

Resultados: se realizaron 158 resecciones mediante TEM entre lesiones benignas y malignas. Se ha realizado la exéresis de 10 lesiones rectales atípicas.

En cuanto a las lesiones malignas, hay pT0, pTis, pT1 y pT2-3.

En cuanto a morbilidad asociada, se han presentado rectorragias, siendo esta la más frecuente, pero no ha precisado transfusiones y en un caso revisión en quirófano de la hemostasia, hematuria, enfisema subcutáneo, absceso pélvico y neumoperitoneo que se han resuelto con tratamiento conservador.

Durante el seguimiento entre los pacientes que se intervinieron con fines curativos se han realizado polipectomias endoscópicas sobre la cicatriz previa, hemos reintervenido a pacientes por recidiva de pólipos (ReTEM) y en un caso debutó la recidiva con metástasis hepáticas.

Conclusiones: La TEM es una técnica efectiva y segura en el manejo de lesiones rectales, con fines terapéuticos y diagnósticos (macrobiopsia), con una escasa morbilidad asociada y sin mortalidad asociada a la misma.

de pared abdominal por presentar eventración magna invalidante, M3M4M5W4 según la EHS. Se realiza estudio con TC sin contraste que muestra gran eventración con la práctica totalidad de las asas intestinales con un anillo herniario de 38,5mm, diámetro del saco herniario de 11x26x36cm y severa atrofia de la musculatura de rectos anteriores. Se calculó un índice de Tanaka del 32%. Dados los hallazgos, se decide preparación respiratoria con fisioterapia y realización de neumoperitoneo preoperatorio progresivo con intervención posterior. La paciente presentaba un Carolinas Equation for Determining Associated Risks (CeDAR) del 63%. Se realiza colocación de catéter percutáneo mediante técnica de Seldinger, guiado por ecografía y de forma ambulatoria, la paciente es citada diariamente para insuflación de aire ambiente (1L) durante 10 días. Se realiza reevaluación con estudio de imagen con TC sin contraste, mostrando importante neumoperitoneo con vísceras dentro de la cavidad abdominal. Finalmente, se decide intervención, realizándose eventroplastia tipo Rives-Stoppa con abdominoplastia asociada, sin incidencias. Presión intraabdominal final de 12 cm de agua.

Discusión: la introducción de neumoperitoneo progresivo preoperatorio para las eventraciones con pérdida de derecho a domicilio fue descrito por Goñi Moreno y actualmente se está convirtiendo en un procedimiento habitual en unidades especializadas. Esta técnica permite una adaptación fisiológica al llevarse a cabo una reintroducción progresiva del contenido herniario a la cavidad abdominal.

Tras nuestra experiencia, podemos afirmar que se trata de una técnica segura, fácil de realizar y costoefectiva, ya que permite simplificar cierres de paredes abdominales complejas con técnicas habituales evitando resecciones y disminuyendo el riesgo de síndrome compartimental.

XVI Congreso de la ASAC

Comunicaciones póster

CP001. NEUMOPERITONEO PROGRESIVO COMO TERAPIA PUENTE A LA REPARACIÓN DE EVENTRACIONES CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO.

MA Moya Ramírez¹, M Domínguez Bastante¹, MA Herrero Torres¹, JL Diez Vigil¹, A Gomez Arroyo¹, A Mansilla Rosello²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada. ²Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: las hernias incisionales o eventraciones obedecen a una tensión excesiva y cicatrización inadecuada de una incisión previa. Enfermedades tan prevalentes como obesidad, EPOC y DM se encuentran entre sus principales factores de riesgo. Las grandes eventraciones pueden producir pérdida del domino abdominal, es decir, el contenido abdominal deja de alojarse en la cavidad abdominal. El objetivo este caso es describir el beneficio que supone la técnica de neumoperitoneo preoperatorio en pacientes con eventraciones con pérdida de derecho a domicilio en base a nuestra experiencia con un caso clínico.

Caso clínico: paciente de 66 años de edad con antecedentes de obesidad (IMC 45kg/m2), SAHS con CPAP, FA, HTA, diabetes y exfumadora. Intervenida de hernia umbilical hace mas de 40 años realizándose herniorrafia. Acude a nuestras consultas de cirugía

CP002. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA POR MAMOGRAFÍA DIGITAL CON CONTRASTE INTRAVENOSO.

J Varela Recio¹, V Camacho Marente¹, S Cerrato Delgado², T Gómez Sánchez¹, A Valverde Martínez¹, MA Mayo Ossorio³, MD Casado Maestre¹, JM Pacheco García¹

¹Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz. ²Departamento Aparato Digestivo. Hospital Puerta del Mar, Cádiz. ³Consulta Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: los tumores sarcomatoides son excepcionales y en concreto el carcinoma pleomórfico de pulmón solo representa el 0,3% de los casos. Las metástasis de cáncer de pulmón de localización intestinal son infrecuentes. Normalmente no se manifiestan clínicamente hasta producir complicaciones como hemorragia, obstrucción intestinal o perforación.

Caso clínico: presentamos el caso de un paciente de 75 años, fumador de 110 paquetes/año. Ingresado en nuestro centro tras resección cuneiforme de lóbulo superior izquierdo con diagnóstico anatomopatológico (AP) de carcinoma de células escamosas y lobectomía inferior izquierda con resultado AP de carcinoma pleomórfico. Evolución inicial favorable debutando en el 4º día postoperatorio con vómitos, timpanismo y ausencia de deposiciones. Tras la no resolución del cuadro en siguientes 24h se decide realizar una

radiografía simple de abdomen que evidencia la presencia de niveles hidroaéreos (NHA) y ante la sospecha de obstrucción mecánica se indica un TC de abdomen donde se objetiva una invaginación intestinal a nivel de íleon terminal como causa del cuadro y pequeñas burbujas de neumoperitoneo en FID. Se indica cirugía urgente evidenciándose una peritonitis localizada en FID y una invaginación intestinal causada por una masa necrosada y perforada de unos 10 cm localizada en íleon terminal. Se realizó una resección intestinal incluyendo la masa y el meso adyacente (existían adenopatías de aspecto reactivas) con márgenes de seguridad, lavado de la cavidad y anastomosis intestinal para reconstruir el tránsito y diagnóstico anatomopatológico de carcinoma pobremente diferenciado con características morfológicas e histoquímicas (expresión de TTF-1) compatibles con metástasis del carcinoma pleomórfico pulmonar.

Discusión: el carcinoma de pulmón es la causa más frecuente de muerte por cáncer en varones occidentales. Aunque las metástasis intestinales de este tipo de tumor son raras, ante síntomas digestivos debemos descartar la presencia de las mismas y realizar un diagnóstico diferencial con complicaciones post-quirúrgicas como el íleo adinámico. Berger *et al.* desarrollaron un estudio donde se incluyeron 1.544 pacientes con cáncer primario de pulmón y tan solo 6 pacientes (0,5%) desarrollaron manifestaciones clínicas causadas por metástasis intestinales. Mc Neill *et al.* detectaron en 431 autopsias 46 metástasis intestinales y solo un 0,1% de los pacientes había presentado sintomatología previa.

En los pacientes que desarrollen sintomatología digestiva la realización de una prueba de imagen como el TC o el PET- TC es necesaria para descartar la presencia de las mismas. El tratamiento quirúrgico urgente en casos de complicación es ineludible dada la morbi-mortalidad asociada a corto plazo.

CP003. A PROPÓSITO DE UN CASO: HIDROSADENITIS SUPURATIVA GLÚTEA GIGANTE.

M Pérez Reyes, MP Gutiérrez Delgado, C Rodríguez Silva, AJ Cabello Burgos, JD Turiño Luque, J Rivas Becerra, JA Martínez Ferriz, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La hidrosadenitis supurativa o enfermedad de Verneuil es una patología inflamatoria crónica de los folículos pilosebáceos de la piel caracterizada por el desarrollo de nódulos inflamatorios, pústulas, tractos fistulosos y cicatrices de predominio en áreas intertriginosas. La mejor oportunidad de prevenir el desarrollo de nuevas lesiones y controlar el progreso de la enfermedad es mediante la combinación de medidas higiénico-dietéticas, tratamiento médico y tratamiento quirúrgico.

Caso clínico: Varón de 54 años, fumador con Hidrosadenitis supurativa grado III de años de evolución resistente al tratamiento médico sistémico pautado por el servicio de Dermatología, que ante el empeoramiento de la clínica remite a nuestras consultas para valoración de exéresis. Se objetiva gran extensión de la enfermedad ocupando la totalidad del glúteo izquierdo, con múltiples trayectos fistulosos, extendiéndose a la extremidad inferior izquierda y glúteo derecho. Durante su estudio se solicitaron pruebas de imagen tales

como ecografía de partes blandas y tomografía por emisión de positrones (PET) que confirmaban los hallazgos clínicos: abscesos y trayectos fistulosos glúteos bilaterales hipermetabólicos.

Se realizó una amplia exéresis con el objetivo de reseca los múltiples trayectos fistulosos con márgenes de seguridad, objetivándose un importante defecto cutáneo. Posteriormente durante su estancia hospitalaria presentó buena evolución de las curas de herida, supervisadas por enfermera de práctica avanzada, consiguiendo una adecuada granulación del tejido, para posteriormente recibir un injerto de cobertura por parte del Servicio de Cirugía Plástica.

Discusión: La enfermedad de Verneuil se caracteriza por la obstrucción del folículo pilosebáceo, formando nódulos subcutáneos supurativos agrupados irregularmente que originan zonas induradas, con trayectos subcutáneos que los comunican. Subyace un desequilibrio del sistema inmunológico, en una persona predispuesta genéticamente, sobre el que actúan factores exógenos desencadenantes o agravantes que modifican el curso de la enfermedad. Supone un gran reto terapéutico para el que disponemos de: medidas higiénico-dietéticas, antisépticos locales, antibioterapia, corticoterapia, retinoides, inmunosupresores y agentes biológicos. Dentro del tratamiento quirúrgico existen varias técnicas: incisión-drenaje, “*deroofing*” (destechamiento), exéresis local y exéresis amplia. Con respecto al cierre de la herida sigue existiendo controversia entre cierre por segunda intención o cierre primario con injertos o colgajos cutáneos, ya que no existe evidencia que objetive la superioridad de una técnica sobre otra, por lo que su elección debe ser individualizada según el paciente.

Conclusión: el manejo de esta patología debe ser multidisciplinar, con el acuerdo y coordinación de todos los especialistas implicados (atención primaria, enfermería, dermatología, cirugía, psicología, entre otras) e individualizada para cada paciente.

CP004. ANÁLISIS HISTOPATOLÓGICO DE BIOPSIAS HEPÁTICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA EN PACIENTES OBESOS SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA.

JR Córdoba López¹, LT Ocaña Wilhelmi², B Ramos Molina³, I Arranz⁴, J Alcaide³, R Bernal⁵

¹Departamento Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ³UGC Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ⁴UGC Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ⁵UGC Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: la enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD) es una enfermedad hepática cuya prevalencia ha aumentado en los últimos años y que está estrechamente relacionada con la obesidad y la diabetes tipo 2. Sin embargo, la prevalencia y grado de severidad de NAFLD entre los pacientes obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica se encuentra poco explorado. La NAFLD tiene un amplio espectro clínico que va desde la esteatosis simple hasta estadios más avanzados como la esteatohepatitis no alcohólica (NASH). Esta a su vez puede dar lugar a cirrosis o hepatocarcinoma en un periodo de tiempo de entre 3 a 5 años. Actualmente la biopsia hepática se

considera el “gold standard” para el diagnóstico de NAFLD. Por otro lado, la cirugía bariátrica es el tratamiento más efectivo para la obesidad y sus comorbilidades. El objetivo de este estudio es determinar el porcentaje y grado de severidad de NAFLD en pacientes obesos mórbidos intervenidos de cirugía bariátrica mediante el análisis histopatológico de biopsias hepáticas tomadas durante la intervención quirúrgica.

Resultados: los datos se mostraron como media +- desviación estándar. Se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney no paramétrica para la comparación estadística de dos variables independientes. Para las variables cualitativas se llevó a cabo el análisis de tablas cruzadas y se empleó la prueba de Chi Cuadrado para obtener el grado de significación estadística. Los valores se consideraron estadísticamente significativos cuando $P < 0,05$. GGT: Gamma glutamil transpeptidasa. HOMA-IR: Índice de resistencia a la insulina. IMC: Índice de masa corporal. LDL-col: colesterol LDL. MedCol: En tratamiento con medicación para el colesterol. MedDm: En tratamiento con medicación para la diabetes. MedHTA: tratamiento con medicación antihipertensiva. MedInfla: En tratamiento con medicación antiinflamatoria. NASH: Esteatohepatitis no alcohólica. Tadias: Presión arterial diastólica mmHg. TASIS: Presión arterial sistólica.

Discusión: nuestro estudio pone de manifiesto que un gran porcentaje de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica tiene algún grado de NAFLD. Se encontró que solamente los niveles de HbA1c estaban significativamente más elevados tanto en pacientes con NASH como en pacientes con fibrosis, sugiriendo que los pacientes con NASH tienen peor control glucémico. La comparación de los parámetros clínicos reveló que los valores del índice HOMA-IR, colesterol total, niveles de triglicéridos se encontraban elevados en los pacientes con fibrosis hepática. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de transaminasas entre sujetos con NASH y aquellos sin NASH.

Conclusión: el análisis histopatológico de biopsias hepáticas tomadas durante la cirugía bariátrica es una herramienta de alto valor diagnóstico de NAFLD en pacientes obesos. Además, la presencia de diabetes tipo 2 o niveles de elevados de HbA1c es un factor de riesgo para el desarrollo de NASH y/o fibrosis en la población obesa.

Estos resultados, además, sugieren que el empeoramiento del estado metabólico del paciente (presencia de resistencia a la insulina y diabetes tipo 2, y peor control lipídico) está altamente asociado con el desarrollo de fibrosis hepática.

CP005. ANEURISMA DE LA VENA PORTA: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

S Mac Mathuna, E Muñoz Caracuel, R Escalera Perez, E Gutiérrez Cafranga, R Estepa Cabello, JL Esteban Ramos, F García Molina

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

Introducción: El aneurisma de la vena porta es una condición rara descrita por primera vez por Barzilai y Kleckner en 1956, y con alrededor de 200 casos publicados hasta el momento. Se define como una dilatación de tamaño >1.9 cm en pacientes cirróticos y de $>1,5$ cms en no cirróticos. Su incidencia es de 0,06%, representando $<3\%$ de todas las aneurismas viscerales.

Su etiología es congénita por la regresión incompleta de la vena vitelina primitiva derecha, o por debilidad inherente en la pared de la vena, o adquirida, más frecuentemente a causa de hipertensión portal en pacientes con cirrosis hepática.

El diagnóstico, frecuentemente como hallazgo incidental, se puede realizar con ecografía, eco-Doppler o TAC, y dada la escasa cantidad de casos descritos, no hay concordancia en su manejo, entre tratamiento conservador con seguimiento regular o cirugía profiláctica. El manejo conservador parece justificado en aneurismas estables, asintomáticos o con acceso quirúrgico difícil.

La mayoría de aneurismas portales son asintomáticos, pero las complicaciones, como su ruptura, la compresión del tracto biliar, trombosis, hemorragia gastrointestinal o compresión de vísceras adyacentes suelen requerir intervención quirúrgica programada o urgente.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 82 años con antecedentes de Diabetes mellitus II, Dislipemia, HTA y Fibrilación auricular permanente, que acudió a urgencias de nuestro hospital con dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, siendo diagnosticada de colecistitis aguda litiásica. En la ecografía abdominal se visualizó la vesícula biliar distendida, con paredes engrosadas y con microlitiasis en su interior, y una dilatación aneurismática de la vena porta a nivel del hilio hepático, de unos $33 \times 25 \times 40$ mm, con flujo turbulento pero sin datos de trombosis. Tras consultar con Servicio de Cirugía Vasculosa y la realización de una búsqueda en la literatura científica, no encontramos contraindicación para la realización de colecistectomía por vía laparoscópica.

Iniciamos el abordaje laparoscópico, realizando conversión a cirugía abierta por dificultades técnica. Tras la colecistectomía sin incidencias confirmamos intraoperatoriamente la existencia de un gran aneurisma en la porta, visible en la región del hilio hepática.

La paciente mantuvo una evolución postoperatoria sin incidencias, siendo alta al cuarto día postoperatorio.

Discusión: Los aneurismas de la vena porta son muy raros, con poca evidencia de su manejo debido a su escasez en la literatura médica. En la mayoría de los pacientes cursan asintomáticos y sin signos sugestivos de hipertensión portal, como ocurrió en este caso, siendo su descubrimiento incidental en una prueba de imagen abdominal.

CP006. ANISAKIOSIS COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A TENER EN CUENTA.

S Martin Arroyo, SF Mac Mathuna, E Muñoz Caracuel, G Salguero Seguí, R Estepa Cabello, R Escalera Pérez, E Gutiérrez Cafranga

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

Introducción: la anisakiosis es una zoonosis producida por larvas de Anisakis simplex, un parásito del que el hombre es huésped accidental al consumir pescado crudo infectado. En nuestro medio, aunque las tasas de parasitación del pescado son elevadas, no se detectaban casos ya que el pescado se suele consumir cocinado.

La fuente de contagio más habitual son los boquerones en vinagre. Las manifestaciones clínicas son causadas por la penetración de las larvas en el estómago (60-70%) o el intestino delgado (20-30%), siendo excepcional la afectación extraintestinal. Por otro lado, los productos metabólicos liberados por las larvas son potentes alérgenos, provocando reacciones de hipersensibilidad inmediata. El diagnóstico es difícil por la inespecificidad de los síntomas y las pruebas de imagen, siendo fundamental una correcta y dirigida anamnesis para identificar los factores de riesgo. El tratamiento de elección es la extracción de las larvas por vía endoscópica o mediante cirugía. El tratamiento antihelmíntico no ha demostrado eficacia.

Caso clínico: Paciente mujer de 38 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por epigastralgia y vómitos. Se realiza ecografía, que sugiere cuadro suboclusivo con asas de yeyuno distendidas. Ante la no mejoría del cuadro con tratamiento conservador, se decide laparoscopia exploradora. Se objetivan asas de íleon proximal engrosado, de aspecto inflamatorio y con claro cambio de calibre por lo que se decide conversión a laparotomía. Se decide resección de segmento intestinal afecto, de unos 8 cm de aspecto inflamatorio y anastomosis ileoileal. La paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta al quinto día postoperatorio. Posteriormente, el resultado anatomopatológico de la pieza describe estructuras cilíndricas en la pieza que se corresponden con larvas de nematodos, diagnosticándose de anisakiosis intestinal. Al rehistoriar a la paciente nos informa de que días previos a su visita a urgencias ingirió boquerones en vinagre. Actualmente se encuentra asintomática, en seguimiento por parte de digestivo y alergología.

Discusión: La anisakiosis intestinal es una causa potencial de abdomen agudo, siendo importante sospecharla e incluirla en el diagnóstico diferencial de enfermedades digestivas como neoplasia intestinal o enfermedad inflamatoria intestinal. En España la incidencia está aumentando debido a la evolución en los hábitos de consumo, con una mayor introducción del pescado crudo (sushi, tartar...) en nuestra dieta. La clínica depende de dos mecanismos fisiopatológicos; la acción local directa y las reacciones de hipersensibilidad inmediata. En el diagnóstico son únicamente característicos la ingesta previa de pescado crudo y los títulos elevados de IgE específica de anisakis.

CP007. APENDICITIS AGUDA COMO CONTENIDO DE HERNIA DEL SITIO DEL TRÓCAR.

P Rodríguez González, R Pérez Quintero, R Martínez Mojarro, MJ Perea Sánchez, R Balongo García

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

Introducción: la apendicitis aguda es la patología quirúrgica urgente más intervenida en nuestro medio. En raras ocasiones esta entidad se incluye dentro de un saco herniario, siendo más frecuentemente inguinal (hernia de Amyand) y femoral, por contigüidad anatómica. Presentamos el caso de una apendicitis aguda en el saco de una hernia del sitio de trócar en flanco derecho.

Caso clínico: mujer de 57 años esplenectomizada en 1992 por púrpura trombocitopénica. En 2018 consulta por eventración epigástrica, reparándose mediante eventroplastia laparoscópica empleando 4 puertos de entrada, 2 en flanco derecho. Acude a Urgencias 8 meses

después por dolor abdominal de 24 horas de evolución, siendo más intenso en hipocondrio derecho. Abdomen blando, depresible, sin signos de recidiva de la eventración reparada. Se palpa tumoración en línea semilunar derecha, dolorosa e irreductible. Presenta aumento de reactantes de fase aguda. En TC se evidencia defecto en la pared abdominal entre músculo recto y oblicuos de 1 cm por el que protruye contenido graso abdominal y el apéndice cecal inflamado sin signos de complicación. Se indica cirugía urgente. Se abre el saco para comprobar su contenido, observándose apéndice de aspecto abigarrado, punta adherida al saco y grasa circundante inflamada. Se realiza apendicectomía con invaginación en bolsa de tabaco y se cierra el plano posterior colocando una malla de polipropileno retromuscular. El diagnóstico anatomopatológico final es de apendicitis aguda. La paciente presenta una evolución favorable en planta, con alta al segundo día de hospitalización.



Figura 1 TAC abdominal objetivando saco herniario conteniendo apendicitis aguda.

Discusión: La implantación de la laparoscopia ha traído consigo una serie de mejoras a nivel hospitalario como la reducción del dolor postoperatorio y de estancia hospitalaria, así como la reducción de la incidencia de hernias incisionales (0,2-2,8%). El cierre defectuoso de estos puertos puede traer consigo la herniación de contenido abdominal, ya sea epiplón, estómago, asa intestinal o vejiga. La herniación del apéndice cecal ha sido descrita a través de una incisión transversa después de una nefrectomía y unos pocos casos de herniación del mismo a través de un puerto de 5 mm. En la literatura sólo se ha reportado un caso de apendicitis aguda en el interior de un saco herniario, ubicado en el hemiabdomen superior tras la realización de una colecistectomía laparoscópica. Debe establecerse el cierre sistemático de aquellos puertos mayores de 10 mm para evitar la herniación de contenido abdominal a través de ellos, así como su posible complicación.

CP008. APENDICITIS AGUDA EN PACIENTE TRASPLANTADO DE MEDULA OSEA CON DONANTE DIAGNOSTICADO DE APENDICITIS GANGRENOSA.

M Pérez Reyes, L Romacho López, P Fernández Galeano, I Mirón Fernández, A Títos García, AJ González Sánchez, I Cabrera Serna, JM Aranda Narváez, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo en pacientes jóvenes, con un riesgo de padecerla a lo largo de la vida de un 7-8%.

Caso clínico: Paciente de 18 años diagnosticado de linfoma de Hodgkin, recibe trasplante de progenitores hematopoyéticos de médula ósea de donante familiar HLA haploidéntico(hermano). El día +6 del trasplante, comienza con dolor abdominal en fosa iliaca derecha asociado a fiebre de 3 días de evolución. Se realiza ecografía de abdomen y presenta apendicitis aguda incipiente. Dada la inmunosupresión por aplasia medular se decide tratamiento médico y vigilancia estrecha. El paciente evolucionó favorablemente, sin presentar complicaciones. Se realizó TAC abdominal de control objetivándose el apéndice en límite alto de la normalidad(7mm) sin signos inflamatorios. Revisando la historia del paciente observamos que el donante(hermano), tras la donación de médula y ante el inicio de clínica de vómitos y dolor abdominal, fue diagnosticado de apendicitis aguda. Se realizó apendicectomía laparoscópica, presentando una apendicitis aguda gangrenosa. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

Discusión: Las patologías abdominales comunes pueden presentarse de manera diferente en pacientes inmunodeprimidos, lo que causa un retraso en el diagnóstico. La apendicitis aguda en estos pacientes suele ser difícil de diagnosticar, en parte contribuye la ausencia de leucocitosis y se asocia con aumento de la morbimortalidad. El síntoma de presentación más frecuente es fiebre seguido de síntomas clásicos como dolor abdominal en fosa iliaca derecha y signos de peritonitis en la exploración. El TAC abdominal es una técnica útil para hacer el diagnóstico, pero la presencia de engrosamiento del intestino adyacente (tiflitis) ha contribuido al dilema en el diagnóstico y tratamiento. La etiología puede ser diferente a la de pacientes inmunocompetentes. El tratamiento de esta patología en pacientes trasplantados de médula ósea no está definido, no hay datos en la literatura. Aunque la apendicectomía laparoscópica ha demostrado ser beneficiosa en comparación con la abierta y puede ayudar a diagnosticar otras causas de abdomen agudo, tenemos que valorar el riesgo quirúrgico de estos pacientes, puesto que presentan aplasia medular y la propia intervención quirúrgica puede provocar una morbimortalidad elevada, pero también tenemos que tener en cuenta que son pacientes con escasa respuesta inmunológica frente a la infección, por lo que hay que individualizar cada paciente. En formas no complicadas, debemos pensar en el manejo conservador con antibioterapia y vigilancia como tratamiento de primera línea dado el alto porcentaje de efectividad y resultados favorables.

CP009. APENDICITIS CON DIVERTÍCULO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

A Alberca Páramo, JA Blanco Elena, MT Robles Quesada, M Estaire Gómez, E Solís García, J Granados García

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cibra

Introducción: los divertículos apendiculares son infrecuentes y se descubren de forma accidental, por lo que desconocemos su incidencia.

Caso clínico: mujer de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial que acude a urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución en hemiabdomen derecho con náuseas y vómitos. El día anterior presentó fiebre. La analítica mostró leucocitosis y elevación de PCR. Se decidió realizar un TC abdominal urgente en el cual se visualizó un apéndice con extremo distal intrapélvico aumentado de tamaño con líquido periapendicular sugestivo de apendicitis aguda. Ante estos hallazgos se realizó una intervención quirúrgica urgente, en la cual se apreció una apendicitis aguda flegmonosa en posición pélvica, se realizó una apendicectomía laparoscópica. El postoperatorio transcurrió con normalidad, siendo dada de alta al 2 día postoperatorio con tolerancia oral correcta y tránsito positivo. La anatomía patológica objetivó un apéndice ileocecal perforada en la zona media y con áreas necróticas en la superficie sugestiva de apendicitis aguda flegmonosa. En la zona distal se aprecia una formación diverticular.

Discusión: Los divertículos del apéndice pueden ser verdaderos o adquiridos. Los verdaderos presentan todas las capas de la pared y se localizan en borde antimesentérico y son muy raros. Los falsos, también denominados pseudodivertículos, que son la mayoría de los divertículos, suponen una hernia de la capa mucosa y submucosa a través de la capa muscular que surgen de la presión intraluminal y son los más frecuentes. El divertículo en apéndice sigue la regla del 60%: 60% se localizan en el tercio distal, 60% en borde antimesentérico y 60% son múltiples. Los divertículos pueden ser asintomáticos o producir complicaciones como inflamación, perforación, fibrosis y hemorragia. Los divertículos adquiridos se complican con mayor frecuencia que los congénitos porque presentan mayor dificultad para su vaciamiento. La diferencia entre una apendicitis aguda (AA) y una diverticulitis aguda apendicular (DAA) es difícil aunque normalmente la clínica de la DAA suele ser más prolongada y se suelen asociar con mayor frecuencia a mucocelos apendiculares. Algunos estudios indican que la ecografía podría facilitar este diagnóstico diferencial, pues un divertículo inflamado se presentaría como una señal hipocóica, rodeada por tejido graso ecogénico, la AA se vería como un anillo hiperecico dentro del cual se aprecia un anillo relleno de líquido y la DAA presenta todas las capas inflamadas así como su interior(ecogénicas). Aunque esta es una prueba radiólogo dependiente y la baja frecuencia de dicha patología hace que siga siendo un diagnóstico prequirúrgico difícil.

CP010. CIRUGÍA URGENTE DE LOS SARCOMAS GASTROINTESTINALES. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

MR Maiquez Abril, I Machado Romero, RJ Delgado Estepa, B García Albiach, A Fernández López, AJ Arias Romano, F Alguacil González

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez-Málaga

Introducción: los tumores tipo GIST engloban un tipo característico de sarcoma gastrointestinal, que suponen entre un 1 y un 3% de todos los tumores malignos intestinales. En España, la incidencia es de aproximadamente 1 caso por cada 100000 habitantes y año. Dada la consistencia blanda del tumor, es difícil que provoque síntomas compresivos. La clínica más frecuente es: masa palpable y anemia progresiva. Este es el motivo por el que sea frecuente su diagnóstico en estadios tardíos. En algunos casos su definición anatomopatológica no es tan clara y se engloban en el grupo genérico de los sarcomas.

Presentamos dos casos de sarcomas gastrointestinales diagnosticados en urgencias.

Caso clínico: El primer caso se trata de un varón de 67 años pluripatológico que acudió a urgencias debido a masa palpable de crecimiento rápido, objetivándose anemia por sangrado masivo. El segundo caso se trata de otro varón de 62 años con antecedentes de HTA y DM que ingresó por dolor abdominal y fiebre, produciéndose un rápido deterioro el primer día de ingreso, con shock séptico de progresión en apenas una hora y ACV isquémico por bajo gasto asociado. En ambas ocasiones los pacientes fueron intervenidos de manera urgente. En el primer caso, se objetivó una masa muy voluminosa que desplazaba todas las vísceras abdominales, con sangrado intratumoral y que, tras su disección se comprobó que dependía de la pared gástrica posterior, muy pediculada. Se realizó tumorectomía con gastrectomía atípica. El paciente evolucionó desfavorablemente, siendo exitus a las 48 horas en UCI. El resultado anatomopatológico fue: Tumor maligno pobremente diferenciado con necrosis y extensas zonas de hemorragia, cKit-, CD34-. El segundo caso, se trataba de una tumoración voluminosa perforada con absceso pélvico y organodependencia de íleon medio. Se realizó resección del asa afecta con la masa. El paciente evolucionó de manera satisfactoria, siendo dado de alta de UCI a las 72 horas y a domicilio al 16º día, con recuperación casi completa neurológica (persiste leve



Figura 3
Caso 2. GIST ileal

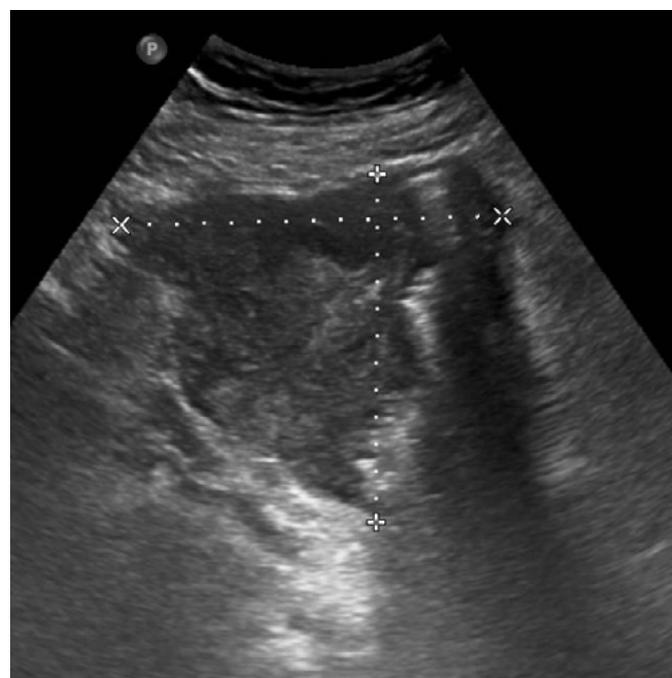


Figura 4
Caso 2. GIST ileal



Figura 1
Caso 1. Sarcoma gástrico gigante.

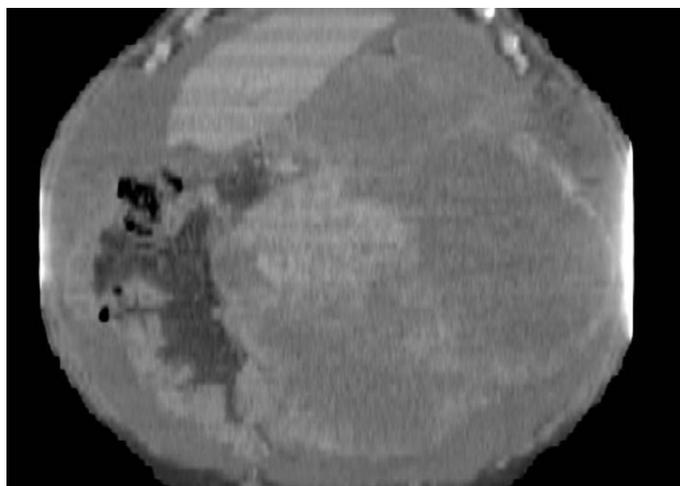


Figura 2
Caso 1. Sarcoma gástrico gigante, corte coronal

bradilialia). La anatomía patológica diagnosticó un GIST de alto grado G2/2 de tipo fusocelular con áreas mixoides, cKit+, CD34+. Actualmente se encuentra en seguimiento por Oncología y en tratamiento con Imatinib, sin recidiva tras 7 meses.

Discusión: los tumores GIST, dada su escasa clínica, en ocasiones se diagnostican en estadios avanzados y pueden dar complicaciones que deriven en cirugía urgente, como perforación, sangrado o abscesificación. Esto se relaciona con un peor pronóstico y mayor porcentaje de recidivas. En el primer caso se diagnosticó anatomopatológicamente como sarcoma gastrointestinal cKit- CD34-.

CP011. CLOACA INTESTINAL POR LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES (LBDCG).

R Escalera Perez, S Melero Brenes, E Muñoz Caracuel, F Cárdenas Cauqui, G Salguero Segui, S Martín Arroyo, E Gutiérrez Cafranga, C Méndez García, F García Molina

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

Introducción: El tracto gastrointestinal es el lugar más frecuente de afectación extraganglionar de los linfomas siendo el estómago el órgano más afectado seguido del intestino delgado. Casi el 90% corresponden a linfomas de células B, siendo los subtipos más frecuentes el linfoma B difuso de células grandes y el linfoma B tipo MALT de zona marginal extranodal. Suelen presentarse con dolor abdominal, vómitos, pérdida de peso y raramente como obstrucción, intususcepción, perforación (5-15%), hemorragia digestiva o diarrea.

Caso clínico: Varón de 56 años que acudió a urgencias por fiebre, pérdida de peso (7kg en un mes), disfagia, sensación de plenitud gástrica, astenia intensa, diarrea y recorte de diuresis. Exploración abdomen doloroso de forma difusa, más acentuado en hipogastrio y flanco izquierdo donde se palpa una masa de gran tamaño. Pruebas complementarias:

- Analítica sin leucocitosis con desviación izquierda. Hb 7.9mg/dl, Trombocitosis y PCR 217.
- TAC abdomen: tumoración centro-abdominal de diámetros aproximados 17,2x7,7x7,5cm con importante componente hidroaéreo, engrosamiento mural marcado e irregular, contactando con asas de intestino delgado, sugestivo de GIST complicado (necrosis con componente inflamatorio).

Ante estos resultados se decidió laparotomía urgente. Cirugía: identificamos una cloaca centro-abdominal, cuyo suelo lo forma la raíz del mesenterio y su techo, el epiplón totalmente adherido. A dicha cloaca vierten su contenido varias asas intestinales que estaban completamente abiertas. En su base, la raíz del mesenterio se identificó una masa tumoral de probable origen mesenquimal. Para su abordaje se realizó la maniobra de Cattell y Braasch que nos permitió marcar la zona a resección y comprobar la ausencia de infiltración de los vasos mesentéricos. Resección en bloque con reconstrucción del tránsito mediante anastomosis L-L. AP: Linfoma B difuso de Células grandes, inmunofenotipo centro germinal. Expresa CD20, CD79a y Bcl6. Ki67 80%. El paciente es dado de alta al doceavo día sin complicaciones.

Discusión: debemos sospechar la presencia de linfomas intestinales ante masas abdominales, asociadas a anorexia, pérdida de peso y fiebre. No suelen presentar ni afectación ganglionar ni elevación de la serie blanca. 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 médico. La maniobra de Cattell y Braasch puede proporcionar la exposición óptima para la exploración de toda la raíz del meso y la valoración de la infiltración de los vasos mesentéricos superiores. Pensamos que debería realizarse siempre para abordar esta zona anatómica.

CP012. COLITIS ISQUÉMICA TRAS INTERVENCIÓN DE ANEURISMA INFRARRENAL.

A García Jiménez, J Santoyo Villalba, I Segura, MC Montes, I Palomo, M Moya Ramírez, JL Die

Sección Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: La colitis isquémica es la forma más frecuente de isquemia intestinal (60-70%), principalmente en mayores de 65 años, debido a la privación transitoria de flujo vascular en el colon. Cursa con dolor abdominal, urgencia defecatoria y rectorragia. El diagnóstico requiere de una colonoscopia precoz (< 48 horas) en ausencia de peritonitis, en cuyo caso es preciso la realización de TAC abdominal. El tratamiento inicialmente es médico, salvo estadios más evolucionados en los que se aprecie una colitis gangrenosa o perforación asociada, la cual requerirá de tratamiento quirúrgico urgente.

Caso clínico: Varón de 67 años fumador 50 paquetes/año y EPOC enfisematoso, intervenido hacía 45 días de urgencias por Cirugía Vasculat ante la sospecha de rotura de aneurisma de aorta infrarrenal que no logra repararse mediante la colocación de endoprótesis bifurcada ya que se trataba de una fístula aorto-cava, requiriendo de conversión para la realización de bypass aorto-bifemoral. Tras dicho episodio presenta buena evolución, siendo dado de alta a los 16 días. Tras el alta comienza con episodios de dolor abdominal autolimitado, tendencia al estreñimiento, así como pérdida de peso. Motivo por el cual le realizan una colonoscopia en la que se aprecia una estenosis concéntrica a 18cm de MAE, de la cual toman biopsias descartando malignidad. El paciente es finalmente intervenido por cuadro de obstrucción intestinal, observando dicha estenosis puntiforme a nivel de Recto-Sigma, realizándole un Hartmann. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, en seguimiento en CCEE de Cirugía.

Discusión: Actualmente la incidencia de la colitis isquémica está aumentado, debido al envejecimiento de la población, la cual presenta numerosos factores de riesgo cardiovascular asociados, siendo fundamental el diagnóstico precoz de estos pacientes para un correcto manejo clínico, evitando así la intervención quirúrgica por complicaciones asociadas. En este caso el antecedente personal de bypass aorto-bifemoral, comprometió el flujo a nivel del punto de Sudeck, lo que ocasionó una lesión de tipo isquémico, con la posterior estenosis a dicho nivel. De haberse sospechado previamente, podría haberse iniciado el correspondiente manejo clínico, evitando llegar al desenlace final.

CP013. DIVERTICULITIS YEYUNAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

MT Robles Quesada¹, A Alberca Páramo¹, JA Blanco Elena¹, J Granados García¹, S Fuentes Molina¹, I Ruiz Molina², L Nathaly³, J Plata Rosales¹

¹Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra. ²Departamento Anatomía Patológica. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra. ³Departamento Aparato Digestivo. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: los pólipos serrados representan un grupo variado de lesiones que a nivel histológico se caracterizan por la disposición en dientes de sierra de las células de superficie de sus criptas. En los últimos años, se está evidenciando el potencial de malignización y progresión a cáncer colorrectal siguiendo vías genéticas denominadas "vías serradas de la carcinogénesis" en estas lesiones. El adenoma serrado tradicional es un subtipo de lesión poco frecuente (1-6%), pediculado habitualmente y de distribución más común en el colon izquierdo (60%). La localización en intestino delgado es inusual, por ello, describimos este caso clínico de localización duodenal de un adenoma serrado tradicional.

Caso clínico: varón de 54 años en seguimiento por esofagitis eosinofílica, se realiza endoscopia digestiva alta, observando en segunda rodilla duodenal, una gran lesión periampular de aspecto polipoideo que ocupa el 75% de la circunferencia, no reseccable endoscópicamente, por lo que sólo se pueden tomar biopsias. Se completa estudio con TC de torax-abdomen y colangiografía, describiendo la lesión como mamelonada en la región ampular, sugiriendo posible ampuloma, sin otros datos de interés en dichas pruebas complementarias. La anatomía patológica de la biopsia tomada, describe fragmentos de adenoma serrado tradicional con displasia epitelial moderada e inmunexpresión positiva para CDX2 (regula la proliferación celular y la diferenciación de las células epiteliales intestinales) y, no nuclear para beta-catenina. Dado que este tipo de adenomas no es frecuente en el duodeno, sino en el colon, y el potencial de malignización es elevado, se realiza colonoscopia completa, con la extirpando de dos pólipos milimétricos hiperplásicos. Se expone el caso en el Comité de tumores abdominales del Hospital de referencia, decidiéndose intervención programada para reseccar la lesión periampular mediante duodenopancreatectomía cefálica tipo Whipple en dicho hospital.

Discusión: el manejo de pacientes que presenta lesiones premalignas como los adenomas serrados, precisan del manejo multidisciplinario, integrando cirujanos, anatomopatólogos/genetistas y digestivos. Un adenoma serrado en una localización poco frecuente obliga a descartar pólipos en el colon-recto. En este caso, la única forma de resección y diagnóstico definitivo es la realización de un Whipple.

CP014. CUIDADO CON EL AGUA OXIGENADA: NEUMOESCROTO.

MT Robles Quesada, A Alberca Paramo, JA Blanco Elena, P Ruiz Navarro, R del Rosal Palomeque, J Granados Garcia, S Plata Rosales

Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: el agua oxigenada es una sustancia usualmente utilizada para la desinfección de heridas. Sin embargo, hay descritos casos de neumomediastino, neumoretroperitoneo, enfisema subcutáneo e incluso embolias gaseosas tras emplear agua oxigenada durante la cirugía. Describimos un caso de neumoescrito en un paciente intervenido de absceso glúteo.

Caso clínico: varón de 29 años sin antecedentes de interés que es intervenido de urgencias por absceso glúteo derecho, realizándose drenaje, desbridamiento y lavado del mismo con suero fisiológico con dilución de 50% de agua oxigenada, y a continuación suero fisiológico más 50% povidona yodada, dejando drenaje en el lecho quirúrgico. A las 24 horas postoperatorias, el paciente refiere aumento del tamaño testicular con crepitación del escroto, no acompañado de dolor, ni signos de infección, o hematoma en dicha zona, ni otra sintomatología asociada. Se solicita TC urgente. En el TC de tórax-abdomen-pelvis se observa: enfisema subcutáneo de la región perineal localizado principalmente en fosa isquiorrectal derecha, extendiéndose anteriormente a zona escrotal. Cambios inflamatorios en la región perineal-glútea derecha con trayecto de aire que comunica lateralmente con la piel (posiblemente secundario a el drenaje realizado). No colecciones intraabdominales, ni hallazgos patológicos en tórax. Mediante medidas conservadoras (slip ajustado),

antibióterápica, y curas diarias, se da de alta al paciente con buena evolución del absceso y resolución del enfisema subcutáneo y neumoescrito.

Discusión: se puede recomendar no emplear agua oxigenada en la desinfección de heridas de forma rutinaria o hacerlo de forma muy diluida. Existen otras soluciones antisépticas sin efectos adversos descritos que podrían utilizarse en su lugar. Dado los casos descritos en la literatura, se debe valorar la realización de TC toracio-abdomino-pélvico para descartar neumo en otros lugares que si pueden comprometer la vida. Las medidas conservadoras, junto curas con suero fisiológico y povidona yodada, sin agua oxigenada, son efectivas.

CP015. CURIOSA ANATOMÍA PATOLÓGICA POR UNA APENDICITIS.

MT Robles Quesada, JA Blanco Elena, A Alberca Paramo, J Plata Rosales, J Granados Garcia, P Ruiz Navarro, R del Rosal Palomeque, S Fuente Molina

Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: La endometriosis es una enfermedad frecuente en mujeres en edad fértil. La endometriosis apendicular es muy rara, y más aún como causa de dolor crónico o recurrente localizado en la fosa ilíaca derecha. En ocasiones, se han tratado a pacientes con este tipo de dolor mediante apendicectomía "profiláctica", consiguiendo la mejoría de sus síntomas. A veces, como en este caso clínico, la manera de presentación parece ser una apendicitis aguda diagnosticada mediante pruebas complementarias, pero con anatomía patológica muy diferente.

Caso clínico: mujer de 22 años con antecedentes de estudio por digestivo por dolor abdominal y diarrea, con colonoscopia de hace 3 años sin hallazgos groseros y eco abdominal normal. Como otro antecedente de interés, dismenorreas sin tratamiento. Acude a urgencias por dolor en FID, blumberg positivo, ligera leucocitos y neutrofilia, y ECO compatible con apendicitis aguda, observando el extremo más distal del apéndice desestructuración del mismo. Se interviene de forma urgente, hallando un apéndice normal, salvo por engrosamiento en la punta, con escaso líquido seroso, realizando así, una apendicetomía abierta según la técnica habitual. La paciente evoluciona favorablemente, recidiéndola en consulta de revisión, manifestando que desde la intervención ha presentado mejoría importante del dolor abdominal crónico en FID que presentaba desde hacía tiempo, aquejándose de la persistencia de sus menstruaciones abundantes y dolorosas. En la Anatomía Patológica se obtiene el siguiente resultado: apéndice cecal con implantes endometriósicos parietales (endometriosis apendicular). Ausencia de cambios inflamatorios. Se deriva a la paciente para continuar valoración por ginecología, iniciando tratamiento con ACOH.

Discusión: La endometriosis apendicular es excepcional, pero existe. La apendicetomía en casos de dolor abdominal crónico, focalizados en FID, puede permitir un diagnóstico no sospechado, así como mejorar la sintomatología abdominal de la paciente. Se hubiera preferido el acceso laparoscópico para el mejor diagnóstico-terapéutica en este caso.

CP016. DISFAGIA NO TUMORAL POR DIVERTÍCULO DE ZENKER.

R Forneiro Pérez, M Alcaide Lucena, AP Martínez Domínguez, AL Romera López, D Rodríguez Morillas, I Lendínez Martínez, B Mirón Pozo

Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: los divertículos de Zenker (DZ) o cricofaríngeos presentan una prevalencia baja. Son habitualmente adquiridos y asintomáticos, aunque pueden llegar a ser muy invalidantes si existe disfagia. Presentamos dos casos de pacientes con divertículo de Zenker y disfagia intervenidos en nuestro centro.

Caso clínico: Caso 1. Varón de 56 años que consulta por disfagia y pirosis. Tras la realización de tránsito baritado y TAC cervicotorácico, es diagnosticado de un divertículo de Zenker de tamaño 21x48x40mm, así como de una pequeña hernia de hiato por deslizamiento y moderado reflujo gastroesofágico. Caso 2. Varón de 74 años de edad que consulta por disfagia severa siendo diagnosticado de divertículo de Zenker 74x57x45 mm en tránsito baritado. Se intervienen ambos pacientes de forma programada realizando diverticulectomía y miotomía del músculo cricofaríngeo. La anatomía patológica confirma el diagnóstico previo en ambos casos. Tras un postoperatorio sin complicaciones, se realiza seguimiento en las consultas de Cirugía General, estando actualmente asintomáticos.

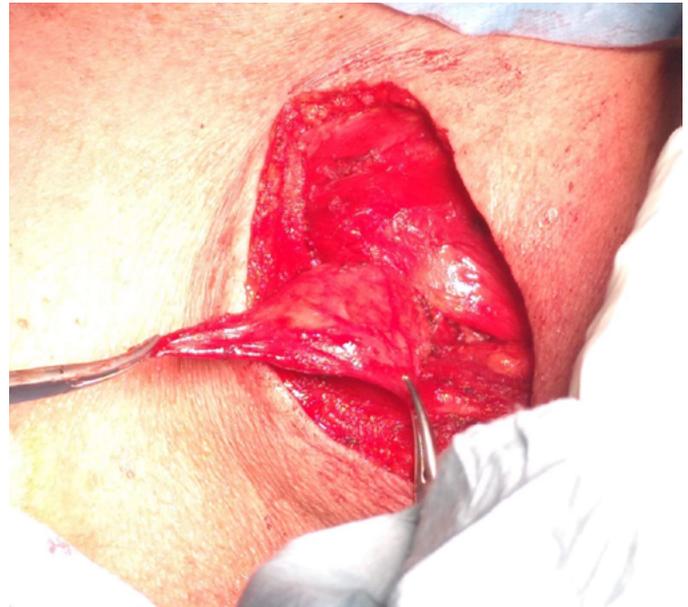


Figura 2
Divertículo de Zenker.

El tratamiento de elección es quirúrgico, pero únicamente cuando son sintomáticos, independientemente de su tamaño, para aliviar los síntomas y evitar complicaciones como la aspiración. Como opciones quirúrgicas existen la diverticulectomía abierta y la diverticulopexia ambas asociadas a miotomía del músculo cricofaríngeo, y la diverticulectomía endoscópica. Dada la escasa incidencia de DZ, no existen estudios aleatorizados que comparen el procedimiento por vía abierta con la técnica endoscópica con utilización de un dispositivo de sutura mecánica, aunque la cirugía abierta sigue siendo la técnica preferida por los cirujanos generales. Las fugas en la línea de sutura son el principal inconveniente de la cirugía abierta, aunque los dispositivos modernos de grapado con 3 líneas de sutura la han reducido de forma significativa. La diverticulectomía abierta asociada a miotomía es una técnica segura con resultados a largo plazo conocidos ampliamente en la literatura.

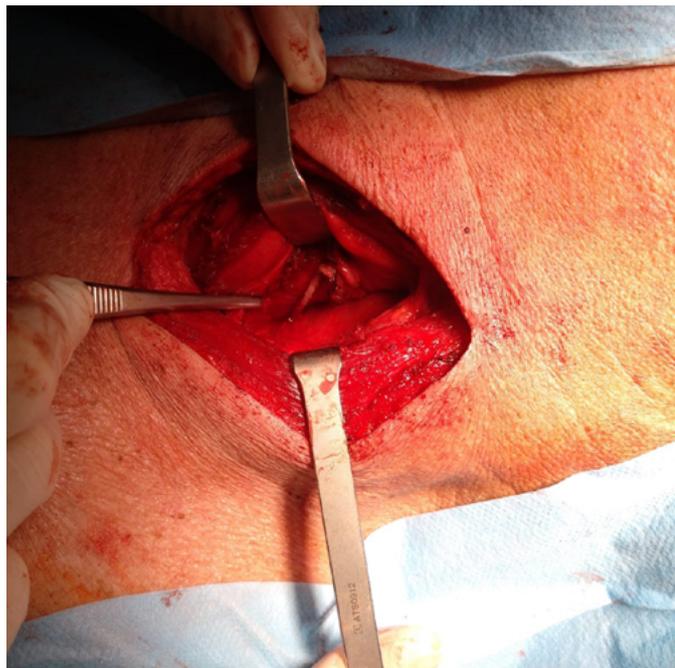


Figura 1
Divertículo de Zenker.

Discusión: los divertículos esofágicos son una patología infrecuente, con una prevalencia de 0,06-4%. Pueden ser congénitos o, habitualmente, adquiridos. A nivel del tercio superior del esófago se presenta el divertículo de Zenker, el cual se produce por protusión de la mucosa faríngea a través de una zona relativamente débil de la pared posterior del esófago, el triángulo de Killian, entre los músculos constrictor inferior de la faringe y el cricofaríngeo. Se suele presentar entre la séptima y la octava década. Su sintomatología más frecuente es la disfagia, aunque la mayoría cursan asintomáticos. Para el diagnóstico es necesario un esofagograma con contraste baritado.

CP017. DRAMÁTICO DEBUT DE ENFERMEDAD DE CROHN. UN RETO PARA EL DIAGNÓSTICO Y SU TRATAMIENTO.

R Esclaera Perez¹, R Estepa Cabello², E Muñoz CaracueL², C Mendez García¹, E Gutierrez Cafranga¹, S Martin Muñoz², S Mac Mathuna¹, F García Molina¹

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

Introducción: la enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal cada vez más frecuente que suele debutar en jóvenes menores de 30 años teniendo otro pico de incidencia hacia los 60. La clínica habitual es dolor abdominal, diarrea, sensación de masa en FID y enfermedad perianal. Las complicaciones más frecuentes son las fístulas y abscesos siendo más raro el megacolon tóxico por la escasa afectación colónica inicial. Si bien son conocidos los trastornos de coagulación por déficit de factores que genera la

enfermedad inflamatoria, la presencia de anticuerpos antifosfolípido y anticardiolipina aumentan el riesgo de complicaciones en la EI por el estado de hipercoagulabilidad que genera.

Material y métodos: Mujer de 58 años hipertensa, acude a urgencias por oligoanuria, proctalgia, rectorragia, astenia y dolor abdominal. Se realizó TAC abdomen urgente donde se evidenció un neumoperitoneo, con engrosamiento de las paredes del recto, sigma y colon descendente. Tacto rectal: mucosa en empedrado. Se realizó laparotomía urgente donde se encontró una peritonitis fecaloidea debida a múltiples perforaciones que afectaban a todo el colon izquierdo. Se realizó hemicolectomía izquierda y colostomía terminal en FII. En situación de shock séptico se trasladó a UCI, donde precisó fármacos vasoactivos para el control hemodinámico. Inmediatamente presentó necrosis de ambos miembros inferiores y de las falanges distales de ambas manos que requirieron amputaciones. Se infectó por *Klebsiella* multiresistente (KPC) y desarrolló una fístula del muñón rectal con fiebre mantenida de difícil manejo. El tratamiento de elección se instauró de forma tardía debido a que el juicio clínico definitivo se vio retrasado por dudas histológicas en el diagnóstico diferencial de la pieza quirúrgica. (isquemia vs enfermedad inflamatoria). Con el diagnóstico de enfermedad de Crohn y Síndrome Antifosfolípido, iniciamos tratamiento con 5-ASA (Mesalazina) oral y tópica ante la imposibilidad de inmunodeprimir con anticuerpos monoclonales por la infección activa de KPC. La evolución fue buena lográndose el cierre transitorio de la fístula. Una vez controlado el proceso séptico pudimos iniciar la terapia con Infliximab.

Discusión: la infección por cepas multirresistentes resulta un desafío para tratar a pacientes que precisan inmunodepresión. En situaciones extremadamente graves como nuestro caso, debemos recurrir a fármacos que ya no son de primera línea como la mesalazina para el control de la enfermedad de base. Dado el aumento de resistencias, el problema de instaurar tratamiento biológico e inmunosupresor en pacientes con infecciones activas será más frecuente.

CP018. EMPIEMA PLEURAL PROVOCADO POR DIVERTICULITIS DE SIGMA.

MR Maiquez Abril, DA Gaitán Pugliese, I Machado Romero, RJ Delgado Estepa, B García Albiach, A Fernández López, AJ Arias Romano, F Alguacil González

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez-Málaga

Introducción: Como complicaciones no infrecuentes de cuadros diverticulares, podemos encontrarnos con problemas urinarios como, por ejemplo, fístulas colovesicales, manifestadas frecuentemente por fecaluria o neumaturia o como meros hallazgos radiológicos. Dicha infección urinaria puede ascender hacia el riñón, produciendo una pielonefritis. En ocasiones, las pielonefritis pueden provocar, por proximidad o por drenaje ascendente, un empiema pleural. Sin embargo, es extremadamente raro encontrar un caso de empiema pleural que como causa primaria tiene un cuadro diverticular de sigma.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 53 años con antecedentes de artritis psoriásica en tratamiento con AINEs y tratamiento biológico, que acude a urgencias por tos productiva, disnea, pérdida de peso e hiporexia. Hemodinámicamente estable. Tras su evaluación se objetiva un derrame pleural masivo. Tras

colocación de tubo de tórax, se evacúa contenido purulento. Con el diagnóstico de empiema pleural es trasladado a UCI. Se realiza TAC de tórax y abdomen que muestra a nivel de abdomen superior un absceso de psoas derecho y pielonefritis enfisematosa derecha, así como el derrame pleural ya conocido y una colección supravescical de unos 7 cm sin objetivarse fístula clara. El tercer día de ingreso se solicita amilasa en orina siendo mayor de 7000 y comenzando con fecaluria, instaurándose NTP y dieta absoluta. En cistoscopia se visualiza fístula intestinal a cúpula vesical con mucosa de ésta de aspecto inflamatorio. Se realiza colonoscopia con diagnóstico de diverticulitis. Posteriormente se interviene: sigmoidectomía abierta (intenso cuadro inflamatorio), cierre de cúpula vesical, limpieza de abscesos intraabdominales y cateterización de uréter derecho. El 4º día postoperatorio, presenta vómito y evisceración, con lo que se reinterviene para cierre de ésta. El 6º día postoperatorio estando ya con tránsito se produce fallecimiento repentino, siendo catalogado de broncoaspiración masiva dado que tuvo un acceso de tos escuchado por su compañero de habitación, siendo encontrado por enfermería con un vómito tras un tiempo del episodio, no siendo posible RCP. No se solicitó necropsia.

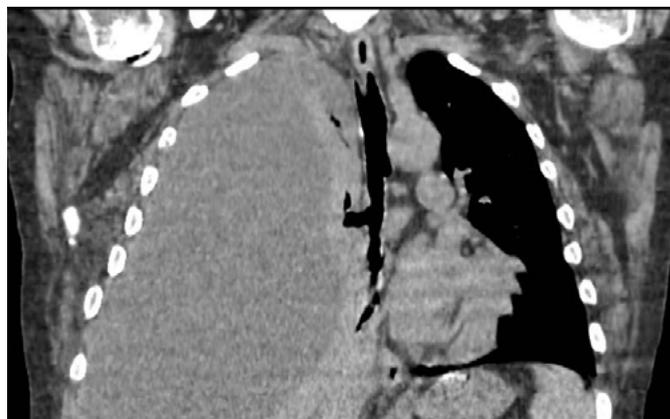


Figura 1
Empiema pleural derecho. Corte coronal

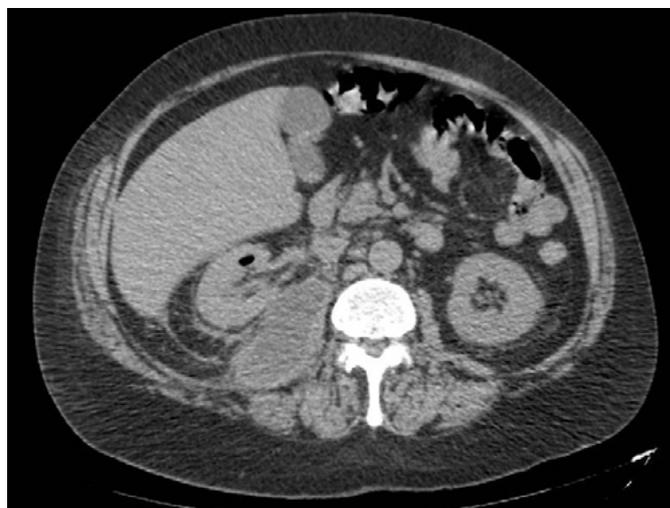


Figura 2
Pielonefritis enfisematosa derecha y absceso de psoas derecho.

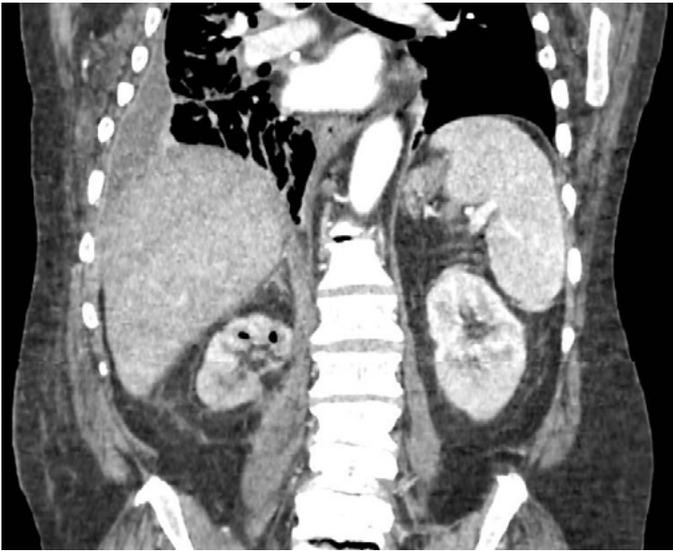


Figura 3 Pielonefritis enfisematosa derecha y absceso de psoas derecho. Corte coronal.

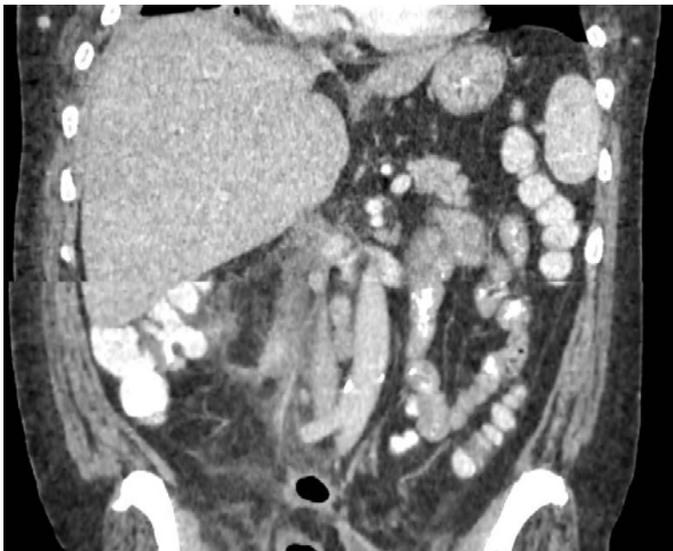


Figura 4 Dudosa fístula colovesical

Discusión: los cuadros de diverticulitis pueden provocar afectación del tracto urinario, así como émbolos sépticos hepáticos por diseminación hemática y que éstos afecten al pulmón; no obstante, no hemos encontrado casos publicados en los que un cuadro diverticular provoque un empiema pleural con afectación renal o de psoas como único puente. El único síntoma que presentó el paciente al inicio del cuadro fue el respiratorio derivado del empiema, siendo revelados durante el ingreso la fístula colovesical, la afectación renal y la inflamatoria sigmoidea.

CP019. ENDOMETRIOSIS EN CICATRIZ DE CESÁREA COMO HALLAZGO CASUAL.

C Peña Barturen, S Roldán Ortiz, A Bengoechea Trujillo, J Varela Recio, S Cerrato Delgado, M Fornell Ariza, JM Pacheco García

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

Introducción: la endometriosis consiste en células endometriales funcionantes ectópicas. Su prevalencia es del 1-7% en mujeres en edad fértil. La pelvis es su localización más frecuente siendo los ovarios y el fondo de saco de Douglas sus lugares más característicos. También puede aparecer en cérvix, vagina, vulva, vejiga, recto, sigma, páncreas, hígado, ombligo, pulmón, cerebro. Son muy infrecuentes las localizadas en cicatrices de pared abdominal y por ello presentamos un caso sobre ello

Caso clínico: se trata de una mujer de 33 años con taquicardia paroxística y escoliosis lumbar. Intervenido de cesárea hace 1 año. Acude a consultas de Cirugía para valoración de hernia inguinal izquierda y tumoración en vertiente derecha de cicatriz de cesárea que le provoca molestias cicatriciales. A la exploración se evidencia dicha hernia inguinal y se palpa la tumoración abdominal. Se solicita ecografía de abdomen confirmando existencia de posible granuloma en dicha localización de unos 12x12 mm en tejido celular subcutáneo. Ante los resultados, se decide intervención quirúrgica programada. Se realiza hernioplastia inguinal izquierda reglada a lo Lichtenstein. Así mismo, se explora región de cesárea apreciándose tumoración fibrótica en vertiente derecha de cicatriz de cesárea que se extirpa y se manda a Anatomía Patológica. El informe de Anatomía Patológica describió la pieza extraída de cicatriz de cesárea como "endometriosis en cicatriz de cesárea". La paciente fue remitida a Ginecología para valoración

Discusión: La endometriosis extrapélvica es difícil de diagnosticar dado que sus síntomas son muy inespecíficos. Su localización en una cicatriz quirúrgica tras cesárea es muy infrecuente y muchas veces se diagnóstica erróneamente como granuloma quirúrgico, lipoma o absceso. Solo su extirpación quirúrgica y su posterior análisis anatomopatológico nos llevará a su correcto diagnóstico y por consiguiente correcto tratamiento. Se cree que la endometriosis en una cicatriz abdominal tras cesárea es una patología infraestimada y que se debería sospechar en mujeres con dolor abdominal/pélvico crónico habiendo descartado otras posibles causas.

CP020. ENDOMETRIOSIS INGUINAL, UNA RARA CONDICION DE INGUINODINIA PERSISTENTE.

MC Montes Osuna, I Palomo López, JL Díez Vigil, A Gómez Arroyo, A Mansilla Roselló, J Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: la endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcionante extrauterino. Suele presentar afectación intrapélvica, aunque existen casos de afectación extrapélvica. La afectación inguinal es una condición muy poco usual, y suele relacionarse con cirugías ginecológicas previas que facilitan la diseminación. Presentamos un caso de afectación inguinal derecha, en una paciente sin cirugía ginecológica previa.

Caso clínico: paciente mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, intervenida de forma programada de hernioplastia inguinal derecha en 2017, utilizando malla Progrid® autoadhesiva, con fijación mediante puntos sueltos a pubis y tendón conjunto. Se evidenció

posible deslizamiento de trompa de Falopio derecha, por lo que se realizó estudio anatomopatológico del saco herniario, siendo este diagnóstico de Endometriosis. Es valorada por inguinodinia persistente tras la cirugía, que empeora durante la menstruación. En la exploración, se palpaba tumoración indurada, no reductible, a nivel inguinal derecho. Se realizó estudio de afectación neuropática para descartar lesión neural de los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal, recibiendo tratamiento con radiofrecuencia, sin mejoría significativa. Se realiza estudio de imagen con Ecografía abdominal, que muestra hallazgos sugerentes de endometriosis en la región inguinal, que fue completado con RNM, objetivándose un nódulo con varios focos hemorrágicos en su interior de hasta 1,5 cm, de morfología irregular, con captación progresiva del contraste, sugerente de endometriosis, de dimensiones aproximadas de 26x18x25mm (CCxAPxT). Ante estos hallazgos, se decide intervención para exploración quirúrgica de la región inguinal derecha, realizando escisión de cicatriz de incisión previa. Se objetivaron hasta tres formaciones lobuladas, induradas, sugerentes de focos endometriósicos, uno de ellos adherido al ligamento redondo, que se enviaron para estudio anatomopatológico. Se retiró así mismo material de sutura de la cirugía previa, que también podría estar relacionado con la clínica de la paciente.

Discusión: la endometriosis inguinal es una extraña entidad, con una incidencia en torno a un 0.6% y se relaciona con implantes de tejido endometrial en el ligamento redondo. Los casos descritos muestran similares características clínicas: dolor inguinal que empeora con la menstruación, junto con tumoración a dicho nivel, que puede presentar aumento de tamaño. Se ha descrito cierto predominio de afectación del lado derecho. La ecografía abdomino-inguinal es la prueba de elección para su estudio, siendo complementada por la TC y la RNM. El tratamiento de elección consiste en la escisión completa de la lesión, y de la porción extraperitoneal del ligamento redondo en aquellos casos que presente afectación.

CP021. GASTRECTOMÍA POLAR SUPERIOR EN TUMORES GÁSTRICOS. NUESTRA EXPERIENCIA.

MA Mayo Ossorio, S Cerrato Delgado, A Fierro Aguilar, M Fornell Ariza

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

Introducción: la gastrectomía proximal es una técnica no muy empleada en cirugía esofagogástrica por ser un procedimiento complejo especialmente si se realiza por abordaje laparoscópico. Presentamos nuestra experiencia en dos pacientes intervenidas de tumoraciones gástricas subcardiales en nuestro medio

Caso clínico: Caso nº1: Paciente de 39 años estudiada en otro centro con EDA diagnóstica de Tumor del estoma gastrointestinal. TAC abdominal con presencia de LOES hepáticas sugestivas de metástasis y adenopatías axilares y mediastínicas (T4N1M1). Se realiza tratamiento neoadyuvante preoperatorio con imatinib y reevaluación mediante PET-TAC (nT4N1M0) se decide tratamiento quirúrgico. Realizamos gastrectomía polar superior laparoscópica asistida por minilaparotomía para extracción de la pieza y anastomosis esofagogástrica video asistida con endocrapadora circular de 21mm a través de piloroplastia.

Caso nº2: Paciente de 30 años derivada de otro centro para realización de EDA por disfagia que sufre perforación gástrica yatrogénica y es

intervenida quirúrgicamente. Se evidencia tumoración subcardial sugestiva de GIST. Tras recuperación de la cirugía y estudio de extensión se presenta en comité multidisciplinar y se decide cirugía al mes de la primera intervención. Se realiza gastrectomía polar superior abierta con anastomosis esofagogástrica con endocrapadora circular de 21mm a través de piloroplastia.

En ambos casos el Postoperatorio fue favorable e iniciaron tolerancia oral al 5º día de la cirugía sin complicaciones postoperatorias.

Caso nº1: Resultado AP: Tumor del estoma gastrointestinal de 3cm con márgenes quirúrgicos respetados y 15 nódulos sin malignidad T2N0M0. Al mes y a los 6 meses de la cirugía permanece asintomática con buena evolución sigue tratamiento con imatinib adyuvante.

Caso nº2: Resultado AP: Leiomioma gástrico subcardias, con márgenes quirúrgicos respetados y 15 ganglio sin evidencia de tumor. La paciente al mes y a los 6 meses de la cirugía sigue asintomática en el momento actual.

Discusión: la gastrectomía polar superior no es una técnica empleada habitualmente en patología tumoral gástrica subcardial. No obstante, pensamos que es una técnica segura con buenos resultados clínicos y oncológicos sobre todo en cáncer gástrico precoz y tumores del estoma gastrointestinal y patología benigna. No obstante, nuestra serie es corta y son necesarios estudios a más largo plazo.

CP022. GASTRECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER GÁSTRICO. NUESTRA EXPERIENCIA.

MA Mayo Ossorio, A Fierro Aguilar, S Cerrato Delgado, AA Bengoechea Trujillo, M Fornell Ariza, JM Pacheco García

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

Introducción: la gastrectomía subtotal laparoscópica es segura y factible en el cáncer gástrico temprano. Sin embargo, solo algunos estudios han demostrado buenos resultados oncológicos y quirúrgicos para el cáncer gástrico avanzado. Presentamos nuestra experiencia en gastrectomía subtotal laparoscópica por cáncer gástrico.

Caso clínico: desde julio de 2017 hasta noviembre de 2018, hemos operado a 10 pacientes con cáncer gástrico. Se realizaron 3 gastrectomías subtotales por abordaje laparoscópico. Dos casos presentaron un diagnóstico preoperatorio de displasia grave (caso nº1 y nº2) y uno de ellos tenía un adenocarcinoma mucinoso avanzado T3N0M0 (caso nº3). En todos los casos utilizamos 5 trócares como el abordaje de bypass gástrico por obesidad mórbida. Se realizó gastrectomía laparoscópica seguida de anastomosis intracorpórea con endograpadoras lineales. La reconstrucción del tránsito se realizó mediante anastomosis antecólica. Realizamos linfadenectomía locorregional D1 en los casos nº1 y nº2, y D2 en el caso nº3. No se dejó sonda nasogástrica, pero sí drenaje intraabdominal para controlar el sangrado. La tolerancia oral fue a los 4 días tras la cirugía y los fueron dados de alta entre 5 y 7 días postoperatorios con buena tolerancia oral y sin complicaciones. En el caso nº2, el paciente presentó una sospecha de fuga un mes después de la cirugía, que se descartó tras las pruebas de imagen. El resultado patológico fue: márgenes quirúrgicos respetados en todos los casos. Caso nº1, displasia grave (20 ganglios linfáticos sin neoplasia maligna), Caso nº2 Adenocarcinoma

intestinal infiltrante T2 N0 M0 (17 nódulos sin neoplasia maligna) y Caso nº3 adenocarcinoma mucinoso T3 N0 M0 (35 ganglios linfáticos sin malignidad).

Discusión: La gastrectomía subtotal laparoscópica es factible y segura desde una perspectiva tanto quirúrgica como oncológica; sin embargo, nuestra serie inicial es breve y se necesita un seguimiento a largo plazo.

CP023. GRAN EVENTRACIÓN MULTISACULAR CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

R Forneiro Pérez, M Alcaide Lucena, S Delgado Carrasco, B Mirón Pozo

Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: la frecuencia de hernia ventral está alrededor del 14%, lo que convierte a esta patología en un grave problema de salud pública. Presentamos el caso de una mujer con eventración encarcerada de gran tamaño de pared abdominal con pérdida de derecho a domicilio.

Caso clínico: mujer de 96 años con antecedentes de neoplasia de endometrio con enteritis postradiación con cuadros de suboclusión intestinal de repetición. Acude a urgencias por estreñimiento de 15 días de evolución y vómitos fecaloideos. A la exploración abdominal se aprecia una eventración multisacular gigante con sacos herniarios con pérdida de derecho a domicilio y sin cambios tróficos cutáneos. Ingres a cargo de Cirugía General para tratamiento conservador con colocación de SNG y dieta absoluta. Tras una semana de ingreso continúa con alto débito por la SNG, además de dolor a la palpación abdominal con signos tróficos en la piel. Ante la sospecha de compromiso vascular de asas de intestino delgado, se decide intervención quirúrgica. Se realiza laparotomía urgente donde se evidencian múltiples sacos con asas de intestino delgado, uno de ellos conteniendo el asa que causa el cuadro obstructivo., todas ellas con viabilidad. Se realiza eventroplastia con malla supraaoneurótica según técnica de Chevrel. Tras la intervención evoluciona lentamente, aunque favorable. Al octavo día postoperatorio empeora clínicamente. Se realiza TC abdominal que no informa de hallazgos patológicos. Presenta insuficiencia respiratoria refractaria a tratamiento, falleciendo al 12º día postoperatorio.

Discusión: la hernia ventral es una patología con gran importancia dada su alta prevalencia que se sitúa alrededor del 14% de todas las laparotomías, llegando incluso al 40% si se asocia a infección de la herida quirúrgica. Las eventraciones gigantes son aquellas cuyo diámetro menor excede los 10 cm. La presencia continua de asas intestinales en el saco herniario provoca alteraciones en la dinámica respiratoria, cuadros suboclusivos de repetición, cambios tróficos cutáneos, así como graves problemas a nivel psicológico y económico en la vida del paciente. Existe riesgo de estrangulación debido sobre todo por rotación del mesenterio. Una de las complicaciones de esta cirugía, como es el caso de nuestra paciente, es el aumento de la presión intraabdominal al introducir el contenido herniario en la cavidad abdominal. Hay que realizar una medición de la PIA tras el cierre que nos ayudará a evitar esta fatal complicación, que puede tener resultado de muerte del enfermo por fallo multiorgánico.

CP024. HALLAZGO INCIDENTAL DE SCHWANNOMA PÉLVICO.

S Martín Arroyo, E Muñoz Caracuel, SF Mac Mathuna, JD Franco Osorio, W Sánchez Bautista, E Gutiérrez Cafranga

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

Introducción: los schwannomas o neurilemomas son tumores benignos con origen en las células gliales periféricas, en las células de Schwann. Generalmente aparecen en jóvenes o adultos de edad media. Son más frecuentes en la cabeza, el cuello, las extremidades y el mediastino posterior, siendo muy poco frecuentes en el retroperitoneo (1-3% de los schwannomas). Los schwannomas constituyen el 0,5 a 2,7% de los tumores retroperitoneales. Debido a que esta zona anatómica es flexible, estos tumores dan clínica cuando alcanzan un tamaño considerable por lo que suelen ser asintomáticos y generalmente únicos. La imagen típica, pero no específica, es de masa heterogénea, hiperecoica y con componente quístico, siendo la TAC el examen más útil para diferenciar los tumores pélvicos. Para el diagnóstico preoperatorio no se recomienda la biopsia ya que sólo es útil si se consiguen suficientes células de Schwann. Además, el pleomorfismo celular, el componente quístico y la gran vascularización muchas veces no permiten el diagnóstico y complicaciones como hemorragia, infección o siembra de la masa. El mejor manejo de los schwannomas es su extirpación completa, aunque se relacione con más complicaciones, ya que suele ser curativo.

Caso clínico: Varón de 47 años sin AP de interés en el que, en el contexto de un estudio por ITU, se evidencia masa en pelvis menor. El paciente no refiere dolor abdominal ni síndrome constitucional. Se realiza TAC, que evidencia masa sólida de densidad heterogénea de 6x5cm relacionada con el paquete vascular iliaco interno. Se realiza colonoscopia sin hallazgos reseñables. Se decide laparoscopia exploradora programada, teniendo que convertir a laparotomía; extirpando la masa pélvica íntimamente adherida a vena iliaca común y vena iliaca interna izquierdas. El paciente tiene una evolución postoperatoria favorable, siendo dado de alta al tercer día. El estudio AP da como resultado: tumoración pélvico-sacra retrorectal compatible con schwannoma benigno. Se realiza TAC de control a los 10 meses, sin hallazgos reseñables.

Discusión: El schwannoma pélvico es un tumor poco frecuente, generalmente asintomático y, por tanto, su diagnóstico suele ser incidental. No existen hallazgos radiológicos específicos y por ello suelen ser detectados de forma incidental. La clínica es por compresión, ocasionando dolor abdominal, distensión abdominal o lumbalgia. Con menos frecuencia, incontinencia urinaria o fecal. Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen quistes epiteliales, abscesos, neurofibrosarcomas, meningiomas sacros, osteoblastomas, teratomas sacrococcígeos o linfomas. Se recomienda la escisión total del tumor con márgenes negativos, ya que se debe considerar la posibilidad de recurrencia en los schwannomas benignos resecados en forma parcial.

CP025. HERNIA CRURAL CON DIVERTÍCULO DE MECKEL.

A Alberca Páramo¹, T Robles Quesada¹, JA Blanco Elena¹, JA Granados García², M Estaire Gómez³, J Plata Rosales¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra. ²Servicio Cirugía General. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra. ³Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real

Introducción: la hernia de Littré se define como la presencia de un divertículo de Meckel dentro de cualquier saco herniario. La estrangulación del mismo en una hernia femoral es una entidad muy infrecuente.

Caso clínico: Mujer de 51 años que acudió a urgencias por tumoración en región inguinal derecha de inicio brusco, dolorosa e irreducible de 4 horas de evolución. Presentó náuseas sin vómitos. A la palpación se objetivó hernia crural derecha dura, indurada, irreducible sin cambios tróficos de la piel. La analítica no mostró alteraciones. Ante los hallazgos de hernia crural incarcerada se decidió realizar tratamiento quirúrgico urgente. Durante la cirugía se objetivó una hernia crural con saco herniario de 3x3 cm en cuyo interior se encontró un segmento de intestino delgado que incluía el divertículo de Meckel estrangulado con coloración violácea, sin objetivar perforación del mismo. Tras reintroducción de dicho segmento en cavidad abdominal se determinó la viabilidad del segmento intestinal y se reintrodujo el paquete intestinal en cavidad abdominal. Se realizó cierre de saco herniario y reintroducción del mismo con colocación de plug de polipropileno según la técnica de Gilbert. La evolución del paciente fue satisfactoria, iniciando tolerancia oral a las 6 horas de la cirugía, con tránsito intestinal positivo. Fue dada de alta a las 48 horas sin complicaciones.

Discusión: la ausencia de involución del conducto onfalomesentérico, que suele acontecer hacia la 5-7ª semana de gestación, ocurre en el 2% de la población y recibe el nombre de divertículo de Meckel. Estos divertículos son verdaderos (presentan todas las capas intestinales) y se localizan en el borde antimesentérico. Suelen estar recubiertos de mucosa ileal, gástrica, colónica o pancreática. Suelen ser asintomáticos. Cuando produce síntomas suele ser por sangrado, obstrucción intestinal o infección que simula un cuadro de apendicitis. La literatura aboga por un cierre del defecto herniario con material protésico, aunque depende de la viabilidad de las asas intestinales y de la posibilidad de infección del sitio quirúrgico. En cuanto a la resección de dicho divertículo no existe un consenso al respecto, pero parece que si causa sintomatología la extirpación en cuña sería el tratamiento definitivo y ante hallazgos incidentales no debería realizarse la resección del mismo. En nuestro caso, dicho divertículo no era la causa de la incarceración, sino que se encontraba englobado en el contenido del saco herniario incarcerado, y al objetivar buena revascularización de las asas intestinales tras reintroducción de cavidad se decidió no realizar resección del mismo.

CP026. HERNIA DE OBTURATRIZ: UN DIAGNÓSTICO POCO FRECUENTE.

C P Nicolás-Martínez¹, B Cantarero-Jiménez¹, IM Muñoz-Núñez¹, M Maes-Carballo², I Plata-Pérez¹, SC Alonso-García²

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

Introducción: La hernia obturatriz es un tipo raro de hernia que afecta al suelo pélvico. Consiste en la salida de contenido intrabdominal a través del foramen obturador en la pelvis. Es muy poco frecuente pero debido a las diferencias anatómicas presenta una mayor prevalencia en mujeres y especialmente en ancianas multiparas con pérdida ponderal reciente. Su diagnóstico precoz es difícil ya que los signos y síntomas no son específicos, por lo que a menudo se realiza en una intervención urgente por obstrucción intestinal. El objetivo de nuestro trabajo es mostrar que este tipo de hernia es una patología poco frecuente que debemos considerar cuando un paciente presenta dolor inguinal inespecífico.

Caso clínico: : Mujer de 88 años, hipertensa y con enfermedad renal crónica que acude a Urgencias por dolor en región inguinal derecha que irradia a pierna y vómito fecaloideo. Exploración: dolor en hipocondrio derecho sin defensa abdominal. Análisis: Leucocitosis (20.680 con 93% de neutrófilos) y PCR 8.5 mg/L. RX Abdomen: Dilatación de intestino delgado. TC: Hernia obturatriz con un asa intestinal en su interior, sin líquido peritoneal y sin engrosamiento intestinal.

Discusión: Se realiza intervención quirúrgica observándose asas intestinales proximales dilatadas y asa ileal incarcerada. Dentro del saco herniario evidenciamos la necrosis del asa del intestino delgado por ser reseca el área afectada y se realiza anastomosis termino-terminal. Se coloca tapón en orificio obturador. El postoperatorio transcurre sin incidencias.

Conclusiones: la hernia obturatriz es una patología rara y su diagnóstico es un desafío. Debe considerarse en el diagnóstico diferencial cuando un paciente se presenta dolor abdominal, dolor inguinal inespecífico y obstrucción intestinal, especialmente en mujeres ancianas. El *gold standard* diagnóstico es la TC. La cirugía es el único tratamiento.

CP027. INFRECUENTE COMPLICACIÓN POSTCOLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA, A TENER EN CUENTA.

MT Robles Quesada, JA Blanco Elena, A Alberca Páramo, J Granados García, J Plata Rosales, P Ruiz Navarro, R del Rosal Palomeque, S Fuente Molina

Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: la colecistectomía laparoscópica es una de las intervenciones más frecuentes realizada en nuestros hospitales. La apertura accidental de la vesícula biliar en esta intervención con salida de cálculos y bilis ocurre en un número no despreciable de pacientes, hasta un 40%. Se presenta el caso clínico de una complicación poco frecuente, un absceso retroperitoneal postcolecistectomía laparoscópica, por perforación accidental de la vesícula.

Caso clínico: paciente de 78, pluripatológico y obesidad mórbida, sometido a colecistectomía laparoscópica por colelitiasis, dificultada por colecistitis crónica, dilatación del estómago y obesidad intraabdominal, produciendo apertura de la vesícula biliar y salida de cálculos, aspirando su inmensa mayoría. Por buena evolución se

da alta al segundo día postoperatorio. El paciente reingresa al cuarto mes con clínica de decaimiento, hipotensión, y alteraciones en EKG. En estudio por medicina interna solicitan entre otras pruebas, un TC de abdomen en el que se observa una colección subhepática de grandes dimensiones extendida por espacio pararenal posterior derecho, hacia músculo psoas, llegando a región inguinal. Se comienza con antibioterapia empírica y drenaje percutáneo de la colección. Tras control por TC de colección, ya resuelta, se retira catéter de drenaje percutáneo. A la semana, acude de nuevo a urgencias, porque, aunque asintomático, el paciente presenta salida de material purulento a través del orificio del catéter percutáneo, y aumento de la colección tras nuevo TC de abdomen. Dada la situación, se decide laparotomía exploradora, con decoración de colon derecho y ángulo hepático, maniobra de Kocher, no observando colecciones, ni otros hallazgos de complicación. Se moviliza el riñón derecho, con abombamiento del mismo, entrando en el retroperitoneo, encontrando gran absceso retroperitoneal que se extiende hacia psoas e ingle. Se drena y lava abundantemente la cavidad del absceso, encontrando cuatro cálculos de aproximadamente 5 mm. Se dejan dos drenajes de aspirado y lavado. El paciente evolucionó bien, retirando dichos drenajes serosos y con TC de control sin evidencia de colecciones.

Discusión: ante el antecedente de una colecistectomía laparoscópica laboriosa, con salida de cálculos a cavidad abdominal, tener presente las posibles complicaciones, como un absceso retroperitoneal que aunque infrecuentes, implican una necesidad de tratamientos tanto invasivos, como no invasivos. Se recomienda reflejar en la hoja operatoria el incidente de apertura de la vesícula. El tratamiento quirúrgico es fundamental, ya que el drenaje percutáneo y la antibioterapia presentan fracasos y/o recidivas.

CP028. MANEJO DE LA HERNIA DE PARED TRAUMÁTICA.

IM Muñoz Núñez, AB Vico Arias, S Alonso García, M Maes Carballo, I Plata Pérez, M Martín Díaz

Servicio Cirugía General. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril

Introducción: La intususcepción en adultos representa una causa rara de obstrucción, normalmente relacionada con procesos malignos. El objetivo de este póster es exponer dos casos de intususcepción intestinal en adultos producidos por lesiones benignas.

Caso clínico: presentamos dos pacientes, un hombre de 74 años con antecedentes personales de gastrectomía subtotal y reconstrucción en Y de Roux en 2014. El otro paciente de 65 años, sin antecedentes de interés. Ambos presentan dolor abdominal, vómitos, hematoquecia y signos de peritonitis. En los dos casos el TC abdominal informaba de dilatación con aumento del grosor de asas intestinales en pelvis. En el primer caso, se evidenció una intususcepción en yeyuno distal, causada por un bezoar. Fue necesaria la realización de una resección intestinal con anastomosis por isquemia intestinal de dicho segmento. En el segundo caso, se observó una intususcepción ileoileal causada por un tumor endoluminal de 2cm de diámetro, que posteriormente fue informado como pólipo fibroide inflamatorio.

Discusión: La intususcepción se podría describir como la introducción de un segmento de intestino en el interior de otro y es común en niños de entre 3 meses y 3 años. En adultos, representa el 1% de todas las obstrucciones intestinales y el 5% de todas las intususcepciones.

La principal causa de esta enfermedad es diferente en adultos y en niños. En adultos, una lesión en la pared intestinal puede producir una alteración en la peristalsis. Sobre el 60% de todas esas lesiones, son malignas. Sin embargo, sólo una publicación menciona un bezoar como causa de intususcepción. Las manifestaciones clínicas son variadas y no específicas, por lo que un alto índice de sospecha es necesario para llegar al diagnóstico. En adultos, el dolor abdominal intermitente es la presentación más común. Otros síntomas son vómitos, hematoquecia, fiebre o pérdida de peso. A menudo es el TC abdominal el que lleva al diagnóstico, donde la intususcepción aparecerá como una forma similar a una salchicha. En adultos, se recomienda el tratamiento quirúrgico, debido a la alta probabilidad de lesiones orgánicas, especialmente por encima de los 60 años.

CP029. LINFANGIOMA QUÍSTICO RETROPERITONEAL: ABORDAJE LAPAROSCOPICO.

JA Becerra Toro¹, R Pérez Quintero¹, Á Rodríguez Padilla², R Balongo García¹, A de la Rosa²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Elena, Huelva

Introducción: Los tumores retroperitoneales primarios son entidades infrecuentes, predominantemente malignos, cuya incidencia oscila entre 0,07-0,2 %. Dentro de los tumores benignos se encuentra el linfangioma quístico, de origen mesenquimal linfático, con escasa incidencia, menor si es retroperitoneal, siendo 0,05%. Son más frecuentes en la infancia y varones, cursando de forma asintomática habitualmente. Las pruebas de imágenes fundamentales son la RM y la TAC, siendo la ecografía útil en su abordaje inicial. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico. El tratamiento de elección es quirúrgico, aunque el uso de tratamientos mínimamente invasivos está cobrando importancia, demostrando ser una alternativa útil. El riesgo de recurrencia es proporcional a la infiltración de los tejidos peritumorales.

Caso clínico: Mujer de 52 años apendicectomizada que acude a urgencias por dolor abdominal intermitente, distensión y estreñimiento, así como pérdida de peso progresiva en los últimos meses. Refiere dolor abdominal sin peritonismo, distensión sin timpanismo y masa palpable a nivel de mesogastrio. No se objetiva alteración analítica, pero la ecografía evidencia una lesión anecoica tabicada de 10cm y en la TAC y RM una masa centroabdominal retroperitoneal quística desplazando estómago, asas intestinales y riñón izquierdo compatible con linfangioma, sin poder descartar otros diagnósticos. Se indicó cirugía laparoscópica, hallando un tumor quístico retroperitoneal en íntimo contacto con cuerpo pancreático, desplazando las estructuras mencionadas. Se realizó una succión del contenido del quiste cuyo líquido era lechoso de aspecto linfoide, para facilitar la resección completa que cursó sin incidencias, dándole el alta a los 5 días. El examen histológico informa de linfangioma quístico sin presencia de células neoplásicas, con inmunohistoquímica positiva para D2-40 y CD34, que avala el diagnóstico. Sin recidiva durante el seguimiento mediante TAC y encontrándose asintomática.

Discusión: según los últimos trabajos publicados, la opción quirúrgica debe reservarse para tumores compresivos, sintomáticos o gran volumen, posponiéndola siempre que se pueda, siendo los

tratamientos mínimamente invasivos y seguimiento lo indicado. La sospecha clínica y las pruebas de imagen son fundamentales para el diagnóstico y adecuado manejo. Debido a su gran tamaño, el manejo intraoperatorio del mismo puede resultar dificultoso, es por eso que algunos artículos abogan por succión intraoperatoria del contenido del quiste para facilitar su resección completa. Gracias a la expansión de la laparoscopia, el paciente con esta patología puede beneficiarse de sus ventajas. La inmunohistoquímica ayuda en la identificación histológica de la estirpe. La positividad para CD34 es característica de celularidad endotelial, facilitando el diagnóstico diferencial respecto a otras entidades quísticas retroperitoneales.

CP030. LIPODISTROFIA INFRAUMBILICAL VS HERNIA INFRAUMBILICAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A TENER EN CUENTA EN URGENCIAS.

C Peña Barturen, S Roldán Ortiz, M Fornell Ariza, S Cerrato Delgado, J Varela Recio, JM Pacheco García

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

Introducción: se presenta el caso de una lipodistrofia infraumbilical como posible, aunque raro, diagnóstico diferencial de una hernia infraumbilical. Así como las hernias encarceradas son una patología muy común en urgencias, la lipodistrofia presente en unos pocos pacientes diabéticos con mal control de su patología nos puede conducir a un diagnóstico erróneo y enmascarar otra patología subyacente como en el caso de nuestro paciente.

Caso clínico: Se trata de un varón de 62 años, diabético tipo I, insulinodependiente, aunque con mal control de su patología. Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de un par de días de evolución, junto con fiebre, náuseas y vómitos. Estreñimiento habitual. No otra sintomatología asociada. A la exploración destaca una tumoración infraumbilical, posiblemente una hernia encarcerada que no se logra reducir. El paciente refiere que esa tumoración es irreductible desde hace tiempo. Así mismo, presenta molestias a la palpación de forma difusa. Signos de defensa en hemiabdomen derecho. Analítica, destaca leucocitosis de 18000, PCR 200 mg/L. Cr 2 mg/dl. Ante la sospecha de hernia infraumbilical estrangulada, se solicita eco de abdomen donde se muestra como hallazgo una apendicitis perforada con líquido libre en los 4 cuadrantes. La tumoración es tejido subcutáneo correspondiente a posible lipodistrofia cutánea debido a tratamiento insulínico repetido en dicha localización. Ante estos hallazgos, se decide intervención quirúrgica urgente, se realiza apendicectomía reglada y lavado de cavidad. Se comprueba que la tumoración se trata realmente de una lipodistrofia cutánea.

Discusión: la lipodistrofia es una condición patológica causada por acúmulo de grasa causando una lipohipertrófia, necrosis e induración del tejido celular subcutáneo. Puede ser tanto de origen genético como adquirido, y dentro de ellos por dos tipos de fármacos principalmente como son los antirretrovirales y la insulina cuando ésta se aplica siempre en la misma zona y de manera errónea. En un reciente estudio sobre las lipodistrofias insulínicas, se ha visto una prevalencia de un 37% y casi siempre asociadas con un mal control metabólico de su patología de base (DM). Se da más frecuentemente en mujeres y con IMC alto. Este caso nos ha parecido interesante para resaltar la importancia de un buen diagnóstico diferencial dentro de las hernias y dado que las lipodistrofias por insulina son una causa

rara hoy día pero que según el tipo de paciente es importante tenerlas en cuenta a la hora de hacer un buen diagnóstico.

CP031. MASTITIS GRANULOMATOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

EA Buendía Peña, FJ Fernández García, V Scholz Gutiérrez, S Martín Cortes, S Mansilla Díaz, MS Álvarez Escribano, A Ortega Martínez, R de Luna Díaz

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

Introducción: la mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad inflamatoria benigna crónica de la mama que puede simular un cáncer. Más común en mujeres jóvenes fértiles, aunque puede ocurrir en mujeres nulíparas y en hombres. La etiología de la MGI es desconocida, pero se plantean hipótesis en los últimos años en relación con elementos de autoinmunidad, hormonal o infecciosos. Habitualmente se presenta como una masa palpable dolorosa mamaria unilateral. La piel suele ser normal, pero puede presentar signos de inflamación. El diagnóstico se realiza mediante anatomía patológica, al evidenciar una lesión granulomatosa central en el lóbulo mamario. El objetivo de esta revisión de la literatura es verificar el desarrollo de nuevas técnicas de diagnóstico avanzadas y un enfoque multidisciplinario para esta afección.

Caso clínico: paciente mujer de 41 años de origen finlandesa sin antecedentes personales de interés, que consulta por mastalgia derecha y tumoración retroareolar de unas 3 semanas de evolución. Sin relación con ciclo menstrual. Sin fiebre ni otra sintomatología asociada. La paciente está casada y tiene 2 hijos de 9 y 4 años. Exploración: se aprecian signos inflamatorios cutáneos con tumoración retroareolar no fluctuante en UCInt de mama derecha. No secreción. Se solicita Mamografía, ecografía y biopsia cutánea. En pruebas de imagen, se aprecia marcado engrosamiento de partes blandas y cutáneo, sin objetivar nódulo. En resultado histológico, infiltrado linfocitario con presencia de granulomas no caseificantes. Se procede tratamiento



Figura 1 Imagen en primera consulta.



Figura 2
Imagen a los 7 días tras tratamiento corticoideo y antibiótico.



Figura 3
Imagen en primera consulta.

con corticoterapia Prednisona pauta descendente durante 10 días, junto con tratamiento antibiótico con Metronidazol y Ciprofloxacino. Se realizaba curas por complicación de punch cutáneo.

Discusión: la MGI es una entidad rara cuya patogénesis es desconocida. El examen histológico fue el método clave en el diagnóstico. No existe consensuadamente un tratamiento estándar. El manejo observacional, la intervención quirúrgica y el tratamiento con medicamentos son el método de terapia general.

CP032. MENINGITIS BACTERIANA AGUDA COMO COMPLICACIÓN DE HERNIOPLASTIA INGUINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

MP Gutiérrez Delgado¹, M Pérez Reyes², C Rodríguez Silva², JD Turiño Luque², AJ Cabello Burgos², A Cruz Muñoz², J Rivas Becerra², J Santoyo Santoyo²

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

Introducción: la anestesia por vía espinal (AE) tiene un amplio campo de aplicación en la medicina moderna, especialmente en intervenciones obstétricas, ginecológicas, de extremidades inferiores y en patología herniaria. Sin embargo, esta técnica no está exenta de complicaciones como: cefaleas postpunción, lesiones traumáticas, hematomas e infecciones tanto superficiales como profundas (absceso epidural, paraespinal, meningitis bacteriana aguda-MBA-).

Caso clínico: 51 años que ingresa de forma programada para intervención quirúrgica de hernioplastia inguinal izquierda. La técnica anestésica inicial fue espinal, no siendo efectiva por lo que se precisa sedación con mascarilla laríngea, completándose la intervención sin incidencias. Inicio de cuadro febril a las 24 horas de la intervención, acudiendo a urgencias a las 48 horas por cefalea y fiebre siendo dado de alta con antibioterapia domiciliaria. Ante la no mejoría del cuadro, reingresa por urgencias 12 horas después, con nueva aparición de bradipsiquia, fotofobia y sensación de rigidez nuchal. A la exploración ausencia de signos meníngeos, pero con hiperreflexia generalizada. Valorado por Neurología se realiza punción de LCR, obteniendo 563 leucocitos/ μ L (PMN 72%), glucosa: 44 mg/dL (glucosa en sangre 116 mg/dL), proteínas 90,3 mg/dL; confirmando la existencia de una MBA. Se inicia tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro. El resultado del cultivo informa: "Desarrollo escaso de *Enterococcus faecalis*". Tras buena respuesta al tratamiento antibiótico (ampicilina) fue alta a los 12 días del ingreso

Discusión: La meningitis aguda bacteriana es la complicación más grave de la raquianestesia, siendo su incidencia según las últimas publicaciones de 3,7-7,2 casos/100.000 habitantes. El espectro etiológico de meningitis asociadas a AE es amplio: *Streptococcus* del grupo viridans, *Staphylococcus* spp, *Pseudomonas* spp, *Enterococcus faecalis*, etc. Los mecanismos propuestos como origen de la infección meníngea son múltiples: ausencia o incorrecta asepsia del personal sanitario, contaminación del equipo de punción, migración de gérmenes desde la piel sobre la aguja, hemorragia microscópica coincidiendo con episodio de bacteriemia sintomática, incluso por aerosolización de secreciones orofaríngeas. En conclusión, aunque la meningitis es una complicación excepcional de la AE, dada su gravedad hay que tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de cefalea y síndrome febril de pacientes que hayan recibido anestesia raquídea.

CP033. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ENDOMETRIOSIS ILEAL, CAUSA INFRECIENTE DE ABDOMEN AGUDO.

MA Mayo Ossorio, S Cerrato Delgado, JM Pacheco García, A Fierro Aguilar, C Peña Barturen, J Varela Recio

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

Introducción: La endometriosis es una entidad común entre las mujeres fértiles que, se manifiesta a través de sintomatología variable. La obstrucción intestinal es rara, y el diagnóstico preoperatorio es difícil. Presentamos el caso de una paciente de 41 años con cuadro de obstrucción intestinal delgado por endometriosis.

Caso clínico: Paciente de 41 años con antecedentes de epilepsia y apendicetomía. En estudio por digestivo por estreñimiento y hematoquecia. Se realiza 2 colonoscopias en que se evidencia abobamiento de la mucosa a 12 cm de margen se realiza biopsia que es normal, con AP de mucosa normal. Se comenta el caso en comité de tumores digestivos y se decide realización de PET-TAC ante la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, con resultado de lesión normometabólica en pared lateral de recto sin captación patológica. La paciente acude a urgencias con cuadro de obstrucción intestinal de intestino delgado acompañado de vómitos y febrícula, así como elevación de reactantes de fase aguda y ante el empeoramiento de la paciente se decide tratamiento quirúrgico urgente.

Resultado: Realizamos laparotomía exploradora, identificando importante dilatación de intestino delgado por obstrucción a nivel leo cecal fibrosa sugestiva de ileitis terminal sin otros hallazgos, por lo que se decide realizar resección ileocal. El postoperatorio cursa sin incidencias siendo dada de alta al 4º día postoperatorio. El resultado anatomopatológico de la pieza es de endometriosis intestino delgado con márgenes quirúrgicos sin alteraciones histológicas

Discusión: La afectación intestinal en la endometriosis es bastante común y puede simular varias enfermedades como la enfermedad de Crohn, la apendicitis, el absceso tuboovárico o los tumores malignos. Las obstrucciones intestinales debidas a la endometriosis son poco frecuentes y ocurren en menos del 1% y cuando ocurre la cirugía urgente es el tratamiento de elección. Sin embargo, en el caso de pacientes sin antecedentes de endometriosis, los procedimientos de diagnóstico diferencial pueden cubrir un amplio espectro, y hacer el diagnóstico clínico y radiológico correcto en un entorno de emergencia puede ser un desafío y el diagnóstico solo se realiza después del análisis quirúrgico e histopatológico, como ocurrió en el caso de nuestra paciente. Este caso demuestra que, a pesar de su rareza, debe tenerse presente que la endometriosis puede presentarse como una obstrucción intestinal completa en mujeres en edad fértil con dolor abdominal agudo.

CP034. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR UNA HERNIA DE RITCHER.

R Forneiro Pérez, I Capitán del Río, MJ Cabrerizo Fernández, J García Rubio, B Mirón Pozo

Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: la hernia de Richter consiste en un tipo especial de hernia en la que se produce pinzamiento del borde antimesentérico de un asa de intestino delgado. El segmento de intestino delgado más afectado es el íleon terminal.

Caso clínico: mujer de 71 años con antecedentes de cirrosis hepática secundaria a colangitis biliar primaria y ligadura de varices esofágicas. Es trasladada a urgencias tras ser hallada inconsciente rodeada de vómitos oscuros. En la exploración abdominal se aprecian dos tumoraciones dolorosas a nivel supraumbilical y umbilical sin cambios tróficos cutáneos. Se realiza TC abdominopélvica que informa de obstrucción intestinal secundaria a hernia umbilical de 2,2x4,6x6,6 cm y colección líquida en espesor del tejido celular subcutáneo proximal a la hernia. Se decide intervención quirúrgica urgente realizando una laparotomía media suprainfraumbilical. Se evidencia hernia

umbilical de Richter que contiene asa de íleon proximal con anillo de constricción inviable. Se realiza resección del segmento afecto, confección de anastomosis término-terminal manual y disección de saco herniario supraumbilical con orificio mínimo que contiene líquido ascítico. Se reparan ambos defectos con malla de Ventralex en posición supraaoneurótica. Al 10º DPO la paciente fallece por causas médicas secundarias a descompensación cirrótica. Durante el postoperatorio se produjo infección y necrosis de la herida torácica, inicialmente superficial tratada mediante desbridamiento y terapia de presión negativa, y eventualmente con afectación de plano muscular, por lo que tras mejorar las condiciones locales requirió colgajo de dorsal ancho realizado un mes tras el traumatismo para el cierre definitivo de la pared. Actualmente el paciente se encuentra recuperado y sin secuelas.

Discusión: la patogenia de esta hernia consiste en un orificio herniario cuyo tamaño permite únicamente ser atravesado por la pared del asa intestinal. Representa el 1% de las hernias de pared abdominal, pero el 14% de las hernias estranguladas debido a la peor vascularización del borde antimesentérico intestinal y a la gran presión de la pared en el orificio herniario. Su incidencia aumenta en mayores de 60 años y con el desarrollo de la cirugía laparoscópica. Las localizaciones más frecuentes son femoral, inguinal y en la zona de inserción del trócar umbilical. Suele presentarse como tumoración dolorosa, pudiendo ser asintomática. Dada la afectación parcial del asa, los síntomas de obstrucción intestinal son menos frecuentes que en el resto de hernias. Como complicaciones existen perforaciones del asa estrangulada al saco herniario (produciendo abscesos y fistulas enterocutáneas) y a la cavidad peritoneal (causando una peritonitis aguda). El diagnóstico es clínico. Las pruebas de imagen útiles son ECO y TC. El tratamiento es quirúrgico reparando el defecto herniario mediante herniorrafia o hernioplastia tras comprobar exhaustivamente la viabilidad del asa implicada. En el 50% de los casos es preciso una resección intestinal. Su diagnóstico tardío favorece la aparición de complicaciones alcanzando cifras de mortalidad postoperatoria del 17-24%. Por tanto, es importante conocer esta patología y detectarla precozmente.

CP035. PANCREATITIS XANTOGRANULOMATOSA, LESIÓN SIMULADORA DE NEOPLASIA PANCREÁTICA.

S Ercoreca Tejada, N Zambudio Carroll, I Palomo López, C Ferrer Castro, E Brea Gómez, T Villegas Herrera, A Becerra Massare, J Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: la presencia de tumoraciones en páncreas precisa un correcto diagnóstico diferencial ya que pueden tener naturaleza benigna o maligna. Entre las benignas destacamos los tumores quísticos que en el 90% son de tipo seroso, mucinoso, neoplasia intraductal papilar mucinosa (NIPM) y sólido pseudopapilar. El 10% restante lo constituyen otras que, aunque menos frecuentes, es fundamental su conocimiento para una correcta estrategia terapéutica.

Caso clínico: paciente mujer, 59 años, antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, pancreatitis aguda biliar y/o enólica y hepatitis crónica que acude a consulta derivada por cuadro constitucional, intolerancia oral moderada sin ictericia franca. Aporta una analítica con una bilirrubinemia total elevada a expensas de directa en 1,8 mg/dL, elevación de enzimas de colestasis y algo menor

de citólisis. Se realiza TC abdominal que informa como hígado normal, dilatación de vía biliar intra y extrahepática con colédoco de 16 mm, imagen quística en cabeza pancreática de 39x36mm, dilatación de Wirsung de 7 mm comunicado con la lesión, no adenopatías. También aporta RMN abdominal y colangiografía que concluyen como masa moderadamente diferenciada de 37x28x32 mm en el margen más lateral de la cabeza pancreática con captación periférica, cambios quísticos necróticos ejerciendo impronta sobre colédoco provocando dilatación proximal del mismo, de la vía biliar intrahepática y del conducto pancreático principal. Ante la sospecha de NIPM y tras presentaba en el Comité de Tumores, se decidió intervención quirúrgica realizándose duodenopancreatectomía cefálica vía abierta. La anatomía patológica fue compatible con pancreatitis xantogranulomatosa con ausencia de infiltración neoplásica y linfadenitis reactiva en las adenopatías enviadas. En el seguimiento, la paciente ha tenido una evolución favorable.

Discusión: la pancreatitis xantogranulomatosa es una entidad poco común. Se caracteriza por el depósito de histiocitos cargados de lípidos y otras células inflamatorias que destruyen el parénquima del tejido siendo más común en otras localizaciones como piel, hueso, genitales, ganglios, etc. Ocurre con más frecuencia en varones con edad media de entre 50-60 años. Los síntomas pueden ser muy inespecíficos: dolor abdominal, pérdida de peso, ictericia que va a depender de la localización de la lesión. Es común la sospecha preoperatoria de malignidad ya que se presenta como masa tumoral sólida. La exéresis quirúrgica suele ser el tratamiento de elección, aunque la biopsia con aguja gruesa preoperatoria podría ser útil para conocer la naturaleza de la lesión. Actualmente existen pocos casos descritos en la literatura y, aunque es infrecuente, es necesario incluirla en el diagnóstico diferencial tanto por radiólogos, cirujanos como patólogos.

CP036. PERFORACIÓN DE SIGMA DURANTE UNA COLONOSCOPIA VIRTUAL, UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE A TENER EN CUENTA.

C Peña Barturen, T Gómez, S Roldán Ortiz, C Bazán Hinojo, S Cerrato Delgado, A Fierro, JM Pacheco García

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

Introducción: el cáncer colorrectal es la tercera causa de neoplasia maligna más frecuente y supone la segunda causa de mortalidad relacionada con el cáncer. Es por ello que contamos con métodos de screening y diagnóstico precoces que nos permitan detectar tempranamente su presencia. La colonoscopia es el Gold Estándar para el diagnóstico de cáncer colorrectal. Sin embargo, la colonoscopia virtual está ganando peso como método de diagnóstico del CCR ya que es un método seguro y viable para pacientes asintomáticos o en los que no se ha podido determinar existencia de CCR mediante colonoscopia. Esta técnica tiene escasas complicaciones, aunque no está exenta de ellas, siendo la principal, la perforación colónica, de la que hay pocos casos recogidos en la literatura. Por ello, presentamos un caso de perforación colónica tras colonoscopia virtual.

Caso clínico: se presenta el caso de un varón de 71 años, obeso, con leve deficiencia mental e HTA en tratamiento, también presenta hernia inguinal izquierda gigante de tiempo de evolución, irreductible. Se encuentra en estudio por Digestivo por rectorragia ocasional desde

hace un par de meses, sin síndrome constitucional. Tras dos intentos fallidos de colonoscopia óptica por redundancia de sigma, se indica la realización de una colonoscopia virtual. En la hernia inguinal. Durante el procedimiento se visualiza presencia de neumoperitoneo en TAC abdominal por lo que nos avisan de urgencia para valoración. A la exploración presenta dolor abdominal difuso, con abdomen distendido, globuloso, depresible, doloroso a la palpación profunda de forma difusa, sin peritonismo. Hernia inguinoescrotal izquierda gigante molesta a la palpación, irreductible, aunque no impresiona de incarceration. En la analítica destaca una PCR 7,9 mg/L, sin leucocitosis (5000), Hemoglobina 12 gr/dl y coagulación sin alteraciones. Los hallazgos durante la colonoscopia virtual revelan la presencia de neumoperitoneo y retroneumoperitoneo por probable perforación de sigma previa a voluminosa hernia inguinal izquierda. No otros hallazgos. Ante los hallazgos descritos, se decide intervención quirúrgica urgente realizando laparoscopia exploradora. En ella se visualiza el sigma contenido en la hernia con deserosamiento del mismo y sospecha de perforación subyacente. Se realiza entonces reducción del sigma contenido en hernia y sutura de deserosamiento de la pared colónica. También se realiza hernioplastia inguino-escrotal izquierda.

Discusión: la colonoscopia continúa siendo el gold estándar para el diagnóstico de CCR, sin embargo, en casos en los que ésta no ha sido completa y existe alta sospecha o en pacientes con alto riesgo para realizarse colonoscopia, la colonoscopia virtual es una buena alternativa.

CP037. PERFORACIÓN ESOFÁGICA CERVICAL POR INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO

S Mac Mathuna, G Salguero Seguí, S Martín Arroyo, E Gutiérrez Cafranga, C Méndez García, F García Molina, JD Franco Osorio

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

Introducción: La ingesta voluntaria o involuntaria de cuerpos extraños es una circunstancia relativamente frecuente, en especial en casos de niños y adultos ancianos, con retraso mental, patología psiquiátrica o hábito alcohólico. La mayoría de las consultas en unidad de urgencias tras de cuerpos extraños en adultos está causada por impactación de bolos de carne o huesos, con una incidencia anual de 13/100.000. Debido a la posibilidad de complicaciones graves, como perforación, necrosis, mediastinitis y fistulización, un diagnóstico acertado y un posterior tratamiento sin demora son factores clave en el manejo de estos pacientes. En cuanto al tratamiento, aunque la mayoría de casos solo requieren manejo conservador, el 20% precisan procedimientos endoscópicos y en menos del 1% está indicada la cirugía para la retirada del cuerpo extraño o para tratar la perforación. La localización y el tamaño de la perforación influye en la elección del tratamiento, estando la cirugía indicada cuando la perforación es grande o el paciente no mejora con tratamiento conservador o endoscópico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente que acudió a urgencias con clínica de disfagia intensa, escalofríos, disnea, rigidez e inflamación cervical de 48h de evolución tras la ingesta de un trozo de pollo. Las pruebas diagnósticas de imagen (TAC cervicotorácico) confirmaron la presencia de cuerpo extraño radiopaco de unos 5cms impactado en el esófago cervical distal con una perforación de su

pared de 4 mm y hallazgos compatibles con mediastinitis. Se realizó extracción del hueso por endoscopia y posterior inmediata reparación quirúrgica del defecto en la pared esofágica mediante cervicotomía izquierda. La paciente mantuvo una evolución post operatoria satisfactoria, siendo alta hospitalaria a los 16 días postoperatorios. Los controles endoscópicos y de imagen evolutivos han sido satisfactorios.

Discusión: Aunque raramente es necesario, el manejo quirúrgico de cuerpos extraños esofágicos puede ser inevitable en algunos casos. Es de importancia fundamental que los médicos identifiquen estos casos y los manejen como corresponde, ya que intervenciones urgentes como la presentada pueden ser necesarias para evitar complicaciones catastróficas en estos pacientes.

CP038. PLASTRÓN APENDICULAR COMO CAUSA DE URETEROHIDRONEFROSIS

M Pérez Reyes, L Romacho López, P Galeano Fernández, I Mirón Fernández, JM Aranda Narváez, I Cabrera Serna, A Títos García, AJ González Sánchez, J Sánchez Segura, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: El plastrón apendicular es una forma de presentación poco frecuente de la apendicitis. El riesgo de presentar apendicitis a lo largo de la vida en hombres es del 8,6% y del 6,7% en las mujeres.

Caso clínico: Paciente de 35 años sin antecedentes de interés acude a urgencias por dolor en hipogastrio, fosa iliaca derecha (FID) de 14 días de evolución, con aumento del dolor con la defecación y la micción. En la exploración física presentaba dolor en FID con sensación de plastrón a dicho nivel. En la analítica presentaba reactantes de fase aguda elevados y en el TAC abdominal se observó dilatación pielocalicial grado I/IV derecha secundaria a plastrón apendicular con colección de 7x4x4,5cm en FID que englobaba la porción distal del apéndice, con calibre de 10mm en su porción proximal, e incluía al ileon proximal, asociando trabeculación de la grasa regional que provocaba hidronefrosis retrógrada. Se decidió tratamiento conservador con antibioterapia, evolucionando de forma favorable. Se realizó TAC abdominal de control, presentando mejoría radiológica con disminución del plastrón inflamatorio y resolución de la dilatación del sistema excretor secundaria al proceso.

Discusión: El plastrón apendicular consiste en una masa inflamatoria debida a la perforación apendicular, en la que pueden participar tanto asas de intestino delgado como epiplón, así como otros órganos. Las últimas guías de la WSES señalan el tratamiento médico como el de elección. El manejo conservador de inicio conlleva una menor morbilidad y no presenta diferencias en cuanto a estancia media y duración de antibioterapia. La tasa de éxito estimada es del 80% en niños y 90% en adultos. La tasa de recurrencia estimada es del 5 al 20% según las series, la mayoría de ellas antes de los dos años tras el primer episodio. La revisión de la literatura nos muestra que el debut de un cuadro apendicular en forma de ureterohidronefrosis bilateral es un hecho que aparece en muy escasas ocasiones. Después de un manejo no quirúrgico de inicio, en pacientes mayores de 40 años

hay que descartar mediante colonoscopia la presencia de un tumor apendicular o colónico. La apendicectomía de intervalo está justificada en casos de persistencia o recurrencia de los síntomas tanto en niños como adultos o si existe apendicolito, si bien hay autores que siguen defendiendo las apendicectomías de intervalo sistemáticas en base a la potencial recurrencia y malignidad de las masas apendiculares.

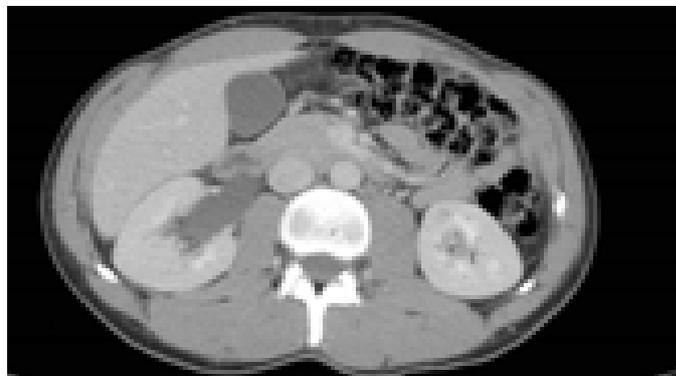


Figura 1 Hidronefrosis.

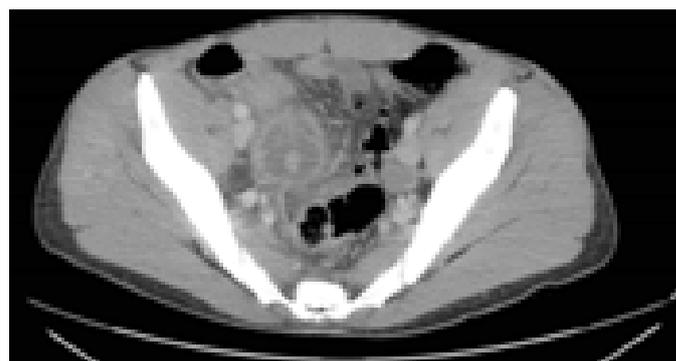


Figura 2 Plastrón apendicular.



Figura 3 Resolución hidronefrosis.

CP039. PSEUDOMIXOMA PERITONEAL SECUNDARIO A ADENOCARCINOMA MUCINOSO APENDICULAR COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN CIRUGÍA DE HERNIA INGUINAL.

MÁ Moya Ramírez¹, R Conde Muíño¹, I Segura Jiménez¹, JL Diez Vigil², A García Jiménez², T Torres Alcalá¹, JM Villar del Moral¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada. ²Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: el pseudomixoma peritoneal es una entidad patológica rara que se caracteriza por la invasión de la cavidad peritoneal por contenido mucinoso proveniente principalmente de tumores mucinosos apendiculares rotos u ováricos. Según a la clasificación de Ronnet et, al el pseudomixoma puede presentarse como de bajo grado (adenomucinososis peritoneal) y de alto grado (carcinomatosis peritoneal difusa).

Caso clínico: paciente varón de 70 años sin antecedentes personales de interés ni hábitos tóxicos que es programado para hernioplastia inguinal. Durante la apertura del saco herniario se evidencia salida de material gelatinoso, por lo que se remite el saco para estudio anatomopatológico. La anatomía patológica informó de saco herniario con presencia de abundante lagos de mucina extracelular compatible con pseudomixoma peritoneal. Ante estos datos se realiza TC que habla de distensión de cavidad peritoneal por material hipodenso sin realce con contraste iv así como de apéndice cecal distendida por material hipodenso con solución de continuidad en su pared, concluye como pseudomixoma peritoneal en relación con tumor mucinoso apendicular. Con este diagnóstico se decide realizar cirugía citorreductora junto con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica con oxaliplatino.

Discusión: las neoplasias de apéndice constituyen un 0,4-1% del total de neoplasias malignas gastrointestinales. Dentro de ellas, el 8% son tumores mucinosos apendiculares. Aunque es un tema controvertido, según la clasificación de Pac y Longrace se pueden diferenciar cuatro entidades: cistoadenoma mucinoso, neoplasia mucinosa de potencial incierto maligno, neoplasia mucinosa de bajo potencial maligno y adenocarcinoma mucinoso. Los tumores mucinosos no son manifestamente malignos, pero en algunos casos existe ascitis mucinosa (pseudomixoma peritoneal) confiriendo un peor pronóstico (tasa de supervivencia del 75% a 5 años en pacientes con adenomucinososis y de un 14% para la carcinomatosis mucinosa peritoneal). El pseudomixoma afecta con mayor frecuencia a pacientes de 40-50 años y con igual incidencia en ambos sexos. Clínicamente los pacientes suelen estar asintomáticos hasta la fase tardía de la enfermedad. Se suelen presentar de una forma inespecífica. La presentación como una hernia de novo no es infrecuente. La prueba de imagen de elección es la TC, siendo el tratamiento de elección la citorreducción junto quimioterapia intraperitoneal hipertérmica.

CP040. QUISTE URACO. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON APENDICITIS AGUDA.

A García Jiménez, M Moya Ramírez, C Plata Illescas, I Palomo, MC Montes, MA Herrero Torres, JL Diez

Sección Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: el uraco es un cordón fibroso obliterado, que transcurre desde la cúpula vesical hasta el ombligo, situado en el espacio de Retzius. Como consecuencia del fallo en el proceso de obliteración de la luz uracal se producen los diferentes tipos de anomalías del uraco: uraco permeable congénito, fistula uracal, divertículo uraco-vesical, quiste de uraco y sinus alternante. Suelen cursar de forma asintomática. Los tumores malignos del uraco son muy poco frecuentes y debe plantearse el diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de cúpula vesical.

Caso clínico: Varón de 22 años que acude a urgencias por dolor abdominal localizado en FID de 24-48 horas de evolución asociado a fiebre, con elevación de RFA. Ante la sospecha de apendicitis aguda se solicita Ecografía abdominal que confirma el diagnóstico. Siendo intervenido de urgencias, a través de un McBurney apreciando signos de apendicitis aguda y con el hallazgo casual de una colección encapsulada de líquido, la cual tras analizarla informa de quiste de uraco con signos de inflamación aguda. Presentó un post-operatorio favorable.

Discusión: es difícil concretar las cifras exactas de incidencia y prevalencia de la afección uracal ya que en la mayoría de las ocasiones son asintomáticos, sin embargo en ocasiones pueden sobreinfectarse y ocasionar una clínica semejante la apendicitis aguda/salpingitis. En este caso tras analizar el apéndice y el quiste uracal, en ambos existían signos de inflamación sin poder concretar cuál era la causa real que había propiciado la clínica del paciente.

CP041. SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER: UN DIAGNÓSTICO RARO DE THROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN MIEMBRO SUPERIOR.

P Nicolas Martínez, M Maes Carballo, I Plata Pérez, B Cantarero Jiménez, IM Muñoz Núñez, SF Calzado Baeza

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

Introducción: la trombosis venosa profunda de la extremidad superior (UEDVT) representa entre el 1% y el 4% del total de trombosis venosas profundas (TVP). Su etiología primaria parece deberse a anomalías anatómicas. Prevalencia mayor en hombres jóvenes. La presentación habitual es dolor agudo edema y cordón venoso palpable que corresponde a las venas colaterales subcutáneas dilatadas. El dímero-D tiene un alto valor predictivo positivo pero el diagnóstico debe ser confirmado por eco-doppler.

Caso clínico: hombre de 63 años, diabético y dislipidémico que consulta por dolor y edematización progresiva de la extremidad superior izquierda de 24 horas de evolución. Refiere antecedente previo de ejercicio vigoroso de la extremidad. Exploración: Eupneico. Extremidad superior izquierda inflamada y cordón venoso. Análisis sanguíneo: Dímero D alto (1,19 ng / dl). RX tórax: sin alteraciones. Eco-doppler: material ecogénico intraluminal en la vena axilar. Sin flujo ni colapso. TC reveló un calibre aumentado de la vena axilar izquierda. El paciente fue diagnosticado de síndrome de Paget-Schroetter e ingresado para tratamiento anticoagulante y vendaje compresivo en la extremidad.

Tras 4 días de hospitalización, el paciente fue dado de alta.

Discusión:

- UEDVT es una patología rara (1-4%).
- La prevalencia aumenta con el uso de catéteres venosos centrales.
- Las formas secundarias de UEDVT son más comunes que las primarias.
- La forma primaria es el síndrome de Paget-Schroetter. Ocurre especialmente en hombres jóvenes sanos que refieren ejercicio vigoroso de brazo antes del evento.
- Se ha demostrado que hay anomalías anatómicas vasculares relacionadas que atañen a la vena torácica
- La prueba de trombofilia suele ser positiva con mayor frecuencia en pacientes con trombosis de la región inferior que en UEDVT.
- El doppler color es el gold standard diagnóstico. La falta de compresibilidad de la vena en la ecografía es el criterio principal para el diagnóstico de trombosis venosa.

suplementos orales. Fue dada de alta con nutrición enteral por sonda y vía oral.



Figura 1

ANGIOTC.

CP042. SÍNDROME DE WILKIE COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL

M Pérez Reyes, L Romacho López, P Galeano Fernández, I Mirón Fernández, I Cabrera Serna, JM Aranda Narváez, A Títos García AJ González Sánchez, MP Gutiérrez Delgado, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: el síndrome de Wilkie o síndrome aortomesentérico se produce por la compresión de la tercera porción del duodeno secundaria a un estrechamiento del espacio entre la arteria mesentérica superior (AMS) y aorta.

Caso clínico: Paciente de 25 años ingresa en digestivo ante cuadro de vómitos postprandiales y dolor abdominal de un año de evolución junto a pérdida de peso de 7 kg en un mes. Hace 2 años pérdida voluntaria de 30 kg de peso. A la exploración presenta un abdomen excavado y no doloroso. Durante el ingreso se realiza angioTAC abdominal informado como disminución del ángulo de la salida de la arteria mesentérica superior siendo de 19,1°, objetivando una distancia entre aorta descendente y AMS a nivel del paso de la tercera porción duodenal de 4,8mm, así como disminución de calibre de la tercera porción duodenal a nivel del paso entre aorta y AMS, sin dilatación proximal. Se realizó EGD objetivando dilatación del bulbo y segunda porción duodenal y menor llenado de contraste y sensación de compresión extrínseca en 3-4ª porción duodenal. Todas estas pruebas eran compatibles con pinzamiento aortomesentérico. La EDA realizada mostraba escasa motilidad gástrica. Disminución de calibre de la luz en la tercera porción duodenal con aplanamiento de la misma a pesar de la insuflación. Se tomaron biopsias informadas como normales y se colocó una sonda de nutrición nasoyeyunal. Durante su ingreso fue valorada por nutrición, prescribiendo nutrición enteral y añadiendo

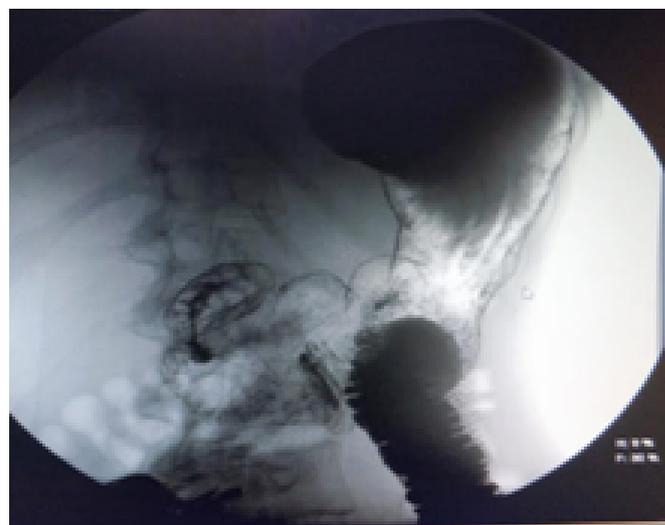


Figura 2

EGD.

Discusión: La incidencia del síndrome de Wilkie es del 0,2%. Los mecanismos descritos para causar una obstrucción en el duodeno son un ángulo aortomesentérico muy agudo, el duodeno transversal fijo en posición alta debido a un ligamento de Treitz corto y anatomía anómala de la arteria mesentérica. Es más frecuente en mujeres y adultos jóvenes. Las causas pueden ser por trastornos de la

alimentación (la mayoría), después de un traumatismo severo, en pacientes con sida, cáncer, endocrinopatía y en casos de malabsorción intestinal. Suelen presentarse como intolerancia a la alimentación, náuseas, pérdida de peso, distensión abdominal y epigastalgia. El dolor abdominal puede mejorar con maniobras que relajen la presión de la AMS. Para diagnosticarlo se puede realizar estudio con bario que permite observar dilatación de la primera y segunda porción duodenal, arteriografía y angioTAC (mayor sensibilidad). El tratamiento es conservador y se basa en una mejoría nutricional del paciente. El tratamiento quirúrgico es la última herramienta.

CP043. SOSPECHA DE NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE EN PACIENTE CON HIPERCALCEMIA.

R Domínguez Reinado¹, S Martín Arroyo², E Muñoz Caracuel², F Mateo Vallejo², C Méndez García², F García Molina²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.
²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción: la neurofibromatosis tipo 1 es una enfermedad neurocutánea de herencia autosómica dominante. Es poco frecuente, con una incidencia de 1/2.600-1/3.000 pacientes. La mitad de los casos son familiares y el resto se debe a mutaciones de novo. El MEN 2A es una enfermedad de herencia autosómica dominante caracterizada por la asociación de neoplasia medular de tiroides (CMT), feocromocitoma e hiperparatiroidismo. La prevalencia total de todas las variantes de MEN2 es aproximadamente de 1/35.000. El CMT es la manifestación más frecuente del MEN2A y de aparición en la infancia. El 50% de los pacientes desarrolla feocromocitoma, mientras que del 15 al 20% de los pacientes presentan hipercalcemia por hiperparatiroidismo. La sospecha implica el diagnóstico del CMT, el feocromocitoma y finalmente el hiperparatiroidismo. El manejo incluye la intervención quirúrgica del feocromocitoma mediante su extirpación y posteriormente realización de tiroidectomía total y linfadenectomía.

Caso clínico: paciente mujer de 51 años con antecedentes de neurofibromatosis e intervenida de feocromocitoma con 30 años. Entre los antecedentes familiares destaca hermana diagnosticada de tumor neuroendocrino maligno de páncreas con estudio genético (Von Hippel Lindau y MEN) negativo. Tiene ocho hermanos sanos. Acude a consultas de cirugía remitida por endocrino por ecografía sugestiva de neoplasia tiroidea como hallazgo incidental durante el estudio de hiperparatiroidismo. Se interviene, realizándose tiroidectomía total con linfadenectomía central, siendo diagnosticada de carcinoma medular de tiroides. El postoperatorio transcurre sin incidentes, siendo dada de alta al segundo día postoperatorio. Se realiza estudio genético, confirmándose diagnóstico de Neurofibromatosis tipo 1 y MEN 2a.

Discusión: En el caso del MEN 2, el pronóstico depende de la etapa en la que el CMT es diagnosticado y la calidad del tratamiento quirúrgico inicial. La determinación de calcitonina tras la estimulación con pentagastrina es el mejor método para la práctica de un screening familiar. Con respecto a la neurofibromatosis, el diagnóstico temprano y la prevención de las complicaciones asociadas, determina la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes. El gen de la NF1 se localiza en

el cromosoma 17. Se han descrito más de 500 mutaciones diferentes en el gen NF1; mientras que MEN 2A se debe a mutaciones activadoras del protocongen RET, que codifica a un receptor de tirosinasa. Dado que se trata de enfermedades hereditarias, cobra mucha importancia la sospecha y el diagnóstico precoz de las mismas. Identificando la mutación en un miembro de la familia se puede realizar el estudio genético en aquellos familiares con riesgo y así, poder prevenir neoplasias malignas.

CP044. TORSIÓN EPIPLON MAYOR COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL EN POSOPERATORIO TEMPRANO

JA Becerra Toro¹, P Rodríguez², B García del Pino³, P Gonzalez Benjumea³, R Balongo García¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva. ³Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Elena, Huelva

Introducción: La torsión del epiplón mayor es la rotación del mismo sobre su eje axial hasta producir un compromiso vascular con estrangulación del mismo, infarto y/o necrosis. Es poco frecuente y puede ser primario o secundario a otro proceso, precipitándose por aumento de la presión abdominal, los cambios bruscos en la posición corporal, la cirugía abdominal reciente o el traumatismo abdominal. Suele manifestarse con dolor abdominal pudiendo acompañarse de náuseas, vómitos y fiebre. Los datos de laboratorio son poco expresivos, aunque depende de su evolución. La TC con contraste muestra una masa abdominal bien delimitada compuesta por pliegues grasos y fibrosos que distribuidos de manera concéntrica con centro hiperdenso. Sin embargo, a veces no es posible visualizarlo con claridad por evolución de la patología. Ante torsiones o infartos segmentarios la indicación es manejo conservador, sin embargo, si la afectación es mayor o el paciente presenta criterios de gravedad, el tratamiento quirúrgico es la primera opción.

Casoclínico: varón de 76 años con antecedentes de síndrome metabólico y enfermedad cardíaca que se le realiza una hemicolectomía derecha con anastomosis por adenocarcinoma, sufriendo una dehiscencia de la misma, realizándose una ileostomía y fístula cutánea. Reingresa en urgencias 15 días después por mal estado general, dolor abdominal progresivo con peritonismo, fiebre e infección de herida. Analítica con aumento de reactantes de fase aguda y TC que informa de lesión sugestiva de absceso con necrosis grasa encapsulada que contacta con la curvatura mayor gástrica y que comunica con la pared abdominal. Durante dicho estudio comienza con hipotensión, taquicardia y oliguria, por lo que se decide cirugía urgente, descartándose drenaje percutáneo. Se halla absceso intrabdominal dependiente del epiplon mayor que presenta extensa área de necrosis por torsión del mismo a nivel de curvatura mayor gástrica, reseccándose y comprobándose ausencia de perforación. El paciente evoluciona aceptablemente en UCI las primeras 24 horas pasando posteriormente a planta de cirugía general y alta a los 15 días de la intervención.

Discusión: La torsión del epiplón mayor es una causa infrecuente de abdomen agudo que debemos tener en cuenta como diagnóstico diferencial. Puede ser secundaria a una cirugía y debido a la

convalecencia de la misma enmascararse la sintomatología, diagnosticándose en proceso avanzado como en nuestro caso, en forma de absceso intrabdominal fistulizando a la herida. Su tratamiento en casos avanzados con presencia de absceso intrabdominal puede basarse en el drenaje percutáneo o cirugía, siendo la última la más recomendada.

CP045. TUMOR 3º-4º PORCIÓN DUODENAL: DUODENOYUNECTOMÍA

B Estébanez Ferrero, O Fuentes Porcel, I Teruel Lillo, SM López Saro, R Torres Fernández, N Espínola Cortés, J Torres Melero, A Reina Duarte

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

Introducción: El adenocarcinoma duodenal es poco frecuente (0,3% de todas las neoplasias gastrointestinales) y se localiza sobre todo en la segunda porción, seguida de la tercera y cuarta. En estas últimas localizaciones, y aunque ante su sospecha la EDA sea la primera prueba a realizar, tanto la ecoendoscopia como el TAC son muy útiles para valorar la enfermedad locorregional, permitiendo a veces la primera de ellas la toma de biopsias y el último el estudio de la posible enfermedad a distancia.

Caso clínico: paciente de 66 años, que ingresa por insuficiencia renal aguda secundaria a hiperemesis de dos semanas de evolución. El TAC revela dilatación franca del estómago y del duodeno hasta la mitad de la tercera porción de éste, con engrosamiento mural y marcada estenosis de su luz a nivel de la unión de 3º y 4º porción duodenal, sugerente de tumoración duodenal. La EDA confirma dichos hallazgos, con estenosis infranqueable que impide la toma de biopsias. Tras la optimización de la paciente se decide intervención quirúrgica, realizando duodenoeyunostomía con colecistectomía y colocación de catéter transcístico. Durante la cirugía, se aprecia tumoración a nivel del ángulo de Treitz, que se extiende hacia la 3ª porción duodenal que no infiltra ninguna estructura vecina. Se procede a duodenoeyunostomía, que incluye el primer asa de yeyuno y la 2ª y 3ª porción duodenal (previa colecistectomía y localización mediante Fogarty de la papila duodenal). Finalmente, se realiza duodenoeyunostomía laterolateral mecánica entre cara anterior de 2º porción duodenal y segundo asa yeyunal ascendida transmesocólica.

En el 9º día postoperatorio, aparece dolor abdominal, sin datos de sepsis, y en el TAC se demuestra una colección en el lecho quirúrgico de 40x78x80mm, junto a otra colección de menor tamaño en el lecho de la colecistectomía, sin poder descartar comunicación entre ambas. Dada la inaccesibilidad al drenaje percutáneo, se reinterviene quirúrgicamente, evacuando dicha colección, de aspecto hematopurulento.

Discusión: la cirugía tiroidea, aún más la oncológica, son un factor de riesgo muy importante para la lesión recurrencial. Aunque la lesión transitoria es mucho más frecuente que la definitiva, su recuperación puede durar hasta un año. Su manifestación clínica más frecuente es la disfonía por lesión unilateral en aducción o disfonía más grave o voz bitonal si la parálisis es en abducción. El tiempo de presentación suele ser precoz, en postoperatorio inmediato y su manejo conservador suele ser suficiente.



Figura 1

CP046. TUMOR DE KRUKENBERG BILATERAL GIGANTE EN PACIENTE SIN TUMOR PRIMARIO CONOCIDO.

A Nania, MJ Cabrerizo Fernández, C Garde Lecumberri, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: El tumor de Krukenberg es una variedad de cáncer metastásico de estirpe epitelial que infiltra la estroma ovárico y que contiene células típicas del aparato gastrointestinal. Su frecuencia se halla en torno al 3-8% de los tumores ováricos y la localización primaria más frecuente es la gástrica, seguida de la colónica.

Caso clínico: Paciente de 52 años cuya historia clínica empezó por un cuadro de dolor abdominal intermitente. Una ecografía abdominal identificó una masa abdominal sólida y heterogénea, polimamelonada, con dimensiones globales de 12 x 5,5 x 9,4 cm. Se completó el estudio con TC que identificó múltiples implantes nodulares peritoneales y masa heterogénea en fosa ilíaca derecha de 60 x 40mm, en íntimo contacto con asa ileal y región anexial derecha, no pudiendo identificar su dependencia (Figuras 1-3). Se realizó colonoscopia que no pudo completarse, no llegando hasta el ciego. Se indicó entonces biopsia de epiplón TC guiada, cuyo resultado fue adenocarcinoma mucinoso tipo intestinal. Se administró quimioterapia que consiguió estabilizar la enfermedad y se envió la paciente a hospital de referencia para realizar peritonectomía que se desestimó por objetivarse en la laparoscopia exploradora un ICP muy elevado. La paciente empezó a presentar cuadros de suboclusiones intestinales, causadas por el rápido crecimiento de la masa anexial que alcanzó 13,6x21x24 cm. Se presentó el caso en el comité oncológico y se decidió cirugía paliativa. En quirófano se evidenció una gran tumoración ovárica izquierda de 30 x 15cm, una tumoración ovárica derecha de 10cm y otra en FID compatible con primario de ciego o apéndice. El ICP fue de 30. Se



Figura 1

TC abdominal (axial).

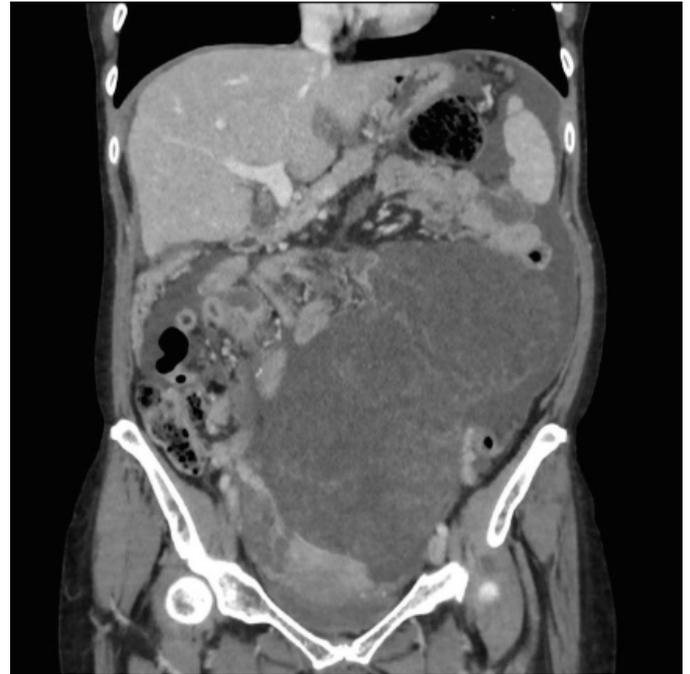


Figura 3

TC abdominal (A.P.).



Figura 2

TC abdominal (sagittal).

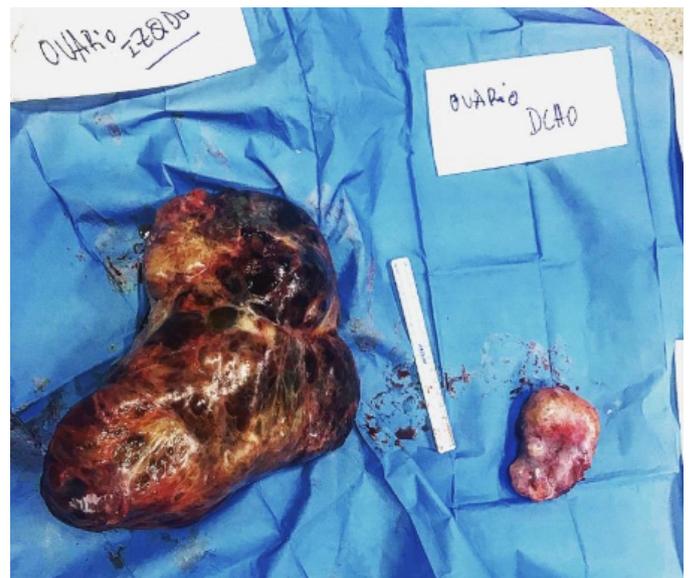


Figura 4

Anexectomía.

extirparon las dos masas anexiales descritas previamente (**Figura 4**) y se confeccionó ileostomía en asa. La anatomía patológica informó de ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE ORIGEN INTESTINAL bilateral (T. de Krukenberg).

Discusión: los tumores de Krukenberg suele presentarse en mujeres de la cuarta década de la vida; la presencia de células en anillo de sello es uno de los hallazgos morfológicos más importantes del carcinoma mucinoso metastásico del ovario. Este hallazgo es muy raro en tumores primarios mucinosos de ovario. El pobre pronóstico

que tienen enfatiza la importancia del diagnóstico y el tratamiento oportunos. Se aconseja anexectomía bilateral por la elevada tasa de metástasis en ambos ovarios. En pacientes jóvenes con detección de la enfermedad en estadio precoz podría estar indicada la anexectomía unilateral con la finalidad de preservar la fertilidad sin poner en riesgo la seguridad oncológica.

CP047. TUMOR DE KRUKENBERG DE ORIGEN PANCREÁTICO, UNA ENTIDAD MUY POCO FRECUENTE.

P Rodríguez González, R Pérez Quintero, J Candón Vázquez, P Beltrán Miranda, R Balongo García

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

Introducción: el tumor de Krukenberg es una rara entidad definida como metástasis ováricas caracterizadas por la presencia de células mucinosas en "anillo de sello" y proliferación pseudosarcomatosa, cuyo origen se localiza principalmente en el tracto gastrointestinal. Presentamos el caso de un paciente con un tumor de Krukenberg de origen pancreático.

Caso clínico: Mujer de 41 años sin antecedentes de interés. Refiere dolor epigástrico irradiado a ambos hipocondrios de 6 meses de evolución. Se exacerba con la ingesta, asociando náuseas y vómitos. Pérdida de 7-8 kg en este período. Se realiza TAC abdominal, visualizando tejido mal definido de densidad de partes blandas en la interfase pancreático-bulbar, que rodea y oblitera la vena mesentérica superior. Se completa el estudio con una RM abdominal mostrando un aumento del tamaño de cabeza pancreática a expensas de una lesión sólida de 3 cm con discreta dilatación del colédoco proximal. El estudio de extensión posterior descarta metástasis. Se decide cirugía reglada. Hallamos infiltración de la arteria hepática, no garantizando por tanto una resección R0. Se realiza anastomosis gastroyeyunal con biopsia transduodenal para análisis anatomopatológico del páncreas, confirmando la existencia de adenocarcinoma. Al cuarto día postoperatorio presenta empeoramiento clínico y analítico secundario a peritonitis biliar. Se efectúa laparotomía media exploradora, hallando una perforación duodenal e isquemia colónica debido a su movilización en cirugía previa junto a una tumoración ovárica izquierda de 8 cm de diámetro. Se repara la perforación mediante duodenorrafia, epiploplastia y exclusión duodenal, asociándose hemicolectomía derecha con ileostomía terminal y una ooforectomía. En estudio AP se informa de metástasis de adenocarcinoma de origen pancreático. La paciente presenta posteriormente una evolución favorable, con alta los días siguientes.



Figura 1 TAC abdominal visualizando masa en duodeno-páncreas.

Discusión: El tumor de Krukenberg representa el 1 a 2% del total de neoplasias ováricas. En el 76% de los casos el tumor primario se

localiza en estómago, 11% en colon, 4% en mama, 3% en sistema biliar, 3% en apéndice y el 3% restante englobaría páncreas, útero, cérvix, vejiga y pelvis renal. Suele presentarse en mujeres premenopáusicas debido a la mayor vascularización de los ovarios. El cáncer de páncreas continúa representando un reto para la medicina actual, pues el 80-85% se diagnostican en estadio local avanzado o con enfermedad metastásica debido a la poca especificidad de sus síntomas y la proximidad a estructuras vasculares irresecables. En nuestro caso, la irresecabilidad del cáncer de páncreas y la presencia de lesiones a distancia confiere un pronóstico funesto a largo plazo.

CP048. TUMOR DESMOIDES: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA.

Y Lara Fernández, AI Aguilar Márquez, J Cintas Catena, J Valdés Hernández, JC Gómez Rosado, MA Pérez Sánchez, F Del Río Lafuente, C Torres Arcos, A Cano Matías, L Capitán Morales, F Oliva Mompeán

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

Introducción: los tumores desmoides son muy poco frecuentes. Pertenecen al grupo de neoplasias mesenquimales. Su etiología es desconocida, pero se conocen factores de riesgo para su desarrollo, como los antecedentes quirúrgicos o traumáticos, la poliposis adenomatosa familiar y los estrógenos. Son histológicamente benignos, pero invaden localmente y tienden a recurrir tras la resección. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de difícil diagnóstico y revisión bibliográfica. Su cirugía es una de las más practicadas en la actualidad; siendo en los hombres más frecuente la hernia inguinal y en las mujeres la crural. Su exploración dirigida suele ser suficiente para su diagnóstico, no obstante las crurales, sobre todo en obesas, pueden precisar alguna prueba de imagen por ser más difíciles de explorar. Su presentación en forma de incarceration o estrangulación obliga a cirugía urgente que habitualmente consiste en la reparación protésica.

Caso clínico: varón de 63 años sin antecedentes familiares ni personales de interés. Durante el seguimiento por Oncología por una adenopatía cervical, se realiza tomografía computarizada por sospecha de síndrome linfoproliferativo y, como hallazgo, se evidencia una masa en colon transversa, por lo que se decide cirugía diagnóstica/terapéutica. En ella nos encontramos una gran masa que afecta a colon, omento y pared abdominal, considerándola irresecable, por lo que se realiza una ileostomía de descarga más toma de biopsias. Tras valoración en comité de tumores, dado que no se obtuvo diagnóstico anatomopatológico, se decide nueva intervención. En este caso sí fue posible reseccionar la lesión debido a una evidente reducción de tamaño, permitiendo filiar la pieza como tumor desmoides. El paciente continúa libre de enfermedad a 18 meses de seguimiento, sin haber precisado tratamiento sistémico.

Discusión: Llegar al diagnóstico preoperatorio de tumor desmoides muy complejo. En nuestro paciente, la ausencia de lesión en la colonoscopia y la sospecha diagnóstica inicial nos llevó a adoptar una actitud conservadora, con objeto de filiar la lesión en la primera intervención. Existen casos descritos en la literatura que han experimentado una regresión espontánea o se han mantenido estables. En este caso, no podemos explicar si la ileostomía influyó en la disminución de la masa tumoral. En nuestro paciente, la cirugía

en dos tiempos permitió una resección R0 pese a no lograr un diagnóstico inicial. Es fundamental tener en mente esta patología en el diagnóstico diferencial de tumores de colon y de pared abdominal. Plantear el estudio del gen APC en aquellos casos de diagnóstico esporádico sería recomendable, dado que nos podemos encontrar ante un posible caso centinela de poliposis adenomatosa familiar.

CP049. TUMOR FIBROSO SOLITARIO EXTRAPLEURAL (MESENTÉRICO).

A Alberca Páramo¹, N Pineda Navarro², JM Moreno Montesinos², JD Barranco García³, M el Adel del Fresno⁴, L Vazquez Medina², ME Pérez López⁵

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal San Agustín, Linares. ³Servicio Anatomía Patológica. Hospital Comarcal San Agustín, Linares. ⁴Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén. ⁵Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña

Introducción: el tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia de origen mesenquimal descrita en la superficie de la serosa pulmonar, que también puede encontrarse en sitios extrapleurales.

Caso clínico: varón de 70 años con antecedentes de resección de divertículo de Meckel 30 años antes, que acude por melenas. La colonoscopia objetiva algunos pólipos y divertículos. La ecografía y TC abdominal objetivaron en fosa ilíaca derecha una lesión mesentérica sólida en íntimo contacto con asas de íleon y comprimiendo estructuras próximas de 6.5x6.3x7.1 cm, sospechosa de GIST intestinal. Ante dichos hallazgos se realizó cirugía programada donde se objetivó una masa dependiente del mesenterio, próxima a zona ileal. Se realizó resección de zona ileal próxima y anastomosis del íleon. El paciente fue dado de alta 5 días después sin incidencias. La anatomía patológica describió un TFS extrapleural con áreas hipo e hipercelulares, índice mitótico bajo (ki67 10 %), negatividad: c-kit, S-100, desmina, actina y CD34 y positividad: vimentina, bcl-2, CD10, STAT6, Factor XIIIa y CD99.

Discusión: Los TFS suelen aparecer a los 50 años, con predominio en el sexo masculino y presentan clínica relacionada con la localización y el tamaño de la lesión. También pueden diagnosticarse de forma casual. Estas neoplasias suelen estar encapsuladas y bien delimitadas y en su interior se pueden observar zonas hemorrágicas, degeneración mixoide y/o quística, necrosis y calcificación focal. La histología típica alterna áreas hipercelulares por proliferación de células fusiformes, con otras hipocelulares secundaria a fibrosis colágena hialina con áreas de degeneración quística, lo cual se define como "patrón sin patrón" o "patternless pattern". La inmunohistoquímica presenta positividad para vimentina y CD34 en 90-95%, y de CD99 y bcl-2 en el 50% de los casos. El diagnóstico diferencial es difícil y se hace con lesiones como histiocitoma fibroso benigno, miofibroblastoma, tumores del estroma gastrointestinal, carcinoma metastásico, sarcoma miofibroblástico y liposarcoma indiferenciado. La mayoría de los TFS son benignos, aunque 13-23% han demostrado un comportamiento agresivo con recurrencia local y/o metastásica a distancia. Los criterios de malignidad son: gran tamaño, reseccabilidad dificultosa, alta actividad mitótica (>4 mitosis/10 CGA), positividad difusa p53, elevada expresión de Ki67 y CD31, y pleomorfismo nuclear y necrosis. El factor más representativo para la recurrencia local es la invasión de los márgenes quirúrgicos.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa. Todos los pacientes deben de ser seguidos a largo plazo con TC cada 6 meses durante los primeros dos años y posteriormente anuales, pues las recurrencias suelen aparecer a los 24 meses de la resección.

CP050. TUMOR QUÍSTICO MUCINOSO DE PÁNCREAS.

B Estébanez Ferrero, M Vargas Fernández, I Teruel Lillo, SM López Saro, R Torres Fernández, N Espínola Cortés, O Fuentes Porcel, Á Reina Duarte

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

Introducción: las neoplasias quísticas pancreáticas engloban diversas entidades con distinto potencial de degeneración, desde formas benignas hasta la aparición de un cáncer infiltrativo. El 90% de estas neoplasias está constituido por el cistoadenoma seroso, la neoplasia quística mucinosa, la neoplasia intraductal papilar mucinosa y el tumor sólido pseudopapilar.

Caso clínico: Paciente de 48 años sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por un cuadro de obstrucción intestinal. Se le realiza un TAC abdominal, donde se evidencia una hernia inguinal indirecta causante de una obstrucción intestinal completa, y se describe una masa quística de 6.8 cm de diámetro, en cuerpo de páncreas, sospechosa de cistoadenoma mucinoso. La paciente es intervenida de urgencias realizándose una hernioplastia mediante la técnica de Lichtenstein. El postoperatorio transcurre sin incidencias y recibe el alta hospitalaria. Posteriormente procedemos a estudio de la lesión pancreática, realizándose marcadores tumorales, con un CEA de 1,17 ng/ml y un CA19,9 de 10,2 ng/ml, así como una ecoendoscopia, que describe una lesión fundamentalmente quística que ocupa todo el cuerpo del páncreas, sin poder descartar una zona sólida asociada y sin observar dilatación de Wirsung. La paciente se encuentra asintomática, pero dado el tamaño y las características de la lesión, se decide intervención quirúrgica, optándose por realizar una pancreatometomía corporocaudal con preservación esplénica. Durante la intervención, se evidencia una lesión quística en cuerpo pancreático que desplaza la arteria y vena esplénica en su proceso expansivo. Especial mención refiere, una zona quística más consistente que impide movilizar y separar la vena esplénica y que ofrece sensación infiltrativa. Por este motivo, tras sección pancreática con endogía, optamos por la resección de arteria y vena esplénica confiando en la vascularización proveniente de los vasos cortos gástricos. El postoperatorio transcurre sin incidencias y la paciente recibe el alta, con seguimiento ambulatorio posterior.



Figura 1

Discusión: en la actualidad, debido al uso extendido y rutinario de las nuevas técnicas de imagen, ha aumentado de forma exponencial la identificación de lesiones quísticas pancreáticas en pacientes asintomáticos. En tal caso, es importante diferenciar si se trata de una neoplasia serosa o mucinosa, y qué riesgo de degeneración presenta. Una vez valorado el paciente, dependiendo de su edad y estado general, se indica tratamiento quirúrgico u observación. En caso de ocasionar sintomatología y si el paciente es operable, deben researse.

CP051. TUMORACIÓN CERVICAL: UN RETO DIAGNÓSTICO PARA EL CIRUJANO GENERAL.

A Nania, M Alcaide Lucena, J García Rubio, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: la patología del cuello y su abordaje quirúrgico es una práctica clínica habitual para el cirujano general. Presentamos el caso de una paciente intervenida en nuestro servicio con tumoración cervical clasificada inicialmente como benigna. Los hallazgos intraoperatorios y el resultado anatomopatológico nos dan un diagnóstico diferente.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 71 años, sin antecedentes de interés con una lesión latero cervical izquierda de 4 meses de evolución, que ha ido creciendo de forma progresiva y rápida hasta ocupar el triángulo anterior del cuello del lado izquierdo. Como técnicas diagnósticas se le realizaron inicialmente una analítica con perfil tiroideo que resultó normal y un TC con contraste que evidenció una lesión focal quística dependiente de lóbulo tiroideo izquierdo, de unos 5 x 6 x 6 cm compatible con quiste tiroideo (Figuras 1-2). Se realizó punción radioguiada de la lesión con evacuación de abundante líquido con citología negativa para malignidad y PAAF de la zona sólida que también descartó malignidad. Se realizó seguimiento estrecho que presentó recidiva precoz de la tumoración, por lo que se decidió intervención quirúrgica. En el quirófano se evidenció gran tumoración quística de 12 cm (Figura 3), cuyo origen era el polo inferior de LTI, donde presentaba una zona sólida sospechosa de posible neoplasia. Se realizó tiroidectomía total con extirpación completa de la lesión y de una adenopatía próxima (Figura 4). La anatomía patológica

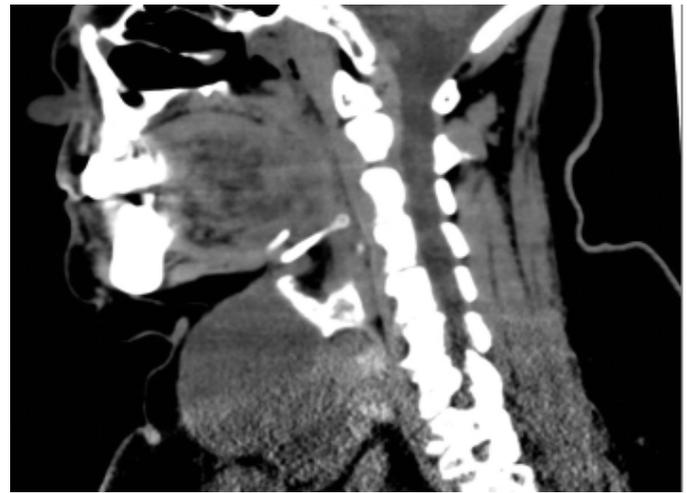


Figura 2 TC abdominal (A.P.). TC cervical (sagittal).



Figura 3 Pre-intervención.



Figura 1 TC cervical (axial).



Figura 4 Post-intervención.

definitiva evidenció un foco de carcinoma papilar con patrón folicular que contactaba con el margen quirúrgico de resección y metástasis de carcinoma papilar en la adenopatía.

Discusión: el diagnóstico diferencial de las masas cervicales representa un desafío importante para el cirujano general y requiere un estudio detallado y minucioso. En frente a una tumoración cervical de crecimiento rápido es obligatorio descartar malignidad mediante prueba de imagen y PAAF. Sin embargo, ambas pruebas conllevan un riesgo considerable de falsos negativos, en particular la PAAF es una prueba que, por la escasez de tejido que analiza, puede dar por alto malignidad. El cirujano general debe siempre tener en cuenta que la orientación preoperatoria puede resultar a menudo equivocada, pese al uso adecuado de las pruebas complementarias, y que ante la duda la indicación de cirugía es de primera elección, sabiendo que solo el sucesivo estudio anatomopatológico establecerán el diagnóstico definitivo y, por tanto, el pronóstico del paciente.

CP052. TUMORES PERIRECTALES MALIGNOS: LIPOSARCOMA Y ADENOCARCINOMA MUCINOSO PRIMARIO DE GLÁNDULAS ANALES.

R Escalera Perez, S Melero Brenes, E Muñoz Caracuel, S Mc Mathuna, JL Esteban Ramos, E Gutiérrez Cafranga, C Méndez García, JD Franco Osorio, F García Molina

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

Introducción: los tumores de la región presacra son infrecuentes y debutan como masas indoloras de crecimiento lento hacia la fosa isquiorrectal con ausencia de ocupación del canal anal. En fases iniciales son asintomáticos lo cual retrasa su diagnóstico que suele ser incidental en el seguimiento de otra patología, por lo que, con frecuencia, las lesiones detectadas son de gran tamaño.

Su diagnóstico diferencial es complejo pues abarca desde lesiones de comportamiento esencialmente benigno a otros de franca malignidad, más agresivos, susceptibles de recidivar y /o de metastatizar.

Caso clínico:

CASO 1: varón de 53 años que refiere tumoración perineal que ha aumentado de tamaño en el último año. Sospecha radiológica por eco, TAC y RMN de mielolipoma de 19x9x8cm. Se programa intervención quirúrgica evidenciándose gran tumoración de aspecto lipomatoso extrapélvica, que se extiende desde la piel de la región glútea los músculos elevadores desplazando el recto sin invadirlo. Durante la cirugía se consigue enuclear y posteriormente se extrae la cápsula completa.

CASO 2: mujer de 53 años que presenta lesión quística isquioanal con deformidad glútea de cinco años de evolución. Se realiza RMN visualizándose lesión ocupante de espacio multiloculada quística en región glútea derecha sin restricción en difusión, con iguales características a los estudios previos pero que ha aumentado de tamaño 9x8x7cm. Se identifica tumoración quística tabicada con contenido mucinoso en su interior por lo que se manda muestra intraoperatoriamente informándose como neoplasia mucinosa. Se realiza resección completa de la misma.

AP: 1) Liposarcoma bien diferenciado con positividad MDM2 y CDK4 con nódulos satélites. 2) adenocarcinoma mucinoso primario de glándulas anales.

Discusión: Los tumores anorrectales de partes blandas son poco comunes y a menudo presentan desafíos diagnósticos y terapéuticos. Aunque muchos de estos tumores se identifican de forma incidental, la mayoría presenta síntomas inespecíficos que pueden llevar a un retraso en el diagnóstico. El diagnóstico de certeza puede ser realizado mediante la toma de biopsia. La ecografía transrectal, TAC y la RMN son estudios complementarios que se indican para estadificación preoperatoria. La cirugía radical con márgenes amplios ha sido el pilar principal del tratamiento de los tumores de tejidos blandos anorrectales tanto benignos como malignos. Sin embargo, la falta de un beneficio comprobado en la enfermedad benigna junto con los cambios en la tecnología y los avances en la radio-quimioterapia ha puesto en duda esta práctica proponiéndose seguimiento por la imagen de estas lesiones salvo sospecha de malignidad.

CP053. ÚLCERA GLÚTEA TRAS EMBOLIZACIÓN DE ARTERIA HIPOGÁSTRICA.

M Pérez Reyes, L Romacho López, A Titos García, AJ González Sánchez, I Cabrera Serna, JM Aranda Narváez, M Neuhaus Nevado, I Mirón Fernández, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: la embolización arterial selectiva es un procedimiento que ha ido ganando aceptación para el control del sangrado agudo en diversas patologías y regiones del organismo.

Caso clínico: Presentamos una mujer de 58 años con múltiples comorbilidades (HTA, DM, IRC) e intervenida de adenocarcinoma de endometrio intervenido y con radioterapia posterior. Secundaria a la misma presenta proctitis actínica y cistitis radica presentando rectorragia y hematuria severas con necesidad de múltiples transfusiones sanguíneas. La paciente ingresa en nefrología por cuadro de sepsis por catéter de diálisis. Durante el ingreso, presentó hematuria recidivante por lo que se decidió realización de arteriografía, en la que se embolizaron varias ramas de la arteria hipogástrica. Tras el procedimiento, la paciente comenzó con cuadro de dolor en el glúteo izquierdo y a las 24 horas del procedimiento presentó una lesión necrótica en la piel del glúteo. A la exploración se objetivaba celulitis en glúteo izquierdo y varias heridas ulceradas con necrosis dolorosa a la palpación. Se realizó angioTAC objetivándose aterosclerosis generalizada muy intensa y aumento de densidad a nivel del glúteo mayor izquierdo con burbujas de aire disecando entre los planos musculares y trabeculación de la grasa adyacente. Tras optimizar la antibioterapia, se realizó un desbridamiento quirúrgico urgente. Buena evolución postoperatoria.

Discusión: La embolización arterial fue desarrollada inicialmente como método de control de hemorragias en procesos benignos, siendo utilizada por primera vez en urología para el control del sangrado en la cistitis radica. Es una técnica relativamente segura, pero no está exenta de problemas, entre los que destaca el síndrome postembolización, la necrosis vesical, la alteración de la función renal por la necrosis del tejido isquémico y la toxicidad del contraste, la



Figura 1
Úlcera glútea.

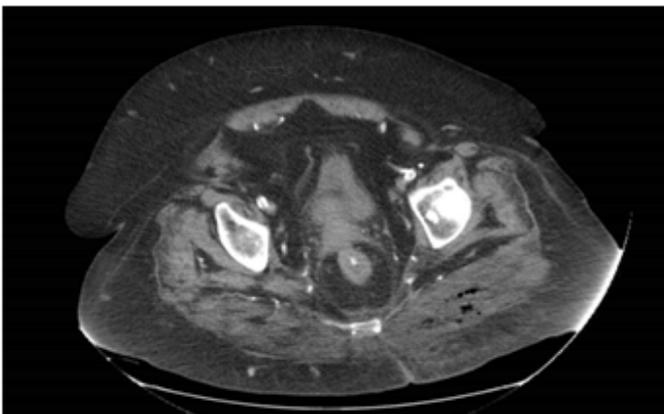


Figura 2
TAC.



Figura 3
Drenaje absceso.

claudicación glútea y también hay descritas complicaciones más graves, aunque infrecuentes, como necrosis en distintos territorios debido a la migración de material embolígeno, como es la necrosis cutánea. La necrosis cutánea debe sospecharse ante dolor intenso en el área. Suele estar cubierta por una escara necrótica y presentarse como decoloración azul violácea o negra, con pérdida de sensibilidad.

El tratamiento debe ser el desbridamiento quirúrgico, toma de cultivo y antibioterapia dirigida.

CP054. UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE TRAS CIRUGÍA URGENTE: EVISCERACIÓN GASTROHEPÁTICA. CASO CLÍNICO.

Al Aguilar Márquez, J Reguera Rosal, A Cano Matías, M Sánchez Ramírez, MC Infantes Ormad, M Retamar Gentil, JA López Ruiz, F Oliva Mompeán

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

Introducción: la incidencia de la evisceración se mantiene constante en la mayoría de las series, entre el 1-3%, pudiendo condicionar el pronóstico que motivó la intervención quirúrgica inicial, debido a la elevada mortalidad (30-40%) y morbilidad que asocia. En este trabajo presentamos un caso clínico de evisceración infrecuente por su forma de presentación.

Caso clínico: Paciente de 77 años que acude a Urgencias por dolor abdominal generalizado, siendo diagnosticada de diverticulitis aguda complicada (WSES IIB). Se inició tratamiento conservador sin éxito, por lo que se indicó cirugía urgente realizándose una intervención de Hartmann. Tras un breve periodo de evolución favorable, la paciente presentó un episodio de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida de debut que condicionó una insuficiencia respiratoria que requirió ventilación mecánica invasiva y traslado a cuidados críticos. A pesar de una evolución progresivamente favorable, en el vigésimo día postoperatorio comenzó con vómitos, distensión abdominal y elevación de los parámetros inflamatorios, por lo que se realizó TC abdominal. En dicha prueba de imagen se objetivó una apertura de la fascia en polo superior de la laparotomía media con protrusión de lóbulo hepático izquierdo y cara anterior gástrica. Con estos hallazgos se indicó intervención quirúrgica urgente donde se revisó toda la cavidad abdominal, se remodeló la colostomía y se cerró la pared abdominal con la realización de una separación de componentes N1 del lado derecho, previa colocación de malla compuesta retromuscular y, posteriormente, otra supramuscular de polipropileno sobre la debilidad creada. Tras un postoperatorio prolongado de un mes por las comorbilidades medicas asociadas, la única complicación desde el punto de vista quirúrgico fue un hematoma de la porción superior de la herida que se drenó, siendo la pared continente y el proceso inflamatorio resuelto.



Figura 1
TC de abdomen.

Discusión: el carcinoma de células en anillo de sello colorrectal fue descrito por Laufmann en 1951, denominándolo, por ser infiltrativo y difuso, como linitis plástica. Es una variedad rara que representa el 1% de los tumores colorrectales. Se presenta preferentemente en varones entre la quinta y sexta década de la vida. Localizado más frecuentemente en estómago (95%), colon, recto, vesícula y páncreas. Suelen dar clínica en estadios avanzados mediante obstrucción intestinal o rectorragia, siendo el diagnóstico histológico, con al menos un 50% de patrón de células en anillo de sello. Es habitual, infiltración intramural difusa y extensión rápida por contigüidad, peritoneal y linfática, siendo menos frecuente las metástasis hepáticas. Suelen ser diagnosticados en estadios avanzados.

CP055. VERDE INDOCIANINA. USO COMO PREDICTOR DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA EN EL CONTEXTO DE CIRUGÍA HEPÁTICA COMPLEJA.

N Zambudío Carroll, MA Herrero Torres, MC Montes Osuna, E Brea Gomez, MT Villegas Herrera, A Becerra Massare, J Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: El verde indocianina es un colorante con numerosas aplicaciones clínicas. Presentamos el caso de un tumor hepático de gran tamaño en un paciente en el que se presentan dudas acerca de la óptima función hepática. El hepatocarcinoma es el tumor primario hepático maligno más frecuente. Suele desarrollarse sobre una hepatopatía previa, aunque puede aparecer sobre un hígado sano. La actitud terapéutica depende de características anatómicas del tumor (tamaño, número, invasión vascular, afectación a distancia), pero además depende del estado funcional del parénquima del paciente. El objetivo del presente trabajo consiste en exponer un caso clínico de hepatocarcinoma en un paciente con dudosa hepatopatía de base con evaluación previa de función hepática mediante estudio de excreción de verde de indocianina con el objetivo de elegir el tipo de cirugía que ocasione menor morbilidad.

Caso clínico: Paciente de 52 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, hepatitis por VHC tratada (Child A), EPOC e infarto agudo de miocardio. Se inicia estudio por dolor en región clavicular e hipocondrio derechos. Se detecta LOE hepática compatible con hepatocarcinoma fibrolamelar. La TC abdomino-pélvica dinámica informa de una lesión heterogénea con unas dimensiones de 13 x 13,4 x 13,5 cm (AP x T x CC) que ocupa los segmentos laterales y centrales del lóbulo hepático derecho, desplazando y comprimiendo la vena hepática media e izquierda; presenta hipercaptación en fase arterial con lavado precoz y un gran componente necrótico-quístico. Se realiza volumetría hepática que informa de un lóbulo hepático izquierdo del 31%. Posteriormente se evalúa la excreción hepática de verde de indocianina para evaluar la función hepática, presentando una tasa de desaparición en plasma (PDR) de 18,3%/min y una retención calculada a los 15 minutos (P15) de 6,4%, ambos valores dentro de la normalidad. Se desestima la necesidad de embolización portal previa y se interviene de manera programada realizándose hepatectomía derecha abierta. Es dado de alta al séptimo día postoperatorio sin incidencias. El resultado de la anatomía patológica informó de carcinoma hepatocelular de 14x14 cm,

pT2N0, sobre un hígado no cirrótico. Tras tres meses de la intervención el paciente no presenta signos de recidiva.

Discusión: el verde de indocianina es un colorante que se elimina únicamente por los hepatocitos y no sufre circulación enterohepática. Es por ello que se puede calcular su aclaramiento, y esto nos da información sobre la función hepática. Junto con la volumetría hepática, la medición de la excreción hepática de verde de indocianina son factores de valor predictivo en hepatectomías amplias.

CP056. ¿QUÉ HACER CON UN ADENOMA SERRADO EN EL APÉNDICE CECAL?

MT Robles Quesada, JA Blanco Elena, A Alberca Páramo, J Granados García, J Plata Rosales, R del Rosal Palomeque, P Ruz Navarro, S Fuentes Molina

Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: la aparición de un adenoma serrado en el apéndice cecal es raro, aunque no es infrecuente en el síndrome de poliposis serrada. Los adenomas serrados sésiles con displasia asociada son considerados actualmente lesiones precursoras del cáncer colorrectal por la "vía serrada de la carcinogénesis". Presentamos un caso de apendicitis aguda que esconde a esta entidad poco frecuente en dicha localización.

Caso clínico: mujer de 53 con Antecedentes Familiares de padre con cáncer gástrico a los 64 años; Como antecedentes personales destaca hipotiroidismo y depresión. Acude a urgencias con cuadro de dolor abdominal en FID, de 72 horas de evolución, sin fiebre, y a la exploración defensa en FID-hipogastrio, analítica normal, y TC de abdomen informada como apendicitis aguda evolucionada, con plastrón apendicular y cuadro suboclusivo secundario a afectación inflamatoria ileal. Se interviene quirúrgicamente de forma urgente, realizando apendicetomía abierta, dificultosa por apéndice perforado y absceso periapendicular. La paciente evoluciona favorablemente, dando el alta al tercer día postintervención quirúrgica. En la anatomía patológica describen, un apéndice cecal fragmentado, con intensa inflamación aguda con abscesificante del tejido adiposo periapendicular con escaso/nulo componente inflamatorio mural. Adenoma serrado sésil obstructivo luminal y circunferencia en extremo distal apendicular. Se solicita colonoscopia, donde se extirpa pólipo semipedunculado de 3 mm a 20 cm del margen anal, con anatomía patológica de micropólipo adenomatoso con displasia epitelial leve. El paciente se deriva a Digestivo para control y seguimiento endoscópico.

Discusión: Revisar la anatomía patológica después de una apendicetomía por apendicitis aguda nos puede poner en jaque ante lesiones que pueden derivar a un cáncer de colon. La recomendación actual para el tratamiento y seguimiento de los adenomas serrados apendiculares es similar a los localizados en el colon. La actitud indicada es su extirpación completa (apendicetomía en nuestro caso), y la realización de colonoscopia de seguimiento, cuya temporalidad dependerá de si se ha extirpado completamente y si presenta displasia y tipo de displasia.

CP057. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO DE RETENCIÓN.

R Pérez Quintero¹, A Becerra Toro¹, MP González Benjumea², J Candón Vázquez¹, R Balongo García¹

¹Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva

Introducción: Los pseudoquistes de pared fibrosa no epitelizada representan el 75% de las lesiones quísticas pancreáticas. Se desarrollan en contexto de una pancreatitis aguda, crónica o traumatismo pancreático. La mayoría de pseudoquistes son agudos (40-75%). Su resolución espontánea es frecuente (>40%) a diferencia de los crónicos (3%). Pueden ser asintomáticos o manifestarse con dolor, infección, compresiones vasculares-biliares, estenosis digestivas, fistulizaciones e incluso hemorragias. El tratamiento es indicado ante presencia de síntomas, complicaciones y no posibilidad de descartar tumor quístico. Existen varias opciones terapéuticas: tratamiento percutáneo, endoscópico y quirúrgico. Presentamos el caso de un paciente con pancreatitis recidivante con diagnóstico de pseudoquiste de retención con indicación quirúrgica.

Caso clínico: Se trata de un varón 49 años con enolismo moderado que ingresa en diversas ocasiones por pancreatitis aguda de origen biliar, objetivándose en colangiorresonancia colelitiasis y áreas de necrosis moderada glandular/periglandular. En último ingreso por la misma causa, es diagnosticado mediante tomografía abdominal computerizada (TAC) de la presencia de un pseudoquiste en cuerpo pancreático (5x4 cm) y pequeñas colecciones intra/peripancreáticas sin signos de infección. Al mes de realizarse colecistectomía laparoscópica de forma programada, acude a urgencias por epigastralgia intermitente sin repercusión analítica. En TAC y Resonancia magnética (RM) (**Figura 1**) se objetiva crecimiento del pseudoquiste (93x20 mm) y disrupción de Wirsung distal con dudosa comunicación quística. En primer lugar, se plantea CPRE con colocación de prótesis plástica pancreática no efectiva, precisando drenaje ecoendoscópico mediante prótesis Axios con resolución completa y nueva reaparición

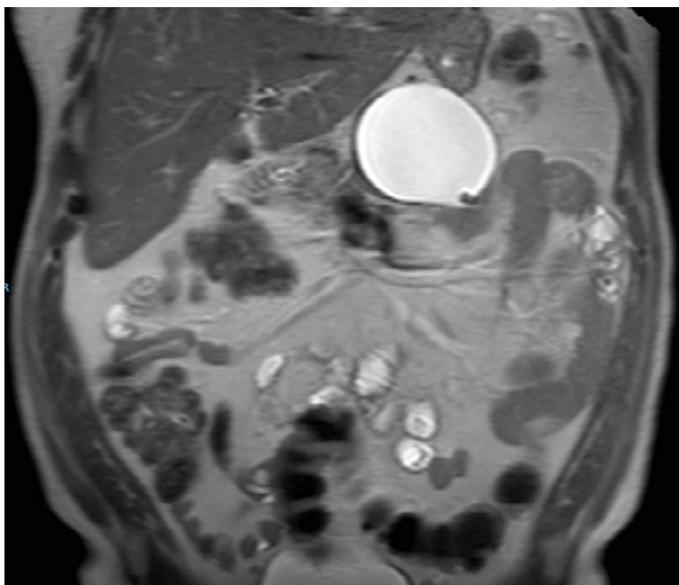


Figura 1 RM abdominal. Se visualiza crecimiento del pseudoquiste.

del mismo tras retirada protésica. Ante su persistencia se decide cirugía laparoscópica transgástrica: quistogastrotomía con sutura mecánica. El postoperatorio transcurre sin incidencias, alta a los 7 días. En colangioRM de control con secretina observamos disminución del pseudoquiste (2x1,4cm), Wirsung arrosariado y escasa respuesta a la secretina (relativo a pancreatitis crónica). Sin sintomatología los meses siguientes.

Discusión: no existe un claro consenso sobre indicaciones de tratamiento del pseudoquiste. La persistencia >6 meses ya no es indicación quirúrgica, pues la tasa de resolución espontánea sigue siendo de aproximadamente 50%. En pseudoquistes de retención, como este caso, la tasa es menor al existir comunicaciones ducto-pseudoquiste. Cuando los procedimientos endoscópicos y radiológicos fracasan y salvo urgencias, se indica cirugía. Se emplea la quistogastrotomía cuando el pseudoquiste está en íntima relación con cara posterior gástrica. La laparoscopia en este caso es una técnica segura y eficaz.

CP058. ABSCESO MAMARIO COMO DEBUT DE UN CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE MAMA

R Pérez Quintero, P Rodríguez González, M Becerra González, J Salas Murillo, R Balongo García

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

Introducción: el carcinoma epidermoide primario de mama es una variante de carcinoma metaplásico extremadamente rara (0,04-0,075% de tumores malignos mamarios). Su patogénesis es compleja, pues los elementos epiteliales no se identifican normalmente en tejido mamario. Se sugiere su origen en quistes epidermoides o del desarrollo de una metaplasia escamosa benigna como lesión premaligna. Influirían la estimulación endocrina, inflamación crónica, traumatismos o la manipulación quirúrgica (incluyendo implantes protésicos). Son tumores agresivos, alcanzando grandes volúmenes y presentándose como tumoraciones quísticas que pueden confundirse con un absceso mamario. Presentan bajo índice de metástasis ganglionar (<10%), pero alto de metástasis a distancia (40-60%). El tratamiento se basa en la cirugía+radio/quimioterapia, con peor respuesta a la adyuvancia que el resto de carcinomas mamarios. Generalmente son hormono-independientes. Presenta una recidiva del 25%, con una supervivencia de entre 9-54 meses.

Caso clínico: mujer de 53 años sin antecedentes de interés que consulta por gran tumoración en CSI de mama derecha protruyente sin infiltración cutánea. En mamografía y ecografía se objetiva un nódulo mixto de 53x40mm sugestivo de lesión papilar intraquística (BIRADS4c). La RM lo corrobora, sin identificar adenopatías patológicas (**Figura 1**). Tras realización de PAAF, la anatomía patológica informa de carcinoma infiltrante escamoso moderadamente diferenciado. El estudio de extensión es negativo para enfermedad metastásica. En espera de cirugía programada, la paciente acude a urgencias por presencia de absceso a nivel de la lesión mamaria, presentando fiebre y signos de infección local. Se indica drenaje quirúrgico obteniendo escasa salida de material purulento cuyo estudio microbiológico es negativo. Una vez mejorado el proceso agudo se realiza mastectomía simple derecha + BSGC, evidenciando micrometástasis sólo en 1/4ganglios (1500 copias mediante método OSNA).

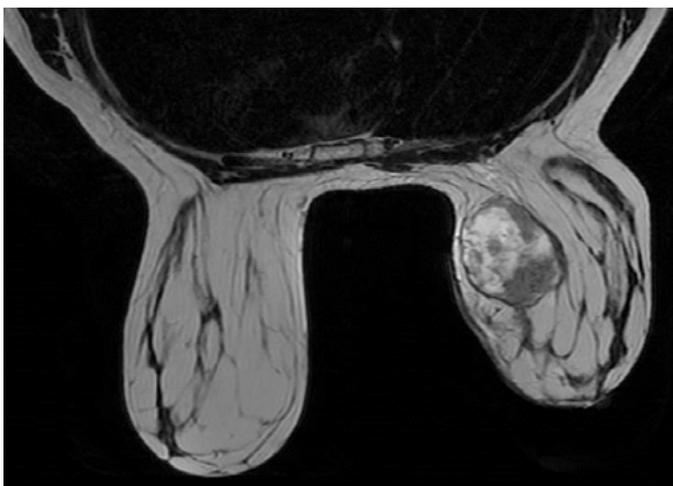


Figura 1
RM de mama.

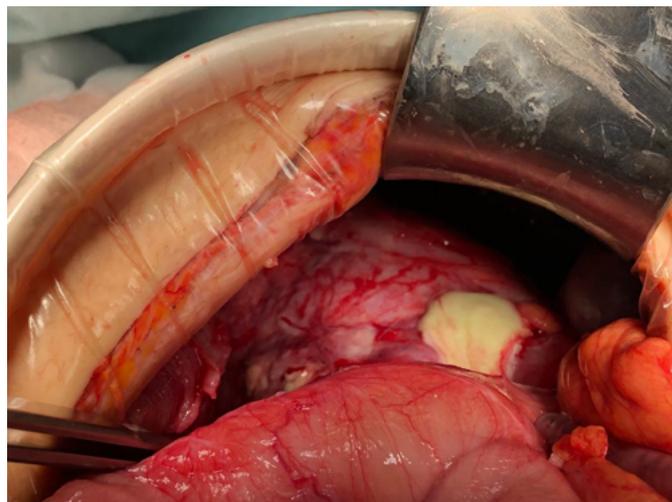


Figura 1
Absceso de psoas.

Anatomía patológica informa de carcinoma escamoso metaplásico primario con márgenes libres, pT4bN1M0, estadio IIIB. Triple negativo. Evolución favorable, derivándose a Oncología para tratamiento adyuvante: esquema TECx6 ciclos (taxotere-epirrubicina-ciclofosfamida), y posterior radioterapia. Actualmente en seguimiento sin recidiva ni progresión.

Discusión: para el diagnóstico de esta variante tumoral son necesarias 3 condiciones: ausencia de otra neoplasia ductal o mesenquimal en el tumor; independencia de estructuras cutáneas adyacentes y ausencia de tumores epidermoides a distancia. Debemos tener presente que ante una paciente mayor de 50 años con absceso mamario debemos plantear una biopsia para descartar malignidad. Asimismo, no debe realizarse un drenaje de absceso si ya hay un resultado de malignidad, al añadir sólo mayor morbilidad y riesgo de diseminación tumoral.

CP059. FÍSTULA ENTRE TERATOMA QUÍSTICO OVÁRICO Y RECTO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

R Forneiro Pérez, MÁ García Martínez, C González Puga, B Mirón Pozo

Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: el absceso de psoas es una patología poco frecuente con una clínica inespecífica cuyo retraso en el diagnóstico ensombrece el pronóstico del paciente. Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de absceso de psoas.

Caso clínico: 47 años diabética tipo I que consulta por cuadro de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, fiebre, diarrea y vómitos de diez días de evolución. Análiticamente destaca leucocitosis con neutrofilia. La TC abdomino-pélvica informa de colección perirrenal derecha (8,4x9cm) que ocasiona moderada hidronefrosis ipsilateral, con extensión al músculo psoas, donde se visualiza absceso de 2,5cm. Se realiza laparotomía exploradora urgente, evidenciándose peritonitis serosa y absceso retroperitoneal. Se procede al desbridamiento del mismo y colocación de drenaje. El estudio microbiológico del absceso es positivo para *Staphylococcus aureus* metilicín-sensible. Se pauta tratamiento antibiótico con meropenem, amikacina y linezolid, evolucionando la paciente de forma favorable, siendo

dada de alta con resolución de ambas colecciones, en la tercera semana postoperatoria. Actualmente se encuentra asintomática y en seguimiento por el servicio de Cirugía General.

Discusión: puede clasificarse en primario (más frecuente) o secundario. La etiología del absceso primario es incierta, pudiendo resultar de la extensión hematogena de una infección oculta. La incidencia actual es desconocida. Los factores de riesgo son diabetes, adictos a drogas por vía parenteral, traumatismos previos, alcoholismo, inmunosupresión o desnutrición, menores de 20 años, varones y países en vías de desarrollo. El microorganismo más frecuentemente aislado es *Staphylococcus aureus* (90%), seguido de *Escherichia coli*, *Streptococcus* y *proteus*. Los síntomas suelen ser inespecíficos, presentándose tan sólo en el 30% la clásica triada de fiebre, dolor de espalda y flexión dolorosa de la cadera. Las pruebas de laboratorio son inespecíficas. La prueba diagnóstica de elección es la TC. El tratamiento consiste en antibioterapia empírica intravenosa más drenaje percutáneo guiado por TC o ECO. El drenaje quirúrgico está indicado en abscesos no accesibles percutáneamente, multiloculados o que precisen cirugía de su enfermedad de base. La tasa de mortalidad del absceso primario es del 2,4% y sin tratamiento es cercana al 100%, siendo la sepsis la causa más frecuente. Dada la clínica inespecífica, la presentación insidiosa y la baja incidencia, se puede producir un retraso en el diagnóstico, lo que conduce al empeoramiento del pronóstico de nuestros pacientes. Es por ello que debemos tener en cuenta el absceso primario de psoas como diagnóstico diferencial en cuadros de abdomen agudo, destacando la importancia del conocimiento de esta enfermedad para poder descartarla.

CP060. ADENOCARCINOMA DE RECTO Y ENDOMETRIO SINCÓNICO NO ASOCIADO A SÍNDROME HEREDIATARIO.

MÁ García Martínez, M Alcaide Lucena, C González Callejas, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) constituye actualmente una de las causas de muerte más frecuentes en la población general. Su supervivencia depende fundamentalmente del estadio tumoral en el

momento del diagnóstico, de ahí la importancia de un diagnóstico precoz. El desarrollo de una segunda neoplasia maligna primaria en pacientes con CCR es un fenómeno poco descrito en la literatura médica, a excepción del síndrome de Lynch, donde el CCR se asocia con un riesgo elevado de desarrollar tumores en otras localizaciones.

Caso clínico: mujer de 72 años con dolor abdominal inespecífico. TAC: masa rectosigmoidea de 11x7x8 cm con pérdida de plano graso de separación con el útero, no pudiendo descartar infiltración. RMN: masa que infiltra peritoneo, que contacta con cuerpo uterino sin aparentes signos de infiltración. La paciente se interviene realizándose resección anterior de recto más histerectomía subtotal vía laparoscópica. El informe anatomopatológico informa de adenocarcinoma de recto bien diferenciado sin afectación ganglionar y con márgenes quirúrgicos libres. Asimismo, informa de adenocarcinoma de endometrio tipo endometriode.

Discusión: el carcinoma endometriode es la neoplasia genital más frecuente y es típico de mujeres perimenopáusicas. Se observa predisposición genética en el 10% de las pacientes, asociándose el 5% de éstos con el síndrome de Lynch. La particularidad de nuestro caso es la aparición de dos tumoraciones glandulares independientes sin encontrar zonas de continuidad entre ambas en una paciente sin afectación por síndrome de Lynch. Cabe plantear la duda sobre si esta relación no se ve infradiagnosticada por una mala estadificación tumoral que nos lleve a sospechar invasión endometrial en tumores de recto localmente avanzados. La resonancia magnética pélvica es una técnica óptima para la estadificación locoregional del cáncer de recto, ya que permite la evaluación del tumor primario y su grado de infiltración en las diferentes capas de la pared rectal, el mesorrecto y las vísceras adyacentes.

CP061. ADENOPATIA SUPRACLAVICULAR ÚNICA A ESTUDIO: UNA RARA MANIFESTACION DEL CANCER DE OVARIO.

MC Montes Osuna, M Domínguez Bastante, MA Moya Ramírez, I Palomo López, JL Díez Vígil, N Muñoz Perez, J Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: la presencia en un paciente de una tumoración en la región cervical es motivo habitual de consulta en Cirugía General. Debido a las múltiples posibilidades diagnósticas, es preciso un estudio detallado, descartando aquellas patologías más frecuentes, pero sin obviar que pueda tratarse de una manifestación poco común de otros procesos.

Caso clínico: paciente de 69 años derivada de Atención Primaria por presentar una adenopatía supraclavicular derecha de dos meses de evolución, sin otra sintomatología acompañante. Presentaba un tamaño de 3-4 cm, adherida a planos profundos, consistencia pétreo y bordes mal definidos, no dolorosa. No se palpaban adenopatías a otros niveles. Se realizó analítica y serología, sin alteraciones reseñables. El estudio ecográfico de la lesión concluyó como adenopatía de 22 mm de diámetro mayor, localizada entre la yugular y la carótida derecha, heterogénea y fuertemente vascularizada, de probable origen metastásico. La PAAF mostró resultado compatible para metástasis de carcinoma, con resultado inmunohistoquímico positivo

para receptores estrogénicos, enfocando el caso hacia un posible origen mamario de la lesión. La PET-TC puso de manifiesto tres focos hipermetabólicos, correspondientes a adenopatías supraclavicular derecha, paraesternal derecha y retroperitoneal interaortocava. Se realizó valoración mamaria mediante RNM, sin evidenciar alteraciones en el parénquima mamario sugerentes de malignidad. En estudio de extensión mediante TC abdomino-pélvica con contraste IV, se objetivaron signos de carcinomatosis peritoneal, con engrosamiento peritoneal a nivel de fosa iliaca derecha y numerosas adenopatías pélvicas y retroperitoneales, sin evidenciar lesión a nivel ovárico ni uterino. Ante la ausencia de patología a nivel mamario y el resultado de citología ganglionar cervical compatible con cáncer ginecológico, se presentó el caso en Comité Oncológico Multidisciplinar, estableciéndose como primera posibilidad diagnóstica enfermedad metastásica secundaria a Cáncer de Ovario oculto. La paciente se encuentra actualmente en tratamiento con quimioterapia, en seguimiento por el Servicio de Oncología Ginecológica.

Discusión: la presencia de una adenopatía supraclavicular como manifestación del cáncer de ovario es un hallazgo muy poco frecuente, con una incidencia en torno al 4%. En general, las pacientes con metástasis ganglionares supraclaviculares tienen un pronóstico desfavorable, ya que se trata de un estadio IVB con escasas opciones de tratamiento curativo. Debido a esta posibilidad, no se debe demorar ni banalizar el estudio de las adenopatías cervicales.

CP062. ANGIOGRAFIA DE VERDE DE INDOCIANINA EN PROCEDIMIENTOS GASTROESOFÁGICOS Y BARIÁTRICOS

E Licardie-Bolaños¹, C Mosquera-Fernández², JM Suárez-Grau³, S Morales-Conde⁴

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Clínica Quirón Sagrado Corazón, Sevilla. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña. ³Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Riotinto, Minas de Riotinto. ⁴Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: la angiografía de fluorescencia con verde de indocianina (ICG) se utiliza como un marcador en la evaluación de la perfusión tisular, siendo más frecuente en los procedimientos colorrectales. Esta tecnología ha demostrado ser una buena técnica para reducir las complicaciones relacionadas con el aporte sanguíneo a la anastomosis. En los procedimientos esofagogástricos, el suministro de sangre al reservorio gástrico al yeyuno y al esófago se podrían evaluar mediante imágenes de fluorescencia ICG. También podría utilizarse en cirugía bariátrica, para evaluar las anastomosis en el Bypass Gástrico, y el suministro de sangre a la unión esófago-gástrica y el ángulo de His durante la Gastrectomía Vertical.

Material y métodos: Hemos recopilado datos durante 8 resecciones gástricas debidas a adenocarcinoma y 53 procedimientos bariátricos realizadas por el mismo cirujano, utilizando angiografía de fluorescencia ICG para evaluar el suministro de sangre. El ICG se administró vía endovenosa antes de realizar la anastomosis, para evaluar la necesidad de cambiar la línea de sección (CLS). Analizamos los casos en los que hubo CLS y el número de fugas en los casos en que cambiamos dicha línea de sección.

Resultados: los 61 casos se realizaron por abordaje laparoscópico: 5 Gastrectomía Subtotal (GS), 3 Gastrectomía Total (GT), 26 Gastrectomías Verticales (GV) y 27 Bypass Gástricos (BG). No hubo cambios con respecto a la CLS antes de realizar la anastomosis en cualquiera de los cuatro tipos de procedimientos (GS, GT, BG, GV). En los datos analizados hay 1 fuga anastomótica en un procedimiento de GS (1,6%).

Conclusiones: la angiografía de fluorescencia ICG podría ser útil para evaluar el suministro de sangre durante la anastomosis gastrointestinal, aunque no hemos encontrado una influencia en los resultados durante los procedimientos bariátricos y gástricos. Sin embargo, no tenemos pruebas suficientes para determinar el valor de esta tecnología en este tipo de intervenciones, ya que necesitamos más volumen de pacientes y más datos para mejorar la importancia de los resultados.

CP063. ANGIOMIOLIPOMA RENAL GIGANTE EN PACIENTE PUÉRPERA.

MÁ García Martínez, A Morales Martínez, A Ubiña Martínez, B Mirón Pozo

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: el angiomiolipoma renal (AR) es un tumor benigno de origen mesenquimal. Supone el 3% de las masas renales sólidas y está constituido por tejido adiposo maduro, músculo liso y vasos sanguíneos irregulares. Suele afectar a mujeres de mediana edad apareciendo de forma esporádica, o menos frecuentemente, asociado a esclerosis tuberosa o linfangioleiomiomatosis pulmonar. Suele presentarse de forma asintomática como hallazgo casual – como en nuestro caso- y rara vez como masa abdominal palpable, dolor abdominal o hematuria. En el 10% de los casos aparecen como hemorragia retroperitoneal masiva (Síndrome de Wunderlich).

Caso clínico: mujer de 37 años, secundípara con cesárea electiva por presentación cefálica, sin incidencias durante el parto. Consulta a los 15 días por persistencia de perímetro abdominal aumentado, realizándose TAC abdomipélvico y evidenciándose tumoración abdominal de 15 cm x 23 cm x 30 cm que ocupa gran parte de la cavidad abdominal, con contornos definidos, áreas de densidad



Figura 1
Angiomiolipoma renal.

grasa, septos y áreas sólidas con vasos prominentes en su interior, hallazgos que sugieren angiomiolipoma renal como primera opción diagnóstica. Se planifica intervención quirúrgica con Urología, realizándose abordaje laparotómico y practicándose tumorectomía renal izquierda con conservación del parénquima renal indemne. El resultado anatomopatológico concluye como angiomiolipoma gigante clásico. La paciente presentó un postoperatorio sin incidencias. En la actualidad se encuentra asintomática y con preservación de la función renal, en espera de nuevo TAC de control.

Discusión: el AR puede experimentar un evidente desarrollo durante la gestación, indicando una clara influencia hormonal debida a la presencia de receptores estrogénicos y progesterónicos en las células musculares lisas. En tumores asintomáticos se recomienda control periódico; en lesiones de mayor tamaño o sintomáticas el objetivo es la preservación del parénquima renal no tumoral, siendo la tumorectomía y la nefrectomía parcial las técnicas más empleadas. La nefrectomía radical quedará reservada a casos con sangrado incontrolable con repercusión hemodinámica.

CP064. BODY PACKERS. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN ÁREAS DE ALTO RIESGO.

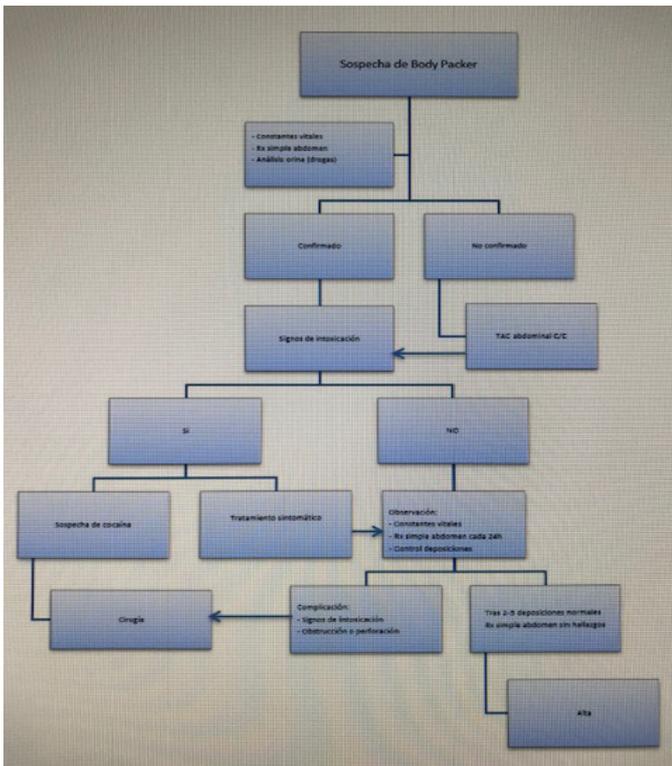
A del Castillo Cuesta, D Sánchez Relinque, C Lara Palmero, S Gómez Modet, L Ojea Ruiz-Yerla, J Santos Martínez, M Rodriguez Ramos

Servicio Cirugía General y Digestiva. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar, Algeciras

Introducción: el término *body packer* es utilizado para referirnos a personas que transportan sustancias ilegales (drogas) en el tracto digestivo. Este modo de contrabando ha aumentado en la última década, a pesar de las complicaciones derivadas del paso de estos paquetes al sistema digestivo, que puede llegar incluso a ser mortal (2-3% de los casos). Ante la mínima sospecha una Rx de abdomen simple puede darnos el diagnóstico en el 90% de los pacientes. Presentar el protocolo establecido para el manejo de estos pacientes en nuestro Servicio.

Resultados: El contrabando de sustancias ilegales sigue evolucionando, convirtiéndose en un desafío cada vez más complicado el diagnóstico de estos pacientes gracias a la mejora en el embalaje o a la aparición de medios de transporte como la cocaína líquida. La radiografía de abdomen simple es suficiente como prueba diagnóstica en la mayoría de los casos. En caso de duda se debe realizar una TAC.

Conclusiones: el manejo de un *body packer* dependerá de la situación clínica de cada paciente. El tratamiento médico sintomático con antagonistas es de primera elección en caso de intoxicación, excepto en el caso de la cocaína, que al igual que ante perforación u obstrucción intestinal, la indicación es quirúrgica urgente. En pacientes asintomáticos se realizará observación en módulos de internamiento no hospitalarios. El tratamiento endoscópico actualmente sigue siendo un tema controvertido. El establecimiento de un protocolo de actuación específico para estos casos, especialmente en áreas con importante paso de viajeros, es fundamental para el correcto manejo de estos pacientes.



contacto directo con el istmo tiroideo sugestivo de quiste de conducto tirogloso. Se realiza exéresis de QCTG y hemitiroidectomía derecha ya que los hallazgos intraoperatorios revelan dependencia del mismo. A las 72 horas la paciente debe ser reintervenida por hematoma sofocante, con exploración cervical, extracción de coágulos y hemostasia, evolucionando de forma satisfactoria posteriormente. La AP definitiva revela carcinoma papilar de tiroides no encapsulado de 2cm que infiltra la cápsula y a la lesión quística adyacente afectando al borde de resección. Se decide completar tiroidectomía y vaciamiento ganglionar cervical izquierdo ya que la nueva eco preoperatoria describe una adenopatía patológica en niveles IA/IIB izquierda. La AP definitiva describe nuevo carcinoma papilar de tiroides de 15 mm no encapsulado con 2 de 19 ganglios aislados positivos para metástasis.

Discusión: el quiste de conducto tirogloso presenta una degeneración maligna en aproximadamente el 1% de los casos, por lo que en caso de diagnóstico está indicada su extirpación. En caso de resultado anatomopatológico preoperatorio positivo para carcinoma, el tratamiento definitivo pasa por la operación de Sistrunk seguida de terapia supresora con hormona tiroidea, hasta la tiroidectomía total con disección cervical y terapia de ablación con yodo, debiendo individualizarse el tratamiento en cada caso.

Algoritmo 1
Protocolo manejo y tratamiento de los body packers.

CP066. CATETERES DE DIALISIS PERITONEAL BAJO ANESTESIA LOCAL, RESULTADOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA GENERAL.

MJ Tamayo Lopez¹, MJ Marco Guerrero², MJ Alcaide Lara², E Perea del Pozo¹, D Aparicio Sanchez¹, A Sanchez Arteaga¹, V Duran Cruzado¹, J Tinoco Gonzalez¹, L Tallon Aguilar¹, FJ Padillo Ruiz¹

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

Introducción: Evaluar las complicaciones de los implantes de catéteres de diálisis peritoneal bajo la anestesia local.

Material y métodos: se seleccionan los candidatos con IRC que se pueden beneficiar de una diálisis peritoneal, observando los criterios de la Guía de práctica clínica en diálisis peritoneal de la Sociedad Española de Nefrología. Pasan la consulta de preanestesia. La técnica empleada es con Anestesia local y sedación, se coloca el catéter de Tenckoff con lastre en flanco izquierdo. siendo el alta antes de las 24 horas y tras nueva comprobación antes del alta de su permeabilidad. Se reclutan los pacientes desde enero 2017-marzo 2019. La colocación del catéter se realiza por la unidad de urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla en programa de tarde. La técnica consiste en una incisión de unos 5 cm y salida del catéter por contraabertura, algo mas declive y lateral que la incisión pararrectal.

Resultados: se realizan la implantación de 48 catéteres. ASA IV el 95%. Todos con anestesia local y sedación (100%), con 1 complicación quirúrgica precoz, un sangrado por herida que requirió la colocación de 2 grapas más en la herida. El 90% no pasan por el despertar, sino que van directamente a planta, tras la cirugía. Todos (100%) son dados de alta a la mañana siguiente y seguidos en consultas: 0 infecciones de herida quirúrgica, 2 hematomas que no requirieron ningún tipo de actuación, 1 fuga alrededor del catéter que requirió su retirada, 3 recolocaciones por migración

CP065. CARCINOMA PAPILAR METASTÁSICO DE TIROIDES COMO HALLAZGO INCIDENTAL SOBRE QUISTE TIROGLOSO GIGANTE

L Pico Sanchez¹, B García García¹, LT Ocaña Wilhem¹, R Soler Humanes¹, JL Fernandez Serrano¹, S Mansilla Diaz², N Avila García¹, E Buendía Peña²

¹Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

²Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La glándula tiroides desciende a través del foramen cecum dejando un trayecto epitelizado conocido como conducto tirogloso, que desaparece entre la quinta y la décima semana de gestación; la falta de involución de cualquier parte del conducto tirogloso da lugar a la formación de quistes tiroglosos (QCTG). Se puede manifestar de forma excepcional como un carcinoma y el tumor primario comunicado con mayor frecuencia es el carcinoma papilar, motivo por el que está indicada su exéresis.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer de 48 años diagnosticada preoperatoriamente de QCTG en el que la AP definitiva revela un carcinoma papilar de tiroides. Clínicamente la paciente presentaba una tumoración cervical de gran tamaño y años de evolución que le provocaba clínica compresiva. A la exploración se aprecia una gran tumoración de unos 8cm a nivel cervical central que la eco define como quiste de línea media de 8cm de diámetro cráneo-caudal con signos de hemorragia o infección sin signos de malignidad. La PAAF preoperatoria es de benignidad, con contenido de quiste tirogloso. La TAC de cuello describe la lesión ya conocida de 74x87mm en línea media con área nodular de 19 mm de mayor densidad en

Conclusiones: podemos concluir que la técnica de implantación de catéter de diálisis peritoneal con mínima incisión y anestesia local es segura, rápida y con buenos resultados para pacientes con ICR en estadios avanzados y con ASA IV.

CP067. CONTROL DE SÍNTOMAS POR NEUMOPERITONEO TRAS COLECISTECTOMÍA.

MÁ García Martínez, T Gallart Aragón, P Gallart Aragón, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: la colecistectomía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico cada vez más utilizado, siendo el tratamiento de elección en colelitiasis sintomática. Más del 50% de los pacientes intervenidos presenta dolor referido a uno u ambos hombros durante el postoperatorio, debido al atrapamiento de CO₂ en el espacio subdiafragmático, con la consiguiente irritación del nervio frénico, circunstancia que limita el tratamiento ambulatorio.

Material y métodos: Se ha procedido a la revisión de 45 artículos bibliográficos para el estudio y el manejo de los síntomas. Las bases de datos utilizadas han sido Pubmed y Trip Database. Todos los estudios analizados han sido ensayos clínicos multicéntricos entre los años 2001-2016.

Resultados: El dolor en estos pacientes obedece tanto a la distensión peritoneal producida por el neumoperitoneo, como a la irritación de las terminaciones diafragmáticas del nervio frénico por acción directa del CO₂ al acumularse en el espacio subdiafragmático derecho. Jackson *et al.*, demostraron esta teoría mediante el uso de rayos X, determinando el número y diámetro de burbujas de aire en el cuadrante superior derecho del abdomen. Moutou *et al.* defienden la inyección de un anestésico local (bupivacaína 5%) de forma intraperitoneal en el área subdiafragmática, disminuyendo la utilización de analgésicos intravenosos y orales. Corsale *et al.* demuestran que el dolor es mayor en cirugías de duración prolongada que manejan altas presiones de CO₂ y FiO₂ >70%.

Conclusiones: la colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección en las colelitiasis. La omalgia en el postoperatorio inmediato, fundamentalmente del lado derecho, debe ser evitada. Las presiones intrabdominales bajas durante el procedimiento y el mantenimiento de flujos controlados de CO₂ asociado con incrementos lentos de la presión inicial, reducen significativamente los síntomas vinculados con el neumoperitoneo. La información del paciente y el seguimiento del mismo, así como el tratamiento con irrigación de bupivacaína al 5% permiten un control y mejora del mismo.

CP068. DIAGNÓSTICO DIFERENCIA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

MC Montes Osuna, MA Herrero Torres, MA Moya Ramirez, I Palomo Lopez, A Molina Raya, A Carrillo Acosta, J Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: dentro de los cuadros de abdomen agudo, uno de los más frecuentes es la obstrucción intestinal, que constituye entre el 20-35% de los ingresos urgentes quirúrgicos. Las causas de obstrucción intestinal son de múltiple etiología, y en ocasiones el diagnóstico diferencial puede ser complejo. Presentamos el caso de una paciente de 45 años que presenta clínica de obstrucción intestinal, diagnosticada inicialmente de fecaloma.

Caso clínico: Mujer de 45 años, alérgica al látex y al contraste yodado, en tratamiento por ulcus péptico, valorada en el Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado, de 3 días de evolución, asociado a estreñimiento y vómitos de 24 horas de evolución. Se realiza estudio analítico y radiográfico, apreciándose imagen compatible con fecaloma en radiografía abdominal, por lo que es dada de alta a domicilio con tratamiento expulsivo. Acude de nuevo a las 48 horas por empeoramiento del dolor abdominal y ausencia de tránsito a heces a pesar de tratamiento pautado. Se repiten pruebas complementarias y, ante la persistencia de imagen sospechosa en radiografía de abdomen y tacto rectal sin hallazgos, se realiza TC abdominal, con diagnóstico de dilatación de ciego de 6cm de diámetro con abundante contenido de heces en "miga de pan". Zona de estenosis concéntrica de 2,3cm de longitud a partir de la cual el resto de colon no está dilatado, con dilatación moderada de asas de intestino delgado. Adenopatías de pequeño tamaño en la grasa de la raíz del mesenterio. Pequeños implantes peritoneales. Hígado de tamaño ligeramente aumentado, con imágenes hipodensas en segmentos 8, 2, 4, 5 y 6 que podrían corresponder con metástasis. Con diagnóstico de obstrucción intestinal de probable causa neoplásica, se realiza hemicolectomía derecha con doble anexectomía, objetivándose signos de carcinomatosis peritoneal y metástasis hepáticas. La anatomía patológica fue concluyente para Adenocarcinoma enteroide.

Discusión: el interés del caso radica en la importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial en Urgencias ante un cuadro de obstrucción intestinal. El estudio radiográfico puede ser de gran ayuda, especialmente por poner de manifiesto la presencia o ausencia de dilatación intestinal, así como la presencia de imágenes sugerentes de patología intestinal, pero siempre correlacionando con los datos clínicos y la situación basal previa del paciente. Los fecalomas son una entidad poco frecuente y constituyen la forma más extrema de la impactación fecal, siendo más frecuentes en pacientes ancianos, con estreñimiento crónico o lesiones medulares, debiendo ampliar las posibilidades diagnósticas en pacientes jóvenes sin antecedentes.

CP069. DISNEA POSTCERVICOTOMÍA EN PACIENTE CON LESIÓN TRAQUEAL AGUDA ESTENOSANTE.

JA Blanco Elena, MT Robles Quesada, A Alberca Páramo, S Fuentes Molina, R del Rosal Palomeque, P Ruiz Navarro, J Granados García

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: las principales complicaciones de la cirugía tiroidea, tanto por su frecuencia como por su potencial gravedad, engloban el hematoma asfíctico, el hipoparatiroidismo postoperatorio y la lesión recurrencial. Aunque todas ellas pueden minimizarse con una adecuada planificación de la estrategia quirúrgica, existen otras complicaciones menos frecuentes, tanto quirúrgicas como anestésicas con las que es preciso establecer un adecuado diagnóstico diferencial.

El objetivo del presente trabajo es analizar, a propósito de un caso, el diagnóstico diferencial de la insuficiencia respiratoria aguda postoperatoria en cirugía tiroidea.

Caso clínico: mujer de 73 años afecta de neoplasia folicular de tiroides. La paciente es sometida a hemitiroidectomía derecha con istmectomía dificultosa. Tras extubación inicial la paciente permanece eupneica, manteniendo saturación de oxígeno y con fonación conservada, por lo que pasa a planta de hospitalización. Cuarenta y ocho horas tras la extubación la paciente presenta cuadro de insuficiencia respiratoria aguda con expectoración hemoptoica que obliga a su ingreso en UCI y, tras su estabilización, a la realización de un TC urgente, en el que se objetiva lesión endotraqueal dependiente de pared posterior que se extiende desde C6 hasta T1, con realce tras la administración de contraste y que produce una estenosis del 80% de la luz traqueal. Antes estos hallazgos se realiza una broncoscopia que visualiza, junto con paresia moderada de la cuerda vocal izquierda, la presencia de un gran coágulo de unos 3 cm de eje longitudinal a 4,5 cm de la carina bronquial. Tras la retirada del mismo se aprecia una erosión de unos 2 cm a nivel de la pars membranosa en probable relación con maniobras de intubación orotraqueal dificultosas.

Discusión: La insuficiencia respiratoria es una complicación infrecuente pero potencialmente grave de la resección tiroidea. La principal causa de estridor en el postoperatorio es el edema de cuerdas vocales por la intubación orotraqueal. El manejo adecuado de esta situación requiere corticoterapia intravenosa y ventilación con presión positiva. La lesión recurrencial bilateral, el *distress* respiratorio y la lesión traqueal intraoperatoria le siguen en orden de frecuencia, aunque suponen, en su conjunto, entidades muy poco frecuentes. En el caso que presentamos, se produjo una lesión traqueal iatrogénica por intubación que se interpretó inicialmente como parálisis recurrencial. La presencia de un período inicial libre de síntomas hace poco probable la presencia de una lesión recurrencial. No obstante, en casos con disección perirrecurrencial dificultosa, la presencia de estridor y disnea deben llevar a una rápida actuación.

CP070. DIVERTICULITIS APENDICULAR COMO ETIOLOGÍA DE ABDOMEN AGUDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

E Antonaya Rubia¹, J Rubio Lopez¹, C Cantero González², R González Sendra¹, JM Capitán Vallvey¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén. ²Servicio Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén

Introducción: la diverticulosis apendicular es una entidad poco frecuente, con una prevalencia de entre el 0,004% y el 2,1% de las piezas de apendicectomía. En su forma aguda, la diverticulitis apendicular resulta indistinguible de otras causas de abdomen agudo en especial, de la apendicitis aguda. En cuanto al diagnóstico se suele hacer a posteriori de manera casual con el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica.

Caso clínico: mujer de 36 años que acude a Urgencias por fiebre de hasta 39º de 5 días de evolución. Presenta antecedentes personales de parálisis cerebral infantil, hidrocefalia (portadora de un catéter de derivación ventrículo-peritoneal abocado a fosa iliaca derecha) y síndrome polimalformativo. No se identifica otra clínica acompañante.

El estudio analítico revela una leucocitosis de 13300 cel/μl asociada a una PCR de 329 mg/l, sin otros hallazgos. Se realiza un TC donde describen un apéndice de 9 mm con hallazgos inflamatorios sugestivos de apendicitis aguda y una colección en espacio parietocólico derecho que engloba parte del catéter de derivación a este nivel. Se opta por cirugía realizando un abordaje mediante laparotomía, evidenciando intraoperatoriamente un plastrón inflamatorio que engloba ciego, íleon distal, anejos derechos y cabo distal de la derivación. Se realiza apendicectomía con lavado de la cavidad y se contacta con Neurocirugía quienes exteriorizan el catéter de derivación. Tras un postoperatorio tórpido en el que la paciente desarrolló un íleo paralítico y una colección intraabdominal que se resolvieron mediante tratamiento conservador, fue dada de alta 30 días después de la intervención. Durante su estancia hospitalaria se realizó un recambio completo del sistema de derivación con reintroducción del mismo en cavidad abdominal. Posteriormente, en el informe de anatomía patológica se describe el apéndice cecal con signos de diverticulosis y diverticulitis asociada como causantes del cuadro.

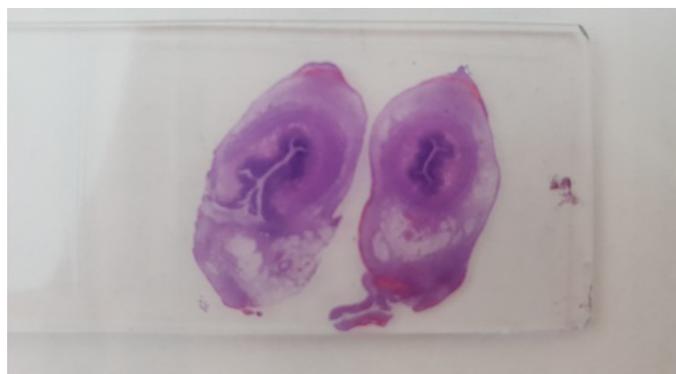


Figura 1
Divertículo apendicular.

Discusión: Dado que en su forma aguda la diverticulitis apendicular es difícilmente diferenciable de otras causas de abdomen agudo tanto en su clínica como en sus hallazgos radiológicos, el examen histopatológico posterior es imprescindible para su diagnóstico. Por otro lado, si la diverticulosis apendicular se detecta como hallazgo casual en pruebas de imagen, se recomienda la apendicectomía profiláctica precoz, ya que los divertículos se asocian a un mayor número de complicaciones como perforación o sangrado. En cuanto a la vía de abordaje, se decidió el abordaje abierto evitando así el laparoscópico, ya que en pacientes portadores de derivaciones ventrículo-peritoneales aumentan el riesgo de hipertensión intracraneal, infección, etc.

CP071. DIVERTICULITIS APENDICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MS Álvarez Escribano¹, LC Hinojosa Arco¹, N Martos Rojas¹, AI García Salguero², L Pico Sánchez¹, R de Luna Díaz¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²UGC Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La diverticulitis apendicular es una entidad infrecuente con una incidencia que varía desde 0,004 a 2,1%. Suele presentarse

entre la cuarta o quinta décadas de la vida. En la fase aguda presenta síntomas indistinguibles de la apendicitis aguda. Sin embargo la diverticulitis apendicular presenta un curso más indolente, por lo que habitualmente se consulta de manera tardía, lo que conlleva un aumento de la morbimortalidad. Suele ser diagnosticada como hallazgo incidental en pacientes intervenidos de apendicectomía. El diagnóstico preoperatorio es difícil, en la mayoría de los casos los diagnósticos radiológicos son de apendicitis aguda y rara vez de enfermedad diverticular del apéndice.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 64 años, con antecedente de cesárea mediante laparotomía infraumbilical, que acude a Urgencias por dolor abdominal en fosa iliaca derecha e hipogastrio de 4 días de evolución acompañado de nauseas, sin fiebre asociada, que se encuentra en tratamiento antibiótico con amoxicilina/ácido clavulánico por un flemón dentario. A la exploración se aprecia dolor a la palpación en FID con Blumberg +, Rovsing + y signo del Psoas +. En la analítica destaca leucocitosis (20670 leucocitos) con neutrofilia (85,8%) y una PCR de 211. Se solicita TC abdominal que informa de apéndice aumentado de calibre, más marcado a nivel de la punta (de hasta 15 mm de diámetro transverso) con infiltración de la grasa circundante y engrosamiento de la fascia adyacente compatible con apendicitis aguda. También describe un divertículo en 2ª-3ª porción duodenal y múltiples divertículos en sigma. Ante estos hallazgos se plantea intervención quirúrgica urgente. La paciente se somete a apendicectomía laparoscópica, con el hallazgo intraoperatorio de apendicitis aguda con plastrón inflamatorio periapendicular. El postoperatorio transcurre sin incidencias. El estudio anatomopatológico informa de divertículo con diverticulitis aguda apendicular e intensa periapendicitis aguda (Figuras 1 y 2).

Discusión: los divertículos apendiculares son generalmente considerados lesiones insignificantes, y se presta poca atención a las potenciales implicaciones clínicas. Sin embargo, la diverticulitis apendicular tiene mayor riesgo de perforación que la apendicitis aguda y se ha demostrado la asociación entre esta entidad y el desarrollo de neoplasias del apéndice, entre las que destacan los tumores carcinoides y los adenomas mucinosos. El tratamiento de elección es la apendicectomía. Ante el hallazgo incidental de divertículos apendiculares es importante destacar que la

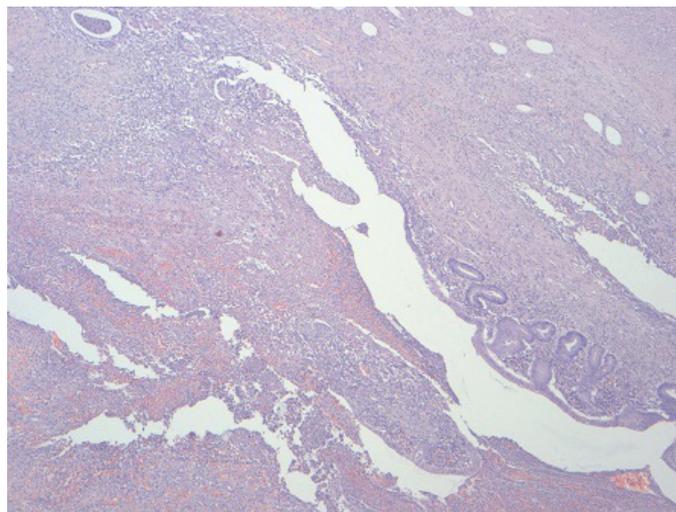


Figura 2 Pared de divertículo con resto de mucosa (derecha) e intensa inflamación aguda abscesificada (izquierda)(4x).

apendicectomía profiláctica está recomendada para prevenir el riesgo de complicaciones posteriores o la coexistencia de neoplasias.

CP072. FIBROHISTIOCITOMA DEL CORDÓN ESPERMÁTICO. UN HALLAZGO CASUAL.

R Forneiro Pérez, T Gallart Aragón, J Gómez Sánchez, B Mirón Pozo

Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: el fibrohistiocitoma del cordón espermático es un tumor maligno derivado del tejido conectivo, que puede afectar al aparato genital masculino y que puede suponer un hallazgo casual de otras cirugías. Presentamos a continuación un paciente intervenido de hernioplastia que asociaba un fibrohistiocitoma del cordón espermático, para describir esta entidad.

Casoclínico: paciente de 71 años de edad con antecedentes de obesidad, valorado en las consultas de Cirugía por una tumoración inguinal izquierda dolorosa. Se solicitó ecografía inguinal objetivándose una hernia inguinal izquierda con orificio herniario de tres centímetros. Con dicho diagnóstico se decidió intervención quirúrgica programada. Intraoperatoriamente se detectó una hernia inguinal indirecta y además en el cordón espermático se evidenció una tumoración de dos centímetros, de aspecto blanquecino y pediculada que se extirpó y envió a Anatomía Patológica. La hernia se reparó mediante técnica de Liechtenstein con una malla autoadherente, siendo el paciente dado de alta en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria. El informe anatomopatológico de la pieza reseca indicó la presencia de un histiocitoma maligno de cordón espermático. Se envió al paciente a Urología tras este resultado y se decidió orquiectomía radical, sin tratamiento adyuvante posterior tras negativa del paciente. A los seis meses de la cirugía el paciente se encuentra asintomático, sin signos de recidiva clínica ni radiológica, en seguimiento por Urología.

Discusión: el fibrohistiocitoma maligno del cordón espermático constituye una tumoración englobada en la familia de los sarcomas que aparece en varones entre los 50-70 años. Cursa como una

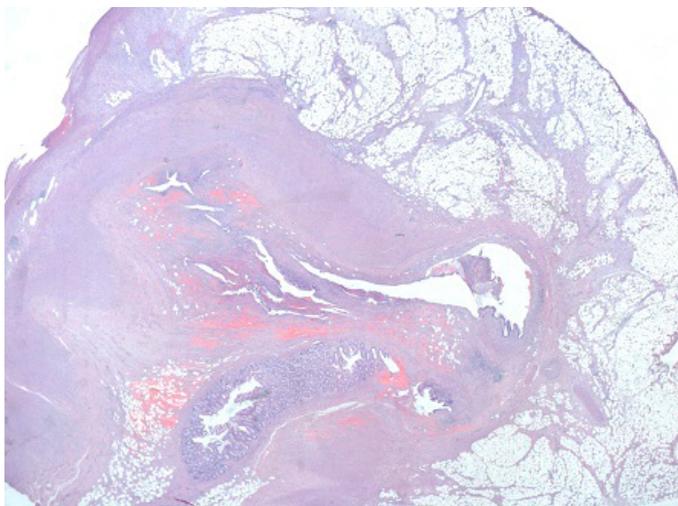


Figura 1 Divertículo en pared apendicular con intensa inflamación aguda (2x).

masa dolorosa en región inguino-escrotal, pétérea, con crecimiento rápido, pero sin presentar una clínica característica. Esto implica que su diagnóstico preoperatorio sea difícil ya que puede ser confundido con una hernia inguinal, un espermatocele, un hidrocele, una orquiepididimitis o una tumoración testicular. La prueba complementaria que aporta alguna utilidad en su diagnóstico es la ecografía, mientras que para los estudios de extensión el TAC abdominopélvico y la resonancia magnética inguinoescrotal son las que aportan más información. Sin embargo, su diagnóstico definitivo es anatomopatológico. El tratamiento es la orquiectomía radical inguinal con ligadura alta del cordón espermático, siendo la radioterapia y quimioterapia adyuvantes controvertidas. El pronóstico del mismo es ominoso, con una supervivencia cercana al 40% a los 5 años, y con una diseminación metastásica hematogénea, que afecta a pulmones fundamentalmente, siendo más raras las metástasis hepáticas u óseas. Las revisiones seriadas son esenciales, con el objetivo de detectar una recidiva precoz, por el alto riesgo de recidivas locales que asocia.

CP073. FÍSTULA COLECISTOCÓLICA, ORIGEN POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

A del Castillo Cuesta, D Sánchez Relinque, S Gómez Modet, C Lara Palmero, J Santos Martínez, L Tejedor Cabrera, M Rodríguez Ramos

Servicio Cirugía General y Digestiva. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar, Algeciras

Introducción: las fistulas colecistoentéricas se dividen en fistula colecistoduodenal (65-75%), fistula colecistocólica (10-25%) y fistula colecistogástrica (5%). Estas fistulas pueden provocar un íleo biliar, constituyendo el 1-4% de las obstrucciones intestinales mecánicas. Las fistulas colecistocólicas son más frecuente en mujeres de edad avanzada y con historias previas de colecistitis, teniendo una importante morbimortalidad cuando provocan íleo biliar a nivel de intestino grueso (2%), especialmente debido al retraso diagnóstico

Caso clínico: Mujer de 76 años, DM2, DLP, trastorno depresivo. IQ: apendicentomía, cesárea. Acudió al Servicio de Urgencias por segunda vez con clínica de estreñimiento de varios días de evolución junto con distensión abdominal, náuseas y vómitos. 13300 leucocitos (78.8%N), 3 de K+, resto sin hallazgos. Rx abdomen: importante distensión de asas. TAC abdominal: fistula colecistoentérica con dilatación de todo el marco cólico hasta sigma secundario a litiasis biliar. Se realiza endoscopia urgente: litiasis a unos 35-40cm del margen anal. Tras varios intentos fallidos se decide intervención quirúrgica urgente realizándose colecistectomía y extracción de litiasis de unos 5cm a través del orificio fistuloso con cierre del defecto con GIA-80. Tras superar un íleo postoperatorio y corrección hidroelectrolítica se da el alta a los 14 días sin más complicaciones en la actualidad.

Discusión: la fistula colecistocólica es una rara causa de obstrucción intestinal a tener en cuenta en mujeres mayores con antecedentes de colecistitis previas. La TAC es la prueba diagnóstica de elección. En estos casos la colonoscopia en pacientes estables descarta patología subyacente y puede ser resolutive. En caso de íleo biliar colónico, se recomienda resolver la obstrucción mediante una enterotomía y valorar la eliminación de la fistula en un segundo tiempo, dejando la resolución en el mismo acto quirúrgico para casos seleccionados y en manos expertas debido a su mayor dificultad y morbilidad.

CP074. FISTULA COLOVESICAL POR UN CUERPO EXTRAÑO PECULIAR.

A Nania, MA Garcia Martinez, C Gonzalez Callejas, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: las fistulas enterovesicales son entidades raras. Se definen como una comunicación anormal entre la vejiga y un segmento del tubo digestivo. Suelen ser complicaciones de la enfermedad diverticular y de los cánceres muy avanzados de la cavidad abdominal o pélvica. Su diagnóstico con frecuencia causa problemas, representando un desafío para el cirujano general. Las FEV se encuentran con más frecuencia en los hombres, mientras que las mujeres suelen sufrir de fistulas rectovaginales o vesicovaginales. Se presenta el caso de una paciente en la cual, durante estudio por síndrome constitucional, se evidencia un hallazgo peculiar.

Caso clínico: Mujer de 85 años, con antecedentes familiares de dos hermanos fallecidos por cáncer de colon y de esófago, que ingresó en nuestro centro por una neumonía basal derecha y un síndrome constitucional con anemia ferropénica. Asintomática desde el punto de vista abdominal. Vista la clínica y los A.P, se realiza un TC abdominopélvico y una rectosigmoidoscopia para descartar neoplasias. Los resultados de la imagen revelaron la existencia de diverticulosis colosigmoidea con engrosamiento parietal en sigma y pared vesical, con infiltración de la misma en una extensión de aproximadamente 2 cm. Se observaron además abundante gas en vejiga, así como una imagen de densidad calcio en relación con probable cuerpo extraño que recuerda la morfología de una concha de almeja (**Figuras 1-3**). Se decidió llevar la paciente a quirófano, realizando una sigmoidectomía con extracción de cuerpo extraño vesical que se confirmó tratarse de una almeja (**Figura 4**). Se cerró el defecto vesical por dos planos y se confeccionó una anastomosis L-T mecánica con CEEA 31.

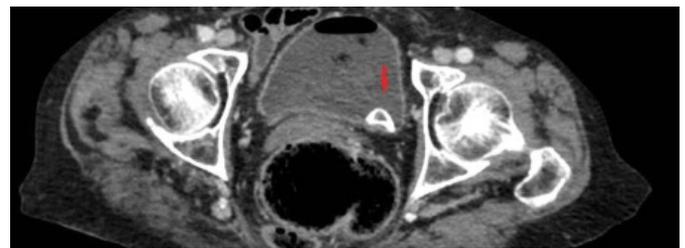


Figura 1

TC axial



Figura 2

TC sagital



Figura 3
TC coronal.



Figura 4
Cuerpo extraño.

Discusión: el diagnóstico de las FEVs debería dirigirse a la caracterización de la complejidad de la patología, valorando el territorio, la extensión y la etiología, reservando el diagnóstico etiológico definitivo al resultado de la anatomía patológica. Una prueba de imagen tipo TC y las técnicas endoscópicas como la cistoscopia y/o la colonoscopia se hacen casi siempre necesarias de cara al diagnóstico y al correcto planteamiento quirúrgico. El Gold Standard para el tratamiento de la fistula enterovesical es la extirpación del segmento de intestino afecto y de la fistula con consecutiva realización de anastomosis primaria y reparación del defecto vesical. El manejo de la FEV requiere una evaluación y planificación interprofesional. Los pacientes sospechosos de fístula deben ser referidos e investigados adecuadamente.

CP075. GANGRENA DE FOURNIER: UN DEBUT ATÍPICO DE DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA CONTENIDA EN UNA HERNIA INGUINOESCROTAL.

I Palomo López, MÁ Herrero Torres, F Huertas Peña, VM Jesús María

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: la Gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante perianal, genital o perineal de evolución fulminante si no existe una rápida actuación médica y quirúrgica. Su origen en la mayoría de los casos es anorrectal, urogenital o cutánea, siendo rara la causa intraabdominal. Presentamos un caso de gangrena de Fournier cuyo origen fue un cuadro de diverticulitis aguda complicada contenida en una hernia inguinoescrotal.

Caso clínico: Varón de 78 años con antecedentes personales de enolismo, esteatosis hepática e hipertensión arterial que acude a Servicio de Urgencias por tumefacción y secreción purulenta en pene y testículo izquierdo de 10 días de evolución. A la exploración, presentaba necrosis de pene y teste izquierdo. Analíticamente, destacaba 27500 leucocitos con 88% de neutrófilos, fallo renal agudo y reactantes de fase aguda aumentados (PCR 326, procalcitonina 1,64). Ingresa a cargo de Urología con diagnóstico de Gangrena de Fournier. Se le realiza desbridamiento y curetaje de la zona necrótica; posteriormente, curas en quirófano cada 48 horas observándose buena evolución clínica con adecuada tolerancia oral y sin alteración del tránsito abdominal. A los 5 días de ingreso, en una de las curas, se aprecia en teste izquierdo tejido graso con ligera necrosis que parece proceder del conducto inguinal; lo identifican como lipoma preherniario y se interconsulta con Cirugía General. Tras valorarlo, debido a la patología que presentaba el paciente, se solicita TAC abdominopélvico que informa de: hernia inguinoescrotal izquierda donde se introduce un asa de colon sigmoide con diverticulitis y perforación secundaria. Tras los hallazgos, se decide laparotomía exploradora observando lo descrito en el TAC siendo la diverticulitis perforada dentro del saco herniario la causa de la Gangrena de Fournier. Se realiza Hartmann y herniorrafia inguinal con colocación de sistema PICO. Tras buena evolución en planta, se procede al alta hospitalaria en el día 48 postoperatorio. Actualmente, el paciente se encuentra en remisión completa del cuadro séptico y sin complicaciones postquirúrgicas.

Discusión: En medicina, existen infinitas formas de presentación de una misma patología haciendo que, ocasionalmente, nuestro diagnóstico presuntivo no coincida con el definitivo. Para ello, disponemos de herramientas médicas que nos pueden orientar e incluso hacer diagnosticar como lo es la exploración física. Con este caso clínico pretendemos hacer hincapié en su importancia; porque concluir que una diverticulitis perforada de sigma contenida en una hernia inguinoescrotal es la causante de una gangrena de Fournier es difícil, pero realizar una exploración completa es una herramienta disponible al alcance de todos.

CP076. GIST INTESTINAL EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1: UN HALLAZGO INCIDENTAL.

N Martos Rojas, MS Álvarez Escribano, A del Fresno Asensio, EA Buendía Peña, S Martín Cortés, T Sánchez Víguera, A Ortega Martínez, R de Luna Díaz

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

Introducción: la neurofibromatosis tipo 1 (NF1) es un síndrome hereditario autosómico dominante que se asocia con la aparición de distintos tumores, que incluyen tumores del sistema nervioso (central y periférico) y del tracto gastrointestinal, siendo los tumores del

estroma gastrointestinal (GIST) los más frecuentemente asociados a la NF1.

Caso clínico: Paciente varón de 36 años, ingresa con diagnóstico de diverticulitis aguda complicada. Como hallazgo incidental, en el TAC de abdomen realizado en urgencias se aprecia una masa sólida homogénea, de contornos lobulados, con estructuras vasculares en su interior, de aproximadamente 8,5 x 8,5 cm de diámetro (Figura 1). Durante su ingreso se procede al estudio de dicha masa, realizándose BAG con resultado de GIST de tipo fusiforme de bajo grado. El caso es presentado en Comité, decidiéndose cirugía electiva. En la radiografía de tórax solicitada para el estudio preoperatorio, se observa una masa extrapulmonar izquierda de localización apical de 6cm (Figura 2), que también es biopsiada (neurofibroma). Durante la cirugía programada se realizó un abordaje mediante laparotomía media. La tumoración se originaba en un asa de íleon (Figura 3) y se encontraba íntimamente adherida a peritoneo vesical sin infiltración del mismo. Se llevó a cabo una resección intestinal (Figura 4) y anastomosis primaria, con buena evolución posterior, por lo que fue dado de alta al 5º día postoperatorio. El resultado histológico definitivo fue de GIST fusocelular de 10cm, unifocal, con mitosis 3/5mm², ausencia de necrosis, grado 1, márgenes libres y expresión de C-KIT, DOG-1 y CD34 (Estadio pT3N0). No ha recibido tratamiento con imatinib y continúa seguimiento por Oncología.

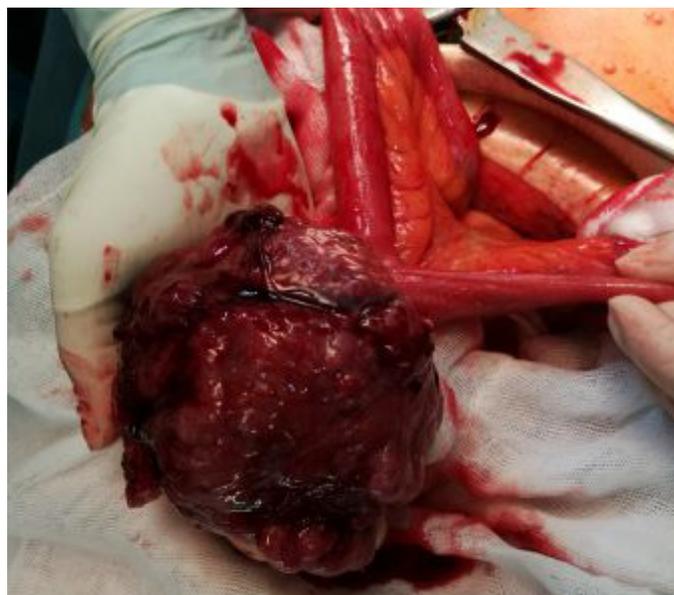


Figura 3
Masa dependiente de íleon.



Figura 1
TAC abdomen.



Figura 4
Pieza de resección intestinal.



Figura 2
Radiografía de tórax.

Discusión: los GIST aparecen en menos del 5% de los casos de NF1. La mayoría de ellos se presentan como lesiones pequeñas asintomáticas con actividad mitótica baja y curso benigno. Solo un 15-20% son malignos. En comparación con los GIST esporádicos, la edad media de presentación en los GIST que se asocian a la NF1 es menor y suelen estar localizados en yeyuno-íleon. La presencia de GIST multicéntricos en el intestino delgado es característica de la NF1, así como la ausencia de mutaciones en KIT y PDGFR-alfa (lo cual implica una ausencia de respuesta a imatinib mesilato). La supervivencia global y libre de enfermedad es similar a la de los GIST esporádicos. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica.

CP077. HALLAZGO RADIOLÓGICO INESPERADO EN CUADRO SUBOCCLUSIVO POR ENFERMEDAD DE CROHN.

MÁ García Martínez, J Gómez Sánchez, J Ramos Sanfiel, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: la Enfermedad de Crohn (EC) se trata de una enfermedad que puede presentar actividad fistulizante, perforante y fibroestenótica, produciendo zonas de estenosis inflamatorias segmentarias con dilatación preestenótica y cuadros de obstrucción intestinal.

Caso clínico: Varón de 46 años con EC tipo estenosante, en tratamiento con mesalazina oral que presenta varios ingresos en Cirugía por cuadros subocclusivos con buena respuesta a tratamiento conservador y corticoterapia. Consulta en Urgencias por cuadro de distensión abdominal y dolor asociado a disminución en las deposiciones, náuseas y vómitos. Se realiza TAC que evidencia cambio de calibre en íleon terminal y válvula ileocecal, con engrosamiento parietal circunferencial que condiciona reducción de la luz y contenido hiperatenuante en su interior, en relación con medicación no absorbida. Con un manejo conservador, el paciente evoluciona de forma favorable con resolución completa del cuadro, sin necesidad de intervención quirúrgica y siendo dado de alta a la semana.

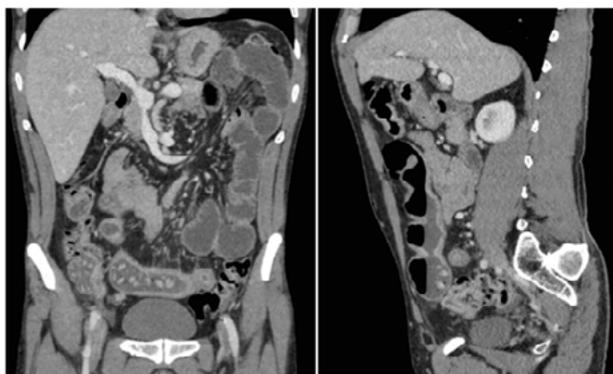
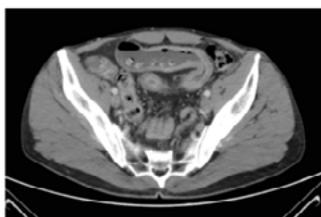


Figura 1 Radiografía simple de abdomen.

Discusión: la obstrucción intestinal detiene el paso del contenido intestinal al disminuir su luz. En el caso de la EC, debemos considerar la opción de que la obstrucción sea motivada por un brote de la enfermedad, y dado el potencial quirúrgico a lo largo de la vida de estos pacientes, debemos plantear tratamiento conservador siempre y cuando la situación clínica del paciente lo permita. La mesalazina oral empleada en el tratamiento de la EC se administra en comprimidos de absorción retardada para conseguir que dicha absorción tenga lugar en el colon, ya que actúa localmente a nivel de la mucosa intestinal. La absorción será menor en pacientes con enfermedad activa. Lo interesante del caso es la retención de la medicación oral por la obstrucción debida a la estenosis localizada a nivel más proximal al

lugar de absorción de la mesalazina, además de por la malabsorción y disminución de su acción que condiciona la agudeza del cuadro.

CP078. HEMATOMA ESPONTÁNEO DEL MÚSCULO RECTO ANTERIOR: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

A Nania, M Alcaide Lucena, P Dabán López, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: el hematoma de la vaina de los rectos (HVR) es una entidad infrecuente con grandes dificultades diagnósticas. Puede manifestarse como cuadro de abdomen agudo, siendo el hematoma espontáneo aún más infrecuente que el postraumático. Presentamos el caso de un paciente anticoagulado con hematoma de gran tamaño y hemoperitoneo tratado mediante embolización.

Caso clínico: Paciente de 77 años anticoagulado con heparina e ingresado en Medicina Interna por cuadro de insuficiencia respiratoria y tos intensa. Durante dicho ingreso el paciente presentó un fuerte dolor abdominal, focalizado en hipogastrio y FII, junto con tumoración en esa zona, además de tendencia a la hipotensión arterial y taquicardia. Se realizó control analítico donde se evidenció descenso de 4 puntos de hemoglobina. Se realizó TC abdominal urgente que objetivó aumento de tamaño de recto anterior izquierdo, con extravasación de contraste que indica sangrado activo y colección hemática intrabdominal de 15x14 cm (Figuras 1-2). Ante la inestabilidad hemodinámica con necesidad de vasoactivos se ingresa el paciente en UCI y se realiza arteriografía, la cual evidencia sangrado activo de la arteria epigástrica izquierda, de la que se realiza embolización mediante coils. Se realizó un TC de control 15 días después, con disminución de la lesión. Vista la buena evolución clínica, analítica y radiológica se decidió dar de alta al paciente 21 días después de su ingreso.



Figura 1 TC axial.

Discusión: el HVR es una entidad clínica infrecuente, que puede ser postraumático o espontáneo. La causa principal parece ser la incapacidad de acomodación a las variaciones de longitud que se producen en los músculos rectos abdominales. El sangrado puede ser desencadenado por la tos, la defecación o el ejercicio en paciente sometidos a terapia anticoagulante. Su diagnóstico es difícil. La ecografía ha demostrado ser una técnica fiable, exenta de contraindicaciones, y debe usarse de primera elección para el



Figura 2

TC sagital.

autolítica. Como antecedentes personales destacaba un trastorno de personalidad orgánico secundario a ictus y depresión. A su llegada el paciente permanece estable, destaca taquicardia sinusal a 130 lpm. A la exploración: abdomen blando y depresible, con herida inciso-contusa, circular y quemadura perilesional, de 2 cm de diámetro, paraumbilical derecha, sin identificarse orificio de salida. En TC abdominal se aprecia hemoperitoneo a nivel de flanco derecho y pelvis fundamentalmente. Perdigón alojado en sacro. Se decide exploración en el quirófano donde se observa importante hemoperitoneo en parietocólicos y pelvis, meso de íleon terminal desgarrado con hemorragia activa y hematoma en mesorrecto con sangrado activo, sin que se observen perforaciones de asas intestinales ni de otros órganos. Se realiza resección de íleon terminal, por inviabilidad del meso, y anastomosis ileocecal laterolateral. Se realiza hemostasia de mesorrecto y se comprueba estanqueidad del recto sin observar perforación. El perdigón no se extrae. El décimo día postoperatorio tras buena evolución fue dado de alta.



Figura 1

Perforación de mesenterio de íleon terminal.

diagnóstico, reservando el TC con contraste en los casos donde esa prueba no sea concluyente, alcanzando una sensibilidad y especificidad del 100%. En la actualidad se recomienda una actitud conservadora como tratamiento de elección, reservando la cirugía en caso muy concretos, siendo la morbilidad operatoria elevada (4-18%). La embolización arterial supone una nueva técnica en caso de sangrado activo, que evita la cirugía. Las indicaciones de cirugía más establecidas son la duda diagnóstica, hemorragia activa con repercusión hemodinámica no solucionada con embolización y abscesificación del hematoma.

CP079. HERIDA POR ARMA DE FUEGO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

A Ortega Martínez, R de Luna Díaz

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

Introducción: las lesiones por arma de fuego son heridas causadas por proyectiles que pueden producir graves daños e incluso causar la muerte. Cuando afectan al abdomen, son generalmente penetrantes y cabe considerarlas como una situación de emergencia, por la posible ruptura de grandes vasos y órganos. Es fundamental una estabilización rápida del paciente, un diagnóstico precoz y un pronto tratamiento quirúrgico de ser necesario.

Caso clínico: Varón de 53 años traído a urgencias por disparo a bocajarro en abdomen con escopeta de perdigones, con intención



Figura 2

Pieza quirúrgica.

Discusión: las heridas causadas por arma de fuego son especialmente traumáticas. Cuando la magnitud de sangrado es importante, producen alteraciones hemodinámicas detectables que requieren un abordaje quirúrgico inmediato para control del sangrado y estabilización. Las vísceras huecas, al perforarse, contaminan la cavidad provocando signos de irritación peritoneal. La gravedad y extensión de las lesiones penetrantes por arma de fuego dependen de la balística del arma, la trayectoria del misil y las características de los tejidos y órganos involucrados en dicha trayectoria. Los pacientes hemodinámicamente estables pueden ser examinados mediante TC abdominal para determinar la penetración intraperitoneal. Se recomienda el uso de antibióticos y la inmunización antitetánica debido a la naturaleza contaminada de la herida. Se debe realizar un desbridamiento conservador de los tejidos desvitalizados. No hay indicación de retirar los proyectiles, debido al riesgo de dichas maniobras y los pocos casos de intoxicación por plomo descritos en la literatura, sin embargo si es fácilmente accesible deben retirarse.

CP080. HERNIA DE AMYAND: A PROPÓSITO DE UN CASO.

A Fierro Aguilar, S Roldán Ortiz, JM Pacheco García, S Cerrato Delgado, J Varela Recio, C Peña Barturen, S Ayllon Gámez

Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: la hernia de Amyand es una variante poco común de la hernia inguinal, siendo un cuadro caracterizado por la inclusión del apéndice vermiforme en el saco herniario. Representa el 1% de todos los casos de hernias y un 0,1% de los casos de apendicitis aguda. Aunque la mayoría cursa de forma asintomática, cuando es sintomática los signos y síntomas suelen simular a los de una hernia complicada y la mayoría de los pacientes son intervenidos bajo este diagnóstico, sin requerirse pruebas de imagen. El tratamiento es variable, y depende de si el apéndice detectado está complicado o no.

Caso clínico: Presentamos un paciente varón de 73 que acude a consultas con cuadro de inguinodinia derecha que aumenta con los esfuerzos. A la exploración, se aprecia una tumoración inguinal derecha reductible, sin signos de complicación. No se solicitan pruebas complementarias para el diagnóstico. Se le propone hernioplastia y se deriva para intervención. Durante la cirugía, se procede a un abordaje anterior de la hernia inguinal, y tras la disección del saco, dentro del mismo, se identifica hernia por deslizamiento con ciego y apéndice cecal en su interior (**Figura 1**). Se lleva a cabo la apertura del saco con disección del apéndice y se realiza apendicectomía. Finalmente se cierra y se reduce el saco, reparándose el defecto con malla y tapón



Figura 1
 Hernia de Amyand.

de PPL según Rutkow Robbins. El postoperatorio del paciente cursa sin incidencias, dándosele de alta al día siguiente.

Discusión: la hernia de Amyand es un cuadro clínico de escasa prevalencia (1%), y su presentación asociada a apendicitis es aún menor (0,1%). Su presentación es tres veces más frecuente en niños y es más común en hombres. En adultos, la hernia de Amyand puede incluir parte de ciego o intestino delgado. Generalmente se presenta como una hernia inguinal derecha indirecta, aunque en algunas ocasiones puede identificarse de forma directa o en región inguinal izquierda. Aunque la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos, algunos pueden presentar inguinodinia derecha. En caso apendicitis, la mayoría de los pacientes simulan un cuadro de hernia inguinal complicada, no siendo necesarias pruebas complementarias y siendo el hallazgo de apendicitis casual. Las opciones de tratamiento dependen del estado del apéndice. Actualmente no hay evidencia suficiente que recomiende apendicectomía durante la hernioplastia; a menos que el paciente tenga un cuadro apendicular, donde se recomienda apendicectomía y reparación herniaria primaria sin malla.

CP081. HERNIA DE HIATO GIGANTE RECIDIVADA COMPLICADA CON VÓLVULO GÁSTRICO EN PACIENTE JOVEN.

JA Blanco Elena, A Alberca Páramo, MT Robles Quesada, R del Rosal Palomeque, P Ruiz Navarro, J Plata Rosales, J Granados García

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: Las hernias hiatales recidivantes suponen una patología común que generan un reto diagnóstico y terapéutico para cirujanos y digestólogos. En su patogenia se asocian factores tanto fisiológicos, como propios del paciente y de la técnica quirúrgica. Su presentación suele ser asintomática o conllevar la presencia de síntomas atípicos, siendo la clínica florida en los casos que debutan con alguna complicación. Su tratamiento es complejo y dependiendo de la causa de los síntomas pueden requerir manejo médico o quirúrgico. Presentamos un caso de una hernia diafragmática recidivada complicada con volvulación gástrica que requirió reparación quirúrgica urgente.

Caso clínico: paciente de 37 años de edad, sin antecedentes familiares de obesidad y sin comorbilidades, con síndrome de ovario poliquístico y OM IMC 44,8. Tras ser valorada se decide según protocolo realizar GV laparoscópica según técnica habitual tutorizada con sonda de Fouchet de 34 Fr con endograpadora de 60 mm protegida con Seamguard, sin incidencias. Tras el alta al tercer día postoperatoria reingresa con diagnóstico de fuga y se maneja de forma conservadora mediante drenaje percutáneo y Stent con buena evolución. A los seis meses del alta en revisión se evidencia que no ha perdido peso y en estudio gastroduodenal se visualiza imagen de posible gestación que se confirma con ecografía. Tras finalizar la misma la paciente ha presentado adecuada pérdida ponderal, tolerancia y la gastroplastia tras estudio endoscopio y baritado está normal, y no ha habido complicaciones materno-fetales.

Discusión: La hernia hiatal paraesofágica es una patología poco frecuente que representa entre el 5 y el 10% de todas las hernias de hiato. Su importancia radica en el riesgo de aparición de complicaciones graves como son la obstrucción o la perforación gástrica o sangrado

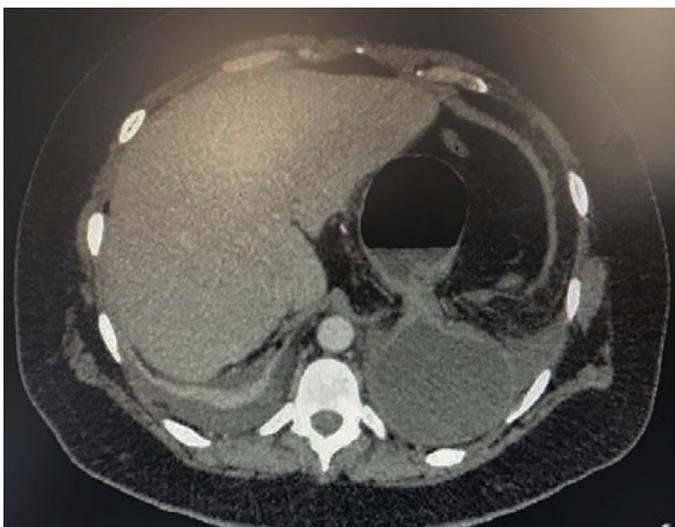


Figura 1
Corte transversal de TC abdominal.

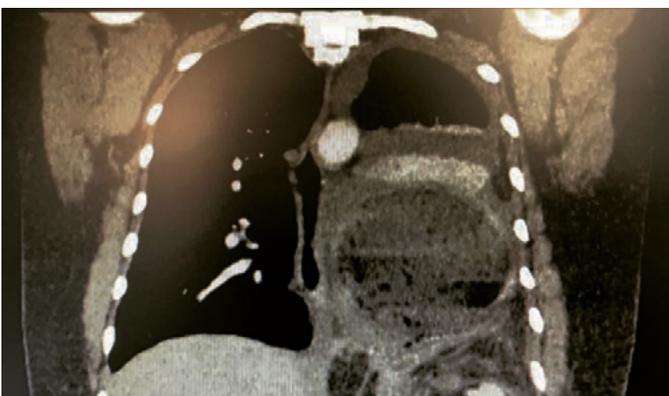


Figura 2
Corte transversal de TC abdominal.

de su mucosa. Por ello se recomienda el tratamiento quirúrgico en todos los casos. Tanto su tratamiento y como los resultados en cuanto a morbilidad y recidiva, peculiaridades con respecto al manejo general de las hernias de hiato. El empleo de una malla de refuerzo se hace imprescindible para reducir la tasa de recidivas en la reparación de grandes hernias hiatales, especialmente en aquellas en las que el tejido de los pilares es de mala calidad, presentan tensión al cierre o en las que ya ha fracasado una reparación primaria.

CP082. HERNIOSCOPIA EN CIRUGÍA DE URGENCIAS DE HERNIA CRURAL INCARCERADA: A PROPOSITO DE UN CASO.

S Martín Cortés, F Ramos Muñoz, JM Cabrera Bermón, C Monje Salazar, EA Buendía Peña, MS Álvarez Escribano, A Ortega Martínez, R de Luna Díaz

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

Introducción: revisión de un caso de hernioscopia en relación a cirugía de urgencias de una paciente con hernia inguinal incarcerada con reducción espontánea tras la inducción anestésica.

Caso clínico: la hernia crural incarcerada es una patología frecuente dentro de la cirugía de urgencias que requieren tratamiento quirúrgico inmediato. En algunas ocasiones se produce reducción espontánea del contenido herniario durante la cirugía. La visualización del contenido del saco herniario es fundamental a la hora de descartar la existencia de isquemia. La hernioscopia puede ser un método a la hora de comprobar el estado del intestino ahorrando la realización de una laparotomía evitando así las posibles complicaciones de la misma. Presentamos el caso de una paciente mujer de 60 años que acude a urgencias por cuadro de dolor a nivel de zona inguinal derecha y aumento de tumoración en relación a hernia ya conocida, de horas de evolución. Ausencia de ventoseo y deposiciones coincidiendo con la aparición del dolor. A la exploración, no signos de irritación peritoneal generalizada. En zona inguinal derecha hernia crural incarcerada no reducible. Analítica preoperatoria con elevación de reactantes de fase aguda. Se decide cirugía urgente. Durante la disección reducción espontánea de contenido herniario por lo que se procede a colocación de trocar de 11 mm por saco herniario con apoyo de trocar de 5 mm en hipogastrio. Se visualiza segmento de intestino delgado congestivo pero viable y sin signos de necrosis, por lo que se completa cirugía de la hernia. Posteriormente a la cirugía, buena evolución postoperatoria con alta al 2º día de ingreso, sin complicaciones.

Discusión: Desde nuestro punto de vista la hernioscopia es un método factible a la hora de evitar laparotomías innecesarias en pacientes con hernias incarceradas aunque es necesario la realización de más estudios.

CP083. IMPORTANCIA DE LA REEVALUACIÓN CONTINÚA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

MS Álvarez Escribano, LC Hinojosa Arco, F Ramos Muñoz, A Ortega Martínez, NS Ávila García, R de Luna Díaz

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

Introducción: la enfermedad traumática grave representa hoy en nuestro país la primera causa de muerte en menores de 40 años. Es de vital importancia establecer protocolos en el manejo de estos pacientes y no olvidar el principio de reevaluación continua.

Caso clínico: varón de 67 años que acude a urgencias tras accidente de tráfico de alto impacto. A su llegada el paciente se encuentra estable hemodinámicamente, sin hallazgos de interés en la revisión primaria. Se realiza Body-TC, en el que se aprecia fractura de la vértebra L4, sin desplazamiento, fractura de ilion derecho y líquido libre intraabdominal. El paciente es trasladado a Cuidados Críticos para observación. Se mantiene reevaluación, que evidencia dolor abdominal significativo, por lo que se repite TC abdominal a las dos horas del estudio previo, que destaca aumento del líquido libre intraabdominal y neumoperitoneo de nueva aparición. Ante estos hallazgos se decide laparotomía exploradora. Se aprecia perforación yeyunal (se realiza cierre simple), laceración esplénica (esplenectomía) y hematomas a lo largo del mesenterio, con afectación del meso apendicular, por lo que se decide apendicectomía (Figuras 1-3). El postoperatorio transcurre sin incidencias.

Discusión: la atención al paciente politraumatizado exige la existencia de protocolos bien implementados que garanticen un diagnóstico y



Figura 1
Perforación yeyunal.



Figura 3
Pieza de apendicectomía.



Figura 2
Pieza de esplenectomía.

lesiones de víscera hueca dentro de los traumatismos abdominales cerrados. Habitualmente se deben sospechar ante mecanismos de desaceleración brusca, ante la presencia de equimosis en la pared abdominal (signo del cinturón) o la presencia de fractura tóraco-lumbar (Fractura de Chance). Con frecuencia, la ecografía y el TC precoces no muestran signos de lesiones intestinales, por lo que una reevaluación y, en su caso, repetición de las pruebas de imagen, pueden ser necesarios para su diagnóstico, tal y como ocurrió en el caso clínico que presentamos.

CP084. INFECCIÓN PLEUROPULMONAR TRAS COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA.

JA Blanco Elena, A Alberca Páramo, MT Robles Quesada, S Fuentes Molina, P Ruiz Navarro, J Plata Rosales, J Granados García

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: Las técnicas actuales de diagnóstico por imagen (especialmente la colangiopancreatografía por resonancia magnética) han convertido a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en una técnica eminentemente terapéutica, lo que la convierte en la técnica de mayor morbilidad de las endoscopias digestivas. Las complicaciones más frecuentes engloban la pancreatitis aguda, la hemorragia postesfinterotomía, la sepsis de origen biliar y

tratamiento de todas las lesiones existentes de la manera más rápida posible. Aunque las lesiones de mayor trascendencia se suelen diagnosticar durante la revisión primaria, pueden existir otras lesiones que se manifiesten de forma más tardía o necesiten un esfuerzo diagnóstico mayor para su detección. Es por ello que la reevaluación adquiere un papel fundamental en el trauma, con la finalidad de asegurar que los nuevos hallazgos no son pasados por alto. Uno de los ejemplos de lesiones que pueden pasar desapercibidas son las

la perforación, tanto del área papilar como del duodeno. Otras complicaciones de menor incidencia, sobre todo complicaciones torácicas o relacionadas con el abordaje endoscópico, requiere un alto grado de sospecha para su diagnóstico temprano y su adecuado manejo.

Caso clínico: varón de 73 años que es sometido a CPRE con esfinterotomía endoscópica y extracción de abundante material litiasico. El procedimiento resulta complejo por dificultad para la canalización selectiva de la vía biliar principal, prolongándose durante más de 200 minutos. El paciente presenta dolor abdominal postCPRE con buena respuesta a analgesia y sin repercusión analítica, por lo que es dado de alta a las 48 horas del procedimiento. El séptimo día de la CPRE el paciente comienza con dolor costal y dificultad respiratoria, por lo que consulta en el servicio de Urgencias, donde se realiza estudio radiográfico que revela un derrame pleural derecho. Ante la sospecha de neumonía por broncoaspiración dados los antecedentes de sedación prolongada y de posición de Trendelenburg forzada en el contexto de la exploración endoscópica, se realiza estudio TC que objetiva un derrame pleural derecho sin afectación parenquimatosa (Figura 1). Se procede a toracocentesis diagnóstica obteniéndose un líquido turbio no purulento con estudio bioquímico compatible con empiema. Tras la colocación de drenaje pleural por vía posterior y la instauración de antibioterapia de amplio espectro el paciente presentó una evolución favorable siendo dado de alta al sexto día del drenaje de la cavidad pleural.

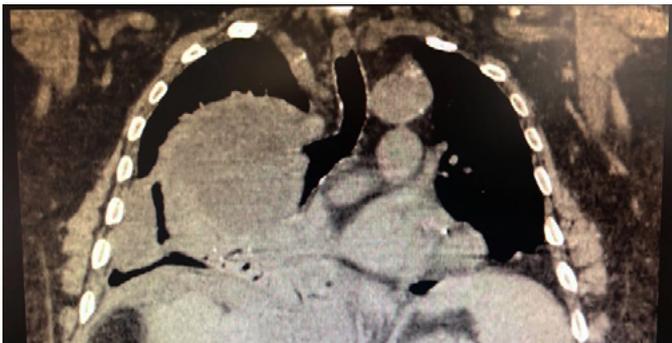


Figura 1

Reconstrucción coronal de TC torácico.

Discusión: la TC es útil para determinar la causa de dolor abdominal tras CPRE y poder adoptar una estrategia terapéutica adecuada y precoz. Las complicaciones torácicas del procedimiento son infrecuentes y suelen ocurrir en pacientes con factores de riesgo, en el contexto de exploraciones prolongadas o en el transcurso de maniobras forzadas. La aparición de complicaciones derivadas del abordaje endoscópico conlleva la aparición de sintomatología inespecífica y con semiología habitualmente no relacionada con el área biliopancreática. La insuficiencia respiratoria tras CPRE requiere una correcta evaluación diferencial de las posibles entidades causales, entre las que se encuentran la perforación esofágica, la perforación duodenal con afectación retroperitoneal y la neumonía por broncoaspiración.

CP085. ISQUEMIA INTESTINAL POR TROMBOSIS PORTAL MASIVA: UNA GRAVE ENTIDAD CON PRONÓSTICO FATAL.

MÁ Moya Ramírez, M Mogollón González, K Muffak Granero, I Palomo López, S González Martínez, J Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: la isquemia mesentérica es una causa infrecuente de abdomen agudo. Sin embargo, se ha visto incrementada debido a una mayor prevalencia de patología cardiovascular y al envejecimiento de la población. Es muy importante tenerla presente en nuestro diagnóstico diferencial pues el retraso en su diagnóstico y por tanto en su tratamiento puede marcar en gran medida el pronóstico.

Caso clínico: Varón de 40 años, con antecedentes de obesidad y enolismo. Acude al servicio de urgencias por un dolor epigástrico de aparición súbita, de 24 horas de evolución y asociando varios episodios de rectorragia. A la exploración presentaba inestabilidad hemodinámica, destacando palidez cutánea y diaforesis con distensión abdominal y peritonismo. La analítica mostró un fallo renal con creatinina de 2,66 mg/dL, leucocitosis y pH de 7,22 con ácido láctico en 6,6mmol/l. Se realizó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) abdomino-pélvica que objetivaba una trombosis masiva de la vena porta, así como de sus afluentes, con signos de isquemia intestinal. Ante dichos hallazgos, se propone intervención quirúrgica urgente donde se objetiva isquemia de gran parte de las asas de intestino delgado. Dada la inestabilidad del paciente, se realizó resección del segmento afecto y colocación del sistema Vacuum Assited Closure (VAC) intraabdominal e inicio de anticoagulación con heparina no fraccionada a dosis terapéutica. A las 24 horas se realiza *second-look*, trombectomía portal y reconstrucción del tránsito intestinal. Pese al intenso tratamiento quirúrgico, el paciente fallece al noveno día por fracaso multiorgánico.

Discusión: La trombosis venosa es una causa infrecuente de isquemia mesentérica, constituyendo entre un 2 y 10% del total. Su etiología es multifactorial: adquirida (hipertensión portal, neoplasias, enfermedades inflamatorias intestinales...) o congénita (estados de hipercoagulabilidad -en nuestro caso el paciente presentaba un defecto de antitrombina III así como aumento de factor V Leiden-). Clínicamente cursa de una forma algo más insidiosa que la isquemia arterial, siendo el dolor el síntoma más frecuente. El peritonismo es infrecuente en la exploración, denotando gravedad en caso de estar presente. La prueba diagnóstica de elección es la TAC. El tratamiento anticoagulante es común a todos los pacientes estando a la cirugía reservada para aquellos con signos de complicación. La trombectomía puede ser útil, aunque no hay evidencia suficiente. La mortalidad en pacientes con grave afectación intestinal alcanza hasta el 75%, siendo el pronóstico fatal en estos casos.

CP086. LEIOMIOSARCOMA; EL TUMOR SILENTE DE PARTES BLANDAS.

I Palomo López¹, MC Montes Osuna¹, JL Díez Vígil², A Mansilla Roselló¹, A Gómez Arroyo¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada. ²Departamento Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: los lipomas constituyen las neoplasias subcutáneas benignas más frecuentes y, su extirpación, una práctica quirúrgica habitual. Su malignización es rara y, lo es aún más, que deriven en

leiomiomas. La región corporal donde más se asientan es el miembro inferior. El tratamiento es quirúrgico, con márgenes de resección seguros (uno de los factores pronósticos más importantes) pero evitando cirugías tan agresivas como antaño. Presentamos un caso clínico de lipoma en miembro inferior cuyo resultado anatomopatológico fue de leiomioma tratado quirúrgicamente y precisando cirugía reparadora.

Caso clínico: Paciente de 55 años con antecedente de hipertensión arterial que acude a consultas de Cirugía General por tumoración molesta en miembro inferior izquierdo. A la exploración en zona pretibial, pequeña masa, de unos 2 cm, que impresiona de lipoma. Se extirpa de forma programada en régimen de Cirugía Menor Ambulatoria. Se avisa a Cirugía General desde Anatomía Patológica por los resultados del estudio: sarcoma de grado intermedio de malignidad con positividad para actina de músculo liso y estrecha relación con paredes vasculares que sugieren leiomioma cutáneo primitivo. Márgenes quirúrgicos afectados. Se presenta caso en comité de sarcomas y se decide: solicitar resonancia magnética de miembro inferior izquierdo (persistencia de tejido tumoral alrededor de cicatriz quirúrgica y márgenes afectados) y tomografía computarizada de tórax (sin hallazgos) e incluir en lista de espera para ampliación de márgenes. Es intervenido realizándose exéresis en bloque de piel y subcutáneo con sección de extensor común de los dedos y extensor del hallux. Exéresis parcial del sóleo con retirada de periostio adyacente. Cobertura con colgajo de perforante de tibial posterior. Tras comprobación de márgenes libres, se decide comenzar con radioterapia. En el seguimiento, se aprecia remisión completa tras tratamiento multidisciplinar con buena tolerancia y evolución al mismo.

Discusión: La malignidad del lipoma es una entidad inusual, aún lo es más encontrar un leiomioma en el tejido celular subcutáneo; pero, a pesar de ser hallazgos atípicos, existen. El parecido debut clínico entre estas tumoraciones benignas y malignas supone un difícil diagnóstico diferencial clínico. Es fundamental por tanto que, tras su sospecha o tras resultado anatomopatológico positivo para malignidad, se lleve a cabo un manejo global y sin demoras por parte de unidades especializadas. Todo ello pone de manifiesto la clara importancia del abordaje multidisciplinar, y en concreto, la relevancia de una depurada técnica quirúrgica en el ámbito de la cirugía menor: subestimarla, supone un error.

CP087. LINFADENECTOMIA INGUINAL POR CARCINOMA DE CELULAS DE MERKEL.

J Gómez Sánchez, MA García Martínez, P Martínez Domínguez, D Rodríguez Morillas, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: el carcinoma de células de Merkel, se trata de una neoplasia cutánea poco frecuente, considerada como tumor neuroendocrino. La aparición de adenopatías afectas por el mismo, constituyen el reto diagnóstico de hallar el tumor primario, o bien que se trate de una afectación inicialmente linfática. Presentamos a continuación el caso de un carcinoma Neuroendocrino, compatible con Carcinoma de células de Merkel para su identificación y manejo.

Caso clínico: Varón de 71 años con antecedentes quirúrgicos de sigmoidectomía laparotómica programada por episodios de diverticulitis, que consulta en Medicina interna por tumoración inguinal izquierda. Se realiza ecografía hallando adenopatía inguinal izquierda sospechosa de malignidad, que se biopsia informando de metástasis de Carcinoma Neuroendocrino (G3), sin poder descartar carcinoma de células cutáneas de Merkel. Ante este hallazgo, es valorado por Dermatología donde no se evidencia ninguna lesión cutánea. Se solicita PET-TAC y RMN hallando ganglio femoral izquierdo sospechoso de malignidad. Se decide realizar linfadenectomía inguinal izquierda, que transcurre sin incidencias, mostrando la anatomía patológica la infiltración por carcinoma neuroendocrino g3 en 2 de 6 adenopatías aisladas. Tras la realización de BodyTAC, Octeoscan y analítica con Enolasa, todos ellos normales sin evidencia de primario, se decide iniciar quimioterapia y radioterapia adyuvante.

Discusión: el carcinoma de células de Merkel es considerado un tumor neuroendocrino raro que aparece en varones caucásicos entre los 60 y 80 años de edad. Suele cursar en zonas de piel expuestas al sol, y es frecuente su diseminación linfática regional. Su supervivencia es del 60% a los 5 años. En aproximadamente el 12% de los casos, no puede detectarse el sitio de origen del carcinoma, lo que constituye un reto diagnóstico. La afectación nodal por este tumor sin evidencia de primario es infrecuente en la literatura, describiéndose a nivel inguinal fundamentalmente y recomendando linfadenectomía inguinal, tal y como se realiza en nuestro paciente.

CP088. MIGRACIÓN DE PRÓTESIS BILIAR, UNA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

S Ercoreca Tejada, N Zambudio Carroll, MÁ Moya López, C Ferrer Castro, T Villegas Herrera, A Becerra Massare, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: Las prótesis de la vía biliar son una alternativa en el tratamiento de la obstrucción de los conductos biliares. Las causas más frecuentes de obstrucción pueden ser de naturaleza benigna o maligna, estenosis biliares, coledocolitiasis, fístulas biliares o fugas. La migración de la prótesis ocurre de un 5-10 % de los pacientes, siendo las complicaciones por esto infrecuentes.

Caso clínico: Mujer de 89 años con antecedentes personales de íleo biliar que precisó resección intestinal, y episodio posterior de colangitis aguda con shock séptico con necesidad de realización de CPRE y drenaje de la vía biliar además de colocación de endoprótesis biliar recubierta. Acude a urgencias por ausencia de tránsito intestinal de dos días de evolución, dolor abdominal generalizado y náuseas. En la analítica destacaba la elevación de los reactantes de fase aguda con hiperlactacidemia. Se realizó un TC abdominal que evidenció obstrucción de intestino delegado a nivel yeyunal secundario a migración de prótesis biliar con dilatación de las asas de hasta 3 cm. Dada la clínica y los resultados de las pruebas complementarias se decidió tratamiento quirúrgico mediante enterotomía y extracción del stent, las asas intestinales no presentaban signos isquémicos. La paciente fue seguida en consulta con buena evolución postoperatoria.

Discusión: la migración de los stents biliares es poco frecuente y las complicaciones causadas por este desplazamiento más raras aún. La clínica que puede producir la migración de la prótesis puede provocar desde una colangitis a falta de una vía biliar permeable, obstrucción intestinal o ser asintomáticas. La migración puede producirse hacia proximal o hacia distal. Si se produce en sentido distal pasará a duodeno y posteriormente al resto del tracto digestivo. La mayoría de las veces se desplazará sin causar complicaciones, pero el lugar más común de perforación es a nivel duodenal seguido de íleon terminal y colon más raramente. El tratamiento del stent biliar migrado suele ser endoscópico, con recuperación de la prótesis con recambio de ésta, o plantear otra alternativa de tratamiento. Hay situaciones en las que el tratamiento endoscópico no es efectivo, por la localización de la prótesis entre otras causas, por lo que será necesario recurrir a la cirugía. Si existe evidencia o sospecha de obstrucción, perforación intestinal o la situación clínica del paciente es de gravedad, el tratamiento será quirúrgico.



Figura 2 Necrosis anorrectal con afectación perineal (detalle).

CP089. NECROSIS ANORRECTAL TRAS RECONSTRUCCIÓN DE TRÁNSITO

JA Blanco Elena¹, C León Salinas², MT Robles Quesada¹, R del Rosal Palomeque¹, P Ruiz Navarro¹, S Fuentes Molina¹, J Granados García¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra. ²UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba

Introducción: presentamos el caso de un paciente intervenido para reconstrucción del tránsito intestinal mediante anastomosis colorectal mecánica con endograpadora circular vía endoanal, que presenta en postoperatorio inmediata necrosis perianal extensa con probable afectación esfinteriana.

Caso clínico: paciente varón de 64 años, con obesidad mórbida y artritis reumatoide con neumopatía intersticial secundaria a inmunosupresores, intervenido hace dos años de peritonitis secundaria a diverticulitis perforada de sigma, realizándose intervención de Hartmann con colostomía terminal izquierda. Se interviene de manera programada para cierre de ostomía y reconstrucción del tránsito intestinal, realizando anastomosis mecánica colorectal. El cuarto día postoperatorio presenta proctalgiya aguda evidenciando una zona de necrosis cavitada y abscesificada perianal derecha y anterior, con afectación de esfínteres (Figuras 1-2). Se mantiene el tránsito espontáneo sin datos de sepsis ni afectación sistémica por lo que se



Figura 1 Necrosis anorrectal con afectación perineal.

decide manejo conservador y expectante, con curas diarias de herida perianal hasta cicatrización.

Discusión: las lesiones del aparato esfinteriano tras la manipulación instrumental en la realización de una anastomosis colorectal mecánica con endograpadora están descritas, así como el espectro de síntomas englobados dentro del síndrome de resección anterior baja (SRAB). Sin embargo, una necrosis espontánea perianal sin aparente lesión causal, en un paciente inmunosuprimido y tratado con corticoiterapia, podría explicar el origen de esta lesión en el postoperatorio de nuestro paciente

CP090. LESIÓN QUÍSTICA COMPLEJA EN PACIENTE JOVEN.

M Neuhaus Nevado, M Pérez Reyes, A González Sánchez, J Aranda Narváez, L Romacho López, I Cabrera Serna, A Titos García, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: se define neumoperitoneo como la presencia de aire libre en la cavidad abdominal, si bien en el 90% de los casos es debida a perforación de una víscera hueca, existen otros tipos denominados neumoperitoneo espontáneo, benigno o no-quirúrgico, que son causados por diferentes mecanismos, uno de ellos es el que se expone a continuación y que no requieren cirugía emergente, pudiéndose tratar de forma conservadora.

Caso clínico: presentamos el caso de una mujer de 78 años, con antecedentes personales de HTA, DM, hepatopatía crónica por VHB con varices esofágicas, MELD 12. Ingresó en digestivo por cuadro de rectorragia de 48 horas de evolución sin otra sintomatología asociada. Se realiza colonoscopia objetivándose angiodisplasia con estigmas de sangrado en colon derecho que se electrocoagula con gas argón plasma. Varias horas tras la realización de la colonoscopia comienza con dolor abdominal difuso. Se realizó TAC abdominal urgente que mostró burbujas de aire extraluminal adyacentes a ciego y abundante líquido intraabdominal (Figuras 1-2). La paciente estaba afebril, estable hemodinámicamente y en la exploración presentaba abdomen con ascitis moderada y doloroso de forma difusa, más intenso en fosa iliaca derecha, pero sin irritación peritoneal. Analíticamente destacaba elevación de PCR (77). Tras evaluar el caso en sesión clínica

se decidió cirugía urgente, se aspiraron 4 litros de ascitis limpia sin evidencia de perforación ni signos indirectos de la misma. Como complicación postoperatoria presentó descompensación de su cirrosis con abundante ascitis que precisó ingreso prolongado a cargo del servicio de Digestivo.

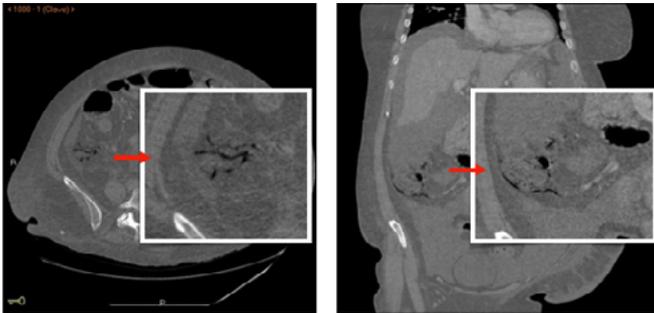


Figura 1
Neumoperitoneo en imágenes de TC.

Discusión: la electrocoagulación con argón plasma es una técnica endoscópica de coagulación monopolar sin necesidad de contacto con la mucosa. Es una técnica efectiva y segura, siendo la mejor opción de tratamiento de lesiones vasculares de la mucosa gastrointestinal. El gas argón puede difundir a través de la pared intestinal hacia la cavidad intraabdominal sin que exista perforación. El hallazgo de neumoperitoneo por perforación de víscera hueca tras esta técnica se ha descrito en muy pocos casos, siendo más frecuente el hallazgo incidental de neumoperitoneo asintomático. Tras colonoscopia, ante cuadro de dolor abdominal está indicado realizar TAC abdominal (prueba de elección) urgente. En estos pacientes, ante la ausencia de datos de alarma como la irritación peritoneal y signos de sepsis (hipotensión, elevación de RFA o aumento de lactato) el manejo conservador es la mejor opción con una vigilancia estrecha, dieta absoluta, colocación de sonda nasogástrica y el uso de antibióticos de amplio espectro junto control radiológico que muestre la disminución del neumoperitoneo.

CP091. NEUROMA DE VÍA BILIAR COMO CAUSA DE ESTENOSIS Y OBSTRUCCIÓN DE CONDUCTO HEPÁTICO COMÚN A NIVEL DE LA CONFLUENCIA.

L Pico Sánchez, S Álvarez Escribano, J Roldan de la Rúa, F Ramos Muñoz, LC Hinojosa Arco, S Martín Cortés, N Ávila García, MA Suárez Muñoz

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

Introducción: Los neuromas de los conductos biliares son lesiones poco frecuentes que permanecen asintomáticas en la mayor parte de los pacientes. Se originan en los extremos de los nervios seccionados generalmente durante cirugía previa de la vía biliar. Cuando producen síntomas, éstos son generalmente dolor y en raras ocasiones ictericia obstructiva. Su diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con otras causas estenosis inflamatorias benignas de vía biliar o el tumor de Klatskin.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer de 64 años con antecedente de colecistectomía abierta por colelitiasis sintomática. Tras la cirugía la paciente presenta de forma progresiva

clínica de dolor en hipocondrio derecho y perfil hepático de colestasis. Se objetiva mediante Eco y Colangio-RMN estenosis a nivel de confluencia de ambos conductos hepáticos con dilatación moderada de vía biliar intrahepática bilateral de posible causa inflamatoria sin poder descartar tumor de Klatskin. El PET-TC no muestra hallazgos sugerentes de malignidad. Requiere posicionamiento de prótesis reabsorbible en vía biliar mediante CPTH, mejorando inicialmente la sintomatología. Tras la disolución de la misma la paciente presenta nuevamente clínica de dolor en HCD y colestasis. Se decide en comité multidisciplinar intervención quirúrgica, realizándose resección de vía biliar principal y derivación biliodigestiva tipo hepaticoyunostomía en Y de Roux Hepp-Couinaud, evolucionando favorablemente tras la cirugía y siendo dada de alta al 5º día postoperatorio. La AP definitiva es de neuroma de vía biliar. Actualmente la paciente se encuentra asintomática con perfil hepático normal.

Discusión: el neuroma de vía biliar es una rara causa de obstrucción benigna de vía biliar que se presenta generalmente en pacientes con antecedente de cirugía de vía biliar previa. Está indicada su extirpación cuando son sintomáticos o ante sospecha de malignidad, siendo la extirpación del territorio afectado y la reconstrucción biliodigestiva tipo hepaticoyunostomía en Y de Roux la técnica más empleada.

CP092. NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ.

MS Álvarez Escribano, NS Ávila García, R Soler Humanes, EA Buendía Peña, S Martín Cortés, R de Luna Díaz

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

Introducción: un nódulo umbilical puede ser el primer síntoma de una neoplasia intraabdominal, esta entidad es conocida como nódulo de Sor María José. Estos pacientes con frecuencia presentan un cáncer invasivo y agresivo con mal pronóstico.

Caso clínico: Caso 1: mujer de 76 años acude a urgencias por tumoración umbilical de meses de evolución y dolor abdominal en epigastrio con irradiación hacia espalda, acompañado de vómitos esporádicos y cuadro constitucional. A la exploración destaca tumoración dura no reductible de pequeño tamaño. Se solicita ecografía abdominal, que visualiza nódulo sólido a nivel umbilical, en probable relación con implante. Se decide realizar TC abdominal que informa de neoformación en cuerpo/cola de páncreas y múltiples metástasis hepáticas (Figura 1). La paciente fue ingresada a cargo de Digestivo para completar estudio, realizándose TC Tórax que no visualiza masas y BAAF de cola pancreática mediante ecoendoscopia. Los marcadores tumorales estaban elevados (antígeno carcinoembrionario 77,92 y antígeno carbohidrato 19,9 > 700) La paciente fue dada de alta pendiente de resultados de anatomía patológica para presentar en Comité y decidir actitud. Caso 2: varón de 82 años acude a urgencias por tumoración umbilical de apariencia metastásica con queratinización crónica (Figura 2), por lo que se solicita TC abdominal que informa de lesión neoformativa en base cecal (Figura 3) con lesiones metastásicas hepáticas y pulmonares, así como implante cutáneo a nivel umbilical. Dos semanas después el paciente vuelve a urgencias por cuadro de obstrucción intestinal secundario a la neoformación ya conocida, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente, realizándose resección ileocecal y exéresis de nódulo umbilical. El estudio anatomopatológico informa de adenocarcinoma cecal pT4a N2a M1. El

paciente fue dado de alta, con derivación a Oncología para completar tratamiento.



Figura 1
Neoformación en cuerpo/cola de páncreas y múltiples metástasis hepáticas.



Figura 2
Nódulo de Sor María José.



Figura 3
Lesión neoplásica en base cecal.

Discusión: el síndrome de Sor María José es una entidad clínica caracterizada por un nódulo umbilical. Es poco frecuente pero muy

relevante dado que puede representar una metástasis umbilical de una neoplasia intraabdominal, que en la mayoría de los casos se trata de un adenocarcinoma. Las neoplasias primarias más frecuentes en relación al nódulo de Sor María José son gástricas, ováricas, colónicas y pancreáticas. Esta lesión puede ser confundida con otras entidades tanto benignas (hernia umbilical, endometriosis cutánea, granuloma piógeno, psoriasis, cicatriz hipertrófica o queloides) como malignas (implante metastásico de neoplasia intraabdominal, enfermedad de Paget, carcinoma basocelular umbilical), por lo que es fundamental hacer un buen diagnóstico diferencial ante este hallazgo, solicitando si se precisa pruebas de imagen o biopsia mediante punción con aguja fina.

CP093. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA OBTURATRIZ INCARCERADA: UN HALLAZGO POCO FRECUENTE.

N Martos Rojas, S Martín Cortés, EM Sanchiz Cárdenas, A Ortega Martínez, EA Buendía Peña, MS Álvarez Escribano, R de Luna Díaz

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

Introducción: las hernias obturatrizes son entidades poco frecuentes que constituyen entre el 0,073-1,4% de todas las hernias y entre el 0,2-1,6% de las obstrucciones intestinales. El agujero obturador es un sitio poco propenso a la formación de hernias, dadas sus características anatómicas. Se han descrito, como factores predisponentes de este tipo de hernias, el sexo femenino, la edad avanzada y la pérdida de peso. Las hernias obturatrizes son las de mayor mortalidad (tasa de mortalidad del 40%), lo que se atribuye a varios factores, como son su aparición en pacientes añosos y frágiles, la alta tasa de estrangulación de intestino delgado y el retraso en el diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico: paciente mujer de 86 años, intervenida previamente de histerectomía con doble anexectomía, apendicectomía y hernioplastia inguinal izquierda, que consulta por urgencias por clínica obstructiva de una semana de evolución. A la exploración presenta distensión y dolor abdominal, sin palpase hernias. Se solicita TAC de abdomen con sospecha de cuadro suboclusivo secundario a bridas. En dicha prueba se identifica un asa de intestino delgado entre los músculos pectíneo izquierdo y obturador externo ipsilateral, saliendo por el agujero obturador, con engrosamiento mural de dicho segmento, que provoca una dilatación de asas de delgado proximales a la hernia. Asocia leve-moderada cuantía de líquido libre perihepático, interasas, en pelvis y en saco herniario, hallazgos compatibles con obstrucción de intestino delgado secundaria a hernia obturatriz izquierda con sufrimiento de asas. (Figura 1). Se decide intervención quirúrgica urgente abordándose por laparotomía media. Tras dilatación del orificio herniario se reduce el segmento de íleon herniado (de aproximadamente 7 cm) a través del agujero obturador, observándose signos de isquemia sin viabilidad, no se encontró perforación. Se procedió a resección intestinal con anastomosis primaria y reparación herniaria con Plug. Tras la intervención quirúrgica la paciente presentó íleo postoperatorio que se resolvió con procinéticos, y fue dada de alta al 10º día postoperatorio.

Discusión: Entre el 0,2-1,6% de las obstrucciones intestinales se producen por una hernia obturatriz encarnerada. Esta patología presenta una elevada mortalidad que alcanza el 40%.

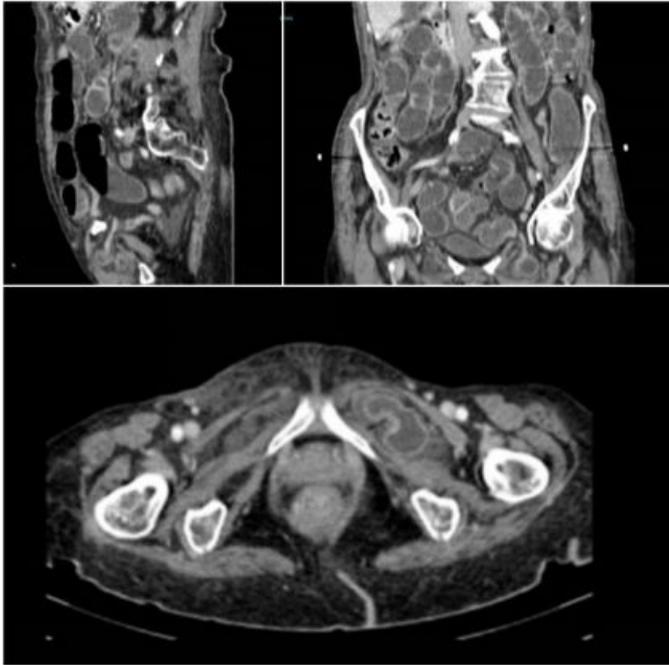


Figura 1
TAC abdomen.

de mejoría, se decide intervención quirúrgica urgente. Se evidenció una importante dilatación del colon sigmoide que se encontraba volvulado, ocupando gran parte de la cavidad abdominal por lo que se realizó sigmoidectomía con anastomosis primaria laterolateral.

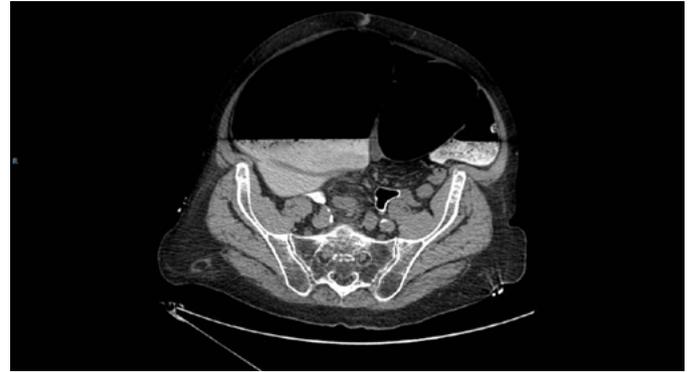


Figura 1
TAC con imagen "en remolino", típica del vólvulo de sigma.

Discusión: En nuestro medio los vólvulos de colon son una causa poco frecuente de obstrucción intestinal (1-5%). Ocurren con mayor frecuencia en varones, aumentado la incidencia en la senectud. Puede ocurrir en cualquier segmento del colon, pero es más frecuente en el sigma (43-71%) y el ciego (40-60%). No hay una clara etiología que explique la aparición de esta patología, pero sí se han identificado una serie de factores de riesgo como en envejecimiento, el estreñimiento crónico, la institucionalización, la toma de fármacos psicotrópicos y algunas alteraciones morfológicas del colon como el dolico colon. El cuadro clínico clásico viene determinado por la triada de dolor abdominal, distensión y estreñimiento. La imagen típica en radiografía simple de abdomen es la imagen en grano de café y en la TC el signo de remolino. La descompresión endoscópica del colon es el tratamiento de elección, recurriendo a la cirugía de urgencias cuando esta no es efectiva o existen signos o sintonías de alarma.

El diagnóstico precoz parece ser la clave para disminuir esta alta morbimortalidad. Nos podemos ayudar de técnicas de imagen para el diagnóstico precoz de la hernia obturatriz.

CP094. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A VÓLVULO DE SIGMA: ¿ES SIEMPRE POSIBLE EL MANEJO ENDOSCÓPICO?

MÁ Moya Ramirez¹, M Mogollón González¹, MC Montes Osuna¹, C Ferrer Castro¹, S González Martínez², J Villar del Moral³

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada. ²Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada. ³Sección Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: el vólvulo es una entidad consistente en un giro o torsión del intestino sobre su eje mesentérico, determinando la obstrucción parcial o completa de la luz intestinal y un compromiso vascular que puede dar lugar, por isquemia, a la gangrena del segmento intestinal afecto.

Caso clínico: Paciente varón de 78 años con antecedentes personales de HTA, dolico colon sigmoide y estreñimiento pertinaz con uso de laxantes a diario. Múltiples consultas por disminución del tránsito intestinal junto con distensión abdominal sin hallazgos relevantes en radiografía abdominal ni signos de alarma asociados. El paciente acude al servicio de Urgencias por persistencia del dolor y distensión abdominal, con imagen en radiografía simple compatible con vólvulo de sigma. Se amplía el estudio con Tomografía Axial Computarizada (TAC) abdominal identificando un vólvulo de colon sigmoide apreciándose cambio de calibre brusco con imagen "en remolino". (Figura 1). Como primera opción terapéutica se planteó la descompresión endoscópica, no siendo efectiva. Dada la ausencia

CP095. PERFORACIÓN DE INTESTINO DELGADO POR INGESTION INADVERTIDA DE PALILLO DE MADERA.

J Ferrufino, JM Suárez Grau, A Gila Bohórquez, J Gómez Menchero

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Riotinto, Minas de Riotinto

Introducción: la ingestión de cuerpos extraños sigue siendo un motivo de obstrucción intestinal en nuestros días. Muchos de ellos, debido a su tamaño, pasan desapercibidos en el momento de la ingesta y posteriormente en el transcurso de varios días causan sintomatología diversa, que abarca desde dolor abdominal hasta obstrucción intestinal, como el caso clínico que presentamos.

Caso clínico: presentamos un caso de abdomen agudo quirúrgico motivado por la que la ingestión accidental de un palillo de dientes, causando una perforación yeyunal. Varón de 62 años, intervenido de hemicolectomía derecha por neoplastia de colon hace 4 años, acudió a urgencias con dolor abdominal, sin referir ninguna circunstancia que lo pueda justificar. Tras pruebas complementarias se objetivó neumoperitoneo y se realizó intervención quirúrgica. El diagnóstico fue de perforación yeyunal secundario a palillo de dientes. Se

procedió a realizar resección segmentaria con anastomosis. (Figura 1) Posteriormente el paciente evolucionó satisfactoriamente sin incidencias.

Discusión: a pesar de que en la anamnesis no se refiera ingestión de cuerpos extraños, debemos tener en cuenta que es una de las causas frecuentes de obstrucción abdominal y perforación intestinal. Las pruebas de imagen ayudan en el diagnóstico (TAC abdominal Figura 2), pero no son definitivas para un diagnóstico correcto, por lo que en la mayoría de los casos el diagnóstico definitivo se realiza en la intervención quirúrgica de urgencia.

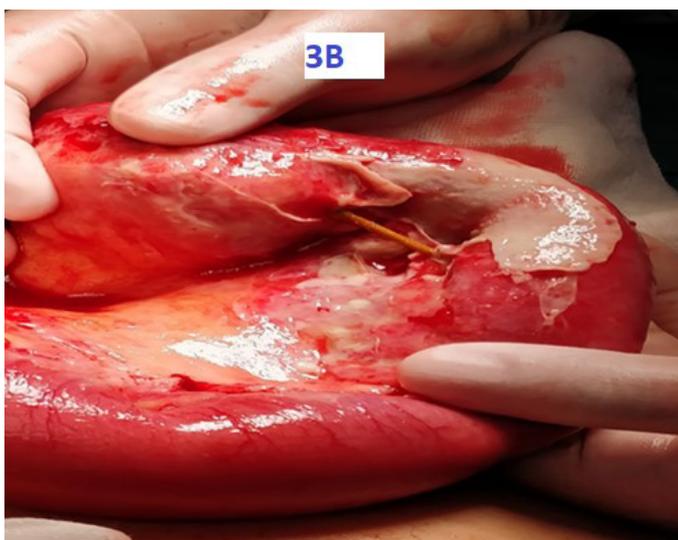


Figura 1

Yeyuno atravesado por palillo de madera

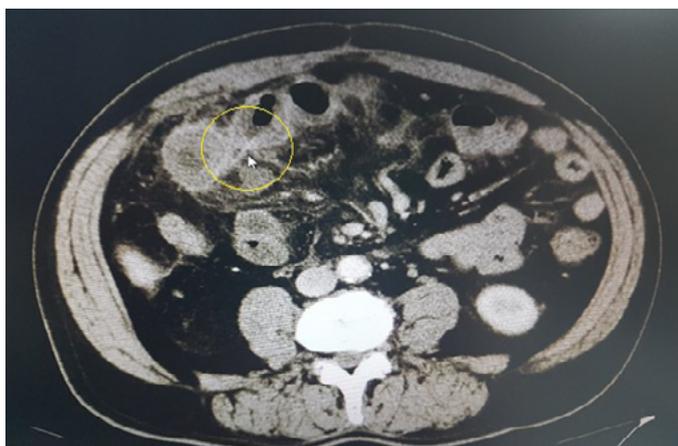


Figura 2

TAC describiendo imagen hipodensa (posible cuerpo extraño).

CP096. PERITONITIS ESCLEROSANTE COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

J Gómez Sánchez, T Gallart Aragón, R Forneiro Pérez, A Nania, JA Ubiña Martínez, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: La peritonitis esclerosante es una complicación rara de la diálisis peritoneal caracterizada por la fibrosis difusa de la membrana peritoneal, que puede progresar a la obstrucción intestinal. Presenta una incidencia que varía desde el 0,7% al 3,3%, y puede desembocar en la cirugía del paciente. Se presenta a continuación caso clínico con el objetivo de exponer la clínica, características y manejo terapéutico de dicha patología.

Caso clínico: paciente de 38 años de edad con antecedentes personales de nefropatía autoinmune por la cual requiere diálisis peritoneal. Consultó en el servicio de urgencias por vómitos de repetición y ausencia de deposiciones de tres días de evolución. A la exploración presentaba discreta distensión abdominal, sin alteración en el catéter de diálisis. Analíticamente destacaba una ligera leucocitosis así como una hipocaliemia acompañante. Se solicitó TAC abdominal que informaba de un engrosamiento uniforme y difuso de todo el peritoneo, así como la presencia de unas bandas lisas que dispuestas entre las asas de intestino delgado, una más acentuada en íleon terminal, originando cuadro de dilatación intestinal. Se ingresó a cargo de Cirugía General, iniciándose tratamiento conservador con dieta absoluta y analgesia, resolviéndose el cuadro de obstrucción intestinal a las 24 horas, tras la colocación de sonda nasogástrica, y control radiológico mediante Gastrografía.

Discusión: la peritonitis esclerosante es una complicación infrecuente pero grave de la diálisis peritoneal cuya mortalidad puede alcanzar hasta el 50%. El principal factor de riesgo para su desarrollo es el tiempo de evolución a las soluciones de diálisis peritoneal al que se ve expuesto el paciente, aunque su etiopatogenia no está del todo clara. Su diagnóstico está basando en la clínica, con el antecedente claro de diálisis, pero no existen marcadores ni clínicos, ni analíticos que permitan establecer un diagnóstico precoz. El TAC abdominal es útil para confirmar esta patología, pero su uso es limitado en pacientes asintomáticos. El manejo terapéutico es complejo, incluyendo el sopesar otras opciones de terapia renal sustitutiva, la utilización de fármacos inmunosupresores como corticoides o antifibróticos como el Tamoxifeno, y la cirugía en fases más avanzadas o ante cuadros que comprometan la viabilidad intestinal. En nuestro caso, el paciente mediante tratamiento conservador presentó una evolución favorable, si bien el cuadro suboclusivo supuso el diagnóstico de esta patología, que previamente no se había sospechado.

CP097. PROLAPSO RECTAL EN CIRUGÍA DE URGENCIAS: LA IMPORTANCIA DE UN ADECUADO ABORDAJE INDIVIDUALIZADO.

I Palomo López, S Ercoreca Tejada, N Zambudo Carroll, I Segura Jiménez, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: El prolapso rectal consiste en la invaginación y exteriorización de este a través del ano. Existen dos tipos de mecanismo de producción: por debilidad (mujeres de edad avanzada y múltiparas con una enfermedad degenerativa del periné) y por fuerza (adultos jóvenes con normalidad de periné y esfínteres, pero con exceso de longitud y movilidad del recto). Entre sus factores de riesgo se encuentra la enfermedad psiquiátrica. El tratamiento quirúrgico se clasifica según su vía de abordaje (abdominal o perineal) y pueden incluir fijación, resección intestinal o plicatura. Presentamos un

caso clínico de prolapso rectal irreductible tratado de forma urgente mediante intervención de Altemeier.

Caso clínico: paciente de 49 años con antecedentes personales de crisis epilépticas en la infancia, oligofrenia y VHC tratado; además, episodios previos de prolapso rectal con capacidad de reducción manual en domicilio. Acude a Servicio de Urgencias por prolapso rectal de dos días de evolución irreductible. Sin alteración del hábito intestinal ni incontinencia, sangrado ni ensuciamiento. A la exploración se aprecia prolapso rectal incompleto (mucosa y submucosa), externo e irreductible sin signos de isquemia. Se decide intervención quirúrgica urgente mediante técnica de Altemeier: incisión de la mucosa a 1 cm del borde anocutáneo y sección circunferencial de la misma separando así la mucosa del músculo. Posteriormente se realiza la sección de la mucosa redundante y una anastomosis coloanal. El paciente evolucionó de forma favorable en planta, dándose de alta en su segundo día postoperatorio con una exploración anal, mediante tacto rectal, que evidenciaba buena ascensión de sutura y ausencia de estenosis.

Discusión: a pesar de ser una patología infrecuente, el prolapso rectal supone una alteración importante en la calidad de vida de los pacientes. La inexistencia de una técnica quirúrgica universal e infalible supone el mayor de los retos al enfrentarnos a esta patología. Con este caso clínico pretendemos resaltar la importancia de conocer este tipo de procedimientos, puesto que pueden presentarse como una urgencia quirúrgica así como la importancia de su abordaje individualizado; pues no existe técnica de elección, pero sí cirugía ideal: restablecimiento de la función y anatomía anorrectal de forma mínimamente invasiva y con baja morbilidad, así como restablecimiento del confort del paciente, que tan importante es como la realización de una depurada técnica quirúrgica.

CP098. ENDOMETRIOSIS ILEOCECAL OBSTRUCTIVA.

E Licardie-Bolaños¹, JM Suárez-Grau², C Mosquera-Fernández³, S Morales-Conde⁴

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Clínica Quirón Sagrado Corazón, Sevilla. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Riotinto, Minas de Riotinto. ³Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Coruña, A. ⁴Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: Los tumores gástricos submucosos son infrecuentes, siendo los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) los que se encuentran más habitualmente. Los tumores del estroma gastrointestinal representan el dos por ciento de los tumores digestivos. La resección quirúrgica atípica sin realizar linfadenectomía es la primera opción de tratamiento quirúrgico. Las técnicas mínimamente invasivas, tales como combinar el abordaje transgástrico y endoscópico son útiles en tumores localizados cerca de la unión gastroesofágica, evitando riesgo de estenosis. La principal indicación de la cirugía transgástrica son las lesiones mucosas y submucosas, benignas o premalignas, que no pueden ser extirpadas endoscópicamente.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 72 años de edad, con antecedentes de HTA a tratamiento farmacológico. En

el contexto de un seguimiento por pirosis y ERGE se le realiza una endoscopia oral se evidencia una tumoración gástrica submucosa en cuerpo alto hacia curvatura menor de unos 30mm de diámetro. En la ecoendoscopia se evidencia un tumor estromal gástrico de 3 cm en curvatura menor de cuerpo gástrico. Intervención quirúrgica programada: se practica incisión longitudinal de aprox. 4 cm pararectal izquierda, realizando laparoscopia diagnóstica, identificando la cara anterior del estómago. Se realiza exteriorización de la misma y gastrotomía, colocando el retractor Alexis® y colocamos el puerto único (Gelpoint-Applied®) fijando la pared gástrica a la pared abdominal. Identificación de la lesión y exéresis completa hasta la capa muscular con pinza de Ligasure® de 5mm. Extracción de la pieza por bolsa protectora. Realizamos cierre del lecho con sutura VLoc®-3.0. Cierre de la gastrotomía con doble sutura absorbible. Drenaje adyacente a la gastrotomía y cierre la pared abdominal. El paciente inició tolerancia progresiva a las 24 horas, siendo dado de alta a las 48 horas sin incidencias.

Discusión: El abordaje laparoscópico transgástrico de estos tumores, con o sin asistencia endoscópica, mantiene los mismos resultados oncológicos que los obtenidos tras cirugía convencional. Los abordajes mínimamente invasivos son una buena alternativa de abordaje a las técnicas tradicionales. Las guías de práctica clínica japonesa para el tratamiento de GIST gástrico sugieren que la resección laparoscópica de tumores menores de 5 cm es segura cuando la realiza por un cirujano experimentado, completamente familiarizado con las características neoplásicas de GIST gástrico. Se ha discutido en relación a la indicación del abordaje según el tamaño de la lesión, sin embargo creemos que la cirugía laparoscópica transgástrica sería una buena alternativa a la cirugía abierta, incluso para el tratamiento de GIST gástrico mayor de 5 cm de tamaño.

CP099. ROTURA TARDÍA DE ARTERIA PILÓRICA EN PACIENTE CON LESIONES EVOLUCIONADAS POR INGESTA DE AGUA FUERTE.

JA Blanco Elena, MT Robles Quesada, A Alberca Páramo, S Fuentes Molina, R del Rosal Palomeque, J Plata Rosales, J Granados García

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: la ingesta de cáusticos es una situación habitualmente benigna y de evolución favorable, aunque en ocasiones puede acabar en un desenlace fatal. Es fundamental una rápida identificación de los casos potencialmente graves para su tratamiento precoz. La evolución viene determinada por la gran variedad de complicaciones tanto quirúrgicas como médicas e infecciosas a las que están expuestos estos pacientes.

Caso clínico: Mujer de 63 años con antecedente de episodios de depresión mayor y de varios intentos autolíticos con medios de baja letalidad. Consulta en Urgencias tras la ingesta de medio vaso de agua fuerte presentando dolor abdominal moderado. Se mantiene estable y tras completar su evaluación con endoscopia digestiva alta, que evidencia gastritis aguda no complicada, ingresa en planta de Medicina Interna para vigilancia evolutiva. Durante el ingreso se realizan dos endoscopias de control que hablan de estabilidad de las lesiones gástricas, por lo que la paciente, que se encuentra asintomática, reinicia dieta oral con buena evolución. En 23^{er} día de

ingreso la paciente presenta cuadro de shock refractario a volumen con abundante líquido libre intraperitoneal, por lo que se decide laparotomía exploradora urgente. Los hallazgos intraoperatorios revelan una perforación gástrica a nivel de cara anterior del antro gástrico de unos 7 cm de longitud que interesa arteria pilórica con abundante sangrad intracavitario. El estómago se encuentra conformando un plastrón inflamatorio con la base hepática, el hiato esofágico, el bazo y el colon transverso. Se realiza gastrectomía total sin restauración de la continuidad digestiva, se coloca dispositivo de nutrición enteral y se descomprime el muñón esofágico mediante sonda. Tras postoperatorio tórpido la paciente fue dada de alta para seguimiento ambulatorio y reconstrucción diferida.



Figura 1

Discusión: La lesión digestiva aguda por cáusticos es una patología que con cierta frecuencia se observa como motivo de consulta a los servicios de urgencias. La intensidad y localización de las lesiones dependen del tipo de cáustico ingerido, del volumen ingerido y concentración del tóxico, así como el tiempo de contacto con la mucosa y el estado de repleción gástrica en el momento de la ingestión. La presentación clínica de las lesiones por cáusticos es muy diversa, y la exploración inicial puede no mostrar correlación con el grado de las mismas. La presencia de lesiones graves en la endoscopia supone un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones por lo que estos pacientes deberán ser objeto de una vigilancia estrecha por un equipo multidisciplinar.

CP100. SEGURIDAD DE LA LAPAROSCOPIA ANTE TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL DE LOCALIZACIÓN GÁSTRICA.

MÁ García Martínez, M Alcaide Lucena, C González Callejas, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimatosos más frecuentes del tracto digestivo. Localizados principalmente en estómago (60-70%) y en intestino delgado (25-35%), se originan en las células intersticiales de Cajal y el 90% expresan c-KIT, que regula la proliferación, la diferenciación y la apoptosis, lo que explica la eficacia de los tratamientos dirigidos a esta diana molecular. Están asociados a un elevado índice de recaída y son refractarios a los tratamientos convencionales de RT y QT.

Caso clínico: mujer de 71 años en estudio por Digestivo por dolor abdominal inespecífico. TAC abdominal: informa masa de 5x4x5 cm, localizada en curvatura menor del estómago, completándose estudio con ecoendoscopia y PAAF sugerente de tumor estromal. Evaluado el caso en sesión multidisciplinar se decide tratamiento quirúrgico, realizándose extirpación de tumoración gástrica por vía laparoscópica. La anatomía definitiva informa de GIST de bajo grado que infiltra hasta serosa gástrica con márgenes libres y resultado negativo a la mutación c-KIT. El postoperatorio cursa sin complicaciones y la paciente es dada de alta al cuarto día. TAC de control sin recidiva local o metástasis a distancia y marcadores tumorales negativos. En seguimiento por consulta de Oncología, que descarta tratamiento adyuvante.

Discusión: La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección en los GIST cuando se trata de tumores potencialmente reseccables y en ausencia de metástasis. Tumores >2cm deben ser extirpados mediante resección completa, manteniendo la integridad de la pseudocápsula y con márgenes histológicos negativos, siendo la escisión total del tumor el factor más significativo para el pronóstico. La neoadyuvancia se encuentra aún bajo evaluación clínica. En cuanto al tratamiento adyuvante hay evidencias significativas para la administración de Imatinib en pacientes con c-KIT positivo. En tumores localmente avanzados, irresecables o metastásicos, o en casos de recaída tras cirugía, se administrará Imatinib hasta progresión de la enfermedad.

CP101. SÍNDROME DE BOUVERET: UN CASO INFRECUENTE DE ÍLEO BILIAR.

A Ortega Martínez

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

Introducción: El síndrome de Bouveret es una forma infrecuente de íleo biliar causada por la impactación de un cálculo biliar grande en duodeno, a través de una fístula colecistoduodenal, lo que produce una obstrucción de la salida gástrica. El íleo biliar es responsable del 1-4% de todos los casos de obstrucción del intestino delgado. La localización en duodeno se da del 1-3% de los casos. Suele darse en mujeres de edad avanzada, entre 70-75 años. El cuadro clínico es inespecífico, siendo los síntomas más comunes dolor epigástrico, náuseas y vómitos.

Caso clínico: mujer de 79 años que acude a urgencias por dolor abdominal epigástrico de cuatro días de evolución que aparece tras las comidas, acompañado de vómitos, tras los que mejora el dolor. Además, refiere coluria, hábito intestinal conservado. Durante su estancia en área de observación aparece ictericia y pico febril de 38°C. En analítica destaca Bilirrubina total de 5 a expensas de directa. Se realiza Tc abdominal donde se observa aerobilia extra e intrahepática

sin objetivar causa obstructiva. Vesícula con aire en su interior y en contacto con duodeno. Ante la sospecha de fistula bilioentérica asociada a colangitis se decide ingreso en Digestivo. Durante el ingreso comienza con dolor abdominal y vómitos incoercibles tras la ingesta. La paciente refiere ausencia de deposiciones y ventoseo desde hace varios días. Se revisan imágenes diagnósticas con Radiología observándose posible cálculo enclavado en segunda porción duodenal. Ante la clínica de la paciente y la sospecha de Síndrome de Bouveret se decide intervención quirúrgica urgente. En quirófano se objetiva fistula colecistoduodenal con plastrón inflamatorio y vesícula escleroatrófica. Cálculo en duodeno que se moviliza durante la cirugía hasta yeyuno. Se realiza colecistectomía reglada y cierre de fistula. Se localiza cálculo en yeyuno realizándose enterotomía y extracción del mismo. 7 días después de la intervención la paciente fue dada de alta sin complicaciones.



Figura 1
Imagen de TC donde se aprecia aerobilia.



Figura 2
Enterotomía y extracción de cálculo.

Discusión: el diagnóstico del síndrome de Bouveret se basa en las manifestaciones clínicas, la existencia de aerobilia en las imágenes, la visualización de la litiasis y la demostración de obstrucción duodenal. El tratamiento tradicionalmente ha sido quirúrgico con enterolitotomía, mediante laparotomía o laparoscopia, cierre de la fistula y colecistectomía. Aunque se han descrito muchos casos de manejo endoscópico exitoso, la mayoría requieren tratamiento quirúrgico abierto. Debe considerarse el diagnóstico del síndrome de Bouveret en los pacientes con antecedentes de cálculos biliares y obstrucción de la salida gástrica.

CP102. SÍNDROME DE PINZA AORTOMESENTÉRICA: UNA EXTRAÑA ENTIDAD COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE.

MC Montes Osuna, J Triguero Cabrera, M Mogollón González, I Palomo López, MA Moya Ramirez, B Espadas Padiá, MJ Álvarez Martínez, J Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: El duodeno y la vena renal izquierda ocupan el ángulo formado por la arteria mesentérica superior y la aorta. Cuando este ángulo es extremadamente agudo, puede condicionar un Síndrome de compresión o pinza aortomesentérica, causando obstrucción a nivel duodenal (Síndrome de Wilkie) y/o compresión de la vena renal izquierda (Síndrome del cascanueces). Ambas entidades son muy poco frecuentes y pueden provocar una importante repercusión en la vida del paciente. Presentamos el caso de una paciente con ambos tipos de compresión aortomesentérica.

Caso clínico: Mujer de 36 años, que acudió por clínica de dolor abdominal en hipocondrio izquierdo de predominio postprandial, de 5 años de evolución. Asociaba diarrea, vómitos ocasionales e importante pérdida de peso (IMC 15). Dicho dolor mejoraba parcialmente con el decúbito lateral izquierdo y la posición genupectoral. Paralelamente, fue diagnosticada de Enfermedad celiaca, mejorando la diarrea con dieta sin gluten, sin mejoría del dolor abdominal. Se realizó angioTC abdominal, apreciándose una compresión extrínseca de la tercera porción duodenal y de la vena renal izquierda debido a un mínimo espacio existente entre la aorta abdominal y la salida de la arteria mesentérica superior, en relación con posible pinza aortomesentérica. El resto de estudios complementarios fueron normales. Se decidió tratamiento quirúrgico, con hallazgo de gran dilatación y atonía gástrica, realizándose duodenoeyunostomía mediante abordaje laparoscópico. Tras varios meses con mejoría de los síntomas, la paciente presentó recidiva de la sintomatología inicial, por lo que se decidió valoración del caso por Nutrición para mejorar la desnutrición de la paciente, Radiología Intervencionista y Unidad del Dolor, valorando bloqueo a nivel del plexo celiaco; y de Cirugía Vasculat y Urología, para valorar abordaje sobre la arteria renal izquierda.

Discusión: La incidencia real del síndrome de pinza aortomesentérica es desconocida, estimándose entre un 0,2-1%, debido a que se trata de un proceso en muchas ocasiones infradiagnosticado. Puede presentarse a cualquier edad, aunque es más frecuente en adolescentes y en adultos jóvenes, con predominio en el sexo femenino. El diagnóstico es clínico, aunque para ello es necesario un alto índice de sospecha y la confirmación diagnóstica viene dada

mediante estudios radiológicos, siendo el angioTC el más importante. El tratamiento inicial es médico, con el objetivo de mejorar el estado nutricional y resolver complicaciones asociadas. Los pacientes con cuadros agudos suelen responder al tratamiento conservador; sin embargo, aquellos con cuadros crónicos suelen requerir intervención quirúrgica tras un periodo de realimentación, siendo la duodenoyunostomía laparoscópica la opción más extendida.

CP103. USO DE SUSTITUTO DÉRMICO EN HERIDA CON DEFECTO CASI TOTAL DE ESPESOR DE PARED ABDOMINAL.

CM Ruiz Marín, ÁX Argote Camacho, AJ Pérez Alonso, J Rubio López, MA Amador Marchante, JM Capitán Vallvey

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

Introducción: La piel es uno de los órganos más importantes del cuerpo humano. La complejidad de ésta sale a luz cuando hay una pérdida de su integridad. El objetivo de los injertos ante lesiones es la prevención de las complicaciones derivadas de la pérdida de continuidad de la piel, así como de las deformidades producidas por una cicatrización incorrecta. El mejor sustitutivo de piel es el autoinjerto, sin embargo, hay situaciones en las que no es posible realizarlo. En estos casos, el uso de sustitutos dérmicos nos permite dar cobertura a la herida mientras se forma la barrera funcional que será la base de la futura cicatriz. El biobrane es un sustituto biosintético de piel compuesto por una matriz interna tridimensional de filamentos de nylon con péptidos de colágeno porcino tipo I, recubierto de una lámina de silicona porosa, que permite la difusión de antimicrobianos tópicos y actúa como barrera contra microorganismos y contra la pérdida de agua y electrolitos. A continuación, presentamos un caso donde utilizamos biobrane como sustituto dérmico.

Caso clínico: paciente de 65 años con antecedentes quirúrgicos de sigmoidectomía, colecistectomía y hepatectomía izquierda por adenocarcinoma de sigma con metástasis hepáticas. Se reinterviene en nuestro servicio de eventroplastía con gran síndrome adherencial, cursando en el postoperatorio con fístula intestinal e infección de la herida quirúrgica. Tras control de la fístula, el paciente precisa varias curas en quirófano para lavado y desbridamiento de herida abdominal, donde se retiran restos de prótesis de polipropileno expuestos en la herida. En consecuencia, presenta una importante pérdida de sustancia de la piel del abdomen. Posteriormente el paciente es portador de sistema de presión negativa (VAC) y tras conseguir un control óptico de la infección local de la herida, se opta por colocar un injerto con biobrane, observando una franca mejoría con la progresiva cicatrización, permitiendo al paciente ser dado de alta con control ambulatorio.

Discusión: los avances tecnológicos en el desarrollo y búsqueda del sustituto dérmico ideal han permitido que podamos contar con una amplia gama de productos sintéticos de bioingeniería para cobertura cutánea que proporcionan beneficios como disminución del dolor de manera significativa, acortamiento de la estancia hospitalaria, mayor grado de satisfacción para el paciente, posibilidad de control en los centros de atención primaria... repercutiendo positivamente sobre las connotaciones a tener en cuenta en este tipo de pacientes que requieren larga estancia hospitalaria con toda la carga emocional, social, laboral y familiar que ello conlleva.



Figura 1 Evolución de la cicatrización.

CP104. ¿ES UNA MASA MESENTÉRICA SINÓNIMO DE NEOPLASIA?

P Dabán-López, J Gómez-Sánchez, D Rodríguez-Morillas, A Allegue-Alonso, B Mirón-Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: las tumoraciones mesentéricas abarcan un grupo de lesiones heterogéneas originadas a cualquier nivel del mesenterio como peritoneo, tejido linfograso... pero también pueden provenir de procesos infecciosos o inflamatorios. Aunque el diagnóstico clínico y por imagen puede ser suficiente, en ocasiones no es hasta el diagnóstico histopatológico cuando se obtiene un resultado definitivo, que inicialmente no era sospechado.

Caso clínico: paciente de 71 años diabético, hipertenso, bebedor ocasional y oVarón de 73 años valorado en consultas de Cirugía General por cuadros reiterativos de dolor abdominal epigástrico y periumbilical acompañados de suboclusiones intestinales. Su exploración revelaba sensación de tumoración periumbilical, con discretas molestias a la palpación. Analíticamente sin alteraciones y el TAC abdominal informaba de una lesión nodular de 5,7x5x6 cm de bordes espiculados en borde antimesentérico de asa de íleon medio que sugiere tumor carcinoide intestinal. Ante estos hallazgos se solicitó endoscopia alta que fue normal. Se decidió en Comité Multidisciplinar realizar cirugía, hallándose una gran tumoración, redondeada y pétreo cuyo origen aparente provenía del meso del intestino delgado y estaba íntimamente adherida a conglomerado de asas de intestino delgado. Se realizó resección de la tumoración y del intestino delgado afecto (unos 70cm) con anastomosis termino-terminal manual. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y fue alta hospitalaria a la semana de la intervención sin complicaciones. El informe definitivo de Anatomía Patológica informó de nódulo necrótico, hialinizado y calcificado en el meso intestinal, adherido a la pared intestinal, sin evidencia de lesión neoplásica, en probable relación con área de necrosis grasa. La mucosa intestinal presentaba

estigmas de inflamación crónica inespecífica y los márgenes de resección estaban libres. El paciente continúa asintomático 10 meses después.

Discusión: la clínica de una masa mesentérica suele ser inespecífica, presentando episodios de dolor abdominal y alteraciones del tránsito intestinal, lo que dificulta su diagnóstico. Entre ellas, debemos incluir patologías benignas, secundarias a procesos inflamatorios, y malignas, como el tumor carcinoide. En nuestro paciente, tras la realización de un TAC, dadas las características morfológicas, se catalogó de probable tumor carcinoide, y no fue hasta el resultado anatomopatológico donde se descubrió que la masa era secundaria a un proceso benigno. Ante sospecha de malignidad, la cirugía es el tratamiento indicado, con una evaluación preoperatoria que defina los límites de la reseccabilidad, y hemos de tener en cuenta, que en ocasiones, las pruebas de imagen, no establecen un diagnóstico definitivo, y depende del propio equipo multidisciplinar, y del cirujano, la indicación de cirugía o no, teniendo en cuenta el amplio abanico diagnóstico de una masa mesentérica.

Material y métodos: desde Enero 2005 hasta Marzo del 2019 hemos valorado a 479 pacientes de carcinomatosis peritoneal de diversos orígenes para técnicas de CRS+HIPEC. De ellos 280 habían sido intervenidos de carcinoma de colon primario: 89 casos laparotomía y 191 pacientes por laparoscopia. De estos últimos, 55 en concreto, 39 casos presentaban carcinomatosis peritoneal primaria y 16 pacientes eran pacientes de alto riesgo de implantación (metástasis reseccadas, perforado, cirugía de urgencia/obstrucción, pT4). La localización de estos tumores fue: 15 en colon derecho, 10 transversos, 13 izquierdo y 17 en unión recto-sigma.

Resultados: 17 pacientes (31%) -14 sincrónicos y 3 alto riesgo- presentaban implantación en algunos de los trócares utilizados en la laparoscopia (6 también en la incisión para la extracción de la pieza). Todos presentaban un índice de carcinomatosis peritoneal (PCI) moderado/alto. La mayoría fueron remitidos a nuestra Unidad tras quimioterapia sistémica adyuvante para valoración de tratamiento potencialmente curativo. La implantación más precoz se observó en 2 pacientes: 24 y 38 días postoperatorios, respectivamente (PCI: 24-27). En 10 casos, en la hoja operatoria constataba "uso de endobolsa y/o protección de la herida quirúrgica". En el 85 % se consiguió citorreducción completa (CC0-CC1, R0) y fueron tratados con quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica según protocolo Sugarbaker.

Conclusiones: Si bien la cirugía laparoscópica usualmente reduce la morbilidad quirúrgica, contribuye a una recuperación más rápida postoperatoria y es oncológicamente igual de "eficaz" que la cirugía abierta; también es verdad que, en pacientes con carcinomatosis peritoneal sincrónica o alto riesgo de carcinomatosis, la implantación tumoral en los puertos laparoscópicos/ herida quirúrgica es un hecho relativamente frecuente y controvertido. Esta implantación parece estar relacionada, fundamentalmente, con el comportamiento biológico del tumor así como con diversos factores técnicos prevenibles por medios de un adiestramiento adecuado y la aplicación de una técnica quirúrgica cuidadosa y depurada.

XVI Congreso de la ASAC

Comunicaciones póster oral

CPO001. CARCINOMATOSIS DE ORIGEN COLÓNICO: IMPLANTES EN TRÓCARES DE LAPAROSCOPIA.

B Estébanez Ferrero¹, J Torres Melero¹, I Teruel Lillo¹, SM López Saro¹, R Torres Fernández¹, N Espínola Cortés¹, C Cabello Delgado², Á Reina Duarte¹

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

²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares

Introducción: hoy por hoy, la cirugía laparoscópica de la patología neoplásica del colon permite, al menos a priori, una menor manipulación, y por tanto, una menor diseminación, una menor siembra de las células tumorales, con un riesgo bajo de recurrencia en la herida operatoria. Sin embargo, esto se ha visto cuestionado por el riesgo de "implantes" tumorales en la incisión o en los puertos laparoscópicos. El propósito de este trabajo es hacer una revisión de las metástasis en los sitios de puertos (trócares) en pacientes intervenidos por laparoscopia de cáncer colorrectal y que presentaban implantación peritoneal sincrónica o eran pacientes de alto riesgo de implantación (carcinomatosis metacrónica).

CPO002. CARCINOMATOSIS PERITONEAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PSICOONCOLOGÍA.

B Estébanez Ferrero¹, J Torres Melero¹, I Teruel Lillo¹, SM López Saro¹, R Torres Fernández¹, N Espínola Cortés¹, B Góngora Oliver², A Reina Duarte¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²Servicio Oncología Médica. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería

Introducción: la Psicooncología es una rama especializada entre la Medicina y la Psicología clínica que se encarga del estudio, en pacientes oncológicos, de las relaciones entre sus diversos comportamientos y sus distintos estados emocionales. El propósito de este trabajo es conocer las conductas, las actitudes y los diversos estados emocionales-afectivos por los que pasan los pacientes diagnosticados de implantación peritoneal de origen digestivo antes y después de ser intervenidos quirúrgicamente mediante técnicas de CRS+HIPEC. Hasta nuestro conocimiento, éste es el primer estudio que ha analizado dichos aspectos.