro, controlado y estandarizado en el desarrollo laparoscópico, disminuyendo la curva de aprendizaje y permitiendo extrapolar las habilidades obtenidas al quirófano. Siendo un curso útil para mejorar destreza quirúrgica independientemente del grado de experiencia del alumno.

CP007. ABDOMEN AGUDO POR ENDOMETRIOSIS APENDICULAR, UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE.

S. Roldán-Ortiz, D. Pérez-Gomar, M.Á. Mayo-Osorio, M. Fornell-Ariza, S. Ayllón-Gámez, C. Peña-Barturen, M.C. Bazán-Hinojo, J. Varela-Recio, M.D. Casado-Maestre, M.J. Castro-Santiago, J.L. Fernández-Serrano

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: la endometriosis es una patología benigna que afecta a mujeres en edad fértil. Sin embargo, la afección del tracto gastrointestinal es infrecuente, siendo la localización apendicular inusual.

Caso clínico: mujer de 41 años sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución, anorexia y náuseas. No ha padecido episodios similares y está con la menstruación. En exploración, abdomen doloroso en FID con Blumberg positivo. Analíticamente: PCR 28 mg/L, Leucocitos 13.200 y neutrofilia. Ecografía describe hallazgos compatibles con apendicitis aguda con líquido libre entre asas. Se decide intervención quirúrgica, encontrando líquido achocolatado en pelvis menor, quistes endometriósicos rotos en ovario izquierdo y derecho. Apéndice sin alteraciones macroscópicas.

Se realiza apendicectomía por incisión de McBurney según técnica habitual, y quistectomía parcial ovárica bilateral.

Cursa postoperatorio sin incidencias, siendo valorada por Ginecología. Anatomía Patológica informa de quiste endometriósico ovárico, junto a apéndice cecal con obliteración fibroadiposa de la luz y endometriosis focal.

Discusión: la endometriosis es la presencia de tejido endometrial funcionalmente activo, fuera de la cavidad uterina, que induce inflamación crónica. La localización más frecuente es en pelvis, ovarios, peritoneo y ligamentos uterosacros. La incidencia de endometriosis intestinal es de 3-12%, siendo más frecuente en: recto y sigma (88%) y menos frecuente en apéndice cecal (3%) y ciego.

La clínica puede ser asintomática o provocar dolor abdominal, sobre todo recurrente y cíclico, pudiendo provocar cuadro de abdomen agudo. Por esta clínica diversa, el diagnóstico de endometriosis apendicular, generalmente, es histológico encontrando glándulas y estroma endometrial en apéndice. No obstante, antecedentes personales de endometriosis ovárica y síntomas cíclicos con la menstruación debe hacernos sospecharla.

En cuanto al tratamiento hay consenso en que, si hay evidencia macroscópica de foco endometriósico en apéndice, ésta debe extirparse para disminuir la tasa de complicaciones. Es necesario seguimiento por Ginecología y valorar tratamiento médico adyuvante.

CP008. ENDOSALPINGIOSIS APENDICULAR, HALLAZGO MUY INFRECUENTE.

S. Roldán-Ortiz¹, M. Fornell-Ariza¹, A. Valverde-Martínez¹, S. Ayllón-Gómez¹, C. Peña-Barturen¹, J. Varela-Recio¹, K. Tello-Collantes², A. García-Poley¹, M.C. Bazán-Hinojo³, M.J. Castro-Santiago¹, J.L. Fernández-Serrano¹

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

²Unidad de Anatomía Patológica. Hospital Puerta del Mar, Cádiz. ³UGC de Cirugía General. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: la endosalpingiosis apendicular es una entidad benigna excepcional, existiendo sólo 5 casos en la literatura médica.

Caso clínico: mujer de 39 años sin antecedentes personales de interés. Acude a Urgencias por dolor abdominal difuso de cinco días de evolución, actualmente más acentuado en FID. Acompañado de náuseas sin vómitos. En la exploración, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en FID con Blumberg positivo. Análíticamente destaca PCR 58,3 mg/L, fibrinógeno 632 mg/dL, Leucocitos 9.730 y 73% de neutrófilos. La ecografía abdominal describe hallazgos compatibles con apendicitis aguda y mínima cantidad de líquido libre entre asas. Se decide intervención quirúrgica, encontrando apendicitis aguda flemonosa con escasa cantidad de líquido seroso. Se realiza apendicectomía por incisión de McBurney según técnica habitual.

Cursa el postoperatorio sin incidencias y el resultado de Anatomía Patológica informa de que en la punta apendicular se observa en subserosa varias estructuras glandulares revestidas de epitelio cúbico ciliado sin atipia y sin estroma endometrial, compatible con endosalpingiosis en apéndice cecal.

Discusión: la endosalpingiosis fue descrita por primera vez por Sampson en 1928 y se define como la presencia de epitelio glandular tubular ciliado en localización ectópica a las trompas de Falopio. La primera publicación de endosalpingiosis en apéndice cecal la realiza Cajigas *et al.* en 1990 como hallazgo tras apendicectomía durante laparotomía exploradora. Según Prentice *et al.*, es más frecuente en mujeres posmenopáusicas.

No existen estudios que determinen la clínica típica, aunque, puede cursar con dolor abdominal pélvico, inflamación pélvica crónica y de peritoneo abdominal o hallazgo incidental durante la cirugía. Los focos de endosalpingiosis se localizan preferentemente a nivel peritoneal, superficie ovárica, uterina o tubárica, no obstante, también se ha descrito en vejiga, colon, apéndice, piel y bazo.

Aunque es patología benigna existen casos de transformación maligna a adenocarcinoma papilar seroso. El diagnóstico es histológico y el pronóstico es bueno.

CP009. HEMOPERITONEO ESPONTÁNEO POR CARCINOMA HEPATOCELULAR NO CONOCIDO.

S. Roldán-Ortiz, M. Fornell-Ariza, M.C. Bazán-Hinojo, C. Peña-Barturen, S. Ayllón-Gómez, J. Varela-Recio, D. Pérez-Gomar, M.Á. Mayo-Osorio, M.J. Castro-Santiago, J.L. Fernández-Serrano

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: el hemoperitoneo espontáneo ocasionado por ruptura no traumática de carcinoma hepatocelular (CHC) constituye una

presentación infrecuente en Occidente, menos de 3%. Así como su aparición como primera manifestación del proceso neoplásico no conocido.

Caso clínico: varón de 70 años con antecedentes de enolismo, HTA, FA y cirrosis hepática por VHB con abandono de seguimiento en 2005. Acude a Urgencias por dolor abdominal intenso y síncope, sin otra sintomatología asociada. Presenta palidez muco-cutánea, taquicardia e hipotensión. Abdomen doloroso en hipocondrio derecho, defensa abdominal y signos de irritación peritoneal. Analítica: Hb 8,8 g/dL, Leucocitos 10.870 e hipertransaminasemia. En ecografía se visualiza líquido libre compatible con hemoperitoneo, imágenes de hepatopatía y LOE en LHI. Dado antecedentes del paciente y hallazgos, se estabiliza y se realiza Angio-TC, evidenciando LOE en S2 de 5,5 cm sugestivo de CHC con sangrado activo y hemoperitoneo.

Se realiza embolización, cursa con evolución favorable y alta al noveno día.

Discusión: entre las causas de hemoperitoneo en pacientes cirróticos cabe destacar CHC y rotura de varices intraperitoneales. En ocasiones, es el hemoperitoneo la primera manifestación del CHC, como en nuestro caso, siendo además la causa más frecuente de sangrado intraperitoneal espontáneo en varones.

La fisiopatología es desconocida, aunque se ha relacionado con tamaño, localización subcapsular, HTP, rápido crecimiento, coagulopatía, etc. La presentación habitual es dolor abdominal brusco, distensión abdominal, irritación peritoneal y shock hipovolémico en paciente cirrótico.

El diagnóstico puede hacerse con paracentesis que confirma la presencia de hemoperitoneo, la ecografía y Tc constituyen las técnicas de imagen más empleadas en su diagnóstico.

La embolización intraarterial en el manejo de CHC irreseccable o en situaciones de urgencia por rotura, es el método terapéutico de elección. Aunque existe controversia sobre el manejo terapéutico definitivo, la embolización seguida de cirugía programada se considera tratamiento preferido. Y la cirugía programada dependerá de comorbilidades del paciente, clasificación Child, así como estadio.

CP010. LINFANGIOMA ESPLÉNICO.

S. Roldán-Ortiz, M. Fornell-Ariza, C. Peña-Barturen, M.Á. Mayo-Osorio, S. Ayllón-Gómez, J. Varela-Recio, M.D. Casado-Maestre, M.C. Bazán-Hinojo, E. Sancho-Maraver, J.L. Fernández-Serrano

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El linfangioma esplénico es una neoplasia benigna muy rara, con localización infrecuente en bazo.

Caso clínico: varón de 79 años con antecedentes de HTA, es estudiado por cambio en hábito intestinal de tres meses de evolución. En pruebas complementarias: marcadores tumorales negativos, en colonoscopia se diagnostica de neoplasia de recto inferior con estudio histológico de adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado y foco de adenocarcinoma in situ. En TC abdominal se visualiza LOE esplénica en polo superior de 2,2 cm y otra en polo inferior de 7 mm de difícil caracterización. Se decide intervención quirúrgica de recto y exploración esplénica. En la cirugía se visualiza lesión próxima a hilio esplénico de unos 2-3 cm parcialmente deprimida en centro, junto a

pequeña lesión en polo inferior. Ante hallazgos se decide resección anterior ultrabaja con colostomía terminal en FII y esplenectomía.

Evolución favorable en postoperatorio. Anatomía Patológica informa de adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado y en bazo subcapsular cerca de hilio un área de 2x3 cm microquística compatible con linfangioma esplénico.

Discusión: el linfangioma es un tumor benigno originado por malformación congénita del sistema linfático. Más frecuente en niños menores de 2 años, siendo raro en adultos. Localizado en el 95% en cuello y axilas, siendo las demás localizaciones infrecuentes. Así, el linfangioma esplénico es una rara entidad, existiendo publicados menos de 200 casos.

Habitualmente asintomático, siendo detectado por estudios de imagen realizados por otra causa o durante la cirugía, como en nuestro caso. Las pruebas complementarias usadas son ecografía, TC y RM abdominal. La TC es de elección, ya que nos demuestra topografía, tamaño, naturaleza y relaciones anatómicas de la lesión.

El tratamiento de elección es la esplenectomía laparoscópica. Sin embargo, la resección local debe ser el objetivo en tumores benignos. Tiene buen pronóstico con tasas de recidiva y malignización bajas.

CP011. MESENTERITIS ESCLEROSANTE COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

S. Roldán-Ortiz¹, M.C. Bazán-Hinojo¹, S. Ayllón-Gámez¹, M. Fornell-Ariza¹, C. Peña-Barturen¹, K. Tello-Collantes², J. Varela-Recio¹, M.C. Palomar-Muñoz³, J.M. Pacheco-García¹, J.L. Fernández-Serrano¹

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz
²UGC de Anatomía Patológica. Hospital Puerta del Mar, Cádiz. ³UGC de Medicina Interna. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: la paniculitis mesentérica es una entidad poco frecuente, incidencia de 0,6%. Consiste en inflamación crónica del mesenterio intestinal con etiología desconocida. Presenta tres estadios: paniculitis, lipodistrofia y mesenteritis esclerosante o retráctil cuando existe fibrosis (como nuestro caso).

Caso clínico: varón de 59 años con antecedentes de HTA y Hepatitis B crónica. Ingresado en Medicina Interna por dolor abdominal inespecífico en estudio (linfoma, TBC intestinal, paniculitis, etc.). Durante el ingreso sufre empeoramiento del dolor y distensión abdominal, con náuseas y vómitos. Presenta taquicardia, diaforesis y abdomen distendido, timpanizado, doloroso con irritación peritoneal. Analíticamente con elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis. El TC abdominal informa de cuadro oclusivo en íleon distal con colección mesentérica organizada de 9x4 cm y líquido libre en pelvis. Ante el empeoramiento clínico y pruebas complementarias, se decide cirugía urgente, encontrando lesión indurada necrótica y fibrótica en raíz de meso que engloba asa de íleon terminal provocando cuadro oclusivo, así como afectación de colon transversal y mesocolon. Se realiza hemicolectomía derecha con extirpación parcial de lesión necrótica.

Evoluciona favorablemente con informe histológico de mesenteritis esclerosante.

Discusión: la mesenteritis esclerosante es una patología infrecuente, existiendo menos de 300 casos publicados. En su patogenia se

han implicado diversos factores de tipo autoinmune, infeccioso, traumático, isquémico, quirúrgico o neoplásico. Afecta principalmente al mesenterio. Predomina en varones entre 50-70 años.

Clínicamente es variable, habitualmente asintomático, aunque puede presentar dolor abdominal, obstrucción intestinal o tumoración palpable.

Analíticamente destaca aumento de PCR, VSG y anemia. En pruebas de imagen, TC es de elección con aumento de densidad y engrosamiento del mesenterio. El diagnóstico definitivo es mediante biopsia quirúrgica y confirmación histológica.

Con respecto al tratamiento, no existe consenso, obteniéndose buena respuesta con AINEs, corticoides e inmunosupresores. En casos graves, como el expuesto, por complicación con obstrucción intestinal o perforación, el tratamiento es quirúrgico.

CP012. RECIDIVA DE LNH FOLICULAR COMO NÓDULO SUBCUTÁNEO OCCIPITAL.

S. Roldán-Ortiz¹, J. Varela-Recio², M. Fornell-Ariza¹, S. Ayllón-Gámez¹, C. Peña-Barturen¹, D. Pérez-Gomar¹, C. Bazán-Hinojo¹, M.Á. Mayo-Osorio¹, M.J. Castro-Santiago¹, J.L. Fernández-Serrano¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz. ²Servicio de Cirugía General. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: el linfoma No Hodgkin (LNH) aparece infrecuentemente en cuero cabelludo, siendo muy rara la afectación aislada de tejido subcutáneo sin invadir piel ni hueso.

Caso clínico: varón de 50 años con antecedentes de LNH tipo folicular en 1997, actualmente en remisión tras quimioterapia y seguimiento por Hematología. Ante el crecimiento de un nódulo indoloro de años de evolución en cuero cabelludo en región occipital, nos solicitan extirpación. Intraoperatoriamente, se observa tejido inespecífico, con aspecto "cerebroide", mal delimitado y friable en subcutáneo. Se envía a anatomía patológica ante sospecha de recidiva, e informan como: linfoma folicular (recidiva) grado 2.

Hematología completó estudio con biopsia de médula ósea y TAC: afectación linfática supra e infradiaphragmática así como de partes blandas. Inician tratamiento con Rituximab y Bendamustina continuando actualmente.

Discusión: el linfoma No Hodgkin de tipo folicular es un tipo de linfoma cuya supervivencia supera los doce años de promedio. La afectación cutánea, con predominio en cara y cuero cabelludo es menor al 2%. Debemos incluirlo en el diagnóstico diferencial de tumoraciones de cuero cabelludo o bóveda craneal, junto otras opciones diagnósticas como quiste epidérmico o pilomatrixomas, y si existe afectación de la calota con carcinoma metastásico, mieloma e histiocitosis.

La curación de estos pacientes con LNH es difícil. Transformándose en un 20% de los pacientes en linfoma agresivo, representando un factor de muy mal pronóstico y requiriendo tratamiento quimioterápico más agresivo.

Los pacientes con linfoma folicular pueden ser tratados con una combinación de quimioterapia; anticuerpos monoclonales, cirugía y/o radioterapia. O bien, se les puede hacer un seguimiento estrecho y comenzar el tratamiento cuando aparezca clínica, como en nuestro

caso. La cirugía y/o radioterapia localizada es una opción para la enfermedad de estadio I y II, pudiéndose combinar con otros tratamientos.

CP013. TUMOR DE KRUKENBERG COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO.

S. Roldán-Ortiz¹, M. Fornell-Ariza¹, S. Ayllón-Gómez¹, C. Peña-Barturen¹, J. Varela-Recio¹, K. Tello-Collantes², D. Pérez-Gomar¹, M.C. Bazán-Hinojo¹, J.M. Pacheco-García¹, J.L. Fernández-Serrano¹

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

²UGC de Anatomía Patológica. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: el tumor de Krukenberg se define como metástasis a ovario de adenocarcinoma con células en anillo de sello productoras de mucina, cuyo origen más frecuente es una lesión maligna del tracto digestivo.

Caso clínico: paciente de 63 años con antecedentes de diverticulosis colónica y hernia de hiato. Inicia estudio por molestias digestivas inespecíficas, realizándose TC abdominal que informa de mioma uterino y tumoración ovárica derecha irregular cuyas características sugieren malignidad. Valorada por Ginecología que decide histerectomía más salpingo-ooforectomía bilateral. Anatomía Patológica informa de ovario derecho con infiltración tumoral por células en anillo de sello, Tumor de Krukenberg. En estudio inmunohistoquímico: CK7+, CK20+ y CDx2+, receptores de estrógenos y progesterona negativos, por lo que se establece origen gastrointestinal. Paciente inicia estudio digestivo y quimioterapia, siendo derivada a nuestras consultas con EDA con úlcera gástrica en transición de cuerpo-antra con biopsia positiva de Adenocarcinoma células anillo de sello. Marcadores tumorales: Ca 19,9 764,1, resto sin alteraciones. Se decide cirugía realizando gastrectomía total con anastomosis esófago-yeyunal.

Cursa postoperatorio sin incidencias con alta al séptimo día. En informe histológico confirma adenocarcinoma células anillo de sello con 2/25 ganglios infiltrados: T1N1M1.

Discusión: el tumor de Krukenberg es una entidad infrecuente, entre 1-2% de los tumores ováricos y el 30-40% de tumores metastásicos a ovario. El origen gástrico es el más frecuente (70%), seguido de colon, apéndice y mama. Se presenta en mujeres entre 50-60 años con clínica relacionada con afección ovárica y síntomas digestivos inespecíficos. Se diagnostica con pruebas de imagen para estudio de tumoraciones anexiales. El diagnóstico del primario puede ser preoperatorio, durante cirugía ovárica o tras estudio histológico (como nuestro caso). En estos casos, se realiza endoscopia y TC del tracto digestivo empezando por estómago.

No existe consenso en el tratamiento, depende del tipo de metástasis y secuencia diagnóstica. Así como, quimioterapia y radioterapia no modifican el mal pronóstico.

CP014. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA EN PATOLOGÍA COLORRECTAL ELECTIVA.

D. Cabañó-Muñoz, J. Carrasco-Campos, S. Mera-Velasco, I. González-Poveda, M. Ruiz-López, J.A. Toval-Mata, I. Mirón-Fernández, M. Pitarch-Martínez, J. Santoyo-Santoyo

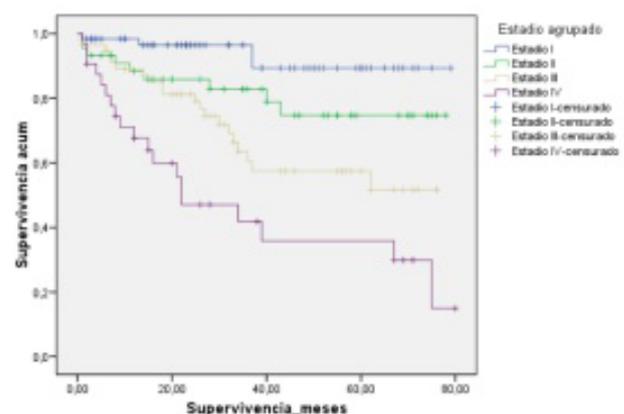
Sección de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: la hipótesis del estudio es la siguiente, la cirugía Da Vinci del cáncer colorrectal cumple con los estándares de calidad exigidos y presenta las suficientes garantías oncológicas.

Material y métodos: estudio descriptivo retrospectivo de la población intervenida en la unidad de cirugía colorrectal en el Hospital Regional de Málaga con el sistema robótico Da Vinci desde abril de 2009 hasta julio de 2015.

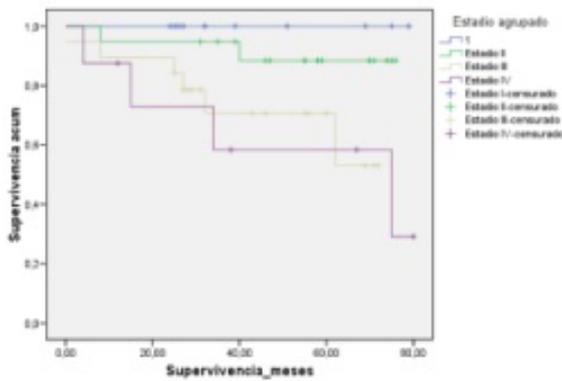
Resultados: se han intervenido por cirugía robótica un total de 241 pacientes, de los cuales un 94,6% estaban diagnosticados de cáncer colorrectal, un 4,1% de diverticulitis y un 1,2% de otros procesos. A nivel del colon se intervinieron a 63 pacientes, mientras que los que precisaron cirugía de recto fueron 165 pacientes. La mediana de adenopatías aisladas durante la intervención fue de 12 ganglios. De la muestra global, el 50,9% de los pacientes no precisaron estomas, mientras que el 33,3% necesitó una colostomía definitiva. En algunos de estos pacientes se presentaron las siguientes complicaciones: infección del sitio quirúrgico (ISQ) 9,6%, absceso intraabdominal 3,1%, eventración 0,9%, fuga 6,1%, íleo postoperatorio 14%, reingreso 3,9% y otros 7,5%. Fue necesario reintervenir a 14 pacientes y se realizaron 18 conversiones a cirugía abierta. La mortalidad perioperatoria de los pacientes del estudio fue del 3%. Por último, se ha realizado un estudio de supervivencia global y supervivencia a tres y cinco años agrupada por estadios, de la muestra total de pacientes, de los pacientes con cáncer de colon y de los pacientes con cáncer de recto.

Conclusiones: para considerar que una Unidad de Coloproctología ha pasado adecuadamente los criterios de calidad establecidos deben cumplir cinco indicadores, de los cuales obligatoriamente deben estar el indicador de infección del sitio quirúrgico en cáncer de colon y recto, el indicador de dehiscencia/fuga anastomótica y el indicador de mortalidad. Por tanto, el servicio de Coloproctología del Hospital Regional de Málaga, cumple satisfactoriamente los criterios de calidad establecidos.



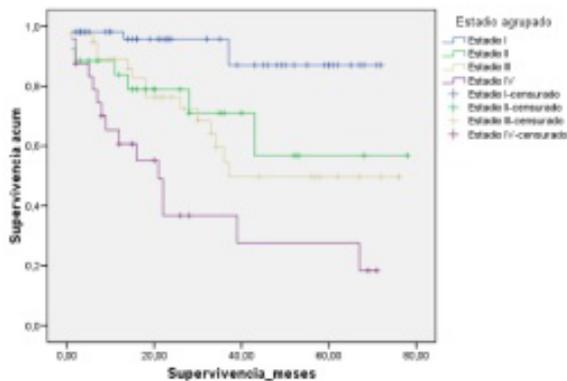
(CP014) Figura 1

Kaplan-Meier de supervivencia de cáncer colorrectal agrupado por estadios.



(CP014) Figura 2

Kaplan Meler de supervivencia de cáncer colorrectal agrupado por estadios.



(CP014) Figura 3

Kaplan Meler de supervivencia de cáncer colorrectal agrupado por estadios.

CP017. UTILIDAD DEL F18-FDG PET/TC EN EL ESTADIAJE GANGLIONAR DEL CÁNCER DE ESÓFAGO.

D. Cabañó-Muñoz¹, M. Pérez-Reyes¹, F.J. Moreno-Ruiz¹, C. Montiel-Casado¹, A. Rodríguez-Cañete¹, J.A. Blanco-Elena¹, M. Pitarch-Martínez², J. Santoyo-Santoyo¹

¹Sección de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga. ²Sección de Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: el estudio trata de averiguar el grado de correlación entre el TAC y el F18-FDG PET/TC en cuanto a la estadificación ganglionar (N).

Material y métodos: se realiza un estudio descriptivo de los pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago que se atienden en la unidad de cirugía del Hospital Regional Universitario de Málaga. Para el estadiaje de estos pacientes se precisó de la realización de una ecoendoscopia, TC y F18-FDG PET/TC.

Resultados: los datos fueron recogidos de manera prospectiva desde abril de 2015 a abril de 2017 con un total de 39 pacientes (33 hombres y 6 mujeres) cuya edad media era de 61 años (rango 43-82). El 59% presentó un tipo histológico de adenocarcinoma, mientras que el 41%

eran epidermoides. En cuanto a la localización, el 64% eran distales y el 36% eran de localización media o cervical. El grado de correlación entre el N del TC y del F18-FDG PET/TC fue del 61,5%, es decir, que en 24 pacientes el estadiaje de ambas pruebas coincidían. En 15,4% el TC infraestimaba la enfermedad (5 pacientes con N0 por TC en el PET era N1 y 1 paciente con N1 en el TC en el PET era N2). En otros 15,4% el TC sobreestimaba la enfermedad (4 pacientes con N1 en el TC y N0 en PET y 2 pacientes con N2 en TC y N1 en PET).

Conclusiones: con este análisis llegamos a la conclusión que la correlación entre el F18-FDG PET/TC y el TC es débil y que es necesario la realización de ambas pruebas diagnósticas para la toma de decisión terapéutica en cuánto a la elección de pacientes subsidiarios de terapia neoadyuvante.

CP019. CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL EN EDAD INFANTIL: QUISTE DE COLÉDOCO.

C. San Juan-López¹, I. Blesa-Sierra², N. Espínola-Cortés², Á. Pareja-López², Á. Reina-Duarte²

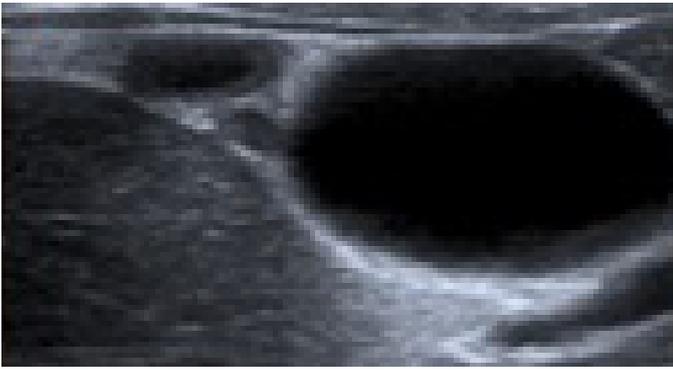
¹UGC de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: los quistes de colédoco son poco frecuentes en nuestro medio, predominando niños y en el sexo femenino. Es una dilatación del árbol biliar de tipo variable que afecta a menos de 1/100.000 habitantes. La clínica más típica es la triada de colestasis, dolor abdominal y masa en hipocondrio derecho, aunque la mayoría presentan alguno de estos síntomas de forma aislada. Las pruebas de imagen permiten plantear diagnóstico diferencial con patología quística de diversa procedencia.

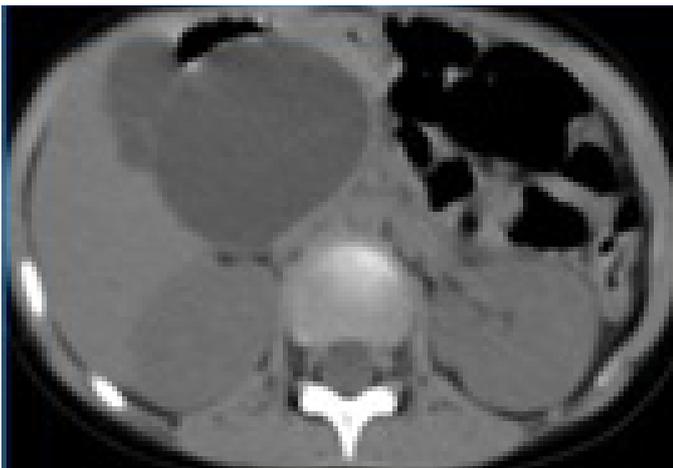
Caso clínico: niña en edad infantil, sin antecedentes personales de interés que consultó por vómitos alimentarios de 48 horas de evolución y dolor abdominal. En la exploración se palpaba una masa en hipocondrio derecho, dolorosa, fija, de unos 4 cm de tamaño. En la analítica sólo se objetivó un aumento de la LDH y GGT. La ecografía abdominal (Figura 1) detectó una masa quística subhepática de 5,5 cm, con detritus en su interior, en contigüidad con un conducto dilatado, confirmándose dicho hallazgo en un TAC abdominal (Figura 2). El diagnóstico diferencial y definitivo lo aportó la gammagrafía biliar con TAC que mostró retención del isótopo en la estructura quística (Figura 3).

Se inició antibioterapia empírica con mejoría clínica, y finalmente se realizó colecistectomía, quistectomía y hepaticoyunostomía en "Y" de Roux (Figuras 4-6). La evolución fue satisfactoria, con normalización de la LDH y GGT al quinto día postoperatorio.

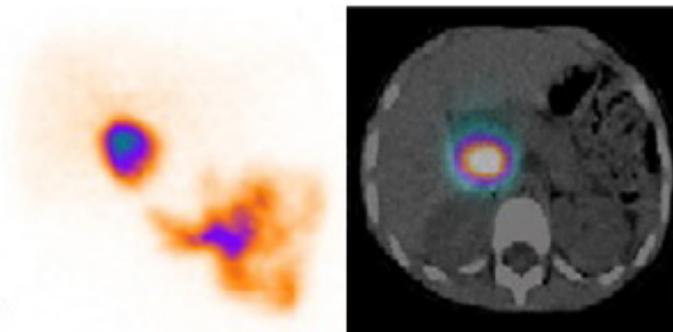
Discusión: la corrección quirúrgica del quiste de colédoco es obligada tanto por sus repercusiones clínicas como por su potencial malignización. A mayor edad del paciente mayor es la dificultad quirúrgica debido a la reacción inflamatoria y cicatricial periquística. La cirugía suele tener buenos resultados, aunque la presencia de colangitis recurrentes y la posibilidad de degeneración en los restos no extirpados obligan a realizar vigilancia estrecha indefinida por parte del médico general y del gastroenterólogo.



(CP019) Figura 1
Ecografía abdominal: masa quística.



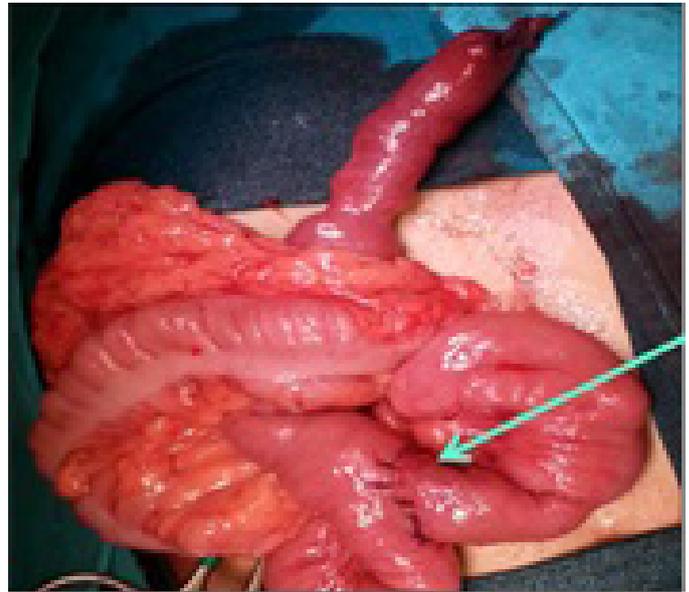
(CP019) Figura 2
TAC abdominal: imagen quística subhepática sin dilatación biliar intrahepática.



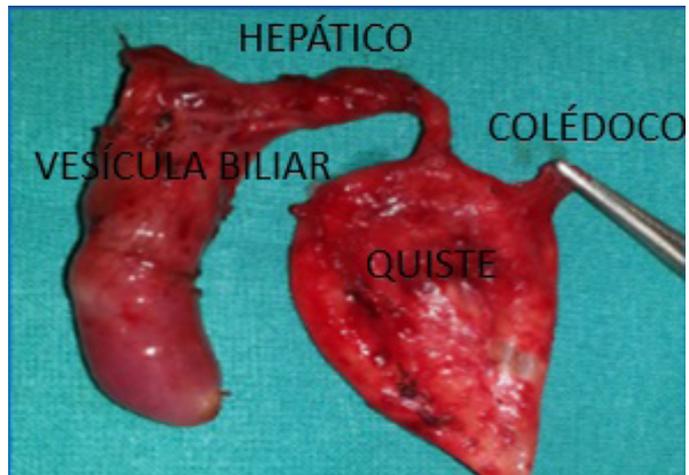
(CP019) Figura 3
Gammagrafía biliar + TAC.



(CP019) Figura 4
Imagen intraoperatoria.



(CP019) Figura 5
Intervención: colecistectomía, quistectomía y hepaticoyunostomía en "Y de Roux".



(CP019) Figura 6
Intervención: colecistectomía, quistectomía y hepaticoyunostomía en "Y de Roux".

CP020. HEMOPERITONEO POR VARICES DE LA VESÍCULA BILIAR EN PACIENTE CON CIRROSIS ALCOHÓLICA. UNA ENTIDAD EXCEPCIONAL.

C. San Juan-López¹, N. Espínola-Cortés², M. Lázaro-Sáez¹, Á. Pareja-López², F. García-Gallardo³, J.L. Vega-Sáenz¹

¹UGC de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ³UGC de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: la cirrosis hepática puede conducir a complicaciones graves derivadas de la hipertensión portal (HTP) y el desarrollo de circulación colateral. La localización de varices en otros territorios (varices ectópicas) como el anorrectal, colon, íleon o vesícula biliar son hallazgos infrecuentes, y están relacionadas con la existencia de trombosis portal.

Caso clínico: varón de 52 años con cirrosis hepática Child B9 enólica con HTP, que ingresa por dolor abdominal agudo epigástrico e irradiado a hipocondrio derecho, con vómitos, sin fiebre. El paciente presentaba mal estado general, hipotensión arterial, y en la exploración dolor abdominal difuso, con Murphy negativo y sin otros signos peritonismo.

La ecografía abdominal objetivaba colelitiasis, vesícula con pared algo engrosada, sin dilatación de la vía biliar, con HTP sin trombosis de la misma, y con ascitis leve.

El paciente evolucionó desfavorablemente, con hipotensión refractaria a fluidoterapia y anemia aguda severa sin exteriorización de sangrado digestivo. Se solicitó angioTAC abdominal evidenciándose hemoperitoneo y signos de sangrado activo intravesicular (**Figura 1**) con probable perforación de la misma y sangrado hacia cavidad peritoneal (**Figuras 2 y 3**).

Se realizó laparotomía de urgencia por shock hipovolémico, con hallazgo de hemoperitoneo masivo con sangrado activo procedente de varices de la vesícula, la cual estaba perforada. A pesar de colecistectomía, aspirado y packing hepático, con politransfusión sanguínea y medidas de soporte, el paciente evolucionó a fracaso multiorgánico y posterior fallecimiento.

Discusión: la presencia de varices ectópicas es un hallazgo inusual en paciente con cirrosis (1-3%), que puede aumentar hasta el 20% cuando se asocia hipertensión portal extrahepática.

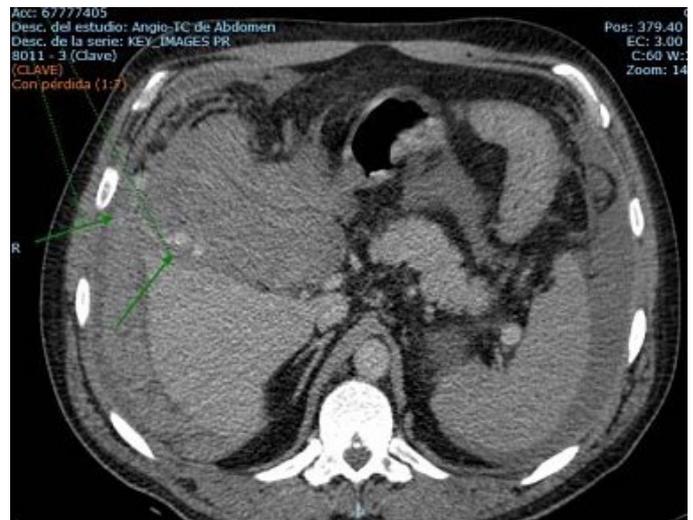
Estas varices localizadas en la vesícula biliar y la vía biliar suelen ser asintomáticas, aunque excepcionalmente se han descrito casos de hemoperitoneo en pacientes con cirrosis hepática, HTP y circulación colateral en el territorio biliar. Por ello, debemos tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica ante un shock hipovolémico en pacientes con HTP sin exteriorización digestiva.



(CP020) Figura 1
En AngioTC en fase arterial se evidencia sangrado activo a nivel de las varices de la vesícula biliar.



(CP020) Figura 2
En AngioTC en fase portal se aprecia también sangrado extraluminal hacia cavidad peritoneal con hemoperitoneo perihepático.



(CP020) Figura 3
Se aprecia imagen de sangrado activo tanto a nivel intraluminal de la vesícula como extraluminal lo que sugiere perforación de la misma y hemorragia activa.

CP021. RENDEZ-VOUS EN CIRUGÍA BILIAR ABIERTA: COMPLICACIONES Y RESOLUCIÓN DEL CASO.

C. San Juan-López¹, N. Espínola-Cortés¹, A. Gálvez-Miras¹, M. Lázaro-Sáez¹, Á. Pareja-López², J.L. Vega-Sáenz¹

¹UGC de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: entre un 10-18% de los pacientes que se someten a colecistectomía por colelitiasis presentan además coledocolitiasis. Su tratamiento puede ser en dos pasos o bien en un único acto con o sin colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) intraoperatoria. La técnica de "rendezvous" es posible gracias al paso de una guía vía transcística en el transcurso de la colecistectomía.

Caso clínico: varón de 56 años hipertenso, dislipémico, con cardiopatía isquémica y dos episodios de pancreatitis aguda de origen biliar. Pruebas radiológicas (ecografía abdominal y colangiografía) que confirman coledocolitiasis y dos intentos fallidos previos de CPRE por lo que es candidato a realización de colecistectomía (inicialmente laparoscópica) + CPRE mediante "rendezvous".

En el momento de la cirugía el paciente estaba asintomático, con una mínima elevación de enzimas de colestasis (GGT 155, FA 155). El procedimiento quirúrgico supuso la colecistectomía abierta y paso de guía a través de muñón cístico a duodeno, realizando posteriormente CPRE mediante técnica rendezvous. El caso presentó gran dificultad por el difícil enfrentamiento de la papila y por la presencia de coledocolitiasis múltiples de gran tamaño, teniendo que realizar finalmente un abordaje combinado quirúrgico y endoscópico. Se dejó un tubo de Kehr y se realizó colangiografía que aseguró la completa extracción de las litiasis.

Discusión: la técnica de rendezvous consiste en introducir una guía transhepática o transcística y capturarla en el duodeno, con el fin de facilitar la canulación de la vía biliar.

Esta técnica disminuye el tiempo de canulación y las complicaciones asociadas a la manipulación endoscópica. Facilita el acceso en caso de variaciones anatómicas de la vía biliar y de procesos inflamatorios severos que la involucren. Consigue resolver la colédocolitiasis en el 92% de los casos.

El rendezvous requiere profesionales experimentados en la técnica y con una amplia curva de aprendizaje, existiendo un riesgo de fuga biliar o estenosis biliar postoperatoria.

CP022. VÓLVULO INTESTINAL DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE.

C. San Juan-López¹, N. Espínola-Cortés², Á. Pareja-López², M. Lázaro-Sáez¹, J.L. Vega-Sáenz¹

¹UGC de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: el vólvulo intestinal se produce por la torsión de un segmento móvil del colon alrededor de su eje mesentérico. La localización más frecuente es el sigma (80%), seguido del ciego (15%) y colon transverso (5%). Presentamos el caso de una mujer con obstrucción intestinal por un vólvulo de colon derecho.

Caso clínico: mujer de 48 años intervenida previamente de un legrado y miomectomía uterina que consulta por dolor abdominal desde hacía 24 horas en flanco derecho, con náuseas y vómitos. A la exploración el abdomen era doloroso de forma difusa y existía un timpanismo más marcado en flanco derecho.

En la radiografía abdominal se evidencia dilatación de colon ascendente con elevación del hemidiafragma derecho (**Figura 1**), por lo que se completa el estudio con un TAC abdominal donde se confirma la sospecha clínica de vólvulo en colon ascendente con un calibre de 8,7 cm y elevación del hemidiafragma homolateral (**Figura 2**).

Se intentó realizar la desvolvulación endoscópica sin éxito, por lo que finalmente se decidió el abordaje quirúrgico con hemicolectomía derecha y anastomosis ileocólica.

Discusión: el vólvulo de colon es poco frecuente en países occidentales y representan solo el 1-3% de los casos de obstrucción intestinal.

Suele presentarse con la tríada de dolor, distensión abdominal y diarrea, y posteriormente con vómitos. La demora en la desvolvulación puede complicarse desarrollando gangrena, necrosis y perforación del colon con peritonitis que puede ser mortal.

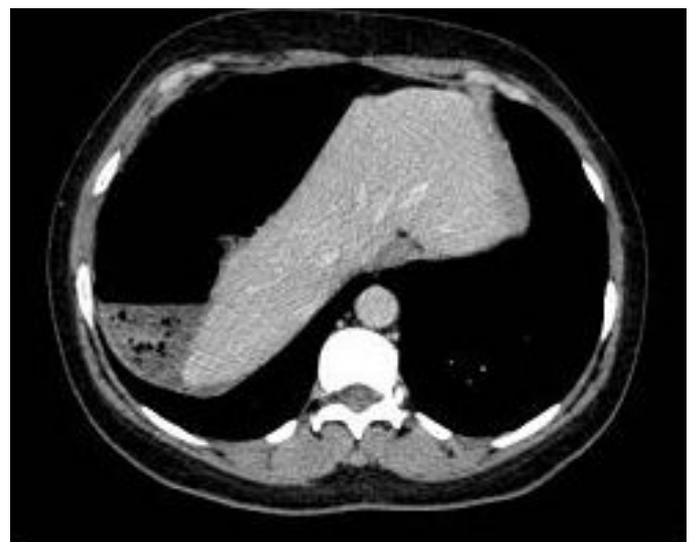
El diagnóstico es radiológico con la imagen característica de "grano de café" en la radiografía, aunque el TAC abdominal es la prueba más específica. La colonoscopia es útil en ocasiones y puede establecer la viabilidad de la mucosa colónica afectada.

Aunque el tratamiento puede ser conservador mediante desvolvulación endoscópica, en los vólvulos de colon derecho y ciego el tratamiento quirúrgico es el de elección mediante hemicolectomía derecha con o sin anastomosis.



(CP022) Figura 1

En radiografía abdominal se muestra dilatación de colon derecho.



(CP022) Figura 2

En imagen de TAC abdominal se confirma dilatación de colon derecho compatible con vólvulo intestinal.

CP023. CIRUGÍA HEPÁTICA EN DOS TIEMPOS (ALLPS) Y RESECCIÓN DE CÁNCER SIGMOIDEO JUNTO A CITORREDUCCIÓN E HIPEC.

J. Sánchez-Segura, L. Romacho-López, J. Carrasco-Campos, M. Ruiz-López, I. González-Poveda, J.A. Toval-Mata, J.A. Blanco-Elena, S. Mera-Velasco, J. Santoyo-Santoyo

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: el cáncer colorrectal (CCR) con enfermedad peritoneal es una entidad cuyo tratamiento es quirúrgico. Su incidencia es del 8% en la resección primaria y del 25% en las recidivas. La existencia de metástasis hepáticas resecables ha dejado de ser una contraindicación absoluta para la HIPEC. Presentamos el primer caso de CCR con afectación hepática extensa y peritoneal en el que se realizó una terapia inversa: ALLPS con posterior citorreducción (CR)+ HIPEC en un segundo tiempo.

Caso clínico: paciente de 47 años hipertenso y diabético diagnosticado de adenocarcinoma de sigma moderadamente diferenciado con metástasis hepáticas bilobares.

Se inició un tratamiento quimioterápico paliativo tras colostomía de descarga urgente por microperforación del tumor primario.

Recibió 11 ciclos de Folfox + Panitumumab, observándose una remisión parcial de las lesiones hepáticas en TAC de control. En el comité oncológico se decidió, cirugía hepática y un abordaje posterior del tumor primario mediante CR e HIPEC.

A los 11 meses del diagnóstico, se realizó una cirugía hepática en dos tiempos: resección limitada de dos LOES hepáticas en LHI en S.II y S.III, ligadura de la rama portal derecha junto a una bipartición hepática (ALLPS); en un primer tiempo. Y a los 12 días, se completó la hepatectomía derecha.

Mes y medio después, habiendo descartado nueva afectación metastásica, se realizó una sigmoidectomía con resección del peritoneo vesical y peritonectomía del cuadrante 5 (PCI de 5) junto a quimioterapia bidireccional con 5-FU y ácido folínico intravenoso y oxaliplatino intraperitoneal a 43°C durante 30 min.

Alta a las dos semanas sin incidencias.

Seis meses después en TAC de control, no existía progresión de la enfermedad a nivel hepático, pulmonar ni implantes peritoneales.

Discusión: el infausto pronóstico del CCR con enfermedad peritoneal exige una actitud quirúrgica activa y precoz. Este tratamiento es una opción agresiva en pacientes muy seleccionados.

CP024. SONDAS DE CALIBRACION EN LA GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

J. Sánchez-Segura, L. Romacho-López, M.C. Montiel-Casado, A. Rodríguez-Cañete, J. Santoyo-Santoyo

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: en la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) la calibración de la plastia gástrica es fundamental para conseguir la pérdida de peso y garantizar buena calidad en la ingesta oral.

Material y métodos: presentamos un estudio retrospectivo donde analizamos el uso de la sonda de calibración (Sonda Midsleeve™) comparándolo con la sonda previa. Ambas sondas eran de 37 Fr, y la Midsleeve incorpora además una calibración del antro/píloro. La variable resultado principal fue el porcentaje de sobrepeso perdido. Otras variables de interés fueron las incidencias intraoperatorias, y a largo plazo el control de la DM, y la adecuada tolerancia oral.

Resultados: desde junio de 2014 a diciembre de 2015 se han intervenido 50 pacientes de cirugía bariátrica mediante GVL. Los 25 primeros con la sonda clásica y los 25 últimos con la sonda MidSleeve. Los grupos comparados fueron homogéneos en cuanto a edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura, glucemia basal, HbA1c y nivel de resistencia a la insulina. La incidencia de ERGE fue muy escasa y similar en ambos grupos. El número de cargas de endograpadora fue ligeramente superior con la sonda sin calibrado de antro (6 frente a 5, p 0,062). El porcentaje de sobrepeso perdido fue similar en ambos grupos a los 6 y 12 meses. En cuanto a otros parámetros a 6 y 12 meses, no hubo diferencias: síntomas de reflujo, medicación hipoglucémica, IMC, perímetro de cintura, la glucemia basal, la HbA1c, y en la resistencia periférica a la insulina.

Conclusiones: el uso de sonda con calibrado antral no presentó diferencias con respecto a la sonda de calibrado de 36 Fr estándar. Su utilización debe realizarse siguiendo correctamente las instrucciones de uso para evitar el grapado de la misma.

CP026. DIVERTÍCULO SOLITARIO DE CIEGO. MANEJO Y ACTITUD TERAPÉUTICA.

N. Espínola-Cortés, M.A. Lorenzo-Liñán, M.M. Rico-Morales, C. San Juan-López, S. Ortega-Ruiz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: el divertículo solitario en ciego constituye un divertículo verdadero, el cual compromete a todas las capas del intestino. Su prevalencia es de 0,17%. Su etiología más frecuente es la congénita y muchos de ellos cursan de forma silente.

Caso clínico: mujer de 60 años de edad con antecedente de colonoscopia normal hacía un mes por presentar antecedentes familiares de cáncer colorrectal, acudió al servicio de urgencias por dolor y masa palpable en fosa iliaca derecha de una semana de evolución.

Diagnosticada clínicamente y ecográficamente como plastrón apendicular fue intervenida por vía laparoscópica de forma urgente. Los hallazgos intraoperatorio evidenciaron una masa cecal indurada y fija, por lo que se decidió realizar una hemicolectomía derecha laparoscópica ante la posibilidad de una neoplasia de ciego. El postoperatorio cursó sin incidencias siendo dada de alta al sexto día operatorio. Anatomía Patológica informó de divertículo cecal solitario inflamado.

Discusión: la inflamación de un divertículo solitario de ciego debe ser considerada como una entidad diferente de la de enfermedad diverticular que se presenta en el colon izquierdo.

Es importante el diagnóstico diferencial con patologías benignas como el plastrón apendicular, inflamación cecal en la enfermedad de Crohn y otros procesos inflamatorios, impactación de cuerpos extraños, etc., y con la neoplasia maligna de ciego. El diagnóstico por imagen presenta una alta S y E tanto por ecografía como el TC y recientemente se ha apuntado a la RM como prueba de imagen no ionizante para jóvenes y embarazadas. Las opciones terapéuticas son variables dependiente de si se diagnostica antes o durante la intervención quirúrgica. Algunos autores defienden tratamiento conservador hasta descartar proceso neoplásico y otros abogan por resección local si el proceso es limitado. En caso de duda diagnóstica, se aconseja realizar una hemicolectomía derecha.

CP027. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIO A LA AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL RESUELTA POR VÍA LAPAROSCÓPICA.

N. Espínola-Cortés, R. Torres-Fernández, Á. Pareja-López, E. Vidaña-Márquez, R. Belda-Lozano

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: la ocupación de la pelvis por el intestino delgado tras la amputación abdominoperineal se asocia con una incidencia de obstrucción intestinal de 8-19%. El 50% requerirán tratamiento quirúrgico, el cual se encuentra agravado con una morbilidad del 50% y una mortalidad del 15%.

Mujer de 51 años sin antecedentes de interés fue intervenida de adenocarcinoma rectal inferior ypT1N0M0 mediante amputación abdominoperineal (Miles) laparoscópica. Al séptimo día la paciente presentó vómitos postprandiales intermitentes que asociaba a ingestas profusas. El abdomen era blando, depresible con molestias leves a la palpación profunda en hipogastrio y leves signos de irritación peritoneal. El TC de abdomen evidenció signos de obstrucción intestinal de delgado con cambio de calibre a nivel de íleon en pelvis. Se indicó realizar una laparoscopia urgente. Intraoperatoriamente se objetivaron asas dilatadas de intestino delgado con adherencia firme en pelvis y un gran plastrón inflamatorio. Las asas adheridas y muy friables se liberaron finalmente a través del Pfannestiel (cirugía laparoscópica con mano asistida). Se exploró la cavidad confirmándose la integridad de intestino delgado.

Dada de alta sin ninguna incidencia al cuarto día postoperatorio.

Discusión: a día de hoy, el abordaje quirúrgico gold standard en el tratamiento de la obstrucción intestinal es la cirugía abierta. Este concepto ha ido cambiando a medida que los cirujanos han ido adquiriendo más experiencia en habilidades laparoscópicas avanzadas. De esta manera la laparoscopia se está convirtiendo en una herramienta diagnóstica y terapéutica en el tratamiento de la obstrucción intestinal, evitando una laparotomía, un menor periodo de recuperación postoperatoria, disminución de hernias incisionales y adherencias postoperatorias.

La cirugía laparoscópica asistida con la mano (CLAM) puede ser una interesante alternativa a la cirugía laparoscópica convencional cuando haya dificultad para efectuar algunas maniobras del acto quirúrgico.

CP029. TUMORES RETRORRECTALES. NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE 11 AÑOS.

N. Espínola-Cortés¹, Á. Pareja-López¹, C. San Juan-López², I. Blesa-Sierra¹, R. Rosado-Cobán¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: los tumores retrorrectales son entidades muy infrecuentes y heterogéneas. Surgen en el espacio presacro. Clásicamente el diagnóstico es tardío por la inespecificidad o la ausencia de sintomatología. Pueden clasificarse en entidades congénitas o adquiridas, benignas o malignas. A su vez se pueden dividir en lesiones sólidas (teratomas, cordomas, schwannomas o endimomas) o quísticas, (tailgut o los quistes dermoides). Las lesiones congénitas y benignas son las más frecuentes.

Material y métodos: presentamos una serie de 11 casos recogidos desde marzo de 2001 hasta marzo de 2015.

Resultados: siete casos correspondieron a un hamartoma quístico retrorrectal o quiste de "Tailgut", un quiste dermoide, un rabdioma esclerosante, un sarcoma y un carcinoma metastásico ovárico. La vía de abordaje quirúrgico más empleada fue la posterior (York-Mason). Dos lesiones fueron abordadas mediante microcirugía transanal endoscópica (TEM).

Conclusiones: la mayoría son lesiones asintomáticas, siendo el dolor el signo clínico más frecuente. El tacto rectal es mandatorio. La resonancia magnética nuclear (RMN) es la prueba de imagen que mejor determina la naturaleza del tumor y las relaciones con otras estructuras. Por tanto, nos ayuda en la elección de la vía de abordaje más apropiada.

La biopsia preoperatoria está contraindicada por el riesgo de diseminación tumoral. En la mayoría de las veces no cambia la actitud a seguir.

El tratamiento es quirúrgico. Aunque sean lesiones asintomáticas debe realizarse la exéresis de las mismas para evitar sus complicaciones o la degeneración maligna. Las vías de abordaje son la anterior (transabdominal), la posterior (York-Mason) o la combinada. La elección de una vía u otra dependerá de la altura a la que se encuentre el tumor.

La tasa de recurrencia varía según el tipo de histología, grado de infiltración y la posibilidad de realizar una resección completa.

CP030. ¿CÓMO TRATAMOS EL MUÑÓN PANCREÁTICO DESPUÉS DE DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA?

F. del Río, P. Fernández-Zamora, J.C. Gómez-Rosado, J. Cintas, J. Valdés, L. Capitán

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: la duodenopancreatectomía cefálica es el tratamiento de elección de los tumores pancreáticos periampulares. La aparición de fistula pancreática postoperatoria o de dehiscencia anastomótica son las complicaciones más frecuentes de la duodenopancreatectomía. Por estas razones, la reconstrucción y la manera de tratar el muñón pancreático después de duodenopancreatectomía cefálica es uno de los problemas más discutidos.

Material y métodos: presentamos una serie de 121 pacientes (70 hombres y 51 mujeres) que han sido operados por duodenopancreatectomía cefálica. Los factores de riesgo perioperatorios así como las complicaciones evolutivas han sido evaluadas. Dos tipos de anastomosis pancreatodigestivas han sido empleadas: pancreato-gástricas en 65 pacientes (55%) y pancreático-yeyunal en 52 pacientes (45%). En esta técnica se han empleado dos tipos de anastomosis: en Y de Roux con asa desfuncionalizada en 35 pacientes y sobre asa en Omega en 17 pacientes.

Resultados: se han desarrollado 18 fístulas pancreáticas, 10 con anastomosis pancreático-yeyunal y 8 con anastomosis pancreático-gástrica. La mortalidad ha sido de 3 pacientes.

Conclusiones: la anastomosis pancreático-gástrica y pancreático-yeyunal representan las técnicas más empleadas para tratar el muñón pancreático después de duodenopancreatectomía cefálica. Los resultados obtenidos con ambas técnicas no difieren. El cierre simple del muñón pancreático no está indicado salvo en condiciones excepcionales, en caso de pequeño muñón pancreático con una función exocrina reducida.

CP031. HAEMOSUCCUS PANCREATICUS SECUNDARIO A PSEUDOANEURISMA DE PÁNCREAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

F. del Río, P. Fernández-Zamora, J. Cintas, J. Valdés, J.C. Gómez-Rosado, L. Capitán

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: "Haemosuccus pancreaticus" es un término acuñado por Sandblom en 1970 para describir un síndrome de hemorragia gastrointestinal en el conducto pancreático, que alcanza la luz intestinal a través de la ampolla de Vater.

Caso clínico: paciente de 56 años, ingresa en el Servicio por presentar un cuadro de hemorragia digestiva alta, así como dolor abdominal localizado en epigastrio. Se realizó endoscopia sin objetivarse el origen de la hemorragia. La ecografía mostró una masa hipoecogénica, bien delimitada, localizada en área pancreática. En la TAC se apreció un importante aumento del volumen de la cabeza pancreática, que presenta en su parte superior una lesión quística de unos 5 cm de diámetro, compatible con el diagnóstico de pseudoquiste de páncreas. Por último, se realizó un estudio arteriográfico abdominal y en la canalización selectiva de la arteria hepática derecha se observa una cavidad captadora de contraste, dependiente de la arteria gastroduodenal, que es compatible con un pseudoaneurisma.

Es intervenido quirúrgicamente, en la exploración abdominal se encontró una tumoración de 5 cm de diámetro situada en la cabeza pancreática. Se identificó la arteria gastroduodenal y se procedió a la ligadura de la misma.

El curso postoperatorio cursó favorablemente y en la arteriografía selectiva realizada de control, no se observa la cavidad captadora de contraste que existía anteriormente.

Discusión: el pseudoaneurisma pancreático asociado a Haemosuccus pancreaticus es una causa excepcional de hemorragia digestiva alta.

Clínicamente se caracteriza por la triada descrita por Sandblom: hemorragia digestiva alta intermitente, dolor epigástrico de tipo cólico y elevación de amilasa en sangre. La endoscopia gastrointestinal. Ecografía, TAC y arteriografía son necesarias para su diagnóstico.

Su tratamiento es quirúrgico, variando desde la ligadura de la arteria causante del cuadro, embolización del vaso sangrante hasta la realización de una pancreatectomía distal si está localizado en la cola pancreática.

CP032. PANCREATITIS AGUDA DE ORIGEN HIDATÍDICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

F. del Río, P. Fernández-Zamora, J. Valdés, J.C. Gómez-Rosado, J. Cintas, L. Capitán

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: contrariamente a las complicaciones biliares del quiste hidatídico que se observan de manera constante, la aparición de una pancreatitis aguda de origen hidatídico es una complicación muy rara.

Caso clínico: paciente de 40 años de edad, sin antecedentes alcohólicos, acude a Urgencias por presentar dolores abdominales de gran intensidad, acompañados de vómitos biliosos y de subictericia sin fiebre ni hemorragia digestiva. Los exámenes biológicos revelaban una amilasa diez veces su valor normal.

La ecografía abdominal mostraba a nivel de los segmentos VI y VII una formación quística de 9 cm de diámetro, presentando un contenido multivesicular. La vesícula biliar era alitiásica. Las vías biliares intrahepáticas estaban dilatadas, así como la vía biliar principal que medía 11,5 mm de diámetro y contenían un material ecógeno.

El paciente fue operado doce días más tarde una vez mejorado su estado general. Por vía subcostal derecha se realizó una periquistectomía parcial. Una colecistectomía y una vez abierta la pieza no se encontró cálculos biliares. También se realizó coledocotomía, esfinterotomía y sutura de la fístula quistobiliar.

Discusión: las dos principales causas de pancreatitis aguda son la emigración de litiasis biliar y el alcohol. Se considera que para que se produzca una pancreatitis aguda hidatídica debe existir una comunicación quistobiliar y pasar contenido hidatídico a la vía biliar principal. La obstrucción mecánica de la vía biliar por vesículas hijas provoca un reflujo en el conducto pancreático provocando un aumento de la presión intrapancreática y la aparición de la pancreatitis aguda.

El diagnóstico se basa principalmente en las pruebas radiológicas. Existen dos formas de actuar sobre la vía biliar. La primera consiste en realizar una CPR y extraer el material hidatídico completándolo con una esfinterotomía endoscópica. La otra opción es realizar un tratamiento radical tanto del quiste como de la vía biliar.

CP033. RESERVOIRIO EN J DESPUÉS DE GASTRECTOMÍA TOTAL POR CÁNCER: RESULTADOS FUNCIONALES.

F. del Río, P. Fernández-Zamora, J.C. Gómez-Rosado, J. Cintas, J. Valdés, L. Capitán

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: evaluar los resultados funcionales de dicha reconstrucción y su impacto sobre la calidad de vida de los pacientes.

Material y métodos: se trata de un estudio retrospectivo sobre 10 pacientes operados de cáncer de estómago en los últimos años en el servicio. La de vida y los resultados funcionales han sido evaluados por medio de dos tablas: GSRS (Gastrointestinal Symptom rating Scale) y GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index).

Resultados: nuestro estudio se ha realizado sobre diez pacientes, seis hombres y cuatro mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 75 años. La indicación operatoria ha sido un adenocarcinoma en ocho casos y un tumor estromal en dos casos. La mortalidad operatoria ha sido nula y la morbilidad postoperatoria precoz ha sido del 30% (3 casos). En cuando a los resultados funcionales evaluados con una media 18 meses postoperatorios, el aumento de peso es una constante que tiene su importancia y se valora. Sólo dos pacientes han necesitado alimentación suplementaria. Seis pacientes han descrito un reflujo alimentario ocasional. La calidad de vida evaluada por la GIQLI mostraba buenos resultados con una media de 104 sobre 144.

Conclusiones: la gastrectomía total representa el único tratamiento curativo del cáncer de estómago, pero esta intervención puede alterar la calidad de vida de los pacientes. Los modos de reconstrucción son múltiples y controvertidos. El reservorio en J después de anastomosis sobre asa en Y de Roux es uno de los empleados con la idea de mejorar los resultados funcionales de la gastrectomía total.

El reservorio en J no genera más morbi-mortalidad y parece ofrecer buenos resultados funcionales y de calidad de vida a medio plazo. Sin embargo, son necesarios más estudios para valorar mejor éste procedimiento.

CP034. COMPLICACIONES POCO FRECUENTES EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. FÍSTULA COLOVESICAL.

S. Ortega-Ruiz, R. Torres-Fernández, S.M. López-Saro, N. Espínola-Cortés, A. Álvarez-García, E. Vidaña-Márquez, Á. Reina-Duarte, R. Rosado-Cobián

Sección de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: la causa más frecuente de fístulas enterovesicales son la enfermedad diverticular, seguida del cáncer colorrectal. Su desarrollo puede estar relacionado por tanto con antecedentes inflamatorios, neoplásicos, traumáticos o incluso iatrogénicos, y consiste en la formación de una comunicación entre el intestino, grueso y/o delgado, y la vejiga.

Además de la clínica, su diagnóstico debe ser apoyado con pruebas de imagen.

Caso clínico: presentamos el caso de un paciente en shock séptico de probable origen abdominal, que ingresa en la unidad de cuidados intensivos, sospechándose inicialmente una gastroenteritis enteroinvasiva. Tras la realización de colonoscopia y coprocultivos queda descartada. Una vez estabilizado el paciente y ante la no mejoría clínica ni radiológica, se decide realizar una laparotomía exploradora urgente observándose una dilatación del intestino delgado sin causa obstructiva y un plastrón inflamatorio en sigma, realizándose una ileostomía lateral. Durante el postoperatorio el paciente evoluciona de forma favorable, pero comienza con emisión de material fecaloideo junto con la orina, por lo que realizamos una colonoscopia en la que se objetiva una estenosis inflamatoria en sigma que no permite completar la misma, y una cistografía retrógrada que confirma la presencia de una fístula colovesical.

Se realizó una colectomía subtotal urgente, incluyendo resección del tercio proximal del recto. Se realizó ileostomía terminal, debido a la precariedad del muñón rectal, evidenciándose el trayecto fistuloso entre el sigma y la vejiga, y procediendo al cierre del orificio vesical. La anatomía patológica definitiva informa de la presencia de una enfermedad diverticular complicada junto con una enfermedad de Crohn.

Discusión: la presencia de fístulas enterovesicales relacionadas con enfermedad de Crohn es rara, en una última revisión realizada y publicada en 2016, en la que se incluyen 23 estudios, se identifican 44 fístulas enterovesicales. Su tratamiento consiste en una resección del tramo intestinal afecto y cierre vesical.



(CP034) Figura 1

Cistografía retrógrada.

CP035. INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA TIROIDEA Y PARATIROIDEA. ESTUDIO PROSPECTIVO.

S. Ortega-Ruiz¹, R. Torres-Fernández¹, Á. Pareja-López¹, S.M. López-Saro², N. Espínola-Cortés¹, R. Rosado-Cobián¹

¹Sección de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²Sección de Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: la infección de la herida quirúrgica en la cirugía del tiroides y paratiroides varía entre el 0,09 y el 2%. Las guías clínicas internacionales no recomiendan profilaxis antibiótica de forma sistemática, pero es cierto que, en algunos países, se continúa realizando.

Con el objetivo de comprobar si existe contaminación bacteriana de la herida quirúrgica en nuestro medio hospitalario, presentamos nuestra serie que hasta el momento incluye 15 pacientes sometidos a cirugía del tiroides y paratiroides.

Material y métodos: nuestra serie consta de 15 pacientes, 12 mujeres y 3 hombres, sometidos a tiroidectomías totales, hemitiroidectomías y cirugía selectiva de la glándula paratiroides. Los datos han sido recogidos a partir de enero de 2017.

La indicación quirúrgica es debido tanto a patología benigna como maligna, y algunos de ellos presentaban factores de riesgo de infección. No se administró profilaxis antibiótica en ningún caso. Se tomaron muestras de los bordes de la herida quirúrgica al finalizar la intervención (Tabla 1).

Resultados: de los 15 pacientes sólo en dos casos se ha desarrollado flora bacteriana epitelial en el cultivo tras 48 horas. Ninguno de los pacientes ha presentado infección de la herida quirúrgica u otras complicaciones ha dicho nivel.

Conclusiones: existen ciertos factores de riesgo que se asocian con la infección de la herida quirúrgica como son por ejemplo la obesidad, diabetes mellitus, edad avanzada o bien factores independientes del paciente, como son el tiempo quirúrgico o las técnicas de asepsia.

En la mayoría de países asiáticos usan profilaxis antibiótica en este tipo de cirugía, mientras que en Europa parece menor dicho uso.

Según nuestra serie de pacientes analizada, y aunque se trata de una serie corta, parece que la tendencia de los resultados se decanta por la no necesidad de uso de antibióticos en este tipo de intervenciones. Sin embargo, es cierto que precisamos de una N mayor para obtener conclusiones significativas.

CP036. DEBUT DE TUMOR NEUROENDOCRINO APENDICULAR CON CLÍNICA DE APENDICITIS AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

R. Ortega-Higueruelo, R. Molina-Barea, F.E. Majano-Giménez, P.X. Machuca-Chiriboga, R. Cobos-Cuesta, C.M. Ruiz-Martín, J.M. Capitán-Vallvey

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Introducción: los tumores neuroendocrinos son poco comunes, de crecimiento lento, que se originan en las células del sistema neuroendocrino difuso. Las localizaciones más frecuentes son intestino delgado (íleon) y apéndice. La mayoría se presentan de forma aislada, aunque en algunos casos pueden ser sincrónicos.

La mayoría de los tumores neuroendocrinos apendiculares cuentan con un curso clínico benigno y no hacen metástasis quizás porque un crecimiento en el apéndice produce obstrucción, apendicitis y, ulteriormente, extirpación quirúrgica. Además, es poco frecuente que produzcan síndromes carcinoides.

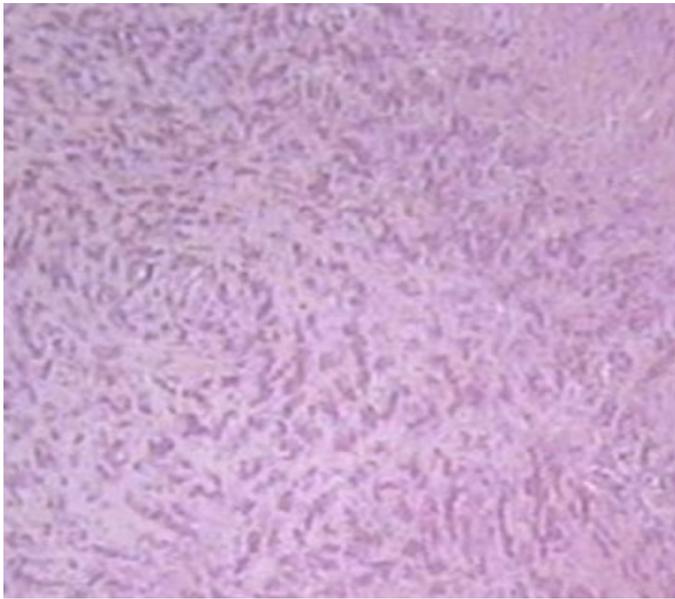
Pueden afectar a cualquier edad, aunque los apendiculares son más frecuentes en mujeres jóvenes. El tratamiento en estos casos es quirúrgico. En general, los pacientes con tumores neuroendocrinos en el apéndice logran una mayor supervivencia que en otras localizaciones, aunque esto depende del curso clínico que presente.

(CP035) Tabla 1. Características de los pacientes analizados.

Género	Factores de riesgo	Diagnóstico definitivo	Intervención quirúrgica	Desarrollo flora bacteriana
Fem.	HTA	Carcinoma papilar	Tiroidectomía total	No
Fem.	Ninguno	Hiperplasia nodular	Tiroidectomía total	No
Fem.	Ninguno	Hiperplasia nodular	Hemitiroidectomía izquierda	No
Fem.	HTA	Carcinoma papilar	Tiroidectomía total	Sí
Masc.	EPOC	Enfermedad grave	Tiroidectomía total	No
Fem.	HTA	Adenoma paratiroideo	Paratiroidectomía	No
Fem.	Ninguno	Adenoma folicular	Tiroidectomía total	No
Fem.	HTA	Adenoma paratiroideo	Paratiroidectomía	No
Masc.	Ninguno	Hiperplasia nodular	Tiroidectomía total	Sí
Fem.	Ninguno	Hiperplasia nodular	Tiroidectomía total	No
Fem.	Ninguno	Hiperplasia nodular	Tiroidectomía total	No
Fem.	Ninguno	Carcinoma papilar	Tiroidectomía total	No
Fem.	HTA	Adenoma folicular	Hemitiroidectomía derecha	No
Masc.	DM	Adenoma paratiroideo	Paratiroidectomía	No
Fem.	Ninguno	Carcinoma papilar	Tiroidectomía total	No

Caso clínico: mujer de 23 años que acude a urgencias por dolor en epigastrio que irradia a FID acompañado de fiebre, vómitos, malestar general y clínica miccional. Sin antecedentes de interés. A la exploración, abdomen blando y doloroso a la palpación en FID e hipogastrio con Blumberg positivo. Analítica: leucocitosis (21000) con neutrofilia; billirubina 2,6. La ecografía informa de hallazgos que sugieren proceso inflamatorio apendicular. Se realiza laparoscopia exploradora urgente en la que se aprecia apéndice de características macroscópicas normales sin líquido libre intraabdominal, si bien se realiza apendicectomía y se envía pieza a AP que informa de tumor neuroendocrino de 2,3 mm bien diferenciado en lámina propia y submucosa de la punta apendicular. La evolución en planta es favorable siendo dada de alta en el segundo día postoperatorio (Figura 1).

Discusión: Los tumores neuroendocrinos son entidades poco frecuentes, siendo el apéndice la segunda localización más frecuente. El síndrome carcinoide es poco frecuente y en muchas ocasiones produce clínica de apendicitis aguda como en nuestro caso, que motiva la intervención quirúrgica y posteriormente el diagnóstico anatomopatológico.



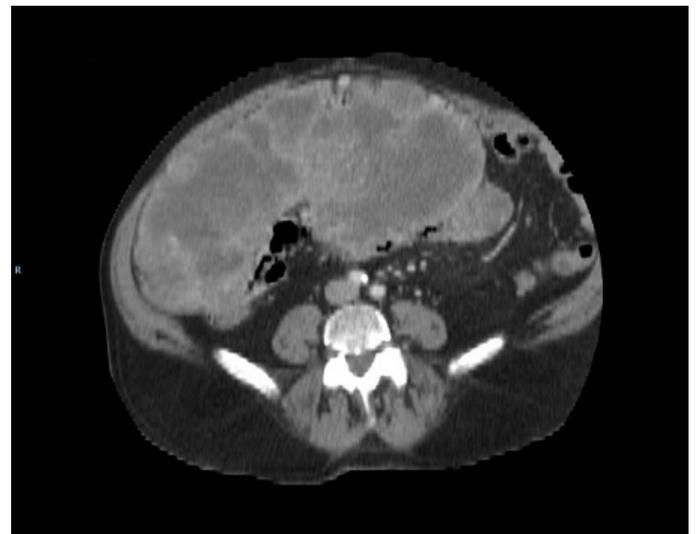
(CP036) Figura 1 Infiltración submucosa de la punta del apéndice.

abdomen: gran masa abdominal heterogénea, en íntimo contacto con el estómago, con fistulización, que podríamos pensar en diagnóstico diferencial en primer lugar con tumor de GIST, siendo otra posibilidad masa sarcomatosa.

Se realiza laparotomía exploradora en la que se aprecia gran tumoración que depende de antro e infiltra mesocolon transverso. Se realiza gastrectomía subtotal con reconstrucción gastroyeyunal, apendicectomía profiláctica y colectomía transversa segmentaria.

El postoperatorio es favorable dándose de alta al octavo día postoperatorio. Anatomía Patológica: tumor de GIST de bajo grado adherido a pared colónica sin infiltrarla, con márgenes quirúrgicos libres (Figuras 1 y 2).

Discusión: los tumores de GIST como hemos dicho producen principalmente dolor abdominal por la masa de gran tamaño, sin embargo en nuestro caso, aunque el presenta una masa abdominal importante, el paciente consulta por melenas que le causan anemia. Esta clínica se puede justificar por la peculiaridad de que la masa fistulizaba a colon transverso, de ahí el interés de nuestro caso.



(CP037) Figura 1

CP037. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA COMO DEBUT DE TUMOR DE GIST DE GRAN TAMAÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

R. Ortega-Higueruelo, R. González-Sendra, C.M. Ruiz-Martín, A. Astruc-Hoffmann, F.E. Majano-Giménez, P.X. Machuca-Chiriboga, R. Cobos-Cuesta, J.M. Capitán-Vallvey

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Introducción: los tumores GIST afectan tejido conectivo del tubo digestivo principalmente. Se relaciona con una mutación en el gen KIT. La incidencia es muy baja. Suelen aparecer a partir de la quinta década de vida. El lugar más frecuente es el estómago, seguido por intestino delgado, siendo otras localizaciones menos frecuentes. También pueden aparecer en peritoneo u otros órganos.

El síntoma más frecuente es el dolor abdominal seguido de la anemia por la pérdida de sangre crónica en pequeñas cantidades.

El diagnóstico se suele realizar mediante TAC. La endoscopia permite la recogida de biopsias.

El tratamiento quirúrgico es el habitual, acompañado de inhibidores de los receptores KIT como el imatinib que ha producido una mejoría del pronóstico y por tanto de la supervivencia.

Caso clínico: hombre de 78 años de edad trasladado por melenas. Abdomen con sensación de masa desde hipocondrio izquierdo hasta mesogastrio, duro e inmóvil. Analítica: hemoglobina 9,9. TC



(CP037) Figura 2

CP038. OBSTRUCCIÓN INTestinal POR VÓLVULO DE CIEGO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

R. Ortega-Higueruelo, R. Molina-Barea, A. Astruc-Hoffmann, F.E. Majano-Giménez, R. Cobos-Cuesta, C.M. Ruiz-Martín, J.M. Capitán-Vallvey

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Introducción: los vólvulos intestinales se definen como la torsión de un segmento intestinal alrededor de su eje mesentérico siendo la localización más frecuente el sigma seguido muy de lejos por ciego y colon transverso. Es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Se suele presentar como un cuadro de obstrucción intestinal con dolor abdominal, distensión y vómitos y en casos evolucionados, isquemia, perforación y peritonitis que puede desencadenar el exitus.

Para su diagnóstico, el TAC es la prueba de elección siendo el resto de pruebas poco utilizadas.

El tratamiento conservador mediante devolvulación por endoscopia puede ser utilizado, aunque en este caso de vólvulo en ciego es muy poco eficaz por lo que el tratamiento de elección suele ser quirúrgico, fundamentalmente hemicolectomía derecha.

Caso clínico: hombre de 47 años que acude a urgencias por dolor brusco e intenso en mesogastrio, acompañado de vómitos. Refiere sensación distérmica y dos deposiciones en el día de hoy. Sin antecedentes de interés. A la exploración, abdomen distendido, doloroso a la palpación con signos de irritación peritoneal.

Se realiza TC que informa de ciego de localización ectópica supraumbilical izquierdo dilatado (8 cm), con nivel hidroaéreo compatible con vólvulo cecal. Dilatación de íleon terminal. Sin evidencia de neumoperitoneo ni neumatosis intestinal.

Se realiza laparotomía exploradora confirmando hallazgos y realizándose hemicolectomía derecha con anastomosis latero-lateral mecánica.

El postoperatorio en planta transcurrió sin complicaciones inmediatas dándose de alta a los cinco días de la intervención. En consulta de revisión, el paciente refiere encontrarse asintomático (Figuras 1 y 2).



(CP038) Figura 1



(CP038) Figura 2

Discusión: el vólvulo de ciego es una causa muy poco frecuente de obstrucción intestinal (alrededor del 1%) siendo difícil tenerlo en mente como etiología de cuadros obstructivos, por lo que es fundamental el TAC para su diagnóstico y así realizar un tratamiento quirúrgico en la mayoría de ocasiones.

CP039. DILATACIÓN CONGÉNITA DE LA VÍA BILIAR. PRESENTACIÓN EN ADULTO DE DILATACIÓN QUÍSTICA TODANI IC.

J. Gómez-Sánchez, J. Rubio-López, J.A. Ubiña-Martínez, M. Alcaide-Lucena, I. Capitán-del Río, B. Pérez-Cabrera, T. Torres-Alcalá

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: las dilataciones congénitas de la vía biliar constituyen una patología poco frecuente, agrupadas según la clasificación de Todani. Sus manifestaciones son el dolor abdominal y la colangitis y su tratamiento viene derivado de su probabilidad de degeneración maligna.

Se presenta caso de paciente con Dilatación quística Todani Ic, con el objetivo de exponer su diagnóstico, manejo quirúrgico y pronóstico del mismo.

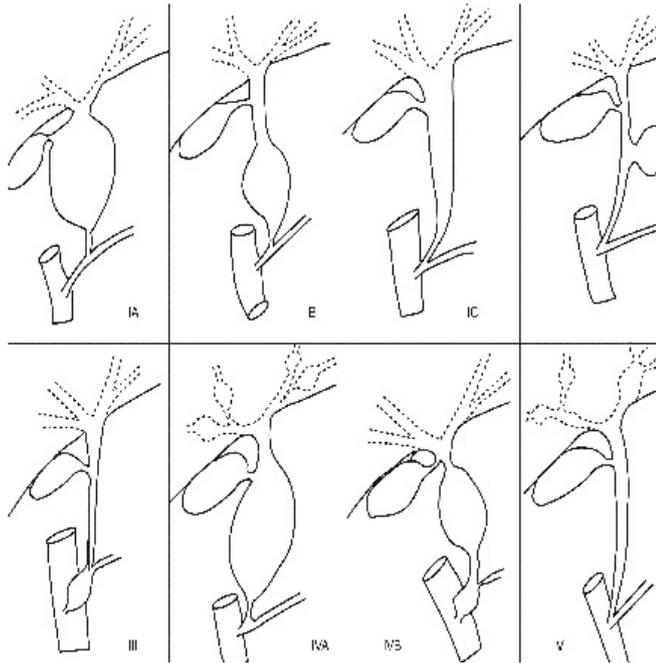
Caso clínico: paciente de 54 años, con antecedentes de HTA, en estudio por Digestivo por dolor abdominal generalizado. Se le realiza Ecografía, que muestra dilatación fusiforme del colédoco ocupada por litiasis.

Se completa estudio, realizándose Colangiografía, informada como dilatación fusiforme del colédoco y conducto hepático común, de forma difusa, compatible con afectación quística congénita, Todani tipo IC.

Finalmente, se trata de realizar CPRE por coledocolitiasis, pero se desiste al no ser factible la canalización de la papila.

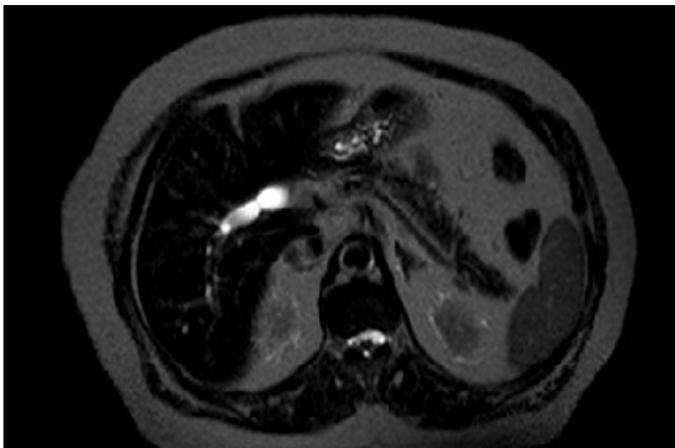
Se interviene con abordaje subcostal, realizándose inicialmente colecistectomía retrograda. Identificamos la dilatación quística de la vía biliar hallando además una dilatación a nivel de conducto hepático derecho. Se secciona la vía biliar principal incluyendo la dilatación quística y realizamos exploración de vía biliar, colédoco y cístico con sonda de Fogarty extrayendo varias litiasis.

Se confecciona anastomosis hepática yeyunal término-lateral manual. Tras una estancia de ocho días, por infección de herida quirúrgica, la paciente es dada de alta. En revisiones sucesivas la paciente presenta una correcta evolución (Figuras 1 y 2).



(CP039) Figura 1

Clasificación de Todani.



(CP039) Figura 2

RMN.

Discusión: la dilatación congénita de la vía biliar constituye una patología poco frecuente en occidente, asociada al sexo femenino. Su diagnóstico es gracias a la clínica y pruebas complementarias, para valorar la longitud afectada, en edades tempranas.

Las dilataciones Todani tipo I, presentan como tratamiento de elección la escisión completa de la vía biliar por ser susceptible de presentar degeneración maligna, asociado a colecistectomía por el mismo motivo, con reconstrucción mediante hepaticoyeyunostomía con un asa en Y de Roux.

CP040. INTOLERANCIA ALIMENTARIA SECUNDARIA A ESTENOSIS ADHERENCIAL TARDÍA TRAS SEGUNDA INGESTA DE CÁUSTICOS.

J. Gómez-Sánchez, A.P. Martínez-Domínguez, D. Rodríguez-Morillas, C. Garde-Lecumberri

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: la intolerancia alimentaria, tras ingesta de cáusticos, se vincula a la propia lesión producida en la mucosa. En ocasiones, si existen cirugías previas con anastomosis intestinales, la lesión por cáusticos suele producir una estenosis de la anastomosis y rara vez se relaciona la clínica a un síndrome adherencial.

Exponemos el caso de un paciente con ingesta de cáusticos en dos ocasiones (diferidas siete años) que tras la segunda ingesta presenta intolerancia alimenticia, encontrando hallazgos intraoperatorios no observables en las pruebas complementarias.

Caso clínico: varón de 69 años con ingesta de cáusticos siete años antes con necesidad de intervención quirúrgica tipo Billroth II. Ingresa en Digestivo por nueva ingesta de cáusticos, presentando a los ocho días episodios de vómitos e intolerancia a sólidos y líquidos. Se realiza EDA que informa de ulceraciones esofágicas reepitelizadas y anastomosis gastroentérica B-II con ulceración en asa eferente que condiciona estenosis infranqueable y estómago retencionista.

Realizamos laparotomía exploradora encontrándose síndrome adherencial, de importante firmeza a nivel gástrico. Se objetiva lesión en asa de yeyuno a 10 cm de la anastomosis gastroentérica, circunferencial y estenótica, con componente de brida de intervención previa. Se realiza EDA intraoperatoria, verificando que es la única estenosis presente y que la anastomosis previa se encuentra indemne. Se realiza sección y anastomosis del segmento implicado. Anatomía Patológica confirma lesión inflamatoria crónica (Figura 1).



(CP040) Figura 1

Brida en yeyuno.

La relevancia del caso es la causa inesperada responsable del cuadro. Se esperaba el hallazgo de una estenosis en la anastomosis de la cirugía previa, por la nueva ingesta caustica, sin embargo, se halló una estenosis probablemente secundaria a la primera intervención e ingesta caustica. Por ello, y aunque las pruebas diagnósticas e historia clínica orienten hacia una estenosis de la anastomosis gastroentérica como primera posibilidad diagnóstica, no hay que olvidar otros posibles desencadenantes ya que pueden modificar el tipo de intervención a realizar.

CP041. POROCARCINOMA APOCRINO UNA RARA Y AGRESIVA ENTIDAD. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

J. Gómez-Sánchez, J. Rubio-López, J.A. Ubiña-Martínez, J. Ramos-Sanfiel, M.A. García-Martínez, M. Lopez-Cantarero Ballesteros

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: el porocarcinoma apocrino, se trata de un tumor raro maligno que surge en las células apocrinas (glándulas sudoríparas). La variante benigna del porocarcinoma, el poroma, se originan a partir de las glándulas del sudor ecrinas (con una frecuencia de 0,005% a 0,01% de tumores de piel) y apocrinas (aún más infrecuente).

Caso clínico: varón de 90 años, con antecedentes personales de tumoración axilar de dos años de evolución con crecimiento progresivo. En Atención Primaria se realiza resección en cuña diagnosticándose de una posible linfangitis, no enviando la pieza a Anatomía Patológica. Dado el crecimiento y la ausencia de resolución del cuadro se remite a nuestro servicio para valoración quirúrgica.

A la exploración física el paciente presenta una tumoración axilar izquierda, dura, adherida a planos profundos. Se realizan PAAF's siendo las mismas inconcluyentes. Se realiza PET-TC apreciándose focos hipermetabólicos múltiples que se corresponden con adenopatías laterocervicales izquierdas, supraclaviculares bilaterales y mediastínicas. Ante la sospecha de enfermedad hematológica, se decide intervenir al paciente para obtener un diagnóstico.

En la intervención, se objetiva una tumoración axilar en piel y ganglios axilares que engloba el paquete vasculonervioso axilar. Se realiza tumorectomía incompleta, por la ubicación respecto a estructuras vasculonerviosas de la axila, así como linfadenectomía axilar con resección de la piel invadida.

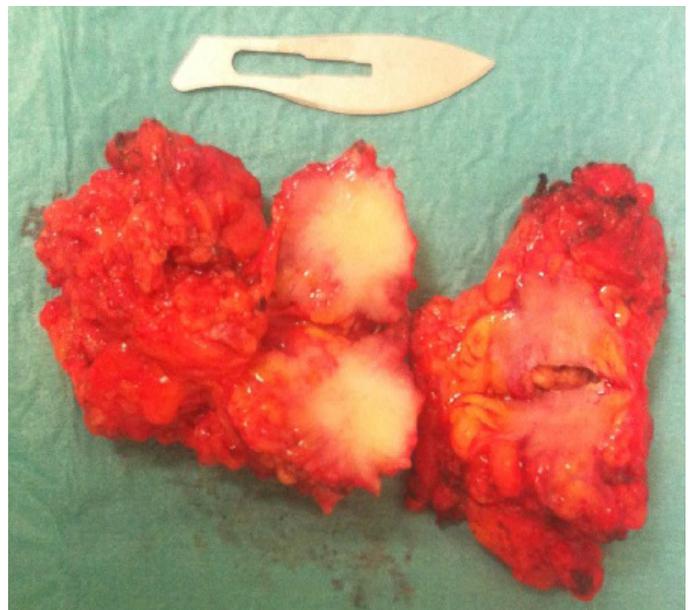
Anatomía Patológica informa de Porocarcinoma apocrino con presencia de invasión linfática. Positividad en el estudio inmunohistoquímico para AE1-AE, EMA, receptor estrogénico y receptor androgénico (Figuras 1 y 2).

Discusión: normalmente el poroma se manifiesta por lesiones dermatológicas y con un amplio diagnóstico diferencial. Hoy día, dicha neoplasia es tan rara que no hay suficiente material publicado que nos informe sobre su presentación y las tasas de transformación maligna. El tratamiento más aceptado hoy día sería una cirugía seguida de examen histopatológico; dada la agresividad de este tumor en nuestro paciente esto no fue posible.



(CP041) Figura 1

Porocarcinoma, exploración.



(CP041) Figura 2

Porocarcinoma.

CP042. ENDOMETRIOSIS APENDICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

B. García-García, L.C. Hinojosa-Arco, R. Soler-Humanes, F. Ramos-Muñoz, N. Martos-Rojas, L. Pico-Sánchez, S. Mansilla-Díaz, N.S. Ávila-García, R. de Luna-Díaz

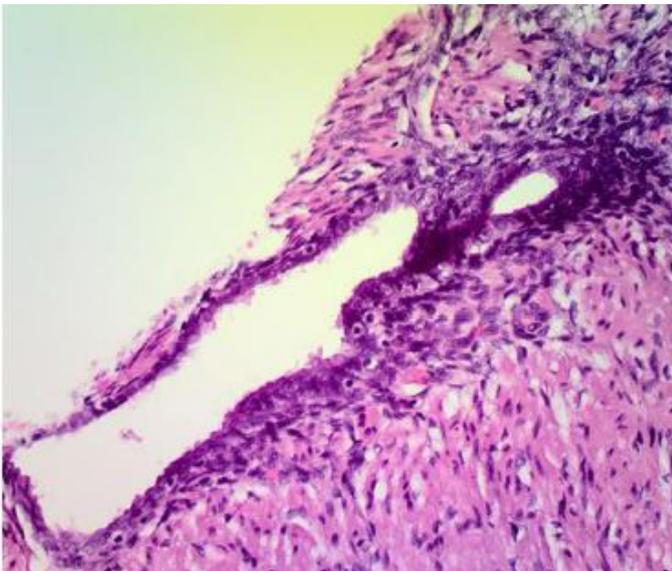
Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: la endometriosis es la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad uterina, que afecta al 5-15% de las mujeres en edad reproductiva. Compromete órganos de la pelvis, pero se ha descrito en otras partes del cuerpo; excepto el bazo. El intestino se ve afectado en un 3-37%, mientras que el apéndice sólo en un 0,8%.

A pesar de que tiende a presentar dolor pélvico crónico, la forma apendicular suele ser asintomática.

Caso clínico: mujer de 71 años con antecedentes de hipertensión e hysterectomía y doble anexectomía (miomas), que acude por cuadro de dolor en FID de 24 horas de evolución. A la exploración, Blumberg+ a ese nivel. Se realiza analítica con leucocitosis y PCR de 50; y ECO abdominal sugestiva de apendicitis aguda junto con líquido interasas.

Ante los hallazgos, se realiza laparoscopia, en la que se aprecia apéndice flemonoso e íleon terminal congestivo, realizando apendicectomía. Buena evolución, con alta a las 48 horas. 24 horas después, acude por cuadro de íleo. Se realiza TAC abdominal, donde se observa dilatación de asas sin cambio de calibre. Se decide tratamiento conservador y de nuevo, buena evolución, y alta a los cinco días. El resultado histológico del apéndice fue de foco de endometriosis apendicular (**Figura 1**).



(CP042) Figura 1 Examen histopatológico del apéndice mostrando glándulas endometriales y estroma en su tejido muscular.

Discusión: aunque no hay establecida etiología, se han propuesto tres teorías:

1. Implantación, con la menstruación retrógrada desde el útero a la cavidad abdominal a través de las trompas de Falopio.
2. Metaplasia: células epiteliales celómicas, se activan en respuesta a la estimulación hormonal cíclica.
3. Metástasis sistémica: fragmentos de tejido endometrial embolizan sitios distantes a través de la circulación.

Suele ser asintomática, y rara vez coincidente con el ciclo menstrual. El gold estándar para su diagnóstico es la laparoscopia, que permite la visualización directa y la eliminación de las lesiones para la confirmación histológica. La evolución suele ser favorable.

CP043. ENDOMETRIOSIS INTESTINAL. MANEJO Y ACTITUD TERAPÉUTICA.

I. Blesa-Sierra¹, N. Espínola-Cortés¹, Á. Pareja-López¹, C. San Juan-López², R. Rosado-Cobián¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: la endometriosis es una patología frecuente (4-17%) en mujeres en edad fértil, siendo la localización intestinal muy poco frecuente (3-37%). El recto-sigma es sin duda el más afecto (50-90%).

Caso clínico: mujer de 32 años con antecedentes personales de endometriosis e intervenida de endometrioma en ovario izquierdo y en tratamiento con análogos de la GnRH, presentó dolor abdominal cólico, pérdida de peso por inanición, diarrea y estreñimiento. Se realizó una colonoscopia que objetivó una estenosis infranqueable a 40 cm del margen anal por una lesión inespecífica con biopsia negativa para displasia y sugerente de colitis isquémica. La TAC abdominal reveló engrosamiento mural del colon izquierdo y el enema RM informó de una estenosis de sigma por una lesión de 42,15mm. Se realizó una sigmoidectomía laparoscópica de forma programada, donde se detectaron múltiples adherencias del sigma a trompa ovárica izquierda.

La pieza histológica informó de endometriosis intestinal intramural. El Postoperatorio sin incidencias.

Discusión: la teoría migratoria retrógrada de células endometriales junto con una permisividad inmunológica es la más aceptada, originando una intensa fibrosis adherencial de estructuras vecinas. La sintomatología más frecuente es el dolor abdominal (76,6%), estreñimiento alternado con diarrea (25-40%), masa palpable (41,2%), tenesmo.

El diagnóstico es complicado el cual simula otras posibilidades diagnósticas como el colon irritable, la enfermedad de Crohn y la neoplasia colorrectal. El protocolo diagnóstico consiste en la realización de un enema opaco, colonoscopia-biopsia, ecoendoscopia y RM.

El tratamiento se basará en el tamaño y localización del endometrioma. Puede ser médico mediante análogos de la GnRH, o quirúrgico mediante la resección del segmento afecto con márgenes de seguridad para evitar recidivas locales.

CP044. IMPORTANCIA DE UN CORRECTO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE TUMORACIONES DE PARTES BLANDAS.

B. García-García, R. Soler-Humanes, E. Sanchiz-Cárdenas, L.C. Hinojosa-Arco; C. Monje-Salazar, E. Corrales-Valero, F. Ramos-Muñoz, N. Martos-Rojas, L. Pico-Sánchez, R. de Luna-Díaz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: el schwannoma es un tumor raro de la vaina nerviosa periférica, procedente de la célula de Schwann. La mayoría surgen de nervios periféricos o craneales, y se producen a nivel del tejido subcutáneo o capas más profundas. La localización más frecuente es el nervio acústico y raro en cuero cabelludo.

Caso clínico: varón de 50 años que consulta por molestias locales debidas al roce en relación con tumoración en cuero cabelludo de años de evolución, sin episodios de sobreinfección previos. Presenta una lesión de consistencia elástica, bordes bien definidos, no dolorosa y sin signos de infección, sugestiva de lipoma o quiste sebáceo.

Se realizó exéresis bajo anestesia local en quirófano y cierre primario. El estudio histológico dio como resultado schwannoma del cuero cabelludo.

Discusión: el schwannoma es un tumor benigno que puede confundirse con quiste dermoide y quiste tricolemial. Suelen ser asintomáticos y de crecimiento lento. El diagnóstico es histológico. Suele tener un curso clínico benigno, con una sola recidiva documentada. La transformación maligna es extremadamente rara. El tratamiento es la resección quirúrgica.

CP045. HEMATOMA SUBCAPSULAR ESPLÉNICO E INFARTO RENAL SECUNDARIO A REACCIÓN ALÉRGICA AL MOXIFLOXACINO. INDICACIONES DE LA ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DIFERIDA.

I. Blesa-Sierra¹, Á. Pareja-López¹, N. Espínola-Cortés¹, C. San Juan-López², R. Rosado-Cobián¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: el moxifloxacino es una fluorquinolona de cuarta generación de acción antibacteriana amplia. Raramente se han descrito reacciones alérgicas, por lo que se considera bien tolerado por sujetos alérgicos a los antibióticos.

Caso clínico: varón de 68 años de edad con antecedentes de EPOC. Tras la primera dosis de moxifloxacino por infección respiratoria comenzó con rubefacción, dificultad respiratoria y pérdida del conocimiento. Cuarenta y ocho horas después, consultó por cefalea y epigastralgia. Se le realizó una TAC abdominal que reveló una rotura-laceración esplénica contenida atraumática, y un infarto renal izquierdo subagudo por trombosis/embolia de la arteria renal izquierda. El paciente fue ingresado en la UCI donde permaneció estable. A los 10 días, se le practicó una TAC abdominal de control que objetivó incremento del hematoma subcapsular esplénico. Finalmente, se le programó para una esplenectomía laparoscópica de la que evolucionó satisfactoriamente.

Discusión: las indicaciones de la esplenectomía laparoscópica diferida son las alteraciones hematológicas de las tres series, trastornos mieloproliferativos de médula ósea, abscesos, enfermedades por depósito, Sd de Felty, quistes y tumores, aneurisma de aorta esplénica, y rotura. Existe consenso general en que la esplenectomía laparoscópica es factible, aportando las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva en procesos que asocian bazo de tamaño y peso normal, pero existe controversia en la esplenomegalia y enfermedades linfoproliferativas del bazo ya que condicionan una mayor dificultad técnica y tiempo quirúrgico. Con los avances técnicos, la experiencia de los cirujanos y la incorporación de dicha técnica asistida por la mano (ELAM), es posible la vía laparoscópica en estos casos. También puede ser indicada en los casos dudosos de rotura y/o hemoperitoneo en pacientes hemodinámicamente estables, sin sangrado activo, teniendo en cuenta, también, las indicaciones del tratamiento conservador para estos casos.

CP046. ENFERMEDAD DE DIELAFOY A NIVEL RECTAL: CAUSA DE RECTORRAGIA.

C. Peña-Barturen, S. Roldán-Ortiz, S. Ayllón-Gámez, M. Fornell-Ariza, J. Varela-Recio, D. Pérez-Gomar, E. Sancho-Maraver

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: la lesión de Dielafoy es una anomalía vascular, rara, de hemorragia gastrointestinal que constituye menos de un 2% de las causas de hemorragia digestiva aguda, siendo la localización en recto extremadamente infrecuente. La endoscopia es el método diagnóstico y terapéutico de elección.

Caso clínico: mujer 55 años, enfermedad de Crohn intervenida en 2007, tratamiento posterior con inmunosupresores. Enfermedad renal crónica con trasplante renal y rechazo agudo. Acude a urgencias por presentar hasta 4 episodios de rectorragia junto con dolor abdominal y malestar general. Analíticamente descenso de la hemoglobina: 6,1 (previa 11,6), deterioro de la función renal. TAC abdominal descarta isquemia mesentérica. Ante el deterioro, se decide colonoscopia de urgencia. En ella se observa anastomosis íleo-rectal de buen aspecto, y a nivel rectal sangrado en sábana continuo sin identificar vaso. Se da punto transfixivo consiguiendo detener sangrado. Revisión endoscópica a los dos días, observándose en recto vaso visible sin sangrado en el momento actual. Se realiza hemostasia con adrenalina y se coloca clip metálico. No hubo nuevos episodios de sangrado posteriormente.

Discusión: descrita en 1898, consiste en un vaso arterial grande que mantiene su calibre a lo largo de un recorrido tortuoso desde la submucosa hasta la mucosa, donde penetra por un defecto mínimo. Más frecuente en varones entre 50-70 años. Localizada en un 80% en estómago proximal y curvatura menor, aunque se han descrito casos extragástricos, siendo el orden de frecuencia: duodeno, colon, recto, esófago y ano.

Etiología desconocida, se relaciona con enfermedades sistémicas como enfermedad renal crónica, lesiones vasculares del aparato digestivo, consumo de AINES y corticoides, etc.

A nivel rectal se observa rectorragia. Descartar primero patología hemorroidal y neoplásica. La endoscopia es el tratamiento óptimo empleando distintos métodos (inyección, ablativos, mecánicos, etc.), recurriendo a la cirugía y angiografía con embolización en casos de inestabilidad hemodinámica ó cuando ha fallado el tratamiento endoscópico en dos ocasiones.

CP047. HERNIA DE BOCHDALEK: A PROPÓSITO DE UN CASO.

C. Peña-Barturen, J. Varela-Recio, S. Roldán-Ortiz, D. Pérez-Gomar, S. Ayllón-Gámez, M. Fornell-Ariza, M.J. Castro-Santiago, J.L. Fernández-Serrano

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: las hernias diafrágicas suponen una patología poco frecuente en el adulto. La hernia de Bochdalek es una protusión del contenido intestinal (a veces incluyendo hígado ó bazo) a través de un defecto posterolateral en el diafragma. Muy rara en adultos (10% del total de hernias diafrágicas). Son más frecuentes en el

lado izquierdo (85%) y se consideran "falsas" al no presentar saco peritoneal.

Caso clínico: varón 48 años, HTA, y Síndrome de Gilbert; que acude a urgencias por dolor torácico de unos cuatro días junto con disnea, sudoración y malestar general. A la exploración: regular estado general, a la auscultación sibilantes en hemitórax derecho, abolición del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo. Abdomen blando, depresible, sin signos de defensa. Rx de tórax: gran hernia diafragmática izquierda. Hemitórax izquierdo ocupado por asas intestinales dilatadas. Se solicitó, TAC tórax y abdomen observándose gran solución de continuidad del hemidiafragma izquierdo, corroborándose la hernia diafragmática que contenía bazo, intestino delgado y grueso, cola pancreática y riñón izquierdo. Además, líquido libre y edema de grasa mesentérica que sugería signos de sufrimiento. Se decidió intervención quirúrgica de urgencias.

Intraoperatoriamente se visualizó dicha hernia, con el contenido descrito. Se realizó frenotomía consiguiéndose reducir con dificultad todo el contenido abdominal. Se cerró el defecto herniario con puntos sueltos y se colocó malla biológica de refuerzo. Se dejó drenaje abdominal y torácico.

Postoperatoriamente, empiema pleural que mejoró con drenaje torácico e infección de herida tratada con antibioterapia. Dándose de alta once días tras la intervención.

Discusión: en el adulto predominan síntomas respiratorios y gastrointestinales inespecíficos y crónicos ó como complicación tardía (obstrucción hasta en un 38%) ó como hallazgo casual en una radiografía. Para su diagnóstico: radiografía de abdomen ó tórax y TAC. Se aconseja siempre cirugía tanto si existen síntomas ó no para evitar posibles complicaciones tardías (obstrucción, volvulación): laparotomía de elección, toracotomía para hernias derechas y grandes. Laparoscopia: experiencia es limitada.

CP048. NEOPLASIA DE SIGMA DIAGNOSTICADA EN HERNIA INGUINOESCROTAL GIGANTE INCARCERADA.

C. Peña-Barturen, S. Ayllón-Gámez, M. Fornell-Ariza, J. Varela-Recio, J.M. Pacheco-García, L.F. Romero-Pérez, J.L. Fernández-Serrano

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: las hernias son de las patologías quirúrgicas más frecuentes en nuestro medio. Las inguinales suponen el 75% de todas las hernias, siendo el 66% de tipo indirecta. Otro tipo son las hernias por deslizamiento; aquí, parte de las vísceras retroperitoneales penetran en el saco y contribuyen a formar su pared. Se presenta el caso de una hernia por deslizamiento tipo II, que supone un 5% de los casos.

Caso clínico: varón de 65 años, obesidad de grado III, EPOC, que acude por sensación disneica de unos días de evolución, sin dolor torácico. Vómitos junto con estreñimiento de una semana e hiporexia. Presentaba hernia inguinoescrotal de unos 20 años de evolución, sin estudio ni seguimiento por parte de Cirugía. A la exploración abdomen muy distendido, doloroso a la palpación. Hernia inguinoescrotal gigante, no reductible, dolorosa. En la Rx de abdomen se observaba importante distensión de asas intestinales, en TAC abdomen: lesión estenosante en colon descendente-sigma contenido en el saco herniario pudiendo ser de naturaleza inflamatoria, sin poder descartar origen neoplásico.

Se decidió intervención quirúrgica de urgencia, se abordó por vía inguinal y se observó hernia gigante, por deslizamiento, conteniendo sigma muy dilatado hasta punto en el que existía una estenosis que provocaba obstrucción intestinal. Se realizó disección de saco herniario y se procedió a su apertura. Se realizó sigmoidectomía con anastomosis latero-lateral. Reparación del defecto con malla según técnica de Lichtenstein. Se dejó un penrose en zona escrotal.

El informe posterior de Anatomía Patológica sobre la pieza quirúrgica informó de ADC sigma estadio pT3N0Mx.

Discusión: las hernias por deslizamiento suponen un 8% de las hernias inguinales, siendo más frecuentes en el lado izquierdo, como en nuestro caso. Son más frecuente en varones y suelen tener años de evolución. En este caso contenía en su interior un carcinoma de colon sigmoide el que condicionaba un cuadro obstructivo que hubo que manejar con intervención quirúrgica urgente.

CP049. ESPLENOMEGALIA POR LEISHMANIASIS VISCERAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: UNA RARA INDICACIÓN DE ESPLENECTOMÍA.

S. Ercoreca-Tejada, J. Triguero-Cabrera, M.J. Álvarez-Martín, A. Mansilla-Roselló, A. García-Navarro, J.T. Torres-Alcalá

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: la leishmaniasis visceral (LV) o "Kala-Azar" es una infección sistémica producida por el protozoo Leishmania, transmitida a través de la picadura del mosquito Phlebotomus. Su incidencia anual en España es de 0,3 casos/100.000 habitantes (2/3 son portadores del VIH). Las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre, hepatoesplenomegalia y pancitopenia. El tratamiento de elección es la Anfotericina B. La esplenectomía se reserva para casos excepcionales refractarios al tratamiento médico.

Caso clínico: varón de 33 años con antecedentes personales de síndrome de Hort-Oram, focomelia por embriopatía rubeólica y comunicación interventricular.

Tras hallazgo de bicitopenia incidental en una analítica rutinaria, asociada a esplenomegalia detectada en ecografía abdominal, se inició el proceso diagnóstico. Se descartaron causas como púrpura trombocitopénica idiopática, procesos malignos o enfermedades por depósito, con positividad del antígeno de Leishmania en orina y cultivo en médula ósea.

Se indicó tratamiento con Anfotericina B durante dos años, con ligera disminución del tamaño esplénico y negativización del antígeno en orina. Tras el cese del tratamiento, presentó recidiva de la esplenomegalia (>19 cm) y del hiperesplenismo.

Dada la refractariedad al tratamiento médico, se realizó esplenectomía mediante incisión subcostal izquierda debido al tamaño del bazo.

La anatomía patológica reveló un bazo de 22 cm con leishmaniasis.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo dado de alta al segundo día postoperatorio. En controles analíticos posteriores, se evidenció resolución de la bicitopenia con cifras de plaquetas normalizadas.

Discusión: la LV es una patología excepcional en nuestro medio, cuyo tratamiento de primera línea es la Anfotericina B. Existen casos donde el tratamiento médico es inefectivo siendo la esplenectomía una opción. La extirpación del bazo puede ser, además, una prueba diagnóstica en situaciones donde no se llega a un diagnóstico etiológico conciso. No obstante, en nuestro caso, el crecimiento progresivo del bazo a pesar de la negativización del parásito hizo plantearse la cirugía como siguiente opción terapéutica.

CP050. FISTULIZACIÓN LUMBAR COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL CÁNCER DE CIEGO.

S. Ercoreca-Tejada, M. Dominguez-Bastante, A. García-Jiménez, R. Conde-Muiño, J.T. Torres-Alcalá

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: el cáncer de colon es la neoplasia más frecuente del tubo digestivo. La clínica del cáncer de colon varía según la localización del tumor, siendo las melenas junto con la anemia más típicas de colon derecho. Además, existen manifestaciones atípicas, como, abscesos de repetición en lugares muy infrecuentes (lumbares, renales, hepáticos, que infiltran músculo psoas, etc.).

Caso clínico: paciente de 68 años con antecedentes personales de Leucemia Aguda Mieloblástica y Síndrome ansioso-depresivo, en tratamiento con prednisona y furosemida, que presenta historia de absceso glúteo y lumbar derecho drenado de forma urgente en quirófano en hasta tres ocasiones con numerosas curas posteriores, secundario en apariencia a inyección intramuscular sin otra sospecha de enfermedad de base. La paciente reingresó hasta en cuatro ocasiones por reinfección de partes blandas, muy grave en uno de los casos, llegando a ocasionarle una fascitis necrotizante con un estado de sepsis que se controló con desbridamiento y antibioterapia de amplio espectro. Ante la evolución tórpida de la paciente, se decide solicitar TC de abdomen informada como tumoración a nivel de colon derecho de unos 40 mm que fistuliza originando absceso intraabdominal que a su vez fistuliza a partes blandas de pared abdominal lateral y derecha donde se objetiva colección de unos 66 x 35 mm, perpetuando la clínica descrita.

La paciente fue sometida a intervención programada realizándose hemicolectomía junto con nefrectomía derecha por infiltración del polo inferior renal.

Actualmente, la paciente se encuentra asintomática y libre de enfermedad tras un seguimiento de 12 meses.

Discusión: ante la presencia de colección en pared abdominal abscesificada y cronicada, es necesario descartar neoplasia subyacente. Además, debemos conocer las manifestaciones infrecuentes, ya que una patología tan prevalente en la edad de la paciente, pueden enmascarar y retrasar el diagnóstico y tratamiento de un estadio avanzado que precisará de un abordaje multidisciplinar.

CP051. HERNIA DE GRYNFELT-LESSHAFT: UNA RARA CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

S. Ercoreca-Tejada, M. Mogollón-González, E. Calcerrada-Alises, A. García-Jiménez, T. Villegas-Herrera, J.T. Torres-Alcalá

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: las hernias producidas a través del espacio lumbar son infrecuentes, suponen un 1,5-2% de las hernias de pared abdominal. Con aproximadamente 300 casos publicados en la literatura, las hernias de Grynfelt-Lesshaft o del espacio lumbar superior son más frecuentes que las producidas a través del triángulo lumbar inferior de Petit.

Caso clínico: mujer de 65 años, con antecedentes personales de obesidad mórbida e HTA. Acude a urgencias por dolor lumbar izquierdo desde hace dos meses y ausencia de tránsito intestinal de 24 horas de evolución. A la exploración, tumoración lumbar izquierda de 7x5 cm de diámetro, dolorosa a la palpación e irreductible. La TC abdominal identificaba dilatación de marco cólico con punto de transición en colon descendente con herniación de un segmento del mismo a través de un defecto de pared abdominal posterior en región del triángulo lumbar superior.

Se decidió intervención quirúrgica urgente mediante abordaje posterior con incisión transversa por debajo de la 12ª costilla izquierda. Se realizó hernioplastia con malla de polipropileno anclada a fascia de tejidos adyacentes.

Discusión: la hernia de Grynfelt-Lesshaft tiene forma invertida, limitando en su base por la 12ª costilla y borde inferior del músculo serrato posteroinferior. Posteriormente músculo sacroespinal y anteriormente músculo oblicuo interno. Su techo, el oblicuo externo y el dorsal ancho y el suelo, fascia transversalis y la aponeurosis del músculo transverso.

Es más frecuente en adultos, varones y en lado izquierdo. La estrangulación aparece en un 8% de los casos.

Se prefiere un abordaje posterior, aunque la sospecha de complicación, indica el abordaje anterior que facilita la exploración del saco herniario. La laparoscopia, puede reservarse para casos con defectos moderados, hernias intraperitoneales, hernias recidivadas o mayores de 10 cm.

La sospecha de hernia del triángulo lumbar debe contemplarse como diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal, para el adecuado manejo del enfermo.

CP052. FACTORES DE RIESGO, CLÍNICA Y LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE VARICES DE MIEMBROS INFERIORES. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 200 PACIENTES.

R. Soler-Humanes¹, M.E. Villa-Bastias², R. Toscano-Méndez², D. Fernández-Rodríguez², J.F. Albertos-Soler²

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena, Benalmádena.

Introducción: se ha realizado un estudio retrospectivo, seleccionando aleatoriamente 200 pacientes intervenidos de varices en nuestro centro y analizado los factores de riesgo para la presencia de varices, así como la localización y los síntomas y signos derivados de la insuficiencia venosa.

Material y métodos: se han analizado las siguientes variables: edad (años), sexo, antecedentes familiares de varices, tipo de trabajo, obesidad, antecedentes de trombosis venosa profunda, localización (derecha, izquierda o ambas), presencia o no de lesiones tróficas (no, pigmentación, atrofia, úlcera), afectación anatómica (safena interna, safena externa, safena accesoria anterior, safena interna bilateral, safena externa bilateral, safena accesoria anterior bilateral, colaterales, perforantes, cavernoma), clínica (pesadez, dolor, cordón venoso palpable, asintomático).

Resultados: el rango de edad de los pacientes intervenidos fue entre 17 y 81 años, con una mediana de 46 años. Un 25,3% fueron hombres y un 74,7% mujeres. En un 70,8% de casos había antecedentes familiares de varices. Tan sólo un 1,8%, que corresponde a tres pacientes presentaba antecedentes de trombosis venosa profunda. En cuanto al tipo de trabajo desempeñado, un 90,3% pasaba la mayor parte del tiempo de pie. La obesidad (IMC >30) estaba presente en el 13,5% de casos.

En cuanto a la clínica, la sensación de pesadez ocurrió en un 90,6% de pacientes, seguida del dolor como segundo síntoma más frecuente, con un 8,2%. La mayoría de pacientes (88,8%), no presentaba lesiones tróficas en el momento del diagnóstico.

La afectación más frecuente es la de la safena interna con un 42,34%.

Conclusiones: en cuanto al análisis de los factores de riesgo para el desarrollo de varices, si se relaciona la presencia o no de obesidad (IMC>30) con la clínica o los signos, no se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre la obesidad y la clínica ($p=0,084$). Sí, se ha apreciado correlación entre la obesidad y la presencia de signos (pigmentación, úlcera) ($p=0,014$).

CP053. LÁSER VS RADIOFRECUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE VARICES DE MIEMBROS INFERIORES. ANÁLISIS DE COMPLICACIONES EN UNA SERIE DE 200 PACIENTES.

R. Soler-Humanes¹, M.E. Villa-Bastias², R. Toscano-Méndez², D. Fernández-Rodríguez², J.F. Albertos-Solera²

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena, Benalmádena.

Introducción: la cirugía de varices mediante técnicas de ablación endovascular no está exenta de complicaciones. Dentro de las mismas, se encuentran los hematomas, la infección, la trombosis venosa superficial y profunda y las disestesias entre las más frecuentes, aunque con una baja incidencia, siendo la más común de ellas los hematomas, con un 5% según la literatura. En este trabajo se analizan las complicaciones en una serie de 200 pacientes.

Material y métodos: de los 200 pacientes analizados, 30 se perdieron durante el seguimiento, por lo que el análisis corresponde a los 170 pacientes restantes, 88 recibieron técnica de ablación mediante láser y 82 recibieron técnica de ablación mediante radiofrecuencia.

Las complicaciones postoperatorias valoradas a las 24 horas, 48 horas y 72 horas, así como a la semana de la cirugía, además del dolor medido mediante escala EVA, han sido las siguientes: hematoma, edema, infección, trombosis venosa superficial, quemaduras, equimosis, ulceraciones, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, disestesias/neuralgias y recidiva.

Resultados: las complicaciones postoperatorias a nivel global, valoradas durante la primera semana postoperatoria (tanto a las 48 horas como a los 7 días postoperatorios) se presentan en la **tabla 1**.

Conclusiones: al analizar las complicaciones por grupos, el 24,6% de los pacientes intervenidos mediante técnica láser presentó algún tipo de complicación, mientras que en los pacientes intervenidos mediante radiofrecuencia este porcentaje fue del 16,5%. No obstante, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, comparándolos mediante el test estadístico chi cuadrado, obteniendo una $p=0,096$.

En cuanto al análisis del dolor postoperatorio tanto a las 48 horas como a los siete días de la cirugía con ambas técnicas, mediante el test estadístico t de student, se ha obtenido una $p=0,19$, no existiendo por tanto significación estadística.

(CP053) Tabla 1.
Complicaciones con ambas técnicas y a nivel global.

	Láser	Radiofrecuencia	Global
Ninguna	66 (75,4%)	68 (83,5%)	135 (78,2%)
Hematoma	8 (8,5%)	4 (4,5%)	11 (6,5%)
Edema / Inflamación	3 (3,4%)	2 (2,4%)	5 (2,9%)
Flebitis	1 (1,1%)	1 (1,2%)	2 (1,2%)
Equimosis	3 (3,4%)	3 (3,7%)	6 (3,5%)
Trombosis venosa profunda	1 (1,1%)	0 (0%)	1 (0,6%)
Trombosis venosa superficial	1 (1,1%)	2 (2,4%)	3 (1,8%)
Disestesias	4 (4,9%)	2 (2,4%)	3 (1,8%)
Picor	1 (1,1%)	0 (0%)	1 (0,6%)

CP054. RADIOFRECUENCIA COMO TÉCNICA ENDOVASCULAR EN EL TRATAMIENTO DE VARICES DE MIEMBROS INFERIORES. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE Y ANÁLISIS DE COMPLICACIONES.

R. Soler-Humanes¹, M.E. Villa-Bastias², R. Toscano-Méndez², D. Fernández-Rodríguez², J.F. Albertos-Solera²

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena, Benalmádena.

Introducción: el tratamiento mediante radiofrecuencia de las varices de miembros inferiores es una alternativa dentro de las técnicas endovasculares. El objetivo de este trabajo es presentar una serie de pacientes intervenidos con dicha técnica y analizar tanto las complicaciones como la tasa de recidivas.

Material y métodos: se ha realizado un análisis retrospectivo de una serie de 100 pacientes, elegidos aleatoriamente, intervenidos mediante radiofrecuencia en el HARE Benalmádena.

La ablación mediante radiofrecuencia endovenosa ha sido realizada con el sistema VNUS Radiofrequency Generator Model RFG2 y el catéter de radiofrecuencia ClosureFast de 7 Fr de diámetro y 100 cm de largo.

Resultados: de los pacientes intervenidos mediante radiofrecuencia presentaron complicaciones dentro de la primera semana postoperatoria un 16,5%.

Las complicaciones registradas fueron un 4,5% hematomas, 2,4% edema/inflamación, 1,2% flebitis, 3,7% equimosis, 2,4% trombosis venosa superficial y 2,4% disestesias.

En cuanto al dolor postoperatorio, medido mediante escala EVA a las 48 horas y a los siete días de la cirugía fue menor o igual a dos en más del 70% de pacientes a las 48 horas y menor o igual a uno en más del 80% de pacientes a los siete días.

La tasa de recidiva fue de un 1,2%, lo que corresponde a un paciente.

Conclusiones: la radiofrecuencia es una opción de tratamiento endovascular con escasas complicaciones postoperatorias y baja tasa de recidivas.

CP055. HERNIACIÓN GÁSTRICA ESTRANGULADA.

Á. Pareja-López, N. Espínola-Cortés, M. Vidaña, M.Á. Lorenzo-Liñán, R. Rosado-Cobián

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: la hernia diafragmática traumática es una complicación poco frecuente de los traumatismos toracoabdominales cerrados. Tiene una incidencia entre el 0,8- 5%. La sintomatología varía desde un cuadro asintomático con antecedentes de traumatismo previo o ligeras molestias en hemiabdomen superior, disnea, taquipnea, dolor torácico, dolor abdominal, compromiso hemodinámico y shock.

Es más frecuente en los varones (4:1), con un pico de máxima incidencia en la tercera década de la vida y afecta sobre todo al hemidiafragma izquierdo.

Caso clínico: varón de 37 años con dolor epigástrico y en hemitórax izquierdo de varios días de evolución, que asocian vómitos sanguinolentos en las últimas 24 horas. Refiere haber padecido un traumatismo torácico izquierdo tras caer de un camión hace un mes, sin valoración médica previa.

Se completa el estudio con una endoscopia digestiva alta urgente y AntioTC diagnósticos de una probable hernia gástrica volvulada.

Realizamos una laparotomía media urgente, supra e infraumbilical. Encontramos una herniación gástrica volvulada a través de una hernia diafragmática izquierda de 5 cm de diámetro. Se redujo el contenido herniario (gástrico) y apreciamos una necrosis extensa que obliga a realizar una gastrectomía total.

Durante el postoperatorio no se produce ninguna incidencia siendo retirado drenajes al octavo día y tubo de tórax al décimo día sin ninguna complicación y siendo dado de alta al undécimo día de la intervención.

Discusión: el diagnóstico de rotura diafragmática aguda es indicación absoluta de cirugía urgente. La variabilidad clínica que presentan estos pacientes induce a un retraso en el diagnóstico lo que conlleva un aumento en la morbimortalidad. Por ello es necesario tener siempre presente esta complicación ante cualquier traumatismo toracoabdominal cerrado.

La técnica de elección es la sutura directa con material irreabsorbible, no obstante, los grandes defectos pueden requerir plastia con el propio músculo o con material protésico. La vía de abordaje más utilizada en la mayoría de los casos es la laparotomía.

CP056. PARASITOSIS EN MASTOLOGÍA: FILARIASIS MAMARIA.

Á. Pareja-López, N. Espínola-Cortés, S.M. López-Saro, M.Á. Lorenzo-Liñán, M.M. Rico-Morales, M.Á. Lorenzo-Campos

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: la filariasis es una enfermedad parasitaria causada por nematodos, de curso benigno, endémica en algunas regiones tropicales.

La muerte de los parásitos puede originar calcificaciones visibles en las mamografías, con características específicas que no se recogen en el sistema de clasificación BI-RADS.

Nuestro objetivo principal es exponer los hallazgos radiológicos característicos de esta patología.

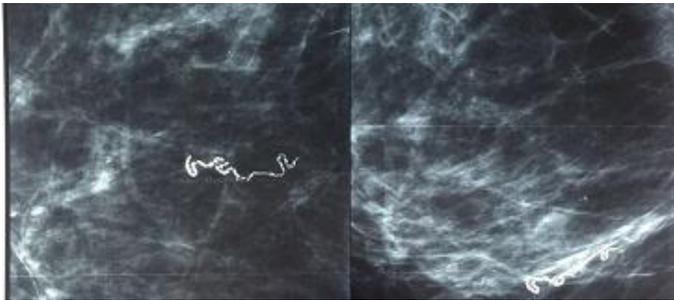
Caso clínico: presentamos la iconografía de una paciente inmigrante de Guinea Ecuatorial, estudiada con mamografías de cribado en proyecciones craneocaudal y oblicua (**Figuras 1 y 2**), donde se aprecian calcificaciones de distribución lineal y serpinginosa en la mama derecha, de origen infeccioso parasitario, categoría BIR-RADS 2.

Las calcificaciones aparecen en fases tardías e inactivas de la enfermedad, por necrosis del tejido parasitario. El principal diagnóstico diferencial debe hacerse con suturas mamarias calcificadas, calcificaciones benignas distróficas y carcinoma.

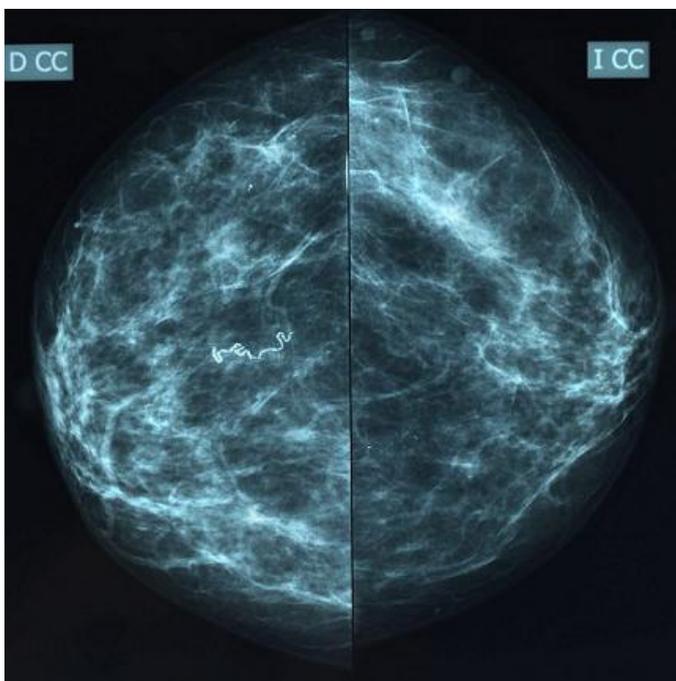
Discusión: se distinguen de las microcalcificaciones malignas porque no se relacionan con los ductos, no presentan signos de pleomorfismo ni irregularidad. Las calcificaciones distróficas presentan un aspecto más tosco e irregular. En la Loiasis nos encontraremos calcificaciones finas en forma de burbuja o tirabuzón. En la Trichinosis no tienen forma serpinginosa, son más numerosas, de pequeño tamaño y se localizan exclusivamente en el músculo pectoral. La Onchocerciasis se localiza por debajo del epitelio de la piel en forma de maraña.

El diagnóstico puede realizarse mediante historia clínica y mamografía compatible con las calcificaciones típicas. Sin embargo, en caso de duda se recomienda realizar PAAF o biopsia de la lesión.

El tratamiento en el manejo de la filiaris linfática incluye la dietilcarbamazina, la ivermectina y el albendazol.



(CP056) Figura 1
Calcificaciones serpinginosas.



(CP056) Figura 2
Comparativa mamografía bilateral.

CP057. GASTRECTOMÍA VERTICAL: MORBILIDAD ASOCIADA A LA SONDA DE CALIBRACIÓN MIDSLEEVE.

M. Pérez-Reyes, L. Romacho-López, M.C. Montiel-Casado, F.J. Moreno-Ruiz, A. Rodríguez-Cañete, J. Santoyo-Santoyo

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es una técnica quirúrgica que se ha impuesto en los últimos años por su sencillez y buenos resultados.

Presentamos 3 casos de complicación intraoperatoria por sección durante la GVL.

Caso clínico: CASO 1. Mujer de 26 años con IMC 59 kg/m². En el primer disparo de la endograpadora, se evidenció dehiscencia de la línea de grapas y la sección de la sonda calibradora. Se convirtió a bypass gastroeyunal. Postoperatorio sin incidencias. Alta al tercer día. Porcentaje de exceso de peso perdido al año 81%.

CASO 2. Mujer de 31 años con antecedentes de hipotiroidismo, hipertensión y diabetes tipo II con IMC 44 kg/m². Durante el primer disparo, se observó atrapamiento de la sonda en la línea de grapas. Se retiró y regrapó con endograpadora Covidien 60 mm con refuerzo de poliglicólico (DUET). Postoperatorio anodino. Alta al tercer día. Porcentaje de exceso de peso perdido al año 70%.

CASO 3. Varón de 36 años con IMC de 51,5 kg/m² y antecedentes de hipertensión y SAOS. Se objetivó grapado de la sonda calibradora. Se procedió a retirada de la misma y se reforzó la línea de grapas con una sutura continua reabsorbible de 3/0.

El tercer día postoperatorio ante un cuadro de dolor abdominal marcado se solicitó un TAC abdominal que descartó complicaciones. Al quinto día, un nuevo TAC evidenciaba afectación de la grasa perisutura. Laparotomía exploradora evidenciando una peritonitis purulenta localizada sin extravasación. Se reforzó la línea de sutura. Alta a los 7 días. Reingreso al mes por colección postquirúrgica. Porcentaje de exceso de peso perdido 40%.

Discusión: el uso de la sonda MidSleeve permite la calibración del volumen residual gástrico de forma exacta y reproducible. Pese a las complicaciones registradas, consideramos que es una medida eficaz y segura que precisa un uso minucioso de la misma.

CP058. LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE.

J. Ramos-Sanfiel, M. Domínguez-Bastante, M.Á. García-Martínez

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: la mayor parte de los tumores retroperitoneal primarios son malignos, siendo el 70% de origen mesodérmico donde destaca el liposarcoma como variedad hispatológica más frecuente.

Este tumor de origen lipomatoso desarrolla un crecimiento lento y expansivo, resultando las manifestaciones clínicas escasas y poco específicas, generalmente en relación con compresión o desplazamiento de órganos vecinos. El síntoma más frecuente es el aumento del perímetro abdominal por una masa palpable además de aparición de síntomas digestivos hasta en 60% de los casos.

Caso clínico: mujer de 52 años, con antecedentes de gastrectomía vertical por obesidad mórbida y en seguimiento por Urología en relación con catéter doble J como tratamiento de nefrolitiasis izquierda sintomática, a la que se le diagnostica de forma incidental tumor retroperitoneal gigante de unos 20x17x13 cm, que comprime vena cava, elevación del hígado y desplazamiento del riñón derecho. Clínicamente la paciente refiere dispepsia y molestias abdominales generalizadas.

A la exploración presenta gran tumoración a la palpación profunda en flanco derecho, no dolorosa.

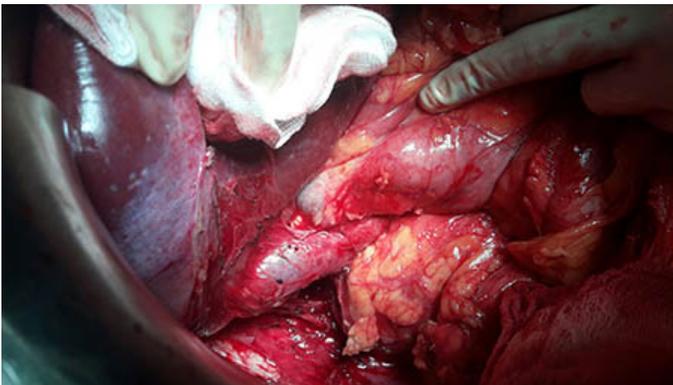
Se le realiza exéresis completa de la tumoración de consistencia dura, superficie irregular y bien encapsulada con suprarrelectomía

derecha. El estudio anatomopatológico informa de liposarcoma bien diferenciado de tipo lipomatoso atípico con quistificación hemorrágica adherido a glándula suprarrenal.

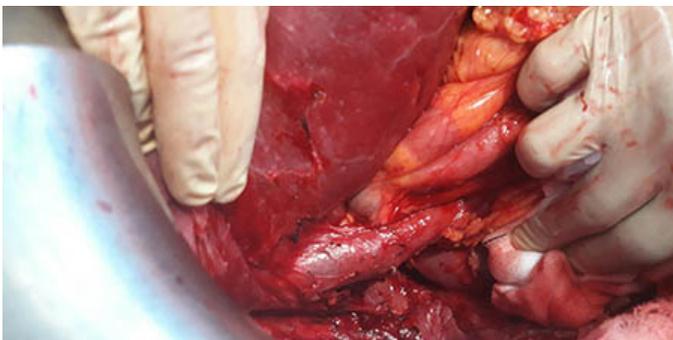
En el postoperatorio presenta un hematoma subcapsular hepático que se maneja de forma conservadora, con mejoría importante de la sintomatología digestiva (Figuras 1-3).

Discusión: el tratamiento de elección del liposarcoma retroperitoneal es la exéresis quirúrgica completa, aunque no siempre es posible debido al gran tamaño, escasez de síntomas e infiltración de estructuras vitales, a pesar de que es posible la resección de órganos englobados por el tumor en el mismo acto quirúrgico.

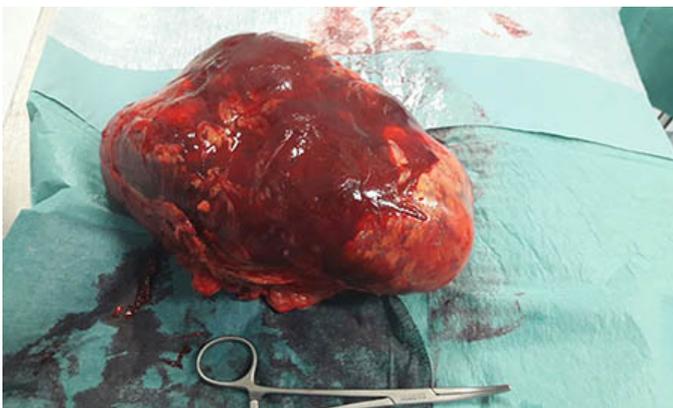
El principal factor pronóstico es la resección quirúrgica completa, que solo se consigue en el 80% de los casos, siendo la recidiva local del tumor la principal causa de muerte.



(CP058) Figura 1



(CP058) Figura 2



(CP058) Figura 3

CP059. SCHANNOMA CERVICAL.

J. Ramos-Sanfiel, M.Á. García-Martínez, P. Torné-Poyatos, M. Mogollón-González

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: los schwannomas de cabeza y cuello son tumores benignos desarrollados a partir de las células de Schwann. Suelen aparecer en la cuarta y quinta décadas de la vida y en ocasiones relacionados con la neurofibromatosis tipo 2.

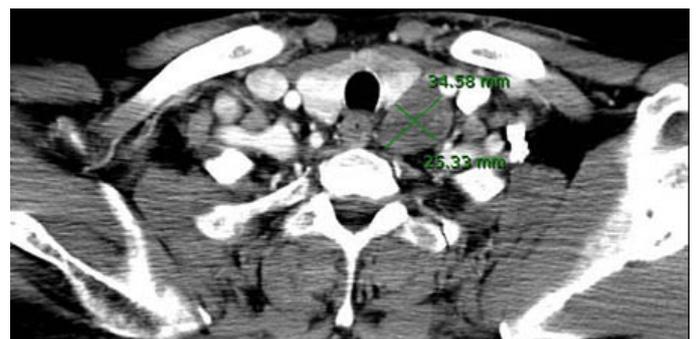
Los tumores cervicales laterales se desarrollan a partir de las ramas cutáneas o musculares del plexo cervical o braquial. Los mediales surgen de los últimos cuatro nervios craneales (nervio vago el más frecuente) y la cadena simpática cervical. Mayoritariamente son tumores clínicamente e histológicamente benignos, cuyo crecimiento comprime estructuras nerviosas adyacentes que producirán los diferentes cuadros clínicos.

Caso clínico: varón de 57 años al que en estudio ECO-Doppler de troncos supraaórticos por ictus isquémico de arteria cerebral media derecha se le diagnostica de forma incidental de nódulo retrotiroideo izquierdo de unos 34x25 al que se le realiza PAAF con resultados no concluyentes.

El paciente refiere leve aumento del tamaño a nivel cervical anterior, dificultad al deglutir muy leve y ocasional. Sin clínica de disfunción tiroidea. Durante la intervención quirúrgica, se aprecia nódulo elástico, bien delimitado y de aspecto lipomatoso en el espacio paraesofágico derecho desplazando los grandes vasos, que se extirpa de forma completa. En el postoperatorio presenta evolución favorable, sin secuelas neurológicas. El estudio anatomopatológico informa de un schwannoma con signos de marcada benignidad y larga evolución (Figura 1).

Discusión: el diagnóstico preoperatorio definitivo puede ser muy difícil de realizar, a pesar de las distintas técnicas de imagen disponibles, resultando dificultosa la identificación del nervio originario.

Debido a que se trata de una patología de crecimiento lento y generalmente sin síntomas neurológicos asociados, la decisión de intervenirlos se basa en la clínica asociada, la velocidad de crecimiento o razones estéticas. La extirpación quirúrgica completa es el tratamiento de elección, siendo el síndrome de Horner la complicación más frecuente por afectación del nervio vago.



(CP059) Figura 1

Nódulo retrotiroideo izquierdo.

CP060. METÁSTASIS OBSTRUCTIVA EN COLON POR CARCINOMA LOBULILLAR DE MAMA.

M.C. Bazán-Hinojo¹, S. Roldán-Ortiz², D. Pérez-Gomar¹, M. Fornell-Ariza¹, C. Peña-Barturen¹, S. Ayllón-Gámez¹, J. Varela-Recio¹, K. Tello-Collantes², E. Sancho-Maraver¹, J.L. Fernández-Serrano¹

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

²Unidad de Anatomía Patológica. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: las metástasis colorrectales por carcinoma de mama son muy infrecuentes, así como que debuten como abdomen agudo. El carcinoma lobulillar de mama, representa menos del 10% de los tumores primarios de mama, produciendo éste la mayoría de las metástasis gastrointestinales (64%).

Caso clínico: mujer de 52 años con antecedentes de TBC en adolescencia, así como diagnóstico reciente de carcinoma de mama lobulillar infiltrante de mama izquierda (RE 100%, RP 40% y HER-2-) y carcinomatosis peritoneal (1 mes). Acude a urgencias por cuadro de dolor y distensión abdominal, vómitos y estreñimiento. En exploración presenta abdomen distendido, timpanizado con defensa generalizada. Analítica con leucocitosis y neutrofilia. En TC abdomen, cuadro obstructivo por lesiones intrínsecas segmentarias en íleon y colon transverso. Se decide cirugía urgente encontrando, obstrucción por implantes en íleon terminal, colon transverso y meso, junto a tumoración en ciego. Se realiza hemicolecotomía derecha ampliada con ileostomía definitiva en FID.

Postoperatorio favorable con alta al sexto día. Histológicamente informan de infiltración difusa por carcinoma lobulillar de mama en intestino delgado y grueso, junto a líquido ascítico compatibles con metástasis. La paciente falleció 15 meses después.

Discusión: las metástasis digestivas de neoplasia mamaria representan menos del 1%, ubicándose según frecuencia en estómago, colon-recto, intestino delgado y esófago. Las localizaciones más comunes de metástasis del cáncer lobulillar de mama son en hueso, órganos ginecológicos, peritoneo y retroperitoneo, siendo menos frecuente en tracto digestivo. La clínica es inespecífica, pudiendo comenzar como cuadro oclusivo (como en nuestro caso). En un 25% las metástasis digestivas, se asocian a carcinomatosis peritoneal. En estos casos, añadir cirugía a la quimioterapia no aumenta la supervivencia, reservando la cirugía como tratamiento paliativo en casos de perforación, obstrucción o hemorragia, y casos donde la extirpación del tumor podría mejorar el efecto de la quimioterapia. El pronóstico en estos pacientes con metástasis digestivas ronda un año.

CP061. TRANSPLANTE HEPÁTICO Y TERAPIA VAC.

I. Mirón-Fernández¹, J. Sánchez-Segura¹, F.J. León-Díaz¹, S. Nicolás-de Cabo¹, M. Pérez-Reyes¹, B. Sánchez-Pérez¹, J.L. Fernández-Aguilar¹, J.A. Pérez-Daga¹, C. Montiel-Casado¹, J.M. Aranda-Narváez², M.Á. Suárez-Muñoz², J. Santoyo-Santoyo¹

¹Unidad de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga. ²Unidad de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: los sistemas de terapia con presión negativa (TPN) han demostrado su eficacia en el manejo del cierre temporal abdominal en casos de trauma grave, síndrome compartimental y sepsis, si bien existe aún controversia en cuanto a la eficacia y uso en ésta última

indicación. En la práctica clínica también se contempla su utilidad en dehiscencias anastomóticas ante la imposibilidad de cierre primario abdominal.

Caso clínico: presentamos dos casos de trasplante hepático con aplicación de TPN mediante sistema VAC (Vacuum-Assisted Closure) Abthera como puente al cierre definitivo abdominal.

Varón, 62 años con hepatocarcinoma por hepatopatía crónica virus C, MELD 8. Se realizó hepatectomía con shunt porto-cava temporal e implante según técnica habitual, objetivándose desproporción entre el tamaño del injerto y el receptor. Se realiza cierre primario de abdomen. El primer día postoperatorio, se objetiva síndrome compartimental abdominal con fracaso multiorgánico. Es reintervenido con colocación de Sistema VAC Abthera temporal. Tras mejoría sistémica en UCI, se procede al cierre definitivo con prótesis supraaoneurótica a las 48 horas. Postoperatorio sin incidencias, alta a los 14 días. Actualmente, supervivencia con buena funcionalidad del injerto a los 39 meses.

Mujer, 37 años con hepatitis fulminante idiopática en fracaso multiorgánico con síndrome compartimental abdominal (PIA >20 mmHg, necesidad de noradrenalina, hemofiltración y MARS). Trasplante hepático según técnica habitual con evidencia de importante edema intestinal y abundante ascitis, se decide colocación VAC Abthera. Reintervención a las 48 horas, una vez optimizada la situación hemodinámica, con colocación de prótesis intraperitoneal y cierre laparotómico. Postoperatorio lento con mejoría progresiva y hematoma de herida, alta a los 25 días. Actualmente, supervivencia a los 4 meses con función hepática conservada.

Discusión: la TPN mediante VAC Abthera es un recurso en pacientes sometidos a trasplante hepático con síndrome compartimental y necesidad de abdomen abierto, como técnica puente en espera de mejoría de las condiciones para el cierre definitivo de la pared abdominal.

CP062. ¿ES LA APENDICITIS AGUDA DEL ANCIANO UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE?

B. Marenco-de la Cuadra, J.A. López-Ruiz, L. Tallón-Aguilar, M. Sánchez-Ramírez, J. López-Pérez, F. Oliva-Mompeán

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: la apendicitis aguda generalmente se presenta en pacientes jóvenes, siendo en el anciano una patología menos frecuente con bajo grado de sospecha y que suele cursar con clínica atípica y de manera silente.

Material y métodos: hacemos un estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de apendicitis aguda a partir de los 70 años, desde enero de 2007 a junio de 2016, analizando el manejo y los resultados de los mismos.

Resultados: del total de apendicitis agudas operadas, recogemos 75 casos (5% del total) con una proporción prácticamente similar para ambos sexos, de los cuales el 75,5% fue operado por vía laparoscópica con una tasa de conversión similar a la descrita en el resto de pacientes, a pesar de tratarse de pacientes con mayor índice de apendicitis aguda complicada al diagnóstico (40%).

Sobre a la morbilidad postoperatoria, podemos describir un índice de complicación postoperatoria así como de infección de herida quirúrgica, similar a la que existe en paciente de edad inferior a la estudiada, siendo mayor en pacientes operados por vía abierta; sin embargo, al tratarse en su mayoría de pacientes pluripatológicos, si se ha observado una recuperación postoperatoria más lenta asociada a mayor número de íleo parético postoperatorio y un mayor grado de descompensación de patología de base, traducándose en un aumento de las estancias hospitalarias (mediana de cinco días) y una mortalidad del 2%.

Conclusiones: concluimos que la apendicitis aguda del anciano es una patología poco frecuente, aunque supone un porcentaje de apendicectomía no desdeñable. Se trata de un grupo de paciente de difícil diagnóstico, que cursa generalmente de forma atípica, suponiendo un mayor grado de apendicitis aguda complicada. Sin embargo, a pesar de ello, hemos observado un incremento de la morbilidad postoperatoria desencadenado principalmente por agravamiento de patologías médicas ya que son pacientes con gran cantidad de patología asociada, obteniéndose unos resultados quirúrgicos similares al del paciente no anciano.

CP063. ¿SEGUIMOS CONSIDERANDO LA PRESENCIA DE GAS VENOSO PORTAL MASIVO EN UNA ISQUEMIA MESENTÉRICA COMO SIGNO OMINOSO DE MUERTE? A PROPÓSITO DE UN CASO.

C. León-Salinas¹, P. Menéndez-Sánchez¹, A. García-Carranza²

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real. ²Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Gutiérrez Ortega, Valdepeñas.

Introducción: la presencia masiva de gas en el territorio venoso portal en el contexto de un paciente con abdomen agudo y diagnóstico radiológico de isquemia mesentérica aguda se ha considerado clásicamente como un signo ominoso de muerte y se asociaba con enfermedad evolucionada y alta mortalidad, rechazando incluso la laparotomía urgente en pacientes con edad avanzada y elevada comorbilidad por el pobre pronóstico.

Caso clínico: mujer de 78 años con varios factores de riesgo cardiovascular que acude al SUH por cuadro de dolor abdominal agudo de inicio súbito, con defensa muscular abdominal generalizada. El TAC abdominal urgente muestra gas venoso portal y en vena mesentérica como discreto engrosamiento de la pared del hemicolon derecho con algunas burbujas de gas intramurales. Dado el alto riesgo quirúrgico y el mal pronóstico de la enfermedad se desestima intervención quirúrgica urgente. Se decide manejo médico conservador con anticoagulación mediante HBPM en altas dosis. Presenta mejoría clínica y analítica progresiva y en TAC abdominal de control a los cinco días se aprecia la completa desaparición del gas en territorio portal y de los signos isquémicos intramurales en colon derecho. Es dada de alta con anticoagulación oral permaneciendo asintomática actualmente.

Discusión: la isquemia mesentérica aguda es un motivo frecuente de urgencia quirúrgica, y probablemente el manejo conservador (o paliativo) realizado sea algo habitual y compartido por la mayoría de equipos en pacientes con edad avanzada y/o comorbilidad importante asociada, por la elevada mortalidad y el pobre pronóstico, más aún cuando los hallazgos en el TAC abdominal revelan hallazgos tan letales como es la presencia masiva de gas tanto en pared intestinal como

en territorio venoso mesentérico y portal proximal e intrahepático. Sin embargo, un pequeño porcentaje de estos casos puede resolverse de manera espontánea, evitando una laparotomía innecesaria que incrementa la morbimortalidad y desembocaría en una agresión mayor casi siempre infructuosa.

CP064. INVAGINACIÓN ILEOCECAL EN EL ADULTO SECUNDARIA A LIPOHIPERPLASIA DE LA VÁLVULA ILEOCECAL QUE SIMULA NEOPLASIA DE CIEGO.

C. León-Salinas¹, P. Menéndez-Sánchez¹, A. García-Carranza²

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real. ²Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Gutiérrez Ortega, Valdepeñas.

Introducción: la hiperplasia lipomatosa de la válvula ileocecal es una entidad poco frecuente que provoca la infiltración difusa de adipocitos en la válvula ileocecal, siendo causa posible de invaginación ileocecal.

Caso clínico: presentamos el caso de una mujer de 76 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital por abdomen agudo. Tras el estudio posterior se plantea el diagnóstico diferencial de masa en región ileocecal, a descartar fundamentalmente origen neoplásico maligno por la edad y las pruebas complementarias y se somete a cirugía programada. En el análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica se objetiva hiperplasia lipomatosa de la válvula ileocecal.

Discusión: la invaginación ileocecal como causa de abdomen agudo en un paciente de edad avanzada plantea como diagnóstico diferencial la posibilidad de una neoplasia maligna en ciego. La hiperplasia lipomatosa de la válvula ileocecal puede ser causa poco frecuente de estos cuadros de invaginación ileocecal en adultos.

CP065. A PROPÓSITO DE UN CASO: FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA TRAS HERNIOPLASTIA.

R. Pérez-Quintero, M.P. González-Benjumea, B. García-del Pino, M. Delgado-Morales, Á. Rodríguez-Padilla, D. Bejarano González-Serna, A. Utrera-González, R. Balongo-García

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: definimos fístula enterocutánea como comunicación epitelizada entre el tubo digestivo y la piel. La aparición en relación con material protésico es una complicación muy infrecuente resultado del contacto directo con el intestino. El intervalo de aparición desde la implantación del material protésico es muy variable, llegando en ocasiones a ser años. En todos los casos debe realizarse un tratamiento inicial con reposo digestivo, nutrición parenteral total y antibioticoterapia para disminuir el débito y mejorar las condiciones del paciente. Pase a estas medidas es excepcional que la fístula cierre de forma espontánea, precisando en prácticamente todos los casos tratamiento quirúrgico.

Caso clínico: varón de 77 años hipertenso, diabético, dislipémico, obeso y EPOC. Intervenido de hernia umbilical hace años con intolerancia a material protésico que requirió recambio. Acude a urgencias por presentar desde hace meses supuración a nivel umbilical. A la exploración presenta orificio fistuloso que emite contenido intestinal. Ingresa para estudio y tratamiento conservador

de fístula enterocutánea. TC que informa de eventración con asas intestinales en su interior y trayecto fistuloso desde las misma hacia la pared. Se inicia nutrición parenteral y se programa cirugía.

Realizamos adhesiolisis, resección del segmento fistulizado, anastomosis y laparoplastia con prótesis de BIO-A retromuscular. Evolución favorable, alta en doce días.

Anatomía Patológica: intestino delgado con ulceración, infiltrado inflamatorio mixto con tejido de granulación, congestión. Reacción inflamatoria de tipo cuerpo extraño.

Discusión: la aparición de una fístula enterocutánea tras la reparación protésica de defectos de pared abdominal es una complicación infrecuente y severa que requiere una cirugía compleja en la que se procede a la retirada del material protésico implicado y resección intestino afecto. Para la reparación del defecto de la pared pueden realizarse reparaciones primarias, autoplastias o podemos optar por prótesis biológicas que nos permiten solventar el defecto y aportan mayor resistencia frente a la infección.

CP066. PILEFLEBITIS ¿HALLAZGO ALARMANTE?

R. Pérez-Quintero, A. Vega-Recio, P. Beltrán-Miranda, Á. Rodríguez-Padilla, D. Bejarano González-Serna, G. Morales-Martín, M. Reyes-Moreno, R. Balongo-García

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: Pileflebitis, rara complicación de procesos infecciosos intraabdominales que puede desencadenar situación grave o ser tolerada con buen pronóstico. Diagnóstico basado en sospecha clínica y pruebas de imagen. Principales causas son diverticulitis y la apendicitis aguda, otras; isquemia intestinal, dilatación asas, así como técnicas diagnósticas o terapéuticas; enemas baritados, CPRE y cateterización de la vena umbilical. Principal causa de morbimortalidad diseminación de émbolos sépticos.

Caso clínico: mujer 45 años, obesa mórbida, acude a urgencias por dolor abdominal progresivo flanco izquierdo, asociado a estreñimiento. Afebril y estable hemodinámicamente con abdomen globuloso y dolor a la palpación sin peritonismo.

Analítica: leucocitosis y neutrofilia. TC: gas portal y en sistema hepatobiliar, vena esplénica y mesentérica inferior. Asas intestinales de disposición, morfología y calibre en normalidad excepto colon sigmoide donde se objetiva diverticulitis aguda Hinchey I.

Ingresa para tratamiento con antibiótico y seguimiento evolutivo. Evolución favorable, alta en ocho días.

Revisión: buena evolución. TC: resolución gas portal, diverticulosis colónica. Colonoscopia: diverticulosis colónica.

Discusión: la gravedad en Pileflebitis depende de causa subyacente, supervivencia en diverticulitis, según bibliografía del 100%. Clínica diversa, desde asintomático, presencia de fiebre y dolor abdominal hasta shock séptico. Fisiopatología incierta, fenómenos como aumento de presión intraluminal o alteración de mucosa parietal que permite paso gas en el sistema portal a través de vascularización mesentérica.

Diagnóstico con prueba de imagen, como ecografía abdominal, ecografía Doppler o TC siendo método de elección. Tratamiento basado en antibioterapia y cirugía en casos seleccionados. La cirugía se basa en tratamiento del foco infeccioso intraabdominal sin actuar sobre vasos sanguíneos infectados. Papel anticoagulación es controvertido, pudiendo aparecer complicaciones hasta 20% de los pacientes.

La identificación de gas en radicales portales y venosos demanda investigación exhaustiva para encontrar etiología, incluyendo laparotomía si precisa, con el fin de establecer el tratamiento más adecuado.

CP067. SARCOMA DE MAMA, DIAGNÓSTICO INFRECUENTE ANTE TUMORACIÓN MAMARIA.

R. Pérez-Quintero, B. García-del Pino, M. Becerra-González, J. Salas-Murillo, J. Rodríguez-Rodríguez, G. Morales-Martín, R. Martín-García de Arboleya, R. Balongo-García

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: el sarcoma primitivo de mama es una rara enfermedad con incidencia 0,5-1%. Son tumores no epiteliales que derivan del mesénquima primitivo y tienen su origen en el estroma, el tejido adiposo y el endotelio de los vasos sanguíneos. El comportamiento en la mama es similar al resto de sarcomas: crecimiento unifocal, respeto de límites anatómicos, metástasis vía hematogena hacia pulmón y tejido óseo y rara afectación ganglionar.

Caso clínico: mujer de 60 años, que ingresa para realización de cuadrantectomía superior externa+BSGC mama derecha por tumoración pétérea, fija de unos 3 cm sin adenopatías palpables con ecografía que informa de BIRADS 4, RNM tumoración lobulada aspecto necrótico en UCE con aspecto malignidad y BAG neoplasia maligna indiferenciada.

Anatomía Patológica informa de osteosarcoma pleomórfico indiferenciado alto grado pT1aN1Mx, ganglio centinela (2) con metástasis (1).

En unidad de sarcoma pautan tratamiento QT (ifosamida/epirribicina)+RT.

TC control tras finalización de tratamiento: presencia zonas fibróticas en segmento anterior LID y LM posible relación con RT. PET-TC lesiones hipermetabólicas pulmonares bilaterales.

Se inicia QT (Trabectedina) con respuesta parcial que finaliza por IRA.

TC control crecimiento nódulo LSI sugestivo progresión neoclásica.

Se indica cirugía de rescate, realizándose VATS-RA de LSI. Evolución favorable postoperatoria.

Anatomía Patológica: metástasis de sarcoma pleomórfico indiferenciado que respeta bordes de resección.

Discusión: tumor poco frecuente en mama. La sospecha diagnóstica viene dada por la clínica ante una tumoración de gran tamaño y rápido crecimiento, que no suele afectar al pezón ni a ganglios axilares.

La utilización de técnicas de inmunohistoquímica para determinar el fenotipo es muy útil, sobre todo para descartar carcinoma sarcomatoide, ya que éste requiere un vaciamiento ganglionar axilar adicional.

La mastectomía total seguida de quimioterapia es el tratamiento de elección, aunque la excisión amplia local junto con la inmunoterapia están abriendo nuevas vías terapéuticas. Las resecciones de metástasis pulmonares alargan la supervivencia, sobre todo si se cumple R0.

CP068. SORPRESA NO GRATA DEL QUISTE PILONIDAL, A TENER EN CUENTA.

R. Pérez-Quintero, R. Martínez-Mojarro, R. Martín-García de Arboleya, A. Tejada-Gómez, Á. Rodríguez-Padilla, G. Morales-Martín, J. Vega-Blanco, R. Balongo-García

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: sinus pilonidal, enfermedad a menudo complicada por procesos infecciosos locales. La degeneración maligna es una complicación rara, en 0,1% de pacientes con enfermedad pilonidal crónica recurrente con un periodo de latencia de 20-25 años y presenta mal pronóstico. Degeneran a carcinoma escamoso bien diferenciado, siendo el tratamiento usual la resección quirúrgica amplia y radioterapia coadyuvante.

Caso clínico: varón de 52 años, intervenido de forma urgente para drenaje de quiste pilonidal sobreinfectado. A los 3 meses nuevo episodio de sobreinfección con zona indurada y dos orificios fistulosos, realizándose exéresis en bloque de la lesión. Alta a los dos días sin presentar complicaciones.

Anatomía Patológica: carcinoma epidermoide bien diferenciado e infiltrante sobre sinus pilonidal sin bordes afectos, por lo que se remite a oncología.

TAC control: recidiva en región glútea derecha con erosión perióstica del coxis y probable infiltración del músculo glúteo mayor derecho. Adenopatías inguinales derechas patológicas.

Exéresis en bloque de la lesión y coxis, linfadenectomía inguinal bilateral y plastia con colgajo de rotación. Postoperatorio tórpido con dehiscencia de herida requiriendo terapia de vacío.

Anatomía Patológica: carcinoma epidermoide bien diferenciado infiltrante sin márgenes afectos. Adenopatías negativas.

Discusión: el diagnóstico mediante examen y biopsia de úlceras crónicas o hallazgo casual AP de sinus pilonidal extirpado. Estudio de extensión loco-regional mediante rectoscopia y TC o RM. Tratamiento de elección es quirúrgico. La eliminación en bloque puede presentar dificultades por la extensión del tumor. La recidiva local tras cirugía es frecuente (44%). La combinación de la cirugía radical con radioterapia post o preoperatoria parece reducir la recidiva (30%) ± quimioterapia, individualizando el caso. Las metástasis linfáticas inguinales son signo de mal pronóstico y debe asociarse linfadenectomía inguinal. Supervivencia media aproximada de siete meses. El conocimiento de la posibilidad de degeneración maligna es esencial para el reconocimiento y el tratamiento tempranos y mejora subsiguiente del pronóstico.

CP069. ABDOMEN AGUDO PRODUCIDO POR PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO YEYUNAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

E. Calcerrada-Alises, B. Mirón-Pozo, J. Triguero-Cabrera, N. Sarabia-Valverde, I. Lendínez-Romero, T. Torres-Alcalá

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: los divertículos yeyunales son una patología rara, que habitualmente suele ser asintomática por lo que su hallazgo a menudo es casual. Corresponden a un 0,06-2,3% de todos los divertículos intestinales. La prevalencia de los divertículos yeyunales es del 0,1-2,3% en series autópsicas y del 1% en estudios radiológicos. Suelen ser múltiples, de localización yeyunal y cercanos al ángulo de Treitz. Se presentan con más frecuencia en varones (5:3), entre la sexta y séptima décadas de la vida. Se localizan habitualmente en el borde mesentérico, coincidiendo con la zona de entrada de los vasos a través de la capa muscular. Su etiología no es clara.

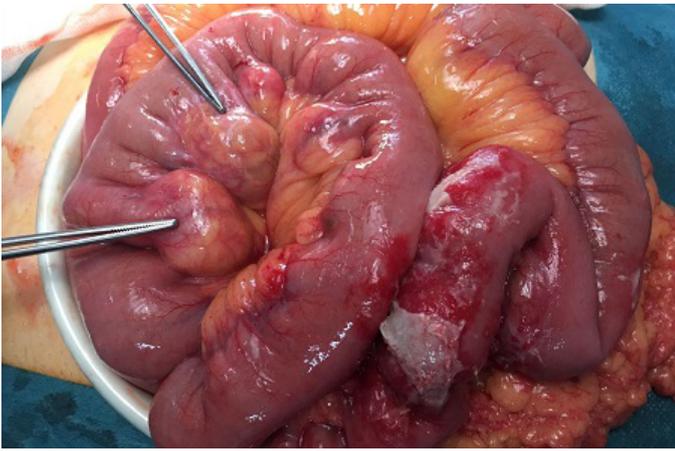
Caso clínico: paciente de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial y un tromboembolismo pulmonar agudo, acude por dolor abdominal periumbilical de un día de evolución. No fiebre, náuseas ni vómitos, hábito deposicional conservado. Analítica con leucocitosis y neutrofilia. TAC de abdomen (**Figura 1**) sugerente de perforación intestinal sin evidenciar la causa. Se realizó cirugía urgente evidenciando varios divertículos yeyunales, perforación en borde mesentérico en uno de ellos, cubierta por epiplón, con peritonitis purulenta localizada (**Figura 2**). Se realizó resección de unos 20 cm de yeyuno incluyendo el segmento perforado y anastomosis yeyuno-yeyunal término-terminal. La anatomía patológica evidenció reacción inflamatoria frente a cuerpo extraño. El postoperatorio cursó de forma favorable y el paciente fue dado de alta al octavo día. La prueba diagnóstica más fiable es la TAC. Se recomienda tratamiento solamente en los pacientes sintomáticos.

Discusión: aunque la diverticulosis yeyunal y sus complicaciones son raras, dada la alta tasa de mortalidad y complicaciones debidas a la demora en su diagnóstico, debemos considerarla dentro del diagnóstico diferencial en caso de síntomas abdominales inexplicables y peritonitis. En este contexto, el TAC es una herramienta importante para alcanzar dicho diagnóstico y una cirugía temprana un factor fundamental para la supervivencia.



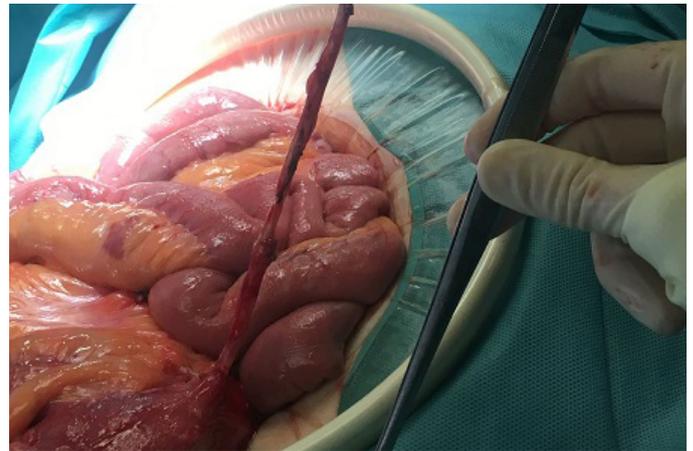
(CP069) Figura 1

Imagen del TAC.



(CP069) Figura 2

Imagen del divertículo yeyunal perforado.



(CP070) Figura 1

Apéndice ileocecal que se encontraba rodeando al ciego y provocando la obstrucción.

CP070. PERFORACIÓN INTESTINAL EN CUADRO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL PRODUCIDA POR ESTRANGULACIÓN DEL CIEGO POR EL APÉNDICE ILEOCECAL.

E. Calcerrada-Alises, A.P. Martínez-Domínguez, A. Molina-Raya, I. Lendínez-Romero, N. Sarabia-Valverde, C. Garde-Lecumberri, T. Torres-Alcalá

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

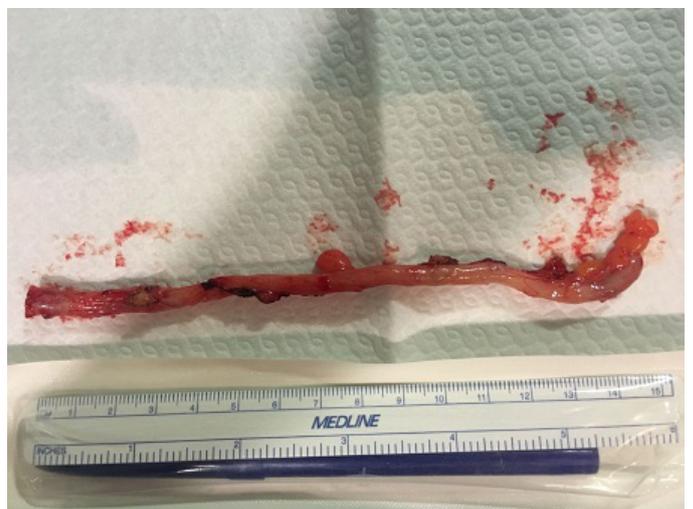
Introducción: la obstrucción intestinal causada por compresión del apéndice es una situación clínica infrecuente, con pocos casos documentados en la literatura. Presentamos un caso cuyo hallazgo fue intraoperatorio.

Caso clínico: paciente de 80 años con antecedentes personales de hipertensión arterial. Acude por dolor abdominal de un día de evolución, estreñimiento de una semana y náuseas sin vómitos. Dos días antes había sufrido una caída tras la ingesta de alcohol con contusión craneal y lumbar. En la analítica destacan leucocitosis y neutrofilia. En la radiografía neumoperitoneo, se solicita TAC de abdomen que visualiza neumoperitoneo supramesocólico, obstrucción en asa cerrada en íleon con signos de sufrimiento de asas y perforación que pudiera ser secundaria a una hernia interna. También se ve una fractura del cuerpo vertebral L1.

Es llevado a quirófano. Se evidencia un ciego dilatado y volvulado, y en su cara anterior una pequeña perforación a través de la cual sale material fecaloideo. El apéndice ileocecal medía unos 16 cm y se encontraba adherido y estrangulando el ciego, siendo el causante de la volvulación y de la obstrucción (Figuras 1 y 2). Se realiza un cierre simple de la lesión y apendicectomía.

Es dado de alta a los 21 días tras cuadro de íleo paralítico que resuelve con tratamiento conservador.

Discusión: la estrangulación del apéndice sobre el ciego es una causa rara de obstrucción intestinal. Este caso además se acompaña de perforación intestinal, en la que pudiera estar relacionada también la caída sufrida por el paciente. El tratamiento es quirúrgico y conlleva la apendicectomía.



(CP070) Figura 2

Apéndice ileocecal.

CP072. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE CARCINOMA ESCAMOSO GIGANTE OVÁRICO EN UN HOSPITAL COMARCAL.

S. Roldán-Baños¹, J.Á. Flores-García¹, I. Fernández-Muñoz², A. Galnares Jiménez-Placer¹, J. Galván-Martín¹, J.R. Domínguez-Martínez¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Zafra Salud, Zafra. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Zafra Salud, Zafra.

Introducción: el teratoma, tumor de origen embrionario, tiene una forma benigna o madura (25% de tumores de ovario) y una maligna o inmadura.

El carcinoma ovárico de estirpe escamosa o espinocelular es poco frecuente y se puede clasificar como primario o secundario/metastásico, siendo el primer grupo más frecuente, en particular, derivado de un teratoma ovárico maduro que presenta transformación maligna de la estirpe escamosa (2% de casos).

Caso clínico: mujer de 78 años hipertensa y diabética, en estudio por anemia normocrítica hipocrómica, derivada por dolor abdominal, estreñimiento y anorexia de dos meses de evolución.

Presenta hemoglobina de 8 gr, hematocrito de 26% y sensación de masa hipogástrica movable.

En TAC se evidencia gran masa pélvica (165x156x185 mm) con componente sólido-líquido-graso, sugestiva de quiste dermoide/teratoma/teratocarcinoma sin poder precisar su órgano-dependencia, con posible sangrado previo en su interior.

Se procede a laparoscopia exploradora programada con tres trocares, encontrando tumor quístico gigante dependiente de ovario izquierdo, procediéndose a ooforectomía unilateral laparoscópica.

El estudio histológico revela carcinoma de células escamosas con extensa necrosis sobre teratoma (quiste dermoide) sin invasión capsular. La paciente es alta al tercer día postoperatorio sin complicaciones.

Discusión: el tratamiento cuando la enfermedad no se ha extendido más allá del ovario y la inmadurez no es prominente (grado I) consiste en la extirpación laparoscópica del tumor (como en el caso descrito). Cuando se han extendido y gran parte del tumor tiene aspecto inmaduro (grado II-III) se recomienda quimioterapia adyuvante.

Son factores de mal pronóstico edad avanzada, grado tumoral III, infiltración difusa del estroma y compromiso vascular.

CP073. BEZOAR SOBRE TUMOR CARCINOIDE DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

S. Roldán-Baños¹, J.Á. Flores-García¹, I. Fernández-Muñoz², A. Galnares Jiménez-Placer¹, J. Galván-Martín¹, J.R. Domínguez-Martínez¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Zafra Salud, Zafra. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Zafra Salud, Zafra.

Introducción: un bezoar es un conglomerado de materiales extraños parcialmente o no digeridos en el tubo digestivo. Su localización más común es estómago, siendo menos frecuente en intestino delgado, colon y recto.

El tumor carcinoide (derivado de células endocrinas de Kulchitsky) de delgado es pocas veces diagnosticado de forma temprana y sólo un 5% de estos pacientes presentan síndrome carcinoide.

La asociación tumor carcinoide de delgado y bezoar es infrecuente.

Caso clínico: mujer de 69 años con etilismo crónico que ingresa por cuadro obstructivo de delgado.

Se decide intervención quirúrgica urgente por mala evolución clínico-analítica pese a tratamiento conservador inicial.

La paciente es sometida a laparoscopia exploradora evidenciándose gran dilatación de asas de delgado hasta asa de íleon medio engrosada, congestiva y mayor consistencia en su pared, que provoca retracción del meso. Distalmente asas intestinales normales. Se decide conversión a minilaparotomía infraumbilical, comprobando asa afecta repleta de pequeñas partículas duras, resección con adecuados márgenes macroscópicos, linfadenectomía hasta raíz del meso y anastomosis latero-lateral isoperistáltica mecánica.

El estudio histológico revela asa de delgado de 40 cm de longitud

con cientos de semillas en su interior y zona estenótica con mucosa irregular y blanquecina de consistencia fibrosa. Compatible con bezoar sobre tumor carcinoide de bajo grado pT2 (unifocal, de 15 mm de diámetro, tasa de mitosis 1/10, invade muscular, pero no tejido adiposo subseroso, invasión linfovascular, márgenes quirúrgicos libres).

Discusión: aunque habitualmente los cuerpos extraños son eliminados con las heces, pueden causar obstrucción mecánica. La localización en intestino delgado infrecuentemente produce sintomatología de obstrucción intestinal (salvo que existan zonas estenóticas), pero requiere atención médica urgente.

Por ello, es conveniente sospechar una posible neoplasia ante estenosis secundarias a obstrucción intestinal de delgado tras ingestión de cuerpo extraño.

Es esencial un adecuado enfoque de cada caso concreto para no demorar el tratamiento y la aparición de complicaciones potenciales.

CP074. COMPLICACIÓN DURANTE COLOCACIÓN DE SONDA ENTERAL: NEUMOTÓRAX POR INTUBACIÓN BRONQUIAL.

S. Roldán-Baños¹, J.Á. Flores-García¹, I. Fernández-Muñoz², A. Galnares Jiménez-Placer¹, J. Galván-Martín¹, J.R. Domínguez-Martínez¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Zafra Salud, Zafra. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Zafra Salud, Zafra.

Introducción: la instalación de sondas nasointerales es un procedimiento frecuente en el paciente crítico, principalmente indicada para alimentación.

La colocación suele ser sencilla pero las complicaciones pueden ser fatales, como esofagitis, isquemia y necrosis de mucosa esofágica, perforación esofágica, neumotórax, hemotórax, neumonitis, atelectasias, intubación bronquial e insuficiencia respiratoria.

Caso clínico: varón de 49 años con antecedente de gastrectomía parcial por úlcus péptico, que acude a Urgencias por dolor epigástrico y hematemesis autolimitada, sin inestabilidad hemodinámica ni anemia.

Se procede a colocación de sonda nasogástrica y realización de lavados con suero fisiológico, produciéndose salida de escaso material hemático.

En radiografía urgente de control se evidencia sonda enteral mal posicionada en bronquio principal derecho y neumotórax derecho.

Se procede a recambio de la sonda enteral, colocación de catéter de drenaje pleural y nuevo control radiológico, comprobándose correcta colocación de la sonda, presencia de neumotórax y ausencia de condensaciones parenquimatosas pulmonares.

La evolución clínico-radiológica es favorable con antibioterapia de amplio espectro y fisioterapia respiratoria intensiva, siendo alta el séptimo día de ingreso tras retirada de catéter pleural y con adecuada tolerancia oral.

Discusión: la colocación de sondas enterales no está exenta de efectos adversos, tanto pulmonares como digestivos. La identificación

temprana de estas complicaciones y su adecuado manejo pueden evitar un desenlace fatal en el paciente crítico.

CP075. COMPLICACIÓN TARDÍA POST-HISTERECTOMÍA: EVISCERACIÓN ESTRANGULADA DE INTESTINO DELGADO TRANSVAGINAL.

S. Roldán-Baños¹, J.Á. Flores-García¹, I. Fernández-Muñoz², A. Galnares Jiménez-Placer³, J. Galván-Martín¹, J.R. Domínguez-Martínez¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Zafra Salud, Zafra. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Zafra Salud, Zafra. ³Servicio de Cirugía General. Zafra Salud, Zafra.

Introducción: la evisceración vaginal, complicación rara y poco conocida, más frecuente en mujeres postmenopáusicas y con cirugía vaginal previa (especialmente histerectomía vaginal, abdominal o laparoscópica, causando un acortamiento de los ligamentos redondos y anchos).

También puede darse en premenopáusicas por traumatismos, iatrogenia o introducción de cuerpos extraños.

Otros factores predisponentes son estado hipoestrogénico, mala técnica quirúrgica, infección o hematomas postquirúrgicos, coito antes de cicatrización completa, broncopatía, tabaquismo, edad avanzada, tratamiento crónico con corticosteroides y radioterapia.

El íleon distal es el órgano más frecuentemente eviscerado, aunque se han descrito casos de epiplón, apéndice, trompas de Falopio y quiste de ovario.

Caso clínico: mujer de 62 años, broncopata, intervenida el año previo de histerectomía transvaginal y doble plastia (anterior y posterior) por cistocele grado III, prolapso uterino de grado II y rectocele de grado II.

Refiere clínica sugestiva de prolapso de cúpula vaginal desde el postoperatorio inmediato y acude a urgencias con evisceración de intestino delgado, estrangulada, transvaginal.

La paciente es sometida a cirugía urgente con reducción vaginal del intestino estrangulado y laparotomía media infraumbilical evidenciándose la recuperación de la viabilidad intestinal, no precisando resección quirúrgica. Se realiza cierre de orificio vaginal y pexia de la misma al promontorio, cerrando el suelo pélvico peritoneal.

La evolución postoperatoria fue buena, con excelente continencia urinaria y fecal, sin eventración, sin cistocele y con leve rectocele grado I asintomático.

Discusión: la cirugía urgente es precisa para reducir el intestino eviscerado, eventual resección de asas desvitalizadas y reparación del defecto vaginal usando puntos de material no absorbible o malla de polipropileno. El abordaje quirúrgico combinado (vaginal y abdominal) es el más adecuado en caso de sospecha de isquemia intestinal.

El diagnóstico y tratamiento precoces son esenciales para evitar morbimortalidad asociada.

La realización de cirugías con técnica depurada y el tratamiento temprano de las disfunciones del suelo pélvico pueden evitar esta complicación.

CP076. COMPLICACIÓN TRAS ROTURA DE PRÓTESIS DE SILICONA MAMARIA.

S. Roldán-Baños¹, J.Á. Flores-García¹, I. Fernández-Muñoz², A. Galnares Jiménez-Placer¹, J. Galván-Martín¹, J.R. Domínguez-Martínez¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Zafra Salud, Zafra. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Zafra Salud, Zafra.

Introducción: la silicona es termoestable, puede esterilizarse y no se adhiere a tejidos. Su riesgo está en la posible migración que, en el caso de las prótesis, se produce por la rotura de la cápsula, extravasándose su contenido.

En 1965 se define siliconoma como reacción granulomatosa a cuerpo extraño producida por la silicona líquida en los tejidos y la fibrosis que rodea las gotas de silicona. Es frecuente la migración a axilas, pared abdominal, extremidades e incluso rodear al plexo braquial.

Caso clínico: mujer de 45 años con prótesis mamaria bilateral y posterior recambio hace 4 años por encapsulamiento y rotura, derivada desde Planificación Familiar para descartar rotura de prótesis de silicona.

En resonancia magnética nuclear (RMN) se evidencian prótesis mamarias bilaterales sin claros signos de rotura; en planos profundos de cuadrante súpero-externo (CSE) de mama izquierda pequeño nódulo de 14 mm de diámetro, sin hilio graso visible, hipointenso en T1 y T2 e hiperintenso en STIR, con realce periférico y curvas tipo 3 en estudio cinético; BIRADS 3 por sus características morfológicas, recomendando "second look" ecográfico.

En ecografía las prótesis muestran contorno regular sin evidencia de rotura intra ni extracapsular; en CSE de mama izquierda se evidencia siliconoma de 16 mm de eje sagital secundario a rotura de prótesis previa.

La paciente se encuentra asintomática con controles periódicos.

Discusión: para diagnosticar siliconomas se emplean RNM (técnica con buen rendimiento; en T1 inversion recovery se eliminan las señales provenientes de piel, celular subcutáneo, tejido mamario y agua, permaneciendo sólo la señal emitida por la silicona) y ecografía (contornos regulares ecogénicos con intenso refuerzo posterior denominado "signo de tormenta de nieve").

Descartar una neoplasia subyacente puede ser tarea difícil cuando no se cuenta con RMN. En estos casos, el diagnóstico definitivo sólo se obtiene con estudio histológico del área sospechosa, que en ocasiones requiere disección extensa.

CP077. SCHWANOMA SIMULANDO ADENOPATÍA AXILAR.

S. Roldán-Baños¹, J.Á. Flores-García¹, I. Fernández-Muñoz², A. Galnares Jiménez-Placer¹, J. Galván-Martín¹, J.R. Domínguez-Martínez¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Zafra Salud, Zafra. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Zafra Salud, Zafra.

Introducción: los tumores del plexo braquial son infrecuentes y sólo el 5% de los schwannomas benignos presentan localización axilar.

Debido a su rareza y ubicación anatómica compleja pueden plantear un desafío diagnóstico (confundiéndose con adenopatías, paragangliomas, angiomas, lipomas, neurofibromas, metástasis, neuroleiomiomas, etc.) y terapéutico.

Caso clínico: varón de 35 años que consulta por tumoración de consistencia dura axilar derecha, que produce dolor al movimiento del miembro superior derecho y le dificulta su actividad laboral.

Se palpa nódulo ovoideo indurado en axila derecha, adyacente a raíz de brazo derecho, móvil, sin alteraciones en piel.

En ecografía se describe una tumoración vascularizada de 23x14x20 mm, bien definida, que no impresiona de adenopatía, por lo que se somete cirugía reglada.

Se realiza incisión transversa sobre la tumoración, apertura por planos comprobando que depende del fascículo medial del plexo braquial, disección cuidadosa sin usar electrobisturí y extirpación en bloque de la misma evidenciando estructura nerviosa íntegra.

El resultado histológico revela formación blanquecino-amarillenta, elástica, de 2 cm de diámetro, homogénea y sin focos de necrosis ni hemorragia, compatible con schwannoma.

La evolución postoperatoria fue buena, sin déficit motor y con leve parestesia en antebrazo que mejora actualmente con rehabilitación.

Discusión: los schwannomas suelen ser solitarios, ovoides o fusiformes, bien encapsulados, de crecimiento lento, más frecuentes entre la tercera y cuarta décadas de la vida y pueden asociarse a neurofibromatosis tipo 2.

El dolor, parestesias y radiculopatía son los síntomas más frecuentes.

El diagnóstico, complejo, se basa en pruebas de imagen e histología, no debiendo realizarse biopsias (abiertas o por punción) por riesgo de lesión nerviosa y formación de adherencias.

El tratamiento consiste en la extirpación cuidadosa intentando preservar la función nerviosa, a veces incluso con monitorización neurofisiológica intraoperatoria.

En conclusión, en aquellos pacientes con tumoraciones axilares dolorosas, asociado o no a parestesias, debemos tener en cuenta la posibilidad de schwannoma.

CP078. ABORDAJE QUIRÚRGICO DEL CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES CON INFILTRACIÓN TRAQUEAL.

V. Pino-Díaz¹, J.L. López-Villalobos², J. Cuenca-Cuenca³, M. Pérez-Andrés¹, J.M. Martos-Martínez¹, F.J. Padillo-Ruiz¹

¹Departamento de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla. ²Departamento de Cirugía General. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla. ³Unidad de Cirugía General. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

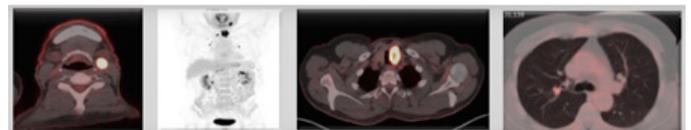
Introducción: la prevalencia de invasión del tracto aerodigestivo por el cáncer de tiroides es del 1-8%. La tráquea es un sitio común de invasión (35-60%) y se asocia con una supervivencia libre de enfermedad reducida y con un aumento de la mortalidad.

Caso clínico: varón de 53 años sin hábitos tóxicos ni antecedentes de radiación, que debuta con disfonía de 1 año y 6 meses de evolución, observando en la laringoscopia parálisis de cuerda vocal izquierda y a la exploración un nódulo pétreo cervical izquierdo. En la ecografía que evidencia una masa hipoecogénica de contornos mal definidos, microcalcificaciones y extensión extratiroidea, con una PAAF diagnóstica de carcinoma papilar de tiroides. Se realiza fibrobroncoscopia y PET-TAC donde se aprecia invasión traqueal, laríngea, del anillo cricoideo y adenopatía cervical en nivel III izquierdo junto con 3 lesiones subcentrímetricas pulmonares.

En intervención conjunta con Cirugía Torácica, con anestesia inicial con mascarilla laríngea y posterior traqueotomía e intubación intracampo, se somete a una tiroidectomía total junto con vaciamiento ganglionar central y laterocervical izquierdo, respetando el nervio recurrente derecho y paratiroides superior derecha. El nervio recurrente izquierdo se encuentra englobado en la tumoración que infiltra cricoides y los 4 primeros anillos traqueales. Se deja la pieza unida a la tráquea y se realiza apertura longitudinal de esta desde el borde inferior libre de infiltración hasta superar el anillo cricoideo para valoración exacta de la afectación.

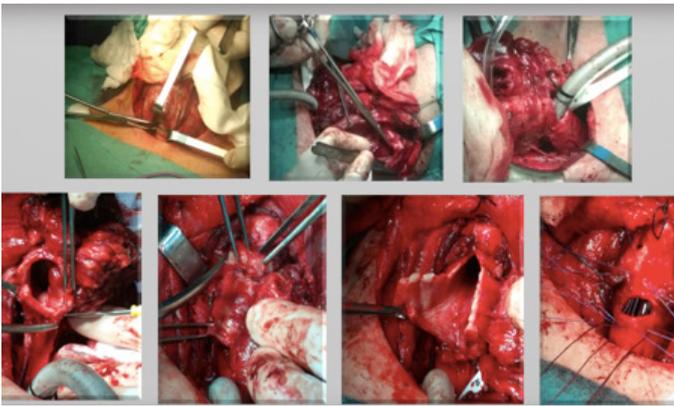
Se lleva a cabo una resección de tráquea proximal y dos tercios del anillo cricoideo llevando a cabo una reconstrucción con una anastomosis termino terminal con sutura continua posterior con Monocryl 4/0 y, previo paso a intubación orotraqueal, caras laterales y anteriores con puntos simples de Vicryl 4/0 (**Figuras 1 y 2**).

Discusión: la infiltración de la vía aérea por cáncer tiroideo es un reto quirúrgico y terapéutico, que puede realizarse con seguridad de forma multidisciplinar en centros de referencia con buenos resultados.



(CP078) Figura 1

Pruebas complementarias.



(CP078) Figura 2
Intervención quirúrgica.

CP079. ABORDAJE VIDEOTORACOSCÓPIO PARA EL TRATAMIENTO DE DIVERTÍCULOS ESOFÁGICOS.

M.Á. García-Martínez¹, J. Ramos-Sanfiel¹, A. Raya-Molina², A. Mansilla-Roselló¹, M.J. Álvarez-Martín¹, A. García-Navarro¹, T. Torres-Alcalá¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada. ²Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: los divertículos esofágicos se dividen según su localización en faringo-esofágicos, medioesofágicos y epifrénicos. En relación a su mecanismo fisiopatológico, se diferencia entre divertículos por tracción, debido a un proceso inflamatorio, y por pulsión, asociados a un trastorno de motilidad concomitante. Los divertículos medioesofágicos son pseudodivertículos por pulsión, siendo en su mayoría asintomáticos. Cuando ocasionan síntomas, la disfagia suele ser el más frecuente, siendo recomendado entonces tratamiento quirúrgico; éste consiste en resear el divertículo, tratar los trastornos motores y asociar un procedimiento antirreflujo. Las vías de acceso pueden ser torácicas o abdominales.

Caso clínico: varón de 60 años que acude a Urgencias por dificultades para la deglución, con sensación de nudo, regurgitaciones y dolor retroesternal. Se solicita TAC que informa de un nivel líquido en esófago, derivándose a consulta de Digestivo. Se realiza EDA, que aprecia a 30 cm de la arcada dentaria un gran divertículo con contenido alimenticio. Se presenta el caso en la unidad de esofagogastrica, completándose estudio con tránsito baritado esófago-gástrico. El paciente es intervenido, realizándose resección del divertículo a nivel del cuello y miotomía esofágica desde la zona del divertículo hasta la unión esofagogastrica. El postoperatorio cursa de manera favorable, siendo dado de alta al cuarto día y encontrándose asintomático 6 meses después de la Cirugía.

Discusión: hay autores que defienden la indicación quirúrgica incluso en los divertículos asintomáticos, basándose en la posibilidad de desarrollar complicaciones graves, como aspiraciones masivas; no obstante, la mayoría se inclina por la cirugía exclusivamente en los casos con síntomas severos. Sí hay consenso a la hora de decidir la estrategia quirúrgica: no se concibe una resección de divertículo sin tratar los trastornos motores esofágicos concomitantes mediante una miotomía más o menos ampliada, que puede completarse con

un procedimiento antirreflujo. Los resultados la cirugía son muy satisfactorios y conseguidos con una baja morbimortalidad.

CP080. TIROIDECTOMÍA PROFILÁCTICA EN PACIENTE PORTADOR DE LA MUTACIÓN DEL PROTOONCOGÉN RET.

M.Á. García-Martínez, M. Domínguez-Bastante, J. Ramos-Sanfiel, N. Muñoz-Pérez, T. Torres-Alcalá, J. Gómez-Sánchez, A. Ubiña-Martínez

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: la neoplasia endocrina múltiple tipo 2A de base hereditaria autosómica dominante, se caracteriza por la coexistencia de carcinoma medular de tiroides, feocromocitoma e hiperparatiroidismo. Su aparición está ligada a mutaciones del protooncogén RET (cromosoma 10). Dada la elevada frecuencia de metastatización del carcinoma medular de tiroides, es muy importante su detección y tratamiento precoces.

Caso clínico: varón de 4 años portador de mutación del protooncogén RET por antecedentes familiares de MEN2A: madre con adrenalectomía por feocromocitoma derecho e izquierdo y tiroidectomía total por carcinoma medular, hermana mayor intervenida de tiroidectomía total profiláctica con resultado positivo para células malignas. El paciente se encuentra asintomático, pero dados sus antecedentes, se presenta el caso y se decide tiroidectomía total con intención profiláctica. Se interviene, encontrando tiroides de tamaño y aspecto normal, se identifican ambas paratiroides superiores e inferior derecha, todas con aspecto viable, y ambos nervios recurrentes, sin lesión aparente. El postoperatorio cursa de manera favorable, siendo dado de alta al tercer día, con niveles adecuados de Ca, P y PTH. La AP reveló hiperplasia de células C bilateral con focos de microinvasión. El paciente se encuentra actualmente asintomático tras seis meses de la intervención, en seguimiento por parte de Endocrinología.

Discusión: el fin de la tiroidectomía profiláctica es la extirpación de la glándula antes que aparezca la enfermedad. En nuestro caso existía hiperplasia de células C, considerado estadio inicial del tumor para algunos autores. La detección y el tratamiento tempranos tienen un profundo impacto en la evolución clínica de estos pacientes, ya que la tiroidectomía total puede ser curativa si el carcinoma está circunscrito a la glándula tiroides e incluso puede evitar la aparición de la enfermedad si se extirpa de forma precoz. El procedimiento tiene una buena aceptación por parte profesionales y familiares dado que ofrece un tratamiento preventivo para una enfermedad potencialmente mortal.

CP081. VARÓN DIAGNOSTICADO DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE.

M.Á. García-Martínez, J. Ramos-Sanfiel, J. Gómez-Sánchez, A. Ubiña-Martínez, P. Torné-Poyatos, T. Torres-Alcalá

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: el cáncer de mama en el hombre es poco frecuente. Entre los factores de riesgo destacan: historia familiar, disfunción gonadal, hiperestrogenismo, obesidad e ingesta elevada de alcohol. El tipo histológico predominante es el ductal infiltrante. En la mayor parte de

los casos, se presenta con tumoración no dolorosa y retroareolar. La enfermedad en estadios avanzados ocurre en el 40% de los pacientes. Ante una lesión sospechosa, el primer método diagnóstico es la mamografía y la comprobación histológica es imprescindible. Una vez confirmado, se lleva a cabo el estudio de extensión. El tratamiento de elección es la mastectomía radical modificada de Maden. El manejo conservador no es apropiado por el escaso volumen la mama y el importante riesgo de progresión.

Caso clínico: varón de 85 años derivado por tumoración periareolar de 4 años de evolución. Refiere sangrado a través del pezón. Presenta masa periareolar derecha de 3x2 cm, blanda y sin signos de complicación. Se interviene realizándose exéresis de la lesión incluyendo el pezón con anatomía patológica de carcinoma ductal infiltrante grado 2 con márgenes libres. Se plantea en sesión multidisciplinar, decidiéndose, dada la edad del paciente y las características de la lesión (receptores de estrógenos y progestágenos positivos, HER2 negativo) tratamiento radioterápico con hormonoterapia. El paciente se encuentra en seguimiento actualmente por parte de Cirugía y Oncología, con pruebas de imagen libres de enfermedad.

Discusión: el cáncer de mama en hombres es infrecuente, por lo que el retraso en el diagnóstico es común. Es fundamental la sospecha clínica para garantizar el diagnóstico temprano y el manejo precoz, ya que el pronóstico se relaciona con el compromiso ganglionar y el tamaño tumoral. La mamografía deber ser la primera prueba a realizar, seguida de la biopsia. Además de la vigilancia clínica, estos pacientes se deben someter a consejo genético, mamografía anual y despistaje de cáncer, especialmente de próstata.

CP082. ABSCESO CERVICAL PROFUNDO IDIOPÁTICO TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA.

M. Díaz-Oteros¹, C. Medina-Achirica², J.C. Lístan-Álvarez¹, M.R. Domínguez-Reinado², C. Méndez-García¹, F.J. García-Molina¹

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera. ²UGC de Cirugía General. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Introducción: los abscesos cervicales profundos son secundarios a infecciones, principalmente de origen odontogénico y de vías aéreas superiores, que afectan con mayor frecuencia a pacientes con morbilidades asociadas. Suponen un reto diagnóstico y requieren instauración de un tratamiento rápido y adecuado para evitar sus potenciales complicaciones.

Caso clínico: paciente de 47 años con diabetes mellitus tipo II diagnosticada de neoplasia maligna de mama. Se inició tratamiento neoadyuvante, durante el cual sufrió un infarto agudo que precisó angioplastia con colocación de stent. Se pautó tratamiento antiagregante y se contraindicó intervención hasta transcurridos doce meses. Fue sometida a una mastectomía radical modificada derecha.

Al 15º día postoperatorio acudió a urgencias por odinofagia. Valorada por el otorrinolaringólogo no evidenciando lesión traqueal. La analítica mostró datos de sepsis. El TC cervical evidenció una colección compatible con absceso pretraqueal, en planos musculares, de región anterior del cuello. Por ello se indicó intervención urgente. Se realizó drenaje de absceso en celda tiroidea, sin poderse discernir origen del mismo, con toma de muestra para cultivo y biopsia de musculatura pretiroidea. El postoperatorio inmediato transcurrió en UCI. Se solicitó

valoración por endocrinología ante descompensación hiperglucémica y por el servicio de infecciones para ajuste de antibioterapia ante el aislamiento de flora polimicrobiana. La evolución fue satisfactoria, con alta al 13º día.

Discusión: los abscesos cervicales profundos son producidos por múltiples causas, pero hasta en un 20% de los casos se desconoce, como en el nuestro. Hay diversos factores de riesgos que favorecen su desarrollo, como la diabetes mellitus y la quimioterapia, ambos presentes en nuestra paciente. Producen tanto clínica sistémica (fiebre, leucocitosis, etc.) como local (disnea, estridor, odinofagia, etc.), siendo su complicación más temida la mediastinitis. El diagnóstico será clínico, siendo la TC cervical de elección. Se recomienda antibioterapia intravenosa de amplio espectro, al ser la flora bacteriana polimicrobiana, y el drenaje quirúrgico de las colecciones.

CP083. ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO.

M. Díaz-Oteros, M.R. Domínguez-Reinado, E. Escalera-Pérez, C. Medina-Achirica, S. Melero-Brenes, F.A. Mateo-Vallejo, F.J. García-Molina

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Introducción: el absceso hepático piógeno es una entidad clínica grave, si bien el diagnóstico precoz, la antibioterapia eficaz y el desarrollo de las técnicas de drenaje han permitido reducir las tasas de morbimortalidad.

Caso clínico: presentamos el caso de un paciente de 51 años ex adicto a drogas por vía parenteral, con hipertensión arterial y VHC. Acudió a urgencias por fiebre, malestar general y anorexia. En analítica se observó leucocitosis, neutrofilia, actividad de protombina 78%, PCR 231,80 mg/L, bilirrubina total 1,49 mg/dL, GGT 352 U/L y FA 267 U/L. Se le realizó una ecografía abdominal evidenciándose en el lóbulo caudado una imagen de 5x6 cm heterogénea hipoecogénica con focos anecogénicos compatible con absceso hepático; una TC de abdomen confirmó una lesión de 6 cm hipoecogénica en segmento III hepático de bordes lobulados, pared captante, sin gas en su interior, compatible con absceso hepático piógeno. El paciente presentó empeoramiento clínico: shock séptico con fracaso multiorgánico que requirió ingreso en UCI. Ante la evolución desfavorable se indicó cirugía urgente: laparotomía, drenaje del absceso hepático y colecistectomía reglada. En los cultivos se aisló *Streptococcus viridans*. Se pautó antibioterapia de amplio espectro. Las primeras 72 horas del postoperatorio transcurriendo en la UCI, sin eventos significativos. Fue dado de alta al 17º día postoperatorio.

Discusión: la mayoría de los abscesos hepáticos piógenos son secundarios a infecciones de la vía biliar o del tubo digestivo, aunque con mayor frecuencia tienen un origen criptogénico.

La ecografía y la TC de abdomen son las pruebas de elección, pues no es posible llegar al diagnóstico sólo con los datos clínicos y bioquímicos.

El tratamiento antibiótico empírico debe ser de amplio espectro, considerándose los agentes etiológicos más comunes (*Klebsiella* y *E. Coli*) y siendo la duración del mismo individualizada.

Las técnicas percutáneas, la aspiración y el drenaje, han relegado a un segundo plano el drenaje quirúrgico.

CP084. HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA POR NECROSIS TRAS NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA.

M. Díaz-Oteros, C. Medina-Achirica, E. Escalera-Pérez, M.R. Domínguez-Reinado, J.D. Franco-Osorio, F.J. García-Molina

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Introducción: la incidencia de la enfermedad litiasica urinaria está aumentando, sobre todo en los países industrializados. La nefrolitotomía percutánea es una técnica quirúrgica segura, siendo el tratamiento de elección para grandes litiasis renales. Existe una adaptación de la clasificación de Clavien-Dindo realizada por CROES para la gradación de sus complicaciones.

Caso clínico: paciente de 57 años intervenida por cálculos renales, realizándose nefrolitotomía percutánea con fragmentación de cálculos por ultrasonidos y colocación de doble J. A las 48 horas presentó taquicardia, disnea, desaturación y anemia, requiriendo ingreso en UCI. Se le realizó TC abdomen que evidenció neumoperitoneo y líquido libre, siendo intervenida de urgencias y drenándose una colección intraabdominal. Fue dada de alta al cuarto día postoperatorio.

Tras cuatro días del alta acude a urgencias por dolor abdominal, malestar, náuseas y fiebre. Presentaba leucocitosis, neutrofilia, y trombocitosis. Se realizó TAC abdomen que mostró colecciones intraabdominales. Fue valorada y se indicó intervención urgente. Se evidenció un hematoma abscesificado en Douglas, retrorectal, interasas y en meso de ángulo esplénico, necrosis del sigma y del ángulo esplénico. Se realizó drenaje del hematoma, hemicolectomía izquierda y colostomía temporal. Complicaciones postoperatorias: fístula pancreática, colecciones intraabdominales resueltas y absceso de pared tratado con curas locales. Fue dada de alta tras 35 días de ingreso. Se encuentra pendiente de intervención quirúrgica para reconstrucción del tránsito.

Discusión: la nefrolitotomía es una técnica mínimamente invasiva, no está exenta de complicaciones. Suele realizarse en posición prona, existiendo modificaciones posturales para intentar disminuir la morbilidad del procedimiento. Entre las posibles complicaciones se encuentran las lesiones arteriales y la perforación del colon. Es infundado que la lesión colónica aumente con la posición supina, si dándose con mayor frecuencia en el riñón izquierdo y si existe cirugía renal previa. Nuestra paciente presentó varias complicaciones siendo clasificadas como IVa y IIIb atendiendo a la clasificación de Clavien-Dindo modificada.

CP085. PERITONITIS FECALOIDEA POR PERFORACIÓN ESTERCORÁCEA EN PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO.

M. Díaz-Oteros, G. Salguero-Seguí, M.R. Domínguez-Reinado, C. Medina-Achirica, I. Rivero-Hernández, R. Escalera-Pérez, E. Gutiérrez-Cafranga, F.A. Mateo-Vallejo, F.J. García-Molina

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Introducción: la perforación estercorácea se define por los criterios de Maier:

1. Perforación redondeada, mayor al centímetro en el borde antimesentérico del colon.
2. Peritonitis fecalidea o heces asomando por la perforación.
3. Microscópicamente: necrosis por presión o úlcera crónica con reacción inflamatoria circundante.

El tratamiento suele ser quirúrgico pero la mortalidad es del 48% de los pacientes no sometidos a cirugía, y del 35% de los que se someten a ella.

Caso clínico: paciente de 23 años con estreñimiento crónico. En estudio previo ante sospecha de enfermedad de Hirschsprung abandonándolo voluntariamente.

Acudió a urgencias por presentar dolor abdominal, malestar general y empeoramiento de su estreñimiento. A las 48 horas acude nuevamente por empeoramiento, epigastralgia intensa y abuso de AINES. Presentaba leucocitosis, neutrofilia, y PCR 625 mg/L. En TAC abdomen se evidenció neumoperitoneo, líquido libre, colecciones intraabdominales y dilatación recto-sigmoidea. Ante ello se indicó intervención urgente evidenciándose perforación de unión recto-sigmoidea con peritonitis fecaloidea generalizada y múltiples colecciones. Se realizó una sigmoidectomía tipo Hartmann. El resultado anatomopatológico informaba de peritonitis aguda por perforación y conservación de plexos nerviosos. El postoperatorio transcurrió en UCI. Su evolución postoperatoria fue satisfactoria, siendo dada de alta tras 25 días. Está en seguimiento en consulta, para diagnóstico diferencial de la dilatación rectal y valoración de reconstrucción del tránsito.

Discusión: la perforación estercorácea es una causa rara de perforación intestinal (3%). Suelen ser en mayores de 70 años, estreñidos de años de evolución, pocas son en jóvenes, la mayoría por uso de drogas.

El diagnóstico es clínico-radiológico: dolor abdominal en paciente que impresiona de gravedad, y en pruebas de imagen aparecen fecalomas y neumoperitoneo.

El tratamiento debe ser precoz y agresivo, incluyendo medidas antibióticas, de soporte y cirugía temprana. La cirugía temprana debe incluir la resección del colon perforado y el afecto por úlceras estercoráceas, lavado del peritoneo y exteriorización del remanente colónico.

CP086. ANALISIS DE LAS CAUSAS DE FRACASO DEL RÉGIMEN DE CMA EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA.

R. Ortega-Higueruelo, F. Torres-Quesada, I. Martínez-Casas, D. Molina-Martínez, A.M. Arenas-Zafra, M.A. Madero-Morales, J.M. Capitán-Vallvey

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Introducción: la colecistectomía laparoscópica por colelitiasis en un procedimiento habitual y establecido en las unidades de cirugía mayor ambulatoria. Sin embargo, resulta complicado alcanzar tasas del 100% de ambulatorización. El objetivo de este estudio es analizar las causas de fracaso de CMA en una serie de colecistectomías laparoscópicas.

Material y métodos: análisis descriptivo retrospectivo de una base de datos prospectiva sobre las causas de fracaso en el régimen de CMA de Cirugía General y Digestiva en una serie de siete años (2009-2015). Para su análisis las causas de defecto en ambulatorización se han agrupado en 4 categorías según su momento (pre, intra o postoperatorias), el responsable: paciente, cirujano, anestesta o sistema.

Resultados: en el periodo de estudio se han intervenido 733 colecistectomías laparoscópicas en régimen de CMA y en 163 (24,24%) el régimen previsto ha fracasado. Los pacientes son mujeres en el 74% y tienen una edad media (\pm DE) de 54 ± 14 años (rango 20-87). En el 56% de ocasiones se decide la suspensión en el postoperatorio, seguida de decisión intraoperatoria (31% de los casos). Solo en el 17% de los casos es por cancelación de la intervención, siendo entonces el motivo más frecuente la existencia de algún problema médico que la impide. De un modo global, el cirujano es el responsable del 59% de salidas de protocolo, anestesia 29%, paciente 8% y sistema 4%. Sin embargo, el principal motivo individual de cancelación es la presencia de algún síntoma postoperatorio y en el 84% de estos casos de origen anestésico, seguida de la percepción intraoperatoria del cirujano de una cirugía compleja o necesidad de conversión.

Conclusiones: el cirujano (por la percepción de cirugía compleja o síntomas postoperatorios relacionados con la cirugía) es el principal responsable de las cancelaciones del proceso de CMA en colecistectomía laparoscópica, frente a los motivos relacionados con la anestesia o problemas organizativos.

CP087. QUISTE BRONCOGÉNICO GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

R. Ortega-Higueruelo, A.J. Pérez-Alonso, Á.X. Argote-Camacho, P.X. Machuca-Chiriboga, F.E. Majano-Giménez, R. Cobos-Cuesta, C.M. Ruiz-Martín, J.M. Capitán-Vallvey

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Introducción: el quiste broncogénico es una malformación congénita broncopulmonar. La mayoría son diagnosticadas en niños; en adultos tiene poca incidencia, cuya localización intratorácica pulmonar o mediastínica es la más frecuente; su hallazgo en la región intraperitoneal afectando la pared gástrica es excepcional. Habitualmente son asintomáticos, pero pueden presentar síntomas por compresión. Para el diagnóstico de esta lesión, la RM y la TC resultan imprescindibles. El tratamiento de estos quistes es quirúrgico, la exéresis completa del quiste es imprescindible.

Caso clínico: mujer de 43 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor localizado en epigastrio de dos días de evolución sin otra sintomatología. Dolor a la palpación en epigastrio sin signos de peritonismo. Analítica normal. TAC: lesión hipodensa en íntima relación con el segmento II hepático y unión esofagogástrica en el contorno de la curvatura menor, con discreta impronta sobre la luz aérea gástrica. Dicha lesión mide unos 38x33 mm. RM: lesión quística que se localiza en el saco menor, en íntima relación con el borde posteromedial del LHI, con la unión esofagogástrica. Endoscopia sin hallazgos de interés.

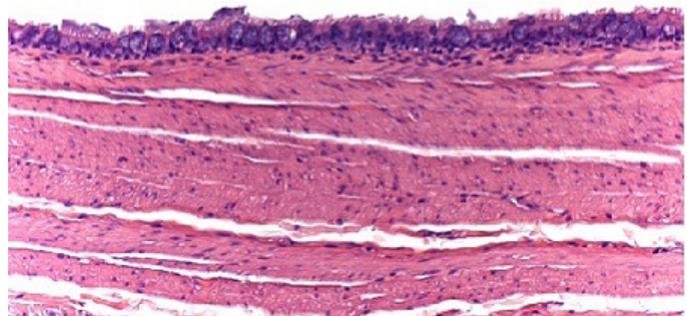
Se realiza laparotomía exploradora en la que se aprecia tumoración quística a nivel de la curvatura menor gástrica muy cerca de la unión esofagogástrica, no adherida a otras estructuras, por lo que se realiza

resección de la neoformación, con márgenes libres, sin incidencias. Anatomía Patológica: quiste broncogénico. Postoperatorio favorable, siendo dada de alta a los siete días de su ingreso (Figuras 1 y 2).

Discusión: el quiste broncogénico es una entidad muy poco frecuente de difícil diagnóstico y que puede simular múltiples lesiones desde benignas a malignas. El tratamiento es quirúrgico, ya sea para aliviar en caso de ser sintomáticos o por el raro riesgo de transformación maligna a adenocarcinoma o a carcinoma de células escamosas.



(CP087) Figura 1



(CP087) Figura 2

CP088. ANOMALÍAS ANATÓMICAS DE LA VÍA BILIAR: VESÍCULA BILIAR SINISTRA.

R. Domínguez-Reinado, S. Martín-Arroyo, M. Díaz-Oteros, E. Escalera-Pérez, F. Mateo-Vallejo, F. García-Molina

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Introducción: la vesícula sinestra se define como la vesícula situada a la izquierda del ligamento redondo. Es una anomalía poco frecuente (prevalencia del 0,3%) Puede aparecer en el contexto de: situs inversus, vesícula biliar ectópica a la izquierda del ligamento redondo y vesícula sinestra propiamente dicha. Suele asociarse a alteraciones del conducto cístico, los conductos hepáticos o la porta.

Caso clínico: paciente de 52 años con dolor en hipocondrio derecho, Murphy positivo, fiebre y leucocitosis; sin historia de cólicos biliares previos. Se le realiza ecografía abdominal, evidenciando distensión y edema de la vesícula biliar, con cálculo en infundíbulo.

Es diagnosticado de colecistitis aguda, decidiéndose colecistectomía laparoscópica. Durante la cirugía se evidencia que la vesícula biliar está a la izquierda del ligamento redondo. Se inicia la disección del triángulo de Calot para intentar visualizar conducto y arteria císticos, pero, tras una disección meticulosa que llega hasta la placa hilar, no se identifican ambas estructuras, y sí un conducto hepático derecho, por lo que se decide conversión. Al seguir sin identificar estas estructuras, se procede a colecistectomía parcial retrógrada. El postoperatorio fue correcto, siendo dado de alta al quinto día.

Discusión: existen dos tipos de mal posición de la vesícula biliar: la posición medial, en la que la vesícula está en el lecho del segmento IV pero a la derecha del ligamento redondo y la posición sinistra, en la que la vesícula está en el lecho del segmento III, a la izquierda del ligamento redondo.

El conducto cístico, puede drenar a ambos lados del conducto hepático común o directamente al conducto hepático izquierdo. La arteria cística cruzará por delante del conducto hepático común.

Es necesario identificar correctamente el conducto y la arteria císticos para evitar lesionar la vía biliar. Si no se pudiese, se realiza colangiografía, y si ésta no es posible, se debe convertir a cirugía abierta.

CP089. PACIENTE CON ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW QUE DESARROLLA CRISIS TIROTÓXICA.

M.R. Domínguez-Reinado¹, M. Díaz-Oteros¹, G. Salguero-Seguí¹, C. Medina-Achirica¹, E. Gutiérrez-Cafranga¹, F.A. Mateo-Vallejo², F.J. García-Molina¹

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera. ²UGC de Cirugía General. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Introducción: la crisis tirotóxica se define como una manifestación extrema de hipertiroidismo. Es la tercera urgencia endocrinológica en frecuencia. Suele aparecer en pacientes adultos con enfermedad de Graves-Basedow, siendo más frecuente en mujeres.

Afecta al 1% de pacientes con hipertiroidismo y tiene una mortalidad es del 20-30%.

Los factores desencadenantes más frecuentes son cirugía, traumatismos, infecciones o fármacos, hasta en el 50% de los casos no se encuentra causa.

El diagnóstico es clínico (criterios de Burch). El tratamiento suele ser a cargo de UCI, incluyendo betabloqueantes y esteroides antitiroideos.

Caso clínico: presentamos el caso de un paciente de 23 años con enfermedad de Graves-Basedow, con abandono voluntario de tratamiento antitiroideo.

Acudió a urgencias por fiebre, taquicardia, intranquilidad y temblor. Refería desde hacía 2 semanas astenia, pérdida ponderal, palpitaciones e insomnio. Se solicitó perfil tiroideo y ECG que mostró

una taquicardia supraventricular. Se inició terapia de bloqueo tiroideo. Fue trasladado a UCI. A su llegada se sacaron hemocultivos y se añadió al tratamiento lugol y corticoides. En los hemocultivos se objetivó *Campylobacter jejuni*. El TC cervical mostró tiroides aumentado de tamaño, heterogéneo e hipervascularizado. Al alta presentaba normalización de hormonas tiroideas. El tratamiento fue carbimazol, Lugol, propanolol y corticoides. Ha sido intervenido recientemente (tiroidectomía total).

Discusión: la crisis tirotóxica es una situación grave, de mortalidad elevada.

En nuestro caso se presuponen dos factores desencadenantes: el abandono prolongado del tratamiento asociado a una bacteriemia.

El manejo fue en UCI para el control de la sintomatología que presentaba el paciente; siendo las manifestaciones cardiológicas las más frecuentes (palpitaciones, taquicardias, etc.).

Se trata de una emergencia médica, y gravedad y el pronóstico no están asociados a los valores de hormona tiroidea.

El tratamiento es complejo, y tras su inicio la mejoría debería notarse a las 12-24 horas. El retraso del mismo aumenta la mortalidad del proceso.

CP090. APENDICITIS AGUDA COMO RARA MANIFESTACIÓN DE COMPLICACIÓN POR INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS.

B. Cantarero-Jiménez¹, A. Selfa-Muñoz², S. Calzado-Baeza¹, M. Maes-Carballo¹, I. Plata-Pérez¹, P. Robayo-Soto¹, F. Herrera-Fernández¹

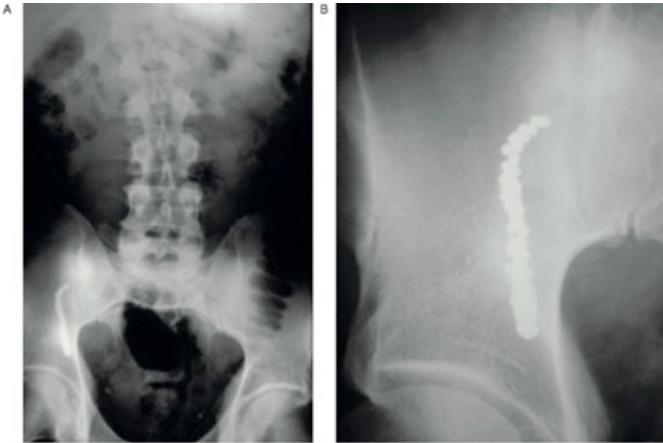
¹Departamento de Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril. ²Sección de Aparato Digestivo. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril.

Introducción: la apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, con una incidencia media del 8%. Su diagnóstico es clínico, basándose en la anamnesis y exploración física. Por otra parte, la presencia de cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal raramente produce complicaciones y su presencia en el apéndice vermiforme es excepcional.

Caso clínico: varón de 38 años que acude a urgencias por náuseas, vómitos, fiebre termometrada y dolor en fosa iliaca derecha. La exploración abdominal revela dolor a la palpación a nivel de fosa iliaca derecha y peritonismo. En analítica sanguínea destacaba una leucocitosis con desviación a la izquierda. Se solicitó una radiografía simple de abdomen, con imagen a nivel de fosa iliaca derecha que sugería la administración previa de contraste baritado, que el paciente niega. Al observar detenidamente la placa, la imagen parece compatible con la presencia de numerosos perdigones, confirmando al paciente este hallazgo ya que comía piezas de caza con frecuencia (**Figura 1**).

Discusión: habitualmente la ingestión de cuerpos extraños no suele ocasionar problemas, ya que completan el recorrido por el trayecto intestinal sin incidencias en la mayoría de los casos. Si bien la presencia de un cuerpo extraño dentro de la luz del apéndice es de observación poco frecuente, existen publicaciones que lo avalan como factor etiológico de la apendicitis aguda. Los cuerpos extraños reseñados en la bibliografía son muy diversos y variados, tanto en su naturaleza como en su forma y tamaño: semillas de frutas, acumulación de

sustancias baritadas, parásitos, objetos metálicos pequeños (fresas odontológicas, agujas, perdigones, bolitas, etc.). El diagnóstico temprano es vital para evitar las complicaciones, ya que la demora en la intervención quirúrgica origina una mayor morbimortalidad. El paciente fue intervenido sin incidencias y con postoperatorio favorable. Posteriormente la pieza de la apendicectomía demostró la presencia de perdigones.



(CP090) Figura 1
Apendicitis. Perdigones.

CP091. CÁPSULA ENDOSCÓPICA ENCLAVADA EN INTESTINO DELGADO.

B. Cantarero-Jiménez, M. Maes-Carballo, I. Plata-Pérez, P. Robayo-Soto, S. Calzado-Baeza, P. Vázquez-Barros

Departamento de Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril.

Introducción: la cápsula endoscópica (CE) es una técnica diagnóstica no invasiva que consiste en la filmación del intestino delgado mediante una micro cámara de vídeo que se traga como un comprimido, y a la que denominamos concretamente cápsula. Está indicada en aquellos pacientes que presentan hemorragia de origen digestivo sin poder identificar la causa con otros métodos bien establecidos para estudiar el tramo digestivo superior y el colon. También se puede utilizar en algunos pacientes con enfermedad inflamatoria y poliposis intestinal.

Caso clínico: paciente de 58 años intervenida previamente de cirugía bariátrica, realizándose una gastroplastia vertical anillada, en estudio por rectorragias abundantes con estudio de EDA y colonoscopia negativo. Se le introdujo una cápsula endoscópica hace 8 meses y desde entonces permanece enclavada en intestino delgado sin poder expulsarla, se puede observar en radiografías de abdomen simple. Se remite a nuestro servicio para extracción de CE. En quirófano se confirma CE enclavada en zona de anastomosis de intervención previa, realizándole una reconstrucción de la "Y" intestinal y una nueva anastomosis transversa para evitar estenosis, extrayéndola con éxito. En el postoperatorio, presentó nuevo episodio de rectorragia abundante, que precisó transfusión. Fue dada de alta y remitida a Digestivo para continuar estudio.

Discusión: la principal contraindicación para realizar la CE es la estenosis o estrechez por una enfermedad o cirugía abdominal previa. En muchos casos no se puede detectar ni con estudios radiológicos, pero cuando existe una alta sospecha, se puede administrar previamente a manera de prueba una cápsula de patencia. Es una

cápsula degradable que, si se detiene en su camino, se deshace en unas horas, asegurando la permeabilidad del intestino delgado. Para considerarse que tras la cápsula de patencia se puede administrar la normal, la primera debe eliminarse íntegra, contraindicando el estudio con la cápsula endoscópica si se elimina deformada.

CP092. HERNIA DE AMYAND.

B. Cantarero-Jiménez, M. Maes-Carballo, P. Robayo-Soto, I. Plata-Pérez, S. Calzado-Baeza, M. Martín-Díaz

Departamento de Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril.

Introducción: se define como hernia de Amyand (HA) al hallazgo del apéndice cecal, con inflamación o no, en el saco de una hernia inguinal. Es una patología inusual, que aparece aproximadamente en el 0,5-1% de todas las hernioplastias en adultos. Es más frecuente en varones adultos y niños. El diagnóstico preoperatorio es difícil, normalmente se realiza en la sala de operaciones. Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentra el infarto epiplóico, la hernia de Richter, la adenitis inguinal y la epididimitis, entre otros.

Caso clínico: varón de 47 años sin antecedentes que acude de forma programada para intervención de hernia inguinal derecha. Refería tumoración inguinal sin dolor abdominal ni otra sintomatología. Durante la intervención se evidencia dentro de saco herniario apéndice cecal sin signos de inflamación. Se decide realizar una hernioplastia según la técnica de Rutkow-Robbins. La reducción del contenido herniario se realizó sin apendicectomía. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y fue dado de alta a las 24 horas.

Discusión: la HA no presenta signos o síntomas específicos. Habitualmente se manifiesta como una hernia inguinal derecha irreductible y, en casos no complicados como el nuestro, asintomático. Cuando se asocia a apendicitis aguda, los síntomas típicos suelen estar ausentes y puede presentarse con dolor y distensión abdominal, junto con náuseas y vómitos en el caso de hernias encarceradas. Con frecuencia el diagnóstico es tardío, debido al «secuestro» del proceso inflamatorio dentro del saco.

No existe un tratamiento estándar para la HA debido a su infrecuencia. Algunos autores defienden una apendicectomía profiláctica, con una disminución de la morbimortalidad posterior y de los costos sin aumentar el riesgo quirúrgico ni anestésico, mientras otros prefieren sin no existe apendicitis realizar una cirugía limpia como la hernioplastia inguinal protésica.

CP093. BLACK ADENOMA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL.

A. Senent-Boza, V. Camacho-Marente, J.M. Martos-Martínez, P. García-Muñoz, V. Pino-Díaz, F.J. Padillo-Ruiz

Sección de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: el black adenoma es un tumor raro de la glándula suprarrenal que se relaciona en ocasiones con el Sd. de Cushing o el Sd. de Conn. Presentamos el caso de una paciente de 45 años intervenida en nuestra unidad por hiperaldosteronismo primario donde el análisis anatomopatológico informó de la presencia de un black adenoma.

Caso clínico: mujer de 45 años, con antecedentes personales de HTA, que acude a urgencias por cuadro de edemas generalizados e hiponatremia. Es ingresada en nefrología donde realizan una TAC abdominal que describe la existencia de una lesión adrenal izquierda de 1,2 cm derivando a la paciente a endocrinología para estudio. Durante el seguimiento por su parte en consultas se detecta un incremento del cociente aldosterona/ARP como único hallazgo remitiendo a la paciente a nuestra unidad. De forma ambulatoria se realiza RNM que certifica la existencia de una neoformación adrenal izquierda de 15 mm isointensa compatible con adenoma y se indica cirugía. Se interviene quirúrgicamente realizándose una suprarrenalectomía izquierda laparoscópica sin incidencias destacables, siendo la paciente alta a las 48 horas. El análisis histológico reveló la presencia de un adenoma cortical pigmentado o “black adenoma” de 1,5 cm de diámetro mayor y acúmulos de lipofucsina intracitoplasmáticos. El seguimiento en consultas externas fue favorable con normalización analítica y buen control tensional.

Discusión: los adenomas pigmentados o “black adenomas” son tumores infrecuentes descritos por primera vez en la literatura por Baker en 1938. Inicialmente se consideraron tumores no funcionantes documentados principalmente en estudios de autopsias, aunque posteriormente se han relacionado con síndromes de hiperfuncionalidad hormonal como el Sd. de Cushing o el Sd. de Conn. Se trata de una neoplasia benigna de apariencia café oscura o negra con poco contenido lipídico y depósitos de lipofucsina. El tratamiento quirúrgico presenta buenos resultados y la resolución del cuadro en la mayoría de los casos.

CP094. CISTADENOCARCINOMA MUCINOSO DE PÁNCREAS. MANEJO DE UNA NEOPLASIA INFRECIENTE.

M. Maes-Carballo, I. Plata-Pérez, S. Calzado-Baeza, P. Robayo-Soto, B. Cantarero-Jiménez, M. Martín-Díaz

Sección de Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril.

Introducción: la neoplasia quística mucinosa de páncreas representa el 1% de los tumores pancreáticos.

Su diagnóstico es difícil ya que tiene una clínica inespecífica y además puede ser confundido radiológicamente con un pseudoquistes.

Se clasifica en tres subgrupos (de mayor a menor benignidad): cistadenoma mucinoso, neoplasia quística mucinosa proliferativa no invasiva y cistadenocarcinoma mucinoso.

Se presenta el caso de un paciente diagnosticado de cistadenocarcinoma mucinoso de páncreas.

Caso clínico: paciente varón de 67 años en estudio por síndrome constitucional. Exploración: regular estado general y molestia a palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo. Analítica: PCR: 210 mg/L; amilasa: 170 U/L, Ca 19,9: 430 mg/dL.

TC abdominal: neoplasia quístico-mucinoso en cuerpo y cola pancreática de 15x10x11 cm con infiltración gástrica, primera asa yeyunal y ángulo esplénico colónico y que contacta con vena mesentérica superior.

Eco-endoscopia: masa pancreática heterogénea mal definida y adenopatías en tronco celíaco extrayendo citología con riesgo de malignidad del 74%.

Se realiza pancreatomectomía córporo-caudal con esplenectomía y gastrectomía total con pie de asa entre tercera porción duodenal y segunda asa yeyunal, resección de primera asa yeyunal y resección segmentaria de ángulo esplénico con anastomosis término-terminal.

Anatomía Patológica: “Cistoadenocarcinoma mucinoso”.

Discusión: el cáncer de páncreas presenta clínica inespecífica y tardía y un pronóstico infausto. La neoplasia quística mucinosa de páncreas presenta un mejor pronóstico (supervivencia a cinco años mayor del 50%) que un adenocarcinoma ductal clásico (menor del 10%).

El diagnóstico se realiza mediante TC (gold standard para la detección y estadificación). La ecoendoscopia es de utilidad en caso de diagnóstica o en la estadificación.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. La técnica a emplear está determinada por la localización y naturaleza tumoral. Alternativas son: duodenopancreatectomía cefálica, pancreatomectomía total o distal, pancreatomectomía segmentaria o enucleaciones (esta última sólo si la lesión es benigna).

CP095. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO COMPLICACIÓN DE PATOLOGÍA BILIAR: EL ÍLEO BILIAR.

M. Maes-Carballo, P. Robayo-Soto, B. Cantarero-Jiménez, I. Plata-Pérez, S. Calzado-Baeza, F. Herrera-Fernández.

Sección Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril.

Introducción: el íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal mecánica originada por la impactación intraluminal de una litiasis biliar en el tubo digestivo secundaria a una fístula bilioentérica. Representa el 1-3% de las obstrucciones de intestino delgado y menos del 0.5% de las complicaciones de coledocistitis. El tratamiento es quirúrgico, pero existe controversia sobre qué técnica es la más acertada.

Caso clínico: análisis retrospectivo de casos de íleo biliar comprendidos entre 2010 y 2016 intervenidos en el Hospital Básico Santa Ana de Motril. Presentamos 8 casos de mujeres entre 70 y 81 años que acuden por cuadro de obstrucción intestinal con diagnóstico mediante radiografía simple y TC abdominal de íleo biliar. El tratamiento fue quirúrgico en la totalidad de los casos.

Síntomas: dolor abdominal tipo cólico y vómitos. Analítica: Leucocitosis con neutrofilia. Radiografía simple y TC abdominal: Aerobilia con imagen cálcica yeyunal (62,5% de casos), ileal (25%) o duodenal (12,5%).

La técnica quirúrgica empleada fue “enterolitotomía” en seis casos, un caso “resección intestinal” y un último “enterolitotomía y colecistectomía”. Una paciente falleció en el postoperatorio por shock séptico, dos casos presentaron íleo parálisis prolongados y un caso infección de la herida operatoria.

Discusión: el tratamiento quirúrgico consiste en resolver la obstrucción intestinal mediante la extracción del cálculo por enterotomía, añadiendo una resección intestinal en caso de no viabilidad del asa.

El tratamiento de elección debe ser la “enterolitotomía” exclusivamente ya que es el procedimiento con menor tasa de complicaciones y menor estancia hospitalaria. Si las condiciones del paciente lo permiten, algunos autores recomiendan “enterolitotomía”, “colecistectomía” y “resolución de la fístula colecisto-duodenal” ya que reduce la necesidad de reintervenciones y de complicaciones relacionadas con la persistencia de la fístula (recurrencia del íleo biliar, colecistitis o colangitis). No obstante, las últimas revisiones afirman que la enterolitotomía es la mejor herramienta terapéutica.

CP096. DISFAGIA PROGRESIVA EN VARÓN JOVEN. PRESENTACIÓN DE UN CASO DE DIVERTÍCULO DE ZENKER.

J. Gómez-Sánchez, J. Rubio-López, M. Alcaide-Lucena, J.A. Ubiña-Martínez, A.L. Romera-López, M. López-Cantarero Ballesteros

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: el divertículo de Zenker es un divertículo por pulsión a nivel de la unión faringoesofágica, por encima del musculo cricofaríngeo, originado por un trastorno funcional de dicho musculo. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son disfagia, regurgitación y sialorrea, constituyendo una patología poco frecuente, aunque la más representativa dentro de los divertículos esofágicos.

Se describe caso de varón joven diagnosticado de Divertículo de Zenker, para identificar su clínica, pronóstico, opciones terapéuticas y revisión de la literatura actual.

Caso clínico: varón de 29 años de edad estudiado en Otorrinolaringología por presentar parestesias faríngeas, regurgitación nocturna y sensación de cuerpo extraño en orofaringe, asociando a disfagia progresiva a sólidos. Se realiza Transito baritado observando una formación trilobulada en región faringoesofágica, compatible con Divertículo de Zenker. Se descarta reflujo gastroesofágico o hernia de hiato.

Mediante abordaje laterocervical izquierdo se procede a la disección del divertículo para posteriormente realizar una miotomía del musculo cricofaríngeo de aproximadamente 2,5 cm de longitud. Se reseca el divertículo con endograpadora mecánica, una vez calibrado el esófago con sonda de Fouché (**Figuras 1-3**).

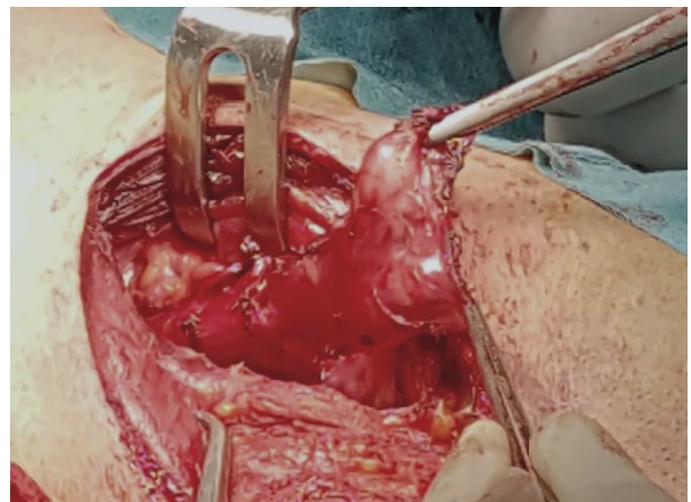
Discusión: la particularidad de nuestro caso reside en la edad de aparición, ya que, al considerarse un proceso adquirido, se presenta frecuentemente a edades superiores (por encima de 50 años). Por otro lado, la morfología trilobulada del propio divertículo, lo que dificulta un abordaje endoscópico.

El divertículo de Zenker es una entidad que puede condicionar patologías potencialmente graves, por lo que debe incluirse en todo diagnóstico diferencial de ERGE, hernia de Hiato, o enfermedades motoras del esófago tales como Acalasia. Se debe tratar todo divertículo de Zenker sintomático, bien mediante un abordaje endoscópico, realizando una diverticulotomía, o bien por abordaje



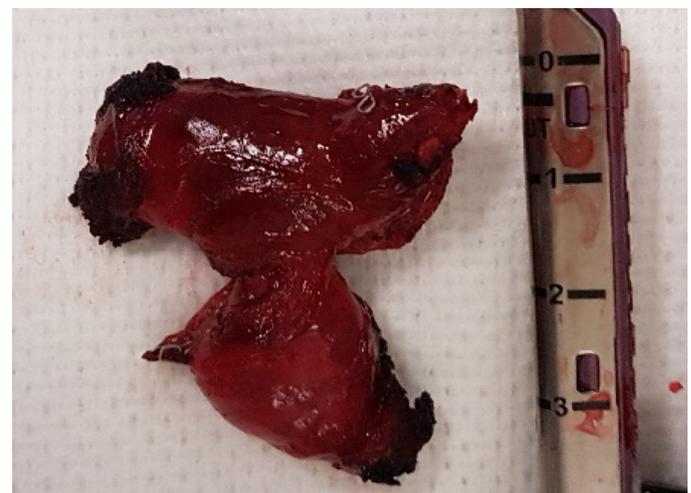
(CP096) Figura 1

Zenker prueba.



(CP096) Figura 2

Zenker intraoperatorio.



(CP096) Figura 3

Zenker pieza.

abierto, donde la miotomía del musculo cricofaríngeo asociada a diverticulectomía, es la técnica más empleada, cuya eficacia reside en la propia miotomía, aumentando las recidivas cuando esta no se realiza.

CP097. NEUMOPERITONEO SECUNDARIO A VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTE CON SHOCK SÉPTICO DE ORIGEN DESCONOCIDO TRAS CIRUGÍA CARDÍACA.

J. Gómez-Sánchez, N. Sarabia-Valverde, M. Domínguez-Bastante, F. Huertas-Peña, T. Torres-Alcalá

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: el neumoperitoneo se define como la presencia de aire libre a nivel abdominal, siendo la causa más frecuente la intervención previa o bien la perforación de una víscera hueca. Existen, sin embargo, otras causas de neumoperitoneo, entre las que se encuentran las de origen torácico, secundarias a la ventilación mecánica, que deben tenerse en cuenta ante la presencia de neumoperitoneo.

Caso clínico: varón de 58 años de edad, diagnosticado de estenosis aórtica severa y miocardiopatía hipertrófica obstructiva, que se interviene de forma programada sustituyendo la válvula aortica nativa por prótesis metálica.

Durante el postoperatorio presenta shock séptico sin foco aparente, con fallo hepático y renal severo, refractario a drogas vasoactivas y antibioterapia. El ecocardiograma transesofágico descarta endocarditis y los hemocultivos y urocultivos son negativos.

A los 11 días postoperatorios, presenta heces melénicas y rectorragia decidiéndose realizar TAC toracoabdominal informado como pequeño neumomediastino postquirúrgico y neumotórax derecho en escasa cuantía. Abdominalmente presenta neumoperitoneo abundante sin identificarse origen intestinal del mismo, probablemente secundario a ventilación mecánica.

Dada la situación de extrema gravedad y la ausencia de foco objetivado responsable del shock séptico se decide realizar laparotomía exploradora. No se objetiva perforación a nivel intestinal o gástrico, hallando signos generalizados de hipoperfusión visceral, probablemente secundario al uso de vasoactivos (Figura 1).



(CP097) Figura 1

Neumoperitoneo.

CP098. DIVERTICULITIS AGUDA APENDICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

R. Cobos-Cuesta, R. Molina-Barea, R. Ortega-Higueruelo, P. Machuca-Chirigoba, F.E. Majano-Giménez, C.M. Ruiz-Martín, J.M. Capitán-Vallvey

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Introducción: la diverticulitis apendicular es un cuadro clínico con muy poca incidencia que suele presentar la misma clínica que la apendicitis aguda, siendo un hallazgo fortuito tras apendicectomía. En otras ocasiones, la sintomatología es menos clara y esto conlleva un retraso en el diagnóstico y por tanto un posible aumento de las complicaciones. En algunos estudios hablan de una posible asociación con neoplasias.

Como en toda sospecha de apendicitis, la ecografía es la técnica diagnóstica de elección en la que se suelen ver hallazgos que sugieren inflamación apendicular, siendo rara la visualización de divertículos en el apéndice.

El tratamiento es quirúrgico en aquellos casos que provoquen síntomas. En casos asintomáticos, si se confirma diagnóstico con pruebas de imagen se debe recomendar apendicectomía profiláctica ya que tienen mayor riesgo de complicación y de aparición de neoplasias que apéndices normales.

Caso clínico: mujer de 58 años que acude a urgencias por dolor en hemiabdomen inferior de 24 horas, sin fiebre ni vómitos. Sin antecedentes de interés. Abdomen con dolor a la palpación en FID y Blumberg+. Analítica: leucocitos 17.640; PCR 76,2. La ecografía informa de hallazgos ecográficos que sugieren proceso inflamatorio apendicular agudo probablemente perforado.

Mediante incisión de McBurney se observa apéndice gangrenosa retrocecal con absceso en FID. Se realiza apendicectomía y colocación de drenaje sin incidencias.

El postoperatorio ocurre sin complicaciones y es dada de alta en el 3º día postoperatorio. Anatomía Patológica: diverticulitis aguda apendicular.

Discusión: la diverticulitis apendicular es un proceso muy poco frecuente que en la mayoría de ocasiones se diagnostica de forma postoperatoria tras realización de apendicectomía urgente por sospecha de apendicitis aguda. En casos asintomáticos, se podría realizar apendicectomía profiláctica debido al mayor riesgo de complicaciones o la aparición de neoplasias apendiculares.

CP099. ESPLENECTOMÍA: CLAVES Y ASPECTOS TÉCNICOS DEL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO.

S. Ercoreca-Tejada, J. Triguero-Cabrera, A. García-Jiménez, M.J. Álvarez-Martín, A. Mansilla-Roselló, A. García-Navarro, J.T. Torres-Alcalá

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

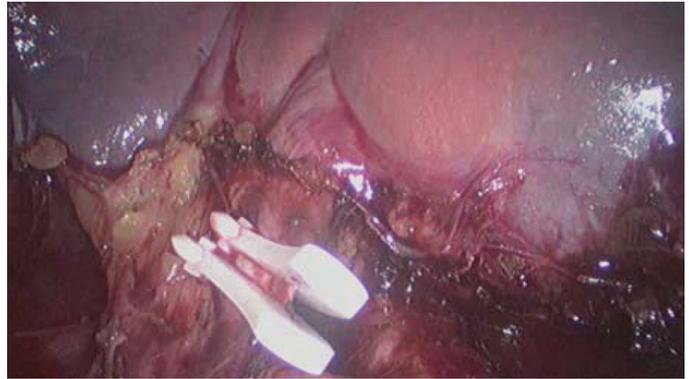
Introducción: la esplenectomía laparoscópica (EL) es una técnica quirúrgica indicada para el tratamiento de patologías como las

enfermedades hematológicas benignas con esplenomegalia y refractarias al tratamiento médico, linfomas Hodgkin, tumores quísticos del bazo o hiperesplenismo sin causa evidente.

Caso clínico: varón de 27 años diagnosticado de púrpura trombótica idiopática refractaria al tratamiento con prednisona, dexametasona y romiplostin. En seguimiento por hematología por cifras de plaquetas de hasta 38.000 en los últimos controles analíticos. El TAC de abdomen mostró un bazo de 16 cm de diámetro craneocaudal, sin evidencia de bazos accesorios y con aumento progresivo de tamaño en los dos últimos años.

Se decidió intervención quirúrgica, realizándose esplenectomía mediante abordaje laparoscópico. El paciente se colocó en decúbito lateral derecho, con utilización de 4 trocares. El primer paso fue la liberación del polo inferior esplénico mediante sección del ligamento esplenocólico con gancho electrocoagulador. Posteriormente se seccionó el ligamento gastroesplénico y se realizó el control de los vasos cortos mediante sellado vascular con Ligasure. Seguidamente se realizó la sección del ligamento esplenopancreático y la disección del hilio esplénico, ligando las ramas polares de la arteria esplénica con Hemolocks. Finalmente se liberaron las adherencias diafragmáticas y se introdujo el bazo en una bolsa colectora. Se realizó fragmentación del mismo para facilitar la extracción de la pieza y se envió para realización de estudio anatomopatológico diferido con resultado benigno.

Tras la intervención, el paciente evolucionó de forma favorable, siendo dado de alta al cuarto día postoperatorio. Las cifras plaquetarias se normalizaron, permitiendo la retirada del tratamiento médico (Figuras 1-6).



(CP099) Figura 3

Colocación de hemolocks en pedículo vascular.



(CP099) Figura 4

Colocación de hemolocks en pedículo vascular, visión general.



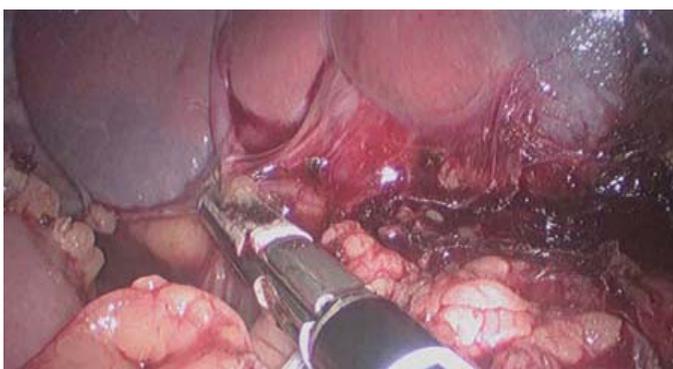
(CP099) Figura 1

Visión de la cavidad abdominal: bazo y ángulo esplénico del colon.



(CP099) Figura 5

Bazo isquémico tras la ligadura de los vasos.



(CP099) Figura 2

Disección de adherencias del bazo.



(CP099) Figura 6

Introducción de la pieza en bolsa colectora para su posterior fragmentación y extracción.

Discusión: la EL constituye el “gold standard” en el tratamiento de la patología benigna del bazo. Frente a la cirugía abierta, ofrece ventajas como una recuperación postoperatoria más temprana, menor estancia hospitalaria, menor dolor postoperatorio, menor morbimortalidad y mejor resultado estético. Su principal limitación, el tamaño esplénico.

CP100. HDA POR LINFOMA BURKITT INTESTINAL.

E. Escalera-Pérez, M.J. Jiménez-Vaquero, F. Cárdenas-Cauqui, M. Díaz-Oteros, C. Medina-Achirica, F. Mateo-Vallejo, F.J. García-Molina

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Introducción: la intususcepción intestinal es rara en adultos. Sus manifestaciones clínicas son variadas e inespecíficas. A veces es necesaria una alta sospecha para llegar al diagnóstico. Entre los tumores malignos invaginantes de intestino delgado se encuentran los linfomas de Burkitt.

Caso clínico: mujer de 54 años sin AP de interés, ingresada en Digestivo HDA. Pruebas complementarias: Gastroscoopia: mucosa con nódulos de aspecto miliar. Biopsia: atrofia vellositaria severa. Colonoscopia urgente: sin lesiones. TAC abdomen: asas de duodeno y yeyuno con paredes muy engrosadas e invaginaciones enteroentéricas con múltiples adenopatías mesentéricas.

La paciente continúa requiriendo trasfusiones diarias por lo que se repiten los siguientes estudios: Colonoscopia: mucosa íleon distal con patrón nodular sin lesiones ulceradas. Endoscopia oral: primera porción duodenal nodular y en segunda porción se identifica una amplia lesión ulcerada de márgenes mal definidos con sangrado Forrest I-b tratándose con adreanalina. Se toman muestras compatibles con hiperplasia folicular linfoide.

Tras fracaso del segundo control endoscópico y datos de sangrado activo, se decide laparotomía urgente identificándose múltiples masas intestinales (más de doce) desde el duodeno hasta parte del íleon proximal. Se resecan las dos más próximas al duodeno para filiar la naturaleza de la enfermedad y extirpar una de las que probablemente constituyera la causa del sangrado principal. La anatomía patológica confirmó linfoma Burkitt intestinal.

Actualmente en tratamiento con Burkimab-13 y sin nuevos episodios de sangrado.

Discusión: la laparotomía exploradora debe considerarse el segundo escalón terapéutico tras el fracaso de la terapia endoscópica.

Sin la existencia previa de un diagnóstico concreto pese a las múltiples biopsias, la cirugía nos aportará dar el diagnóstico definitivo.

Ante la sospecha de un linfoma es preferible extirpar sólo la lesión complicada antes de realizar cirugías más agresivas que no van a mejorar el pronóstico ya que la base del tratamiento es médica.

CP101. HEMOSUCCUS PANCREATICUS.

R. Escalera-Pérez¹, R. Estepa-Cabello², C. Medina-Achirica¹, J.C. Listán-Álvarez¹, G. Salguero-Seguí¹, S. Martín-Arroyo¹, F. Mateo-Vallejo¹, F.J. García-Molina¹

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera. ²UGC de Cirugía General. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Introducción: el hemosuccus pancreaticus hace referencia a un sangrado a través del conducto de Wirsung y su exteriorización a través de la ampolla de Vater, por un aneurisma o pseudoaneurisma de la arteria esplénica. La triada característica del cuadro suele ser la epigastralgia, sangrado con anemización y elevación de las enzimas pancreáticas.

Caso clínico: varón de 42 años fumador y bebedor. Con traumatismo abdominal en la infancia. Sin intervenciones previas. Acude a Urgencias en varias ocasiones por epigastralgia y rectorragias con importante anemización. Se realizan EDA, Colonoscopia y TAC de abdomen donde se detecta pseudoaneurisma esplénico de 31x70 mm que invade el cuerpo y cola pancreáticos. Dada la persistencia de síntomas se traslada al paciente al hospital de referencia con radiología intervencionista donde se realizó embolización de la arteria esplénica por “exclusión” trombosándose la cavidad fusiforme aneurismática. Fue dado de alta al segundo día sin incidencias.

Catorce días después acude por dolor abdominal en HI, melenas, taquicardia y sudoración, con anemización que obligan su traslado a la UCI para estabilización hemodinámica. Se realiza TAC urgente donde se identifica colección periesplénica de 10x14x11 cm compatible con colección hemática y sangrado activo en el contexto de una probable rotura diferida del bazo. Se realiza esplenectomía urgente y drenaje de hematoma retrogástrico. El postoperatorio transcurre sin incidencias. En la actualidad está pendiente de estudio genético para descartar enfermedades del colágeno congénitas.

Discusión: consideramos que el manejo endovascular debe ser el primer escalón en la línea terapéutica de los aneurismas esplénicos con el fin de preservar el bazo.

Dicho procedimiento endovascular terapéutico puede provocar infartos esplénicos e infección durante los siguientes días al tratamiento por lo que se debe hacer un seguimiento estrecho.

Consideramos que la esplenectomía debe ser la última opción terapéutica sobre todo en pacientes jóvenes y sanos, ya que no está exenta de complicaciones.

CP102. METÁSTASIS CUTÁNEA DORSAL DE ANGIOSARCOMA DE MAMA.

E. Escalera-Pérez, S. Melero-Brenes, M. Díaz-Oteros, C. Medina-Achirica, J.C. Listán-Álvarez, G. Salguero-Seguí, S. Martín-Arroyo, F.J. García-Molina

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Introducción: el angiosarcoma de mama es un tumor maligno, muy agresivo y altamente metastásico de forma precoz (óseas, pulmonares, hepática, mama contralateral). Constituyen entre el 1-2% de todos los sarcomas de partes blandas y ocupa menos del 1% del total los tumores malignos de la mama. Los hay primarios o secundarios tras radioterapia local por neoplasia previa.

Su diagnóstico es complicado y su clínica polimorfa (tumorações violáceas, eritematosas, a veces pulsátiles). El diagnóstico diferencial debe hacerse con una proliferación vascular benigna, un carcinoma metaplásico y un tumor Philodes entre otros.

Su pronóstico es malo, con una supervivencia libre de enfermedad a cinco años del 33%.

Caso clínico: paciente de 72 años, HTA, osteoporosis, bronquitis asmática. Colecistectomizada e intervenida hace 10 años de hemangioma de mama siendo la anatomía patológica diagnóstica para Angiosarcoma de mama que infiltraba márgenes por lo que hubo que ampliarlos. Recibió radioterapia adyuvante y ha permanecido asintomática. Recientemente acude por lesión violácea sobre el trapecio derecho de unos 4cm. Se realizó PAAF que no fue concluyente por lo que se tomó biopsia incisional compatible con metástasis de angiosarcoma de mama GII. Se realizó extirpación de la lesión, pero el margen posterior estaba infiltrado. Se trasladó a la unidad de tumores musculoesqueléticos donde extirparon la zona afectada incluyendo la musculatura del trapecio. Actualmente con quimioterapia Gemcitabina-docetaxel.

Discusión: ante una lesión cutánea violácea en paciente sometido a radioterapia previa debemos descartar esta rara entidad.

El diagnóstico prequirúrgico es difícil ya que hasta el 37% de las biopsias pueden dar falsos negativos.

La cirugía precoz permite aumentar la supervivencia, siendo el principal factor de recidiva local la resección completa con márgenes libres.

El auge de la cirugía conservadora de la mama con un aumento de la radioterapia asociada es probable que eleve el número de casos de angiosarcoma de mama en los próximos años.

CP103. HERNIA DIAFRAGMÁTICA INCARCERADA.

A. Molina-Raya, A. García-Jiménez, M. Domínguez-Bastante, C. Ferrer-Castro, A. Mansilla-Roselló, T. Torres-Alcalá

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada.

Introducción: las hernias diafragmáticas traumáticas son una patología infrecuente con una incidencia real desconocida (muchas cursan de forma asintomática). Secundarias a traumatismos cerrados (más frecuentes; por accidentes de tráfico, caídas o agresiones) o abiertos (por heridas de fuego o arma blanca).

Caso clínico: varón de 31 años. Antecedentes de accidente de tráfico con diversas fracturas costales, contusión pulmonar y neumotórax hace diez años.

Refiere dolor abdominal intenso, súbito de dos días de evolución con náuseas y vómitos. Ausencia de tránsito a gases y heces.

Regular estado general; abdomen doloroso de forma generalizada con defensa.

Leucocitosis con neutrofilia; gasometría venosa con pH 7,37 y láctico en 1,9.

TC abdominal: solución de continuidad diafragmática posterolateral izquierda de 3,5x2,8 cm. con herniación a través de éste de cuerpo gástrico, cuarta porción duodenal, primer asa yeyuno y ángulo esplénico del colon. Discreto engrosamiento parietal gástrico con disminución de la perfusión tras administración de contraste en probable relación con isquemia. Disminución de la perfusión del colon sin significativo engrosamiento de pared.

Intervención urgente con abordaje laparoscópico, evidenciando herniación de estómago y ángulo hepático del colon a través de orificio en cara anterior del diafragma izquierdo. No es posible la reducción del saco herniario, por lo que se convierte a laparotomía. Se amplía el orificio diafragmático para poder reducir el contenido, que muestran buena vascularización. Cierre del defecto diafragmático con doble sutura de prolene 2/0. Colocación de tubo de tórax 24 F.

Buena evolución en el postoperatorio.

Discusión: éstas lesiones pueden pasar desapercibidas en el momento agudo y deben sospecharse ante traumatismos toraco-abdominales de alto impacto.

Su tratamiento es quirúrgico, debido a la alta morbi-mortalidad que asocian.

Elegir el momento óptimo para la cirugía dependerá de las lesiones asociadas al traumatismo y el estado general del paciente.

CP104. HERNIA TRAUMÁTICA GIGANTE DE LA PARED ABDOMINAL, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

A. Curado-Soriano, A. Suárez-Cabrera, Z. Valera-Sánchez, J.R. Naranjo-Fernández, R. Jurado-Marchena, E. Navarrete-de Cárcer, F. Oliva-Mompeán

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: la hernia traumática de la pared abdominal es la rotura musculo-fascial causada por un traumatismo directo sin penetración de la piel ni evidencia de hernia previa en el sitio de la lesión, se estima que está presente en el 1% de los politraumas. Su tratamiento ocupa un segundo plano en la asistencia al politraumatizado cuyo objetivo es la supervivencia del paciente. Las características propias del paciente, así como la ausencia de evidencia clínica existente (solo 147 casos publicados desde 1950), nos muestra un rango terapéutico que se extiende desde el control de daños hasta la reparación laparoscópica diferida.

Caso clínico: presentamos el caso de un varón de 19 años con politrauma por accidente de tráfico de alta energía. Ingresa en urgencias con hipotensión y taquicardia, el paciente se estabiliza con sueroterapia y se decide realizar "Body-TAC". En las imágenes se aprecia una sección completa de la musculatura oblicua y transversa izquierda, del recto izquierdo y parcialmente del derecho, con asas intestinales dentro del defecto, informándonos de una hernia traumática gigante. Se realiza una laparotomía media, resección intestinal de íleon distal seccionado y de sigma desvitalizado y anastomosis. A continuación, reconstrucción de la pared anterolateral izquierda, sutura de los cabos musculares del recto abdominal izquierdo y reconstrucción del recto abdominal derecho. Separación posterior de componentes para conseguir un colgajo que permita el cierre y colocación de malla biológica.

Discusión: la hernia traumática debe seguir un algoritmo terapéutico priorizando la supervivencia del paciente. En función de la estabilidad clínica del paciente, la gravedad de las lesiones y el defecto herniario las opciones terapéuticas se extienden desde la reparación primaria hasta la reparación diferida, indicada en pacientes con lesiones graves que deben tratarse primero. El uso de malla dependerá del tamaño del defecto y la contaminación del campo operatorio.

CP105. HERNIAS LUMBARES SUPRAILÍACA - PETIT Y LUMBOCOSTAL - GRYNFELT.

Y. Lara-Fernández, J.R. Naranjo-Fernández, Z. Valera-Sánchez, A. Curado-Soriano, R. Jurado-Marchena, L. Sánchez-Moreno, R. Pérez-Huertas, E. Navarrete-de Cárcer, F. Oliva-Mompeán

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: la hernia lumbar posterior constituye el 1% de las hernias de pared abdominal, se originan en dos áreas de debilidad de la región lumbar a nivel del triángulo superior de Grynfelt e inferior de Petit (mucho más infrecuentes), con factores predisponentes como delgadez extrema, edad avanzada, obesidad, patología debilitante crónica y siendo condicionadas por aumentos de presión en el interior del abdomen.

Caso clínico: hernia de supraílica en mujer de 81 años, presentación clínica como tumoración lumbar dolorosa de 10 cm superior a pala ilíaca derecha que protruye con el Valsalva. TAC objetiva defecto lumbar inferior derecho de 5,5 cm con contenido intestinal. Hernia lumbocostal en mujer de 67 años, consulta por nódulo dorsal doloroso izquierdo, con exploración de consistencia grasa, móvil, protruye con hiperpresión abdominal. TAC herniación lumbar alta izquierda con saco de 5,3 cm contenido grasa y orificio herniario de 3 cm. Planteamos cirugía en ambos casos ante hernias lumbares sintomáticas, realizamos abordaje abierto con incisión lumbar en decúbito lateral, en hernia del triángulo inferior incisión por encima de pala ilíaca derecha mediante hernioplastia sublay e implante de malla de polipropileno preperitoneal, en el caso del triángulo superior, incisión transversa lumbar alta por debajo de plano costal izquierdo e implante sublay retromuscular de malla de polipropileno compuesta tipo ventralax 8 cm. Ausencia de recidiva en ambos casos en revisión tras 24 meses, encontrándose ambas pacientes asintomáticas.

Discusión: la hernia lumbar posterior es una rara entidad donde su diagnóstico se basa en la clínica, exploración y prueba de imagen (TAC). Normalmente asintomáticas, aunque pueden producir molestia o dolor asociados o no a masa palpable. Hemos realizado su reparación mediante abordaje abierto e incisión lumbar implantando prótesis en plano profundo retromuscular y libre de tensión, con buenos resultados.

CP106. INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS Y SU MANEJO, REVISIÓN DE 5 CASOS.

S. Roldán-Ortiz, M.C. Bazán-Hinojo, M. Fornell-Ariza, S. Ayllón-Gámez, C. Peña-Barturen, D. Pérez-Gomar, J. Varela-Recio, L. Romero-Pérez, M.Á. Mayo-Osorio, J.M. Pacheco-García, J.L. Fernández-Serrano

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: la ingesta de cuerpos extraños es motivo de consulta frecuente en urgencias. No así las complicaciones, presentes en 1% de los casos, siendo más frecuente la perforación seguida de la obstrucción.

Material y métodos: presentamos revisión retrospectiva de 5 casos en Hospital Universitario Puerta del Mar entre 2013-2016 que requirieron valoración o tratamiento quirúrgico. Son cinco pacientes, cuatro varones y una mujer, con edades entre 40 y 75 años. Sólo un caso fue ingesta provocada y resto fueron accidentales (tres desapercibidas). El objeto ingerido fue diverso: en dos casos hueso de pollo, en uno valva de almeja; en otro, prótesis dental y en otro monedas y pilas. A excepción del paciente con ingesta de prótesis dental que cursó con dolor retroesternal y disfagia, el resto presentaron dolor abdominal difuso asociado a peritonismo. Analíticamente en 100% existe leucocitosis y PCR elevada. En 60% de los pacientes el diagnóstico de cuerpo extraño fue sugerido por TC, en 40% por radiografía simple (Tabla 1).

Resultados: la cirugía se indicó en todos los casos, en tres pacientes por perforación, en uno como colaboración con digestivo y en otro por abdomen agudo con ingesta de material tóxico (pilas). La localización más habitual de impactación fue en íleon distal (2), sigma (1), esófago medio (1), gástrico e íleon distal (1). En un paciente se realizó I. Hartmann, en uno gastrostomía y EDA, en otro gastrostomía y enterotomía y en dos, resección intestinal con anastomosis.

Cursaron con postoperatorios favorables, presentando dos pacientes complicación con ISQ.

Conclusiones: la ingestión de cuerpos extraños, accidental o voluntaria, provoca complicaciones en 1% de los casos (perforación, obstrucción, hemorragia). Las zonas de impactación habituales son zonas de estrechez, angulación, inflamación o bridas. Así el 75% de las perforaciones se producen en válvula ileocecal o íleon terminal. Las pruebas complementarias son fundamentales y el tratamiento quirúrgico siempre es necesario.

CP107. LEISHMANIASIS VISCERAL COMO DIAGNÓSTICO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE BROTE DE ENFERMEDAD DE CROHN.

S. de Lebrusant, B. de Soto-Cardenal, J. Valdés-Hernández, J. Cintas-Cátena, F. del Río-la Fuente, C. Torres, J.C. Gómez-Rosado, L. Capitán-Morales, F. Oliva-Mompeán

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: la leishmaniasis visceral, es una enfermedad infecciosa crónica endémica en las zonas tropicales y subtropicales, incluida la cuenca mediterránea, causada por protozoos del género Leishmania.

Caso clínico: mujer de 21 años de edad, con antecedente de enfermedad de Crohn en seguimiento por digestivo, que acude a urgencias de nuestro centro hospitalario, por cuadro febril acompañado de fecaluria de 48 horas de evolución, con diagnóstico de fístula enterovesical, siendo ingresada a cargo de servicio de digestivo para tratamiento médico y completar estudio. Tras su ingreso, ante la persistencia de cuadro febril, se realizó TAC de abdomen para descartar colecciones intraabdominales, con hallazgo en el mismo de importante esplenomegalia y descartándose la presencia de colecciones. Posteriormente, desarrolló pancitopenia

(CP106) Tabla 1. Cuerpos extraños.

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5
Anatomía Patológica	Esquizofrenia	Diverticulosis	Dentadura postiza	FA	EX-ADVP
Edad	56	59	75	69	40
Sexo	Hombre		Hombre	Hombre	Hombre
Motivo	Accidental	Accidental	Accidental	Accidental	Autolítico
Objeto ingerido	Valva de almeja	Hueso de pollo	Prótesis dental	Hueso de pollo	Monedas / pilas
Clínica	Dolor abdominal / fiebre	Dolor abdominal	Sialorrea / disfagia	Dolor abdominal	Dolor abdominal
Localización del dolor	Difuso	Difuso	Retroesternal	Difuso	Difuso
Peritonismo	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Tiempo de ev. del dolor	3 días	12 horas	<3 horas	6 horas	4-5 días
Analítica leucocitos/PCR	L 34.000 PCR 280	L 13.500 PCR >365	L 12.570 PCR 175,4	L 20.650 PCR 3	L 16.860 PCR 290
Localización cuerpo extraño	Íleon distal	Sigma	Esófago medio	Íleon distal	Estómago Íleon distal
Diagnóstico	TC	TC	RX	TC	RX
EDA	No	No	Sí	No	No
Rx objeto	No	No	Sí	No	Sí

severa, valorada por hematología realizándose biopsia de médula ósea y serología sin hallazgos diagnósticos. Tras valoración conjunta por cirugía y hematología, se decidió intervención quirúrgica de forma programada, realizándose resección de complejo fistuloso, ileocequostomía y esplenectomía laparotómica, con resultado anatomopatológico de leishmaniasis visceral, iniciándose por tanto tratamiento con Anfotericina B, siendo dada de alta al 11º día postoperatorio, completando el tratamiento de forma ambulatoria en consultas de infecciosas, y el seguimiento en consultas de cirugía, con buena evolución sin incidencias.

Discusión: la leishmaniasis visceral es una enfermedad potencialmente grave, con una mortalidad de hasta un 90% si no se recibe tratamiento. Los principales factores de riesgo son la inmunosupresión y presencia de perros infectados en áreas rurales. La enfermedad suele iniciarse de forma insidiosa con fiebre, alteraciones hematológicas y esplenomegalia. La hipergammaglobulinemia y pancitopenia son las principales alteraciones analíticas y el diagnóstico parasitario se lleva a cabo mediante punción de médula ósea, ganglios o bazo, y pruebas serológicas. El tratamiento se basa en el uso de Anfotericina B, acompañado de la prevención basada en el control de los vectores, educación sanitaria y repelentes.

CP108. LINFOMA DE MAMA: LA IMPORTANCIA DE INCLUIRLO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA MAMARIA.

S. Melero-Brenes, S. Martín-Arroyo, R. Domínguez-Reinado, C. Cárdenas-Cauqui, C. Méndez-García, F. Mateo-Vallejo, F. García-Molina

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Introducción: los linfomas primarios de la glándula mamaria son un raro subtipo de linfoma, representando el 0,04-0,5% de los tumores malignos mamarios y el 2,2% de los linfomas extraganglionares. A pesar de su rareza, el linfoma primario de mama debe considerarse en el diagnóstico diferencial de una masa mamaria. El tratamiento de elección se basa en la quimioterapia, dejando la radioterapia como terapia de consolidación. La cirugía, por otro lado, está limitada a ser lo menos invasiva posible.

Caso clínico: paciente de 64 años que presenta tumoración en cuadrante supero externo de la mama derecha, por la que consulta con su médico de atención primaria. No tiene antecedentes familiares de cáncer de mama. En la exploración se evidencia tumoración mayor a cinco centímetros en los cuadrantes externos de mama derecha. Realizándose mamografía, donde se evidencia masa sólida de más de seis centímetros en CSE-UCE de mama derecha, con adenopatías axilares derechas de aspecto sospechoso. Se procede a biopsia con aguja gruesa de la lesión y de las adenopatías axiales, obteniéndose como diagnóstico linfoma de células B. Se deriva a la paciente a Hematología, donde actualmente recibe tratamiento adyuvante.

Discusión: los linfomas de la mama suelen presentarse como una masa palpable, por lo que inicialmente suele pensarse que es un tumor del tejido mamario.

La cirugía no tiene un papel importante en el tratamiento de este tumor, salvo como biopsia escisional diagnóstica o tratamiento paliativo (en el que se debe evitar la linfadenectomía axilar) El gold

standard de tratamiento es la quimioterapia combinada junto con radioterapia. Para su diagnóstico es necesario biopsia, y el diagnóstico diferencial debe incluir: Carcinoma lobular, carcinoma de células pequeñas, carcinoma amelanótico, melanoma, carcinoma medular, mastitis crónica, proliferación linfoide, ganglio linfático intra-mamario e infiltrado leucémico. Lo más común es linfomas de células B, y el subtipo más raro son los MALT.

CP109. STRUMA OVARI E HIPERTIROIDISMO.

S. Melero-Brenes, R. Escalera-Pérez, R. Domínguez-Peinado, C. Medina-Achirica, J.C. Listán-Álvarez, G. Salguero-Seguí, S. Martín-Arroyo, F.J. García-Molina

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Introducción: el struma ovarii es una neoplasia ovárica formada principalmente por tejido tiroideo.

Representa aproximadamente un 2% de todos los teratomas. Mayoritariamente benignos, pero en torno 5-10% son malignos siendo raras las metástasis a distancia.

Existen tres tipos histológicos: el cistoadenoma benigno en el que predomina el tejido tiroideo (50%); el tejido tiroideo no es el principal componente del cistoadenoma (33%) y el Struma ovarii puro (17%).

Poco frecuente su asociación con hipertiroidismo y suele debutar con dolor abdominal y ascitis.

Caso clínico: mujer, 39 años. Nulípara. Menarquia 12 años. Clínica de amenorrea en estudio por ginecología que en ecografía vaginal sospecha lesión ovárica. Pendiente de resonancia.

Tras clínica de taquicardia es estudiada por su MAP y diagnosticada de hipertiroidismo, por lo que es derivada a endocrinología.

Desde el servicio de endocrino, tras diagnosticarse de enfermedad de Graves Basedow con mal control, se remite a cirugía para tiroidectomía total.

Valorada en consulta, la paciente refiere los antecedentes ginecológicos por lo que se decide esperar a resultados de resonancia. En la misma, lesión ovárica con dudas sobre su malignidad. Se interviene quirúrgicamente realizándose ooforectomía con resultado intraoperatorio de benignidad y definitivo de tejido tiroideo, compatible con struma ovarii benigno.

Ante esta situación se interviene posteriormente de tiroidectomía total. Ambas intervenciones con evolución favorable.

Discusión: debido a la dificultad del diagnóstico generalmente es postoperatorio gracias a la inmunotinción o por clínica de hipotiroidismo tras la cirugía.

En caso de strumosis, (implantación peritoneal de focos metastásicos de struma ovarii benigno) es necesaria la tiroidectomía y posterior administración de I131.

El tratamiento más adecuado consiste en una cirugía conservadora en el caso de benignidad y de tipo radical ante struma ovarii maligno. La tiroglobulina puede ser usada como marcador de remisión.

CP110. MANEJO PALIATIVO DEL NEUMOPERITONEO.

A. Suárez-Cabrera, J.A. López-Ruiz, L. Tallón-Aguilar, B. Marengo-de la Cuadra, M. Sánchez-Ramírez, J. López-Pérez, F. Oliva-Mompeán

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: el neumoperitoneo a tensión se debe usualmente a perforación de víscera hueca y se caracteriza por un rápido aumento de la presión intraabdominal cuyas consecuencias hemodinámicas y respiratorias son potencialmente fatales, requiriendo en la mayoría de los casos tratamiento quirúrgico urgente. Sin embargo, en pacientes ancianos con mala situación clínica de base, en los que no es posible la intervención quirúrgica, se plantea un tratamiento paliativo para minimizar el sufrimiento del paciente.

Caso clínico: presentamos dos casos de dos pacientes de 86 y 88 años, pluripatológicos, con mala calidad de vida que acuden a nuestro servicio por dolor y distensión abdominal, evidenciándose en el TAC abdominal un neumoperitoneo con sospecha de perforación de víscera abdominal. Dada la mala situación clínica de los pacientes y las pocas expectativas de supervivencia se decidió en ambos casos una limitación del esfuerzo terapéutico y tratamiento paliativo mediante drenaje percutáneo a través de Pleurecath. Tras el drenaje, ambos pacientes refirieron importante mejoría del dolor y disminuyó la distensión abdominal.

En el primer caso, el paciente evolucionó de manera favorable y presentó resolución completa del neumoperitoneo en el TAC de control. El paciente fue dado de alta el octavo día ingreso tolerando dieta y con tránsito intestinal establecido.

En el segundo caso, la paciente precisó de sedación paliativa progresiva durante las 72 horas posteriores al drenaje, falleciendo al cuarto día por insuficiencia respiratoria.

Discusión: el hallazgo radiológico de aire libre en la cavidad abdominal generalmente se considera una urgencia quirúrgica y se asocia en más del 90% de los casos a la perforación de víscera hueca. La descompresión percutánea puede ser una opción terapéutica con fines paliativos en aquellos pacientes no subsidiarios de tratamiento quirúrgico.

CP111. OBSTRUCCION INTESTINAL POR ENDOMETRIOSIS.

A. Suárez-Cabrera, F. del Río-la Fuente, J. Cintas-Cátena, J. Valdés-Hernández, J.C. Gómez-Rosado, C. Torres-Arcos, L. Capitán-Morales, F. Oliva-Mompeán

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: la endometriosis intestinal se presenta en mujeres en edad fértil. La localización más frecuente es a nivel de la unión recto-sigmoidea. El cuadro clínico varía desde la ausencia de síntomas hasta un cuadro de abdomen agudo, la cual requiere intervención quirúrgica. El síntoma más frecuente es el dolor pélvico tipo cólico, además de diarreas, náuseas, vómitos y distensión abdominal. Es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal y en ese caso el íleon es el segmento más propenso a obstruirse. Los motivos pueden ser estenosis del segmento afectado, invaginación o vólvulo de un asa secundario a adherencias.

Caso clínico: Caso 1. Mujer de 45 años con antecedentes de histerectomía, salpingectomía bilateral y quistectomía ovárica, que acude a urgencias por cuadro obstructivo. En TAC abdominal se aprecia dilatación de intestino delgado con cambio de calibre a nivel de íleon terminal. Ante la ausencia de mejoría con tratamiento conservador se decide intervención quirúrgica urgente por sospecha de obstrucción secundaria a adherencias. Se realiza apendicectomía y resección de íleon terminal, donde se apreciaba una zona inflamatoria. Diagnóstico histológico: focos de endometriosis en íleon distal.

Caso 2. Mujer de 42 años con antecedentes de cesárea e histerectomía, valorada por el Servicio de Digestivo por cuadros subocclusivos con diagnóstico de intususcepción ileocecal. En la colonoscopia se aprecia pólipo de 10 cm en ciego, compatible con fondo de úlcera. Se realiza hemicolectomía derecha de forma programada. Diagnóstico histológico: focos de endometriosis. Úlcera mucosa.

Discusión: la endometriosis es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, que requiere un alto índice de sospecha clínica para su diagnóstico preoperatorio; sin embargo, debería tenerse presente en el caso de mujeres en edad fértil que presenten sintomatología gastrointestinal inespecífica asociada a menstruación y/o cuadros de suboclusión intestinal en ausencia de antecedentes de interés.

CP112. METÁSTASIS INTESTINAL DE CARCINOMA DE EPIDERMÓIDES DE PULMÓN, ENTIDAD POCO FRECUENTE.

R. Martínez-Mojarro¹, R. Pérez-Quintero¹, Á. Rodríguez-Padilla², I. Escobesa-Suárez², J. Vega-Blanco¹, G. Morales-Martín², M. Reyes-Moreno¹, R. Balongo-García¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Elena, Huelva.

Introducción: las metástasis intestinales de cáncer de pulmón son poco frecuentes (1,8%). Localizadas con mayor frecuencia en intestino delgado.

Las manifestaciones clínicas se deben a complicaciones locales: obstrucción, perforación y hemorragia, ensombreciendo el pronóstico de la enfermedad.

El carcinoma epidermoide pulmonar disemina generalmente vía linfática, produciendo metástasis a distancia con menor frecuencia.

Caso clínico: varón 63 años. Reciente diagnóstico de carcinoma epidermoide de pulmón pobremente diferenciado.

Acude a urgencias por dolor abdominal súbito, oliguria y disfagia en días previos. Presenta abdomen peritonítico, leucocitosis con neutrofilia. En TAC neumoperitoneo sugestivo de perforación de víscera hueca, distensión de asas íleo/yeyunales.

Intervenido de urgencia observando perforación yeyunal y peritonitis focalizada, realizándose resección segmentaria con anastomosis.

En postoperatorio íleo paralizante precisando SNG sin mejoría, por lo que se solicita TAC abdominal, descartando complicación asociada. Al noveno día postoperatorio comienza con insuficiencia respiratoria sin mejoría con CPAP, hipotensión y oliguria, por lo que es ingresado en cuidados intensivos para soporte hemodinámico y ventilatorio con

VMNI.

En UCI presenta melenas realizándose nuevo TAC toracoabdominal: consolidación parenquimatosa inflamatorio/infecciosa en continuidad con masa pulmonar conocida. Engrosamiento mural gástrico y en yeyuno con neumatosis intestinal sin poder descartar evento isquémico en resolución. En lavado bronco alveolar: *Klebsiella pneumoniae*, responsable de neumonía nosocomial.

Informe de Anatomía Patológica: intestino con área tumoral de 2,5 cm, foco de solución de continuidad en el centro. Carcinoma epidermoide pobremente diferenciado.

Ante la evolución desfavorable y los resultados se decide sedación terminal.

Discusión: las manifestaciones clínicas de las metástasis intestinales de cáncer pulmonar indican mal pronóstico.

Difíciles de distinguir del efecto secundario del tratamiento quimioterápico de la enfermedad. Nuevas técnicas (la cápsula endoscópica), se han descrito para diagnóstico, siendo TC con contraste la prueba de elección (sensibilidad del 87%).

El tratamiento de elección en casos sintomáticos es la cirugía paliativa. La supervivencia es escasa en los escasos estudios publicados.

CP113. PANCREATITIS AGUDA: PANORAMA QUIRÚRGICO ACTUAL.

R. Martínez-Mojarro¹, R. Pérez-Quintero¹, J. Candón-Vázquez¹, P. Beltán-Miranda¹, D. Bejarano-de la Serna¹, M. Alba-Valmorisco¹, I. Escoresca-Suárez², R. Balongo-García¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Elena, Huelva.

Introducción: la necrosis pancreática manifiesta zonas de parénquima no viable. Definida como presencia de más del 30% del páncreas que no capta contraste en el TAC.

Las pancreatitis agudas graves presentan tasa de mortalidad del 10-40%, aumentando al 70% en necrosis infectadas.

Inicialmente se realiza manejo médico intensivo valorando en la evolución la necesidad de drenaje percutáneo, endoscópico o quirúrgico.

La cirugía se asocia a complicaciones en un 34-95% y mortalidad en un 11-39%, además de conducir a insuficiencia pancreática a largo plazo.

Caso clínico: mujer de 58 años que acude a urgencias por dolor abdominal en cinturón de 48 horas de evolución y vómitos.

Analíticamente leucocitosis, elevación de enzimas pancreáticas, hepáticas y creatinina. Ecográficamente esteatosis hepática y barro biliar.

Ingresa con el diagnóstico de pancreatitis aguda litiasica e insuficiencia renal aguda.

TAC de control: necrosis pancreática >50% con colecciones peripancreáticas. Evolución tórpida con debut de diabetes secundaria y fiebre a los 25 días del ingreso, por lo que se realiza drenaje percutáneo de las colecciones. A pesar de ello, a los 30 días aparece shock séptico, decidiéndose cirugía urgente: necrosectomía de cuerpo-cola pancreática, drenaje de colecciones y colecistectomía.

En TAC de control disminución importante de las colecciones. Mejoría global de la paciente, siendo alta a los 28 días de la intervención.

Discusión: en pacientes con ausencia de mejoría en 7-10 días debe sospecharse infección de la necrosis.

Tras manejo médico intensivo sin mejoría debemos plantear drenaje percutáneo como siguiente paso, logrando en un 50% la recuperación completa.

Las indicaciones de cirugía siguen en revisión por controversia, indicándose ante el deterioro clínico y/o signos de sepsis.

La cirugía se basa en el desbridamiento y abundantes lavados intraoperatorios.

Las complicaciones postquirúrgicas descritas son: infección (21%), fístula pancreática (27%), fístula intestinal (23%) y hemorragia (21%).

CP114. PSEUDOANEURISMA ESPLÉNICO: ABORDAJE QUIRÚRGICO.

R. Martínez-Mojarro¹, M. Alba-Valmorisco¹, D. Bejarano-de la Serna¹, J. Candón-Vázquez¹, P. Beltrán-Miranda¹, Á. Rodríguez-Padilla², G. Morales-Martín², R. Balongo-García¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Elena, Huelva.

Introducción: los aneurismas de las arterias viscerales son entidades poco frecuentes (0,01-2%). Los más frecuentes aparecen en la arteria esplénica (60%).

Estos suelen ser asintomáticos y son diagnosticados de forma casual en pruebas de imagen.

La rotura aneurismática puede originar una hemorragia fatal dentro de un pseudoquiste, cavidad peritoneal o en retroperitoneo. Pueden erosionar dentro de la luz intestinal, del ducto pancreático o en la vía biliar. Ocurre de un 3% a un 9% de los casos constituyendo una urgencia vital.

Caso clínico: mujer de 87 años diagnosticada de pseudoaneurisma gigante de la arteria esplénica en el contexto de rectorragia con anemia, realizándose embolización urgente con buen resultado morfológico.

Reingreso al mes de la intervención por dolor abdominal y rectorragia, observándose en AngioTAC cavidad residual al pseudoaneurisma tratado, nivel hidroaéreo en su interior con material de aspecto fecal y trayecto fistuloso con colon transversal.

Se decide intervención, confirmando los hallazgos radiológicos, encontrando el pseudoaneurisma en íntima relación con cola pancreática precisando resección de pseudoaneurisma arterial

esplénico y esplenectomía, pancreatometomía distal y hemicolectomía derecha ampliada con anastomosis ileocólica.

Durante su ingreso presenta buena evolución con recuperación del ritmo intestinal normal, con alta a los 24 días del ingreso. Actualmente asintomática.

Diagnóstico anatomopatológico: dilatación aneurismática de la arteria con trombosis, intestino y páncreas con focos de hemorragia organizada, bazo congestivo.

Discusión: los aneurismas de la arteria esplénica son más frecuentes en el sexo femenino y es más frecuente su diagnóstico en la sexta década de la vida.

La localización más frecuente dentro de la arteria esplénica es en el tercio distal (74-87%).

Se recomienda tratar aquellas lesiones sintomáticas o mayores de 2 cm, realizando seguimiento en el resto.

La cirugía programada consiste en la ligadura del aneurisma y posterior revascularización o esplenectomía cuando esté afectada la porción distal de la arteria.

CP115. NEUMOPERITONEO, RETRONEUMOPERITONEO, NEUMOMEDIASTINO Y NEUMOPERICARDIO TRAS POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA.

M.L. Ruiz-Juliá, V. Ruiz-Luque, J. Aguilar-Luque, P. Martínez-García

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: la colonoscopia se utiliza ampliamente en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades colorrectales y, aunque se considera un procedimiento relativamente seguro, pueden producirse complicaciones como perforación y el sangrado. La perforación del colon puede ser una complicación letal, especialmente en casos de detecciones tardías.

Caso clínico: presentamos el caso de un varón de 58 años, que acude a urgencias por cuadro de dolor torácico y cervical intenso tras realización de polipectomía múltiple mediante colonoscopia. En todo momento, estable hemodinámicamente y con buena saturación. Enfisema subcutáneo cervical bilateral, más predominante en el lado derecho. Abdomen globuloso, aunque blando y no doloroso, sin signos de peritonismo.

En la analítica de urgencias, presentaba 21.900 Leucocitos, neutrofilia del 90% y PCR de 29 mg/dL. La radiografía de tórax en bipedestación mostraba una imagen de neumoperitoneo subdiafragmático bilateral, neumomediastino, neumopericardio y enfisema subcutáneo bilateral.

El TC de tórax y abdomen con contraste intravenoso urgente objetivó abundante gas extraluminal en relación con neumoperitoneo, retroneumoperitoneo, neumomediastino y neumopericardio, de acuerdo con perforación de víscera hueca. No colecciones líquidas abdominales. Imagen lineal hiperdensa en el recto en relación con hemoclip. Discreta hernia de hiato por deslizamiento.

Ante el excelente estado general y la estabilidad hemodinámica y clínica del paciente, se decidió manejo conservador con buena

evolución durante su ingreso, siendo dado de alta al quinto día completamente asintomático (Figuras 1-5).

Discusión: la colonoscopia se considera un procedimiento relativamente seguro. Sin embargo, se producen complicaciones como sangrado y perforación, que aumentan significativamente en la colonoscopia terapéutica.

Aunque la mayoría de las perforaciones tradicionalmente han requerido reparación quirúrgica, en pacientes seleccionados, un abordaje no quirúrgico puede ser apropiado, especialmente en pacientes con síntomas limitados y una perforación contenida.



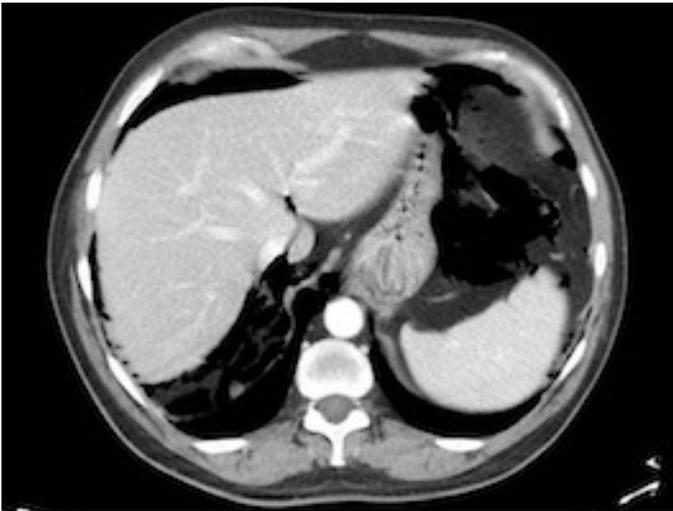
(CP115) Figura 1
Radiografía de tórax urgente.



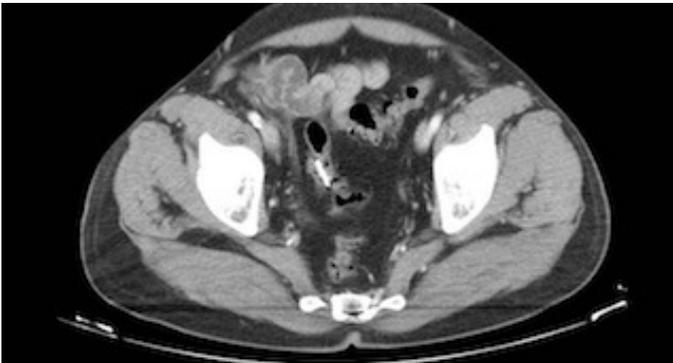
(CP115) Figura 2
TC de tórax urgente. Neumopericardio.



(CP115) Figura 3
TC de tórax-abdomen urgente. Neumomediastino.



(CP115) Figura 4 TC de tórax-abdomen urgente. Neumoperitoneo y retroneumoperitoneo.



(CP115) Figura 5 TC de tórax-abdomen urgente. Endoclips rectales de polipectomía endoscópica.

CP116. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR VÓLVULO DE CIEGO TRAS NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.

J. Triguero-Cabrera, M.S. Zurita-Saavedra, C. Ferrer-Castro, E. Fernández-Segovia, M. Mogollón-González, S. González-Martínez, A.B. Vivo-Arias, T. Torres-Alcalá

Unidad de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: el vólvulo intestinal se produce por la torsión de un segmento móvil del colon alrededor de su eje mesentérico. Es más frecuente en sigma (80%), seguido de ciego (15%) y transverso (5%). El vólvulo de ciego representa únicamente el 1% de los casos de obstrucción intestinal del adulto. Se presenta con clínica típica de oclusión intestinal, siendo la TAC la prueba más específica para su diagnóstico. El tratamiento puede ser conservador o más frecuentemente quirúrgico.

Caso clínico: varón de 84 años sin antecedentes de interés. Sometido a nefrectomía radical derecha mediante abordaje laparoscópico por carcinoma renal de células claras. La cirugía se realizó mediante el uso de tres trocares, con extracción de la pieza a través de minilaparotomía en fosa ilíaca derecha.

Al segundo día postoperatorio, debutó con clínica de obstrucción intestinal, con visualización en radiografía de abdomen de imagen sugerente de vólvulo de ciego confirmado mediante TAC, sin signos de complicación.

Se indicó intervención quirúrgica urgente con hallazgo de gran dilatación de ciego con diámetro de 14 cm y cambios isquémicos, como consecuencia de volvulación del mismo sobre el eje mesentérico. Se realizó hemicolectomía derecha con anastomosis ileotransversa laterolateral manual isoperistáltica.

Durante el postoperatorio el paciente desarrolló un íleo parálítico prolongado que resolvió con tratamiento médico. Fue dado de alta al noveno día postoperatorio.

Discusión: el vólvulo de ciego supone una causa infrecuente de obstrucción intestinal en nuestro medio. Se han descrito factores que influyen en su desarrollo como el estreñimiento crónico, enfermedades psiquiátricas, etc. En nuestro caso, además de la labilidad mesentérica propia de la edad, la nefrectomía previa probablemente fue el factor etiopatogénico más importante.

El tratamiento mediante devolvulación con colonoscopia es poco eficaz, siendo la cirugía la opción más correcta. La hemicolectomía derecha es la técnica más realizada, aunque se han descrito otras como la cecopexia o la cecostomía.

CP117. RABDOMIOSARCOMA PLEOMÓRFICO INGUINAL SIMULANDO HERNIA INCARCERADA.

M. Pitarch-Martínez, I. Cabrera-Serna, A.J. González-Sánchez, A. Titos-García, J.M. Aranda-Narváez, A. Bayón-Muñiz, L. Romacho-López, D. Cabañó-Muñoz, J. Santoyo-Santoyo

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: la incarceration de una hernia es reconocida como una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes. Dado que su diagnóstico es fundamentalmente clínico, ante la presencia de una tumoración inguinal han de tenerse en cuenta otros posibles diagnósticos diferenciales. En este aspecto se han descrito tanto de tumores contenidos en un saco herniario (por ejemplo, GIST) como de tumoraciones que simulan una hernia complicada (como metástasis, mesoteliomas peritoneales o sarcomas).

Caso clínico: varón de 85 años con antecedentes de EPOC, ictus y factores de riesgo cardiovascular que consulta en urgencias por dolor y distensión abdominal junto a tumoración inguinal derecha dolorosa que había aumentado de tamaño progresivamente en los últimos meses, indurada e irreductible a la exploración, compatible con hernia incarcerada. Se realiza TC abdomen sin contraste (por deterioro de función renal), que informa de hernia inguinoescrotal derecha incarcerada con saco que contiene ciego y posible hematoma, junto a líquido libre intraabdominal. Se realiza laparotomía exploradora objetivando abundante ascitis, múltiples implantes peritoneales y una masa fija irregular de unos 8cm de diámetro que invade el canal inguinal derecho; no se objetiva tumor primario en vísceras abdominales. Se toma biopsia de un implante de peritoneo parietal con resultado anatomopatológico de rhabdomyosarcoma pleomórfico. Por edad y comorbilidades se desestima tratamiento activo, y tras deterioro clínico progresivo el paciente fallece.

Discusión: El rhabdomiocarcinoma es uno de los tumores más frecuentes en la infancia pero extremadamente excepcional en población adulta (<1%). Su localización en región inguinal es poco habitual, existiendo escasos casos referidos en la literatura. La afectación metastásica es frecuente al diagnóstico, pudiendo presentar diseminación peritoneal hasta en un 16% de los casos. El tratamiento de elección en la enfermedad localizada es la exéresis quirúrgica seguida de quimioterapia adyuvante; no obstante, el pronóstico es sombrío en rhabdomiocarcinomas pleomórficos, el subtipo histológico más agresivo.

CP118. SUBOCLUSIÓN INTESTINAL POR BEZOAR.

M. Pitarch-Martínez, A.J. González-Sánchez, J.M. Aranda-Narváez, A. Titos-García, I. Cabrera-Serna, D. Cabañó-Muñoz, M. Pérez-Reyes, J. Santoyo-Santoyo

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: la oclusión de intestino delgado es una de las patologías quirúrgicas urgentes más prevalentes. Sus causas más habituales son síndrome adherencial y hernias; excepcionalmente (1-2%) ocurre por bezoares, masas indigeribles cuyo origen más frecuente es la fibra vegetal (fitobezoar) con localización habitual en estómago.

Caso clínico: mujer de 88 años con demencia senil y sin cirugías previas del tracto gastrointestinal, que consulta por cuadro de dolor abdominal y vómitos, realizándose TC abdomen que objetiva dilatación de asas de intestino delgado con cambio de calibre en íleon preterminal secundario a contenido intraluminal sugestivo de bezoar, además de otro bezoar de gran tamaño en cámara gástrica. Se ingresa para tratamiento de inicio conservador, realizándose endoscopia digestiva alta inicial con intención terapéutica no efectiva por gran tamaño del fitobezoar, por lo que se inicia instilación por SNG de Coca-Cola® durante 6 días, con posterior repetición de endoscopia que objetiva imposibilidad para fragmentar y extraer el bezoar por dicha vía. En dicho momento la paciente preservaba tránsito digestivo, pero intolerancia oral por lo que se opta por actitud quirúrgica, objetivando intestino delgado sin bezoar en su interior (probable disolución) y un bezoar gigante en estómago, realizando gastrostomía con extracción de varios fragmentos de hasta 10cm. Evolución postoperatoria favorable con reinicio adecuado de oral, con seguimiento en consulta sin nuevas alteraciones.

Discusión: el tratamiento del bezoar es habitualmente conservador: opciones como la disolución mediante ciertos agentes (Coca-Cola®, solución evacuable) aislada o en combinación con un procedimiento endoscópico pueden tener una tasa de éxito cercana al 90% para los fitobezoares gástricos. Sin embargo, ciertas complicaciones secundarias como los cuadros oclusivos pueden precisar actitud quirúrgica para su resolución, mediante diversas posibilidades como desplazamiento manual del bezoar hasta el ciego, gastrostomía/enterotomía para extracción del mismo o incluso asociando resección intestinal.

CP119. SCHWANNOMA EN LA MAMA: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EXCEPCIONAL DEL NÓDULO MAMARIO.

I. Pulido-Roa¹, M. Pitarch-Martínez¹, C. Jiménez-Mazure¹, M. Ribeiro-González¹, A. Ferrer-González², M. Salmerón-Mochón², E. González-Méndez², J. Santoyo-Santoyo¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga. ²Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: los nódulos mamarios son un frecuente motivo de consulta, siendo necesario para su diagnóstico diferencial pruebas de imagen y estudio anatomopatológico. Aunque más del 90% son de origen benigno, es obligado descartar la presencia de carcinoma. Los tumores de origen no epitelial, entre los que figuran los schwannomas o neurilemomas (tumores benignos de vaina nerviosa), son excepcionales en localización mamaria.

Caso clínico: mujer de 64 años, sin antecedentes de interés salvo cirugía previa de mamoplastia de reducción, en seguimiento periódico en consulta especializada por alto riesgo familiar (antecedentes de dos familiares de primer grado y un familiar de segundo grado con cáncer de mama). En resonancia magnética se identifica nódulo de bordes bien definidos de 11 mm en unión de cuadrantes externos de mama izquierda, adyacente al músculo pectoral, no palpable en la exploración. Se realiza biopsia ecoguiada de la lesión que la identifica como schwannoma. Tras presentar en Comité de Patología Mamaria, se decide intervención. Se realiza exéresis guiada por arpón, objetivando un nódulo de consistencia elástica de 15 mm bajo la aponeurosis del pectoral. El postoperatorio cursa sin incidencias, confirmándose el resultado anatomopatológico. Posteriormente, la paciente continúa el seguimiento en consulta sin otros hallazgos.

Discusión: los schwannomas son los tumores más frecuentes de nervios periféricos; habitualmente surgen en cabeza, cuello y superficies flexoras de las extremidades. En su mayoría cursan de forma asintomática. Su ubicación en la mama ha sido descrita en apenas 20 casos en la literatura y no determinan una predisposición mayor a otras lesiones malignas o benignas más usuales. Mamográficamente son lesiones bien definidas y sin microcalcificaciones asociadas, siendo imprescindible la biopsia para su estudio. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica, aunque dado el escaso potencial de malignización el seguimiento anual mediante pruebas de imagen también podría ser una opción.

CP120. SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A PERFORACIÓN DE RECTO POR ENEMA.

M. Alcaide-Lucena, A. Raya-Molina, E. García-Fernández, M.L. Delgado-Carrasco, M.S. Zurita-Saavedra, I. Capitán-del Río, T. Torres-Alcalá

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: el estreñimiento es una patología muy prevalente en la población general; más frecuentemente en ancianos. El tratamiento contempla: medidas higienodietéticas, uso de fármacos y enemas.

Las complicaciones asociadas al uso de enemas son poco frecuentes, pero pueden ser graves e incluso mortales. Son más frecuentes en pacientes con procedimientos recientes (biopsias rectales o polipectomías), o patología de base (enfermedades inflamatorias o divertículos). Secundarias el choque durante la introducción sonda en la pared anterior.

Las perforaciones pueden ser: subperitoneales (clínica más larvada), o intraperitoneales (clínica de shock). El manejo varía en función de la

localización, tamaño y etiología. Las intraperitoneales suelen precisar sutura o resección y colostomía.

Caso clínico: mujer de 50 años con AP de artritis crónica juvenil y amputación supracondílea. Presenta dolor abdominal y rectorragia de inicio súbito tras administración de enema en domicilio por estreñimiento de 10 días.

Exploración: MEG, hipotensión, taquicardia y fiebre. Dolor abdominal difuso con peritonismo. Edema y crepitación a nivel perianal que se extiende hacia pubis. Acidosis metabólica con láctico 2,1. TAC: perforación pared anterior de recto a 5,5 cm del margen anal, con retroneumoperitoneo y líquido libre.

Intervención urgente evidenciando: extenso retroneumoperitoneo, escaso líquido libre sucio; perforación en tercio medio-inferior de recto que se sutura con puntos simples y colostomía de protección.

Ingreso en UCI con postoperatorio tórpido: pancitopenia, hiponatremia y status epiléptico; necesidad de ventilación mecánica. Fallecimiento de forma abrupta tras parada cardíaca a los 14 días de la intervención.

Discusión: el estreñimiento es un problema muy común en la población general, tratado frecuentemente con enemas. Antes de indicar una medida como ésta debemos valorar la indicación y alternativas existentes.

La cara anterior del recto por encima de la línea dentada es la localización más frecuentemente lacerada y perforada por este procedimiento.

CP121. TROMBOSIS PORTAL AGUDA COMO DEBUT DE TROMBOCITEMIA ESENCIAL.

S. Mansilla-Díaz, L.C. Hinojosa-Arco, F.J. Fernández-García, N. Ávila-Soledad, L. Pico-Sánchez, B. García-Garcías, L.D. Resi

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: la trombosis de la vena porta suele ocurrir en pacientes cirróticos con trombofilias, así como en síndromes mieloproliferativos. Puede afectar únicamente al segmento portal o también a la vena mesentérica superior. Generalmente la clínica es silenciosa, diagnosticándose incidentalmente en un examen radiológico de rutina. No obstante, puede ocurrir de forma aguda manifestándose en el peor de los casos como isquemia intestinal, más frecuente si afecta a la porción proximal de la arteria mesentérica superior.

Caso clínico: paciente de 65 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor abdominal de 48 horas de evolución en mesogastrio y hemiabdomen izquierdo. Asocia vómitos y defensa abdominal a la exploración. Se solicita TC abdominal en el que se aprecia segmento de yeyuno con engrosamiento de pared y líquido libre, asociado a trombosis que se extiende desde la porción proximal de la vena mesentérica superior y llega hasta la vena porta decidiéndose intervención quirúrgica urgente.

Intraoperatoriamente se aprecia segmento de yeyuno proximal con signos de isquemia y meso hipercongestivo por lo que se realiza resección del segmento afecto, con anastomosis posterior. Desde el primer día postoperatorio se introduce HBPM a dosis terapéuticas. La evolución es favorable, sin complicaciones, siendo dada de alta al sexto día postoperatorio, poniéndose en marcha el diagnóstico etiológico del cuadro. Tras estudio por Hematología la paciente es diagnosticada de Trombocitemia esencial con mutación JAK2 positivo instaurándose tratamiento citorreductor con Anagrelide (Figuras 1-3).

Discusión: la trombosis portal es un hallazgo típico del paciente hepatópata aunque puede presentarse igualmente de forma aguda en pacientes sin patología previa conocida. Esto nos obliga a descartar siempre alteraciones en la coagulación, enfermedad hepática no conocida o síndromes mieloproliferativos. Si la manifestación ocurre como isquemia mesentérica habrá que realizar la resección del segmento afecto asociando desde el principio HBPM a dosis terapéuticas para evitar la progresión de la misma.



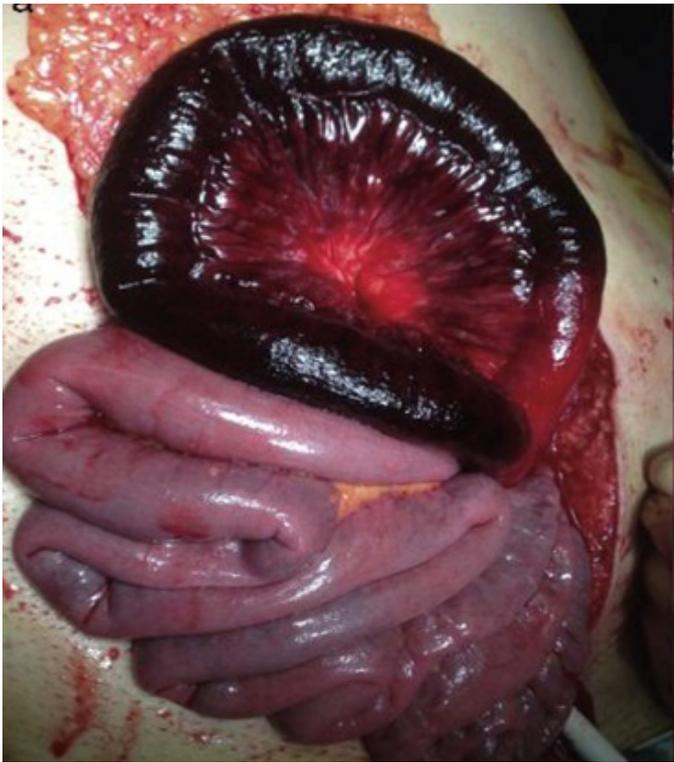
(CP121) Figura 1

Trombosis arteria mesentérica superior y portal.



(CP121) Figura 2

Trombosis portal.



(CP121) Figura 3
Isquemia intestinal. Imagen intraoperatoria.

CP122. TUMOR RETROPERITONAL PRIMITIVO.

F.J. del Río-Lafuente¹, P. Fernández-Zamora¹, F. del Río-Marco²

¹Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla. ²Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: los tumores retroperitoneales asientan en el espacio comprendido entre el espacio osteomuscular por detrás y el peritoneo parietal posterior por delante. Este espacio se extiende verticalmente del diafragma hasta el coxis. Son independientes del riñón, de la suprarrenal y de los órganos intraperitoneales vecinos. El diagnóstico es, de ordinario, tardío y el desarrollo del tumor es asintomático. Esto determina que los síntomas compresivos sean la primera manifestación de la enfermedad.

Caso clínico: mujer de 64 años cuyo examen clínico está dominado por la palpación de una voluminosa masa abdominal, pérdida de peso y alteración de su estado general. La ecografía muestra una masa sólida que ocupa pelvis y abdomen. La TAC muestra una masa retroperitoneal que desplaza los órganos abdominales. La urografía muestra que los riñones están desplazados a la izquierda. Se realiza punción biopsia ecodirigida cuya citología es concordante con un sarcoma. Se realiza tratamiento quirúrgico, resección en bloque del tumor y del riñón derecho. El diagnóstico anatomopatológico es de liposarcoma retroperitoneal.

Discusión: los tumores retroperitoneales son raros. El diagnóstico se basa en el examen clínico y en las pruebas radiológicas. El pronóstico está ligado a las posibilidades de una resección completa y al grado histológico. La cirugía es el primer tratamiento para este tipo de tumores. La radioterapia y la quimioterapia están recomendadas para los tumores de alto grado de malignidad.

Los tumores retroperitoneales son raros. El diagnóstico se basa en el examen clínico y en las pruebas radiológicas. El pronóstico está ligado a las posibilidades de una resección completa y al grado histológico. La cirugía es el primer tratamiento para este tipo de tumores. La radioterapia y la quimioterapia están recomendadas para los tumores de alto grado de malignidad.

CP123. A PROPÓSITO DE UN CASO COMPLEJO EN LA CIRUGÍA COLORRECTAL: FÍSTULA RESERVORIO-CUTÁNEA TRAS PANPROCTOCOLECTOMÍA CON RESERVORIO ILEOANAL EN J EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA.

R. Torres-Fernández¹, F. Rubio-Gil¹, M. Ferrer-Márquez², E. Vidaña-Márquez², I. Blesa-Sierra¹, A. Reina-Duarte¹

¹Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: el 40% de los pacientes con Colitis Ulcerosa (CU) necesitarán tratamiento quirúrgico durante la evolución de la enfermedad. El tratamiento de elección es la panproctocolectomía con reservorio íleoanal en J.

Caso clínico: mujer de 26 años, con diagnóstico de CU de tres años de evolución. En diciembre de 2014 ingresa por un episodio grave con 20 deposiciones diarias, rectorragia, dolor abdominal, náuseas, vómitos y pérdida de peso (en la colonoscopia: proctitis ulcerosa en fase de actividad).

Tras el fracaso de varias líneas de tratamiento (corticoides, Azatioprina e Infiximab) es sometida a panproctocolectomía con reservorio íleoanal en J laparoscópico e ileostomía de protección.

En mayo de 2015 tras la reconstrucción del tránsito meses antes, acude por tumefacción y abscesificación en la pared; tratándose de una fístula intestinal cuyo origen es el muñón del reservorio. Se intenta su cierre con técnicas mecánicas endoluminales como los clips, el Obesco (OTSC) y factores de crecimiento autólogo (fibrina autóloga, VIVOSTAT) sin resultado.

Finalmente, en octubre se procede a la resección del asa fistulizada a nivel del reservorio por laparoscopia.

Un mes más tarde aparece una mínima fístula resuelta con medidas conservadoras. En octubre de 2016 es intervenida por un cuadro obstructivo ocasionado por una única brida la cual es seccionada por laparoscopia. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Discusión: la panproctocolectomía con reservorio íleoanal es la técnica de elección en pacientes con CU refractarios al tratamiento médico. Sin embargo, en cirugía de Urgencias se indica una colectomía subtotal; es decisivo el estado clínico.

La fuga anastomótica (6-37%) y la obstrucción intestinal (37%) son las complicaciones más frecuentes, ambas presentes en nuestro caso. La reintervención laparoscópica es un procedimiento viable en Cirugía Colorrectal y aporta las ventajas de la mínima invasión a la resolución de complicaciones como la exéresis del muñón fistulizado mediante endograpado.

CP124. A PROPÓSITO DE UN CASO: OSIFICACIÓN HETEROTÓPICA MESENTÉRICA.

R. Torres-Fernández, J.R. Ortega-Ramírez, S. Ortega-Ruiz, M. Lorenzo-Liñán, J. Velasco-Albendea, J. Torres-Melero

Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: la osificación heterotópica mesentérica es una patología poco frecuente con sólo 40 casos descritos. Se trata de un proceso metaplásico por el cual la formación ósea ocurre en tejidos que habitualmente no se osifican. Es un proceso reactivo secundario a traumatismos abdominales previos como cirugías reiteradas o esplenectomías.

Su diagnóstico preoperatorio es difícil, la obstrucción intestinal es el principal cuadro clínico.

A pesar de ser una pseudoneoplasia benigna no invasiva, su manejo quirúrgico no está exento de recurrencias y complicaciones.

Caso clínico: un paciente varón de 52 años con antecedentes de esplenectomía y algias secundarias a politraumatismos por accidente de moto.

Tras el hallazgo de leucocitosis crónica se identifica una masa en intestino delgado sospechosa de tumor carcinoide por lo que es intervenido por primera vez realizándose una resección de intestino delgado (Anatomía patológica informa como esplenosis).

El postoperatorio inmediato fue tórpido (íleo paralítico). Tras quince días persiste débito de 1.200 cc por sonda nasogástrica, el TAC que describe las suturas de anastomosis en contacto con la pared anterior, colección de 7,3x3,5 cm y dilatación; por lo que se decide reintervenir por sospecha de dehiscencia.

En esta segunda cirugía se aprecia un conglomerado de asas intestinales con el mesenterio pétreo que dificulta la adhesiolisis. Se realiza resección de todo el colon hasta sigma y del intestino delgado desde 50 cm del Treiz hasta íleon terminal.

La Anatomía Patológica aprecia esclerosis y un hematoma mesentérico con osificación heterotópica mesentérica.

Tras el drenaje de un absceso de pared y el tratamiento de una evisceración, así como el tratamiento conservador de dos fístulas enterocutáneas es dado de alta.

Discusión: se trata de una patología benigna, poco frecuente con un pronóstico excelente. La obstrucción intestinal es su presentación clínica más frecuente y tiende a recidivar. Se debe evitar reintervenciones para evitar el síndrome del intestino corto.

CP125. MALFORMACIONES ANORRECTALES Y FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA.

R. Torres-Fernández, F. Rubio-Gil, E. Vidaña-Márquez, I. Blesa-Sierra, Á. Álvarez, A. Reina-Duarte

Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: las malformaciones anorrectales (MAR) son anomalías congénitas que ocurren en 1 de cada 5.000 recién nacidos vivos (RN). Incluyen desde un defecto menor con excelente pronóstico hasta patologías muy complejas, con otras malformaciones asociadas y mal pronóstico funcional.

Caso clínico: mujer de 21 años actualmente. Tras gestación gemelar con parto prematuro, se diagnostica extrofia vesical, mielomeningocele y agenesia rectal en la recién nacida.

En 1996, días después del nacimiento se realiza la primera cirugía en la que se reconstruye vejiga y ciego, además ileostomía de protección; también en el postoperatorio inmediato se procede al cierre de mielomeningocele y se coloca un catéter de derivación ventriculoperitoneal.

En 1997 se interviene por una gran masa quística compuesta por íleon distal a la ileostomía y neociego. Meses más tarde en la tercera intervención se reestablece el tránsito intestinal con anastomosis ileocólica, aislando y resecaando la cavidad correspondiente a íleon terminal y neociego y se realiza una colostomía definitiva.

En febrero de 2011 se realiza cistotomía programada por litiasis vesical, con evolución favorable. Un mes más tarde se manifiesta una fístula enterocutánea. Tras tratamiento conservador se realiza resección del segmento intestinal fistulizado. Días más tarde se reinterviene por cuadro obstructivo secundario a bridas en la que se realiza nueva resección.

Finalmente, tras múltiples problemas de vaciamiento gástrico en mayo de 2012 se realiza una gastrostomía.

Discusión: las MAR precisan un diagnóstico preciso (en el 80% de los RN, el examen clínico del periné más el urianálisis dan un diagnóstico adecuado, solo el 15% requerirá estudio completo de imágenes), además de un abordaje precoz y bien planificado.

Se suelen asociar a malformaciones a otros niveles (como en nuestro caso que se asocia a mielomeningocele).

La cirugía reconstructiva requiere un tratamiento multidisciplinar y seguimiento estrecho para diagnosticar precozmente las complicaciones descritas y plantear una alternativa terapéutica individualizada.

CP126. ABDOMEN AGUDO: SÍNDROME DE RAPUNZEL.

C. González-de Pedro, J. Tinoco-González; M. Rubio-Manzanares, B. López, M.J. Tamayo-López, E. Prendes-Sillero, J. Padillo-Ruiz, F. Pareja-Ciuró

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: el síndrome de Rapunzel es una variante muy poco frecuente de tricobezoar, que consiste en la formación de un bezoar gástrico con una cola que se extiende hacia el intestino delgado y/o grueso, pudiendo causar obstrucción intestinal. Describimos el caso de una paciente de 14 años que presentó un bezoar gástrico y una cola que llegaba hasta un asa de íleon, requiriendo tratamiento quirúrgico urgente.

Caso clínico: mujer, 14 años, que acude a urgencias por dolor abdominal y fiebre de cinco días de evolución. Como antecedentes personales de mayor interés destaca sucesivas consultas por dolor abdominal inespecífico.

A la exploración se evidencia un abdomen blando y depresible, doloroso difusamente a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal.

Se realizó radiografía de abdomen que mostró dilatación de intestino delgado con algún nivel hidroaéreo y ausencia de gas distal. En la analítica, PCR de 353 mg/L, $9,47 \cdot 10^9$ /L leucocitos con 84% de neutrofilia, hemoglobina de 104 g/L y un INR de 1,32.

Ante la inespecificidad de la clínica se solicita TAC de abdomen que evidencia una obstrucción mecánica de intestino delgado sin sufrimiento de asas, secundaria a un bezoar en el interior de un asa pélvica. Se aprecia además otro bezoar de grandes dimensiones en la luz del antro gástrico.

Se decide intervención quirúrgica urgente. Se realizó laparotomía media supraumbilical para extracción de ambos bezoares, a través de una gastrostomía y enterostomía, ambas cerradas mediante estricturoplastia.

Durante el postoperatorio no hubo incidencias reseñables. La paciente se mantuvo afebril, recuperó el tránsito intestinal y fue dada de alta al octavo día postquirúrgico.

Discusión: un adecuado manejo de los pacientes que llegan a urgencias con abdomen agudo nos permitirá llegar a un diagnóstico certero y realizar un tratamiento quirúrgico adecuado, a pesar de que el cuadro causante sea poco frecuente.

CP127. ABSCESO HEPÁTICO SECUNDARIO A MIGRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO GÁSTRICO.

M. Pérez-Reyes, A. Titos-García, M. Pitarch-Martínez, A.J. González-Sánchez, I. Cabrera-Serna, J.M. Aranda-Narváez, J. Santoyo-Santoyo

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: los abscesos hepáticos producidos por la migración de un cuerpo extraño ingerido son poco frecuentes (<5%), siendo más habitual la diseminación portal o biliar a partir de infecciones bacterianas de otro origen. La espina de pescado y los palillos son los agentes causales aislados con más frecuencia. El diagnóstico suele ser tardío y debe sospecharse en todos los abscesos hepáticos en los que fracase un tratamiento antibiótico instaurado correctamente.

Caso clínico: presentamos una paciente de 58 años sin antecedentes de interés que ingresa por dolor abdominal en región epigástrica y fiebre, con hallazgo en TC de absceso en lóbulo hepático izquierdo de 8 cm. El manejo inicial es conservador mediante antibioterapia sistémica y posteriormente drenaje percutáneo, objetivándose en TC de control tras veinte días persistencia del absceso con tamaño similar y cuerpo extraño filiforme radioopaco en el interior del mismo. Ante el fracaso del tratamiento y la presencia de un cuerpo extraño como origen del cuadro se opta por la intervención quirúrgica, realizándose un destechamiento laparoscópico del absceso siendo necesaria la reconversión a vía abierta para localizar el cuerpo extraño

mediante palpación (espina de pescado). No se objetivó perforación gastrointestinal. La evolución postoperatoria fue favorable.

Discusión: la ingesta accidental de cuerpos extraños no suele producir complicaciones hasta en el 90% de los casos, siendo infrecuente la perforación gastrointestinal y el absceso hepático secundario. Las pruebas diagnósticas convencionales (Eco, TAC, gastroscopia) pueden orientar el cuadro, pero rara vez identifican la causa del fracaso del tratamiento antibiótico, por lo que la palpación quirúrgica suele dar en la mayoría de los casos la confirmación etiológica. Cuando no se localiza el cuerpo extraño en ocasiones es necesaria la resección limitada hepática de la zona afecta por el absceso. Recientemente han sido descritos casos resueltos con éxito mediante abordajes mínimamente invasivos como la laparoscopia o la gastroscopia.

CP128. CARCINOMA ESCAMOCELULAR EN PACIENTE CON SOSPECHA DE FÍSTULA PERIANAL.

M. Pérez-Reyes, J.D. Turiño-Luque, S. Nicolás-de Cabo, I. Mirón-Fernández, J. Sánchez-Segura, A. Cabello-Burgos, J. Santoyo-Santoyo

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: el carcinoma escamocelular es una enfermedad poco frecuente, se estima que constituye el 5% de todos los carcinomas anorrectales. La histología más frecuente de las lesiones malignas del ano son carcinomas epidermoides (más del 80%). Es importante conocer que para el diagnóstico hay que sospecharlo, ya que puede confundirse con fisuras, fístulas crónicas, lesiones venéreas, grietas anales, condilomas y hemorroides.

Caso clínico: presentamos una mujer de 38 años sin antecedentes de interés derivada por dermatología a nuestra consulta con sospecha de fístula perianal por cuadro de dolor anal y secreción purulenta de forma ocasional. Se había solicitado RMN con contraste objetivando formación lineal interglútea sugestiva de fístula alcanzando el ligamento anocóxigeo y Ecografía endoanal sin observar dicha patología. En la exploración, objetivamos lesión blanquecina dolorosa a la palpación, sin observar orificio fistuloso externo. Se decidió tratamiento quirúrgico para exploración bajo anestesia. Se realizó exéresis en bloque de lesión excrecente perianal. Se tomaron biopsias.

La anatomía patológica objetiva carcinoma escamocelular in situ sin márgenes afectos. Fue evaluado por dermatología indicando que por localización y exéresis con márgenes libres no precisaba tratamiento ni otras pruebas complementarias. El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

Discusión: el retraso en diagnosticar malignidad es frecuente, debido a que los síntomas se atribuyen a la fístula y la realización de biopsias puede ser tardía. Por ello, es muy importante incluir esta patología en el diagnóstico diferencial del dolor anal. Para una adecuada valoración es necesario una ecografía endoanal, RMN y exploración quirúrgica.

Si la lesión se diagnostica precozmente, es pequeña y no sobrepasa la mucosa, debe tratarse mediante extirpación local, no precisando otra línea de tratamiento. En este caso, el pronóstico podrá ser favorable. Es necesario un seguimiento muy estricto, ya que el porcentaje de recurrencia y mortalidad asociada se sitúan en torno a un 50%.

CP129. FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA EN PACIENTE CON RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR CON INJERTO DE CRESTA ILÍACA.

M. Pérez-Reyes, A. Titos-García, D. Cabañó-Muñoz, A. González-Sánchez, I. Cabrera-Serna, J.M. Aranda-Narváez, J. Santoyo-Santoyo

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: Las fístulas enterocutáneas postquirúrgicas tardías son infrecuentes y suponen un reto importante para el cirujano por su habitual complejidad. Si bien algunos casos pueden ser tratados de forma conservadora, la mayoría van a requerir finalmente una cirugía sobre todo cuando está implicado algún tipo de material protésico.

Caso clínico: presentamos una paciente de 52 años con antecedentes de carcinoma escamocelular cervical tratado con cirugía y adyuvancia (QT+RT). Secundario a la RT presenta osteonecrosis mandibular que se reconstruye con injerto de cresta iliaca. Se coloca una malla de prolene en la zona de entrada iliaca para reforzar la pared abdominal. Acude a urgencias a los dos meses de la intervención con un cuadro de desnutrición y salida de contenido intestinal a través de la inguinal intervenida, evidenciándose en TC con contraste oral una fístula enterocutánea a íleon. Se decide mejoría nutricional y cirugía encontrando un asa de íleon terminal adherida a la malla de prolene que se encuentra expuesta a cavidad intraabdominal. Se decide resección del asa de íleon afecta, retirada parcial de malla previa y colocación de malla de proceed suturando el peritoneo para evitar la exposición del contenido intestinal con el material protésico. La evolución postoperatoria transcurrió sin incidencias.

Discusión: planificar correctamente la intervención quirúrgica de estos pacientes, mejorando el estado nutricional, sobre todo, es fundamental en el éxito de esta cirugía. La retirada de la malla previa debe realizarse cuando sea posible salvo casos de inclusión completa al tejido muscular de la pared abdominal en los que debe evitarse su exposición nuevamente al contenido intestinal. Se ha descrito el uso de terapia de presión negativa en casos de grandes defectos, pero generalmente para control del débito y mejoría de las condiciones locales previo a la cirugía.

CP130. INFARTO ESPLÉNICO MASIVO EN PACIENTE CON BAZO ERRANTE.

M. Pérez-Reyes, J.A. Blanco-Elena, D. Cabañó-Muñoz, J.D. Turiño-Luque, A. Martínez-Ferri, J.M. Aranda-Narváez, J. Santoyo-Santoyo

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: el bazo errante es la alteración o debilidad, congénita o adquirida, de uno o más de los ligamentos suspensorios del bazo.

Esta condición puede ser asintomática, diagnosticándose como hallazgo casual, o bien debutar como abdomen agudo secundario a la torsión del pedículo vascular esplénico.

Caso clínico: presentamos el caso de una mujer de 18 años con antecedentes personales de retraso madurativo e infarto esplénico polar superior tratado de forma conservadora. Acude a Urgencias por dolor en hipocondrio izquierdo de cuatro días de evolución asociado a fiebre en las últimas 24 horas. En la exploración física presenta dolor

abdominal en flanco izquierdo con signos de irritación peritoneal focalizados y esplenomegalia. Analíticamente destaca leucocitosis y PCR elevada. En TC se observa bazo en posición heterotópica con imagen de remolino a nivel hiliar e hipoatenuación generalizada del parénquima, sugestiva de infarto esplénico masivo.

Con los hallazgos descritos se decide intervención quirúrgica urgente observando bazo errante isquémico en fosa iliaca izquierda con torsión completa del hilio esplénico de 360º. Se realiza esplenectomía reglada.

La estancia postoperatoria transcurre sin incidencias, siendo alta al sexto día.

Discusión: el bazo errante es un hallazgo poco frecuente que predomina en niños y mujeres de 20 a 40 años. En ocasiones se asocia a colagenopatías como el síndrome de Marfan, debido a una hiper movilidad esplénica provocada por laxitud congénita de los ligamentos.

La torsión del pedículo esplénico es la principal complicación, aunque es infrecuente, con una incidencia del 0,5%. Clínicamente se presenta como tumoración abdominal dolorosa. El TC de abdomen con contraste iv. confirma el diagnóstico. En este caso, el tratamiento de elección es la esplenectomía de urgencia. La esplenopexia sería la primera línea de tratamiento si el órgano fuese viable.

CP131. NEUMATOSIS COLÓNICA EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS.

M. Pérez-Reyes¹, A. Titos-García¹, D. Cabañó-Muñoz², A. González-Sánchez¹, I. Cabrera-Serna¹, J.M. Aranda-Narváez¹, J. Santoyo-Santoyo¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga. ²Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: la neumatosis intestinal es una patología poco frecuente que se manifiesta como múltiples quistes de gas por el tubo digestivo. Pueden aparecer en subserosa, submucosa o raramente en muscular, y su localización más frecuente es yeyuno, región ileocecal y colon.

Caso clínico: presentamos el caso de un varón de 18 años diagnosticado y tratado de leucemia linfoblástica aguda (LLA) en 2009. Presenta recaída en marzo de 2016 requiriendo trasplante de médula ósea. Acude a urgencias tras 39 días del trasplante hematopoyético (TPH) por dolor abdominal asociado a diarrea, náuseas y vómitos. Se realizó TC de abdomen y colonoscopia con toma de biopsia con diagnóstico de enfermedad injerto contra el huésped (EICH), iniciándose tratamiento intravenoso con corticoides. Ante el empeoramiento del cuadro con aumento del dolor abdominal se repitió objetivando neumatosis de todo el marco cólico y recto junto a neumoperitoneo. Se decidió manejo conservador con reposo intestinal y nutrición parenteral resolviéndose el cuadro sin necesidad de cirugía. En el TC de control al mes presentó remisión radiológica.

Discusión: la mayoría de los casos de neumatosis intestinal se dan en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y pacientes sometidos a inmunodepresión. El mecanismo por el cual el gas penetra en la pared intestinal puede ser por un aumento de la presión intraluminal o por atrofia de la mucosa inducida por el tratamiento corticoideo con aparición de defectos en la misma que permiten la

entrada de gas y bacterias. Puede manifestarse de forma leve o bien con distensión y dolor abdominal asociado a diarrea o rectorragia. La radiografía de abdomen y el TC son las pruebas diagnósticas, siendo este último la prueba de elección. No requiere tratamiento quirúrgico salvo complicaciones como rectorragia, oclusión intestinal o neumoperitoneo a tensión.

CP132. APENDICITIS AGUDA COMO RARA MANIFESTACIÓN DE COMPLICACIÓN POR INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS.

B. Cantarero-Jiménez¹, A. Selfa-Muñoz², S. Calzado-Baeza¹, M. Maes-Carballo¹, I. Plata-Pérez¹, P. Robayo-Soto¹, F. Herrera-Fernández¹

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril. ²Servicio de Gastroenterología y Hepatología. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril.

Introducción: la apendicitis aguda la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, con una incidencia media de la vida del 8%. Su diagnóstico es clínico, basándose en la anamnesis y exploración física. Por otra parte, la presencia de cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal raramente produce complicaciones y su presencia en el apéndice vermiforme es excepcional. La causa más frecuente de apendicitis es la obstrucción de la luz apendicular que contribuye al sobre crecimiento bacteriano.

Caso clínico: varón de 38 años que acude a urgencias por náuseas, vómitos, fiebre termometrada y dolor en fosa iliaca derecha. La exploración abdominal revela dolor a la palpación a nivel de fosa iliaca derecha y peritonismo. En analítica sanguínea destacaba una leucocitosis con desviación a la izquierda. Se solicitó una radiografía simple de abdomen, con imagen a nivel de fosa iliaca derecha que sugería la administración previa de contraste baritado, que el paciente niega. Al observar detenidamente la placa, la imagen parece compatible con la presencia de numerosos perdigones, confirmando al paciente este hallazgo ya que comía piezas de caza con frecuencia.

Discusión: la ingesta de cuerpos extraños habitualmente no ocasiona problemas, ya que completan el recorrido por el trayecto intestinal. Si bien la presencia de un cuerpo extraño dentro de la luz del apéndice es poco frecuente, existen publicaciones que lo avalan como factor etiológico de la apendicitis aguda. Los cuerpos extraños reseñados en la bibliografía son muy diversos y variados, tanto en su naturaleza como en su forma y tamaño: semillas de frutas, acumulación de sustancias baritadas, parásitos, objetos metálicos pequeños (fresas odontológicas, agujas, perdigones). El diagnóstico temprano es vital para evitar las complicaciones, ya que la demora en la intervención quirúrgica origina una mayor morbimortalidad. El paciente fue intervenido sin incidencias y con postoperatorio favorable. La pieza de la apendicectomía evidenció la presencia de perdigones.

CP133. CÁPSULA ENDOSCÓPICA ENCLAVADA: MEDIDAS PARA EVITAR DICHA COMPLICACIÓN.

B. Cantarero-Jiménez, M. Maes-Carballo, I. Plata-Pérez, S. Calzado-Baeza, P. Vázquez-Barros

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril.

Introducción: la cápsula endoscópica (CE) es una técnica diagnóstica no invasiva que consiste en la filmación del intestino delgado mediante una micro cámara de vídeo que se traga como un comprimido, y a la

que denominamos concretamente cápsula. Está indicada en aquellos pacientes que presentan hemorragia de origen digestivo sin poder identificar la causa con otros métodos bien establecidos para estudiar el tramo digestivo superior y el colon. También se puede utilizar en algunos pacientes con enfermedad inflamatoria y poliposis intestinal.

Caso clínico: paciente de 58 años intervenida previamente de cirugía bariátrica, realizándose una gastroplastia vertical anillada, en estudio por rectorragias abundantes con estudio de EDA y colonoscopia negativo. Se le introdujo una cápsula endoscópica hace ocho meses y desde entonces permanece enclavada en intestino delgado sin poder expulsarla, se puede observar en radiografías de abdomen simple. Se remite a nuestro servicio para extracción de CE. En quirófano se confirma CE enclavada en zona de anastomosis de intervención previa, realizándole una reconstrucción de la "Y" intestinal y una nueva anastomosis transversa para evitar estenosis, extrayéndola con éxito. En el postoperatorio, presentó nuevo episodio de rectorragia abundante, que precisó transfusión. Fue dada de alta y remitida a Digestivo para continuar estudio.

Discusión: la principal contraindicación para realizar la CE es la estenosis o estrechez por una enfermedad o cirugía abdominal previa, la cual evidencia mediante tránsito baritado. En los casos con alta sospecha de estenosis, con estudio radiológico normal, se puede administrar previamente una cápsula de patencia. Es una cápsula degradable que, si se detiene en su camino, se deshace en unas horas, pudiendo asegurar de esta forma segura la permeabilidad intestinal. Para considerar que tras la aplicación de la cápsula de patencia se puede administrar la cápsula endoscópica, la primera debe eliminarse íntegra y sin deformaciones, contraindicando el estudio en caso contrario.

CP134. CIRUGÍA URGENTE EN BODY PACKER CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA INGUINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

L. Navarro-Morales, S. Dios-Barbeito, C. Maya-Aparicio, C. Cepeda-Franco, G. Suárez-Artacho, L.M. Marín-Gómez, J. Padillo-Ruiz, M.Á. Gómez-Bravo

Sección de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: los Body Packers (BP) constituyen una causa poco frecuente de consulta en nuestro país. Si bien la primera opción de tratamiento es el manejo conservador, ante signos de complicación se recomienda la intervención quirúrgica urgente.

Tras la obtención del consentimiento informado, presentamos el caso de un BP con debut de hernia inguinal en dicho contexto y necesidad de cirugía urgente.

Caso clínico: varón de 30 años acude a urgencias por dolor abdominal, vómitos y ausencia de tránsito intestinal de 24 horas de evolución refiriendo ingesta de más de 70 bellotas de cannabis unas 72 horas antes. Se encuentra hemodinámicamente estable, dolor abdominal difuso sin signos de irritación peritoneal y tumoración inguinal derecha dolorosa. Sin alteraciones analíticas y radiografía de abdomen con numerosos cuerpos extraños. Se realiza TC abdominal, objetivando obstrucción intestinal a nivel de hernia inguinal derecha por cuerpo extraño y posible perforación, por lo que se indica cirugía urgente. Tras reducir el contenido herniario, se objetivan dos perforaciones ileales, por las que se extraen los cuerpos extraños, realizando posteriormente

resección de unos 10 cm de íleon y anastomosis. Durante el ingreso destaca infección de herida quirúrgica, evolucionando de forma favorable con antibioterapia y curas con sistema de presión negativa, siendo alta a los 20 días. Actualmente, el paciente se encuentra sin secuelas significativas.

Discusión: la hernia inguinal es la causa de obstrucción intestinal extrínseca más frecuente en pacientes no intervenidos previamente. La indicación de cirugía se establece al diagnóstico, en ocasiones está descrita actitud expectante, no siendo el caso de nuestro paciente.

Los BP son una causa poco frecuente de obstrucción intestinal y cirugía urgente, si bien se debe individualizar el caso y ante coexistencia de otras etiologías de obstrucción, la probabilidad de éxito del manejo conservador se reduce de forma significativa.

CP135. LINFOMA T PRIMARIO INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

L. Navarro-Morales, A. Marchal-Santiago, V. Camacho-Marente, S. Martínez-Núñez, C. González-de Pedro, J. Padillo-Ruiz, R. Jiménez-Rodríguez

Sección de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: el linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) es un linfoma periférico no Hodgkin de células T poco frecuente y agresivo. Debido a su rareza, síntomas no específicos y dificultades de diagnóstico, los tumores de intestino delgado a menudo son diagnosticados y tratados con retraso en su curso. Si bien como primera opción su tratamiento es médico, si se presentan como perforación intestinal es mandataria la cirugía.

Presentamos el caso de un paciente con debut de linfoma intestinal perforado con necesidad de cirugía urgente.

Caso clínico: varón de 54 años que acude a urgencias por dolor abdominal, diarrea de una semana de evolución y pico febril de 38°C. Hemodinámicamente estable, dolor abdominal difuso, sin signos de irritación peritoneal. Hemograma con ligera leucocitosis. Ecografía abdominal normal.

Se produce empeoramiento clínico con aumento del dolor y abdomen en tabla. Radiografía de abdomen que confirma gran cámara de neumoperitoneo y TAC de abdomen que la confirma y observa lesiones características de posible linfoma intestinal como probable causa.

La cirugía consiste en resección de los segmentos afectados. Se identifican tres tumoraciones, una de las cuales infiltra vejiga. Se realiza una anastomosis intestinal latero-lateral.

Durante el postoperatorio se requirió de estancia en UCI, con posterior evolución favorable en planta hasta su alta a los once días tras la intervención. Actualmente, el paciente se encuentra asintomático.

Discusión: en conclusión, los linfomas de células T son una causa poco frecuente de tumor intestinal y más raramente de perforación del mismo y por tanto de cirugía urgente como tratamiento príncipes. Si bien el tratamiento habitual es controvertido y reservado a unidades multidisciplinarias, se debe individualizar el caso y ante la presencia de complicación tumoral como sería la obstrucción completa con

afectación de asas y la perforación de las mismas optar por la cirugía urgente.

CP136. COMPLICACIONES EN MASTOLOGÍA: NECROSIS DE COLGAJO MUSCULOCUTÁNEO DE DORSAL ANCHO, RESCATE CON COLGAJO TRAM EN DOS TIEMPOS.

Á. Pareja-López, R. Torres-Fernández, N. Espínola-Cortés, S.M. López-Saro, M.Á. Lorenzo-Liñán, M.M. Rico-Morales, M.Á. Lorenzo-Campos

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería

Introducción: la utilización del colgajo musculocutáneo del dorsal ancho se indica especialmente en pacientes que han recibido radioterapia, para cobertura de defectos amplios con tejidos locales de mala calidad.

La vascularización depende de un pedículo principal y varios segmentarios. El principal es la arteria toracodorsal. Forma un gran número de ramas y vasos perforantes que van al tejido cutáneo, motivo por el cual al músculo se le puede dividir en segmentos independientes y continúa siendo viable. Los pedículos accesorios son las arterias perforantes paravertebrales.

Caso clínico: mujer de 55 años ex fumadora reciente, IMC 30, HTA, SAOS e hipotiroidea. Padece un cáncer de mama derecha en 2007 (pT1N1M0), tratado mediante cirugía conservadora, linfadenectomía axilar, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia adyuvante.

Valorada en nuestra consulta por recidiva tumoral a los nueve años pT1bN0M0. Se realizó una mastectomía derecha con reconstrucción inmediata mediante colgajo musculocutáneo de dorsal ancho. Al séptimo día postoperatorio presentó necrosis completa del colgajo, precisando ingreso.

La postergación del colgajo TRAM está indicada en pacientes fumadoras, con más del 20% del peso corporal ideal (pacientes obesas con pániculo abdominal), con radioterapia previa, diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad cardiovascular, con requerimiento elevado de volumen, laparotomía previa o lipectomía abdominal asistida mediante succión previa, y desordenes autoinmunes.

Ha sido señalado por Taylor y cols. Que con la división de las venas del colgajo TRAM en el abdomen inferior, las válvulas se hacen incompetentes y se incrementa el retorno venoso del colgajo superior. La demora vascular interrumpe tanto las venas como las arterias epigástricas inferiores profundas, y es un beneficio importante para pacientes con posibles factores de riesgo circulatorios que desean la reconstrucción mamaria.

A los quince días de la primera intervención completamos la reconstrucción mediante colgajo bipediculado TRAM según la técnica habitual. La evolución fue satisfactoria, siendo alta al quinto día postoperatorio (**Figura 1**).

Discusión: una vez descartada la patología abdominal, la causa de neumoperitoneo puede tener su origen a nivel torácico. Sus causas no están tan bien definidas como las abdominales, pero suele considerarse la ventilación mecánica la más frecuente, donde debido a la existencia de defectos anatómicos pleuroperitoneales, el aumento

de presión por la ventilación permite el flujo aéreo toracoabdominal, ocasionando neumoperitoneo.

Constituyen procesos benignos, que a priori, pueden ser resueltos mediante manejo conservador, lo que constituye un dilema ante el hallazgo radiológico, por lo que es necesario el conocimiento de esta patología para evitar intervenciones que sean innecesarias.



(CP136) Figura 1

Necrosis colgajo dorsal.

CP137. DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA A REHABILITACIÓN PROLONGADA: PIE EQUINO Y SIRINGOMIELIA TRAS HERNIOPLASTIA INGUINAL.

S. Roldán-Baños¹, J.Á. Flores-García¹, M.H. Domínguez-Fernández², I. Fernández-Muñoz³, A. Galnares Jiménez-Placer¹, J. Galván-Martín¹, J.R. Domínguez-Martínez¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Zafra Salud, Zafra. ²Servicio de Investigación. Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos.

³Servicio de Radiodiagnóstico. Zafra Salud, Zafra.

Introducción: el objetivo de este trabajo es alertar a anestesiólogo y cirujano sobre un posible daño en raíz o médula espinal ante la presencia de una parestesia dolorosa durante la punción o introducción del anestésico raquídeo.

Caso clínico: varón de 64 años, intervenido de hernioplastia inguinal con anestesia espinal.

Iniciamos la inserción de la aguja espinal en espacio L3-L4. Al comenzar la infiltración del anestésico hiperbárico el paciente realiza movimiento brusco sin referir dolor, ocasionando pérdida del anestésico y salida de líquido cefalorraquídeo sanguinolento; retiramos la aguja unos 2 mm y esperamos a que el LCR se aclarase, para completar la dosis anestésica.

No detectamos complicaciones quirúrgicas ni anestésicas intra ni postoperatorias inmediatas.

El primer día postoperatorio, refiere parestesias de pierna y pie izquierdos, así como incapacidad para la dorsiflexión y flexión plantar (pie equino).

Los estudios radiológicos (radiografía y resonancia magnética nuclear) y electromiográficos mostraron una cavidad siringomiélica en cono

medular y neuropatía de origen preganglionar de raíz y/o médula de L4, L5 y S1.

El paciente fue tratado por rehabilitación durante tres meses. Actualmente el paciente presenta mejoría clínica con un 70% de recuperación de la flexión plantar.

Discusión: las lesiones radicales o medulares secundarias a una anestesia neuroaxial son complicaciones graves e incapacitantes; sus posibles causas son el trauma directo por la aguja por un único o múltiple intento y/o la inyección intraneural del anestésico.

Se deben evitarse punciones espinales por encima de L1 y L2, múltiples intentos e inyección del anestésico si el paciente percibe dolor.

Un paciente con déficit neurológico persistente después de una cirugía bajo anestesia espinal o epidural debe someterse a un examen neurológico cuidadoso, con exploración radiológica (RMN) y estudios de conducción nerviosa, para un adecuado diagnóstico y tratamiento precoces.

CP138. RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE SÍNDROME DE WILKIE.

S. Roldán-Baños¹, J.Á. Flores-García¹, M.H. Domínguez-Fernández², I. Fernández-Muñoz³, A. Galnares Jiménez-Placer¹, J. Galván-Martín¹, J.R. Domínguez-Martínez¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Zafra Salud, Zafra. ²Servicio de Investigación. Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos.

³Servicio de Radiodiagnóstico. Zafra Salud, Zafra.

Introducción: la pinza aorto-mesentérica (PAM), síndrome de arteria mesentérica superior o de Wilkie es infrecuente (incidencia 0,03-1%), predomina en mujeres adultas y está infradiagnosticada.

Su diagnóstico requiere alta sospecha clínica y se confirma con estudios radiológicos. Consiste en compresión de tercera porción duodenal por un ángulo entre aorta y arteria mesentérica superior agudo (inferior a 25º, ó distancia entre ambas arterias menor de 1 cm). La cirugía de elección es la duodeno-yeyunostomía (tasa de éxito del 90%).

Caso clínico: mujer de 27 años con epigastralgia y plenitud postprandial, vómitos alimenticios de un año de evolución e importante pérdida ponderal. Asocia crisis hipoglucémicas postprandiales que afectan su calidad de vida (mareo, sudoración y temblor con cifras de glucemia inferiores a 40 mg/dL en diversas determinaciones).

En tránsito intestinal manifiesta dilatación de unión de segunda y tercera porciones duodenales con reflujo del contenido intraluminal hacia bulbo, permaneciendo a los 100 minutos de la ingesta retención del contraste baritado en duodeno.

En tomografía axial se evidencia sobredistensión gástrica y duodenal hasta PAM, apreciándose a ese nivel disminución del diámetro anteroposterior entre aorta y arteria mesentérica superior (6 mm), con ligera dilatación de primeras asas de yeyuno que presentan dilatación de sus pliegues (posible malabsorción intestinal).

Se inicia nutrición parenteral total y sondaje nasogástrico. Se realiza laparoscopia exploradora con cuatro trocares y confección de anastomosis duodeno-yeyunal (a unos 8 cm del ángulo de Treitz) latero-

lateral mecánica (endoGIA carga azul) con cierre del ojal mesentérico. La paciente es alta hospitalaria al sexto día postoperatorio, tolerando dieta sólida y con cifras de glucemia normalizadas.

Discusión: la PAM es poco frecuente pero debe tenerse en cuenta en pacientes jóvenes con cuadros suboclusivos crónicos, epigastralgia, vómitos alimenticios y pérdida de peso.

La duodeno-yeyunostomía laparoscópica permite su resolución con poca morbilidad y excelentes resultados estéticos y funcionales.

CP139. SÍNDROME DE LEMIERRE.

S. Roldán-Baños¹, J.Á. Flores-García¹, M.H. Domínguez-Fernández², I. Fernández-Muñoz³, A. Galnares Jiménez-Placer¹, J. Galván-Martín¹, J.R. Domínguez-Martínez¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Zafra Salud, Zafra. ²Servicio de Investigación. Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos.

³Servicio Radiodiagnóstico. Zafra Salud, Zafra.

Introducción: el síndrome de Lemierre (SL) o sepsis post-angina se caracteriza por sepsis grave y tromboflebitis de vena yugular interna. Producido frecuentemente por *Fusobacterium necrophorum* (anaerobio habitual en cavidad bucal), ocurre habitualmente tras infección orofaríngea.

Requiere alta sospecha clínica y confirmación radiológica. El tratamiento antibiótico debe instaurarse sin esperar confirmación microbiológica, a dosis altas y prolongado (3-6 semanas).

Más del 95% de las cepas son sensibles a penicilina, clindamicina, metronidazol, amoxicilina-clavulánico y carbapenémicos; y resistentes a macrólidos y cefalosporinas de tercera generación.

Caso clínico: varón de 66 años con gastrectomía parcial y reconstrucción en Y de Roux por colecistitis litiasica con plastrón inflamatorio y úlcera pilórica perforada a colon transversal.

Tras seis meses requiere reintervención para lisis de adherencias y eventroplastia, reingresando a los tres meses por cuadro suboclusivo. En tomografía axial computarizada (TAC) se evidencia dilatación gástrica que responde bien a aspiración nasogástrica.

Se realizan endoscopia digestiva alta y tránsito intestinal (apreciándose estenosis de anastomosis yeyuno-yeyunal). Se procede a colocación de drum para nutrición parenteral y se solicita dilatación endoscópica.

Tras 48 horas, el paciente presenta dolor y contractura cervical, shock séptico con hipotensión, oligoanuria e insuficiencia respiratoria severa que requiere drogas vasoactivas e intubación orotraqueal.

En radiografía y TAC urgentes se aprecian émbolos sépticos pulmonares bilaterales y en eco Doppler trombosis parcial no oclusiva de vena yugular interna derecha.

Se retira catéter, iniciando heparina a dosis terapéuticas y antibioterapia de amplio espectro previa toma de hemocultivos, y se traslada a unidad de cuidados intensivos donde fallece por fracaso multiorgánico.

Discusión: gracias a los antibióticos de amplio espectro, la mortalidad del SL ha disminuido considerablemente (4-18%). El diagnóstico

puede ser difícil por su rareza. Debemos sospecharlo en pacientes con dispositivos endoluminales como catéteres de nutrición parenteral, con sepsis severa, sintomatología pulmonar y tumefacción dolorosa cervical dado que su pronóstico puede ser fatal a corto plazo.

CP140. ENDOMETRIOMA MALIGNIZADO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO.

C. San Juan-López, Á. Pareja-López, N. Espinola-Cortés, R. Torres-Fernández, S. Ortega-Ruiz, S.M. López-Saro, I. Blesa-Sierra

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: es una condición estrógeno-dependiente que ocurre principalmente durante la edad reproductiva (10%). Puede aparecer en las cicatrices quirúrgicas abdominales después de intervenciones de endometriosis. La teoría más aceptada para su patogénesis es la denominada menstruación retrógrada.

Caso clínico: mujer de 49 años que acude a consulta de Cirugía General derivada desde Atención Primaria, preocupada por el crecimiento progresivo de una tumoración dolorosa que había permanecido estable durante siete años. Se sitúa en la cara lateral del miembro inferior izquierdo. Se realizó una lipoescultura en el año 2005.

En la exploración física, entre el músculo vasto externo izquierdo y el músculo recto anterior del muslo, se palpa una tumoración de 1,5 cm de diámetro máximo, bien delimitada y probablemente subyacente a la aponeurosis muscular. Destaca el dolor a la palpación de la lesión descrita, inusual en las tumoraciones más frecuentemente biopsiadas.

Realizamos una exéresis en régimen CMA. El informe de Anatomía Patológica describió una lesión compatible con endometriosis transformación maligna en adenocarcinoma endometriode grado I. El estudio de extensión fue negativo.

Discusión: los endometriomas en el muslo son altamente infrecuentes, aunque están descritos en la literatura y simulan un tumor de tejidos blandos.

El cambio reciente en la sintomatología debe hacer sospechar en una transformación maligna; desde un tumor indolente de tamaño limitado, conocido hace siete años, a una lesión dolorosa que aumenta su tamaño de forma progresiva en las últimas semanas.

La cesárea es el procedimiento quirúrgico más frecuentemente asociado a endometriosis extrapélvica (0,03%-1%). En nuestro caso, la lipoescultura realizada diez años atrás, podría estar relacionada con la atípica localización lesional, mediante un mecanismo de migración celular.

Debemos sospechar el diagnóstico de un Endometrioma en la pared abdominal o musculatura, en los casos en que se palpe una masa bien delimitada, dolorosa a la pulsión, que la paciente refiere presentar desde hace varios años, en mujeres en edad fértil.

CP141. ENTEROCOLITIS NEUTROPÉNICA SECUNDARIA A DOCETAXEL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

P. González-Benjumea, B. García-del Pino, M. Reyes-Moreno, M.J. Perea-Sánchez, M. Becerra-González, M. Delgado-Morales, I. Escosca-Suárez, R. Balongo-García

UGC Intercentros de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: la enterocolitis neutropénica (ECN) es un síndrome clínico que se desarrolla en pacientes con neutropenia, habitualmente inmunosuprimidos, siendo el principal factor de riesgo la neutropenia <1.000/mm.

La presentación clínica se caracteriza por dolor abdominal y fiebre y se genera por daño inflamatorio y necrosis de la mucosa intestinal, principalmente del íleon terminal y el ciego.

Presenta pronóstico devastador, con una mortalidad entorno al 50%, su incidencia varía desde un 1% a un 26%.

Caso clínico: mujer de 50 años mastectomizada por carcinoma de mama izquierda en tratamiento adyuvante con docetaxel, que tras primer ciclo quimioterápico acude a urgencias por diarrea de seis días asociada a dolor abdominal, malestar general y anorexia.

En analítica destaca linfopenia con 50 neutrófilos totales. En TC de abdomen se objetiva enterocolitis con neumatosis parietal y signos de microperforación.

Se realiza laparotomía media objetivando isquemia de colon derecho por lo que se decide hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica latero-lateral manual. El postoperatorio inmediato cursa en UCI precisando drogas vasoactivas, antibioterapia de amplio espectro y fluidoterapia intensiva siendo dada de alta a planta de hospitalización al cuarto día. Evolución favorable, con buena tolerancia oral y restablecimiento del tránsito, por lo que se procede al alta tras 20 días desde ingreso.

Discusión: el uso de docetaxel, ha demostrado aceptable actividad en neoplasias como el cáncer de mama. Es excepcional la aparición de toxicidad con dosis de 40 mg/m, sin embargo si ha sido descrito la aparición de enterocolitis neutropénica con dosis entre 60-90 mg/m, por lo que deberíamos sospechar la existencia de enterocolitis necrotizante en enfermos tratados con este fármaco en dosis superiores a 40 mg/m, que presentan fiebre, dolor abdominal, deposiciones diarreicas y engrosamiento de pared cecal mayor de 4 mm, con el fin de poder instaurar el tratamiento adecuado para evitar la importante morbimortalidad asociada.

CP142. PERFORACIÓN DE LA ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL COMO COMPLICACIÓN TARDÍA TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA.

P. González-Benjumea¹, R. Martínez-Mojarro², M. Delgado-Morales², D. Molina-García², R. Martín García-de Arboleya², Á. Rodríguez-Padilla², J. Candón-Vázquez², R. Balongo-García²

¹UGC Intercentros de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: para la reconstrucción de una duodenopancreatectomía cefálica (DPC), el esquema clásico propuesto por Child prevalece en la actualidad.

Desde hace varios años en nuestro centro se opta por una reconstrucción en doble asa: asa biliopancreática transmesocólica y asa alimentaria supracólica y finalmente se realiza el de pie de asa.

Las complicaciones en cirugía pancreática suponen alta tasa de mortalidad, que aumenta en el contexto de una cirugía de urgencia dada su alta complejidad técnico-quirúrgica.

Caso clínico: varón de 76 años intervenido en abril de 2016 por carcinoma de cabeza de páncreas, realizándose DPC. Posteriormente recibe QT adyuvante.

Anatomía Patológica: adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado, estadio T3N1M0.

Cinco meses tras la cirugía acude a urgencias por epigastralgia asociada a leucocitosis, neutrofilia y elevación de PCR.

TAC-abdominal: burbujas aéreas junto a la gastroyeyunostomía, con desestructuración de la anastomosis y que borra el plano con el colon transversal, que presenta cambios inflamatorios por continuidad.

Se decide cirugía urgente, objetivándose perforación de la anastomosis gastroyeyunal con fistulización a colon transversal. Se reseca y rehace la anastomosis gastroyeyunal, colectomía transversal segmentaria (zona de fistulización), colostomía y fístula mucosa.

Postoperatorio inmediato en UCI. Tras buena evolución en planta es dado de alta al 15º día postoperatorio. El paciente continúa en revisiones con evolución favorable.

Discusión: la tasa de fístulas gastrointestinales como complicación de la cirugía pancreática es variable en función de las distintas series. En la serie de Braasch se describe un 2% de estas, y en la serie de Hoyos se reportan cuatro casos de un total de ocho pacientes intervenidos. Como complicación tardía es un hallazgo extremadamente raro.

Dependiendo de las condiciones locales y del paciente, cuando sea necesario el tratamiento quirúrgico, se optará por la resección y reconstrucción de la anastomosis o por la resutura de la dehiscencia, colocando una yeyunostomía para descompresión de la zona.

CP143. PERFORACIÓN INTESTINAL MÚLTIPLE SECUNDARIA A TUBERCULOSIS INTESTINAL.

P. González-Benjumea, B. García-del Pino, R. Martín-García de Arboleya, M.J. Perea-Sánchez, Á. Rodríguez-Padilla, M. Becerra-González, J. Candón-Vázquez, R. Balongo-García

UGC Intercentros de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: la TBC es un problema sanitario importante, la inmunodepresión e inmigración constituyen los principales factores en su reaparición. El Mycobacterium tuberculosis es el principal responsable la TBC-abdominal. La clínica es inespecífica y compatible con otras patologías como EII e infección por yersinia y amebomas.

El diagnóstico se realiza mediante tinción BAAR (Ziehl-Neelsen), positiva en 35-60% de los casos, y cultivo en medio Löwestein (diagnóstica el 80% de los casos). Si son negativos, podemos recurrir al análisis por PCR.

Caso clínico: mujer 31 años, enfermedad de Crohn en tratamiento con metoject y prednisona y TBC-pulmonar en tratamiento tuberculostático.

Junio de 2016: perforación de yeyuno medio sobre aérea de aspecto inflamatorio de 5 cm de extensión. Resección intestinal. Alta al séptimo día PO.

Anatomía Patológica: ID con granulomas epitelioides con necrosis central. Ziehl-Neelsen negativo para BAAR.

Julio de 2016: ingreso por brote de enfermedad de Crohn siendo alta el noveno día. A las 24 horas presenta perforación de yeyuno a 15 cm de anastomosis previa. Resección del segmento afecto.

El décimo día PO presenta nueva perforación a nivel del muñón yeyunal de anastomosis previa. Resección intestinal.

Alta al 18º día con diagnóstico de TBC-intestinal.

Anatomía Patológica: ID con granulomas necrotizantes. Ziehl-Neelsen positivo para BAAR.

Septiembre de 2016: perforación de anastomosis previa+Estenosis a 10 cm. Resección de 20 cm de delgado (anastomosis perforada y estenosis).

Tras veinte días de ingreso se procede al alta, momento desde el cual permanece estable y sin incidencias.

Discusión: la TBC-gastrointestinal ocupa la sexta localización de TBC-extrapulmonar. Sus complicaciones constituyen la principal forma de presentación.

En el diagnóstico diferencial debe prestarse especial atención a la enfermedad de Crohn. El uso de corticoides como terapia empírica aumenta el riesgo de diseminación tuberculosa, si no es posible diferenciar entre enfermedad tuberculosa y Crohn no deben administrarse.

El tratamiento con triple terapia durante doce meses debe iniciarse tan pronto como sea diagnosticado. El tratamiento quirúrgico debe reservarse para las complicaciones.

CP144. ESPLENECTOMÍA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE CON DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIASIS VISCERAL.

A.B. Bustos-Merlo, R. Rodríguez-González, A. Fernández-Pérez, A. Ruiz de Adana-Garrido, R. Moya-Vázquez

Departamento de Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal San Juan de la Cruz, Úbeda.

Introducción: la leishmaniasis visceral es una enfermedad parasitaria ocasionada por protozoos del género Leishmania. Su transmisión habitual es vectorial (mosquito hembra de la familia Phlebotomidae). El reservorio son animales vertebrados (perros, ratas, etc.) y el hombre. Afecta preferentemente al hígado, bazo, ganglios, y con menos frecuencia a órganos como riñón, aparato digestivo y sistema nervioso central. Se caracteriza por fiebre, esplenomegalia, leucopenia con monocitosis, hipergammaglobulinemia y pérdida de peso acompañada de debilidad progresiva. En los últimos años, ha habido un aumento del número de casos asociados al virus de la inmunodeficiencia humana. En España se han descrito focos en Cataluña, Castilla la Mancha y Andalucía. Nuestro caso trata de un adulto joven inmunocompetente.

Caso clínico: paciente de 24 años, sin antecedentes de interés, que ingresa en Medicina Interna para estudio por fiebre alta, predominantemente nocturna, y dolor de garganta de una semana de evolución. En analítica realizada, destacaba una pancitopenia e IgG elevada con estudio de aspirado de médula ósea sin alteraciones. Se realizaron serologías con positividad para Leishmania IgG, VIH negativo. En ecografía se detectó una esplenomegalia. Se complementó estudio con TC cervicotorácico y abdominopélico que destacaba una importante esplenomegalia (21,5x11,6x15 cm) con al menos cuatro lesiones hipodensas (**Figura 1**). Se inició tratamiento con Anfotericina B ante la sospecha clínica de leishmaniasis visceral sin respuesta favorable. Dada la pancitopenia y las dimensiones del bazo, se decidió conjuntamente con el Servicio de Medicina Interna y Hematología, realización de esplenectomía. La Anatomía Patológica finalmente confirmó el diagnóstico de leishmaniasis.

Discusión: el diagnóstico diferencial de la leishmaniasis es muy amplio (tuberculosis miliar, brucelosis, salmonelosis, endocarditis, mononucleosis, sepsis, linfomas, etc.). La Anfotericina B y los antimoniales pentavalentes son el tratamiento de elección, pero en los casos refractarios, la esplenectomía puede tener una alta tasa de éxito reduciendo las complicaciones del hiperesplenismo y proporcionando una cura.



(CP144) Figura 1 Esplenomegalia en imagen de TC.

CP145. EVISCERACIÓN TRAUMÁTICA MASIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

E. Perea-del Pozo; M. Bustos-Jiménez; J.M. Castillo-Tuñón, F. Pareja-Ciuró, J. Padillo-Ruiz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: presentamos un caso clínico de abdomen abierto traumático con evisceración masiva y pérdida de sustancia de pared abdominal, secundario a traumatismo inciso-contuso de alta energía.

Caso clínico: mujer de 36 años que acude al Servicio de Urgencias con un cuadro de abdomen abierto traumático, presenta pérdida de sustancia de pared abdominal y evisceración masiva secundaria a impacto con automóvil a alta velocidad y diez metros de fricción sobre asfalto. A su llegada la paciente se presenta inestable hemodinámica, intubada, coagulopática e hipotérmica. Presenta además heridas en ambas extremidades superiores con fractura

expuesta de antebrazo (radiocubitales) izquierda y fractura pélvica tipo A según la clasificación de Müller.

Se somete a la paciente a laparotomía exploradora urgente evidenciándose una ausencia total de pared abdominal derecha como muestra en la imagen, sin afectación del paquete intestinal. Se colocó de un sistema de presión negativo como método de cierre temporal del abdomen.

Discusión: los traumatismos abdominales abiertos con evisceración masiva son consecuencia de un traumatismo de alta energía y requieren, casi invariablemente, un manejo quirúrgico. Sin embargo, dada la baja frecuencia de este tipo de lesiones puede llegar a suponer un reto terapéutico.

La cirugía con control de daños en un paciente crítico no incluye la reparación de pared abdominal definitiva. Una vez controladas las lesiones viscerales, los sistemas de cierre temporal del abdomen permiten estabilizar la biomecánica de la pared abdominal hasta que la situación clínica del paciente permita un tratamiento definitivo de la misma, incluyendo el traslado a un centro con unidad de Pared Abdominal Avanzada.

CP146. FASCITIS NECROTIZANTE DE MIEMBRO INFERIOR POR FUGA ANASTOMÓTICA.

I. Mirón-Fernández¹, M. Ruiz-López¹, M. Pitarch-Martínez¹, L. Romacho-López¹, J. Carrasco-Campos¹, I. González-Poveda¹, J.A. Toval-Mata¹, A. Titos-García¹, S. Mera-Velasco², J. Santoyo-Santoyo¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga. ²Unidad de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: la fuga de la anastomosis constituye una de las complicaciones más temidas tras la cirugía del recto pues supone un aumento de la mortalidad. Su incidencia varía del 2-50% y establece como límite los treinta días postoperatorios. Presentamos un caso infrecuente de complicación tardía tras dehiscencia anastomótica.

Caso clínico: mujer de 70 años, diabética tipo 2, con situs inversus. Neoplasia rectal a 10 cm del margen (adenocarcinoma T3N1). Recibe ciclo radioterápico y posteriormente se realiza una resección anterior baja laparoscópica que se convierte ante la imposibilidad de disecar el recto y se completa con anastomosis a 5 cm del ano. La paciente tiene buena evolución salvo por infección superficial de herida. En consulta, se diagnostica pequeña dehiscencia en cara posterior de la anastomosis, que condiciona una colección presacra. Se realiza destechamiento de la cavidad y lavado. Continúa en seguimiento, permaneciendo estable clínica y radiológicamente (persistiendo sinus presacro), descartándose recidiva.

Consulta, cinco años después, por dolor en miembro inferior. En TAC se evidencia fascitis y miositis necrotizante desde región glútea hasta rótula. El enema-TAC objetiva fuga de contraste desde área presacra.

Se interviene para drenaje, fasciotomía y curas con terapia de presión negativa y, finalmente colostomía derivativa. Tras la recuperación de la sepsis y optimización nutricional, se plantea amputación abdominoperineal como tratamiento definitivo. En la cirugía, se

objetiva asa de delgado adherida a pelvis, se disea y sutura pequeño orificio. Sufre shock anafiláctico al látex con inestabilidad que imposibilita proseguir la cirugía.

La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta, sin evidencia de nueva fuga.

Discusión: en la literatura hay descritas complicaciones en miembros inferiores secundarias a fístulas colorrectales. El pronóstico está determinado por la edad, el tiempo de evolución (presentaciones clínicas infrecuentes retrasan el diagnóstico), y las comorbilidades. Planteamos la indicación de cirugía definitiva preferente tras la aparición de dichas eventualidades.

CP147. FIBROSIS MESENTÉRICA IDIOPÁTICA. UN RETO DIAGNÓSTICO.

E. Corrales-Valero, S. Mansilla-Díaz, N. Ávila-García, A. del Fresno-Asensio, L. Pico-Sánchez, C. Monje-Salazar, L.C. Hinojosa-Arco, R. de Luna-Díaz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: la fibrosis retroperitoneal idiopática es una enfermedad rara histológicamente benigna, aunque de curso habitualmente maligno. Incidencia aproximadamente de 1/200.000 habitantes, con predominio en hombres entre 50-60 años, cuya etiología sería inmunológica. Compromete preferentemente tejidos ubicados por debajo de la bifurcación aórtica y tejidos vecinos, siendo lo más frecuente el compromiso de uréteres. Su tratamiento es quirúrgico y medicamentoso en base a corticoides e inmunosupresores.

Caso clínico: paciente de 48 años derivado por urología por hallazgo casual en RNM compatible con plastrón inflamatorio de ileon terminal y ciego probablemente en relación con cuadro inflamatorio intestinal, provocando efecto masa y compresión del uréter derecho. Además, el paciente había presentado de febrícula y molestias intermitentes en FID de 4 meses de evolución asociando 2-3 deposiciones diarias con rectorragia ocasional.

Se completa estudio con TAC de resultado similar y con colonoscopia donde presenta estenosis a unos 40 cm sin alteraciones de la mucosa. En biopsias mucosas y percutánea solo hay fibrosis e intensa inflamación linfoplasmocitaria. Dada la no mejoría con tratamiento conservador y la falta de diagnóstico de certeza se decide intervención donde se aprecia importante fibrosis e induración de retroperitoneo y mesocolon derecho. Se realiza hemicolectomía derecha, colocación de doble J y toma de biopsias retroperitoneales. Finalmente, el diagnóstico tras resultado anatomopatológico de la pieza es de fibrosis retroperitoneal y mesentérica idiopática.

Discusión: la fibrosis retroperitoneal o mesentérica es un reto diagnóstico. Hay que realizar diagnóstico de exclusión puesto que hasta un 33% puede ser secundaria a la utilización de ciertos medicamentos, enfermedades malignas o infecciones. En ocasiones puede necesitar de intervención quirúrgica, aunque el tratamiento suele ser médico y colocación de materiales protésicos de drenaje dado el carácter agresivo de su evolución.

CP148. GANGRENA FOURNIER COMO PRESENTACIÓN DE PERFORACIÓN INTESTINAL.

J.A. Flores-García¹, S. Roldán-Baños¹, M.H. Domínguez-Fernández², J. Galván-Martín¹, A. Galnares Jiménez-Placer¹, J.R. Domínguez-Martínez¹

¹Unidad de Cirugía General y Digestiva. Zafra Salud, Zafra. ²Unidad de Investigación. Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos

Introducción: el síndrome o gangrena de Fournier (GF) se define como una fascitis necrotizante del área genital de rápida progresión y de etiología polimicrobiana con gran destrucción tisular.

Es una patología infrecuente, con tasas de mortalidad próximas 75% casos. La gravedad del proceso y su alta mortalidad dependen de diversos factores como son el inicio anorectal, edad avanzada y existencia de patologías de base. En ocasiones el proceso origina en traumatismos y cirugía anal, abscesos o fistulas anales, y en menor porcentaje de perforaciones de colon (por neoplasias o traumáticas).

Caso clínico: varón de 60 años pluripatológico. Ingresa por dolor perianal intenso, fiebre, estable. Analítica y radiografía abdomen dentro de la normalidad.

A la exploración abdomen doloroso de forma generalizada, timpánico, sin irritación peritoneal. Se objetiva gran absceso pararectal izquierdo. Se practica incisión y desbridamiento de espacio pararectal.

Dos días después reinterviene por gangrena y cuadro de peritonitis. Se practica laparotomía exploradora evidenciando tumor que engloba y perfora asa de íleon terminal con colección fecaloidea que drena a través de periné. El paciente presenta evolución postoperatoria desfavorable (**Figura 1**).

Discusión: es excepcional que una perforación intestinal se inicie con un cuadro estrictamente extraperitoneal. Son pocos los casos recogidos en la literatura. La GF supone una auténtica urgencia quirúrgica. Es esencial el diagnóstico temprano, así como el inicio precoz de tratamiento basado en antibióticos de amplio espectro junto con intervención quirúrgica de desbridamiento amplio de todos los tejidos necrosados. "Su diagnóstico debe ser precoz y el tratamiento agresivo" J. Alfred Fournier.



(CP148) Figura 1

CP149. HERNIA DE SPIEGEL GIGANTE.

J.Á. Flores-García¹, S. Roldán-Baños¹, M.H. Domínguez-Martínez², J.R. Domínguez-Martínez¹, J. Galván-Martín¹, A. Galnares Jiménez-Placer¹

¹Unidad de Cirugía General y Digestiva. Zafra Salud, Zafra. ²Unidad de Investigación. Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos.

Introducción: la hernia de Spiegel es una rara variedad herniaria de pared abdominal (1%). Predominan mujeres y lado derecho. La edad media de aparición es de 40 años. Son factores predisponentes, la obesidad, embarazos repetidos, broncopatía crónica, aumento presión intraabdominal, esfuerzos musculares repetidos y debilidad de pared muscular. Aunque hay casos de defectos congénitos.

Caso clínico: mujer de 80 años. Exploración buen estado general, abdomen globuloso, depresible, no doloroso, con tumoración parcialmente reductible en región inguinal derecha, no doloroso.

En TAC realizado se objetiva voluminoso saco herniario en región inguinal derecha, de 14x8 cm, con contenido en grasa omental y asas de intestino delgado. Orificio hernia por defecto entre los músculos iliopsoas y recto anterior derecho, sin signos evidentes de complicación. Se realiza liberación y reducción de saco herniario. Cierre de la debilidad con material irreabsorbible e implantación de prótesis anclada al ligamento inguinal desde tubérculo púbico hasta espina iliaca anterior superior lateralmente, medialmente a aponeurosis del recto mayor (**Figura 1**).

Discusión: estas hernias infrecuentes aparecen por debilidad de la línea semilunar de Spiegel, donde existe una zona de transición entre la fascia del músculo recto y las aponeurosis de los músculos anchos del abdomen. La encarceración y estrangulación son complicaciones frecuentes debido orificios herniarios pequeñas. Su contenido destaca epiplón, intestino delgado y colon. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas y muy variables, dolor difuso ± masa.

No hay consenso en la técnica quirúrgica, dependiendo características del paciente y al tipo de hernia. Los resultados de morbilidad y recidiva con técnicas clásicas son buenos.



(CP149) Figura 1

CP150. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA INTERNA A TRAVÉS DE HIATO DE WINSLOW. RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA.

J.Á. Flores-García¹, S. Roldán-Baños¹, I. Fernández-Muñoz², M.H. Domínguez-Fernández³, J. Galván-Martín¹, A. Galnares Jiménez-Placer¹, J.R. Domínguez-Martínez¹

¹Unidad de Cirugía General y Digestiva. Zafra Salud, Zafra. ²Unidad de Radiodiagnóstico. Zafra Salud, Zafra. ³Unidad de Investigación. Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos.

Introducción: el hiato de Winslow representa una apertura peritoneal virtual que puede abrirse ante ciertos factores predisponentes permitiendo comunicación entre saco menor y cavidad peritoneal. Limitado anteriormente por ligamento hepatoduodenal, posteriormente por vena cava inferior, superiormente por lóbulo caudado e inferiormente por duodeno. Las hernias a este nivel son de difícil diagnóstico prequirúrgico. La presión intraabdominal permite el cierre del hiato, sin embargo, múltiples factores pueden predisponer a la hernia como son un hiato amplio, cambios post-inflamatorios o postquirúrgicos (bypass gástrico, trasplante hepático, etc.), aumento de la presión abdominal (parto, ejercicio intenso, etc.).

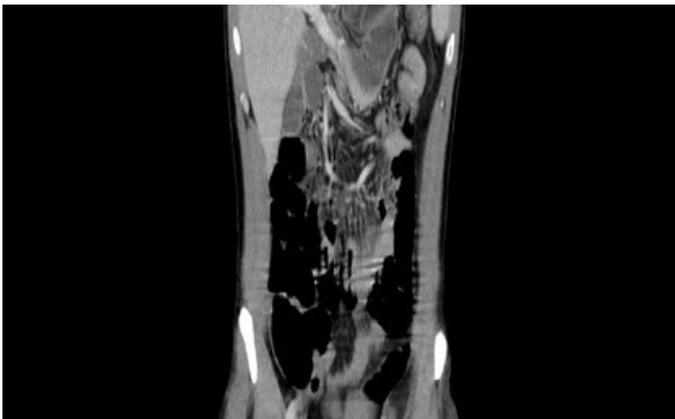
Por orden de frecuencia encontramos al intestino delgado (60-70%), la clínica habitualmente es inespecífica y depende fundamentalmente del órgano herniado, variando desde obstrucción intestinal, dolor abdominal espontáneo e incluso ictericia obstructiva cuando afecta vía biliar.

Caso clínico: varón de 27 años con dolor abdominal cólico de 18 horas que mejora en sedestación, vómitos, abdomen doloroso en epigastrio, peristaltismo aumentado y niveles hidroaéreos de delgado en radiografía abdominal.

Se realiza TAC abdominal apreciándose herniación a través de hiato de Winslow (HWI) de un segmento considerable de intestino delgado, dilatado hasta los 4,5 centímetros y líquido libre intraabdominal.

Ante la persistencia clínica y sospecha de sufrimiento intestinal, realizamos laparoscopia con cuatro trocares traccionando cranealmente de la vesícula, exponiendo el hiato por donde se evidencia segmento de íleon herniado (unos 50 centímetros). Con tracción se logra la reducción completa.

El postoperatorio cursa favorablemente, tolerando dieta desde las 18 horas postoperatorias y siendo alta (Figura 1).



(CP150) Figura 1

Discusión: las HWI presentan una mortalidad cercana al 50% cuando existe compromiso vascular. Su diagnóstico diferencial incluye hernias paraduodenales, vólvulo de ciego, bridas y absceso de saco menor. El tratamiento de elección es la reducción quirúrgica urgente de las asas herniadas y cierre del hiato en casos seleccionados.

CP151. SARCOMA SINOVIAL RETROPERITONEAL.

J.Á. Flores-García¹, S. Roldán-Baños¹, M.H. Domínguez-Fernández¹, A. Galnares Jiménez-Placer¹, G. Blanco-Fernández², J.R. Domínguez-Martínez¹

¹Unidad de Cirugía General y Digestiva. Zafra Salud, Zafra. ²Unidad de Cirugía General. Hospital Infanta Cristina Badajoz, Badajoz.

Introducción: el Sarcoma sinovial (SS) es una neoplasia mesenquimal rara. Pueden surgir en cualquier lugar de partes blandas, especialmente extremidades inferiores, siendo retroperitoneo muy infrecuente. Presentación caso clínico con apoyo imágenes radiodiagnóstica e intraoperatorias.

Caso clínico: mujer 20 años sin antecedentes interés. Astenia y disnea a moderados esfuerzos de un mes de evolución. Revisión ginecológica rutinaria detectando masa abdominal.

TAC/RMN: gran masa heterogénea retroperitoneal 13,5x11x9,5. Hepatomegalia congestiva compromiso VC próxima confluencia suprahepáticas, dilatación vena renal izquierda. Adenopatías. Ascitis.

Exploración dolor leve hemiabdomen derecho con sensación masa, resto normal.

Intervención hallando tumoración extiende desde polo superior riñón derecho hasta diafragma infiltrándolo. Se realiza liberación tumoral progresiva de la cava en toda su circunferencia hasta entrada pericardio, así como suprahepáticas. Extirpación pastilla diafragmática 15 cm y segmento VII hepático con infiltración tumoral.

En postoperatorio desarrolla Budd-Chiari, ascitis y derrame pleural 2º ascitis en resolución siendo alta (Figura 1).

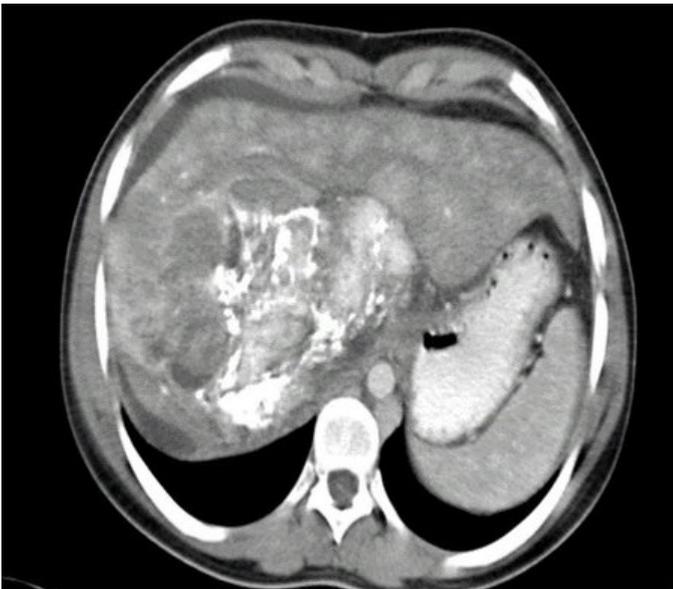
Discusión: el SS presenta incidencia anual 2-3/100.000, <1% de todos los tumores malignos. Pico aparición oscila 16-36 años. Predominio varón (1,2:1). Patogénesis desconocida.

Generalmente manifiesta masa indolora crecimiento lento, retrasando diagnóstico, 10% presentan metástasis (principalmente pulmones). El dolor relaciona con afectación nerviosa y efecto masa.

La TAC, RMN, gammagrafía ósea y biopsia es obligatoria para correcta planificación quirúrgica evaluando extensión. PET escasa utilidad.

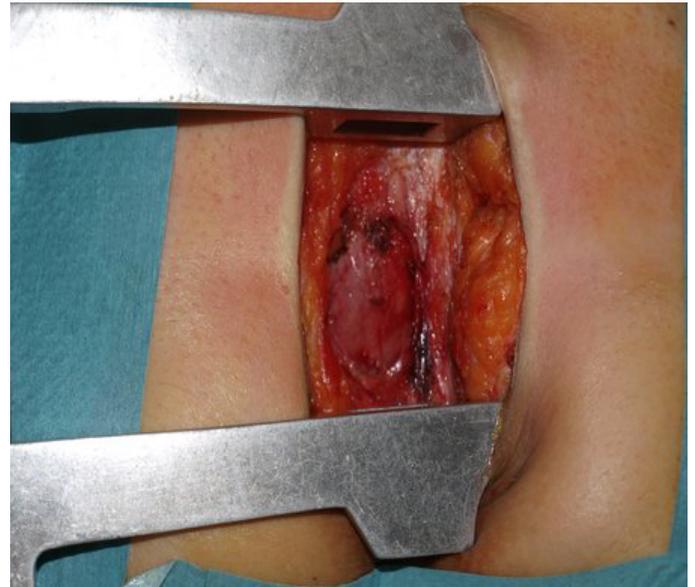
Pronóstico relaciona con viabilidad de la resección quirúrgica, tamaño tumoral e invasión local. Tumores mayores 5 cm gran riesgo metástasis distancia con supervivencia 60-70%.

La resección quirúrgica con márgenes superior 1 cm con/sin radioterapia adyuvante y/o quimioterapia son los pilares básicos tratamiento. Esta cirugía compleja permite beneficiarse experiencia cirugía de trasplante.



(CP151) Figura 1
TAC sarcoma sinovial.

variable. La resección total es la mejor opción de tratamiento. Quimio-radioterapia es relativamente ineficaz.



(CP152) Figura 1

CP152. TUMORES PARARRECTALES (TERATOMA PRESACRO).

J.Á. Flores-García, S. Roldán-Baños, A. Galnares Jiménez-Placer, J.R. Domínguez-Martínez, J. Galván-Martín

Unidad de Cirugía General y Digestiva. Zafra Salud, Zafra

Introducción: los tumores retrorrectales (presacros) son tumores raros en la práctica quirúrgica, de etiología variada, con predominio en el sexo femenino, sin embargo, las formas malignas son más frecuentes en el sexo masculino y en población pediátrica. Incidencia oscila 1:50.000 pacientes en centros de referencia. El espacio presacro contiene múltiples restos embriológicos dando lugar a gran diversidad tejidos. La mayoría de estas masas son benignas pero un 30-45% presentan rasgos de malignidad precisando tratamiento quirúrgico agresivo. Las lesiones sólidas presentan más tendencia a la malignidad que las quísticas.

Caso clínico: mujer de 43 años, sin antecedentes interés. Colonoscopia y tacto rectal no patológico.

En RMN seguimiento aprecia lesión 72x60x76 mm, anterior al sacro y detrás vejiga y vagina, desplazando recto-lateralmente.

Como hallazgos operatorios tumoración quística presacra que se adhiere al coxis ocupando el plano por encima de los elevadores, con contenido purulento y abundante escamas acelulares. Incisión perirectal circular con extensión hacia el coxis, apertura rafe medio y músculos lateralmente. Resección dificultosa de la lesión en su totalidad previa resección del coxis por infiltración fibrosa (Figura 1).

Discusión: pueden clasificarse como congénitos (67%), neurogénicos (10%), inflamatorios, óseos y varios. Los teratomas (55-70% de todos tumores retrorrectales) contienen tejido de cada capa germinal con potencial maligno (10%) si no se tratan.

En el diagnóstico de tumores presacros es esencial tacto rectal (efecto masa) y colonoscopia. En su estudio destaca RMN Clínica generalmente es asintomática. El tratamiento y pronóstico es muy

CP153. HEMATOMA POSTRAUMÁTICO MAMARIO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE CA MUCINOSO DE MAMA.

S. Ayllón-Gámez¹, K. Tello-Collantes², P. Moreno-Paredes¹, C. Peña-Barturen¹, J. Varela-Recio¹, M. Fornell-Ariza¹, S. Roldán-Ortiz¹, J.L. Fernández-Serrano¹

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

²Unidad Anatomía Patológica. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: presentación de un caso de ca mucinoso de mama con invasión de vasos sanguíneos peritumorales y hematoma perilesional.

Caso clínico: se presenta el caso de una mujer de 75 años con antecedentes de hepatopatía enólica derivada a consultas de patología mamaria por presentar desde hacía varios meses tumoración con hematoma postraumático en mama izquierda. A la exploración presenta tumoración de 10 cm aproximadamente en mama izquierda que ocupa cuadrantes internos y desplaza el complejo areola-pezones hacia región externa. La tumoración es de consistencia dura y tensa por lo que se realiza punción de la misma extrayéndose material hemático oscuro. Se realiza ecografía y mamografía, con resultados de BIRADS 4 en mama izquierda y adenopatías sospechosas de malignidad. Se realizan BAG: carcinoma mucinoso estadía IIb cT3 cN0 cMx, PAAF adenopatías axilares: celularidad linfoide, sin evidencia de células tumorales. El caso es evaluado en comité multidisciplinar proponiéndose mastectomía simple izquierda y BSGC izquierdo con resultado intraoperatorio negativo.

El postoperatorio cursa con alto débito de sangrado en drenaje y hematoma en lecho de mastectomía precisando transfusión de hasta 6 concentrados de hemáties con una estancia de tres días. Informe definitivo anatomopatológico: carcinoma mucinoso de 14 cm con márgenes libres e invasión vascular peritumoral. Presenta receptores hormonales (estrógenos y progesterona) positivos, HER-2 neu negativo y Ki-67: 10%. Se propone completar tratamiento con hormonoterapia y radioterapia.

Discusión: el cáncer de mama continúa constituyendo la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres a pesar de las constantes revisiones y actualizaciones en materia de screening y prevención primaria. La principal forma de presentación es una tumoración. El carcinoma mucinoso supone del 1 al 2% de los tumores invasores de mama y presenta un pronóstico favorable, con una forma de presentación similar a los demás tipos histológicos, pero pudiendo presentarse como hematoma en caso de alcanzar invasión vascular.

CP155. QUISTE HIDATÍDICO EN NUESTRO MEDIO.

S. Ayllón-Gómez¹, I. Millán-Ortega², M. Fornell-Ariza¹, C. Peña-Barturen¹, J. Varela-Recio¹, S. Roldán-Ortiz¹, M.J. Castro-Santiago¹, J.L. Fernández-Serrano¹

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

²Unidad Anatomía Patológica. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: caso clínico de un paciente que presenta quiste hidatídico.

Caso clínico: varón de 62 años con antecedentes de contacto con perros valorado por epigastralgia de meses de evolución. A la exploración presenta hepatomegalia a expensas de LHI, con molestias en epigastrio. Ecografía abdominal: lesión redondeada con centro hipoeoico, con nódulo mural de 6,8x6,3 cm en LHI que impronta sobre unión esófago-gástrica y páncreas; TC: lesión quística compleja, parcialmente calcificada, de crecimiento exofítico, dependiente de LHI que comprime curvatura menor gástrica, sugestiva de quiste hidatídico. Serología negativa.

Se decide cirugía hallándose tumoración grande, calcificada, que ocupa segmentos II-III y adherida a diafragma, epiplón menor y que desplaza estómago. Se realiza periquistectomía total cerrada.

Informe anatomopatológico: quiste hidatídico de 8 cm que presenta una capa externa periquística de tejido fibroso denso, una capa lamina eosinófila y una capa germinal con abundante vesículas hijas.

En el postoperatorio evoluciona favorablemente. Alta al sexto día postoperatorio. Se prescribe tratamiento complementario con albendazol 400 mg/12 horas durante cuatro semanas para disminuir el riesgo de diseminación y equinocosis secundaria.

Discusión: la hidatidosis o equinocosis es producida por el Echinococcus. El control de la enfermedad incluye medidas como el contacto con perros y la higiene de alimentos frescos. La infección es inicialmente asintomática, puede dar síntomas compresivos. En El 67% de los casos se afecta el hígado y en el 70% aparecerá un quiste único. Diagnóstico mediante pruebas de imagen en la mayoría de los casos y en el diferencial se incluyen otras LOEs hepáticas (quistes simples, hemangiomas, CHC, tuberculomas o abscesos). Para el tratamiento se emplean antiparasitarios (albendazol, mebendazol), punción percutánea o cirugía, para quistes complicados, de gran tamaño (mayor de 10 cm) o no subsidiarios de tratamiento percutáneo (en nuestro caso por la elevada presencia de vesículas hijas).

CP156. HEMOSUCCUS PANCREATICUS.

P. García-Muñoz, C. Cepeda-Franco, C. Olivares-Oliver, J.M. Álamo-Martínez, C. Bernal-Bellido, L.M. Marín-Gómez, G. Suárez-Artacho, F.J. Padillo-Ruiz, M.Á. Gómez-Bravo

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: el *Hemosuccus Pancreaticus* es una forma infrecuente de hemorragia digestiva alta, que hace referencia al sangrado a través del conducto pancreático común hacia la segunda porción duodenal. La causa más frecuente de esta entidad es la pancreatitis crónica por su asociación con la formación de pseudoaneurimas, siendo el más frecuente el de la arteria esplénica, seguido de la arteria gastroduodenal y la pancreaticoduodenal.

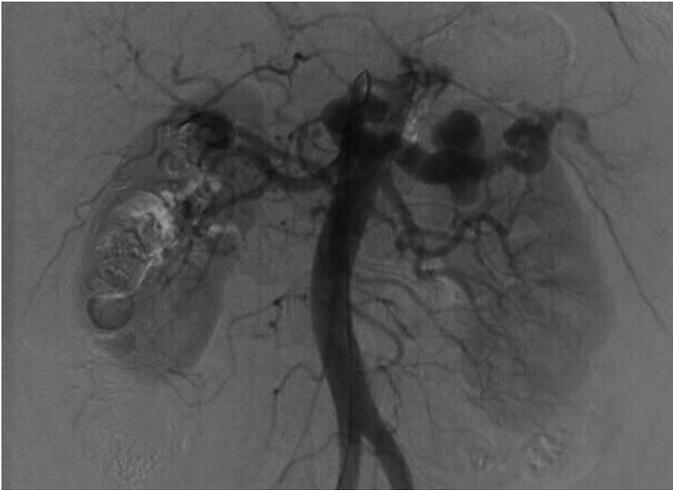
Caso clínico: varón de 41 años con antecedente de varios episodios de pancreatitis aguda enólica, que acude a urgencias por malestar general, sudoración profusa, dolor abdominal intenso, vómitos y rectorragia masiva de aparición súbita, manteniendo estabilidad hemodinámica a pesar de una caída brusca de la hemoglobina de hasta 10 puntos, que requiere el iniciar protocolo de transfusión masiva. Se realiza endoscopia oral, colonoscopia y gammagrafía con eritrocitos marcados sin evidenciarse el origen del sangrado. Se completa estudio con una TAC abdominal con contraste iv poniendo de manifiesto la presencia de un pseudoaneurisma de la arteria esplénica de 31x70 mm que invade cuerpo y cola pancreática. Tras los hallazgos radiológicos se decide radiología intervencionista. En la arteriografía abdominal se aprecia una marcada dilatación aneurismática de la totalidad de la arteria esplénica y se procede a la embolización de la arteria esplénica por "exclusión". Tras lo cual desarrolló un infarto esplénico que evolucionó de manera satisfactoria con tratamiento conservador (Figuras 1-3).

Discusión: el *Hemosuccus Pancreaticus* es una entidad grave y poco frecuente, con un diagnóstico tardío debido a la ausencia de signos ó síntomas clínicos patognomónicos, por lo que requiere una alta sospecha clínica en todo paciente con una hemorragia digestiva alta y antecedentes de pancreatitis para poder realizar un manejo precoz.



(CP156) Figura 1

Pseudoaneurisma de la arteria esplénica.



(CP156) Figura 2

Arteriografía abdominal.



(CP156) Figura 3

Embolización del pseudoaneurisma.

CP157. HERNIAS DEL ORIFICIO DEL TROCAR: NUESTRA SERIE DE CASOS.

P. García-Muñoz¹, A. Senent-Boza¹, M. Flores-Cortés¹, I. Rivero-Belenchón², M. Bustos-Jiménez¹, J.A. Martín-Cartes¹, J.L. Gollonet-Carnicero¹, F.J. Padillo-Ruiz¹

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla. ²UGC de Cirugía General. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: el desarrollo de la laparoscopia ha supuesto la aparición de una nueva entidad: la hernia del orificio del trocar. Se trata de una patología infradiagnosticada con incidencia infraestimada, pero cuyo tratamiento precisa cirugía.

Material y métodos: entre septiembre de 2008 y febrero de 2017, se intervinieron en nuestra Unidad de Cirugía de Pared Abdominal 57 pacientes por hernia del orificio del trocar. Realizamos un análisis descriptivo de nuestra serie de casos recogiendo los datos de forma retrospectiva, analizando las características de los pacientes y de la cirugía laparoscópica causante de la hernia incisional.

Resultados: la edad media de nuestra serie en el momento de la cirugía causante fue de 57 años, siendo el 66,7% mujeres. El IMC medio fue de 33,54 Kg/m². La cirugía causante fue en 34 casos colecistectomía, en 10 casos cirugía ginecológica, en 5 casos hernioplastia, en 3 casos cirugía coloproctológica, en 3 casos apendicectomía, en 1 caso cirugía bariátrica y en 1 caso nefrectomía. El cierre de trocares mayores de 10 mm se realizó en el 75,7% de los pacientes, en 2 pacientes fue con malla. El 71,5% de las hernias se localizaban en línea media, 61,4% en la incisión del trocar umbilical. La mediana de tiempo entre la cirugía causante y la hernioplastia fue de 21,5 meses. El tamaño herniario fue de 39,97 mm, realizándose una reparación protésica en todos los casos con una estancia media tras la hernioplastia de 2,07 días.

Conclusiones: las hernias del orificio del trocar suelen producirse en defectos de 10 mm o más, favoreciendo su aparición factores dependientes del paciente como el sexo femenino, la edad o un IMC elevado, pero también factores dependientes de la técnica quirúrgica sobre los que podemos influir, sobre todo con un cierre adecuado o mediante el uso de mallas profilácticas.

CP158. HERIDA PENETRANTE EN TÓRAX POR ARMA DE FUEGO.

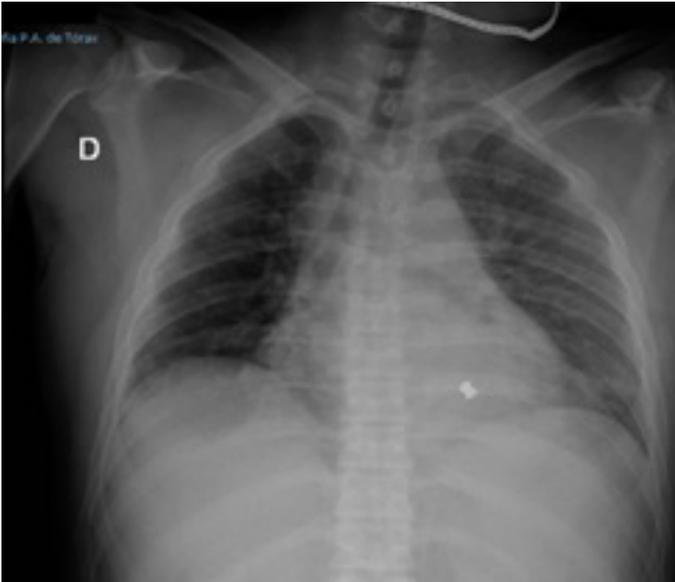
N.S. Ávila-García¹, R. Gómez-Pérez¹, M. Serrano-Baena², S. Mansilla-Díaz¹, L. Pico-Sánchez¹, B. García-García¹

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²UGC Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

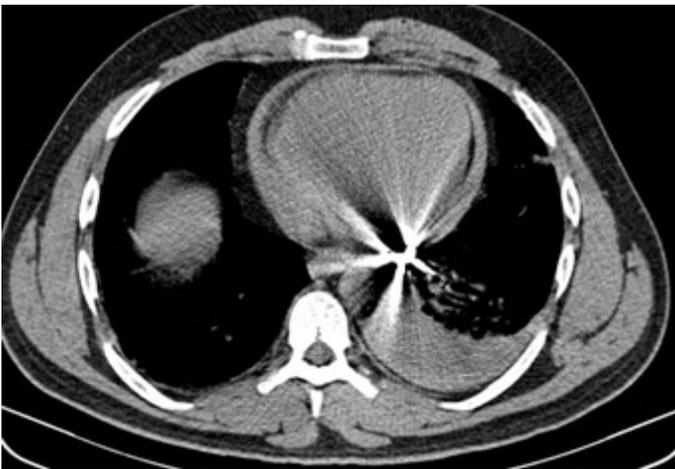
Introducción: las heridas por arma de fuego en tórax son una patología que puede ser muy grave. Son poco frecuentes en nuestro medio. Presentamos un caso clínico de un paciente que llegó por sus propios medios al hospital sin haberle dado importancia a una herida penetrante por arma de fuego en tórax.

Caso clínico: varón de 36 años sin alergias, bebedor y consumidor de cocaína, sin otros antecedentes de interés que acude a Urgencias por herida por proyectil en tórax, tras pelea familiar. Refiere que un familiar le ha disparado con un arma de fuego (escopeta de balines) sin darle mucha importancia porque según el paciente el balín rebotó y no llegó a penetrar en tórax. Exploración: estado de embriaguez y agitación. Constantes normales, sin disnea ni taquicardia. Afebril. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos, buena ventilación sin ruidos respiratorios sobreañadidos. Abdomen normal. Presenta herida por proyectil menor de 1 centímetro en tórax izquierdo a unos tres centímetros del xifoides, con sangrado en sábana, sin palpase cuerpo extraño. Se solicita analítica de sangre y ECG sin hallazgos y radiografías de tórax en las que se objetiva perdigón retrocardíaco. Se completa estudio con TC de tórax: proyectil en mediastino posterior extra cardíaco, escaso derrame pleural izquierdo. El paciente pasa a UCI tras ser valorado por cirugía cardíaca, donde permanece durante 24 horas para observación sin necesidad de transfusión, drogas vasoactivas ni colocación de drenaje torácico dado que se mantiene con buenas saturaciones y la cuantía del derrame pleural es mínima. La evolución en planta es satisfactoria. Se repiten radiografías de tórax, ecocardiografía transtorácica y TAC de tórax previos al alta. El paciente es dado de alta al cuarto día de ingreso (Figuras 1-3).

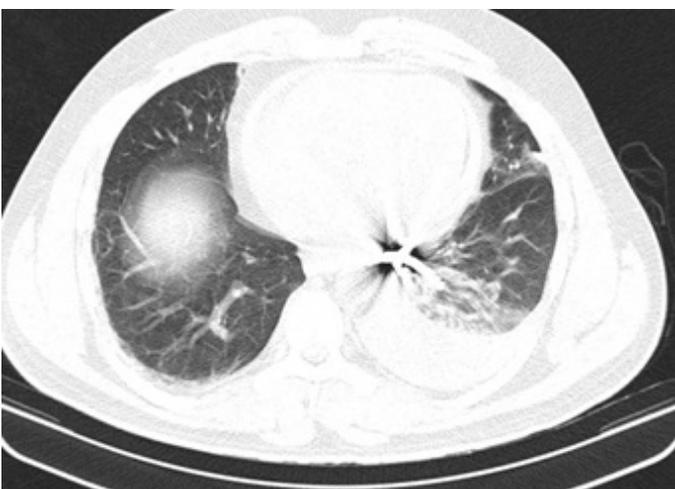
Discusión: las heridas por arma de fuego son potencialmente mortales y precisan un diagnóstico precoz y manejo multidisciplinar coordinado.



(CP158) Figura 1
Radiografía PA tórax. Perdigón retrocardíaco.



(CP158) Figura 2
TC tórax sin contraste iv. Ventana de mediastino: proyectil en mediastino posterior, extracardíaco.



(CP158) Figura 3
TC tórax sin contraste iv. Ventana de pulmón: escaso derrame pleural izquierdo.

CP159. HERNIA DE GARENGEOT: UN RETO DIAGNÓSTICO.

J.C. Gamero-Huamán, B. Marenco-de la Cuadra, J.A. López-Ruiz, S.P. de Lebusant-Fernández, L. Tallón-Aguilar, M. Sánchez-Ramírez, J. López-Pérez, F. Oliva-Mompeán

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: las hernias inguino-crurales son una patología frecuente en nuestro medio, sin embargo, la hernia crural que contenga del apéndice cecal es una entidad muy infrecuente que representa un reto para su diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico: presentamos el caso de una paciente de 88 años, que acude a urgencias por presentar una tumoración inguino-crural derecha irreductible de un día de evolución sin signos de obstrucción intestinal. En la exploración se aprecia una hernia crural encarcelada con coloración rojiza y dolor a la palpación. Analítica sin leucocitosis. PCR de 140.

Se realiza cirugía urgente. Se identifica hernia crural derecha cuyo saco contiene un apéndice cecal de características normales y sin signos inflamatorios. Se realiza apendicectomía profiláctica, resección del saco y cierre del mismo. Realizamos una hernioplastia de Lichtenstein. La paciente presenta un seroma de herida en el postoperatorio inmediato. Se da el alta al segundo día postoperatorio (**Figura 1**).

Discusión: ante una patología tan poco frecuente como la hernia de Garengoot, no existen protocolos para su manejo. Sin embargo, los reportes de casos publicados nos indican que la realización de la apendicectomía se debe hacer si tiene signos de infección aguda y no está claro si se debe realizar la apendicectomía de forma profiláctica. La reparación del defecto herniario se debe realizar con herniorrafia en caso de signos de infección y mediante hernioplastia con malla en caso contrario, como en nuestro caso.

La hernia de Garengoot es una patología infrecuente que, en la mayoría de los casos, se diagnostica de forma intraoperatoria. La técnica de reparación va a depender de la existencia de signos de infección aguda del apéndice cecal, que condicionará la colocación o no de una malla.



(CP159) Figura 1
Hernia de Garengoot.

CP160. ICTERICIA OBSTRUCTIVA POR SÍNDROME DE MIRIZZI.

P. Robayo-Soto, M. Maes-Carballo, B. Cantarero-Jiménez, I. Plata-Pérez, S. Calzado-Baeza, M. Martín-Díaz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril.

Introducción: el síndrome de Mirizzi es una complicación poco frecuente de la coledocistitis, presente en el 0,1% de los pacientes con coledocistitis. Es una entidad clínica caracterizada por un cuadro de ictericia obstructiva secundaria a la impactación de una coledocistitis en el infundíbulo de la vesícula biliar o el conducto cístico, que realiza compresión extrínseca sobre el conducto hepático común. Csendes et al. Reclasificó al Síndrome de Mirizzi en las categorías 1 a 4 en 1989.

Caso clínico: hombre de 63 años con antecedentes quirúrgicos de apendicectomía e íleo biliar. Acude a Urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho, ictericia y fiebre de tres días de evolución. Analítica sanguínea: BT 9,05 mg/dL, BD 4,49 mg/dL, GPT 337, PCR 25,2 mg/dL.

TC abdominal: hallazgos compatibles con dilatación de la vía biliar intrahepática probablemente secundaria a compresión vesicular con múltiples litiasis (Síndrome de Mirizzi).

Se interviene por laparotomía hallando vesícula biliar adherida al duodeno, colédoco englobado en la parte más distal de la vesícula con gran componente inflamatorio y litiasis en su interior (Mirizzi tipo 4).

Se realiza coledocotomía para extracción de cálculos y luego hepático-duodenostomía término lateral.

El postoperatorio cursa sin complicaciones y es dado de alta al séptimo día postquirúrgico (Figuras 1 y 2).

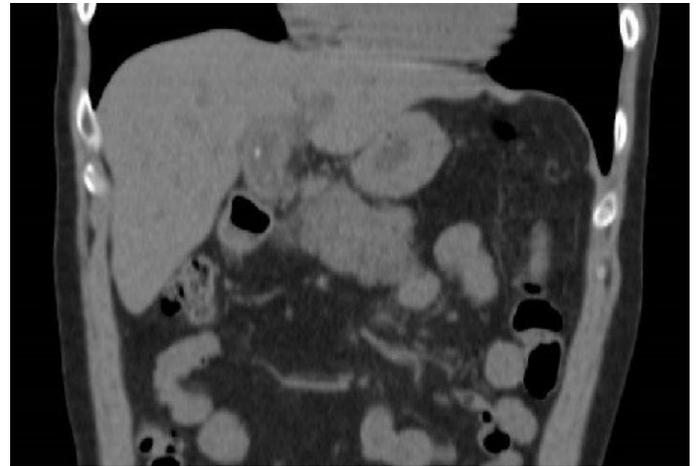
Discusión: el síndrome de Mirizzi es una complicación infrecuente, este motivo justifica tanto la dificultad de su diagnóstico como el hecho de que las series publicadas consten de pocos pacientes estudiados.



(CP160) Figura 1

Litiasis en vía biliar y vesícula biliar escleroatrófica.

El abordaje quirúrgico depende del estadio del síndrome de Mirizzi (presencia o ausencia de fístula colecisto-coledociana). Cuando es tipo I precisa colecistectomía. Los tipos II al IV precisan colecistectomía parcial o completa por vía abierta. En ocasiones requieren sutura, reconstrucción o anastomosis bilioentérica en función del grado de extensión y destrucción originadas por la fístula, en nuestro caso se realizó una hepático-duodenostomía con buen resultado.



(CP160) Figura 2

Vesícula biliar escleroatrófica con litiasis.

CP161. NEUMATOSIS INTESTINAL: ¿SIGNO DE GRAVEDAD?

P. Robayo-Soto¹, A. Selfa-Muñoz², S. Calzado-Baeza¹ B. Cantarero-Jiménez¹, I. Plata-Pérez¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril. ²Servicio Aparato Digestivo. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril.

Introducción: la neumatosis intestinal es un signo radiológico que consiste en la presencia de gas dentro de la pared intestinal y en el complejo venoso portomesentérico. Afecta principalmente a yeyuno e íleon y en el 6% de los casos al colon. La incidencia aumenta en la sexta década y no hay diferencia entre sexos. La etiología es variable y su hallazgo puede ser incidental o indicar la presencia de una patología abdominal grave.

Caso clínico: mujer de 77 años con insuficiencia cardíaca, HTA, trombocitopenia autoinmune y neumopatía intersticial; en tratamiento con carvedilol, hidroclorotiacida, losartán, prednisona, buprenorfina, rituximab (última dosis dos meses antes). Consulta por epigastralgia intensa y vómitos desde hace 24 horas. Refiere molestias abdominales de un mes de evolución, la primera semana se asociaron a diarreas líquidas. A la exploración abdomen doloroso de forma generalizada, timpánico y con ruidos hidroaéreos disminuidos. Analítica: leucocitosis leve, PCR 7 mg/dL, plaquetas 670.000/mm³. Radiografía simple de abdomen: asas intestinales con engrosamiento de la pared y neumatosis. TC: neumatosis intestinal en yeyuno e íleon probablemente secundaria a isquemia mesentérica.

Se desestima la necesidad de cirugía urgente y se instaura tratamiento con medidas conservadoras. Buena evolución sin complicaciones con alta al quinto día de ingreso (Figuras 1 y 2).

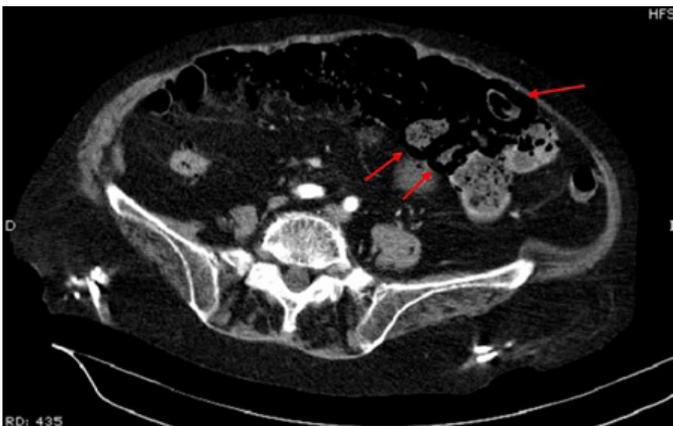
Discusión: neumatosis intestinal no significa siempre enfermedad abdominal grave. En la mayoría de casos se acompaña de síntomas

inespecíficos con curación espontánea, y solamente en el 3% se asocia a complicaciones severas que requieren de cirugía. La distinción entre estas situaciones se hace basándonos en una adecuada valoración clínica.



(CP161) Figura 1

Acúmulo de asas intestinales con engrosamiento de la pared y presencia de áreas de baja densidad correspondiente a gas en la pared intestinal, sugerente de neumatosis intestinal.



(CP161) Figura 2

Múltiples asas de intestino delgado (íleon y yeyuno) adyacentes a la pared abdominal anterior a nivel de hipogastrio con neumatosis (flechas en rojo).

En nuestro caso la evolución rápida y favorable pone en duda el origen isquémico. Aunque la paciente tomaba corticoides que se han sido asociados con neumatosis intestinal, no se retiraron durante el ingreso, así que no se ha conseguido filiar la causa desencadenante del cuadro.

CP162. INTENTO AUTOLÍTICO CON AGUJAS.

A. Vega-Recio, M.P. González-Benjumea, P. Beltrán-Miranda, R. Martín-García de Arboleya, M. Alba-Valmorisco, D. Bejarano González-Serna, M.D. Becerra-González, R. Balongo-García

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: la ingestión de cuerpos extraños (CE) es infrecuente. Entre adultos, los grupos de mayor riesgo son ancianos con prótesis dentales, alteraciones mentales y reclusos (autolesión).

La mayoría de los CE son eliminados espontáneamente. Los potencialmente peligrosos, deben ser extraídos. Recomiendan manejo conservador, con cirugía en caso de complicaciones o fracaso de la extracción por endoscopia.

Caso clínico: mujer de 55 años distímica en tratamiento antidepresivo y minusvalía del 69%, atendida en urgencias por ingesta masiva de alfileres y agujas con fin autolítico.

RX cuello, tórax y abdomen: múltiples elementos metálicos sin signos de complicación.

TAC abdomen: múltiples objetos metálicos afilados, punzantes de 3,5 cm en distintas localizaciones del tubo digestivo. Aunque algunos impresionan de haber perforado la pared intestinal, no observamos burbujas de gas ni aumento de densidad en la grasa mesentérica que lo confirmen.

Valorada por ORL que practica extracción de CE con pinzas bajo anestesia general.

Valorada por Digestivo, extraen endoscópicamente treinta alfileres de laringe, estómago y duodeno.

Ingresa en cirugía, evolucionando de forma satisfactoria sin complicaciones, con expulsión de los CE. Tras valoración por psiquiatría es alta.

Discusión: del total de CE ingeridos, 90% atravesará el tracto gastrointestinal sin complicaciones, 10-20% requerirá extracción endoscópica y 1% precisará cirugía. La indicación varía en función del número y características de CE, ya que los objetos punzantes y cortantes pueden ser difíciles de manejar endoscópicamente siendo más segura la cirugía.

El manejo conservador puede ser una opción en pacientes asintomáticos con CE pequeños y sin características de riesgo. En los restantes, endoscopia de elección, reservándose la cirugía ante situaciones que la contraindiquen, bien por las características de los objetos o por complicaciones. En pacientes psiquiátricos se aconseja la intervención psiquiátrica para prevenir nuevos cuadros. Es esencial un adecuado enfoque individualizando cada caso para no demorar el tratamiento y la aparición de complicaciones potenciales.

CP163. MANEJO QUIRÚRGICO URGENTE DE LA HERNIA UMBILICAL COMPLICADA.

A. Vega-Recio, B. García-del Pino, M. Reyes-Moreno, D. Bejarano González-Serna, M.D. Becerra-González, D. Molina-García, A. Utrera-González, R. Balongo-García

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: las hernias complicadas requieren tratamiento urgente que resuelva la complicación y repare el defecto. Se han preferido las herniorrafias por temor a infección de malla. Actualmente, mejores resultados mediante técnicas sin tensión, aunque no existe consenso

sobre la técnica de elección. Rives: malla preperitoneal. Chevrel: cierre aponeurosis de rectos y malla supraaponeurótica. Plug: tapón de polipropileno fijado mediante puntos.

Material y métodos: presentamos un estudio observacional descriptivo de los pacientes ingresados en Cirugía por hernia umbilical encarada desde enero 2012 a diciembre 2016 dividiéndolos en tres grupos según la técnica de reparación. Obtuvimos una muestra de treinta pacientes (50% varones, 50% mujeres). Analizamos variables sociodemográficas, aspectos quirúrgicos, estancia y complicaciones, realizando el análisis estadístico con SPSS vs 21.

Resultados: dividimos la muestra (n=30) según la técnica quirúrgica realizada:

- Grupo A-Rives: 12 pacientes (7 varones, 5 mujeres). Mediana de edad 49 años (41-69 años). Omento encarado en 5 paciente, intestino delgado en 7 (sin resección intestinal).
- Grupo B-Chevrel: 9 pacientes (5 varones, 4 mujeres). Mediana 53 años (50-72 años). Omento encarado en 5 pacientes, intestino delgado en 4. Resección intestinal en 2.
- Grupo C-Plug: 9 pacientes (3 varones y 6 mujeres). Mediana 51 años (45-69 años). Omento encarado en todos.

La mediana de tiempo quirúrgico fue 45 minutos (35-90 minutos), mediana de estancia 3 días (3-10 días). Se registraron 3 seromas (uno por grupo) tratados conservadoramente, una infección de herida quirúrgica (en los grupos B y C) con buena respuesta a tratamiento oral. Ningún reingreso. Una recidiva en grupo B.

Conclusiones: la hernioplastia, ha demostrado ser segura, con buenos resultados a largo plazo. Según la literatura y nuestra experiencia consideramos que hernias con anillos de hasta 3 cm es seguro el uso del plug. Con anillo >3 cm se deben usar supraaponeurótica/preperitoneal.

Preperitoneal presenta menos seromas y más hematomas. Si realizamos resección intestinal es más segura la supraaponeurótica.

CP164. PERFORACIÓN RECTAL TRAS ESCLEROSIS HEMORROIDAL.

A. Vega-Recio, M.P. González-Benjumea, M.J. Perea-Sánchez, M. Reyes-Moreno, P. Beltrán-Miranda, I. Escoresca-Suárez, R. Rada-Morgades, R. Balongo-García

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva

Introducción: las complicaciones graves posteriores al tratamiento quirúrgico del prolapso hemorroidal son excepcionales. Esto puede atribuirse al hecho de que el prolapso de hemorroides implica una resección y sutura "ciega" del recto distal cerca de la vagina, la próstata, y el Douglas.

Algunos autores han reportado abscesos, fístulas, sepsis retroperitoneal, gangrena de Fournier, perforación, retroneumoperitoneo y neumomediastino. La frecuencia va de 0,08-0,09%.

Caso clínico: varón de 70 años. Como antecedentes hipertensión arterial, síndrome ansioso, hemorroidectomizado recientemente. Consulta por dolor en hipogastrio y retención urinaria. Analíticamente normal, se realiza TC de abdomen que informa de absceso presacro por perforación rectal baja.

Se realizó drenaje percutáneo con débito purulento y antibioterapia de amplio espectro sin resolución completa, por lo que se realiza nuevo TC en el que se objetiva persistencia del absceso por lo que se decide intervención quirúrgica.

En la intervención se halla gran absceso retrocecal purulento sin encontrar comunicación con recto sobre el que se realiza drenaje y lavado, dejado drenaje tipo pezzet. La evolución desde este momento es satisfactoria con progresiva resolución de la colección. En el momento del alta el paciente se encuentra afebril y los lavados por el drenaje son claros.

Discusión: la sepsis perianal debe sospecharse en el postoperatorio ante fiebre, escalofríos, taquicardia, retención urinaria, tenesmo rectal y dolor anal intenso. En la exploración puede encontrarse fluctuación, eritema y edema.

En el tratamiento de las complicaciones se reportan varias opciones: cierre primario, drenaje de espacios perianales y procedimiento de Hartmann.

La perforación rectal tras hemorroidectomía es una complicación muy infrecuente, que si no se identifica a tiempo puede afectar a la calidad de vida y la función del individuo y hacer necesario mayor número de cirugías con aumento de la morbilidad y mortalidad. Por eso se recomienda que la realicen cirujanos con adiestramiento particular en estos procedimientos.

CP165. LIPOMA RETROPERITONEAL GIGANTE.

E. Fernández-Segovia, M. Mogollón-González, A.L. Romera-López, M. López-Cantarero Ballesteros, T. Torres-Alcalá

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: los tumores retroperitoneales primarios son una entidad muy poco frecuente que se origina a partir de músculo, tejido adiposo, tejido linfático o tejido conectivo. La variedad maligna de estos tumores presenta una incidencia en adultos inferior al 0,5%; siendo más frecuentes los de histología benigna. Los más frecuentes son los lipomas, suelen ser de gran tamaño, dado que no existen barreras físicas que impidan su crecimiento.

Casoclínico: paciente de 56 años sin antecedentes de interés, estudiado en consulta externa por tumoración en región inguinal izquierda, que ocasiona molestias por compresión sin otra sintomatología de interés.

Se realiza TAC de abdomen, que visualiza masa de densidad grasa en zona crural izquierda. Esta comienza entre músculo psoas e ilíaco, prologándose caudalmente a través de orificio crural, externa a vasos femorales y medial al músculo recto anterior del muslo. Las dimensiones de esta masa son de 22x9x9 cm, sugerente de lipoma, sin descartar otras posibilidades, como liposarcoma bien diferenciado.

Se realiza resonancia magnética nuclear (RMN) de abdomen y pelvis, que confirma dichos hallazgos.

El paciente se interviene de forma programada, abordándose a través de laparotomía media infraumbilical y conraíncisión en raíz de muslo izquierdo, consiguiéndose una extirpación completa de la tumoración.

El estudio anatomopatológico definitivo informó de lipoma.

Discusión: el diagnóstico diferencial del lipoma retroperitoneal ha de realizarse principalmente con el liposarcoma bien diferenciado. La cirugía de estos tumores es técnicamente difícil, ya que compromete órganos importantes: colon descendente, riñones, páncreas o grandes vasos abdominales. Dado que es difícil hacer un diagnóstico histológico antes de la cirugía, siempre debe plantearse una resección completa con márgenes libres (R0).

CP166. LIPOMATOSIS PELVICA CON EXTENSIÓN EXTRAPELVIANA.

P. de la Herranz-Guerrero, A. Cano-Matías, R. Pérez-Huertas, E. Domínguez-Adame Lanuza, F. Oliva-Mompeán

Departamento de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: la lipomatosis pélvica es una infrecuente entidad patológica, caracterizada por proliferación excesiva de tejido adiposo benigno en espacios vesical y perirrectal. En ocasiones, además del efecto compresivo local, se extiende por orificios cercanos (obturador, inguinal) causando más sintomatología.

Caso clínico: mujer de 70 años sin antecedentes previos de interés que consulta por estreñimiento pertinaz e infecciones urinarias de repetición. Tras completar estudio con pruebas de imagen, en el TAC abdominal se evidenció en pelvis una tumoración hipodensa grasa, de contorno bien definido, de 6x6x10 cm, desplazando hacia la izquierda recto y cuerpo uterino y medial al músculo obturador interno derecho y extendiéndose hacia el exterior a través del agujero obturador derecho. La paciente fue intervenida mediante laparotomía media extrayendo gran tumoración lipomatosa encapsulada con trayecto por orificio obturador en reloj de arena de la tumoración lipomatosa más difusa. La paciente presentó buena evolución y fue dada de alta al tercer día sin incidencias. En seguimiento en consultas, ha presentado recidiva de menor tamaño, escasamente sintomática a los seis años de la cirugía.

Discusión: a pesar de ser una entidad benigna, puede presentar serias complicaciones, afortunadamente no fue el caso que presentamos y tanto la obstrucción rectal como la sintomatología urinaria mejoraron tras la cirugía.

La exéresis quirúrgica del tejido graso puede ser dificultosa por la infiltración de los planos y a veces, por estar íntimamente adherido y vascularizado.

CP167. TUMOR PHILLODES MALIGNO DE MAMA.

P. de la Herranz-Guerrero, P. Fernández-Zamora, R. Albalat-Fernández, A. Cordón-Gamiz, J. Novo-Cabrera, M. la Calle-Marcos, F. Oliva-Mompeán

Departamento de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: el tumor filodes de mama supone entre el 0,3-1% de todos los tumores mamarios. Se presenta en mujeres de entre 35-55 años normalmente.

Caso clínico: mujer de 56 años remitida por aparición de tumoración en mama derecha de rápida evolución. Se realiza mamografía que objetiva imagen que ocupa la práctica totalidad de la mama sin poder valorarse adecuadamente, por lo que se realiza ecografía hallándose lesión heterogénea extensa que se biopsia, dando como conclusión BIRADS 4C. Se realiza resonancia magnética que objetiva una masa de 19x14 cm. El resultado histológico concluye tumor filodes maligno de mama. La paciente es propuesta para cirugía reglada realizándose mastectomía simple, precisando colgajo libre de piel de muslo izquierdo para cerrar el defecto cutáneo. En la pieza quirúrgica se objetiva contacto del tumor con borde del pectoral, por lo que se plantea ampliación de márgenes con colgajo de dorsal ancho realizado por Cirugía Plástica. A los 4 meses acude a urgencias por distensión abdominal, así como lumbalgia. En una TAC abdominal se halla gran masa abdominal de 18x18 cm que es dependiente de anejo derecho. Además, se describen dos metástasis pulmonares y masa de partes blandas que afecta a nivel L1-L3. Durante su ingreso, la paciente desarrolla una paraparesia flácida que se resuelve con radioterapia. Una vez estabilizada, es dada de alta con apoyo de hospitalización domiciliaria y fallece al mes.

Discusión: el tratamiento de este tumor es la resección ampliada con márgenes libres de 10 mm. La terapia adyuvante no ha demostrado alargar la supervivencia libre de enfermedad, sin embargo, podría ser útil en los pacientes en los que no es posible realizar una resección con bordes libres >1 cm. Presenta diseminación hematogena, normalmente a pulmón y tejido óseo, por lo que ni la BSGC ni la linfadenectomía están indicadas de rutina. La siembra metastásica ovárica, como es nuestro caso, es muy infrecuente.

CP168. LIPOMATOSIS SIMÉTRICA MÚLTIPLE O ENFERMEDAD DE MADELUNG.

B. Bascuas-Rodrigo, J.R. Naranjo-Fernández, A. Curado-Soriano, Z. Valera-Sánchez, R. Jurado-Marchena, L. Sánchez-Moreno, E. Navarrete-de Cárcer, F. Oliva-Mompeán

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: la lipomatosis simétrica múltiple (LSM) es una patología de etiología desconocida con baja incidencia (1:25.000) que afecta a varones (15:1) entre 30-60 años. Caracterizada por la aparición de depósitos de tejido adiposo, distribuidos de forma simétrica en región cervical, hombros, tronco y parte proximal de las extremidades, respetando cara y parte distal de las extremidades.

Caso clínico: varón de 69 años sin hábitos tóxicos, diagnosticado de LSB tipo I o enfermedad de Madelung, con HTA e intervenido en 2014 por adenocarcinoma de colon con hemicolectomía derecha e ileostomía y reconstrucción de tránsito en 2017. Consulta por lipomas en hombros, espalda y región cervical que ocasionan limitación de la movilidad y compromiso estético, decidiéndose intervención quirúrgica.

En el examen físico se observan tumoraciones de consistencia elástica, no dolorosas y con límites bien definidos al tacto, que se estudian mediante TAC.

Bajo anestesia general e intubación orotraqueal con el paciente en decúbito prono, se realiza incisión dorsal alta transversa para disección de gran lipoma central multitrabeculado y de varios lipomas de menor tamaño sobre musculatura escapular bilateral. Se colocaron dos drenajes aspirativos que se retiraron al día siguiente. El paciente es dado de alta en cinco días sin incidencias postoperatorias.

El estudio anatomopatológico confirma la presencia de tejido adiposo en todas las tumoraciones.

Discusión: los pacientes con LSB consultan por preocupación estética o limitación de la movilidad, sin otra sintomatología asociada. La aparición de disfagia o dificultad respiratoria no es frecuente.

El diagnóstico es clínico, apoyándose en pruebas de imagen (ecografía, TAC, RMN). A pesar de la posibilidad de recidiva, el único tratamiento efectivo es la extirpación de los lipomas mediante cirugía o liposucción, reservada para casos con compromiso funcional o implicación estética. A pesar de su naturaleza benigna, existe un único caso descrito de degeneración maligna a liposarcoma mixoide.

CP169. OSTEOSARCOMA EXTRAESQUELÉTICO Y HERNIA INGUINAL: UNA RARA ASOCIACIÓN.

B. Bascuas-Rodrigo, J.R. Naranjo-Fernández, Z. Valera-Sánchez, A. Curado-Soriano, R. Jurado-Marchena, L. Sánchez-Moreno, E. Navarrete-de Cárcer, F. Oliva-Monpeán

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: el osteosarcoma extraesquelético es un tumor maligno que ocurre en adultos entre 50-70 años. Supone menos del 4% de los sarcomas. Su respuesta a tratamiento y pronóstico es peor que en osteosarcomas esqueléticos primarios, con supervivencia a cinco años del 10-46% y recurrencia del 50%. Actualmente, existen tres casos de osteosarcoma extraesquelético en región inguinal recogidos en la literatura.

Caso clínico: varón de 74 años diagnosticado de hernia inguinal izquierda (L3P) de cinco años de evolución. Consulta por crecimiento repentino con encarceración crónica, decidiéndose cirugía. En el acto quirúrgico, destaca una nodulación polilobulada en saco herniario con áreas de aspecto óseo que engloban vasos espermáticos, por lo que se decide extirpación en bloque de todo el saco herniario con orquiectomía. Se realiza reparación herniaria mediante hernioplastia tipo Lichtenstein con malla Progrid.

El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de osteosarcoma de alto grado de predominio osteoblástico con focos de necrosis, sin afectación del testículo, infiltración de la cápsula ni del tejido adiposo adyacente.

Confirmada la Anatomía Patológica y realizado el estudio de extensión, que revela adenopatías abdominales y metastásicas pulmonares, se realiza tratamiento con quimioterapia adyuvante por Oncología.

Discusión: el caso revisa la rara asociación entre osteosarcoma extraesquelético y hernia inguinal, con tumoración inguinal como única manifestación clínica.

El diagnóstico preoperatorio del sarcoma en región inguinal debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas inguinales,

especialmente ante hernias de larga evolución con crecimiento e encarceración repentina sin signos de obstrucción ni dolor.

Cualquier masa sospechosa en región inguinal debería estudiarse mediante ecografía, TAC o RMN, para definir el diagnóstico preoperatorio y extensión de la masa y realizar el procedimiento terapéutico adecuado.

Ante el descubrimiento intraoperatorio de una masa sugestiva de malignidad en región inguinal, se debe realizar resección en bloque con márgenes amplios y orquiectomía asociada, con posibilidad de quimioterapia y/o radioterapia adyuvante.

CP170. LIPOSARCOMA GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

P. Machuca-Chiriboga, A. Pérez-Alonso, J.L. Díez-Vigil, A. Reguera-Teba, A. Amador-Marchante, J.M. Capitán-Vallvey

Sección de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Introducción: el liposarcoma gástrico es una entidad muy poco frecuente. Se presenta más frecuentemente en las piernas, retroperitoneal pero muy raramente tiene localización visceral. Los liposarcomas gástricos son muy raros y sólo unos pocos (nueve) casos han sido reportados en todo el mundo.

Histológicamente, los liposarcomas se subdividen en sarcomas diferenciados, myxoides, redondos y pleomórficos. Los liposarcomas gástricos se originan debido a la proliferación de células mesenquimales indiferenciadas dentro de la submucosa.

Generalmente se presenta de forma casual en piezas quirúrgicas o en imágenes radiológicas.

Caso clínico: paciente de 84 años ingresado en el Servicio de Urgencias por Hemorragia Digestiva alta, con melenas de 4 días de evolución.

Examen físico: abdomen blando, depresible, doloroso en epigastrio. No peritonítico.

Durante estancia hospitalaria para estudio presenta clínica de Colecistitis aguda con posterior Cole-LAP. Post operatorio tórpido con aumento de melenas.

EDA: Estomago con mucosa de fundus muy edematosa. En unión cuerpo bajo hacia curvatura mayor presenta lesión submucosa ulcerada en superficie.

TAC Abdominal: Estomago con engrosamiento difuso de pared de predominio submucoso.

Cirugía: paciente es intervenido por vía Laparoscópica, tumoración submucosa a nivel de curvatura mayor, practicándose Gastrectomía vertical.

Anatomía Patológica: liposarcoma bien diferenciado, subtipo lipoma de densidad heterogénea, de localización submucosa.

Discusión: el liposarcoma es principalmente un tumor en adultos con una incidencia máxima entre los 50 y los 65 años. Al igual que con otros sarcomas no existen hallazgos clínicos característicos.

La gastroscopia puede a veces revelar ulceraciones. El diagnóstico definitivo se establece mejor mediante la exploración de TC. Existe una fuerte correlación entre la TC y los hallazgos histopatológicos. Los liposarcomas bien diferenciados tienen un riesgo de recidiva local pero no hay potencial para metástasis.

El diagnóstico de un liposarcoma gástrico debe ser considerado, el tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica.

CP171. SARCOIDOSIS PANCREÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

P. Machuca-Chiriboga, A. Pérez-Alonso, R. Cobos-Cuesta, A. Reguera-Teba, A. Amador-Marchante, J.M. Capitán-Vallvey

Sección de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Introducción: la sarcoidosis pancreática es una patología extremadamente rara, tan solo 25 casos escritos en la Literatura. La sarcoidosis afecta tanto los pulmones como nódulos linfáticos intratorácicos, pero puede afectar a cualquier otro órgano. Tanto la clínica como el diagnóstico presenta un desafío, comparable con el adenocarcinoma; presentándose con clínica de dolor abdominal, pérdida de peso y colestasis por obstrucción de la vía biliar.

Algunos de los hallazgos clásicos de sarcoidosis pulmonar pueden ser negativos en la sarcoidosis pancreática aislada, con sólo un cuarto de los pacientes reportados con linfadenopatía hilar bilateral en la radiografía de tórax y los niveles de ECA normales en el 38% de los casos.

El diagnóstico en este caso se basó en el paciente con características histológicas de la sarcoidosis en combinación con ninguna otra causa de la etiología de la masa pancreática.

Caso clínico: paciente de 76 años en estudio por Servicio de Digestivo por dispepsia, dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio, así como pérdida de peso en los últimos meses. Clínica y analítica de colestasis.

Ecografía: dilatación de la vía biliar extrahepática 14mm sin otros hallazgos.

Colangio-RM: colédoco de 12 mm. 3 Quistes puntiformes en Uncinado + 3 quistes puntiformes en cuerpo y cola que comunican con el conducto de Wirsung.

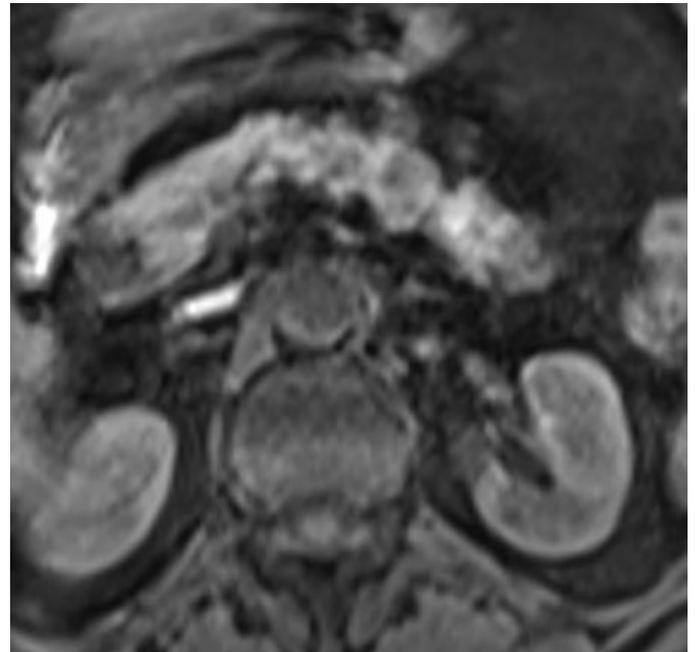
TAC Abdominal: quistes a nivel de uncinado, cuerpo y cola pancreática con dilatación de vía biliar.

Cirugía: pancreatomectomía corporo-caudal y sección de proceso uncinado pancreático.

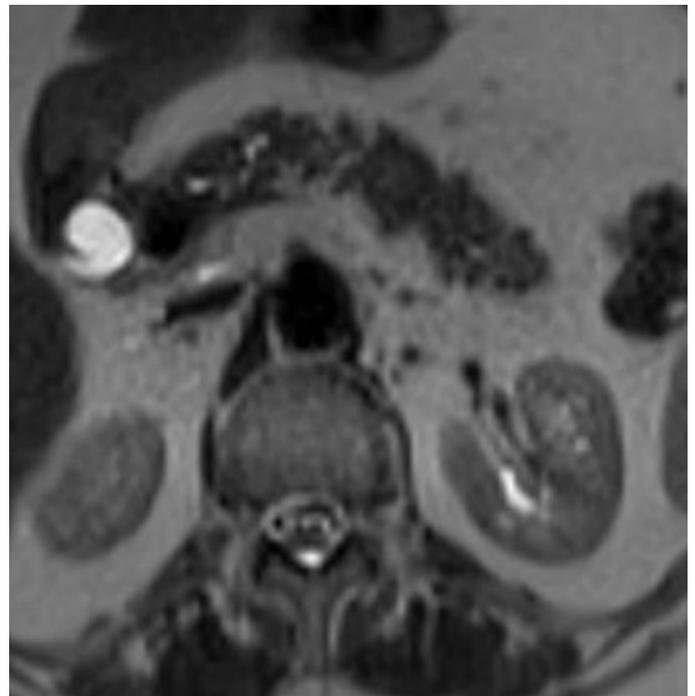
Anatomía Patológica: pancreatitis crónica granulomatosa de tipo tuberculoide, sin necrosis en los granulomas, característicos de una sarcoidosis pancreática.

Post operatorio dentro de la normalidad, con alta hospitalaria a los 8 días (**Figuras 1-3**).

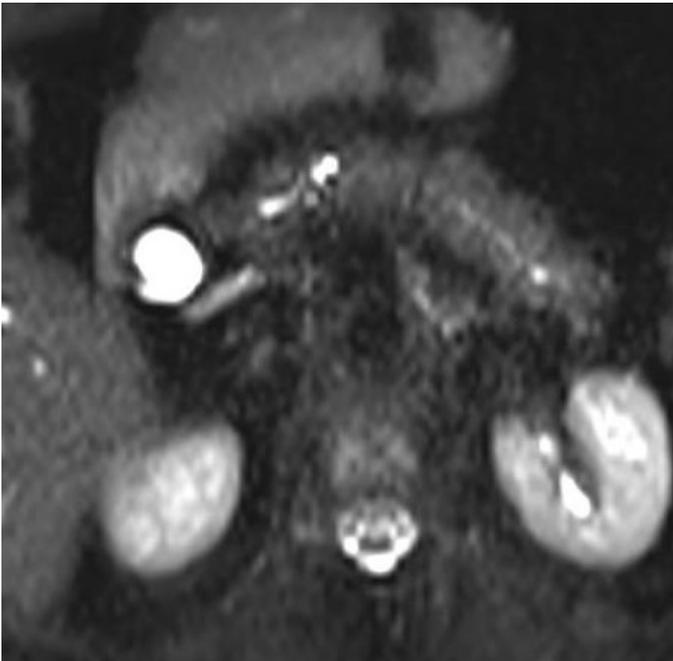
Discusión: a pesar de los avances radiológicos, las masas pancreáticas malignas y benignas, es muy difícil de diagnosticar hasta la exploración operatoria y la citología de las biopsias. Por lo que se recomienda la resección quirúrgica con duodeno-pancreatomectomía de Whipple o Pancreatomectomía corporo-caudal.



(CP171) Figura 1 RMN.



(CP171) Figura 2 RMN.



(CP171) Figura 3

RMN.

CP172. LUMBALGIA COMO MODO DE PRESENTACIÓN DE GANGLIONEUROMA RETROPERITONEAL.

B. García-García, R. Soler-Humanes, L.T. Ocaña-Wilhelmi, L. Pico-Sánchez, S. Mansilla-Díaz, N. Ávila-García, R. de Luna-Díaz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: los ganglioneuromas son tumores primitivos neuroectodérmicos, benignos, bien delimitados y encapsulados, formados por células ganglionares maduras y diferenciadas de la cresta neural. Se localizan en los ganglios simpáticos de esta cadena ganglionar paravertebral y en el tejido adrenal, así como en la glándula suprarrenal y mediastino. Usualmente son asintomáticos y cuando lo son, dependen de la localización del tumor y de la producción o no de hormonas.

Caso clínico: paciente de 41 años, sin antecedentes de interés, que consulta por lumbalgias de repetición y molestias abdominales inespecíficas.

La exploración física fue anodina. Se realiza inicialmente ecografía de abdomen y ante los hallazgos de masa retroperitoneal se solicita TC donde se aprecia una tumoración de 12 cm en relación con la vena renal derecha y vena cava inferior, así como con segunda porción duodenal y proceso uncinado pancreático, existiendo plano de separación, siendo sugestiva de conglomerado adenopático vs. sarcoma. El resto del estudio, así como la analítica con marcadores tumorales y TC de tórax son normales. Tras presentarse el caso en Comité se decide punción (Biopsia Aguja Gruesa, BAG), obteniéndose resultados no concluyentes, motivo por el cual se interviene quirúrgicamente.

Los hallazgos intraoperatorios son de una tumoración de unos 12 cm, de consistencia elástica, con las mayores adherencias en el plano

posterior al músculo psoas y fascia prevertebral. Se logra una exéresis completa y la paciente tiene un postoperatorio favorable, siendo dada de alta al cuarto día. El resultado anatomopatológico es compatible con un ganglioneuroma.

Discusión: el ganglioneuroma es un tumor poco frecuente y que es considerado por muchos autores como la forma benigna del neuroblastoma. Tiene un pronóstico excelente y su resección quirúrgica es casi siempre posible. El retroperitoneo es la segunda localización en frecuencia, después del mediastino.

CP173. MANEJO DE HEMATOMAS POSTHERNIOPLASTIA INGUINAL, ¿OPERAMOS?

A. Curado-Soriano, Y. Lara-Fernández, J.R. Naranjo-Fernández, Z. Valera-Sánchez, R. Jurado-Marchena, L. Sánchez-Moreno, E. Navarrete-de Carcer, F. Oliva-Mompeán

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: el desarrollo de hematomas en la región inguinal tras una hernioplastia se encuentra alrededor del 2% en cirugía convencional y entorno al 4% en cirugía laparoscópica. No disponemos de una clasificación de los hematomas que nos permita comparar los resultados, y tampoco de un protocolo de actuación en el manejo del mismo, que abarca desde el tratamiento conservador al drenaje quirúrgico.

Analizaremos los resultados del manejo conservador frente al manejo quirúrgico de los hematomas.

Material y métodos: definimos como hematoma grande aquel que aparece en la primera semana postoperatoria y presenta un diámetro mayor de 5cm en una prueba de imagen. En el período de enero de 2014 a enero de 2016 realizamos 940 hernioplastias inguinales. Obtuvimos diez pacientes con hematomas inguinales grandes: seis drenados quirúrgicamente y cuatro manejados de forma conservadora.

Resultados: de los diez pacientes con hematoma, siete se desarrollaron después de una hernioplastia según la técnica de Lichtenstein, dos después de una reparación de Stoppa y uno después de una hernioplastia endoscópica preperitoneal (TEP). De los pacientes estudiados, ocho de ellos tomaba de base un antiagregante o un anticoagulante. En el grupo conservador apareció seroma en todos los casos y el hematoma se resolvió tras seis meses de seguimiento. En el grupo intervenido no aparecieron complicaciones a largo plazo, y el hematoma se resolvió en el primer mes postoperatorio en todos los casos.

Conclusiones: en nuestra unidad realizamos drenaje quirúrgico de aquellos hematomas que aparecen en el postoperatorio inmediato y se extienden más allá del saco previo. En nuestra serie el drenaje quirúrgico minimiza las molestias inmediatas del hematoma, el riesgo de complicaciones reduce el seguimiento y las molestias clínicas a largo plazo hasta la resolución completa. En base a nuestra experiencia pensamos que debe ser la primera opción de tratamiento, salvo en aquellos pacientes que el abordaje quirúrgico esté contraindicado por otro motivo.

CP174. NECROSECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

C. Monje-Salazar, J. Roldán-de la Rúa, N. Ávila-García, S. Mansilla-Díaz, E. Corrales-Valero, L. Pico-Sánchez, J.L. Cuba-Castro, M.Á. Suárez-Muñoz, R. de Luna-Díaz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: el tratamiento de la pancreatitis aguda necrotizante está evolucionando, disponiendo actualmente de múltiples opciones de abordaje para la necrosectomía.

Presentamos el caso de un varón de 61 años, con hepatopatía por virus C, que ingresa por pancreatitis aguda necrotizante de origen biliar.

Caso clínico: el paciente se somete a quistogastrostomía con colocación de prótesis Axios, persistiendo gran colección intraabdominal. Dos meses después de su ingreso en planta, en sucesivos TAC de abdomen de control, se evidencia gran colección encapsulada peripancreática con burbujas aéreas de 22 cm.

Dada la evolución tórpida del enfermo se decide necrosectomía pancreática laparoscópica. El abordaje laparoscópico se realiza por vía transperitoneal. Una vez realizado el drenaje de la colección y la necrosectomía, se coloca un sistema de lavado mediante tubo de tórax y sonda de Foley para continuar con curas.

El paciente permanece en UCI durante 72 horas, precisando drogas vasoactivas las primeras 48 horas por shock séptico. Posteriormente sube a planta donde continúa con lavados, tratamiento antibiótico y soporte nutricional. Nueve días tras la cirugía es dado de alta, preservando sistema de lavado para continuar con curas a través del mismo de forma ambulatoria.

Discusión: la pancreatitis aguda necrotizante es la forma más severa de evolución de la pancreatitis aguda, asociando una mortalidad del 15%.

Existen múltiples abordajes para el tratamiento quirúrgico de la pancreatitis aguda necrotizante, desde la cirugía abierta convencional hasta la necrosectomía laparoscópica o por retroperitoneoscopia. El abordaje mínimamente invasivo tiene mejores resultados, por la menor tasa de complicaciones y la más rápida recuperación, si bien es cierto que los pacientes más graves y por tanto con peor pronóstico son los que se tratan mediante cirugía abierta.

Resulta fundamental la adecuada selección de los pacientes para cada procedimiento terapéutico con el fin de lograr los mejores resultados.

CP175. SCHWANNOMA EVOLUCIONADO EN RAÍZ DE MESENTERIO: CASO CLÍNICO.

C. Monje-Salazar, J. Roldán-de la Rúa, S. Mansilla-Díaz, N. Ávila-García, E. Corrales-Valero, L. Pico-Sánchez, L.C. Hinojosa-Arco, R. de Luna-Díaz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: presentamos el caso de un varón de 45 años en estudio por una gran masa abdominal quística de origen incierto con múltiples biopsias inconcluyentes.

Caso clínico: el paciente presenta una masa abdominal de un año de evolución, con de tamaño, causándole dolor abdominal como síntoma principal. En TAC de abdomen se describe una masa en raíz de mesenterio de 14x15 cm, redondeada, de pared gruesa y septos finos internos que realzan con contraste, y calcificaciones groseras; la masa contacta con Arteria mesentérica superior sin infiltrarla.

Se interviene en primer lugar para biopsia y colocación de drenaje, siendo el resultado anatomopatológico de fibrosis, y el drenaje insuficiente. Se decide entonces, ante el crecimiento de la masa, exéresis de la misma, no siendo posible R0 por su íntima relación con borde inferior del páncreas y vena porta.

El resultado anatomopatológico de la pieza definitiva fue de Schwannoma evolucionado.

Discusión: los Schwannomas son tumores benignos y su transformación maligna es rara. Cuando evolucionan o envejecen, crecen, se quistifican y sufren cambios degenerativos. Se originan en las vainas de los nervios y su localización habitual es en cabeza y cuello, siendo excepcionales en retroperitoneo o pelvis.

Macroscópicamente son tumores únicos, bien delimitados y encapsulados. Tienen un crecimiento lento, con escasa clínica hasta que alcanzan un tamaño considerable y producen compresión extrínseca.

La TAC, la RM o la ecografía nos ayudan a determinar el tamaño, localización, invasión o implicación de órganos vecinos; aunque ninguna de ellas es patognomónica para este tumor, cuyo diagnóstico definitivo es histológico.

El tratamiento de este tipo de tumores es quirúrgico: la resección completa presenta buen pronóstico, con rara recurrencia. En nuestro caso, dada la localización del tumor, en íntima relación con la vena porta, y teniendo en cuenta el carácter benigno de la lesión, no se realizó resección completa ni se planteó reintervención.

CP176. NEUMOPERITONEO PROGRESIVO EN HERNIA PARAESTOMAL TIPO IV.

A. Ramírez-Redondo, J.R. Naranjo-Fernández, Z. Valera-Sánchez, A. Curado-Soriano, R. Jurado-Marchena, L. Sánchez-Moreno, R. Pérez-Huertas, Y. Lara-Fernández, B. Bascuas-Rodrigo, E. Navarrete-de Cárcer, F. Oliva-Mompeán

Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: la hernia paraestomal es la complicación tardía más frecuente del estoma quirúrgico con incidencia entre 10-50%. La eventración compleja como reto quirúrgico y sobre todo en hernias paraestomales, más cuando existe pérdida del derecho a domicilio. Goñi Moreno (1940) plantea neumoperitoneo progresivo para preparar el abdomen y realizar cierre sin tensión.

Caso clínico: paciente varón de 60 años con hernia paraestomal gigante tipo IV más ventral con pérdida del derecho de domicilio sintomática, tras colectomía subtotal por neoplasia colónica e

ileostomía definitiva. TAC de pared abdominal con anillo M3-4 W3 de 10 cm y paraestomal derecho 12 cm ambos con encarceración. Realizamos neumoperitoneo con colocación en hipocondrio izquierdo de catéter e insuflación de inicio 500 cc de aire y posteriormente diario ente 1.000 y 1.500 cc, según aparición de dolor, técnica de fisioterapia respiratoria mediante incentivador. TAC preoperatorio e intervención a las tres semanas realizando eventroplastia mediante separación posterior de componentes e implante de malla BIO-A 20x20 cm y superior de polipropileno 30x30 cm ambas en posición retromuscular sublay con transposición de estoma a fosa iliaca izquierda. Técnica libre de tensión y reintroducción visceral sin incidencias y sin hiperpresión intrabdominal en postoperatorio. Actualmente el paciente se encuentra a los seis meses sin signos de recidiva.

Discusión: la eventración compleja como reto quirúrgico sobre todo cuando se acompaña de una alteración del contenido-continente aumentando en las hernias paraestomales asociadas a ventrales, siendo necesario la preparación previa del abdomen, mediante neumoperitoneo es posible la reintroducción visceral aumentando la capacidad receptiva intracavitaria, reducir complicaciones cardiorrespiratorias del postoperatorio inmediato sin existir elevación brusca del diafragma, relajar por distensión la musculatura retraída, facilitar la disección de adherencias de manera atraumática, realizar técnica libre de tensión y sin aumento de la presión intrabdominal.

CP177. PILEFLEBITIS TARDÍA POSTAPENDICETOMÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

R. Cobos-Cuesta, R. Molina-Barea, P.X. Machuca-Chiriboga, N. Palomino-Peinado, A.I. Rueda-López, J.M. Capitán-Vallvey

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Introducción: la pileflebitis o trombosis séptica portal es una complicación poco frecuente, pero grave, de aquellos procesos infecciosos intraabdominales, cuyo drenaje venoso depende del sistema portal. Pudiendo enviar émbolos sépticos hacia el hígado produciendo abscesos hepáticos, generalmente en el lado derecho, debido al flujo sanguíneo de la vena mesentérica superior hacia el lóbulo hepático derecho.

Caso clínico: varón de 34 años, sin antecedentes de interés, intervenido de apendicitis flemonosa (apendicectomía laparoscópica sin incidencias) hace un mes, que acude a urgencias por fiebre elevada, leucocitosis, trastorno de coagulación y elevación de enzimas hepáticas, FA y PCR. Defensa a nivel de hipocondrio derecho, sin otros hallazgos en la exploración.

TC abdomen: abscesos hepáticos en lóbulo derecho (segmentos VI, VII y VIII) y discreta cantidad de líquido perihepático. Hemocultivo positivo a *Streptococcus Intermedius*. Ecocardiografía y Rx tórax normales.

Se realizó tratamiento con Ceftriaxona y drenaje percutáneo de los abscesos, consiguiendo así la resolución del cuadro.

Discusión: las principales causas de pileflebitis son la diverticulitis aguda y la apendicitis; en el caso de ésta última, la incidencia actualmente es de 0,05% en apendicitis aguda flemonosa y 3% en apendicitis perforada.

Los microorganismos más frecuentemente involucrados son: *Bacteroides fragilis* y *Escherichia coli*.

La clínica resulta bastante inespecífica (fiebre, leucocitosis y/o dolor abdominal) aunque depende del grado de trombosis de la porta y sus ramas, pudiendo encontrar desde pacientes casi asintomáticos, hasta formas graves con shock séptico e insuficiencia hepática.

Los hallazgos radiológicos, aunque no patognomónicos, son de gran utilidad en el diagnóstico y manejo precoz de estos pacientes.

La principal causa de morbilidad y mortalidad es la diseminación de los émbolos sépticos.

El tratamiento de la pileflebitis se basa fundamentalmente en la antibioterapia de amplio espectro precoz, así como en técnicas intervencionistas que permitan el drenaje de abscesos hepáticos.

CP178. PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA TRAS DERIVACIÓN BILIAR POR COLANGITIS PIOGÉNICA PARASITARIA.

L.C. Hinojosa-Arco, L. Pico-Sánchez, S. Mansilla-Díaz, B. García-García, N. Ávila-García, J. Roldán-de la Rúa, M.Á. Suárez-Muñoz, R. de Luna-Díaz

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: los pseudoaneurismas de la arteria hepática son poco frecuentes. Están relacionados con traumatismos o iatrogenia, a lo que tenemos que sumar el aumento de procedimientos biliares percutáneos en el momento actual. Muchos autores coinciden en que la intervención sobre los mismos está indicada en todos los casos. Dentro del algoritmo terapéutico, el abordaje endovascular ocupa un lugar importante.

Caso clínico: paciente de nacionalidad china, con antecedente de colecistectomía abierta hace diez años. Ingresó por colangitis, apreciándose dilataciones arrosariadas y litiasis en vía biliar intrahepática y en colédoco de hasta 4 cm, posiblemente secundarios a colangitis piogénica por infección parasitaria. Se realizó exploración de la vía biliar, con extracción de todos los cálculos descritos, y hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. Presenta evolución favorable y es dada de alta el quinto día.

Un mes después acude a urgencias por cuadro de hipotensión y melenas. Se realiza Endoscopia Digestiva y Angio-TC, en los que no se identifican signos de sangrado. Tras ello se solicita Arteriografía en la que destaca un pseudoaneurisma de 3 mm en la arteria hepática derecha con relleno de contraste del asa yeyunal de la hepaticoyeyunostomía adyacente. Se colocan coils proximales al mismo en arteria hepática derecha, objetivándose interrupción del sangrado. Tras ello la paciente presenta evolución satisfactoria y sin signos de insuficiencia hepática.

Discusión: ante un caso de colangitis con litiasis intra y extrahepática hay que considerar la posibilidad de una parasitosis biliar, más en pacientes de origen oriental. Habrá que plantear un tratamiento que incluya antibioterapia de amplio espectro y drenaje biliar que, en nuestro caso, se realizó mediante hepaticoyeyunostomía. En el postoperatorio se diagnostica pseudoaneurisma de la arteria hepática

derecha con hemorragia digestiva. Debido a que la paciente se estabiliza se puede realizar abordaje percutáneo, que es de elección en este tipo de pacientes dada la elevada morbimortalidad de una intervención quirúrgica.

CP179. RUPTURA DE PARED ABDOMINAL CON INTEGRIDAD CUTÁNEA Y PERFORACIÓN INTESTINAL POR TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO.

L.C. Hinojosa-Arco¹, B. García-García², N. Ávila-García¹, L. Pico-Sánchez¹, S. Mansilla-Díaz¹, E. Corrales-Valero¹, C. Monje-Salazar¹, R. de Luna-Díaz¹

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: los traumatismos abdominales presentan un elevado índice de morbimortalidad debido a las lesiones vasculares o viscerales que en ellos se pueden producir. Dentro de los traumatismos cerrados hay que tener en cuenta las lesiones por cizallamiento, que dan lugar a laceraciones hepáticas, esplénicas o lesiones intestinales en asa de balde.

Caso clínico: paciente de 54 años que acude traslada en ambulancia a urgencias tras accidente de circulación por choque frontal de su vehículo con otro que circulaba en sentido contrario. A su llegada presenta dolor abdominal con estabilidad hemodinámica. Se realiza Body-TC, en el que destaca ruptura de la musculatura abdominal anterior y lateral derecha y herniación de casi la totalidad del paquete intestinal y colon ascendente. Ante estos hallazgos se decide intervención urgente. Intraoperatoriamente se aprecia ruptura de pared abdominal derecha con integridad cutánea y eventración de asas intestinales. Se identifica a su vez desgarró de meso intestinal con isquemia de 30 cm de yeyuno y varias perforaciones en dicho segmento, y de meso de íleon distal, con isquemia de 15 cm del mismo (lesión en asa de balde). Ante los hallazgos descritos se realiza resección de ambos segmentos intestinales y, dada la estabilidad de la paciente, se realizan anastomosis yeyuno-ileal e ileocólica. Para la reparación de la pared abdominal es necesario colocar una malla de carboximetilcelulosa-hialuronato (Sepramesh), ya que se encuentra totalmente desestructurada, y se realiza cierre primario de la herida quirúrgica.

Discusión: ante un traumatismo abdominal cerrado es necesario tener un elevado nivel de sospecha de lesiones vasculares o viscerales que pueden poner en peligro la vida del paciente. Consideramos que la cirugía de control de daños es la estrategia a seguir. En nuestro caso, dada la estabilidad de la paciente se realizó anastomosis primaria y reconstrucción de la pared abdominal, manteniendo un seguimiento estrecho durante el postoperatorio.

CP180. RECIDIVA LOCORREGIONAL DEL CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES. INCIDENCIA Y TRATAMIENTO.

V. Pino-Díaz, C. Yanxin, M. Pérez-Andrés, M. Rucio-Manzanares, A. Razak-Munchref, J.M. Martos-Martínez, F.J. Padillo-Ruiz

Departamento de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

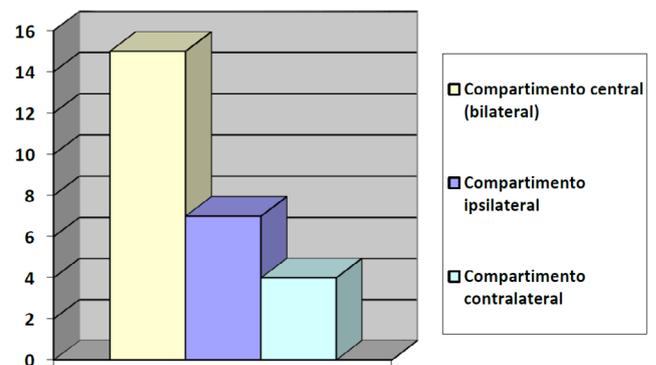
Introducción: en general la evolución del carcinoma papilar de tiroides es favorable, el principal problema en el seguimiento de estos pacientes es la aparición de recidivas, tanto en el lecho tiroideo como en los distintos niveles ganglionares cervicales. El objetivo del estudio es analizar la recidiva locorregional y su tratamiento en nuestra serie

Material y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de los pacientes intervenidos por recidiva de CPT en nuestra unidad entre 2005 y 2013. Para el seguimiento se solicitaron determinación de tiroglobulina (y anticuerpos antitiroglobulina), ecografía cervical y, cuando procedía, TAC/RMN, rastreo corporal con radioyodo o PET-PET/TAC.

Resultados: 207 pacientes fueron sometidos a intervención por cáncer diferenciado de tiroides. De estos, 27 casos (13,04%) se intervinieron por recidiva del carcinoma, casi el 30% presentaron dos recidivas, poco más del 10% tuvieron tres y solo un paciente presentó cuatro.

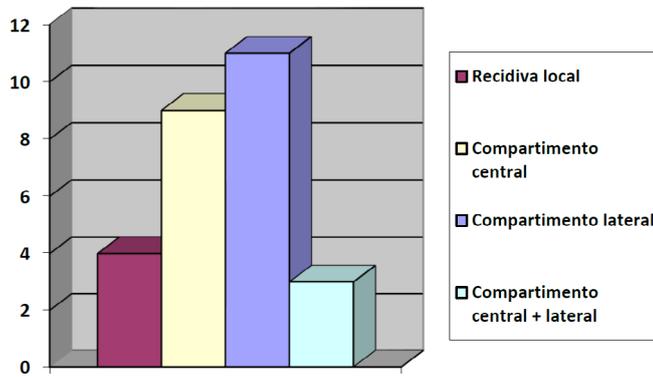
Tras la cirugía y las dosis ablativas de 1311, 5 pacientes presentaban persistencia de enfermedad y los restantes 22 pacientes presentaron una primera recidiva con intervalo medio de 71,22 meses (11-348 meses) siendo la localización más frecuente la afectación en ganglios del compartimento lateral (40,74%). Tras ablación posoperatoria se normalizaron las cifras de tiroglobulina en el 70,37% de los pacientes. Doce pacientes presentaron una segunda recidiva, el intervalo medio fue de 61,16 meses (7-335 meses) En los cuatro pacientes que presentaron una tercera recidiva, el intervalo medio fue de 13,5 meses (6-18 meses) (Figuras 1-3).

Conclusiones: aunque el asiento más frecuente de recidivas en la bibliografía es el compartimento central, en esta serie, las recidivas en números absolutos fueron más frecuentes en el compartimento lateral. Este cambio en el patrón de recidivas ha sido observado también por otros autores que emplean de forma sistemática el vaciamiento ganglionar central, como hacemos en nuestra Unidad desde 2009.



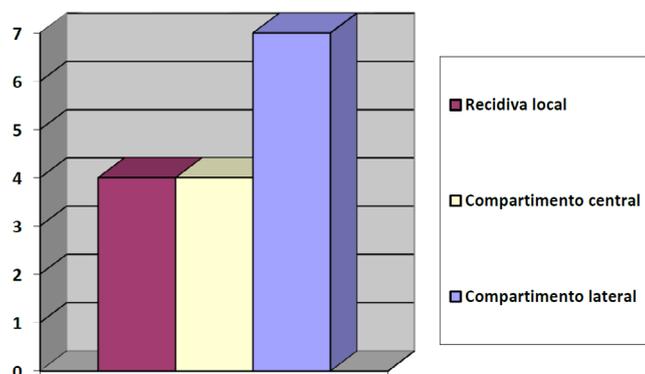
(CP180) Figura 1

Primera intervención: vaciamentos.



(CP180) Figura 2

Primera recidiva.



(CP180) Figura 3

Segunda recidiva.

CP181. REPARACIÓN CONJUNTA HERNIA INGUINAL Y CRURAL MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO PREPERITONEAL CON PLUG CRURAL Y MALLA ADAPTADA AL CORDÓN (SUPRA-INFRAFUNICULAR).

F.J. Pérez-Lara, H. Oehling-de los Reyes, J.M. Hernández-González, A. del Rey-Moreno, H. Oliva-Muñoz

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Antequera, Antequera.

Introducción: un reto importante hoy día para los cirujanos es la reparación laparoscópica de la hernia inguinal cubriendo la zona de debilidad periligamentaria, normalmente con las técnicas laparoscópicas se oferta una buena cobertura en la zona de fascia posterior al colocar la malla por encima del cordón pero la zona inferior con la presión del paquete intestinal se nos antoja que supone un punto débil en este tipo de reparaciones, si además el paciente presenta una hernia crural creemos que la técnica convencional no oferta una reparación con garantías. Describimos una técnica de abordaje laparoscópico preperitoneal que nos permite reparar la hernia crural y reforzar la zona inferior periligamentaria con garantías.

Caso clínico: realizamos un abordaje laparoscópico preperitoneal, disecamos el espacio inguinal hasta localizar y reducir los sacos

inguinal y crural. A continuación, conformamos un plug de prolene calculando más o menos el diámetro del orificio crural y lo colocamos en este espacio. Finalmente utilizamos una malla de prolene para hernia inguinal y la preparamos realizando una sección transversal en su zona superior media, esta sección termina en un ojal del tamaño estimado del cordón. Introducimos la malla a través del trocar umbilical como se hace habitualmente, a continuación, la pasamos por debajo del cordón inguinal de forma que hagamos coincidir el ojal con el cordón, quedando por encima la zona de sección de malla. Adaptamos la malla al espacio y finalmente colocamos un punto de anclaje a pubis y otro que cierra el defecto por encima del cordón.

Discusión: con esta técnica conseguimos reforzar toda la zona infrafuncular y cerrar con garantía el defecto crural con una intervención fácilmente reproducible. Pensamos que es una técnica idónea para pacientes con hernia crural con o sin hernia inguinal y pacientes con hernias inguinales con grandes defectos de pared posterior.

CP182. RESULTADOS A MEDIO Y LARGO PLAZO DEL IMPLANTE DE CATÉTERES DE DIÁLISIS PERITONEAL EN RÉGIMEN DE CMA.

A. Moreno-Arciniegas, J.M. Salas-Álvarez, A. Camacho-Ramírez, M. Balbuena-García, A. Díez-Núñez, G.M. Mendoza-Esparrell, V. Vega-Ruiz

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: presentar la experiencia y resultados a medio y largo plazo del implante y retirada de catéteres de diálisis peritoneal en una unidad de CMA como parte del programa multidisciplinar de Diálisis peritoneal ambulatoria (DPCA).

Material y métodos: estudio clínico descriptivo, longitudinal de series de casos, en un periodo de cinco años (enero de 2011 a marzo 2016), en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal terminal, intervenidos en régimen de CMA para implante o extracción de catéteres de diálisis peritoneal. Se analizan variables como la edad, sexo, comorbilidades, ASA, IMC, técnica realizada, estancia hospitalaria, tipo de extracción de catéter, causa de extracción, morbilidad y mortalidad.

Resultados: se intervinieron en un total 73 pacientes, 29 mujeres (40%) y 44 hombres (60%). La edad media fue de 56 años (R 19-79). La media de IMC fue de 27,4 (R 18-43,7), el ASA fue de II en 21 pacientes (29%) y de III en 52 (71%). La técnica utilizada en 55 (76%) pacientes fue estándar, percutánea en 17 (23%) y laparoscópica en 1 (1%).

La estancia fue de un día en 59 pacientes (81%), cuatro pacientes fueron tratados en circuito CMA (5%) y diez pacientes requirieron continuar ingreso hospitalario por comorbilidades (14%).

En el postoperatorio inmediato dos pacientes intervenidos vía percutánea requirieron recolocación de catéter por presentar hematoma en espacio de Retzius. En el postoperatorio tardío, siete pacientes requirieron recolocación de catéter vía laparoscópica por atrapamiento epiplóico, un paciente por desplazamiento del catéter y uno por malfuncionamiento.

En el programa DPCA se han extraído catéteres en 34 pacientes según técnica estándar sin complicaciones en el postoperatorio. El motivo de la extracción en veinte pacientes (59%) fue trasplante renal, seis

(17%) por infección de catéter, cuatro (12%) por malfuncionamiento en diálisis, dos (6%) por comunicación pleuroperitoneal, uno (3%) por persistencia de fuga y uno (3%) por hemoperitoneo.

Conclusiones: el implante y extracción de catéter de diálisis peritoneal son intervenciones que pueden ser incluidas en circuito CMA con baja tasa de ingreso hospitalario. El índice de complicaciones inmediatas o precoces es bajo, teniendo en cuenta la comorbilidad de estos pacientes.

CP183. TRANSPOSICIÓN DE LA LÍNEA MEDIA EN LA ENFERMEDAD PILONIDAL INTERGLÚTEA.

S.M. López-Saro, Á. Pareja-López, N. Espínola-Cortés, S. Ortega-Ruiz, R. Torres-Fernández, A.F. Álvarez-García, M. Ferrer-Márquez, F.A. Rubio-Gil, E. Vidaña-Márquez; Á.J. Reina-Duarte

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: en 1880, Hodges describió el Sinus Pilonidal (nido de pelos), haciendo referencia a formaciones quisticofistulosas revestidas por epitelio escamoso, que pueden contener pelo.

La enfermedad pilonidal interglútea o sacrococcígea (EPSC) es una patología prevalente en varones jóvenes (20-30 años), de etiología desconocida, probablemente adquirida (Patey y Scarff).

El tratamiento quirúrgico clásico comprende la exéresis en bloque y cierre directo o por segunda intención. La técnica abierta adolece de un mayor tiempo de cicatrización. La sutura primaria simple está limitada por la extensión lesional y se ha asociado clásicamente a un mayor índice de recidiva. Los colgajos y plastias se postulan como una alternativa a los tratamientos clásicos. Desplazan la cicatriz lateralmente y disminuyen la profundidad del surco interglúteo.

La técnica de Karydakís, la técnica de Bascom, los colgajos V-Y y romboidales, son los procedimientos más ampliamente descritos, con mejores resultados estéticos y menor tasa de recurrencia.

Material y métodos: presentamos una serie de siete pacientes con EPSC compleja o recidivada que hemos intervenido mediante técnicas plásticas que remodelan la línea media. La muestra la componen cinco varones y dos mujeres, con una edad media de 25 años. Realizamos el colgado de Limberg en dos de nuestros enfermos y la reconstrucción tipo Bascom en los cinco restantes.

Resultados: el procedimiento quirúrgico se desarrolló en todos los casos mediante anestesia general, con un ingreso medio de 4,14 días. No hemos registrado datos de morbilidad (infección o seroma) ni recidivas.

Conclusiones: la trasposición de la cicatriz quirúrgica para alejarla de la línea media y elevar el surco interglúteo y la sutura primaria, ofrecen buenos resultados en el abordaje de la EPSC compleja y/o recidivada, y pueden ser una opción terapéutica a considerar para este tipo de pacientes.

CP184. ¿ES SEGURO EL TRATAMIENTO AMBULATORIO EN LA DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA?

D. Cabañó-Muñoz¹, J.A. Blanco-Elena², I. González-Poveda², M. Ruiz-López², J. Carrasco-Campos², I. Mirón-Fernández², S. Mera-Velasco², J. Santoyo-Santoyo²

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga. ²Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: la patología diverticular presenta una alta prevalencia, afectando al 30% de los pacientes mayores de 60 años. Aproximadamente el 20-25% de pacientes afectos de diverticulosis desarrollarán algún episodio de diverticulitis aguda. La tendencia actual ante pacientes con diverticulitis aguda no complicada sin factores de riesgo es el tratamiento ambulatorio, para lo que es preciso disponer de protocolos de eficacia y seguridad clínica comprobadas y basados en la mejor evidencia científica disponible.

Material y métodos: estudio descriptivo incluyendo aquellos pacientes tratados en nuestra unidad por diverticulitis aguda no complicada que cumplieran los criterios de inclusión para el tratamiento ambulatorio contemplados en nuestro protocolo.

Tras el diagnóstico, que implica la evaluación clínica de los factores de riesgo de mala realización y una tomografía de estadificación, aquellos pacientes seleccionados realizarán tratamiento ambulatorio: antibioticoterapia, analgesia oral y dieta pobre en residuos. A la semana se procede a reevaluación clínica en consulta, completándose estudio si es necesario. Tras el alta se realiza seguimiento telefónico.

Resultados: se incluyeron un total de 174 pacientes entre enero de 2010 y enero de 2017. Predominó el sexo masculino (55%). La edad media fue de 51,52±11,30 años. El 49,5% de pacientes no presentaba comorbilidades. El 71,5% de los casos constituía el primer episodio, siendo éste el único en el 86% de ellos. El antibiótico más empleado fue amoxicilina/clavulánico (82,5%), seguido de ciprofloxacino/metronidazol (16,4%). El estudio inicial se completó con enema opaco en el 58,4% de casos (revelando diverticulosis sigmoidea en el 44,6%) y con colonoscopia en el 58%. Se indicó cirugía programada en 10 pacientes (5,7%). El 16,1% recibió tratamiento con Rifaximina.

Conclusiones: el tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada es eficaz, seguro. La realización de TC de abdomen y selección de pacientes son mandatorios para establecer una adecuada indicación.

CP185. ¿TIENE RELEVANCIA HISTOLÓGICA LA RESECCIÓN DE YEYUNO EN UN MODELO BARIÁTRICO MALABSORTIVO PURO EN RATAS GK?

F.J. Campos-Martínez¹, J.M. Salas-Álvarez¹, A. Moreno-Arniciegas¹, J. Falckenheiner-Soria², C. Montero-Peña³, A. Prada-Oliveira³, G. Pérez-Arana³, A. Camacho-Ramírez¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real. ²UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Virgen de Las Montañas, Villamartín. ³Departamento Investigación. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: valorar la respuesta a la sobrecarga oral de glucosa, así como la masa beta y la expresión de GLP-1 en íleon, en un modelo quirúrgico malabsortivo puro en ratas Goto-Kakizaki (GK).

Material y métodos: dos grupos experimentales en ratas GK macho normopeso (n=12): grupo control quirúrgico (Sham); y grupo quirúrgico malabsortivo (IR50), pareados aleatoriamente, con resección del 50% del intestino medio y un seguimiento de cuatro semanas.

Test de Tolerancia Oral de Glucosa (TTOG) basal y al mes postquirúrgico mediante medición de glucemia basal y a los 15, 30, 60 y 120 minutos tras instilación con SNG de glucosa al 40%.

Determinación de masa celular beta y expresión ileal de GLP-1 mediante estudio de inmunofluorescencia.

Resultados: el TTOG mostró una mejoría transitoria (minuto 60) en el grupo IR50 (Figura 1). No se encontraron diferencias en el Área Bajo La Curva (ABC) (Figura 2).

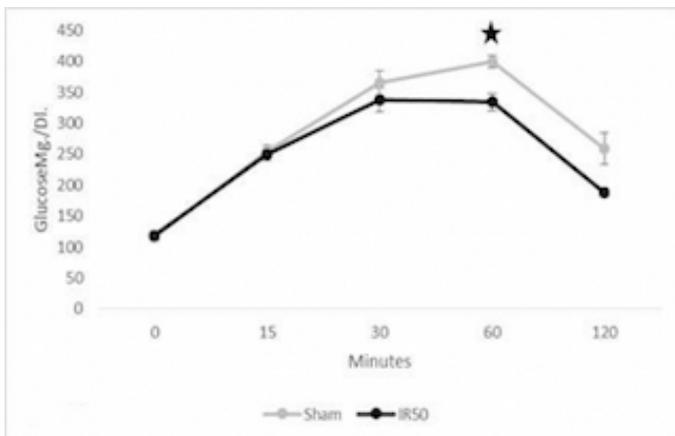
La masa beta (Figura 3) al igual que la expresión de GLP-1 en íleon (Figura 4) se encontraron aumentadas.

La mejoría de la diabetes en humanos y animales tras BG se expresa tanto en glucemias basales como en TTOG.

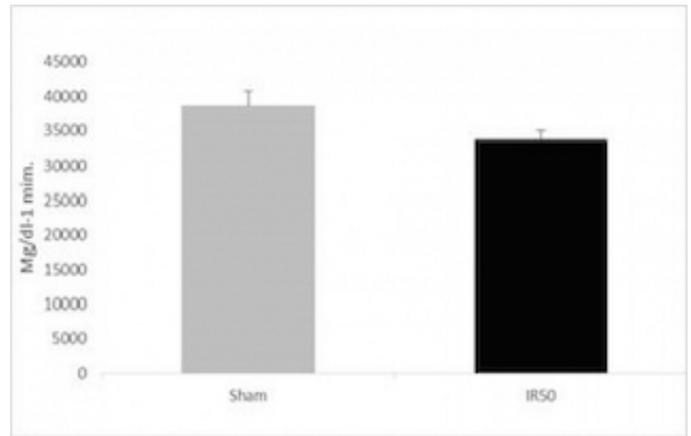
En nuestro estudio (cuatro semanas de seguimiento) esta cirugía no es suficiente para conseguir una mejora estadística del ABC, aunque parecen ponerse en marcha mecanismos para tal fin: un aumento de expresión del GLP-1 en íleon y una expansión de masa beta.

Conclusiones: la mayor expresión de GLP-1 y sobre todo el aumento de masa beta pancreática que ocasiona la yeyunectomía masiva podrían desencadenar o activar mecanismos susceptibles de llevar a la mejora de la diabetes tras este tipo de cirugía. Sin ignorar el posible papel de los ácidos biliares, el sistema nervioso y otras enterohormonas.

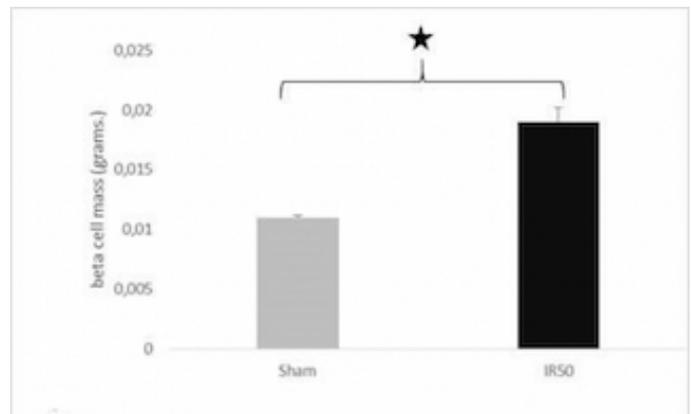
El modelo malabsortivo puro puede constituir una valiosa herramienta para el estudio de los mecanismos que producen la reversión de la diabetes tras la Cirugía Metabólica/Bariátrica.



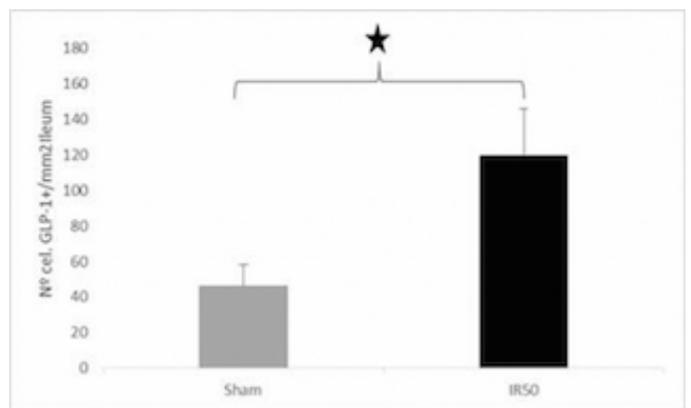
(CP185) Figura 1
TTOG a las cuatro semanas de los grupos S e IR50.



(CP185) Figura 2
Relación del área bajo la curva (mg/dl-1 min) entre el grupo S y el grupo IR50 a las cuatro semanas.



(CP185) Figura 3
Masa celular beta expresado en gramos (eje Y) e cada grupo (eje X).



(CP185) Figura 4
Expresión de GLP-1 en íleon en cada uno de los grupos (eje X) expresado como número de células / mm² de íleon (eje Y).

CP186. IMPLICACIÓN DEL YEYUNO SOBRE LA EXPANSIÓN DE LA MASA CELULAR BETA PANCREÁTICA TRAS TÉCNICA MALABSORTIVA PURA EN UN MODELO ANIMAL DIABÉTICO.

F.J. Campos-Martínez¹, J.M. Salas-Álvarez¹, A. Moreno-Arcniegas¹, J. Falckenheiner-Soria², C. Montero-Peña³, A. Camacho-Ramírez¹, A. Prada-Oliveira³, G. Pérez-Arana³

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real. ²UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Virgen de Las Montañas, Villamartín. ³Departamento Investigación. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: valorar los cambios histológicos concurrencidos a nivel pancreático en animales diabéticos tras cirugía malabsortiva pura (no incluida como técnica metabólica en humanos).

Material y métodos: ratas macho Goto-Kakizaki (GK) normopeso: grupo quirúrgico (resección del 50% del intestino medio / IR50) y grupo control (SHAM). Seguimiento durante cuatro semanas realizando dos sobrecargas orales de glucosa (TTOG) tras ayuno: prequirúrgica y a las cuatro semanas.

Extracción del páncreas y secciones de 8 micras para estudio de:

- Masa beta pancreática (MBP): marcaje con anticuerpo anti-insulina indirecto.
- Proliferación población beta: marcaje con anticuerpos anti-Ki67 y anti-insulina.
- Neogénesis población beta: marcaje con anticuerpo anti-PDX-1 indirecto.
- Apoptosis: TUNEL asociando tinción de islotes pancreáticos con anticuerpo anti-insulina indirecto.

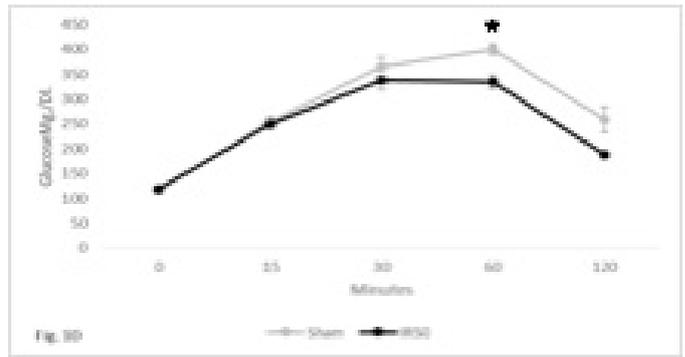
Se valoraron estadísticamente los resultados con Test de U-Mann Whitney, considerándose significativo p<0,05.

Resultados: el área bajo la curva de TTOG fue significativa a los 60 minutos (Figura 1). Tanto MBP como la proliferación estaban incrementadas en el IR50 a las 4 semanas de la cirugía (Figura 2) sin diferencias en neogénesis y apoptosis. La distribución y tamaño de los islotes no mostraron significancia estadística (Figura 3).

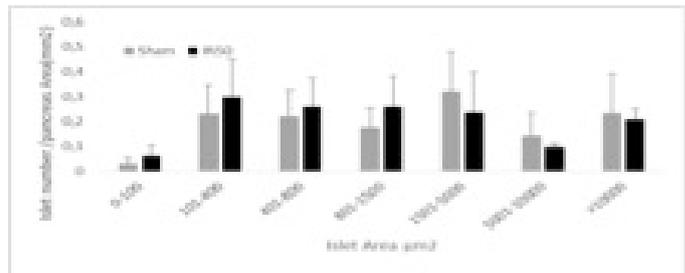
La mejoría postquirúrgica de la DM2 está relacionada con la capacidad de los islotes pancreáticos de revertir la pérdida de MBP. Ésta ocurre mediante aumento de la proliferación, disminución de la apoptosis, diferenciación desde células precursoras o mezclando varios de estos fenómenos.

Conclusiones: en nuestro estudio, tras la resección yeyunal en ratas diabéticas demostramos que el mecanismo principal para el aumento de la MBP es la proliferación.

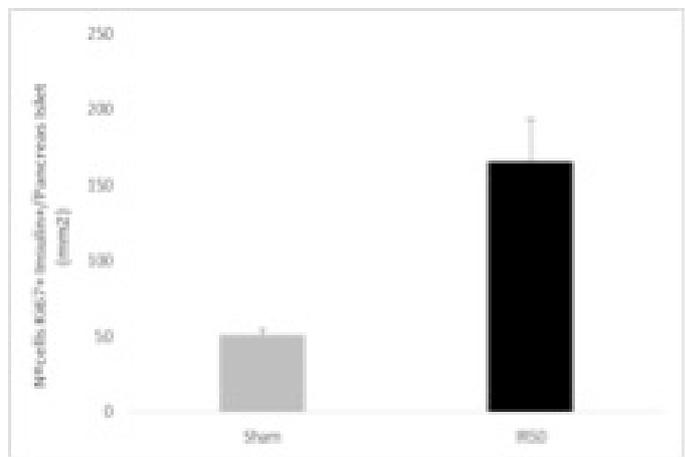
Será necesario profundizar en este estudio para determinar las vías mediante las cuales se produce dicha activación y determinar su papel en la mejora de la DM2. Mantenemos el interés por la respuesta que el páncreas produce como efecto de la cirugía y la repercusión que tiene este aspecto sobre la mejora de la DM2.



(CP186) Figura 1 TTOG a las cuatro semanas de los grupos S e IR50.



(CP186) Figura 2 MBP y proliferación celular Beta en islotes pancreáticos en los distintos grupos (eje X) expresado como número islotes / área pancreática (eje Y).



(CP186) Figura 3 Distribución y tamaño de islotes pancreáticos en los distintos grupos (eje X) expresado como número celular Ki67+ / islote pancreático (eje Y).

CP187. NEUMOPERITONEO MASIVO SECUNDARIO A PERFORACIÓN GÁSTRICA COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA EN PACIENTE CON POLICITEMIA VERA.

F.J. Campos-Martínez¹, M.C. de la Vega¹, M. Balbuena-García¹, G. Santamaría-Rodríguez², A. Díez-Núñez¹, G.M. Mendoza-Esparrel¹, J.M. Salas-Álvarez¹, A. Moreno-Arcniegas¹, A. Martínez-Vieira¹, A. Camacho-Ramírez¹, Á. Hens-Pérez³, A. Calvo-Durán¹, V. Vega-Ruiz¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real. ²UGC Intercentros Aparato Digestivo. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real. ³UGC Anatomía Patológica. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: la policitemia vera (PV) ocasiona importantes trastornos digestivos. Existe una mayor prevalencia de lesiones gastrointestinales (incremento entre un 7-23%) respecto a la población general. La lesión más representativa es la úlcera gástrica, siendo la hemorragia digestiva alta (HDA) secundaria a erosiones/desgarros una forma inusual de presentación.

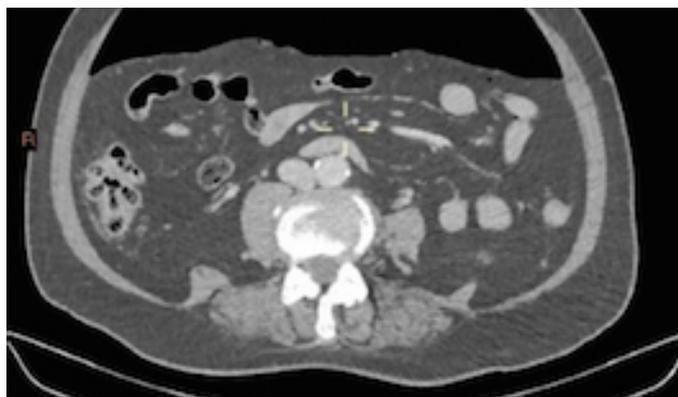
Caso clínico: mujer de 68 años, cardiópata e hipertensa. En seguimiento hematológico por PV JAK2+. Es derivada a Urgencias por dolor abdominal generalizado, súbito e intenso, tras biopsia de médula ósea, con dolor a palpación en hipogastrio sin irritación peritoneal. Se solicita analítica (poliglobulia) y TAC de abdomen-pelvis, donde se objetiva importante neumoperitoneo por probable iatrogenia (**Figuras 1-3**). Presenta episodio de HDA franca, realizándose endoscopia digestiva alta (EDA) que muestra un desgarro (en arañazo) en mucosa gástrica (**Figuras 4-5**).

Se decide laparotomía exploratoria urgente. Tras instilación de suero fisiológico y azul de metileno por SNG, objetivamos perforación en curvatura menor gástrica, (4 cm de diámetro) no sugestiva de aspecto tumoral. Decidimos cierre del defecto gástrico con EndoGía 45 mm, invaginación de la línea de sutura y epiploplastia (**Figura 6**). El postoperatorio cursa sin incidencias, con alta a la semana postquirúrgica. La anatomía patológica quirúrgica (**Figura 7**) refleja mucosa gástrica con intensa dilatación vascular y hemorragia, con signos de regeneración epitelial.

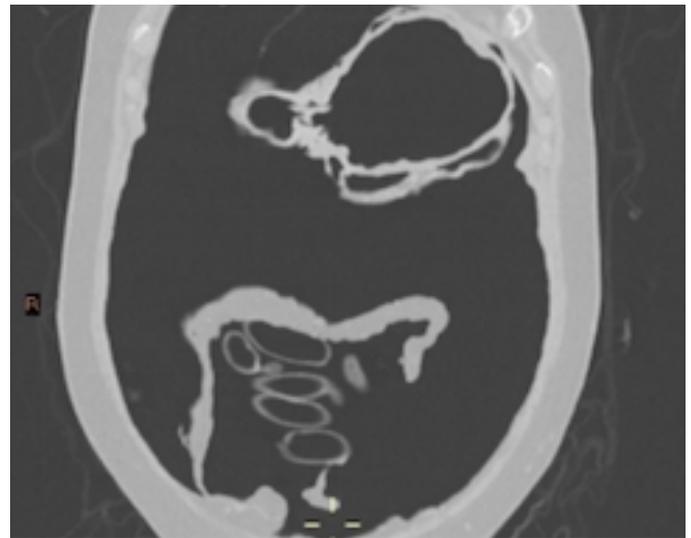
En EDA de control se objetivan cicatrices lineales con tejido de granulación reciente correspondientes a la zona de cierre quirúrgico (**Figura 8**). Test de Ureasa positivo para *Helicobacter pylori*.

Discusión: independientemente del tipo de lesiones, la etiopatogenia de éstas es aún controvertida. Entre los posibles mecanismos patogénicos responsables de dichas lesiones destacan: a) Isquemia local por trombosis de vasos mucosos; b) Histaminemia secundaria a basofilia; c) Infección por *Helicobacter pylori*, principalmente CagA+.

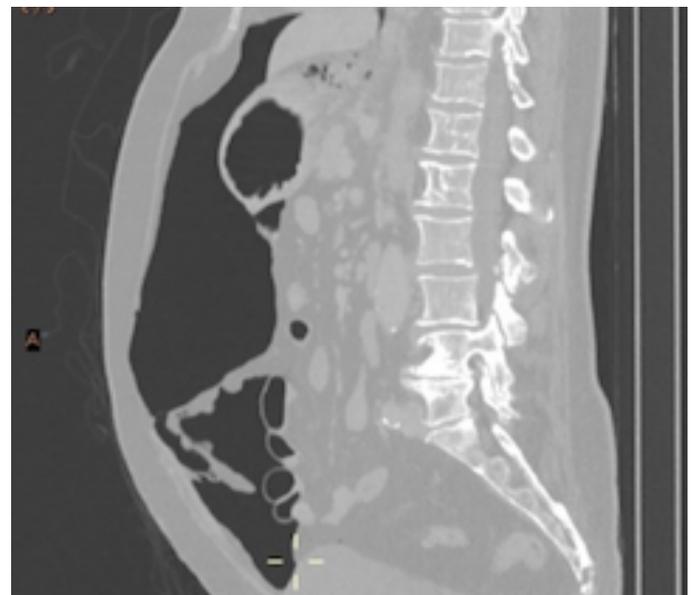
Queda por determinar la correlación existente entre los diferentes mecanismos y factores de riesgo involucrados en estas lesiones, así como la implicación "per se" de la PV, sin olvidar el papel potenciador del HP asociado.



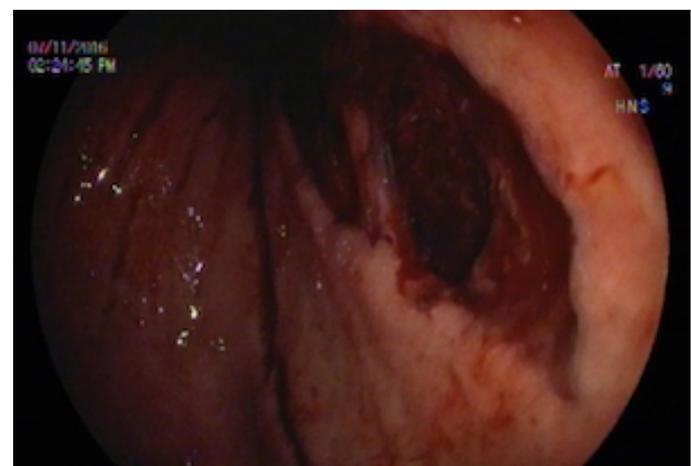
(CP187) Figura 1 TAC. Corte axial. Imagen de neumoperitoneo.



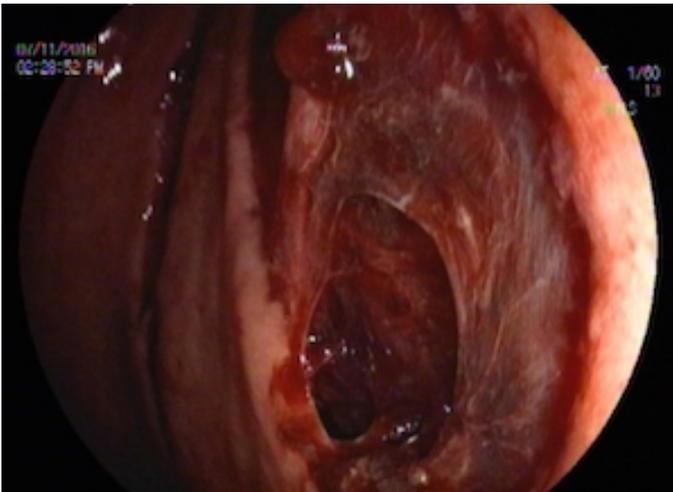
(CP187) Figura 2 TAC. Corte coronal. Imagen de neumoperitoneo.



(CP187) Figura 3 TAC. Corte sagital. Imagen de neumoperitoneo.

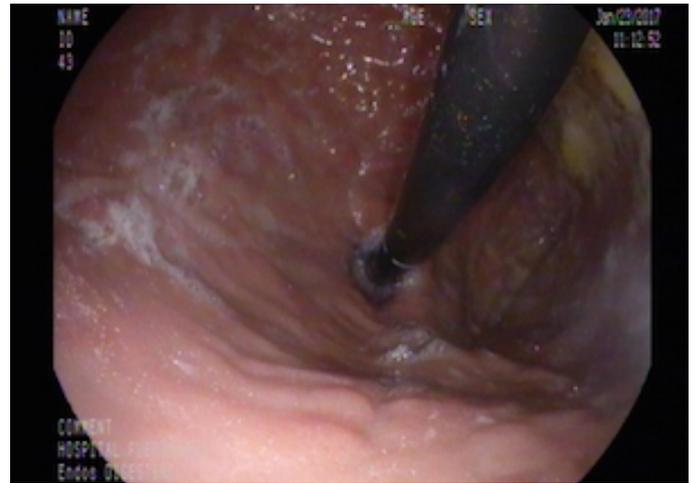


(CP187) Figura 4 EDA. Desgarro "en arañazo" en mucosa gástrica con sangrado activo.



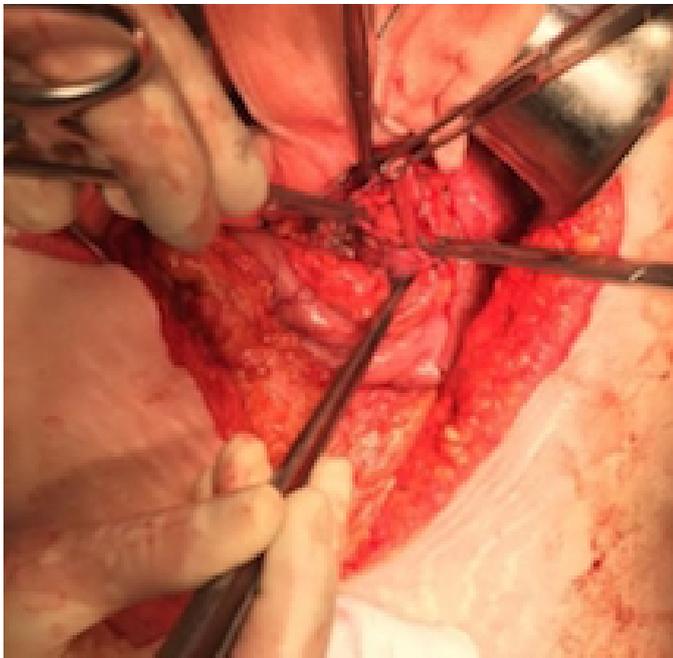
(CP187) Figura 5

EDA. Desgarro "en arañaazo" en mucosa gástrica.



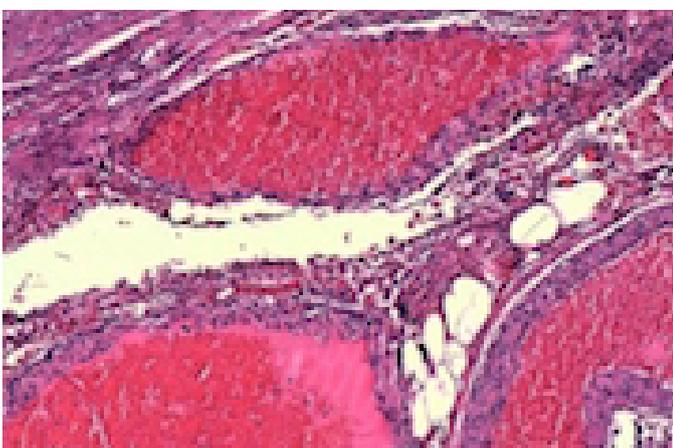
(CP187) Figura 8

EDA. Zona lineal fruncida en cuerpo alto con tejido de granulación reciente en zonas de desgarros previos.



(CP187) Figura 6

Imagen intraoperatoria de perforación en curvatura menor gástrica.



(CP187) Figura 7

Imagen histológica. Vasos dilatados que ocupan submucosa y traspasan musculares y mucosa alcanzando la mucosa, con discretos signos de regeneración epitelial.

CP188. SOBRECARGA INTRAPERITONEAL DE GLUCOSA EN DIFERENTES MODELOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN RATAS WISTAR NO OBESAS. RESULTADOS EVOLUTIVOS.

F.J. Campos-Martínez¹, J.M. Salas-Álvarez¹, J. Falckenheiner-Soria², A. Moreno-Arciniegas¹, C. Montero-Peña³, A. Camacho-Ramírez¹, G. Pérez-Arana³, A. Prada-Oliveira³

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real. ²UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Virgen de Las Montañas, Villamartín. ³Departamento Investigación. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: valorar la respuesta evolutiva temporal a la sobrecarga intraperitoneal de glucosa en tres modelos quirúrgicos (malabsortivo, restrictivo y mixto) en ratas Wistar normopesas no diabéticas.

Material y métodos: cinco grupos experimentales (n=4) en ratas Wistar macho normopesas: grupo control no quirúrgico (CA); grupo control quirúrgico (S); grupo quirúrgico malabsortivo (IR50); grupo quirúrgico mixto (BG); y grupo quirúrgico restrictivo (GV) (Figura 1). Test de Tolerancia Intraperitoneal de Glucosa (TTIPG) en ayunas cada cuatro semanas durante seis meses.

Resultados: evidenciamos una discordancia de los resultados tras la TTIPG entre grupos controles, cuya única explicación sería el estrés quirúrgico del grupo control S (Figura 2).

El grupo IR50 mostró inicialmente un cuadro de intolerancia a la glucosa, con mejoría de dicha intolerancia al final del estudio (Figura 3). Para esta mejoría, que sucede también en ratas diabéticas, en nuestro estudio es necesario que transcurran más semanas (2-8 vs. 16) con un empeoramiento significativo tras TTIPG, previo a la mejoría.

Se objetiva una ausencia de mejoría en las curvas glucémicas del grupo BG (Figura 4) a diferencia del grupo malabsortivo. Esto podría explicarse por dos características de la técnica mixta: a) mayor porción de yeyuno remanente; b) exclusión duodeno-yeyuno proximal.

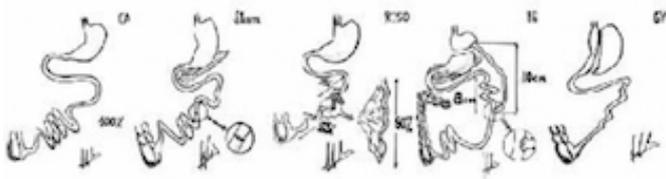
El grupo GV únicamente muestra una intolerancia glucémica transitoria, con normalización posterior. (Figura 5). Esto podría deberse al descenso de las concentraciones de grelina que conlleva.

Conclusiones: el estrés quirúrgico debe ser considerado una variable en futuras experiencias quirúrgicas.

El yeyuno, como segmento intestinal independiente, en el grupo IR50 es determinante en los cambios intolerantes observados.

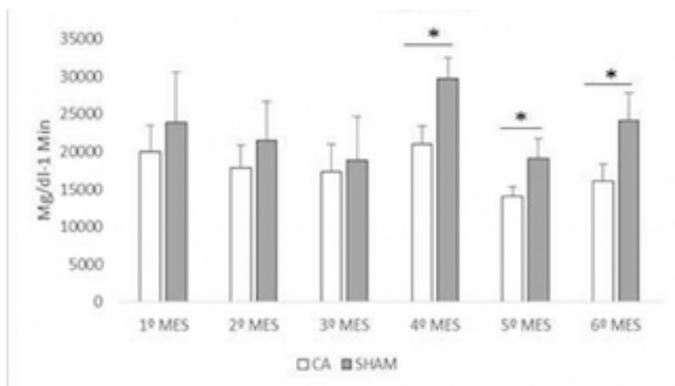
La exclusión alimentaria del duodeno-yeyuno proximal y la llegada temprana del alimento al íleon provocan un equilibrio en la homeostasis de la glucemia que impide tanto la intolerancia como la mejora de la glucemia del grupo mixto.

Cada técnica quirúrgica determina un cambio adaptativo que condiciona cambios específicos, temporales y evolutivos.



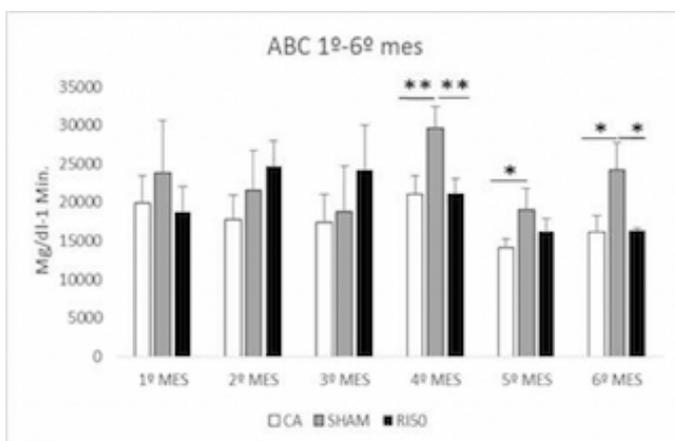
(CP188) Figura 1

Diferentes técnicas quirúrgicas realizadas en los distintos grupos de estudio.



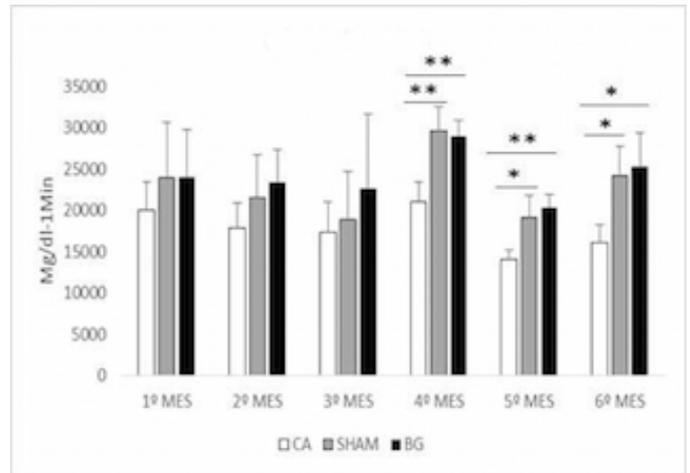
(CP188) Figura 2

Relación del Área Bajo la Curva (mg/dl-1 min) entre grupos mensualmente (CA y S).



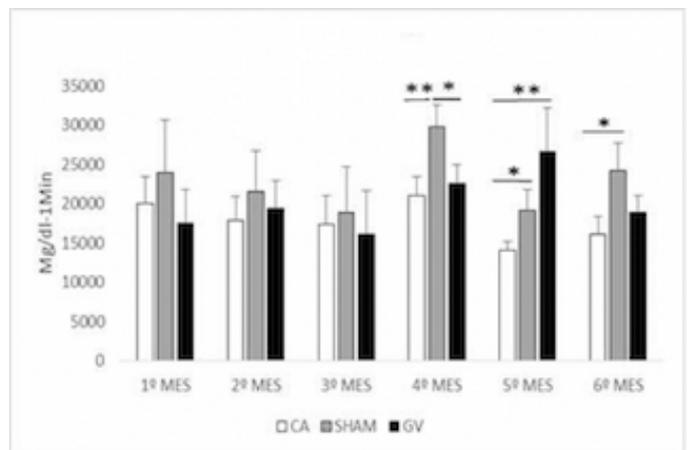
(CP188) Figura 3

Relación del Área Bajo la Curva (mg/dl-1 min) entre grupos mensualmente (CA, S y RI50).



(CP188) Figura 4

Relación del Área Bajo la Curva (mg/dl-1 min) entre grupos mensualmente (CA, S y BG).



(CP188) Figura 5

Relación del Área Bajo la Curva (mg/dl-1 min) entre grupos mensualmente (CA, S y GV).

CP189. A PROPÓSITO DE UN CASO: METÁSTASIS ADENOCARCINOMA DE RECTO AVANZADO DE LOCALIZACIÓN TIROIDEA.

S. Nicolás-de Cabo, M. Ribeiro-González, C. Jiménez-Mazure, J. Turiño-Luque, J.A. Blanco-Elena, D. Cabañó-Muñoz, I. Mirón-Fernández, J. Santoyo-Santoyo

Departamento de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: presentamos un caso de metástasis tiroidea de adenocarcinoma en el contexto de cáncer colorrectal como localización poco frecuente.

Caso clínico: mujer de 56 años, con adenocarcinoma de recto pT2N0M1 (metástasis pulmonares), tratado mediante resección anterior baja laparoscópica, resección pulmonar en lóbulo inferior izquierdo y quimioterapia (esquema XELOX). Durante el seguimiento en PET de control aparece captación pulmonar y tiroidea compatible con metástasis. La ecografía muestra nodulación sospechosa (13x17x12 mm) en lóbulo tiroideo izquierdo (LTI) y la PAAF es compatible con metástasis de adenocarcinoma. Tras presentar el

caso en Comité Multidisciplinar se decide radioterapia pulmonar e intervención quirúrgica de la lesión cervical.

Intraoperatoriamente se encuentra nódulo indurado en LTI fijo a musculatura pretiroidea e íntimamente adherido al nervio laríngeo recurrente, sin infiltrarlo. Se realiza tiroidectomía total según técnica habitual con neuromonitorización de los nervios vagos y laríngeos recurrentes, manteniendo intensidad de señal.

La anatomía patológica, tras estudio inmuno-histoquímico con CD-X2 muestra metástasis de adenocarcinoma de origen intestinal. Es dada de alta sin complicaciones y en el momento actual la se encuentra asintomática y libre de enfermedad.

Discusión: las metástasis tiroideas constituyen una entidad muy infrecuente. Aparecen sólo en el 1,4-3% de los nódulos tiroideos con diagnóstico neoplásico. Los primarios más frecuentes son: riñón, mama y pulmón, siendo el origen colorrectal excepcional, con menos de 55 casos descritos en la literatura. Se asocia a estadios avanzados con afectación a distancia de otros órganos, considerándose más agresivas que las metástasis tiroideas de origen renal o mamario. La PAAF es necesaria para la confirmación, puesto que el diagnóstico por imagen no suele ser concluyente. La cirugía es el tratamiento de elección, habiendo demostrado beneficio en el control local de la enfermedad, y pudiendo asociarse a tratamiento adyuvante según el tipo de paciente y la afectación a otros órganos.

CP190. A PROPÓSITO DE UN CASO: TUMOR DE PARTES BLANDAS COMO DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD ESCLEROSANTE ASOCIADA A IGG4.

S. Nicolás-de Cabo, J. Turiño-Luque, M. Pérez-Reyes, A. Cabello-Burgos, J. Rivas-Becerra, A. Martínez-Ferriz, J. Sánchez-Segura, J.A. Blanco-Elena, M. Pitarch-Martínez, J. Santoyo-Santoyo

Departamento de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: enfermedad esclerosante asociada a IgG4 (EEA-IgG4) con debut en tumor subcutáneo, intervenido en nuestra unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y Corta Estancia.

Caso clínico: mujer de 51 años, con antecedentes personales de coleditiasis y embarazo ectópico, remitida a consulta de cirugía general por tumoración glútea de seis meses de evolución, indurada, (3x4 cm), adherida a plano profundo con retracción de la piel circundante. En Ecografía aparece aumento de espesor del tejido graso celular subcutáneo de 3,4 cm, de bordes imprecisos con aparente respeto de planos musculares. Con sospecha de manifestación cutánea de neoplasia hematológica o enfermedad sistémica del tejido conectivo, se decide intervención exéresis quirúrgica.

La paciente es intervenida en régimen de CMA, y dada de alta sin complicaciones. El resultado de la anatomía patológica es de: "Fragmento de partes blandas con alteraciones histopatológicas compatibles con enfermedad asociada a IgG". En analítica aparecen niveles aumentados de IgG4 y actualmente se encuentra en estudio por Medicina Interna sin presentar aparentemente otras manifestaciones de la enfermedad.

Discusión: la enfermedad esclerosante asociada a IgG4, es un síndrome con un reconocimiento cada vez más mayor, aunque su incidencia en la población aún no está bien definida.

Comprende un conjunto de manifestaciones multi-orgánicas con características anatomopatológicas, clínicas y serológicas comunes. Se caracteriza por la infiltración y fibrosis frecuentemente como pseudotumor de células plasmáticas-IgG4 con patrón "estoriforme" asociado en un 80% con aumento de niveles de IgG4 en suero. Sus manifestaciones comunes son la pancreatitis autoinmune, Colangitis por IgG4, sialadenitis esclerosante, fibrosis retroperitoneal, síndrome de Riedel, o pseudotumores pulmonares, apenas encontrando casos descritos sobre afectación cutánea en la literatura. Para el diagnóstico es necesaria la biopsia, usando el TC para descartar otras afectaciones. Se trata con glucocorticoides, normalmente con buena respuesta.

CP191. CIRUGÍA DE DELORME COMO TRATAMIENTO DEL PROLAPSO RECTAL EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y CORTA ESTANCIA.

S. Nicolás-de Cabo, A.J. Cabello-Burgos, J. Sánchez-Segura, J. Rivas-Becerra, J. Turiño-Luque, A. Martínez-Ferriz, J. Santoyo-Santoyo

Departamento de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: técnica de Delorme como posibilidad terapéutica para el tratamiento del prolapso rectal en paciente joven en una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y corta estancia (CE).

Caso clínico: mujer de 29 años, con antecedentes ginecológicos de tres gestaciones y estreñimiento crónico, acude a consulta de cirugía por prolapso rectal mucoso grado III que asociado a sangrado al esfuerzo defecatorio, tras realización de tratamiento conservador sin mejoría durante dos años.

A la exploración muestra descenso del suelo pélvico, rectocele grado II, hemorroides grado IV y prolapso mucoso de 3-4 cm. Colonoscopia previa con hemorroides internas con signos de sangrado y pólipo cloacogénico, con AP de lesión benigna.

La paciente es intervenida bajo anestesia raquídea, realizándose reparación mediante técnica de Delorme, con alta precoz sin incidencias. En el seguimiento se constata buen resultado funcional, continencia conservada, buen tono esfinteriano y mejoría del estreñimiento que presentaba.

Discusión: la cirugía de Delorme es uno de los posibles tratamientos para el prolapso rectal. Se realiza en prolapsos de corta longitud <3-4 cm y clásicamente es utilizado en pacientes de alto riesgo quirúrgico, por ser menos invasivo, la posibilidad de anestesia loco-regional y su baja morbilidad.

Aunque se ha hablado de una mayor tendencia a la recidiva comparándolo con la cirugía abierta, en grandes series a largo plazo estas diferencias dejan de ser significativas y estudios en pacientes de edad media demuestran buenos resultados a >2 años. Además, asocia mejoría del estreñimiento previo a la cirugía y menor tasa de estreñimiento de novo. En conclusión, el Delorme es una técnica válida y segura tanto para pacientes de alto riesgo quirúrgico como para jóvenes en los que se prefiera realizar una cirugía menos agresiva, pudiéndose realizar con la infraestructura adecuada en unidades de CMA y CE.

CP192. HIDRADENITIS SUPURATIVA PERINEAL: MANEJO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y CORTA ESTANCIA CON EXÉRESIS LOCAL E INJERTO CUTÁNEO.

S. Nicolás-de Cabo, M. Pérez-Reyes, A. Cabello-Burgos, J. Rivas-Becerra, J. Turiño-Luque, A. Martínez-Ferriz, J. Sánchez-Segura, J. Santoyo-Santoyo

Departamento de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: enfermedad de Verneuil masiva perianal, tratada mediante cirugía resectiva asociada a injerto cutáneo en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) y corta estancia (CE) con posterior seguimiento estrecho en consulta.

Caso clínico: varón, 46 años, fumador, obeso, con Hidradenitis Supurativa Hurley II resistente a tratamiento médico. Multioperado: injertos cutáneos en glúteos, periné y colostomía de descarga en FII. Como secuelas asocia pérdida de sensibilidad en periné, disfunción eréctil e incontinencia urinaria. Acude a consulta de cirugía por nuevo brote, presentando afectación masiva de región perianal, con extensión a glúteos y bolsa escrotal. Tras valoración se planifica intervención quirúrgica. Se realiza exéresis total del tejido afectado asociado a reconstrucción con injerto cutáneo. Es dado de alta sin complicaciones, con buena evolución en consultas posteriores.

Actualmente en seguimiento por dermatología, aunque presenta recidiva en otras localizaciones, se mantiene sano a nivel del área tratada, con resultado estético y funcional aceptable.

Discusión: la hidradenitis supurativa o enfermedad de Verneuil afecta al 1-4% de la población, pudiendo llegar a ser altamente invalidante, especialmente en sus estadios más avanzados. Dado su carácter recidivante, asociado a posibles secuelas (dolor, supuración crónica, cicatrices, fibrosis cutánea), se hace necesario un planteamiento terapéutico global para el correcto manejo de la enfermedad. Asocia como factores de riesgo la obesidad, el tabaco, sexo femenino (3:1) y antecedentes familiares de la misma. En estadios temprano (Grados I y II de Hurley) el tratamiento médico puede ser útil, pero tras la aparición de fibrosis cutánea (Grados III y IV) sólo la cirugía ha demostrado ser efectiva.

En cuanto a la técnica, la excisión local de todo tejido afecto hasta zona sana, asociado a reconstrucción con injerto cutáneo, mantiene las menores tasas de recidiva en comparación con otras técnicas, asocia buenos resultados estéticos y una mayor satisfacción por parte del paciente.

CP193. A TENER EN CUENTA: DIVERTICULITIS AGUDA APENDICULAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA.

L. Pico-Sánchez¹, F. Ramos-Muñoz², R. Soler-Humanes², S. Mansilla-Díaz², C. Monje-Salazar², E. Corrales-Valero², L.C. Hinojosa-Arco², B. García-García²

¹Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: la diverticulitis aguda apendicular (DAA) es una causa muy poco frecuente de abdomen agudo, con una incidencia que oscila del 0,004 % al 2,1% en pacientes intervenidos de Apendicitis Aguda (AA). La clínica suele ser poco llamativa, con dolor insidioso en FID que puede prolongarse semanas, sin sintomatología gastrointestinal asociada. Un retraso diagnóstico puede acabar en una perforación apendicular (cuatro veces más frecuente en la DAA, que en la AA), lo que multiplica por 30 la mortalidad. Dicha perforación suele ser hacia el mesoapéndice condicionando una peritonitis localizada.

Caso clínico: presentamos tres casos de DAA.

Paciente 1: varón, 21 años, consulta por dolor súbito en FID de seis horas de evolución. Analíticamente: leucocitosis leve y PCR 68. Paciente 2: varón, 38 años, presenta dolor abdominal de cuatro días de evolución que se inicia de manera difusa en mesogastrio y en las últimas 24 horas se focaliza en FID. Analíticamente: leucocitosis 12.900 y PCR 58.

Paciente 3: varón, 36 años. Dolor abdominal de cinco días que comienza en mesogastrio, y hace dos días se irradia a FID. Asocia estreñimiento. Analíticamente destaca PCR 81.

Ninguno presentó náuseas, vómitos o fiebre. Las pruebas radiológicas fueron ecografía (en dos casos) y TAC abdominal con contraste, que determinaban un proceso apendicular agudo.

Resultados: dos de los pacientes se sometieron a apendicectomía abierta, y el otro laparoscópica. El postoperatorio fue favorable en los tres casos, siendo dados de alta sin incidencias. El resultado anatomopatológico confirmó el diagnóstico de diverticulitis apendicular. El paciente segundo, a su vez, presentaba absceso del mesoapéndice y peritonitis aguda localizada.

Discusión: La DAA puede ser clínicamente indistinguible de una AA. Un curso subagudo e insidioso, con leve alteración analítica o sin síntomas gastrointestinales asociados puede hacernos sospecharla. El diagnóstico se apoya en pruebas de imagen y la exéresis quirúrgica resulta el tratamiento definitivo.

CP194. EL RARO CASO DE UN SCHWANNOMA MAMARIO EN UN VARÓN: PRESENTACIÓN CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

L. Pico-Sánchez, N. Martos-Rojas, R. Gómez-Pérez, F. Ramos-Muñoz, N. Ávila-García, F. Fernández-García, R. Soler-Humanes, V. Scholz-Gutiérrez

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: el schwannoma (neurilemoma) es una neoplasia benigna que se origina de las células de Schwann, presentes en las vainas de los nervios periféricos, pudiendo ser benignos o malignos. Pueden originarse en cualquier región anatómica, siendo la mama es una localización muy infrecuente. Puede aparecer de forma esporádica o en el contexto de una neurofibromatosis.

Existen pocos casos de Schwannoma mamario publicados, siendo inferior a 30 casos documentados hasta 2014, de los cuales muy pocos se han descrito en varones. Presentamos un nuevo caso de Schwannoma en un varón describiendo los hallazgos mamográficos, ecográficos e histológicos de esta entidad.

Caso clínico: paciente de 60 años que consulta por nódulo palpable en la mama derecha de dos meses de evolución, de crecimiento progresivo y doloroso en las últimas semanas. Al examen físico se palpa nódulo en MD de 1 cm aproximadamente, localizado en UCCL, móvil, de consistencia dura. Piel y CAP sin lesiones. Axila ipsilateral negativa. La mamografía lo describe como densidad nodular de 1,5 cm de diámetro y bordes bien definidos. La ecografía mamaria pone de manifiesto una imagen hipoecoica, heterogénea, que mide 15 mm. La BAG describe hallazgos compatibles con schwannoma. Se le realizó una mastectomía subcutánea con conservación del CAP, encontrándose un tumor sólido de 1,5 cm de diámetro, circunscrito, no adherido a estructuras vecinas. Al corte en fresco se aprecia estructura pseudoencapsulada blanco-grisácea, de consistencia blanda. Tras la intervención el paciente presenta una evolución favorable.

El examen microscópico mostró una lesión bien delimitada, pseudoencapsulada, constituida por una proliferación de células fusiformes, agrupadas formando fascículos y distribuidas alternando áreas celulares, con núcleos agrupados en empalizada y otras de menor densidad celular.

Discusión: los schwannomas mamarios son neoplasias benignas muy poco frecuentes, clínica y radiológicamente indistinguibles de otros nódulos mamarios. El diagnóstico definitivo se realiza con el estudio histopatológico siendo la exéresis quirúrgica el tratamiento curativo.

CP196. TUMOR METACRÓNICO DE PÁNCREAS DE DIFERENTE ESTIRPE HISTOLÓGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

L. Pico-Sánchez, E. Corrales-Valero, N. Ávila-García, N. Martos-Rojas, F. Ramos-Muñoz, J.L. Cuba-Castro; J. Roldán-de la Rúa, M.A. Suárez-Muñoz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: de los tumores derivados del tejido exocrino pancreático el más frecuente es el adenocarcinoma de páncreas (60-85%), considerado la quinta causa de muerte por cáncer en EE.UU. Los tumores neuroendocrinos del páncreas (PanNETs) representan el 1-2% de todas las neoplasias pancreáticas, con una incidencia aproximada de 1:100.000 personas/año. Presentamos un paciente en el que han coexistido metacrónicamente dos tumores de páncreas de diferente característica histológica.

Caso clínico: varón de 53 años que consulta por dolor epigástrico de predominio nocturno y se acompaña de distensión abdominal de 5-6 meses de evolución, sin otra clínica acompañante. Es diagnosticado de lesión en cuerpo de páncreas de unos 5cm, con escasa expresión de receptores de Somatostatina, compatible con tumor neuroendocrino. Se le realiza una esplenopancreatectomía córporo-caudal modular anterógrada. Posteriormente recibe QMT-RT. Los 28 meses siguientes el paciente evoluciona favorablemente, con valores de Cromogranina A en descenso progresivo. Recientemente reingresa por ictericia obstructiva, coluria y acolia. Se diagnostica mediante TAC de abdomen, Colangio-RMN y Octreoscan de nueva tumoración en cabeza de páncreas que expresa receptores de somatostatina. Sospechando recidiva de su neoplasia neuroendocrina, se programa para una duodenopancreatectomía cefálica.

Los hallazgos anatomopatológicos describen la primera neoplasia como un carcinoma neuroendocrino de células grandes pobremente diferenciado GIII, con borde afecto, y metástasis en 7/22 ganglios. La segunda tumoración es un adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado G II que afecta a vía biliar, invade submucosa duodenal y tiene el margen vascular afecto, presentando el parénquima pancreático restante focos de PANIN-2 y PANIN-3 (neoplasias pancreáticas intraepiteliales) y metástasis en 4/9 ganglios aislados.

Discusión: estudios recientes han mostrado que los nervios del microambiente de las PanIN promueven la oncogénesis, probablemente por señalización directa a células neuroendocrinas capaces de tener influencias tróficas. Estos hallazgos pueden ser la base de estudio que nos acerque a un diagnóstico más precoz del cáncer de páncreas.

CP198. FÍSTULA ANAL COMPLEJA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE RECTO.

B. García-del Pino, R. Martínez-Mojarro, M.J. Perea-Sánchez, R. Rada-Morgades, J. Vega-Blanco, A. Rodríguez-Padilla, D. Bejarano González-Serna, R. Balongo-García

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: el adenocarcinoma mucinoso perianal es un tumor infrecuente. Presentación como tumor primario o secundario (consecuencia de una larga historia de fístulas anales). Crecimiento lento, bien diferenciado. Diagnóstico temprano difícil debido al crecimiento lento hacia fosa isquiorrectal y ausencia de masa tumoral dentro de la luz rectal. Se asocia con fístulas en un 50%.

Caso clínico: varón de 57 años con historia de fistula perianal compleja intervenida que acude a consultas por supuración a través de OFE.

Anuspección: OFEs izquierdos (9 y 7 horas) y OFE derecho (2 horas). Se canalizan e instila H₂O₂. Ecografía endoanal: cavidad posterior en CA medio-alto con trayectos fistulosos en herradura que se rellenan con contraste.

IQ: fistulectomía y colocación de sedal.

Revisiones en consultas: proctalgia, supuración y absceso isquiorrectal derecho por lo que es intervenido en dos ocasiones realizándose fistulectomía, drenaje y toma de biopsias de mucosa para estudio AP y microbiológico.

Colonoscopia: cambios sugerentes de EII tipo Colitis Ulcerosa.

TC abdomino-pélvico: colección/absceso polilobulado perianal con extensión hacia pelvis, engloba recto y contacta posteriormente con próstata y vejiga, ascendiendo por el mesorrecto hasta la unión rectosigmoidea. Adenopatías inguinales.

RMN pélvica: absceso en espacio supraelevador con trayectos fistulosos por ambas fosas isquiorrectales y por delante envolviendo a la uretra membranosa.

Anatomía Patológica: fragmentos de adenocarcinoma mucosecretor.

Tras continuar con clínica y ante los hallazgos encontrados se decide realización de colostomía derivativa laparoscópica. Se comenta en comité oncológico para tratamiento QT paliativa.

Discusión: tumor muy infrecuente. Diagnóstico de certeza por biopsia a cielo abierto profunda. Los marcadores tumorales (CEA y CA 19,9) tienen un papel importante en la detección temprana.

El tratamiento es la cirugía radical (tamaño y extensión del tumor mínima) con seguimiento estricto (posibilidad de recidiva local). La AAP es el procedimiento de elección si hay progresión tumoral. El rol de la QT/RT es indefinido. Supervivencia a los cinco años menor al 5%.

CP199. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ATRAPAMIENTO DE ASA DE DELGADO COMO COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA TEMPRANA TRAS ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE HERNIA INCISIONAL.

B. García-del Pino, P. González-Benjumea, Á. Rodríguez-Padilla, J. Vega-Blanco, M.J. Perea-Sánchez, D. Molina-García, R. Rada-Morgade, R. Balongo-García

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: las complicaciones tras la cirugía de la hernia incisional presentan una frecuencia del 5-15% independientemente del material y vía de acceso. Se clasifican en intraoperatorias o postoperatorias de forma inmediata, temprana (30 días). La complicación postoperatoria inmediata más grave es la contaminación peritoneal por lesión intestinal inadvertida (2-4%). Los seromas son la complicación más frecuente (1-16%).

Caso clínico: mujer de 46 años intervenida de colecistectomía, nefrectomía derecha, histerectomía y fibroadenoma mamario.

TAC abdominal: hernia supraumbilical y eventración en FID con contenido de asas y orificio de 5 cm de diámetro.

IQ: eventroplastia vía laparoscópica reduciendo ambos defectos, colocándose malla de PTFE fijada mediante técnica de doble corona con tackers no reabsorbibles y posterior reperitonización parcial de la malla.

Dos días después del alta acude a urgencias por dolor abdominal, vómitos y fiebre. Exploración: Plastrón en flanco derecho y defensa a la palpación.

Analítica: leucocitosis y neutrofilia.

TAC abdominal: obstrucción intestinal mecánica a nivel de íleon distal en probable relación con atrapamiento de asa subyacente a la plastia.

IQ urgente vía laparoscópica: epiplón y asas de delgado adheridas a la malla PTFE con atrapamiento de una de las asas entre la prótesis y la zona de reperitonización. Adhesiolisis y reducción de asa afecta sin resección. Postoperatorio favorable con restablecimiento del tránsito y alta.

Discusión: como complicaciones inmediatas destacan: dolor, íleo, peritonitis por perforación, hemoperitoneo e infección de herida.

La obstrucción intestinal es una complicación temprana como causa de adherencias e introducción de asa a través de puerto laparoscópico o entre pared y malla mal fijada.

La reperitonización parcial/completa en eventroplastia laparoscópica es un paso útil en la prevención de complicaciones postoperatorias (adherencias y fístulas producidas por la prótesis y material de anclaje de ésta).

CP200. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL AGUDA, ¿ES SEGURO?

J. Varela-Recio, S. Ayllón-Gámez, A. Valverde-Martínez, M.D. Casado-Maestre, C. Peña-Barturen, S. Roldán-Ortiz, M. Fornell-Ariza, M.J. Castro-Santiago, J.L. Fernández-Serrano

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: ventajas e inconvenientes de la laparoscopia en la urgencia son tema de controversia dado que hay múltiples factores que inciden en los resultados, con gran variedad de procedimientos y diagnósticos.

La laparoscopia en la patología urgente debe plantearse en un contexto realista, caracterizado por la necesidad de actuación rápida hacia el paciente, la limitación del material técnico y la mayor limitación de cirujanos expertos laparoscópicos.

La obstrucción intestinal es una de las causas más frecuentes de emergencias quirúrgicas siendo el intestino delgado la localización más frecuente (76%).

Caso clínico: se trata de un varón de 56 años de edad sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés que acude a urgencias por vómitos y distensión abdominal de 24 horas de evolución.

A la exploración clínica el paciente presenta un cuadro compatible con un íleo mecánico. No presenta defectos herniarios externos ni otros hallazgos patológicos.

Entre las pruebas complementarias realizadas destacan una leve leucocitosis y en las imágenes de la TC se observa un cambio de calibre en las asas de intestino delgado a nivel de fosa ilíaca derecha.

Se decide intervención quirúrgica urgente con abordaje laparoscópico encontrando una hernia de Richter en un defecto inguinal izquierdo. El paciente es dado de alta al cuarto día postoperatorio.

Discusión: la laparoscopia en el síndrome de obstrucción intestinal aguda aún no tiene un claro rol establecido. Diferentes estudios sugieren que la cirugía laparoscópica es técnicamente posible y segura para el tratamiento de la obstrucción del intestino delgado, sin embargo, se conoce poco acerca de su eficacia en cuanto a la mortalidad y morbilidad. Son necesarios la realización de ECAs que evalúen todos los resultados clínicamente relevantes. En nuestra opinión es segura en pacientes seleccionados evitando así laparotomías innecesarias.

CP202. DOLOR CRÓNICO EN LA CICATRIZ DE UNA CESÁREA: ¿ENDOMETRIOMA?

J. Varela-Recio, A. Valverde-Martínez, M.D. Casado-Maestre, M.J. Castro-Santiago, S. Roldán-Ortiz, D. Pérez-Gomar, J.R. Castro-Fernández, J.L. Fernández-Serrano

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: en las incisiones laparotómicas la mayor prevalencia es a consta de hernias ventrales, y en el menor de los casos de granulomas por suturas.

Sin embargo, otras entidades patológicas pueden radicar en la antigua cicatriz, siendo motivo de error diagnóstico preoperatorio como en nuestro caso. En las pacientes con antecedente de intervención ginecológica u obstétrica, debe considerarse el diagnóstico de endometrioma.

Caso clínico: paciente mujer de 45 años sin antecedentes médicos de interés y como quirúrgicos tan sólo una cesárea, que es derivada por el médico de atención primaria para valoración de dolor crónico de un año de evolución en zona periumbilical coincidente con el tercio superior de la cicatriz quirúrgica.

Clínica: dolor crónico con fases de agudización e inflamación de la zona sin relación con el ciclo menstrual.

Exploración: dolor a punta de dedo infraumbilical coincidente con zona nodular que pudiera corresponder a hernia incisional irreductible no complicada.

Pruebas complementarias: analítica completa normal, ecografía de pared abdominal compatible con hernia infraumbilical.

Se lleva a cabo tratamiento quirúrgico no encontrando ningún defecto de la pared abdominal, pero si una formación quística supraaoneurótica con contenido "achocolatado". Se envía a Anatomía Patológica para estudio que confirma se trata de un endometrioma.

Discusión: la endometriosis de pared abdominal anterior tras la cirugía ginecológica puede aparecer meses e incluso años después. La clínica más habitual es dolor en región de la tumoración en relación al ciclo menstrual. En nuestro caso la clínica que presenta es inespecífica y quizás más compatible con proceso herniario. Por lo tanto, debemos tener siempre presente el diagnóstico de endometrioma en dichas pacientes así como el diagnóstico diferencial con las eventraciones laparotómicas mediante pruebas imagen como la ecografía, TC y RNM.

El tratamiento es la extirpación que en la mayoría de los casos es curativa.

CP204. FASCITIS NECROTIZANTE DE LA MAMA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS INFRECUENTES DE INFECCIONES GRAVES DE LA MAMA.

F. Ramos-Muñoz, F.J. Fernández-García, L. Pico-Sánchez, N. Martos-Rojas, R. Gómez-Pérez, N. Ávila-García, S. Mansilla-Díaz, R. Soler-Humanes, L.C. Hinojosa-Arco; E. Corrales-Valero, C. Monje-Salazar, B. García-García, R. de Luna-Díaz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: la fascitis necrotizante es una infección grave y rápidamente progresiva que afecta a la piel y tejido subcutáneo que se extiende por los planos fasciales, con preservación del músculo. Puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, siendo la afectación primaria de la mama una entidad extremadamente infrecuente. Estas graves infecciones requieren desbridamiento quirúrgico y antibioterapia de amplio espectro. La aplicación de sistemas de presión negativa en infecciones con pérdida de tejido ha sido utilizada en otros ámbitos con buenos resultados.

Caso clínico: se presentan dos casos de mujeres de 61 y 58 años que ingresaron en nuestro servicio de cirugía por sepsis de origen mamario, tras presentar mastodinia y tumoración inflamatoria homolateral con escasa respuesta a tratamiento antibiótico. La primera paciente fue vista previamente en consulta ante sospecha de carcinoma inflamatorio. El diagnóstico se demoró por progresión del cuadro, descartándose posteriormente malignidad. La segunda paciente desarrolló la infección a raíz de la inyección de insulina subcutánea en la mama derecha, presentando grandes placas necróticas. La obesidad y la diabetes mal controlada fueron factores de riesgo comunes. En ambas pacientes fue necesario el tratamiento con sueroterapia, antibioterapia de amplio espectro intravenoso, drenaje de la infección y desbridamiento quirúrgico reiterado de la necrosis presente. La aplicación terapias de presión negativa (Sistema V.A.C.®) fue determinante para la preservación de la glándula mamaria por la pérdida de sustancia que provocó la infección, favoreciendo el drenaje, granulación y cicatrización del defecto. Ambas evolucionaron favorablemente hasta el alta.

Discusión: la fascitis necrotizante es una infección potencialmente mortal y extremadamente rara en la patología mamaria. Las infecciones graves de la mama requieren un tratamiento combinado con antibioterapia intravenosa y desbridamiento quirúrgico. La aplicación de sistemas de aspiración con presión negativa aporta una mejoría del drenaje infeccioso y favorece una mejor cicatrización del defecto creado, permitiendo la preservación de la mama.

CP205. ANGIOSARCOMA DE MAMA RADIOINDUCIDO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

N. Martos-Rojas, F.J. Fernández-García, L. Pico-Sánchez, R. Gómez-Pérez, S. Mansilla-Díaz, V. Scholz-Gutiérrez, R. Díaz-Luna

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: el angiosarcoma es un tumor maligno muy agresivo del endotelio vascular, en la mama puede aparecer como tumor primario o secundario al tratamiento con radioterapia tras cirugía conservadora del cáncer de mama o sobre linfedema crónico tras mastectomía radical.

Presentamos dos casos de angiosarcoma de mama radioinducido.

Caso clínico: 1) Mujer, 74 años, intervenida de tumorectomía ampliada y BSGC axilar izquierdo en 2003 por carcinoma ductal infiltrante grado III en mama izquierda. Recibió tratamiento adyuvante con RT y QT. En 2012, se aprecian lesiones maculares violáceas periareolares que no desaparecen a la presión en mama izquierda. La biopsia informaba de proliferación vascular atípica con alta sospecha de angiosarcoma.

2) Mujer, 65 años, intervenida de tumorectomía ampliada y BSGC axilar derecho en 2008 por carcinoma ductal invasor grado II de mama derecha. Recibió tratamiento adyuvante con RT y hormonoterapia. En 2016, refiere lesiones violáceas excrecentes periareolares en mama derecha. Mediante ecografía se detectan áreas hipoecoicas en UCInf/MD, cuya biopsia informa de tejido adiposo. Ante la discordancia se realiza biopsia de tejido cutáneo, con resultado de angiosarcoma.

Ambos casos fueron presentados en comité, decidiéndose mastectomía simple de la mama afecta. Se confirmó mediante estudio anatomopatológico el diagnóstico de angiosarcoma radioinducido.

Discusión: el angiosarcoma radioinducido aparece como complicación poco frecuente secundario al tratamiento radioterápico tras cirugía conservadora de la mama. Constituyen entre el 0,09-0,16% de los tumores de mama, en mujeres mayores de 60 años y con un periodo de latencia tras radioterapia entre 5-10 años. El diagnóstico es difícil, incluso tras el análisis histológico pues, en un primer momento, estas lesiones pueden considerarse como benignas. Se debe considerar como maligna toda lesión vascular que aparezca sobre una mama radiada. El tratamiento consiste en una resección quirúrgica completa. La linfadenectomía axilar no está indicada. Para los localmente avanzados no resecables, la quimioterapia constituye el pilar de tratamiento.

CP206. ICTERICIA OBSTRUCTIVA POR METÁSTASIS PERIAMPULAR DE CARCINOMA DE CÉRVIX.

N. Martos-Rojas, E. Corrales-Valero, S. Mansilla-Díaz, J.F. Roldán de la Rúa, N. Ávila-García, L. Pico-Sánchez, M.A. Suárez-Muñoz, R. de Luna-Díaz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: los tumores que causan ictericia obstructiva suelen originarse en localizaciones pancreáticas, biliares o periampulares, aunque también puede ser resultado de la compresión extrínseca de la vía biliar por otros tumores.

Caso clínico: mujer, 65 años, con antecedente de histerectomía y doble anexectomía en 2012 por cáncer de cérvix. En abril de 2016 ingresa en Digestivo por ictericia obstructiva, descubriéndose una masa periampular. Se solicitó RMN por monoparesia de miembro superior derecho, confirmándose compresión medular cervical por metástasis de carcinoma de cérvix. La masa periampular no fue drenable endoscópicamente, se colocó endoprótesis biliar y se realizó biopsia percutánea guiada por TAC. El resultado anatomopatológico confirmó células escamosas, compatible con origen en cérvix (p16+). Dada la extensión metastásica no se consideró su resección. En septiembre de 2016, ingresa por vómitos incoercibles secundarios a estenosis duodenal en segunda porción por progresión de la enfermedad. Como tratamiento paliativo se realizó una derivación gastro-entérica.

Discusión: el carcinoma de cérvix disemina por vía linfática y afecta a los ganglios pre y paraaórticos antes de metastatizar por vía hematogena. Las metástasis periampulares son extremadamente raras, con muy pocos casos descritos en la literatura, pero deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial ante antecedente de cáncer de cérvix.

Las metástasis pancreáticas son raras, aparecen en el 2-5% de los tumores pancreáticos y suelen proceder de carcinoma de células renales, pulmón, mama y colorrectal. La resección quirúrgica se recomienda para lesiones únicas y cuando se pueda soportar una pancreatocetomía. El drenaje biliar endoscópico es un abordaje paliativo cuando la cirugía no es posible.

Las metástasis en intestino delgado son también poco frecuentes y suelen proceder de primarios gastrointestinales, melanoma, mama, pulmón y riñón. Se presentan como obstrucción, HDA, peritonitis o dolor abdominal y suelen ser un evento terminal concomitante con otras metástasis. En este estadio, la actitud suele ser paliativa.

CP207. METÁSTASIS DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS EN MAMA.

N. Martos-Rojas, R. Gómez-Pérez, B. García-García, F.J. Fernández-García, N. Ávila-García, V. Scholz-Gutiérrez, R. de Luna-Díaz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: las metástasis en mama son menos comunes que los tumores primarios de mama (0,5-2%). Proceden de tumores hematológicos, linfáticos, melanoma y pulmón. Las metástasis mamarias de origen renal son un hallazgo infrecuente, constituyen un 3% de las metástasis de carcinoma renal. Una historia previa de neoplasia renal debería levantar la sospecha de una afectación metastásica de la mama.

Caso clínico: mujer, 53 años, con antecedente de nefrectomía parcial izquierda laparoscópica en 2010 por carcinoma renal de células claras grado 2 pT1aNxM0, y tratamiento con QT adyuvante que finaliza en 2012. En 2016 refiere nódulo de 1cm en cola axilar de mama izquierda, y nódulo perianal de 1cm. La mamografía y ecografía mostraban un nódulo solidoquístico de 1 cm en cola axilar izquierda (BIRADS 4b). El TAC describía nódulo de 1cm pectoral izquierdo, otro nódulo de 1cm similar en grasa glútea derecha, hipercaptante y pequeño derrame pericárdico.

La biopsia del nódulo mamario reveló carcinoma invasor de células claras, con expresión de CD10, que orientaba a origen renal. La PAAF del nódulo perianal fue inespecífica.

Se realizó tumorectomía ampliada y exéresis del nódulo perianal. La histología informó, tanto en los nódulos mamarios como en la lesión perianal, metástasis de carcinoma, compatible con carcinoma renal de células claras, con bordes libres.

Discusión: el carcinoma de células renales es un tumor muy agresivo. El 30% de los pacientes con CCR tienen metástasis al diagnóstico (pulmón, ganglios linfáticos, hueso, hígado, glándula suprarrenal, sistema nervioso central). Las metástasis mamarias son extremadamente raras. Se manifiestan como nódulos indolores y móviles con crecimiento rápido. La piel no suele afectarse. La afectación ganglionar es variable.

Si la lesión es única, el tratamiento es la metastasectomía. Los ganglios axilares solo deben resecarse si están afectados. En caso de más metástasis, pueden preferirse la quimioterapia paliativa o la radioterapia.

CP208. APENDICITIS AGUDA COMPLICADA COMO FORMA DE DEBUT DE UN LINFOMA B INCLASIFICABLE DE INTESTINO DELGADO.

P. González-Benjumea, B. García-del Pino, M. Delgado-Morales, G. Morales-Martín, M. Reyes-Moreno, P. Beltrán-Miranda, M. Alba-Valmorisco, R. Balongo-García

Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: el linfoma de células B inclasificable con características intermedias entre LDCGB (Linfoma difuso de células grandes tipo B) y linfoma de Burkitt clásico, es una neoplasia infrecuente y altamente agresiva. Suele presentarse en niños y adultos jóvenes asociándose a inmunodeficiencia. La afectación intestinal es bastante inusual.

Caso clínico: varón 29 años con dolor en FID asociado a fiebre, vómitos y diarrea. Abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación en FID con peritonismo localizado y sensación de masa a dicho nivel.

Analítica sin hallazgos relevantes, con PCR 25 mg/mL. TAC-abdominal que evidencia colección en FID de 80 mm englobando asas intestinales con abundante contenido gaseoso, diagnosticándose de apendicitis aguda complicada.

Se realiza laparotomía donde se objetiva tumoración a expensas de íleon terminal y ciego con perforación contenida y múltiples adenopatías. Se realiza hemicolectomía derecha. Buen curso postoperatorio, alta en cinco días.

Anatomía Patológica: apendicitis aguda gangrenosa con ocupación masiva por neoplasia de células redondas patrón "en cielo estrellado" que afecta a serosa y ulcera el asa produciendo necrosis. Márgenes libres. Afectación de dos ganglios linfáticos.

Diagnóstico: linfoma B de alto grado inclasificable, con morfología intermedia entre LDCGB y linfoma Burkitt de afectación intestinal, estadio IIA Ann Arbor.

En consultas de hematología se indica protocolo Burkimab, con buena respuesta.

Discusión: el linfoma de células B inclasificable presenta curso agresivo. Afectación intestinal infrecuente. La sintomatología inespecífica retrasa el diagnóstico. Los síntomas más frecuentes: dolor abdominal (78%), diarrea (49%), tumoración abdominal (35%) y perforación intestinal por tendencia ulcerativa (20-25%).

Enfoque terapéutico no bien definido, existiendo controversia en indicación quirúrgica del linfoma intestinal localizado. La indicación debe hacerse ante obstrucción, perforación o hemorragia. En linfomas no complicados, con tumores de pequeño tamaño, histología de bajo grado y ausencia de diseminación, puede tratarse con quimiorradioterapia. En tumores de mayor tamaño y extensión suele precisar cirugía y adyuvancia con quimioterapia.

CP209. APROXIMACIÓN MORFOLÓGICA A LOS ESTUDIOS FUNCIONALES EN PROCTOLOGÍA.

J. Sánchez-Segura¹, J.A. Blanco-Elena², M. Ruiz-López², I. González-Poveda², J. Carrasco-Campos², J.A. Toval-Mata², I. Mirón-Fernández², S. Mera-Velasco², J. Santoyo-Santoyo²

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga. ²Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: tanto la manometría anorrectal como los estudios morfológicos del canal anal se han revelado como potentes herramientas en el estudio de pacientes con incontinencia fecal secundaria a un amplio espectro de patologías. Aunque no se ha observado una concordancia suficiente entre hallazgos funcionales y anatómicos en pacientes sanos, existen indicios de que, en pacientes con afectación del complejo esfinteriano, podría correlacionarse el grosor de los esfínteres con diversas variables manométricas.

Material y métodos: presentamos una serie de siete casos (seis pacientes con patología anorrectal establecida y un control sano) estudiados por incontinencia fecal mediante prueba de imagen y manometría anorrectal. Se incluyeron dos casos de insuficiencia esfinteriana tras esfinterotomía lateral interna, uno de ruptura esfinteriana por trauma obstétrico, uno secundario a estenosis anal, uno de rectocele, así como otro de distrofia esfinteriana. En todos los casos se llevó a cabo ecografía endoanal 360º, resonancia magnética pélvica o defecograma además de manometría con estudio de perfil pasivo de relajación-contracción, reflejo rectoanal inhibitorio, test de sensibilidad, test de fatiga y test de expulsión. A partir de los datos manométricos se construyó mapa de presiones 360º, cuya concordancia con el mapa anatómico se confronta.

Resultados: los mapas de presiones obtenidos ilustran la anatomía funcional de los pacientes estudiados y permiten una visualización morfológica de las alteraciones esfinterianas estudiadas con una correlación adecuada con los defectos anatómicos objetivados mediante ecografía, resonancia o estudio morfológico dinámico.

Conclusiones: aunque en el estudio de los pacientes con incontinencia fecal existe falta de consenso en la literatura acerca del papel diagnóstico de los diferentes parámetros obtenidos por estudio de imagen y por manometría anorrectal, el estudio de la anatomía funcional obtenida a partir del mapa de presiones podría ayudar a clarificar los hallazgos anatómicos subyacentes y a seleccionar qué pacientes se beneficiarán de tratamiento de *biofeedback*.

CP210. INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN EL POSTOPERATORIO DE EVISCERACIÓN EN PACIENTE CON MÚLTIPLES COMORBILIDADES.

J. Sánchez-Segura, M. Pérez-Reyes, J. Turiño-Luque, A. Martínez-Ferri, M. Ruiz-López, I. González-Poveda, S. Mera-Velasco, J. Santoyo-Santoyo

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: la evisceración total consiste en la salida del contenido abdominal a través de los planos abiertos de la herida quirúrgica, debido a su separación o dehiscencia en el postoperatorio inmediato (primeros días o semanas).

Se trata de una complicación grave que se produce entre el 1-3% de los pacientes sometidos a cirugía abdominal.

Caso clínico: paciente de 77 años con antecedentes de HTA, EPOC, SAOS severo, obesidad, intervenido de triple bypass aorto-coronario. Intervenido el 3 marzo de neoplasia de recto con resección

anterior baja con colostomía terminal por laparoscopia asistida por Pfannenstiel. Siendo dado de alta en 19º DPO.

Acude a la urgencia el 25 de marzo por dolor abdominal con evisceración no contenida por piel (Figura 1). Dados los hallazgos, se decidió intervención quirúrgica urgente. Se realizó liberación y reintroducción de asas intestinales y se colocó malla Ventry ST de 11x15 cm preperitoneal.

El postoperatorio ha estado marcado por problemas respiratorios, con episodios de retención de CO₂ y disminución de la conciencia, que han precisado terapia con BiPAP. Así como infección del sitio quirúrgico (ISQ) tratado con desbridamiento, antibioterapia guiada por cultivo y terapia de presión negativa mediante sistema VAC (Vacuum-Assisted Closure). Alta en 32º DPO días postoperatorio, con notable mejoría de la herida, pero aún con necesidad continuar realizando cura plana en su centro de salud para conseguir cierre por segunda intención.

Discusión: una de las complicaciones de la cirugía urgente de la evisceración es la ISQ.

Los factores de riesgo implicados son: edad avanzada, desnutrición, diabetes, obesidad, hipoxemia, anemia postoperatoria, cirugía urgente, inmunodepresión, etc.

Entre las diferentes opciones de tratamiento encontramos la terapia de presión negativa. Ésta produce una contracción de la herida, salida del líquido extracelular, y mejora la preparación del lecho de la herida, induciendo la proliferación celular y angiogénesis.

CP211. TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA POR ABDOMEN ABIERTO EN TRASPLANTE HEPÁTICO.

J. Sánchez-Segura¹, I. Mirón-Fernández¹, F.J. León-Díaz¹, S. Nicolás-de Cabo¹, M. Pérez-Reyes¹, B. Sánchez-Pérez¹, J.L. Fernández-Aguilar¹, J.A. Pérez-Daga¹, C. Montiel-Casado¹, J.M. Aranda-Narváez², M.A. Suárez-Muñoz², J. Santoyo-Santoyo¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga. ²Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: los sistemas de terapia con presión negativa (TPN) han demostrado su eficacia en el manejo del cierre temporal del abdomen en casos de trauma grave, síndrome compartimental y sepsis, si bien existe controversia en cuanto a la eficacia y uso en ésta última. En la práctica clínica también se contempla su utilidad en dehiscencias anastomóticas ante la imposibilidad de cierre primario abdominal.

Caso clínico: presentamos dos casos de trasplante hepático en que se aplicó la TPN mediante sistema VAC (Vacuum-Assisted Closure) Abthera como puente al cierre definitivo del abdomen.

1) Varón de 62 años diagnosticado de hepatocarcinoma en contexto de hepatopatía crónica por virus hepatitis C, MELD 8. Trasplante hepático según técnica habitual, objetivándose desproporción entre tamaño de injerto y receptor, con cierre primario de pared abdominal. El primer día postoperatorio, se diagnostica de síndrome compartimental abdominal con fracaso hemodinámico, respiratorio y renal. Es reintervenido con colocación de VAC Abthera. Tras mejoría en UCI, se procede al cierre definitivo de pared con prótesis supraaoneurótica a las 48 horas. Postoperatorio sin incidencias,

recibiendo alta a los 14 días. Supervivencia con buena funcionalidad del injerto a los 39 meses.

2) Mujer de 37 años con hepatitis fulminante criptogénica en fracaso multiorgánico con síndrome compartimental abdominal (PIA >20 mmHg), necesitando noradrenalina, hemofiltración y terapia MARS. Trasplante hepático según técnica habitual, con importante edema de todo el paquete intestinal y ascitis abundante, decidiéndose colocación VAC Abthera temporal. Reintervención en 48 horas, con colocación de prótesis intraperitoneal y cierre laparotómico. Postoperatorio con mejoría progresiva y hematoma de herida, recibiendo alta el 25º día. Supervivencia a los cuatro meses con función hepática conservada.

Discusión: la TPN mediante VAC Abthera es un recurso en caso de trasplante hepático con síndrome compartimental asociado y necesidad de abdomen abierto, como técnica puente para el cierre definitivo de la pared abdominal.

CP212. COLGAJOS LATERALES DE AVANCE PARA EL TRATAMIENTO DE LA GANGRENA DE FOURNIER.

J.M. Hernández-González, F.J. Pérez-Lara, J.M. Hernández-Carmona, R. Marín-Moya, H. Oehling-de los Reyes, H. Oliva-Muñoz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Antequera, Antequera.

Introducción: la gangrena de Fournier es una enfermedad infecciosa caracterizada por fascitis necrótica del periné, con una evolución galopante y potencialmente fatal, dejando importantes pérdidas de tejido.

El cierre de los defectos perineales supone un reto para el cirujano general, viéndose en ocasiones obligado a derivar al paciente a unidades de cirugía plástica para su reparación.

Presentamos un caso en el que para reconstruir la pérdida de tejido hemos empleado colgajos laterales de avance, incluyendo piel y grasa, siendo precisas dos etapas.

Caso clínico: paciente de 41 años acude a urgencias por dolor perianal de siete días de evolución y fiebre, observándose en la exploración física una necrosis perianal amplia, con celulitis infiltrativa hacia la zona inguinal izquierda. En la analítica destaca una alteración importante de los parámetros de sepsis.

Después de la resección de los tejidos necróticos, un gran defecto perineal permaneció, extendiéndose a la zona inguinal izquierda. Se realizó una reparación en dos etapas, utilizando colgajos laterales de avance, con el desprendimiento de piel y grasa. En la primera etapa, se separaron las aletas laterales de la piel y tejido subcutáneo del perineo posterior para el avance y cierre y se llevaron hacia el área perineal anterior, en preparación para la segunda etapa, en la que se logró el cierre completo aplicando la misma técnica (colgajos laterales de piel y grasa).

Discusión: la gangrena de Fournier suele estar asociada a diabetes, principalmente en los pacientes jóvenes, siendo el origen etiopatogénico una infección polimicrobiana que provoca microtrombosis de los pequeños vasos subcutáneos.

El diagnóstico es esencialmente clínico, siendo de suma importancia el desbridamiento precoz y agresivo de los tejidos desvitalizados.

Más del 50% de los pacientes necesitan algún tipo de intervención reconstructiva, pudiendo utilizarse injertos, transposición de tejidos, pedículos vascularizados y técnicas de expansión de tejidos.

CP214. DIVERTICULO CECAL SOLITARIO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE APENDICITIS AGUDA.

D. Navarro-Sánchez, E. Fernández-Nieto, M.J. Álvarez-Martín

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada.

Introducción: el divertículo cecal solitario es una rara entidad que afecta al 0,18% de la población general. El diagnóstico diferencial con la apendicitis aguda resulta un reto incluso apoyado en pruebas de imagen. Presentamos un caso de diverticulitis cecal, en un paciente diagnosticado preoperatoriamente de apendicitis aguda.

Caso clínico: paciente de 23 años, de origen asiático, sin antecedentes personales de interés, que acude a servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal de dos días de evolución, de comienzo en mesogastrio y focalizado posteriormente en FID. Análíticamente destacar una PCR de 67 como único hallazgo. No leucocitosis ni neutrofilia. A la exploración presenta un Blumberg positivo, sin otros síntomas genitourinarios ni gastrointestinales. Se realiza ecografía que informa de una estructura tubular de terminación ciega desde región cecal compatible con apéndice corto. Presenta un diámetro en plano axial de 1,6 cm y contiene en su extremo distal apendicolito de 15 mm. Concluye como apendicitis aguda con apendicolito con plastrón inflamatorio periapendicular.

Intraoperatoriamente se descubre un apéndice cecal normal y una tumoración dependiente de ciego, con gran reacción inflamatoria perilesional. Se decide realizar ileocequectomía y anastomosis L-T mecánica. El paciente no presenta eventualidades durante el postoperatorio, se procede al alta al sexto día con buena evolución.

El estudio anatomopatológico evidenció un divertículo cecal con ulceración e inflamación aguda en pared y serosa, concluyendo como diverticulitis aguda en ausencia de células que sugieran malignidad (Figuras 1-2).

Discusión: la inflamación de un divertículo cecal solitario debe considerarse como una extraña causa dentro del diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda, siendo prácticamente imposible la caracterización preoperatoria del mismo.



(CP214) Figura 1 Ecografía. Se observa imagen sugerente de apendicolito.



(CP214) Figura 2 Divertículo cecal solitario, pieza quirúrgica. Imagen tomada de A. Spínola. Tendencias en Medicina, 2013.

CP215. RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE METÁSTASIS HEPÁTICA EN SEGMENTO V POR ADENOCARCINOMA DE RECTO.

D. Navarro-Sánchez, Y. Fundora-Suárez, A. Becerra-Massare

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada.

Introducción: las técnicas mínimamente invasivas en la cirugía hepática son una realidad en el momento actual. Presentamos el caso de un paciente con metástasis única en segmento V por adenocarcinoma de recto, la cual fue resecada de forma laparoscópica.

Caso clínico: paciente de 26 años con clínica de tenesmo rectal y rectorragia de dos años de evolución que había sido diagnosticado de síndrome hemorroidal por su médico de cabecera. Es derivado a consultas, donde se diagnostica tras colonoscopia de adenocarcinoma de recto localmente avanzado.

Tras estudio de extensión, mediante TC toracoabdominopélvico, RMN y PET-TAC, se observa imagen sugerente de metástasis hepática en segmento V, se corresponde con un estadio T3N2M1.

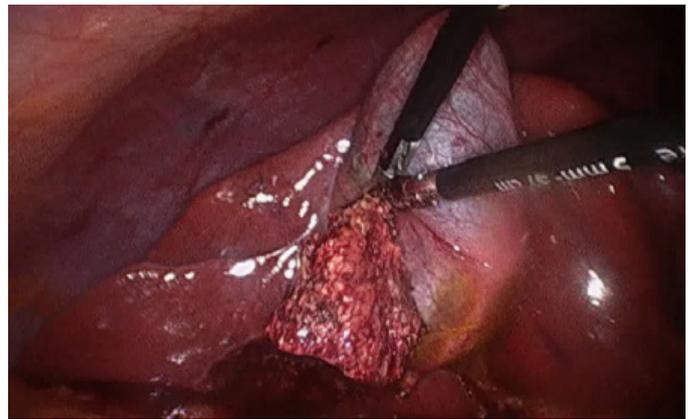
Se decide en comité multidisciplinar dado lo avanzado de la enfermedad local y que tratar quirúrgicamente de entrada la enfermedad hepática podía suponer un retraso de 1-2 meses para comenzar a tratar el resto de la enfermedad, se decide empezar el tratamiento con quimioterapia y terapia biológica, y tras inducir

respuesta, cirugía sobre M1 hepática y así posteriormente tratamiento local multimodal sobre el recto.

Dada la edad del paciente se decide cirugía laparoscópica de la metástasis hepática. Se realiza ecografía intraoperatoria que no informa más LOEs hepáticas salvo la ya conocida y colecistectomía asociada a la propia metastasectomía de lesión en segmento V. El postoperatorio inmediato cursa sin incidencias, dándose de alta al quinto día postoperatoria con buena evolución clínica y analítica (Figuras 1-5).

Discusión: el abordaje laparoscópico de las metástasis hepáticas debe ser una elección factible en una serie de pacientes seleccionados.

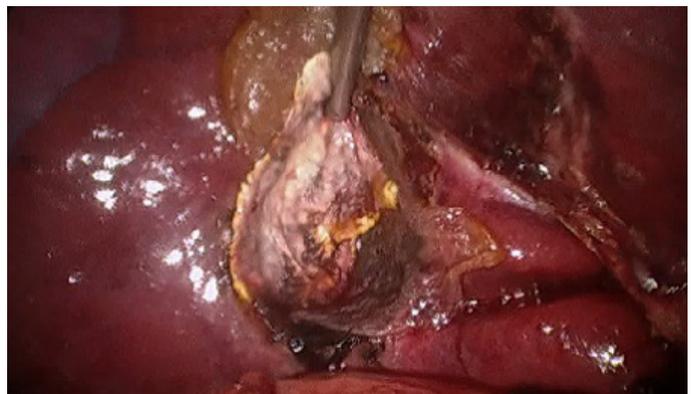
A pesar de la dificultad técnica que puedan conllevar dichas intervenciones, la mejoría en el tiempo de recuperación y en el dolor postoperatorio sin afectar a la resección oncológica, permiten a dichas técnicas ofrecer una opción más que viable para la exéresis de lesiones metastásicas hepáticas.



(CP215) Figura 4 Exéresis completa de la metástasis hepática.



(CP215) Figura 1 Metástasis en segmento V.



(CP215) Figura 5 Hemostasia en lecho de metastasectomía con Tachosil.



(CP215) Figura 2 Marcaje de la delimitación en la metástasis.



(CP215) Figura 3 Resección de metástasis mediante CUSA. Hemostasia con Tissuelink.

CP216. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO BILATERAL TRAS TIROIDECTOMIA POR BOCIO INTRATORÁCICO.

D. Navarro-Sánchez, E. Fernández-Segovia, J.I. Arcelus-Martínez

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada.

Introducción: la trombopprofilaxis del paciente quirúrgico es un tema ampliamente estudiado. La cirugía del tiroides, en los casos de patología benigna, clásicamente se considera una cirugía poco trombogénica. Se plantea el caso de un TEP masivo bilateral postquirúrgico en un paciente intervenido de bocio intratorácico.

Caso clínico: paciente de 61 años, con antecedentes personales de HTA, DM tipo 2, ex fumador, Se diagnostica de gran bocio multinodular con proyección intratorácica y desviación de la luz traqueal, por lo que se decide intervención programada.

Se realiza tiroidectomía total que cursa sin incidencias, con una duración de 240 minutos, debido a la dificultad técnica, con neuromonitorización correcta de ambos nervios recurrentes. No se produce sangrado ni ninguna otra eventualidad, durante la intervención ni en el postoperatorio inmediato. El paciente se da de alta a las 48 horas sin trombopprofilaxis.

Acude al Servicio de Urgencias a las 72 horas de la intervención, por episodio de síncope mientras se realizaba cura de la herida. Exploración anodina, salvo FC de 105 lpm, y Sat. O₂ del 94%. Dada la sospecha diagnóstica se solicita AngioTC torácico que informa de defectos de repleción centrales en troncos de arterias pulmonares principales izquierda y derecha, que se extienden hacia ramas segmentarias y subsegmentarias para la práctica totalidad de los segmentos, concluyendo como TEP masivo bilateral.

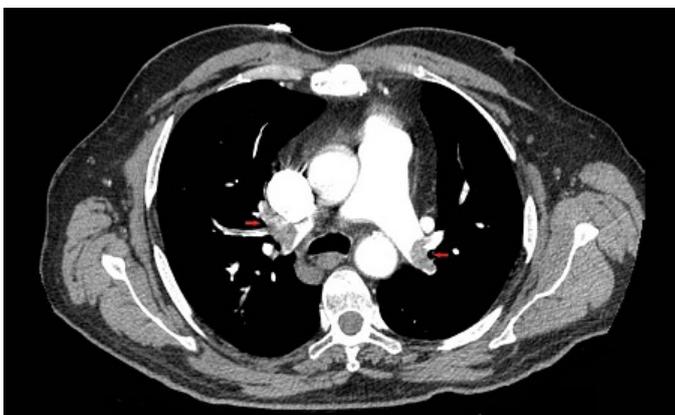
El paciente se ingresa a cargo de neumología, con anticoagulación cuatro meses, donde presenta buena evolución y se procede al alta. El estudio de coagulación especial no presentó ninguna anomalía destacable (Figuras 1 y 2).

Discusión: a pesar del bajo riesgo de la cirugía tiroidea benigna, la necesidad de aplicar escalas de riesgo tromboembólico se hace patente, en cirugías de larga duración, así como en un determinado rango de edad. La consideración de profilaxis tromboembólica con heparinas de bajo peso debería ser reglada y no relegada a patología maligna.



(CP216) Figura 1

AngioTC torácico. TEP.



(CP216) Figura 2

AngioTC torácico. Corte axial. TEP.

CP217. ENDOMETRIOSIS ILEOCECAL SIMULANDO PLASTRÓN APENDICULAR OBSTRUCTIVO.

M.C. Ferrer-Castro, J. Triguero-Cabrera, S. Ercoreca-Tejada, J. García-Rubio, T. Torres-Alcalá

Departamento de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: la región ileocecal constituye una localización infrecuente de focos de endometriosis infiltrativa. Éstos suelen producir alteraciones gastrointestinales inespecíficas que cursan de forma crónica sin hallazgos en las diferentes pruebas complementarias, por lo que es difícil llegar al diagnóstico etiológico. Habitualmente éste se alcanza durante el trascurso de una cirugía realizada por complicaciones de los endometriomas (sangrado, obstrucción, apendicitis aguda, etc.).

Caso clínico: paciente de 34 años intervenida nueve años antes por sospecha de apendicitis aguda, evidenciándose durante la intervención hemoperitoneo secundario a sangrado por endometriosis ovárica. Muy sintomática a nivel ginecológico con dolor intenso durante menstruaciones y mejoría durante los embarazos. No tratamiento habitual.

Acude a urgencias por dolor abdominal periumbilical junto con vómitos y ausencia de tránsito, comienzo de menstruación dos días antes. Se realiza Tomografía Computarizada que no logra identificar apéndice, pero visualiza signos sugerentes de plastrón inflamatorio en fosa iliaca derecha con cuadro suboclusivo secundario, estableciéndose como diagnóstico de presunción apendicitis aguda evolucionada.

Se realiza laparotomía exploradora que evidencia cuadro adherencial y obstrucción intestinal por implante endometriósico en región ileocecal. Se practica ileocequectomía con anastomosis laterolateral manual. La anatomía patológica refleja foco de endometriosis de 5x4 cm a nivel de la muscular de íleon distal y que engloba al apéndice. Alta en el 6º día postoperatorio.

Discusión: la ecografía abdominal no logra detectar de forma precisa la endometriosis infiltrativa en intestino delgado y colon. Está en auge el empleo de RMN, con unas altas tasas de sensibilidad y especificidad. Dado que la endometriosis intestinal es una enfermedad benigna, el tratamiento quirúrgico debe focalizar en el alivio de síntomas gastrointestinales, en lugar de tratar de realizar resección "oncológica" de todas las lesiones. Un tratamiento hormonal a largo plazo se debe considerar en todas las pacientes, ya que ayuda a controlar los síntomas y a disminuir el tamaño de las lesiones.

CP218. INFARTO ESPLÉNICO Y ABSCESO SUBFRÉNICO TRAS CESÁREA URGENTE.

M.C. Ferrer-Castro, A. Molina-Raya, A. García-Jiménez, C. Moreno-Cortés, J. Villar-del Moral, T. Torres-Alcalá

Departamento de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: la embolia de líquido amniótico es un síndrome que puede afectar a múltiples órganos y que se presenta en mujeres durante el parto o cesárea o en el postparto inmediato.

Caso clínico: paciente de 24 años ingresada en obstetricia por trabajo de parto. Se indica cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal, comenzando durante la cirugía con disnea y dolor torácico. En el postoperatorio persiste la sintomatología, presentando taquipnea, ortopnea y saturación 90%. Se indica antibioterapia ante la sospecha clínica de infección respiratoria no condensante.

Reingresa en neumología dos semanas después por fiebre, dolor costal, empeoramiento de la disnea y trabajo respiratorio, siendo orientada nuevamente como infección respiratoria. Ante la ausencia de mejoría con antibioterapia intravenosa durante el ingreso, se solicita tomografía computarizada (TC) para descartar tromboembolismo Pulmonar. La TC no identifica defectos de repleción de arterias pulmonares, pero revela signos compatibles con hipertensión pulmonar y un área de infarto esplénico con absceso subfrénico asociado.

Se realiza laparoscopia con lavado peritoneal y colocación de drenaje subfrénico. La paciente es dada de alta en el octavo día postoperatorio, sin incidencias. Actualmente asintomática desde el punto de vista abdominal y cardiorrespiratorio.

Discusión: las primeras manifestaciones de la embolia de líquido amniótico comienzan típicamente durante el trabajo de parto o cesárea, presentando las pacientes disnea, hipoxia, hipotensión, coagulopatía o fallo hemodinámico sin otra causa justificable como hemorragia o sepsis.

Constituye un síndrome con afectación multiorgánica con alta mortalidad en los casos más severos, aunque se describen casos con afectación más leve y manifestaciones más larvadas, como en el caso que se nos presenta. La presencia de signos de hipertensión pulmonar en una paciente joven sin antecedentes, así como la presencia de infarto esplénico sin otra causa subyacente orientan a esta patología. Se debe mantener un alto índice de sospecha, siendo a menudo un diagnóstico de exclusión.

CP219. FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO COMO PRESENTACIÓN DE PERFORACIÓN DE SIGMA POR CATÉTER DE DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL.

M. Fernández-Ramos, V. Camacho-Marente, S. Dios-Barbeito, A. Senent-Boza, P. García-Muñoz, L. Navarro-Morales, S. Martínez-Núñez, L.M. Marín-Gómez, F.J. Padillo-Ruiz

Sección Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: las complicaciones intraabdominales de un catéter de derivación ventriculoperitoneal (CDVP) son infrecuentes y existen pocos casos descritos en la literatura. Presentamos el caso de un paciente portador de un CDVP en estudio por fiebre de origen desconocido.

Caso clínico: paciente de 33 años que presentó traumatismo craneoencefálico en 2003, requiriendo la colocación de un catéter de derivación ventriculoperitoneal (DVP) por el desarrollo de hidrocefalia.

Consulta por persistencia de fiebre desde hace cinco meses, sin otra sintomatología asociada. Se decide ingreso en planta para estudio presentando empeoramiento del estado general, fiebre y cefalea solicitándose bodyTC que visualiza el catéter que perfora el sigma y discurre intraluminalmente hasta el ano. Se decide intervención

quirúrgica urgente, evidenciándose como el CDVP atraviesa la luz intestinal ocasionando una perforación puntiforme a nivel de sigma, sin líquido libre ni peritonitis asociada. Neurocirugía realiza desconexión del catéter a nivel torácico y abandono del cabo. Posteriormente se retira el resto de catéter reemplazándose por otro sistema. Fue dado de alta sin incidencias a las tres semanas desde el ingreso.

Discusión: son pocos los casos descritos en la literatura sobre este tipo de complicaciones que pueden generar infecciones ascendentes del SNC. A pesar de que el paciente no presentaba ningún síntoma abdominal, fue mandatoria la intervención quirúrgica urgente dada la presencia de fiebre y clínica neurológica. Consideramos fundamental dicha actuación para la resolución del cuadro infeccioso y el éxito del tratamiento.

CP221. HERIDAS POR ARMA DE FUEGO COMO CAUSA DE TEP.

E. Perea-del Pozo¹, J.M. Castillo-Tuñón², F. Pareja-Ciuró², F.A. Vega-Romero², J. Padillo-Ruiz²

¹Servicio de Cirugía General. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla. ²Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: presentamos un caso de tromboembolismo pulmonar secundario a una herida por arma de fuego en miembro inferior derecho y revisión de la literatura.

Caso clínico: paciente varón de 26 años que acude al servicio de urgencias con heridas por arma de fuego. El paciente llega estable, eupneico con buena ventilación, a 90 lpm y normotenso, con GCS 15/15. Presenta dos orificios de bala en miembro superior derecho; a nivel del bíceps femoral y en antebrazo medio con orificios de salida del proyectil.

Presenta otro orificio de bala en gemelo derecho sin orificio de salida, sostiene un torniquete de en bíceps femoral por elevada pérdida de sangre de hasta 700 mL durante el traslado.

Realizamos exploración de la herida quirúrgica en quirófano con retirada de torniquete y control hemostático.

A las 12 horas de la cirugía el paciente comienza con disnea y fiebre, acompañado de desaturación y fallo renal prerrenal. Es diagnosticado de TEP submasivo con imagen de embolo de densidad cálcica originado por la gran destrucción muscular y ósea en MID. A pesar de tratamiento con HBP el paciente es exito a las 12 horas por shock cardiogénico.

Discusión: la embolización secundaria al impacto de un proyectil al árbol pulmonar es una afección extremadamente infrecuente, con elevada mortalidad y con riesgo de sepsis y fallo respiratorio si no se realizan un diagnóstico y tratamiento precoces.

Los fragmentos de tejido muscular y óseo pueden entrar en la circulación venosa a través de los pequeños capilares o a través de grandes vasos existiendo incluso descripción en literatura de migración del proyectil a través de circulación venosa. El aumento de la presión, favorecido por el torniquete, generó un síndrome compartimental por el edema. Esta rara complicación se ve favorecida por heridas de

arma de fuego de gran calibre que provocan una mayor destrucción de tejidos.

CP222. PERFORACIÓN VESICAL POR APENDICITIS AGUDA.

E. Perea-del Pozo, F. Pareja-Ciuró, F.A. Vega-Romero, J. Padillo-Ruiz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: presentamos un caso clínico de piuria secundaria a fistula apéndice-vesical.

Caso clínico: paciente de 62 años que presenta un cuadro de dos días de dolor abdominal en FID acompañado de fiebre y náuseas. El paciente acude taquicárdico, taquipneico e hipotenso y presenta una analítica con 30.000 leucocitos, creatinina de 10 alteración de la coagulación y piuria franca tras sondaje vesical. Se realiza eco urgente que no visualiza el apéndice, pero ve abundante líquido libre de baja densidad en cavidad abdominal. El paciente se inestabiliza entrando en shock séptico y score APACHE de 30 precisando cirugía abdominal de urgencia.

En la laparoscopia se visualiza plastrón inflamatorio de ciego y válvula ileocecal por lo que se decide conversión a cirugía abierta, en ella se ve inclusión del apéndice en pared de la vejiga con perforación de hasta 4 cm de la misma que condiciona una fístula apendicovesical siendo necesaria resección de cúpula y rafia de la misma en dos planos.

Discusión: la apendicitis es una patología muy prevalente en nuestro medio siendo el principal diagnóstico diferencial de dolor en fosa ilíaca derecha. El diagnóstico de apendicitis aguda es eminentemente clínico mediante el cumplimiento de una serie de criterios clínico-analíticos que conforma la clasificación de Albarado. En el caso descrito reportamos una fístula apendicovesical secundaria a la reacción inflamatoria originada por una apendicitis aguda, siendo la piuria y dolor abdominal el motivo de consulta en urgencias.

Dado que la mayoría de las fístulas apendicovesicales son secundarias a una apendicitis aguda no diagnosticada y avanzada en la mayoría de las publicaciones consultadas, la laparotomía es la clave para el diagnóstico de la fístula apendicovesical. Sin embargo, la laparoscopia se describe como una herramienta diagnóstica y terapéutica en pocos artículos. Sólo se encontraron tres artículos en la literatura que se refieren al abordaje laparoscópico como una opción terapéutica.

CP223. HERNIACIÓN RETROURETERAL TRAS RECONSTRUCCIÓN TIPO BRICKER.

M. Pitarch-Martínez¹, J.A. Blanco-Elena², S. Nicolás-de Cabo², J. Rivas-Beverra², I. González-Poveda², I. Mirón-Fernández², J. Santoyo-Santoyo²

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga. ²Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: la hernia interna es una causa poco frecuente de obstrucción de intestino delgado, con una incidencia del 1-4%. Este puede ser congénito (anatómico o anómalo) o adquirido (tras traumatismo, procesos inflamatorios o cirugía transperitoneal).

El cuadro clínico que se instaura es superponible al del síndrome oclusivo por otras etiologías. El TC permite un diagnóstico de sospecha en un porcentaje importante de casos, aunque el diagnóstico definitivo se realiza de forma intraoperatoria.

Caso clínico: varón de 76 años, fumador, con antecedentes de EPOC. En 2015 carcinoma vesical papilar urotelial infiltrante tratado mediante cistoprostatectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker tras RTU en varias ocasiones.

Acude a urgencias por cuadro de 24 horas de evolución compatible con oclusión intestinal. Tras descompresión con SNG se realiza TC de abdomen que informa de un cambio de calibre a nivel de íleon terminal, en región adyacente al asa de ileostomía, en probable relación con síndrome adherencial.

Ante el fracaso del tratamiento conservador se decide intervención quirúrgica urgente. Intraoperatoriamente se objetiva bloqueo adherencial de asas de delgado a pelvis y anillo de constricción sobre yeyuno provocado por herniación del mismo a través del espacio entre el uréter y el retroperitoneo. Se realiza disección minuciosa del uréter consiguiendo reducción completa del asa herniada y se parietaliza el uréter a retroperitoneo con Tissucol®. El postoperatorio transcurre sin complicaciones técnicas derivadas de la cirugía.

Discusión: la hernia interna complicada con oclusión intestinal es un cuadro infrecuente cuyo diagnóstico requiere un alto grado de sospecha clínica. La cirugía pélvica es una etiología frecuente del mismo, aunque la disposición retroureteral por reimplantación transperitoneal del uréter se ha descrito en menos de cinco casos en la literatura.

El tratamiento conlleva revisión quirúrgica para cierre del defecto herniario y potencial resección intestinal en el caso de compromiso vascular del segmento implicado.

CP224. HIDRONEFROSIS BILATERAL E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIOS A FECALOMA.

M. Alcaide-Lucena¹, A. Raya-Molina², J. Gómez-Sánchez², I. Capitán-del Río², E. García-Fernández², T. Torres-Alcalá¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada. ²Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: el estreñimiento es un problema habitualmente banal relativamente habitual. En algunos pacientes se pueden llegar a producir casos de impactación fecal o fecaloma resistentes a los tratamientos habituales, pero es muy poco habitual que pueda complicarse hasta el punto de afectar a otros órganos por vecindad. Presentamos un caso de insuficiencia renal aguda (IRA) obstructiva secundaria a fecaloma.

Caso clínico: paciente de 64 años con AP de DM, obesidad mórbida, trastorno bipolar y estreñimiento crónico en tratamiento con quetiapina y litio, que acudió a Urgencias por cuadro de deterioro del estado general, distensión abdominal, disminución en número de deposiciones y oliguria. Exploración normal. Tacto rectal: ampolla vacía. Analítica: Cr 2,89, urea 126, K+ 8, L 14.420 con neutrofilia y PCR 234. Láctico 2,5. Se realiza TAC, donde se objetivó fecaloma gigante en sigma, importante dilatación de colon izquierdo, con efecto masa sobre vejiga, condicionando ureterohidronefrosis bilateral

secundaria. Se realizó ingreso a cargo de Medicina Interna con manejo conservador con laxantes y enemas, además de desimpactación manual. Tras deposiciones abundantes, mejoría de los parámetros asociados y dada de alta.

Discusión: el estreñimiento es una de las causas de consulta más frecuentes en nuestra especialidad.

La impactación fecal puede causar obstrucción del tracto urinario con hidronefrosis secundaria, cuyo tratamiento es la desimpactación fecal.

La IRA es una reducción brusca de la función renal, con disminución del filtrado glomerular y acumulo de productos nitrogenados. Se clasifica como prerrenal (hipoperfusión renal), renal (alteración en el propio riñón) y posrenal u obstructiva (obstáculo en la vía urinaria que impide la salida de orina).

Aunque es extremadamente raro, la impactación fecal debería ser considerado como uno de los diagnósticos diferenciales de la hidronefrosis.

CP225. IMPORTANCIA DE LOS FACTORES PERIOPERATORIOS CON LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CROHN ILEOCECAL.

L.C. Hinojosa-Arco, J.L. Cuba-Castro, N. Martos-Rojas, L. Pico-Sánchez, B. García-García, R. Gómez-Pérez, R. de Luna-Díaz

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: la enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio que puede afectar a cualquier parte del tracto digestivo, siendo más frecuente su localización a nivel ileocecal. A pesar del gran arsenal terapéutico que existe, una gran cantidad de pacientes van a necesitar intervención quirúrgica. Por ello planteamos un análisis de distintos factores del periodo perioperatorio y su relación con la evolución de la enfermedad.

Material y métodos: se presenta un estudio retrospectivo de 76 pacientes que han sido intervenidos de enfermedad de Crohn ileocecal entre 2000 y 2010, con un seguimiento de la evolución hasta 2016. Se han analizado las variables perioperatorias de cada paciente, relacionándolas con los distintos tipos de recurrencia de la enfermedad.

Resultados: se objetivó recurrencia en el 64,5% de los casos, siendo el 10,5% endoscópica, 49% clínica y 5% quirúrgica.

Respecto a la situación clínica del paciente en intervención apreciamos mayor recurrencia en los intervenidos con menor nivel de proteínas (5,5) y mayor de leucocitos (11.000), en comparación con los que no la tuvieron, que presentaron una media proteínas en sangre de 7 y 9.500 de leucocitos. Los pacientes que presentaron complicaciones relacionadas con la intervención tuvieron un 68% de recurrencia, respecto a un 63% entre los que no tuvieron. Dentro de ellas destaca que la presencia de absceso intraabdominal o dehiscencia anastomótica se relacionó con más de un 80% de recurrencia. El tratamiento de mantenimiento postoperatorio mostró un nivel de recurrencia del 80% en los que solo tomaron corticoides respecto a un 37% de los que tomaron Azatioprina y Metronidazol.

Conclusiones: dados los hallazgos de nuestro estudio consideramos de gran importancia optimizar la situación perioperatoria de cada paciente con la intención de minimizar complicaciones y la presencia de recurrencia. Por otro lado, el cirujano debe conocer el tratamiento más adecuado para cada paciente después de la intervención.

CP227. MIOFIBROBLASTOMA DE MAMA EN EL VARÓN: A PRÓPOSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

J.A. Ubiña-Martínez, I. Lendínez-Romero, E. Gómez-Valverde, J. Gómez-Sánchez

Sección de Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada.

Introducción: el miofibroblastoma pertenece al grupo de las neoplasias mesenquimales benignas de la mama, de las que es el más frecuente. Predomina en el sexo femenino, sobre todo tras la implantación del programa de cribado y diagnóstico precoz del cáncer de mama, aunque también puede aparecer en el varón. Tiene una baja incidencia, representando el 1% de los tumores mamarios, y la edad más frecuente de presentación se estima entre los 60-80 años. Suele ser unilateral y de crecimiento lento.

Caso clínico: presentamos el caso de un varón de 62 años que acude a consulta por tumoración mamaria izquierda de reciente aparición. Refiere dolor a la palpación, sin otra sintomatología. A la exploración, presenta tumoración de unos 3x2 cm en región retroareolar de mama izquierda, de consistencia elástica, móvil y bien delimitada, sin otros hallazgos. Ecográficamente, nódulo de 3,4x2,8 cm de ecogenicidad heterogénea, bien delimitado. Se realiza BAG con el resultado de neoplasia de células fusiformes con índice proliferativo menor al 1%, y se recomienda extirpación completa de la lesión para tipificación exacta del tumor. Se realiza tumorectomía radioguiada en régimen de CMA, que transcurre sin incidencias.

El informe anatomopatológico final reveló la existencia de un miofibroblastoma, perfil inmunohistoquímico con positividad para CD34, CD56 y receptores de estrógenos, progesterona y andrógenos. Se revisó al paciente en consulta al mes tras la cirugía, encontrándose asintomático.

Discusión: el miofibroblastoma puede presentar problemas en su diagnóstico y llevar a tratamientos erróneos o excesivos. El diagnóstico final se establece por el estudio anatomopatológico, fundamentalmente por el perfil inmunohistoquímico. El tratamiento de elección es la extirpación completa de la lesión y no suele presentar recidivas locales.

CP228. NECROSECTOMÍA PANCREÁTICA TRANSGÁSTRICA Y QUISTOGASTROSTOMÍA ABIERTA TRAS FRACASO DE DRENAJE ENDOSCÓPICO EN PANCREATITIS NECRÓTICA INFECTADA.

S. de Lebrusant-Fernández, J.C. Gamero-Huaman, A.L. Nogales-Muñoz, I. Sánchez-Matamoros Martín, A. Pérez-Sánchez, F. Oliva-Mompeán

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: un 20% de las pancreatitis agudas evolucionan a pancreatitis agudas necróticas (PAN). Alrededor de un 30% de los pacientes con PAN desarrollan una infección secundaria de las

coleccionas. El tratamiento de éstas debe ser lo menos invasivo posible, asumiéndose un manejo ascendente progresivo (step up approach). La cirugía supondrá el último escalón en caso de fracaso de técnicas más conservadoras.

Caso clínico: mujer de 73 años que ingresa en Digestivo por cuadro de pancreatitis grave necrótica, manejada de forma conservadora.

A los veinte días se realizó TAC de control que hablaba de necrosis pancreática total con una colección organizada. Ante estos hallazgos se planteó ecoendoscopia para drenaje transgástrico implantando una prótesis diábolo metálica y pigtail. Inicialmente la paciente evolucionó de forma favorable, pero tras un aumento paulatino de la PCR y sin cambios en el TAC de control se repitió ecoendoscopia al mes, apreciando menor contenido líquido y mayor necrosis, sin poder retirarla completamente con los lavados. Ante esta situación y empeoramiento de la paciente, nos planteamos la cirugía urgente. Realizamos una incisión subcostal bilateral y accedimos a la celda pancreática mediante una gastrostomía anterior encontrándonos la comunicación con el páncreas a través de la prótesis, retirándola y extrayendo varios fragmentos de páncreas necrótico y esfacelado. Realizamos la quistogastrostomía para mantener en comunicación el quiste y permitir el drenaje. Se dejó drenaje aspirativo periquístico y sonda nasogástrica para control de débito.

Discusión: el tratamiento de la pancreatitis necrótica infectada debe ser escalonado. Aunque el abordaje transgástrico es más utilizado en técnicas endoscópicas, en este caso aprovechamos esta vía porque la paciente ya tenía comunicado el quiste pancreático infectado con el estómago; además evitamos la contaminación de la cavidad abdominal.

Reservamos la cirugía tras agotar la endoscopia, pues la mortalidad en estos casos puede alcanzar hasta el 25%. La necrosectomía quirúrgica sigue siendo el *gold standard*.

CP229. NEUMOMEDIASTINO OCULTO TRAS UN TRAUMA ABDOMINAL CERRADO.

S. Martínez-Núñez¹, M. Rubio-Manzanares¹, J. Tinoco-González¹, F. López-Bernal¹, L. Tallón-Aguilar¹, M.J. Tamayo-López¹, K. Reza², J. Padillo-Ruiz², F. Pareja-Ciuró²

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla. ²UGC de Cirugía General. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

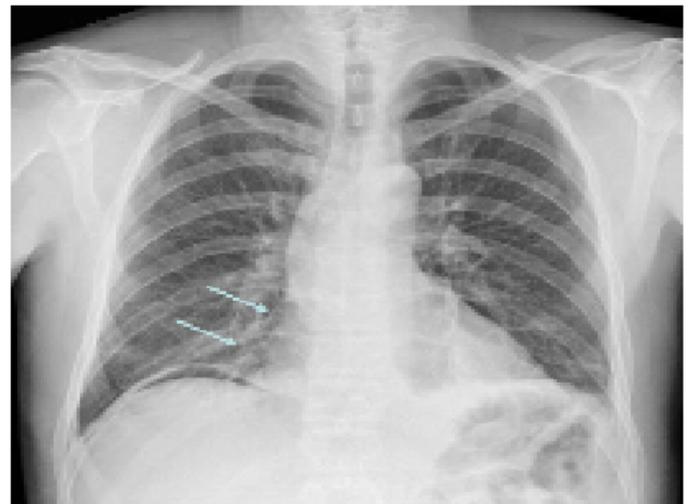
Introducción: paciente de 40 años sin antecedentes de interés que es derivado a nuestro hospital tras sufrir un traumatismo tóraco-abdominal izquierdo al caer desde una escalera. A su llegada, el paciente presenta una vía aérea permeable, 22 respiraciones/minuto, 95% de saturación, 110 latidos/minuto y una TA 95/63, un Glasgow de 15 y una temperatura de 36,8°C. El paciente refería dolor generalizado en el abdomen y en el costado derecho.

Caso clínico: la radiografía de tórax y pelvis no evidenció ninguna lesión. El examen con eco-FAST mostró líquido libre en el receso de Douglas y Morrison. Realizamos una laparotomía exploradora apreciando una rotura esplénica grado V con un hemoperitoneo asociado. Realizamos una esplenectomía urgente. No evidenciamos otros hallazgos. Durante el postoperatorio el paciente presentó una evolución inicialmente favorable, pero en el séptimo día postoperatoria el paciente comenzó con dolor retroesternal y epigástrico, fiebre de 38°C y leucocitosis.

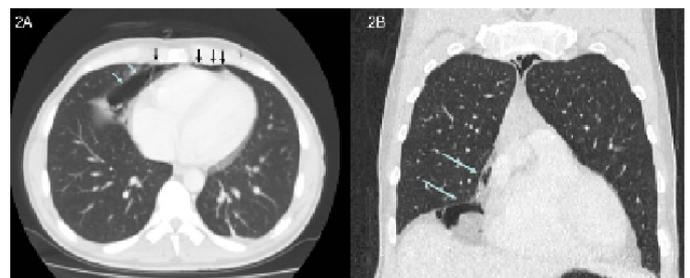
La radiografía de tórax evidenció un neumoperitoneo (Figura 1). También mostraba un neumomediastino que pasó desapercibido. Se solicitó un TAC de abdomen que evidenció un neumoperitoneo sin ninguna lesión de víscera hueca, además en los primeros cortes torácicos se apreciaba un neumomediastino. Se solicitó un TAC torácico evidenciando un neumomediastino de predominio anterior y distribución basal sin lesiones traqueobronquiales o esofágicas asociadas (Figura 2). Ante la sospecha de una posible lesión esofágica se solicitó un esofagograma sin evidencia de lesiones. La endoscopia fue completamente normal.

Discusión: se inició tratamiento con nutrición parenteral, antibióticos intravenosos y vigilancia estrecha. El paciente presentó una mejoría clínica progresiva con normalización de los reactantes de fase aguda y fue dado de alta siete días después del diagnóstico del neumomediastino.

El neumomediastino puede presentarse tanto tras un trauma abdominal cerrado como abierto. La fístula aerodigestiva aunque infrecuente es la complicación más grave. Un manejo conservador con vigilancia estrecha podría ser una buena opción de tratamiento.



(CP229) Figura 1



(CP229) Figura 1

CP230. PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA SUICIDA Y CIRUGÍA BARIÁTRICA.

C. Domínguez-Sánchez¹, A. Cano-Matías², R. Pérez-Huertas², C. Jiménez-Ramos², P. Macías-Díaz², F. Oliva-Mompeán², E. Domínguez-Adame Lanuza²

¹UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla. ²Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: la obesidad es un trastorno multifactorial, resultante de factores etiopatogénicos multivariados: biopsicosociales. Existe evidencia publicada sobre el aumento del riesgo de auto-daño y de ideas de suicidio en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, de ahí la importancia del diagnóstico y seguimiento de la patología psiquiátrica de estos pacientes.

Queremos estudiar si es posible reconocer y prevenir o tratar los posibles desencadenantes de las conductas de auto-daño y riesgo de suicidio en pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica, para un diagnóstico prequirúrgico y un seguimiento de apoyo posterior.

Material y métodos: en el estudio se incluyeron 67 pacientes a los que se les realizó gastrectomía vertical laparoscopia, con un seguimiento de dos años. Tras una valoración psicológica previa a la cirugía, se analizaron variables clínico-psicopatológicas más frecuentes de los pacientes obesos, así como detección de alteraciones emocionales en citas posteriores, sobre todo aquellas con malestar psicológico asociado a importantes cambios físicos, ideas de auto-daño, y modificación de su imagen corporal, siendo valoradas y tratadas por el servicio de psiquiatría.

Resultados: de los 67 pacientes, se detectaron en el seguimiento cinco pacientes con malestar psicológico asociado al cambio físico y hubo dos intentos de suicidio sin mortalidad. Desde el punto de vista psicopatológico, en este grupo, los niveles han sido mayores de somatización, distimia, depresión mayor, ninguno con trastorno de personalidad previo, solo tres pacientes con antecedentes depresivos en tratamiento, y sin antecedentes de intentos de suicidio, solo angustia psicológica pre y postquirúrgica.

Conclusiones: el diagnóstico previo, reconocimiento cuando sea posible, de las ideas de auto-daño y suicidio, y tratamiento y seguimiento posterior, deberían ocupar un lugar destacado en el abordaje multidisciplinar de los pacientes obesos a los que se les realiza cirugía bariátrica.

CP231. PREVALENCIA DE PATOLOGÍA HERNIARIA DE PARED ABDOMINAL EN PACIENTES CON IMPLANTE DE CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL EN UNA UNIDAD DE CMA.

A. Moreno-Arciniegas, F.J. Campos-Martínez, A. Díaz-Godoy, M. Balbuena-García, J.M. Salas-Álvarez, G.M. Mendoza-Esparrell, A. Díez-Núñez, V. Vega-Ruiz

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: determinar la prevalencia de patología de pared abdominal durante la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en régimen de CMA.

Material y métodos: estudio clínico descriptivo y longitudinal de series de casos, en un periodo de cinco años (enero de 2011 a marzo 2016), en pacientes con ERC, intervenidos en régimen de CMA para implante o extracción de catéteres de diálisis. Se analizan variables como la edad, sexo, comorbilidades, ASA, IMC, técnica realizada,

estancia hospitalaria, cirugía de pared abdominal conjunta realizada, morbilidad y recidiva de patología en pared abdominal.

Resultados: se intervinieron de implante de catéter peritoneal un total de 73 pacientes, 29 mujeres (40%) y 44 hombres (60%). La edad media fue de 56 años (R 19-79). El ASA fue de II en 21 pacientes (29%) y de III en 52 (71%). La técnica utilizada en 76% pacientes estándar, percutánea en 23% y laparoscópica en 1%.

El 33% (n=24) de los pacientes fueron diagnosticados de hernias previo inicio de DPCA e intervenidos de ambas patologías. En tres pacientes se realizó más de una intervención de hernia. Las intervenciones realizadas fueron herniorrafias umbilicales en 19 pacientes, hernioplastias umbilicales en tres pacientes, dos hernioplastias inguinales, dos herniorrafias epigástricas y una eventroplastia.

En el postoperatorio tardío siete pacientes requirieron recolocación de catéter vía laparoscópica por atrapamiento, un paciente por desplazamiento del catéter y uno por malfuncionamiento. De los pacientes intervenidos, uno presenta eventración en puerto de trocar que se interviene sin recidiva.

En el programa se han extraído catéteres peritoneales en 34 pacientes según técnica estándar. En dos pacientes diagnosticados de hernia tras iniciado DPCA.

La estancia en 59 pacientes fue de 24 horas, cuatro fueron tratados en circuito CMA y diez requirieron ingreso por comorbilidades.

Conclusiones: la incidencia de hernia de pared abdominal en pacientes susceptibles de implante de catéter para DPCA es alta. Abogamos por la realización conjunta de ambas cirugías manteniendo índices de baja estancia hospitalaria y baja tasa de recidivas.

CP232. RELEVANCIA DE LA EXPRESIÓN DE GLP-1 A NIVEL DE ÍLEON Y PÁNCREAS. EFECTO DE DISTINTOS MODELOS DE CIRUGÍA METABÓLICA EN RATAS WISTAR NO OBESAS.

J.M. Salas-Álvarez¹, F.J. Campos-Martínez¹, J. Falckenheiner-Soria², A. Moreno-Arciniegas¹, C. Montero-Peña³, G. Pérez-Arana³, A. Prada-Oliveira³, A. Camacho-Ramírez¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real. ²UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Virgen de Las Montañas, Villamartín. ³Departamento Investigación. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: determinar el papel de GLP-1 en la expresión y sensibilidad en el íleon y el páncreas de ratas Wistar no diabéticas tras la realización de dos técnicas de Cirugía Bariátrica Metabólica (CBM) utilizadas en humanos y una técnica experimental malabsortiva pura.

Material y métodos: se utilizaron ratas macho Wistar normopeso, distribuidas en cinco grupos: control de ayuno (CA); control quirúrgico (SHAM); técnica malabsortiva pura (Resección Intestinal Masiva / IR50); Técnica restrictiva (Gastrectomía Vertical / SG); Técnica mixta (Bypass Gástrico con montaje en Y de Roux / BG) (**Figura 1**).

Extracción del páncreas e íleon tras tres meses de supervivencia. Mediante inmunofluorescencia indirecta se estudió el íleon con anticuerpos antiGLP-1, anticuerpos antiGLP-1r y anti-insulina en el caso del páncreas.

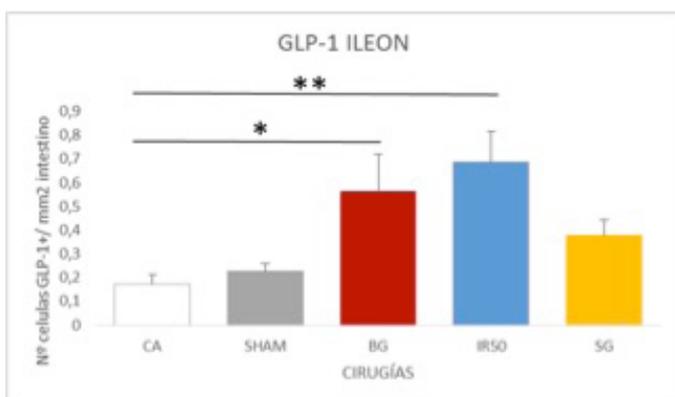
Los resultados fueron expresados como Nº Cel. GLP1r+/mm2 islote pancreático (páncreas) y como Nº Cel. GLP-1+/mm2 íleon (íleon). El análisis estadístico se realizó utilizando el test de U-Mann Whitney, con auxilio del software SPSS tomando diferencias significativas aquellas con $p < 0,05$.

Resultados: nuestro estudio muestra un aumento significativo en la presencia de receptores pancreáticos y de síntesis en íleon, en grupos IR50 y BG (Figuras 2-3).

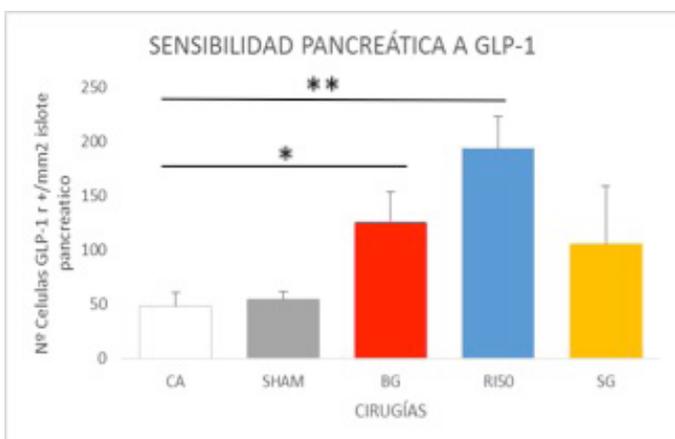
Varios autores han señalado a GLP-1 como unos de los factores determinantes del eje entero-pancreático, que estuviera en la base de la mejora de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) junto a otras enterohormonas.

Conclusiones: las diferencias encontrada en nuestros animales sanos, demuestran que la resección y/o cambio conformacional del tubo digestivo provocan cambios a nivel de los receptores y la síntesis de GLP-1 en páncreas e intestino delgado.

(CP232) Figura 1
TTOG a las cuatro semanas de los grupos S e IR50.



(CP232) Figura 2
Expresión de GLP-1 intestinal en cada uno de los grupos (eje X) expresado como número de células / mm² intestino (eje Y).



(CP232) Figura 3
Expresión de GLP-1 pancreático en cada uno de los grupos (eje X) expresado como número de células / mm² islote pancreático (eje Y).

Estos cambios en la expresión y sensibilidad a GLP-1 en el eje enteropancreático varían en función del tipo de cirugía. Las variaciones nos llevan a pensar en un papel importante del GLP-1 dentro de dicho eje como factor asociado a la resolución de la DM2, si bien se necesitan más estudios para poder confirmar esto último.

CP233. RESULTADOS DE UN PROTOCOLO DE NEUROESTIMULACIÓN DEL TIBIAL POSTERIOR EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA.

M. Pérez-Reyes, J.A. Blanco-Elena, J. Carrasco-Campos, I González-Poveda, M. Ruiz-López, I. Mirón-Fernández, S. Mera-Velasco, J. Santoyo-Santoyo

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción: el objetivo de este estudio es describir la eficacia de la estimulación tanscutánea del nervio tibial posterior (ETTP) en el tratamiento de pacientes con IF en nuestro medio.

Material y métodos: estudio prospectivo de la cohorte. Antes de iniciar el tratamiento todos los pacientes fueron estudiados mediante ecografía endoanal y manometría y siguieron tratamiento mediante dieta, ejercicios de rehabilitación esfinteriana y biofeedback. Se registraron la anamnesis, la exploración física, la escala de Wexner, el diario defecatorio y una escala de calidad de vida al inicio del tratamiento, en la semana 12 y en la semana 36. Se excluyeron aquellos pacientes con defectos esfinterianos de más de 120º, historia de impactación fecal, cardiopatía, portadores de marcapasos, portadores de úlceras o varicosidades de miembros inferiores o afectos de espina bífida o neuropatías periféricas.

Resultados: se trataron un total de 21 pacientes (18 mujeres y 3 hombres, con una edad media de 56±12) en el período comprendido entre mayo de 2011 y mayo de 2016. El índice de Wexner medio al inicio del tratamiento fue de 15,6±3,4. A la semana 12 fue de 12,9±5,03, descendiendo a la semana 36 a 11,3±4,1 ($p < 0,05$). De los 21 pacientes que iniciaron el protocolo de tratamiento sólo lo completaron 12 (57%). De los pacientes que completaron las dos fases de tratamiento se registró mejoría clínica y manométrica en el 33% de los pacientes, mejoría subjetiva sin traducción en las pruebas funcionales en otro 33% de los pacientes y ausencia de mejoría en el 33% restante. Fue necesaria la confección de un estoma en dos casos.

Conclusiones: el tratamiento de los pacientes con IF mediante ETTP es una estrategia eficaz tras el fracaso de las medidas conservadoras. Supone una alternativa segura a modalidades de tratamiento más invasivos, como la neuroestimulación directa de las raíces sacras.

CP234. SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO.

A. García-Jiménez, A. Mansilla-Roselló, M.J. Álvarez, A. García-Navarro, A. Molina-Raya, S. Ercoreca-Tejada

Unidad de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada.

Introducción: el síndrome del ligamento arcuato (SLA) es definido como un dolor abdominal recurrente y crónico principalmente post-prandial ocasionado por la compresión del tronco celíaco por el ligamento arcuato. Más frecuente en mujeres (4:1) entre 40-60 años de complejión delgada. La etiología y etiopatogenia se desconoce,

puede ser debido a variantes anatómicas, compresión del plexo celíaco o enlentecimiento del vaciamiento gástrico tras lesión del vago. El diagnóstico definitivo requiere de una prueba de imagen (Angio-TAC). El tratamiento es la descompresión quirúrgica.

Caso clínico: varón de 47 años con AP: cirugía bariátrica tipo Sadis y posterior adhesiolisis. Refiere dolor abdominal epigástrico de larga data, que empeora con la ingesta, sin otra sintomatología asociada y que ha requerido múltiples ingresos en cirugía, catalogados de cuadros pseudooclusivos que se resolvieron de forma conservadora, excepto en un ingreso que fue intervenido de hernia inguinal que responsabilizaron del cuadro.

En el último ingreso, por persistencia de la misma sintomatología, se le realizó TAC abdominal, EDA y TEG donde no se observaban signos de obstrucción intestinal ni otros hallazgos patológicos. Se realiza Angio-TAC que informa obstrucción en el origen del tronco celíaco (>70%) con dilatación post-estenótica secundaria a compresión por el ligamento arcuato.

Se realizó laparotomía exploradora donde se confirmó la estenosis del tronco celiaco por ligamento arcuato. Se procedió a la sección del mismo, tras lo cual se evidenció la recuperación del calibre arterial. En el mismo acto quirúrgico se realizó bypass gástrico con asa alimentaria de 150 cm. El curso postoperatorio evolucionó sin incidencias con desaparición del cuadro.

Discusión: El SLA es una entidad de difícil diagnóstico, el cual debe sospecharse ante un cuadro clínico de dolor abdominal postprandial recurrente en ausencia de signos clínico-radiológicos de obstrucción intestinal. La pérdida de peso tras la cirugía bariátrica puede desencadenar el SLA. El angioTAC es fundamental para su diagnóstico.

CP235. TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO HEPÁTICO EN LA INFANCIA.

A. García Jiménez¹, A. Molina-Raya¹, K. Muffak¹, Y. Fundora-Suárez², S. Ercoreca-Tejada², T. Torres-Alcalá²

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada. ²Unidad de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada.

Introducción: los tumores miofibroblásticos inflamatorios (TMI) son lesiones raras, benignas. Su segunda localización más frecuente es en hígado (tumor solitario en lóbulo derecho) con mayor incidencia en niños y adultos jóvenes.

Clínicamente: fiebre, dolor y efecto masa. Raramente comprometen el hilio hepático o la vía biliar.

Frecuentemente se diagnostican erróneamente como neoplasias.

Diagnóstico definitivo anatomopatológico.

Tratamiento de elección es quirúrgico.

Caso clínico: niño 12 años con dolor costal derecho que no cede con analgesia, febrícula, decaimiento, hiporexia, sudoración nocturna y mal estado general, con pérdida de peso. Se completa estudio con pruebas de imagen:

1) Eco Abdominal: objetiva una lesión hepática;

2) RMN: lesión hepática en segmento VI inferior con extensión extrahepática a peritoneo y pared costal; hallazgos compatibles con absceso parasitario o micótico vs hiperplasia nodular focal;

3) TAC: hallazgos compatibles con neoformación primaria de pared (sarcoma de partes blandas (rabdomyosarcoma).

Biopsia de la lesión: proliferación miofibroblástica con intensa inflamación mixta sugerente de TMI.

Presentado en el comité de tumores se decide tratamiento con corticoides. Sin reducción de tamaño a los dos meses por lo que se interviene; realizándose: resección del segmento VI hepático, pared costal y 11^o costilla más 4 cm diafragma.

AP definitiva: TMI que se extiende a pared torácica asociado a infección crónica por virus de Epstein-Barr.

Evolución favorable postoperatoria: actualmente en seguimiento por Oncohematología.

Discusión: los TMI son lesiones benignas infrecuentes (no existen más de 300 casos descritos), con etiología desconocida, aunque parece estar relacionado con infecciones bacterianas (*Klebsiella pneumoniae*, *E. coli*, *Actinomyces*) o con VEB.

Presentan clínica inespecífica, siendo diagnosticados frecuentemente de forma errónea como neoplasias.

El TAC es la prueba de imagen más empleada, requiriendo de estudio AP para establecer diagnóstico definitivo.

El tratamiento de elección es quirúrgico, aunque hay descritos caso de remisiones tras tratamiento con ATB, AINES o corticoides.

CP236. TUMOR RETROPERITONEAL GIGANTE COMO HALLAZGO CASUAL TRAS CIRUGÍA DE OBESIDAD.

J. Ramos-Sanfiel

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.

Introducción: la mayor parte de los tumores retroperitoneal primarios son malignos, siendo el 70% de origen mesodérmico donde destaca el liposarcoma como variedad hisopatológica más frecuente. Este tumor de origen lipomatoso desarrolla un crecimiento lento y expansivo, resultando las manifestaciones clínicas escasas y poco específicas, generalmente en relación con compresión o desplazamiento de órganos vecinos. El síntoma más frecuente es el aumento del perímetro abdominal por una masa palpable además de aparición de síntomas digestivos hasta en 60% de los casos.

Caso clínico: mujer de 52 años, con antecedentes de gastrectomía vertical por obesidad mórbida en la que tras 9 meses de seguimiento presenta una importante pérdida de peso, dispepsia y molestias abdominales generalizadas. A la exploración, se palpa masa en hipocondrio derecho.

Se realiza TC abdominal, que muestra tumor retroperitoneal gigante de 20x17x13 cm, que comprime vena cava, eleva el hígado y desplaza el riñón derecho.

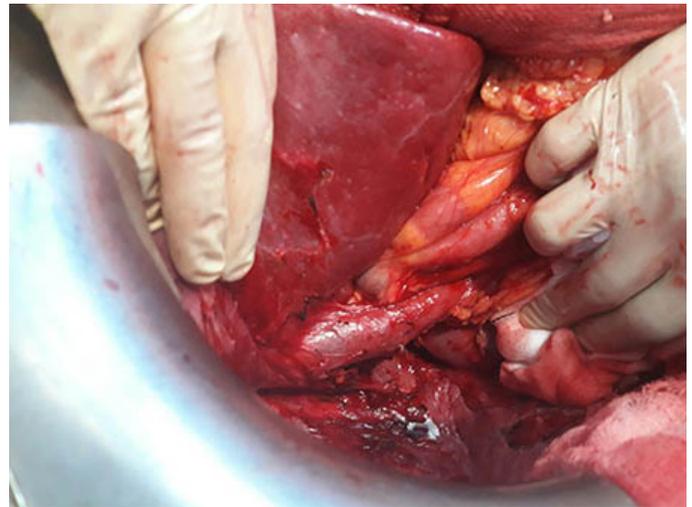
Se interviene, realizándose exéresis completa de la tumoración de consistencia dura, superficie irregular y bien encapsulada con suprarrenelectomía derecha.

En el postoperatorio, presenta un hematoma supcapsular hepático que se maneja de forma conservadora, con mejoría importante de la sintomatología digestiva, siendo dada de alta sintomática.

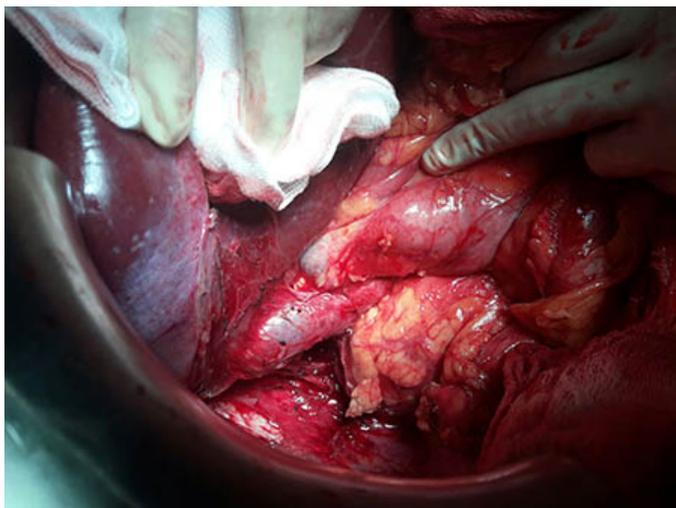
El estudio anatomopatológico informa de liposarcoma bien diferenciado de tipo lipomatoso atípico adherido a glándula suprarrenal, con bordes libres.

La paciente se encuentra asintomática seis meses tras la intervención. (Figuras 1-3).

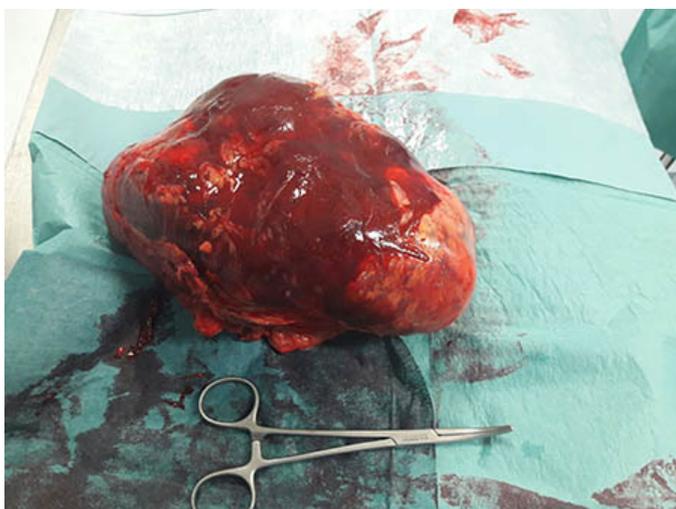
Discusión: en nuestro caso, el diagnóstico se realizó por masa palpable tras importante pérdida de peso secundaria a la intervención previa. Ya que el principal factor pronóstico es la resección completa, que solo se consigue en el 80% de los casos por infiltración de estructuras, ante la presencia de una masa palpable es muy importante realizar el diagnóstico y tratamiento de forma precoz.



(CP236) Figura 3



(CP236) Figura 1



(CP236) Figura 2

CP238. VÍA POSTERIOR PARA HERNIAS RECIDIVADAS.

A. Curado-Soriano, P. de la Herranz-Guerrero; J.R. Naranjo-Fernández, Z. Valera-Sánchez, R. Jurado-Marchena, L. Sánchez-Moreno, E. Navarrete-de Cárcer, F. Oliva-Mompeán

Departamento de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: analizar nuestros resultados en el abordaje posterior convencional de hernias inguinales recidivadas.

Material y métodos: en nuestra unidad hemos recogido las hernias recidivadas intervenidas desde 2014 mediante estas técnicas que presentan un seguimiento de dos años.

Resultados: hemos realizado 23 Nyhus y 10 Stoppa. Con un seguimiento de hasta dos años, tenemos en el grupo Stoppa, un paciente con una recidiva, dos con hematomas inguinales grandes, uno de ellos requirió drenaje quirúrgico. En el grupo Nyhus, contamos con una recidiva, dos infecciones de herida quirúrgica, un seroma y un paciente con inguinodinia refractaria a tratamiento médico que precisó reintervención con neurectomía.

Conclusiones: en nuestra unidad utilizamos la técnica de Nyhus en hernias inguinales directas recidivadas y la técnica de Stoppa en hernias inguinales bilaterales recidivadas. Dentro de nuestro algoritmo terapéutico pensamos que ambas técnicas son necesarias para la resolución de problemas herniarios recidivados o primarios cuyo acceso anterior y/o laparoscópico es complejo. Por ello, creemos que el dominio de la vía posterior es necesario y complementario en un cirujano que se enfrenta a la reparación de la hernia inguinal a diario, para poder ofrecer un tratamiento optimizado a cada paciente.