

Comunicaciones póster

210000. NUEVA ESTRATEGIA PARA CORRECCIÓN DE FISTULA PERIANAL: INTERVENCIÓN MEDIANTE LÁSER FILAC® EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.

JM Suarez Grau, P de la Herranz, A Gila Bohórquez, J Gómez Menchero

Departamento Cirugía General. Hospital Comarcal de Riotinto, Minas de Riotinto.

Introducción: La fistula perianal sigue constituyendo un problema común en la cirugía digestiva, con múltiples técnicas diversas y con resultados dispares que no superan grandes tasas de curación. Uno de los enfoques más novedosos es el tratamiento mediante láser a través de la propia fistula (FiLaC®). En aquellas fistulas con afectación del esfínter puede constituir una gran alternativa a la cirugía tradicional (LIFT o setones) tanto por su baja agresividad como por su rápida recuperación.

Material y métodos: Desde el 2015 hemos realizado 60 técnicas FiLaC con seguimiento medio de 2 año tras la intervención (rango de 12-56 meses), en pacientes con fistulas transesfinterianas y supraesfinterianas (Tipo 2y 3 de Parks). Hemos realizado 72 procedimientos, pero analizamos solo aquellos con más de 1 años de seguimiento. Todos los pacientes se realizan en régimen de cirugía mayor ambulatoria y son dados de alta a las 5-6 horas tras el procedimiento.

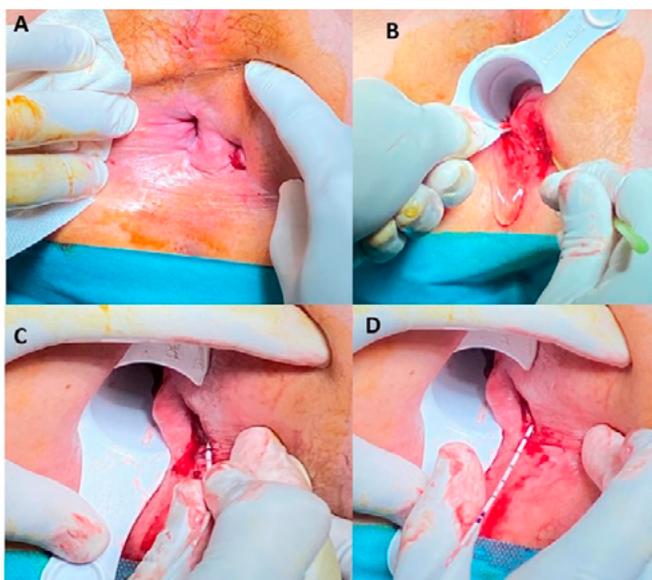


Figura 1

Técnica FiLaC. A. Identificación del OFE. B. Legrado del trayecto desde el OFE. C. Inserción de la sonda desde el OFE al OFI. D. Retirada de sonda láser aplicando energía.

Resultados: Tasas de Curación de 69%. NO existió incontinencia ni problemas esfinterianos. No hubo reingresos no programados de urgencia. Todos los pacientes fueron dados de alta en régimen de CMA. La reincorporación a sus actividades diarias se realizó en 3-4 días. La reincorporación laboral fue en torno a 15 días.

Conclusiones: Esta técnica mínimamente invasiva ha demostrado grandes ventajas en esta patología fistulosa con afectación esfinteriana, con menor tiempo de recuperación, escaso dolor, ausencia de complicaciones mayores, nula necesidad de curas y reincorporación rápida de los pacientes a sus actividades.

210001. TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA COMO TRATAMIENTO PARA EL SINUS PILONIDAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

C Monje Salazar, JM Cabrera Bermón, JL Cuba Castro

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

Introducción: El sinus pilonidal puede ser, en sus formas más agresivas, una patología muy limitante en cuanto a calidad de vida. Afecta a 26 de cada 100.000 personas, generalmente varones jóvenes, entre los 20-30 años. Existen múltiples tratamientos descritos para ella, sin predominar uno sobre otro en cuanto a eficacia. El proceso de cura es frecuentemente tórpido, lento, costoso y con gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, que suelen ser población activa.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 22 años, con antecedente de sobrepeso, IMC 28, por sinus pilonidal multirrecidivante, sometido hasta en 5 ocasiones a cirugía. El paciente presenta nueva recidiva, con sinus de gran tamaño, de unos 15x4cm, que recorre todo el pliegue interglúteo, con múltiples trayectos y orificios fistulosos, de aspecto supurativo. Refiere llevar desde los 18 años con tratamientos mediante exéresis y cierre tanto primario como por segunda intención, sin conseguir la resolución definitiva.

Como tratamiento para este caso, se procedió a exéresis quirúrgica amplia en bloque y posteriormente colocación de terapia de presión negativa. Este sistema permitió realizar solo una cura semanal, consiguiendo mantener la herida limpia y su cierre definitivo en 8 semanas, con retirada del mismo a las 6 semanas por buena evolución y granulación adecuada del tejido hasta rellenar todo el espacio de la herida.

Discusión: Aunque en algunos estudios como el de Danne J. et al 'A retrospective study of pilonidal sinus healing by secondary intention using negative pressure wound therapy versus alginate or gauze dressings.' que comparó el cierre por segunda intención con



Figura 1



Figura 3



Figura 2



Figura 4



Figura 5

curas planas con apósitos vs uso de terapia de presión negativa, no encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a tiempo hasta el cierre de la herida, consideramos que la terapia de presión negativa es una opción para el manejo de este tipo de sinus con evolución tórpida, recidivantes o de gran tamaño.

Este sistema permite espaciar las curas y mantiene la herida limpia, si bien, por la zona de localización de la enfermedad requiere de tiempo y pericia para su colocación. No obstante, si se consigue un buen funcionamiento, mejora la calidad de vida del paciente y disminuye drásticamente el tiempo de curas hasta la cicatrización.

A pesar del estudio previamente mencionado, la mayoría de los artículos que evalúan su uso en heridas de gran tamaño o evolución lenta, consideran que se trata de la mejor opción aún a falta de estudios de costo-efectividad.

210002. RESULTADOS DEL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO CONVENCIONAL FRENTE A LA CIRUGÍA ROBÓTICA EN EL CÁNCER RECTAL ELECTIVO: 300 CASOS EN NUESTRO CENTRO

MP Gutiérrez Delgado, S Mera Velasco, J Turiño Luque, I González Poveda, M Ruiz López, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Estudio comparativo de los resultados obtenidos por abordaje laparoscópico convencional frente al abordaje robótico en el tratamiento del cáncer rectal electivo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo monocéntrico que incluye trescientos pacientes sometidos de forma electiva a resección robótica (n=178) o laparoscópica (n=122) entre enero de 2009 y diciembre de 2017 por cáncer de recto.

Resultados: Los grupos robóticos y laparoscópicos fueron comparables con respecto a las características demográficas, excepto el sexo y el estado de la ASA. No hubo diferencias estadísticas entre los grupos en la tasa de conversión a cirugía abierta. La morbilidad quirúrgica y la calidad oncológica no difirieron en ninguno de los dos grupos, excepto en la tasa de fuga de anastomosis y el margen de resección distal afecto. No hubo diferencias en la tasa de supervivencia global entre el grupo laparoscópico frente al robótico.

Conclusiones: Como se demostró en el ensayo ROLARR, en nuestro estudio no se encontraron diferencias estadísticas en la tasa de conversión entre los grupos de cirugía laparoscópica y cirugía robótica. Cuando es realizada por cirujanos experimentados, la cirugía robótica para el cáncer de recto podría ser una opción segura y factible sin diferencias significativas en términos de resultados oncológicos en comparación con la cirugía laparoscópica convencional

210003. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS DE NUESTRA UNIDAD DE CIRUGÍA COLORRECTAL DURANTE 10 AÑOS

MP Gutiérrez Delgado, M Ruiz López, S Mera Velasco, I González Poveda, JA Toval Mata, J Carrasco Campos, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Evaluar la evolución de 10 años de la unidad de cirugía colorrectal de nuestro centro, comparando los resultados obtenidos con los indicadores de calidad establecidos

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el Hospital Regional de Málaga, para los pacientes sometidos a cirugía programada por neoplasia colorrectal desde 2009 hasta 2018, divididos en dos grupos quinquenales

Resultados: Se incluyeron 1353 pacientes, ambos grupos de estudio son demográficamente similares, excepto por la puntuación ASA, que fue mayor en el segundo periodo (SP). La tasa de SSI en el primer periodo (FP) por cáncer de colon fue del 11,8% vs 11,7% en SP (indicador AECP <23%). La tasa de ISQ en la neoplasia de recto fue del 15,7% frente al 10,5% (indicador AECP <25%). Nuestra tasa de fugas anastomóticas en el cáncer de colon fue del 6,9% frente al 8,9% (indicador de calidad <5%, umbral: <10%), y en el cáncer de recto del 7,5% frente al 8,8% (indicador AECP <10%). La tasa de mortalidad en nuestro estudio fue del 4,3% frente al 3% (indicadores de calidad <7%). La tasa de reingreso fue del 1,8% frente al 5,4% según los indicadores de la AECP. Nuestra tasa de eventración fue del 3,6%, cumpliendo los indicadores de calidad. Nuestra tasa de reintervención fue del 6,1% frente al 6,6% (indicador AECP <6%, umbral <9%). La estancia

hospitalaria postoperatoria media fue de $9 \pm 12,9$ días frente a $9 \pm 12,2$ días (indicador AACP <7 días, umbral <11 días).

Conclusiones: Nuestra unidad de coloproctología ha impulsado su mejora y actualmente cumple con los estándares de calidad marcados por la AACP, aunque todavía hay mucho margen de mejora en cuanto a la reducción de la estancia hospitalaria y la tasa de fugas anastomóticas.

210006. FÍSTULA MESENTÉRICO-ENTÉRICA SECUNDARIA A RUPTURA DE ANEURISMA VISCERAL

MP Gutiérrez Delgado, L Romacho López, P Fernández Galeano, I Mirón Fernández, MC Montiel Casado, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Los aneurismas de la arteria mesentérica superior suponen un 5,5% de los aneurismas viscerales, con una elevada mortalidad. Es debido, a la escasa prevalencia de estos aneurismas, por lo que hay escasa información publicada en la literatura científica hasta el momento actual.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 62 años diagnosticada en nuestro centro, de un aneurisma de una rama yeyunal de la arteria mesentérica superior, tratado como terapia puente a cirugía con un stent endovascular, que acude a urgencias por un cuadro de hemorragia digestiva baja asociada a shock hipovolémico secundario a una ruptura de dicho aneurisma, siendo diagnosticada mediante pruebas de imagen de una fistula mesentérico-entérica. Se decide intervención quirúrgica emergente dada la inestabilidad clínica de la paciente. En esta intervención se resecó el primer asa yeyunal y se suturó el cuello del aneurisma de 1ª rama yeyunal previa extracción del stent, con un postoperatorio tórpido marcado por una fuga anastomótica secundaria a oclusión por trombosis de la arteria mesentérica superior.

Discusión: Los aneurismas de la arteria mesentérica superior son una patología rara y no está claramente definida la incidencia de los mismos, estimándose esta en torno a un 0,5-2 ‰ en función de la literatura publicada. Con respecto a la etiología de estos aneurismas encontramos: aterosclerosis, enfermedades del tejido conectivo, displasia fibromuscular, traumatismos, infecciones, vasculitis, iatrogénica, etc. En la actualidad, se disponen de varias estrategias terapéuticas para el manejo de los aneurismas viscerales, como son el tratamiento endovascular, la cirugía abierta (especialmente en situaciones de emergencia) y la embolización percutánea.

210008. APENDICITIS AGUDA SECUNDARIA A ENTEROBIUS VERMUCULARIS

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

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

Introducción: La apendicitis aguda es una de las causas más comunes de abdomen agudo y de indicaciones más frecuentes de cirugía abdominal urgente. La obstrucción por parásitos es causa poco frecuente de apendicitis.

Caso clínico: Paciente de 45 años sin antecedentes de interés. Acudió a urgencias en septiembre por dolor abdominal de tres semanas de evolución en fosa iliaca derecha (FID). Se realizó TAC abdominal informado como plastrón apendicular. Se decidió ingreso con tratamiento antibiótico y vigilancia. A la semana se repitió el TAC, objetivando buena evolución radiológica. Fue dado de alta a los diez días con evolución favorable.

Se realizó colonoscopia de forma ambulatoria que fue normal.

En octubre fue valorado en consulta externa, incluyéndose en lista de espera quirúrgica para apendicectomía de intervalo.

En diciembre acude de nuevo a urgencia por reagudización de dolor abdominal de 48 horas de evolución en FID-hipogastrio. Asociaba febrícula (37,5°C). En la exploración presentaba Blumberg positivo.

En la analítica destacaba 12550 leucocitos/mm³ con PCR 16,6 mg/dL. Se realizó TAC abdominal (**Figura 1a**) objetivando plastrón inflamatorio de 48x31mm. Se ingresó se decidió intervención quirúrgica tras una semana de tratamiento antibiótico.

El abordaje fue laparoscópico objetivando la base del apéndice normal con punta engrosada englobada en un plastrón con íleon terminal. Tras disección del plastrón se completó la apendicectomía radical englobando el mesoapéndice. El postoperatorio fue favorable, siendo dado de alta al segundo día tras la cirugía.

El resultado anatomo-patológico (**Figura 1b**) informó un apéndice cecal con parasitación por oxiuro, en la zona distal presencia de un divertículo con lesión fibrosa circundante y reacción fibro-inflamatoria periapendicular.

Fue valorado en consulta externa de cirugía y enfermedades infecciosas, recomendando completar tratamiento con albendazol.

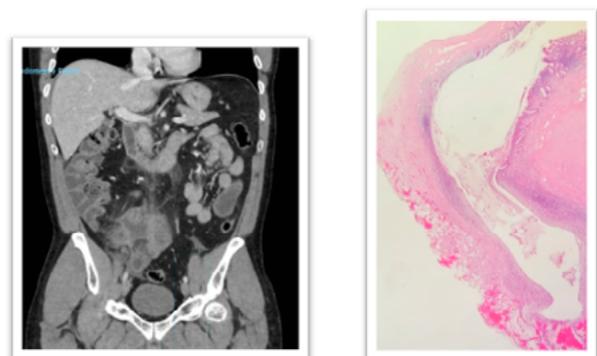


Figura 1
Fig. 1a: Plastrón apendicular con apéndice cecal desestructurado, con cambios inflamatorios en la grasa adyacente y adenopatías. Fig 1b: apéndice con fibrosis periapendicular colonizado por oxiuros.

Discusión: En pacientes con plastrón inflamatorio la opción de manejo no quirúrgico como primera línea de tratamiento es razonable, por menor morbilidad, sin diferencias en estancia media y tasas de éxito (80-90%). En mayores a 40 años está recomendado realizar colonoscopia para descartar un tumor apendicular o colónico.

Enterobius vermicularis es un nematodo causante de la infección parasitaria más frecuente del tracto gastrointestinal. La relación casual con la apendicitis se observa en un 13% de las apendicectomías. La obstrucción por oxiuros es similar a la producida por fecalitos, y produce dolor localizado en FID, pero pocas veces lleva a la inflamación del mismo.

La apendicectomía está justificada en persistencia o recurrencia de síntomas como en nuestro paciente o si existe apendicolito. En caso de parasitación, además de la apendicectomía se debe terminar la infestación con antiparasitarios (albendazol o mebendazol).

210009. DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA CON ABSCESO EXTERIORIZADO POR PIEL Y PARTES BLANDAS

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

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

Introducción: La diverticulosis es la enfermedad digestiva que más ha aumentado su prevalencia en países industrializados en las últimas dos décadas. El 20% de los pacientes con diverticulosis desarrollarán a lo largo de su vida al menos un episodio de diverticulitis aguda, de los cuales el 15-20% corresponderá a un episodio complicado

Caso clínico: Paciente de 66 años fumador con antecedentes de EPOC, TBC. Acude a urgencia por dolor abdominal en fosa iliaca izquierda (FII) de dos meses de evolución asociado a tumoración inguinal izquierda y desde hace una semana aumento de tamaño de dicha tumoración, con dolor e inflamación.

En la exploración presentaba dolor FII y tumoración en región inguinal izquierda con celulitis, fluctuante a la palpación. En la analítica destacaba elevación de reactantes de fase aguda. Se realizó un TAC abdominal (**Figuras 1a,1b**) que describía una colección de 13x11,4x7cm que afectaba al psoas ilíaco izquierdo, se extendía a la musculatura y al tejido celular de la región inguinal izquierda secundario a un trayecto fistuloso de un divertículo en colon sigmoide con engrosamiento parietal.

Se realizó un drenaje del absceso bajo anestesia local, obteniendo inicialmente débito purulento y posteriormente fecal. Se envió a cultivo y se inició tratamiento antibiótico de forma empírica con piperacilina/tazobactam. Posteriormente se ajustó el tratamiento guiado por el antibiograma del cultivo.

A la semana se realizó un TAC abdominal de control objetivando marcada disminución del tamaño del absceso y persistencia del trayecto fistuloso, por lo que se decidió intervención quirúrgica.

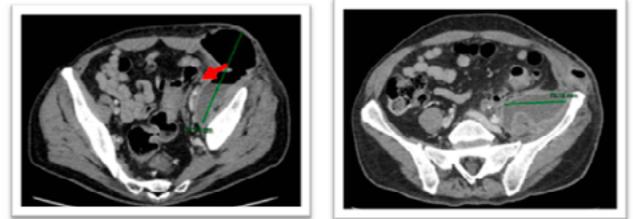


Fig. 1a TAC ABD

Fig. 1b TAC ABD

Figura 1

Colección de 13x11,4x7cm con nivel hidroaéreo compatible con absceso que se extiende a región inguinal izquierda. Engrosamiento sigma con divertículos y trayecto fistuloso hacia el absceso.

El abordaje fue laparoscópico, los hallazgos fueron diverticulitis aguda de sigma con fibrosis retroperitoneal en zona de vasos ilíacos izquierdos y uréter izquierdo. Se procedió a sigmoidectomía con anastomosis colorrectal.

El postoperatorio fue favorable. Fue dado de alta al 6 día postoperatorio.

La anatomía patológica describió enfermedad diverticular complicada.

Discusión: La clasificación de la WSES divide la diverticulitis aguda en no complicada y complicada. Dentro de la complicada clasifica en 4 grados.

En pacientes con grandes abscesos(>4cm) se recomienda drenaje percutáneo combinado con tratamiento antibiótico. Si no es factible o no está disponible se sugiere tratar con tratamiento antibiótico si las condiciones clínicas lo permiten. La intervención quirúrgica es una alternativa.

En nuestro caso, dada la accesibilidad del absceso se drenó bajo anestesia local. Se inició antibiótico. Cuando mejoró el proceso infeccioso se realizó cirugía diferida por la presencia del trayecto fistuloso en el sigma. Este manejo permitió realizar un abordaje mínimamente invasivo y una anastomosis primaria sin necesidad de estoma de protección.

210010. NEOPLASIA DE SIGMA COMPLICADA CON INFITRACIÓN AL ÚTERO

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

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

Introducción: El cáncer colorrectal supone un problema de salud de primer orden en el mundo occidental. En Es la tercera neoplasia maligna más frecuente en España.

Caso clínico: Paciente de 65 años sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por dolor abdominal, malestar general y deposiciones diarreicas de una semana de evolución. Asociaba fiebre de 39°C. En la inspección, presentaba regular estado general, hipotensión arterial, taquicardia, y en la palpación, dolor abdominal e irritación peritoneal generalizada. En la analítica destacaba leucocitosis y elevación de PCR (450mg/L), deterioro de función renal.

El TAC abdominal mostró una masa pélvica de 16x15cm de probable origen ginecológico complicada, con aire en su interior por probable fistulización con el tracto digestivo y líquido libre (**Figura 1**).

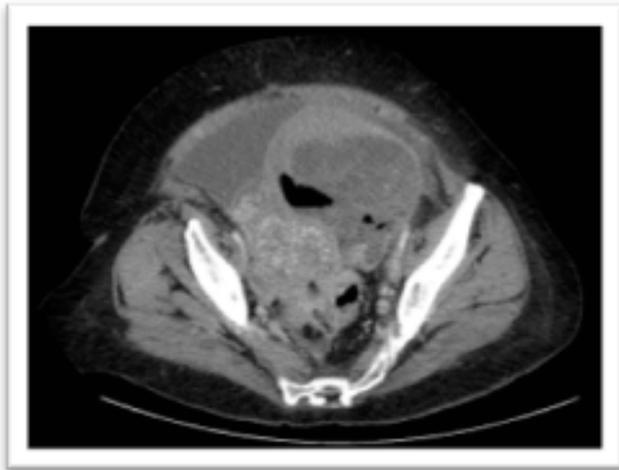


Figura 1

Masa pélvica (16x15cm) de probable origen ginecológico complicada con aire en su interior por probable fistulización con tracto digestivo

Se decidió intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía. Los hallazgos observados fueron una peritonitis generalizada evolucionada y compartimentada; una gran masa de origen ginecológico, perforada, tapizada por asas de intestino delgado y epiplón, que infiltraba el sigma en toda su extensión (**Figura 2**). Asumiendo que la perforación debía localizarse en el trayecto intratumoral del mismo. Dado que era imposible diferenciar macroscópicamente el origen del tumor primario por implicar la totalidad del aparato genital y sigma, se decidió exéresis en bloque de la masa.

El abordaje fue dificultoso, pero se completó una sigmoidectomía, histerectomía total, doble anexectomía, apendicectomía y omentectomía en bloque.

Evolucionó favorablemente, como incidencias presentó íleo. Fue dada de alta al 14º día postoperatorio.

La anatomía patológica informó adenocarcinoma de sigma bien diferenciado (G1), que infiltra toda la pared, afectando cara posterior de útero y tejidos perianexiales, invasión perineural y metástasis en 1/13 ganglios (pT4bpN1a). El útero estaba aumentado de tamaño por leiomiomas.

Se presentó en el comité oncológico decidiendo quimioterapia adyuvante.

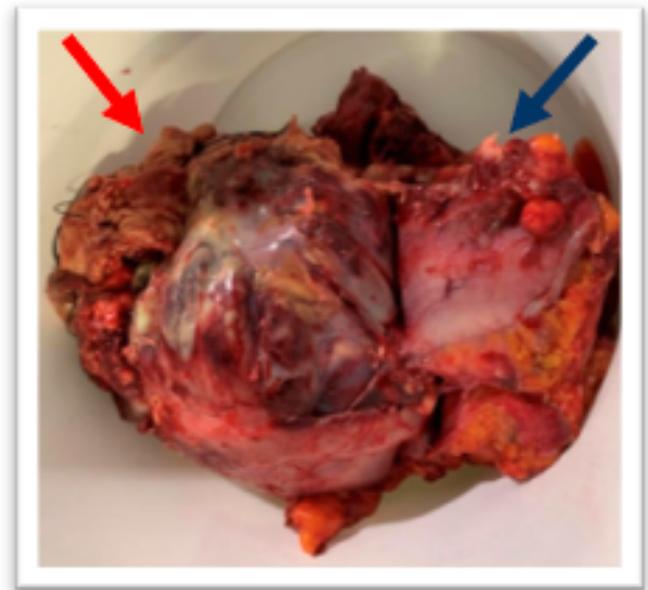


Figura 2

Gran masa de origen ginecológico (flecha roja), perforada y adherida a sigma (flecha azul) en toda su extensión. Histerectomía total con doble anexectomía y sigmoidectomía en bloque.

Discusión: Un tercio de los pacientes de cáncer colorrectal se presentará de manera urgente con un tumor complicado. Esta situación implica alta mortalidad y peor pronóstico a largo plazo. Constituyen del 60 al 85% de pacientes intervenidos de urgencia por enfermedad colónica. Las formas más frecuentes de complicación son oclusión y perforación.

La perforación es menos frecuente, afecta del 2-12% de los pacientes. Ésta es la segunda causa de peritonitis de causa colónica después de la diverticulitis aguda perforada, representa el 38% de los casos. La clínica dependerá de si presenta peritonitis difusa purulenta, fecaloidea o localizada. Pueden aparecer abscesos, fijación a estructuras vecinas o fistulas como sucede con nuestra paciente.

210011. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ANISAKIS

M Pérez Reyes, I Mirón Fernández, I González Poveda, F Botello García, MP Gutiérrez Delgado, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La obstrucción intestinal es la detención completa del contenido intestinal en algún punto del tubo digestivo. Constituye una de las situaciones más frecuentes en la patología quirúrgica. Una causa puede ser la ingestión de anisakis.

Caso clínico: Paciente de 54 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, sin intervenciones quirúrgicas. Acude a urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución, asociado a vómitos y distensión abdominal. Última deposición hacía 48 horas. En la exploración presentaba el abdomen distendido, doloroso de manera difusa y con ruidos hidroaéreos metálicos.

En la analítica destacaba elevación de PCR (163mg/L).

El TAC abdominal (**Figura 1**) mostró dilatación en rango obstructivo de asas de intestino delgado, con cambio de calibre en yeyuno, colapso de asas de íleon y moderada cantidad de líquido libre.



Figura 1

Dilatación asas de delgado en rango obstructivo con cambio de calibre en yeyuno. Pared de yeyuno engrosada, con intestino delgado proximal fecalizado.

Ante una oclusión intestinal en abdomen virgen, se decidió cirugía urgente mediante laparotomía. Los hallazgos fueron dilatación de intestino delgado desde el ángulo de Treitz hasta yeyuno, donde presentaba un cambio de calibre con segmento de 2cm de intestino delgado engrosado, y, proximal, el contenido intestinal fecalizado. Se realizó resección intestinal con anastomosis.

La evolución fue favorable, siendo dado de alta al décimo día postoperatorio.

La anatomía patológica (**Figura 2**) mostró parasitosis por anisakis con reacción fibroinflamatoria en la pared intestinal que producía un estrechamiento de la luz. La serología fue positiva para anisakis.

Posteriormente fue valorado en consulta presentando buena evolución

Discusión: La anisakiasis es una zoonosis por nematodos de la familia Anisakidae, enfermedad cada vez más frecuente en España.

El hombre adquiere la enfermedad cuando se convierte en huésped inesperado dentro del ciclo vital del parásito. La afección humana se adquiere por ingestión de pescado crudo/poco cocinado parasitado por larvas del nematodo.

La afectación intestinal se produce cuando las larvas penetran en submucosa, constituyendo las formas invasivas. Cursan habitualmente de forma crónica. Presentan engrosamiento y edema en la pared intestinal.

Los síntomas suelen aparecer al séptimo día, con abdomen agudo, obstrucción intestinal como nuestro paciente, ascitis hemorrágica por serositis o síndrome malabsortivo.

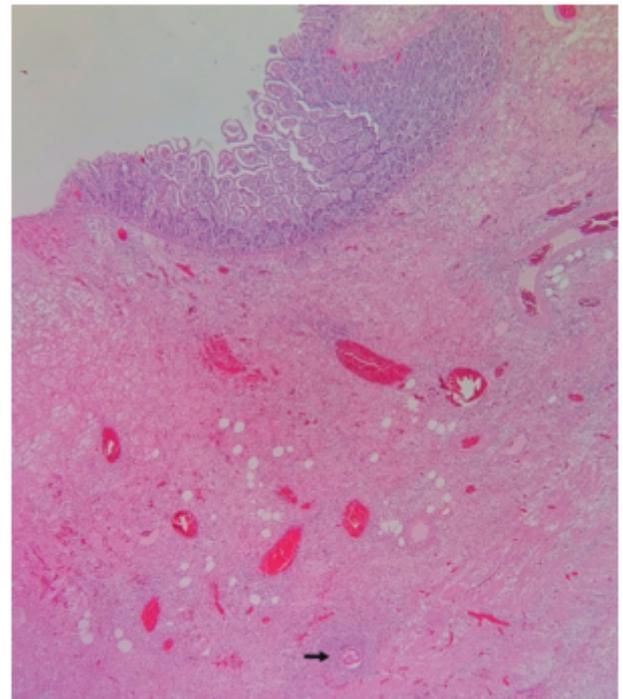


Figura 2

Pared intestinal con reacción fibroinflamatoria transmural, congestión vascular y presencia de estructura parasitaria (flecha) a nivel submucoso profundo.

Debe realizarse diagnóstico diferencial con ileítis de Crohn y neoplasias intestinales.

El diagnóstico se confirma identificando las larvas en el vómito, heces, por endoscopia o estudio histológico de la pieza. La respuesta inmunológica se detecta en pruebas cutáneas o determinando IgE en suero. El gold estándar es la prueba de provocación con larvas no viables.

El mejor tratamiento son medidas profilácticas y en caso de afectación intestinal puede ser necesaria la resección intestinal.

210012. MANEJO CONSERVADOR EN TRAUMATISMO HEPÁTICO

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

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

Introducción: El traumatismo hepático es una de las lesiones abdominales más frecuentes en los pacientes con traumatismos graves

Caso clínico: Paciente de 65 años sin antecedentes de interés. Acude a urgencia tras caída de un caballo, sufriendo pérdida de conocimiento en el acto y posteriormente siendo aplastado en la región dorsal.

Asu llegada a observación estaba hipotenso (TA87/48), taquicárdico (120lpm) y con bajo nivel de conciencia (Glasgow 13). Se realizó ECO-FAST sin objetivar líquido libre. Se inició fluidoterapia (1000cc de SSF y transfusión de 1 concentrado de hematies. Tras la fluidoterapia mejoraron el nivel de conciencia (Glasgow 15), las cifras de tensión y frecuencia cardiaca (Glasgow 15, TA120/80 y FC80lpm).

El BODY-TAC mostró laceración hepática grado IV con hematoma intraparenquimatoso en lóbulo hepático derecho (8x6x10,5cm) con extravasado de contraste en fase arterial con aumento de tamaño en fase portal, en relación con sangrado activo arterial en una rama de la arteria hepática derecha (Figuras 1 y 2) y líquido libre sugestivo de hemoperitoneo.

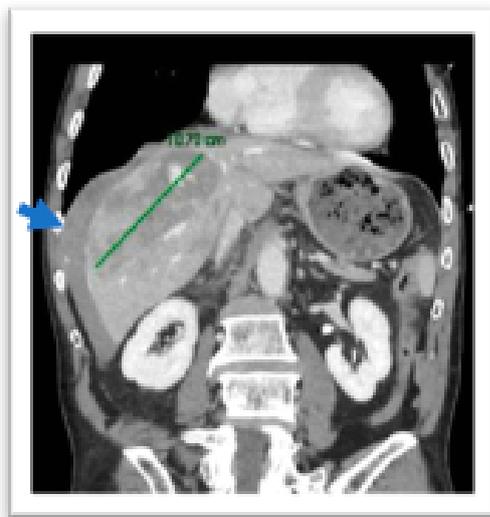


Figura 1

Laceración hepática grado IV con hematoma intraparenquimatoso en lóbulo hepático derecho de 8x6x10,5cm (línea verde) con sangrado activo. Hemoperitoneo perihepático (flecha azul).



Figura 2

Foco de extravasado de contraste en fase arterial en el interior del hematoma por sangrado activo arterial en rama de la arteria hepática derecha (flecha roja). Salida de contraste a peritoneo (azul).

La analítica de sangre presentaba hemoglobina 10g/dL, coagulación y perfil hepático normal.

Se realizó arteriografía objetivando dos áreas de sangrado en ramas de arteria hepática derecha. Se embolizaron 2 ramas distales de arteria hepática derecha con glubran. El control no visualizó más áreas de sangrado.

Fue a UCI, donde fue monitorizado y vigilado de forma estrecha durante 48 horas. Presentó un pico de citólisis de GOT 1310U/L y GPT 1106U/L. Posteriormente subió a planta. Durante el ingreso la evolución fue favorable. Se realizó TAC abdominal de control a la semana observando un hematoma de 8,7cm del segmento VIII sin sangrado activo ni lesión vascular y alteración de la perfusión secundaria en el segmento VII en fase arterial.

Discusión: En pacientes respondedores transitorios con lesiones hepáticas moderadas (grado AAST-III) y graves (AAST-IV/V) el manejo no operatorio se considerará solo siempre que se disponga de cirujanos capacitados, quirófano, monitorización continua en UCI, acceso a arteriografía y embolización. La arteriografía con embolización es intervención de primera línea en pacientes hemodinámicamente estables con extravasación arterial en el TAC. Es obligatorio evaluar seriadamente para detectar cambios en la clínica.

Nuestro caso era un paciente respondedor, con extravasación de contraste en angio-TAC, por lo que se realizó arteriografía con embolización, se vigiló en UCI manteniéndose estable en todo momento.

210014. NO PERDER DE VISTA LOS PEQUEÑOS DETALLES TE LLEVA AL ÉXITO EN LA CIRUGÍA

B García García, MS Álvarez Escribano, L Lobato Bancalero, E Buendía Peña, M Ortega Castán, R de Luna Díaz

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

Introducción: La necesidad de recurrir a ileostomías de protección en anastomosis rectales bajas ha sido algo debatido en la comunidad científica, aunque se concluye como el método más eficaz para disminuir la morbimortalidad en el caso de fuga anastomótica. Aunque no disminuyen el número de fugas, sí que disminuyen su repercusión clínica y facilitan su manejo en caso de que se produzcan

Caso clínico: Mujer de 25 años con síndrome de poliposis familiar en el contexto de una neoplasia rectal con tratamiento neoadyuvante previo. Se decide en comité colectomía total. Ingresa para intervención quirúrgica programada 6 semanas después de finalizar el tratamiento quimioterápico y radioterápico. Se realiza colectomía total laparoscópica con confección de reservorio en J e ileostomía de protección, que transcurre sin incidencias. En postoperatorio inmediato, mala evolución con sensación nauseosa y vómitos, distensión y dolor abdominal, así como ausencia de deposiciones y gases a través de estoma; y elevación de parámetros inflamatorios en la analítica.

Manejo conservador de entrada con dieta absoluta, SNG a bolsa y estimulación de estoma. Cuadro suboclusivo durante 5 días sin clara

mejoría y con persistencia del dolor abdominal. Tras mala evolución del cuadro, se decide revisión en quirófano mediante laparoscopia exploradora visualizándose asa de ileostomía torsionada ("twister"). Se confecciona de nuevo ileostomía, comprobándose vía laparoscópica. Buena evolución en planta tras reintervención siendo dada de alta a las 72h.

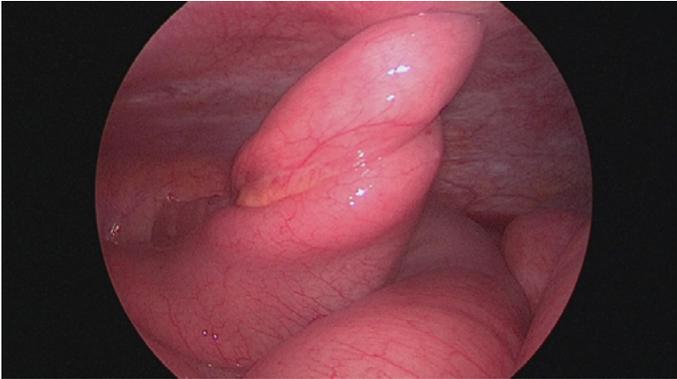


Figura 1
Ileostomía torsionada.

Discusión: Las ileostomías no están exentas de complicaciones, con una morbilidad de hasta el 70%. Una cirugía electiva de gran envergadura que se realiza sin incidencias puede desembocar en una complicación importante en el postoperatorio si no estamos atentos a los pequeños detalles, sobre todo al final de la intervención, que es cuando más cansados nos encontramos. Por ello, es imprescindible ser muy cuidadosos en la confección de la ileostomía, puesto que se trata del último paso en este tipo de cirugías. Para evitar dicha complicación, lo ideal sería comprobar mediante laparoscopia la orientación de la misma.

210015. MANEJO DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL ASINTOMÁTICO COMO HALLAZGO INCIDENTAL INTRAOPERATORIO

MC Ferrer Castro, M Ibáñez Rubio, E Fernández Segovia

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

Introducción: El divertículo de Meckel (DM) es la anomalía congénita más frecuente del tracto digestivo, encontrándose hasta en un 2% de la población. Se debe a una obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico. Se encuentra a una media de 58 cm de la válvula ileocecal, y está descrito una predominancia en el sexo masculino con una proporción 2:1.

Caso clínico: Paciente de 63 años con antecedente de intervención en 2018 por neoplasia de recto, realizándose resección y anastomosis. Presenta recidiva a nivel de anastomosis previa y metástasis hepáticas bilobares. Ingresó de forma urgente por un cuadro de obstrucción intestinal con posible cambio de calibre a nivel de íleon distal.

Se realizó laparotomía observándose asas con dilatación de hasta 5cm de diámetro, cuadro adherencial moderado interasas, y un asa

de íleon distal firmemente adherida a pelvis junto con una brida generando otro punto de cambio de calibre. Se realizó sección de la brida y adhesiolisis sin precisar resección intestinal.

Se encontró divertículo de Meckel a unos 50 cm de la válvula ileocecal (**Figura 1**), de aspecto no inflamatorio y sin formar parte del origen de la obstrucción. Presentaba base de implantación ancha, longitud mayor de 2cm, pared de aspecto macroscópico y consistencia normal, aunque con pequeño hematoma en el extremo diverticular. No se realizó resección del mismo.

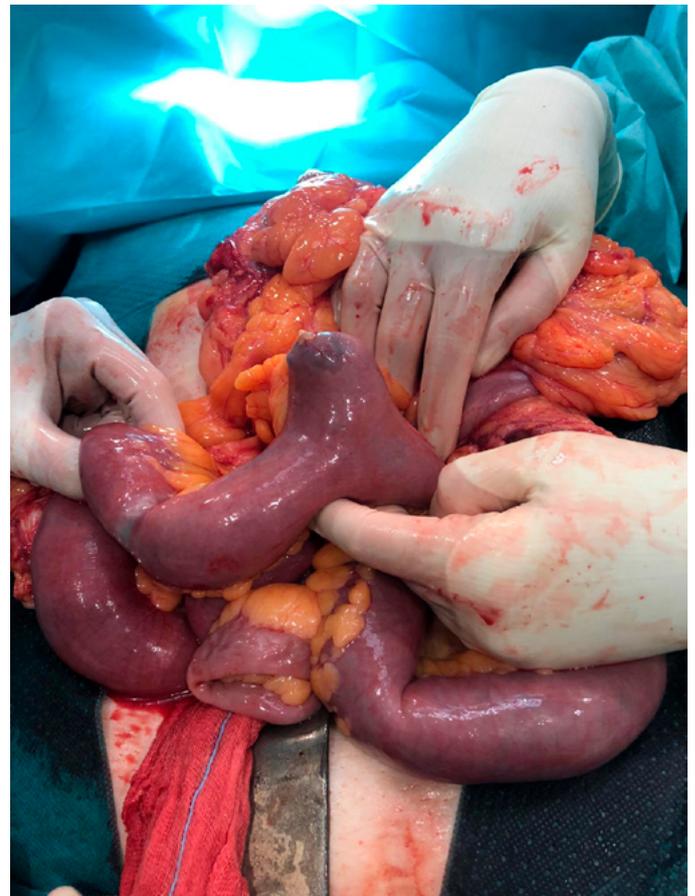


Figura 1
Divertículo de Meckel no complicado, situado a 8cm de anillo de constricción.

Discusión: Actualmente no se recomienda la resección quirúrgica rutinaria en casos de DM asintomáticos hallados de forma incidental durante cirugía abdominal. Ésta debe valorarse de forma individualizada, y teniendo en cuenta el estado del paciente, la edad y los factores de riesgo para desarrollar sintomatología diverticular o complicación del divertículo. Los factores de riesgo descritos son:

- Sexo masculino
- Edad < 50 años
- Longitud del divertículo >2cm
- Presenta de tejido ectópico

Algunos estudios describen una proporción de síntomas de 17%, 25%, 42% y 70% cuando se dan uno, dos, tres o cuatro criterios, respectivamente. En los artículos publicados hasta la fecha, se aprecia una tendencia hacia un manejo cada vez menos conservador del divertículo incidental.

En general, se recomienda la exéresis quirúrgica en pacientes sanos, menores de 50 años y con factores de riesgo anatómicos como longitud mayor a 2cm o anomalías en la pared. Pacientes inestables, con comorbilidades o mayores de 50 años no se deben someter a resección del divertículo, salvo que presenten una anomalía palpable en el interior del mismo.

210017. COLITIS NEUTROPÉNICA, A PROPÓSITO DE TRES CASOS

A Ortiz Sánchez, S Roldán Ortiz, C Peña Barturen, A Maestu Fonseca, JM Pacheco García

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

Introducción: La enterocolitis neutropénica es una complicación grave, potencialmente mortal (50-100%). Exponemos una revisión retrospectiva de 3 casos entre 2019-2020.

Caso clínico: Caso 1: Varón de 63 años, intervenido dos meses antes de resección anterior baja rectal con ileostomía de protección, por adenocarcinoma de recto (ypT3 N1b Mx), con posterior quimioterapia adyuvante. Ingresa por dolor abdominal generalizado sin signos de irritación peritoneal, con hipotensión y taquicardia. Analíticamente PCR60.1 mg/L y leucopenia. En TAC abdominal se describe pancolitis sin signos de complicación. Ingresa con evolución rápida desfavorable y fallece.

Caso 2: Varón de 38 años, con leucemia mieloide aguda, ingresa por fiebre, dolor y distensión abdominal, hipotensión arterial y taquicardia. Aumento de reactantes, con PCR234mg/L y neutropenia. El TAC describe ileitis acompañada de colitis derecha sin signos de complicación. Dada situación clínica de paciente se decide vigilancia en UCI y medidas de soporte con evolución desfavorable durante 30 días, desarrollando inestabilidad hemodinámica y perforación intestinal. Se indica cirugía urgente, realizando resección de íleon y hemicolectomía derecha con ileostomía terminal. El paciente presenta postoperatorio prolongado en planta con varios episodios de hemorragia digestiva con manejo conservador hasta alta.

Caso 3: Mujer de 50 años, intervenida 3 años antes de carcinoma ductal infiltrante de mama IIb. Ingresada por leucemia aguda mieloblástica secundaria a tratamiento quimioterápico. Tras un mes de ingreso, comienza con dolor abdominal generalizado e irritación peritoneal con rectorragia, estupor, hipotensión y signos de mala perfusión periférica. Analíticamente pancitopenia y aumento de reactantes. TAC informa de pancolitis neutropénica, ingresando en UCI con desenlace en horas.

Discusión: La enterocolitis neutropénica es un proceso inflamatorio multifactorial en pacientes inmunocomprometidos, principalmente por neoplasias hematológicas y tras tratamiento quimioterápico, caracterizada por daño transmural más frecuentemente a nivel

de ciego e íleon distal, pudiéndose extender a colon ascendente y transversal, siendo afección en descendente rara. La incidencia es desconocida. Su patogenia se atribuye al uso de agentes quimioterápicos y la clínica se caracteriza por dolor abdominal, fiebre, diarrea...pudiendo evolucionar a sepsis y shock rápidamente. Se describe la neutropenia severa III (<1000 neutrófilos/mm³) como factor predictivo de mal pronóstico. Es prioritario ante la sospecha, solicitar un TC abdominal donde un grosor de pared colónica superior a 10mm se relaciona con mayor mortalidad.

Importante la sospecha con la triada típica de paciente neutropénico en tratamiento quimioterápico, dolor abdominal y fiebre. Así, el tratamiento quirúrgico está indicado en los 4 criterios de Shamberger et al: hemorragia digestiva, perforación, irritación peritoneal o empeoramiento clínico.

210019. PARÁMETROS INFLAMATORIOS COMO HERRAMIENTA PRONÓSTICA EN EL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

PA Sánchez Fuentes, E Vidaña Márquez, RP José, B Estébanez Ferrero, C Gras Gómez, I Teruel Lillo, J Jorge Cerrudo, Á Reina Duarte

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

Introducción: Nuestro objetivo es analizar determinados parámetros inflamatorios, antes de iniciar el tratamiento oncológico y después de la cirugía, en cuanto a su valor pronóstico en el adenocarcinoma gástrico.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo, que recoge desde abril de 2014 hasta la actualidad, a los pacientes intervenidos con el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico. Se han seleccionado a aquellos que han fallecido por progresión de su enfermedad neoplásica o los que viven más allá del primer año tras la realización de la cirugía. Se han excluido a aquellos con lesiones preneoplásicas o neoplasias gástricas distintas al adenocarcinoma, fallecidos por otras causas o no tienen los datos analíticos razón del estudio por ausencia o factores asociados que puedan alterarlos (infección aguda, complicación postquirúrgica inflamatoria, enfermedad inflamatoria de base o tratamiento inmunodepresivo).

Los parámetros inflamatorios a estudio son el ratio neutrófilos/ μ L-linfocitos/ μ L (N/L), plaquetas/ μ L-linfocitos/ μ L (P/L) y linfocitos/ μ L-monocitos/ μ L (L/M). Se recogen durante el mes previo al inicio del tratamiento oncológico (quimioterapia neoadyuvante o cirugía) y al mes de la cirugía. Y se han relacionado con la supervivencia global al año y al tercer año de la cirugía, mediante la t-student. Un valor de $p < 0,05$ es considerado como estadísticamente significativo, en aquellas variables significativas se realiza el análisis de la curva de COR (punto de corte para especificidad del 80% o superior).

Resultados: En la tabla 1 se muestran los resultados de la relación de los parámetros inflamatorios con supervivencia global al año y tercer año. En 6 parámetros inflamatorios se obtienen diferencias significativas para pronosticar supervivencia global al año y al tercer año. Destaca el parámetro N/L2 para predecir mortalidad al

año, el punto de corte de 3,08 tiene un 80% de especificidad. Y para predecir supervivencia inferior a 3 años, destacan los valores N/L2 y L/M2, con un 85% de especificidad en los puntos de corte de 2,0 y 5,1 respectivamente.

		N/L ₁	P/L ₁	L/M ₁	N/L ₂	P/L ₂	L/M ₂
SG1	F	3,9	207,9	3,7	3,4	198,9	3,8
	V	2,8	174,6	3,8	1,9	155,6	4,8
	p	0,049	0,428	0,887	0,006	0,198	0,167
SG3	F	3,7	228,8	3,5	3,2	209,5	3,6
	V	2,7	133,4	4,5	1,4	125,4	7,0
	p	0,153	0,014	0,144	0,000	0,008	0,000

Figura 1

SG1: Supervivencia global al año; SG3: Supervivencia global al tercer año; F: Fallecido; V: Vivo; p: Valor p; N/L: Ratio neutrófilos linfocitos; P/L: Ratio plaquetas linfocitos; L/M: Ratio linfocitos.

Conclusiones: Los parámetros inflamatorios al mes de la cirugía muestran mayor significancia estadística para pronosticar una supervivencia inferior al año y a los 3 años, que la mostrada por los recogidos antes del inicio del tratamiento oncológico. Destaca el valor N/L2 tanto para pronosticar una supervivencia menor al año y a los 3 años.

210020. ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER GÁSTRICO CON Y SIN NEOADYUVANCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Á De Laguno de Luna, N Apentchenko Eriutina, F Lucena Navarro, N Gándara Adán

Departamento Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospital Costa del Sol, Marbella.

Introducción: El cáncer gástrico es la 5ª neoplasia más frecuente, con marcada variabilidad demográfica, y la 3ª en mortalidad por cáncer. La cirugía radical con linfadenectomía(D2), es el tratamiento gold-standard y condiciona su pronóstico, que continúa siendo pobre. Se ha propuesto la utilización de regímenes de quimioterapia y quimiorradioterapia neoadyuvante como parte del tratamiento de la enfermedad localmente avanzada, con la justificación de que puede reducir el volumen tumoral y aumentar la tasa de resecciones R0. Su indicación incluye tumores N1 y T2-T3/N0.

El objetivo de nuestro estudio es analizar si la neoadyuvancia influye en la morbimortalidad de pacientes intervenidos.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de cohortes que compara a pacientes con cáncer gástrico, diagnosticados e intervenidos de forma consecutiva en un hospital de segundo nivel entre 2013 y 2018, con o sin neoadyuvancia (CNA o SNA). Se analizaron datos demográficos, se comprobó homogeneidad y se comparó la morbimortalidad de ambos grupos.

Resultados: Se analizaron 43 pacientes, 28 hombres (65,1%) y 15 mujeres(34,9%), con una edad media de 66 años(39-87). El 23,3% (10) recibieron neoadyuvancia: 5 quimiorradioterapia y 5 quimioterapia. La media del Índice de Charlson por fue de 5 y el ASA más frecuente II. El 93% de los pacientes presentaba algún tipo de comorbilidad (hipertensión, diabetes, dislipemia, cardiopatía, otras neoplasias

o varias). Se compararon ambas cohortes, siendo los grupos homogéneos

La localización del tumor y el tipo de intervención quirúrgica realizadas se recogen en las figuras 1 y 2. La anatomía patológica en todos los casos fue de adenocarcinoma.

	Frecuencia	Porcentaje
1/3 inferior del esófago	2	4,7
Cardias	12	27,9
Antro	15	34,9
Cuerpo	14	32,6
Total	43	100,0

Figura 1

Localización de la neoplasia

	Frecuencia	Porcentaje
Esofagectomía	1	2,3
Esófago-gastrectomía	1	2,3
Gastrectomía total	29	67,4
Gastrectomía subtotal	10	23,3
Antrectomía	1	2,3
Resección atípica	1	2,3
Total	43	100,0

Figura 2

Técnica quirúrgica.

La mediana de la estancia hospitalaria fue de 12 días (RIQ 10-27). La tasa global de complicaciones a 30 días fue del 46,5% (20 pacientes) y a 60 días de 25,6% (11). 3 pacientes fueron reintervenidos quirúrgicamente. La mortalidad global fue del 16,3(7).

El análisis bivariado mostró una mediana de la estancia de 14,5 días en el grupo SNA y de 10 días en el grupo CNA(p= 0,8). Las complicaciones a 30 días fueron del 51,1% y 30% (p=0,2) (Figura 3). La mortalidad fue de 12,1% y 30%(p=0,3).

Neoadyuvancia		Clavien-Dindo 30 días							Total	
		Ninguna	I	II	IIIa	IIIb	IVa	IVb		V
No	No	14(42,4%)	4(12,1%)	10(30,3%)	1(3%)	1(3%)	0	2(6,1%)	1(3%)	33(100%)
	Si	7(70%)	0	1(10%)	1(10%)	0	1(10%)	0	0	10(100%)
Total		21(48,8%)	4(9,3%)	11(25,6%)	2(4,7%)	1(2,3)	1(2,3%)	2(4,7%)	1(2,3%)	43(100%)

Figura 3

Neoadyuvancia*Clavien Dindo a 30 días (tabla cruzada).

Conclusiones: En nuestro estudio no encontramos diferencias significativas en las variables de morbimortalidad analizadas. A falta de que quede demostrado el beneficio real de la neoadyuvancia en la supervivencia global y libre de enfermedad del cáncer gástrico, es importante demostrar que la misma no contribuye a la morbilidad. La corta serie analizada y variabilidad de técnicas quirúrgicas que pueden sesgar los resultados obtenidos.

210021. VALORACIÓN DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL CÁNCER GÁSTRICO TEMPRANO Y LOCALMENTE AVANZADO

PA Sánchez Fuentes, E Vidaña Márquez, J Ruiz Pardo, J Jorge Cerrudo, B Estébanez Ferrero, C Gras Gómez, M Ferrer Márquez, Á Reina Duarte

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

Introducción: Nuestro objetivo principal es presentar la serie de cirugía laparoscópica del adenocarcinoma gástrico, llevada a cabo en un centro de segundo nivel. Nuestros objetivos secundarios son describir la tasa de conversión a cirugía abierta y la tasa de supervivencia global respecto al cáncer temprano y al localmente avanzado.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo y descriptivo. Es una serie consecutiva, desde abril de 2014 hasta abril de 2021. Se han analizado las variables de edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA), conversión cirugía abierta, técnica quirúrgica (gastrectomía total, gastrectomía 95%, gastrectomía distal o cirugía paliativa), estancia hospitalaria, complicación postoperatoria grado Clavien-Dindo, reintervención, mortalidad postoperatoria, tipo histológico sistema de clasificación Lauren, grado de diferenciación, grado enfermedad neoplásica (cáncer temprano (T1a-bN0M0), localmente avanzado (T2-4aN0-3M0) o avanzado), número de ganglios resecados, ratio de ganglios afectos/resecados, tamaño tumoral, supervivencia global, estado vital y causas de fallecimiento (progresión de la neoplasia u otro motivo). El cálculo de la supervivencia global se ha realizado mediante el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Se han seleccionado 76 pacientes intervenidos mediante cirugía laparoscópica con el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico. La tasa de conversión a cirugía abierta es del 15% (11 pacientes, todos por dudas de resecabilidad).

La técnica quirúrgica gastrectomía total se realiza en 42 (55%) pacientes. La estancia hospitalaria es de 11 ± 10 días. Respecto a las complicaciones postoperatorias se dan en 27 (36%) pacientes, siendo éstas mayores (Clavien-Dindo III o superior) en 13 (17%) pacientes. Se reintervienen a 5 (7%) pacientes y 1 (1%) presenta mortalidad postoperatoria.

Se obtienen 12 (16%) pacientes con cáncer temprano y 42 (56%) localmente avanzados. Se han resecados una media de 32 ± 19 ganglios, con ratio de ganglios afectos/resecados medio de 22 ± 29. El tamaño tumoral medio es de 5 ± 3 cm.

La tasa de supervivencia global a los 3 años en el cáncer temprano en nuestra serie es del 100%, fallece un paciente por otros motivos, y en el cáncer localmente avanzado es del 41%, fallecen 18 pacientes, 2 de ellos por otras causas.

Conclusiones: Nuestros resultados de tasa de conversión y supervivencia global se sitúan dentro de los rangos publicados en la literatura médica. La cirugía laparoscópica en cáncer gástrico es segura y factible en un centro de segundo nivel, si equipo con experiencia en cirugía mínimamente invasiva.

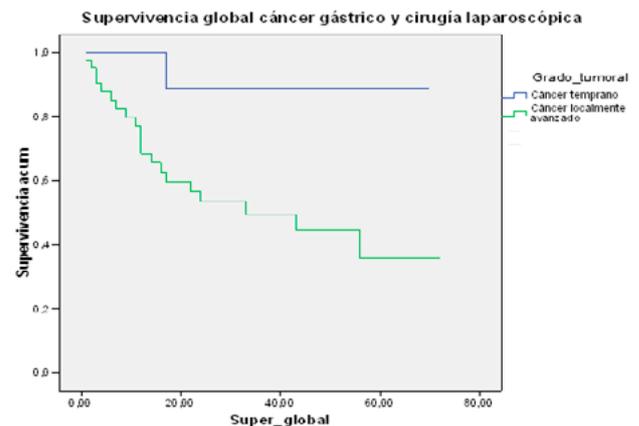


Figura 1

210023. SERIE DESCRIPTIVA DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO TIPO LINFOEPITELIOMA-LIKE

PA Sánchez Fuentes, E Vidaña Márquez, J Ruiz Pardo, J Jorge Cerrudo, I Teruel Lillo, M García Redondo, Á Reina Duarte

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

Introducción: El adenocarcinoma gástrico tipo linfopitelioma-like es una entidad infrecuente, que presenta estroma linfoide prominente intratumoral y se asocia a un mejor pronóstico, pero con unas características clínicas y patológicas no bien definidas. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y patológicas de nuestra serie de adenocarcinoma gástrico linfopitelioma-like.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo. Se han seleccionado a aquellos pacientes intervenidos de adenocarcinoma gástrico desde el 2014 en adelante, con resultado anatomopatológico de variante linfopitelioma-like. Se han recogido los resultados de las siguientes variables: edad (años), sexo, tiempo clínica prediagnóstica (meses), localización gástrica tumoral, histología biopsia endoscópica, técnica quirúrgica, hibridación in situ para región EBER (ARN no codificante asociado con el virus de Epstein-Barr), inestabilidad microsátelites, grado de diferenciación, nivel de resección, tamaño tumoral (cm), valor T de la TNM, ratio adenopatías/ganglios resecados, supervivencia global (meses) y estado vital.

Resultados: Predomina el sexo masculino (3:1) y la localización gástrica proximal. En ninguno de ellos se obtiene un diagnóstico prequirúrgico de la variante linfopitelioma-like. En 2 pacientes se realiza cirugía paliativa al objetivar infiltración tumoral a tejidos vecinos no sospechada en pruebas radiológicas prequirúrgicas. En uno de ellos la resección es R2 por infiltración pancreática y en el otro la resección es R1 por no hallar plano de clivaje con el lóbulo hepático izquierdo. Respecto a los 3 casos de cáncer gástrico avanzado, en los resultados histopatológicos predomina el grado indiferenciado, un elevado tamaño tumoral (mayor o igual a 6 cm) y una escasa afectación linfática esperada (Nx-1).

Edad	Sexo	TCP	LEI	HBE	TQ	EBER	IMS	GD	NR	TI	T	RAG	SG	EV	
1	60	Varón	12	Cuerpo	Intestinal	Gastrectomía vertical	SI	NO	Indiferenciado	R2	9	4b	-	21	Fallecido progresión tumoral
2	65	Varón	12	Cuerpo	Indiferenciado	Gastrectomía total + D2	NO	SI	Indiferenciado	R0	6	4a	1/14	56	Fallecido cáncer: cabeza y cuello
3	66	Varón	10	Subcardial	Difuso	Gastrectomía total + D2	SI	NO	Pobremente diferenciado	R0	1	1b	0/37	17	Fallecido isquemia intestinal
4	65	Mujer	12	Cuerpo	Intestinal	Gastrectomía total + D2	NO	SI	Indiferenciado	R1	9	4b	2/28	7	Fallecido progresión tumoral

Figura 1

TCP: Tiempo clínica prediagnóstica; LGT: Localización gástrica tumoral; HBE: Histología biopsia endoscópica; TQ: Técnica quirúrgica; EBER: ARN no codificante asociado con el virus de Epstein-Barr; IMS.

Conclusiones: Nuestra experiencia en la variante linfopitelioma-like se presenta como un cáncer gástrico avanzado, posiblemente relacionado con clínica prediagnóstica de larga data. Y se comportan como un tumor con un crecimiento local expansivo con poca capacidad de afectación linfática ni metastásica, en relación con el adenocarcinoma gástrico convencional, esto podría explicarse por el estroma linfoide prominente intratumoral que actúa de barrera antimetastásica.

210024. PAPEL QUIRÚRGICO ACTUAL DE LA ESTENOSIS PILÓRICA PÉPTICA

PA Sánchez Fuentes, E Vidaña Márquez, J Ruiz Pardo, J Jorge Cerrudo, B Estébanez Ferrero, C Gras Gómez, Á Reina Duarte

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

Introducción: La estenosis pilórica péptica (EPP) es la complicación menos frecuente, entre un 6-8% de los pacientes con enfermedad ulcerosa péptica (EUP). Su tratamiento conservador es efectivo en más del 70% de los casos (aspiración nasogástrica, hidratación, nutrición parenteral, IBP y erradicación del Hp). Si éste falla, aunque la estenosis sea fibrótica y descartando previamente malignidad, se realizan dilataciones endoscópicas con balón. Finalmente, si estas medidas son insuficientes (menos del 5% de EUP) se indicará tratamiento quirúrgico.

El objetivo es presentar nuestra experiencia en pacientes con EPP quirúrgica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que analiza los casos de EPP quirúrgica, de enero de 2015 a enero de 2020. Se recogen las variables edad, sexo, hábito tabáquico, pauta de IBP previa a la clínica de estenosis, tiempo desde inicio de los síntomas obstructivos

hasta la cirugía, biopsia Hp y malignidad, IBP intensivo, dilatación endoscópica y técnica quirúrgica.

Resultados: Se han intervenido a 5 pacientes con el diagnóstico de EPP. Tanto el tratamiento IBP intensivo como el erradicador de Hp se realizaron en los mismos 3 pacientes (60%) con mejoría clínica temporal, y en 2 pacientes (40%) se indicó dilatación endoscópica con mejoría clínica parcial. Respecto al tratamiento quirúrgico, éste se realizó en 3 pacientes (60%) en Urgencias, y en otros 3 (60%) mediante laparoscopia. En todos excepto en uno se realizó antrectomía y reconstrucción en Y de Roux (80%), en el restante se optó por una derivación digestiva con anastomosis gastroyeyunal y vagotomía troncular (20%). La evolución fue favorable en aquellos con resección del área estenótica, desarrollando una neoplasia en el caso de derivación digestiva.

Edad (años)	Sexo	Fumador	TCC (años)	IBPP	EDA Hp	EDA AP	BPH	TE	Dilatación	Cirugía	Técnica	AP Gca	Seguimiento
1	63	V	SI	5	SI	SI	Negativo	SI	SI	Urgente Abierta	Antrectomía Y Roux	Hp - Gastritis crónica	Favorable
2	76	V	SI	5	SI	SI	Negativo	SI	SI	Urgente laparoscopia	Y Roux y vagotomía troncular	NC	Neoplasia gástrica
3	38	V	No	4	No	SI	Negativo	SI	SI	Programada laparoscopia	Antrectomía Y Roux	Hp - Gastritis crónica	Favorable
4	55	V	SI	1	No	SI	Negativo	SI	SI	Programada laparoscopia	Antrectomía Y Roux	Hp - Gastritis crónica	Favorable
5	46	M	SI	3	No	No	Negativo	No	No	Urgente Abierta	Antrectomía Y Roux	Hp - Gastritis crónica	Favorable

Figura 1

NC: no conocido, V: varón, M: mujer, TCC: tiempo clínica-cirugía, IBPP: IBP previa a la clínica obstructiva, EDA Hp: endoscopia digestiva alta Hp, EDA AP: endoscopia digestiva alta anatomía patológica.

Conclusiones: Los pacientes intervenidos por EPP son casos aislados en el conjunto de la EUP. Los casos quirúrgicos se dan en aquellos con EUP crónica, caracterizándose por estenosis fibrótica y bajo cumplimiento del tratamiento crónico. Los casos no resectivos precisan de seguimiento estrecho para descartar evolución a malignidad.

210025. NUTRICIÓN ENTERAL QUIRÚRGICA EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

PA Sánchez Fuentes, E Vidaña Márquez, J Ruiz Pardo, J Jorge Cerrudo, M García Redondo, I Teruel Lillo, Á Reina Duarte

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

Introducción: El cáncer de cabeza y cuello (CCC) asienta en cavidad oral, orofaringe, hipofaringe y laringe, es la 7ª neoplasia más común y la mayoría de las veces se diagnostica es un estadio avanzado. Su manejo terapéutico se sustenta en la quimio y radioterapia y su cumplimiento será primordial para no ensombrecer más su pronóstico. Éstos pacientes se caracterizan por presentar malnutrición en el momento diagnóstico, que se exacerbará durante el tratamiento (mucositis, xerostomía, disfagia, odinofagia) y seguimiento (estenosis), dificultando la administración terapéutica adecuada. Existe controversia en el momento de nutrición enteral, si profiláctica (antes del inicio del tratamiento) o reactiva (cuando la vía oral sea insuficiente o inadecuada). La vía reactiva para la nutrición enteral condiciona en algunos pacientes la necesidad de una gastrostomía quirúrgica (GQ) por estenosis infranqueable. Nuestro objetivo es presentar nuestra serie de GQ en pacientes con CCC.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes con CCC con imposibilidad para una nutrición oral adecuada, que se someten a GQ de 2015 a 2020. Variables de edad, sexo, IMC, ASA, origen neoplasia, estadio, recidiva/persistencia, intención terapéutica, supervivencia postGQ y estado actual. Variables cualitativas con n y %, y cuantitativas con mediana y rango.

Resultados: Se realiza GQ en 13 pacientes. En estadio IV hay 7 casos (53.8%) y en otros 7 la enfermedad ha recidivado o persiste. Sólo en 3 (23.1%) de ellos, la intención terapéutica sigue siendo curativa. La mediana de supervivencia tras la GQ es de 2 meses (0.3-67), siendo éxitus por progresión neoplásica todos excepto uno (92.3%). Se consigue una supervivencia igual o superior a 6 meses en 4 pacientes, 3 de ellos son los que estaban en tratamiento con intención curativa, el restante era una recidiva local en estadio II.

Edad	Sexo	IMC	ASA	ON	Estadio	Estadío postGQ	IT	Supervivencia postGQ (meses)	Estado actual
76	V	22	II	Faringe	IV	RP	QT-RT paliativa	2	Éxito
71	V	26	IV	Faringe	II	RP	QT-RT paliativa	3.3	Éxito
83	V	23	IV	Laringe	IV	Primario	CP	3.5	Éxito
66	V	28	IV	Laringe	IV	Primario	CP	1	Éxito
79	V		III	Laringe	IV	Primario	Curativa	5	Éxito
62	V	16	III	Faringe	III	Primario	CP	3	Éxito
71	V	26	II	Oral	IV	RP	CP	3.5	Éxito
88	V		IV	Laringe	IV	RP	CP	2	Éxito
65	V	28	III	Oral	III	Primario	Curativa	57	Vivo
44	V		III	Oral	IV	RP	QT-RT paliativa	1	Éxito
45	V	21	III	Laringe	II	RP	CP	16	Éxito
62	M	28	III	Laringe	III	RP	QT-RT paliativa	4	Éxito
59	V	21	III	Faringe	III	Primario	Curativa	36	Éxito

Figura 1

V: Varón; M: Mujer; ON: Origen neoplasia; RP: Recidiva/persistencia; IT: Intención terapéutica; CP: Cuidados paliativos.

“endoloop” y “clips”. El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias.

El paciente fue revisado según protocolo el octavo día postoperatorio, refiriendo dolor y distensión abdominal con náuseas, vómitos y ausencia de tránsito intestinal de 48 horas de evolución. La TC abdominal revelaba signos de obstrucción intestinal secundaria a hernia interna de intestino delgado a través de un defecto peritoneal adyacente a una región con numerosos clips.

Se decidió tratamiento quirúrgico urgente con abordaje laparoscópico. Se constató la presencia de una hernia interna a través del defecto peritoneal que se redujo sin necesidad de resección intestinal. Dada la desvitalización de los bordes peritoneales del defecto, no se consiguió un buen cierre mediante sutura barbada, por lo que se optó por la colocación de una prótesis de componente mixto mediante técnica IPOM. El postoperatorio cursó sin incidencias.



Figura 1

TAC abdomen.

Conclusiones: La indicación de GQ en CCC se relaciona con estadios tumorales avanzados, que condicionan estenosis infranqueables. Sólo en aquellos con enfermedad localizada o en tratamiento con intención curativa, la supervivencia tras GQ puede alcanzar medio año.

210026. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL TRAS HERNIOPLASTIA INGUINAL TOTALMENTE EXTRAPERITONEAL

C Monje Salazar, JM Cabrera Bermón, JL Cuba Castro, R Luna Díaz

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

Introducción: Presentamos el caso de una obstrucción intestinal por hernia preperitoneal como complicación secundaria a reparación de hernia inguinal vía laparoscópica totalmente extraperitoneal.

Varón de 35 años de constitución muy delgada, intervenido de hernioplastia inguinal derecha vía laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP) por un equipo quirúrgico en curva de aprendizaje. Se utilizó un trócar de 12 mm periumbilical y dos de 5 mm infraumbilicales, y se siguieron los criterios de visión crítica del orificio miopectíneo.

Caso clínico: Durante la cirugía se objetivó un peritoneo muy delgado y frágil, produciéndose durante las maniobras de disección una gran apertura, cerrándose con bastante dificultad mediante

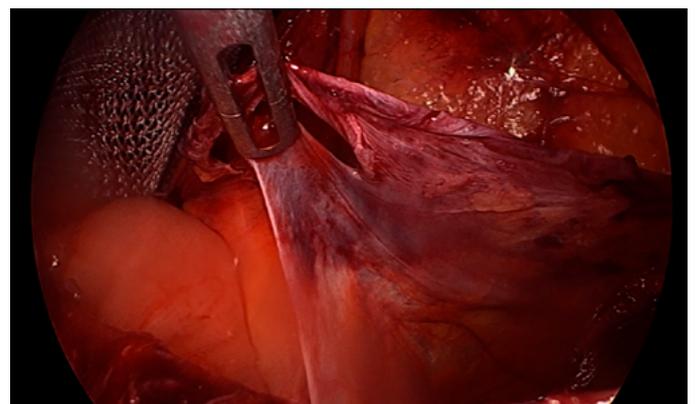


Figura 2

La obstrucción intestinal como complicación tras TEP y TAPP laparoscópico se estima en un 0,28%. Puede ser consecuencia de herniación a través de los puertos, adherencias intrabdominales o a la malla, y como en nuestro caso, a través de desgarros peritoneales

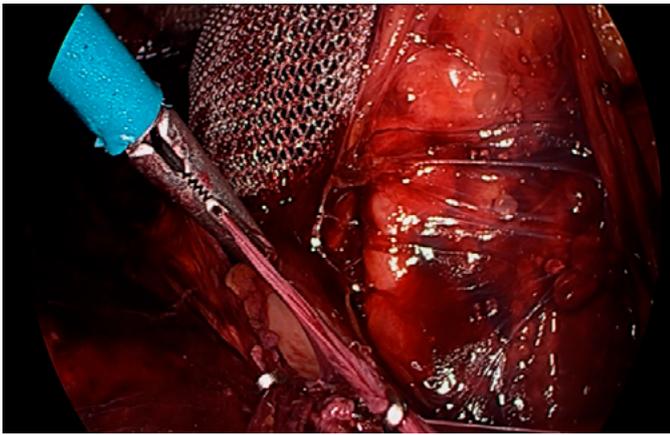


Figura 3

producidos durante las maniobras de disección. Estos desgarros se producen en el 13 a 47% de los casos, suelen ser más frecuentes en pacientes jóvenes y delgados, donde el peritoneo es menos laxo y más fino, y no solo generan una reducción del espacio preperitoneal sino que predisponen a adherencias intestinales y hernias internas. Por ello, y a pesar del aumento potencial de complejidad técnica y mayor consumo de tiempo quirúrgico, se recomienda cerrar dichos defectos.

Se han descrito múltiples técnicas para cerrar los desgarros peritoneales como son la colocación de endoloop, sutura, grapado e incluso coagulación con bipolar. En nuestro caso, dada la desvitalización de los bordes peritoneales se optó por cubrir el defecto con la colocación de una malla intraperitoneal.

210027. SÍNDROME DE BOUVERET: UNA CAUSA INUSUAL DE ÍLEO BILIAR.

M López-Cantarero García-Cervantes, L Sobrino Brenes, M Retamar Gentil, P García Muñoz, C Olivares Oliver, J Reguera Rosal, F Oliva Mompeán, JA López Ruíz

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

Introducción: El síndrome de Bouveret hace es una obstrucción gástrica secundaria a la impactación de un cálculo biliar en el píloro o en el duodeno proximal. No existen protocolos de actuación claros acerca del tratamiento de esta patología, que incluye abordaje endoscópico y quirúrgico laparoscópico o abierto. Presentamos dos casos de síndrome de Bouveret y su manejo tanto endoscópico como quirúrgico.

Caso clínico: Presentamos el caso de dos pacientes. El primero se trata de un paciente varón de 85 años, con antecedentes de HTA, DM, DLP y angina inestable, que acude a urgencias por molestias abdominales de 1 semana de evolución acompañado de náuseas y vómitos. Se realiza Rx abdomen y TC toracoabdominal, compatible con síndrome de Bouveret. Se decide realización de gastroscopia, evidenciando dos cálculos enclavados en bulbo duodenal. Se procede

a extracción de la litiasis de menor tamaño, dejando la mayor (5cm aprox.) en cámara gástrica para posterior extracción pasado el cuadro agudo y tratamiento de la esofagitis. Es dado de alta sin incidencias. Pasado un mes, el paciente acude de nuevo por urgencias por dolor y vómitos. En TC se objetiva obstrucción intestinal a nivel de íleon distal causado por litiasis que se encontraba previamente en cámara gástrica. Dados los hallazgos, se decide intervención quirúrgica, realizándose enterolitotomía por laparotomía. El paciente es dado de alta a los 6 días.

El segundo paciente se trata de una mujer de 79 años, con antecedentes de FA anticoagulada con Edoxaban, insuficiencia cardíaca, prótesis plástica en vía biliar por sospecha endoscópica de ampuloma en estudio y colelitiasis. Acude a urgencias por cuadro emético de 3 días de evolución, estreñimiento y molestias abdominales. TC abdominal compatible con síndrome de Bouveret. Se decide realización de gastroscopia, descartando actuación por imposibilidad de extracción. Se decide intervención quirúrgica, realizándose gastrotomía y enterolitotomía a nivel yeyunal por laparotomía. La paciente es dada de alta a los 9 días



Figura 1

TC toracoabdominal donde se aprecia dilatación marcada de cámara gástrica secundaria a litiasis a nivel duodenal.

Discusión: Las opciones terapéuticas incluyen abordajes no quirúrgicos (endoscópicos) y quirúrgicos (abiertos o laparoscópicos). El abordaje endoscópico es rápido, simple y asequible, pero está limitado para litiasis pequeñas, por el riesgo de impactación esofágica.

Los dos enfoques quirúrgicos principales son la enterolitotomía y la gastrotomía, seguido de colecistectomía y reparación de la fístula en un primer o segundo tiempo. El mejor enfoque es el que se adapta a cada paciente, teniendo en cuenta su condición médica, edad, comorbilidades, esperanza de vida y experiencia del cirujano.

210028. GASTROSTOMÍA QUIRÚRGICA POR CÁNCER DE ESÓFAGO Y CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO: ESTUDIO RETROSPECTIVO

B Estébanez Ferrero, P Sánchez Fuentes, J Ruíz Pardo, E Vidaña Márquez, CM Gras Gómez, I Teruel Lillo, Á Reina Duarte

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

Introducción: Analizar las diferencias clínicas, quirúrgicas y pronósticas de los pacientes sometidos a gastrostomía quirúrgica en dependencia de la patología oncológica subyacente.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que la población a estudio la componen los pacientes sometidos a gastrostomía quirúrgica por patología oncológica e imposibilidad de realizarla por vía endoscópica. Se comparan 2 grupos: grupo 1 (pacientes con cáncer de cabeza y cuello) y grupo 2 (pacientes con cáncer de esófago). Se analizan variables clínicas, quirúrgicas y pronósticas. Para variables categóricas, los datos se expresan mediante frecuencias y porcentajes, y son comparados mediante el test de la Chi-cuadrado de Pearson. Para variables cuantitativas continuas, los datos son expresados como media \pm desviación estándar. Se comprueba la distribución normal de las variables mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cuantitativas de los grupos son comparadas mediante el test de la t de Student para datos independientes cuando siguen una distribución normal. En el caso de que las variables cuantitativas no sigan una distribución normal, se utiliza una prueba no paramétrica para su comparación, el test de la U de Mann-Whitney. El método de Kaplan Meier es utilizado para analizar la supervivencia global y el test log-rank se usa para la comparación entre grupos. Un valor de $p < 0,05$ es considerado estadísticamente significativo.

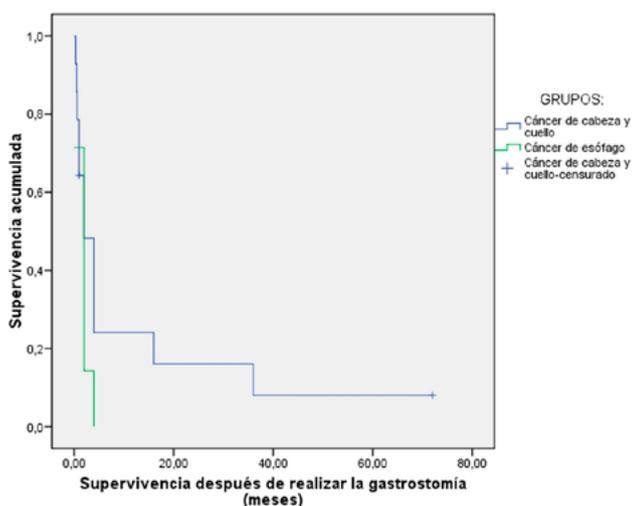


Figura 1

Supervivencia en meses tras gastrostomía

Resultados: El grupo 1 estuvo compuesto por 14 pacientes (7 con cáncer de laringe, 4 con cáncer de faringe y 3 con cáncer de la cavidad oral) y el grupo 2 por 7 pacientes. En la figura 1 se detallan

las diferencias entre los dos grupos. La indicación quirúrgica de la gastrostomía en el grupo 1 fue masa estenosante en 9 pacientes, faringostoma en 3, protección de colgajo en uno y alteración de la deglución en otro. Las complicaciones en el grupo 1 fueron 2 fugas perisonda y un hematoma de la herida quirúrgica.

Conclusiones: En los pacientes con cáncer de esófago y cáncer de cabeza y cuello sometidos a gastrostomía quirúrgica, no existen diferencias clínicas, quirúrgicas ni pronósticas significativas, si bien los pacientes con cáncer de cabeza y cuello tuvieron más complicaciones y mayor supervivencia, y en los pacientes con cáncer de esófago la intención terapéutica del tumor primario en todos los casos fue paliativa y la indicación quirúrgica de la gastrostomía en todos los casos fue masa estenosante.

210029. ABSCESO DE PARED ABDOMINAL SECUNDARIO A FÍSTULA COLECISTOCUTÁNEA ESPONTÁNEA

L Sobrino Brenes, M López-Cantarero García-Cervantes, M Retamar Gentil, C Olivares Oliver, P García Muñoz, F Oliva Mompeán, JA López Ruiz

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

Introducción: La fístula colecistocutánea espontánea es una patología muy infrecuente en la actualidad. Se han publicado sólo 25 casos en los últimos 50 años. Se trata de una comunicación entre la vesícula biliar y la piel debida habitualmente a un cuadro de colecistitis litiasica no tratada, siendo la localización más frecuente el hipocondrio derecho. Presentamos el caso de una paciente que acude a urgencias por un absceso de pared abdominal en el contexto de una fístula colecistocutánea subyacente.

Caso clínico: Paciente mujer de 77 años pluripatológica y dependiente para actividades básicas de la vida diaria, con antecedentes de litiasis biliar asintomática, que acude a urgencias por tumoración de unos 3 meses de evolución en pared abdominal. Niega episodios de dolor abdominal, fiebre, náuseas o vómitos con anterioridad. A la exploración, se objetiva tumoración de unos 4 cm de diámetro en hipocondrio derecho, dolorosa a la palpación, fluctuante, con material de consistencia dura en su interior y ulceración de la piel sin supuración espontánea. Se solicita TC con contraste urgente en el que informan de colección líquida inflamatoria de 6 x 4,3 cm, en cuyo interior se identifica una litiasis biliar de 1,7 cm. La vesícula biliar está colapsada y su fundus está englobado en el proceso inflamatorio de la pared, creando un trayecto fistuloso. Se decide drenaje de la colección bajo anestesia local. Tras la incisión, se obtiene abundante material purulento y se extraen dos litiasis biliares, sin salida de contenido bilioso. Dados los antecedentes patológicos de la paciente, se decide manejo conservador de la fístula colecistocutánea y seguimiento en consultas externas.

Discusión: El proceso diagnóstico incluye la realización de un análisis de sangre, sobre todo en el contexto de absceso, y la realización de una prueba de imagen, siendo la tomografía computarizada (TC) la prueba de elección para evidenciar el trayecto fistuloso.



Figura 1

TC abdominal con contraste urgente.

210030. ENDOMETRIOSIS ILEOCECAL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

B Estébanez Ferrero, MJ Rodríguez Perdomo, D Cabañó Muñoz, C Gras Gómez, I Teruel Lillo, MM Rico Morales, MÁ Lorenzo Liñán, Á Reina Duarte

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

Introducción: La endometriosis se define como la presencia de estroma y glándulas endometriales fuera de la cavidad uterina. Es una enfermedad inflamatoria, benigna y estrógeno-dependiente. Algunos de los factores que aumentan el riesgo de padecerla, son la nuliparidad, la exposición prolongada a estrógenos y ciclos menstruales cortos con sangrado abundante.

Su patogénesis es multifactorial y las localizaciones más comunes incluyen ovarios, fondo de saco de Douglas, ligamentos uterosacos, útero, trompas de falopio, sigma y apéndice.

Caso clínico: Mujer de 34 años, con antecedentes de miomectomía por histeroscopia, menstruaciones regulares con menorragia y dismenorrea, fumadora. Nulípara con deseo genésico. Acude a urgencias por dolor abdominal epigástrico de 24 horas de evolución, náuseas sin vómitos, niega alteraciones del hábito intestinal.

A la exploración abdomen distendido y timpánico con dolor leve y difuso, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica presenta leucocitosis con desviación izquierda.

Se realiza ecografía transvaginal donde se evidencia un endometrio homogéneo y una imagen compatible con mioma tipo 5, de unos 27x26mm en cara posterior del útero. Se completa estudio con una Tomografía Computerizada (**Figura 1**) donde se describe un patrón obstructivo de intestino delgado, con colon colapsado, asas distendidas y otras dilatadas alcanzando un calibre hasta 3.5cm con peristaltismo ineficaz observando mayor dilatación en íleon distal a nivel pélvico, con pequeña cantidad de líquido libre asociado, sin cambio de calibre ni clara causa mecánica.



Figura 2

Drenaje de absceso de pared abdominal y extracción de litiasis biliares.

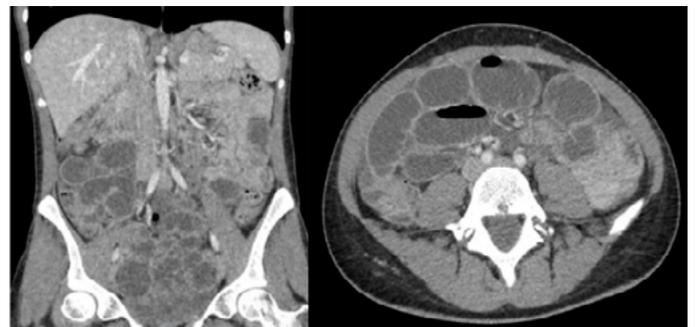


Figura 1

TAC abdominal donde se evidencia patrón obstructivo.

El manejo terapéutico dependerá de la presentación clínica y de las comorbilidades del paciente. El tratamiento definitivo consiste en la colecistectomía con escisión del trayecto fistuloso por vía abierta de manera electiva, dejando el abordaje laparoscópico para cirujanos experimentados. En pacientes de edad avanzada que asocien múltiples comorbilidades es factible el manejo conservador, como sucedió en nuestro caso.

Dados los hallazgos y la persistencia del dolor abdominal, se decide intervención quirúrgica urgente vía laparoscópica. Se observan focos de aspecto endometriósico en peritoneo pélvico, Douglas, cara anterior y posterior de superficie uterina, así como

mioma subseroso en fondo uterino. A nivel de íleon distal y ciego se evidencia nódulo blanquecino responsable de cambio de calibre, realizando ileocequ Coastomía con anastomosis ileocólica (Figura 2).

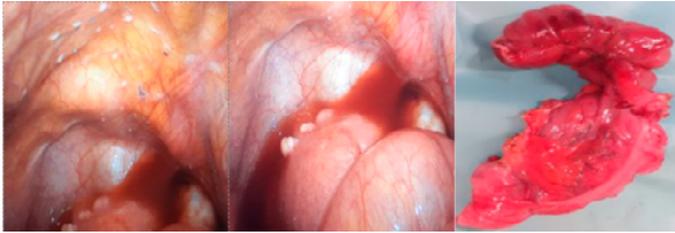


Figura 2
Focos endometriosis y pieza quirúrgica.

El postoperatorio fue favorable y sin incidencias, recibiendo el alta hospitalaria a los 5 días.

El estudio histológico confirmó una endometriosis intestinal multifocal que afectaba a la muscular propia, subserosa y serosa de íleon y ciego.

Discusión: Entre los síntomas de esta entidad se encuentran el dolor pélvico, la infertilidad, la disfunción vesical y/o intestinal, el sangrado uterino anormal y la fatiga crónica, siendo menos común su presentación aguda como cuadro de obstrucción intestinal, especialmente en región ileocecal.

El diagnóstico definitivo es histológico, no obstante se pueden encontrar hallazgos sugestivos en pruebas de imagen como la ecografía transvaginal y la resonancia magnética.

210031. FASCITIS NECROTIZANTE DE PARED ABDOMINAL SECUNDARIA A APERTURA DE MUÑÓN RECTAL EN PACIENTE INTERVENIDO POR MEGACOLON TÓXICO

L Sobrino Brenes, P García Muñoz, R Pérez Huertas, M Retamar Gentil, M López-Cantarero García-Cervantes, C Olivares Oliver, F Oliva Mompeán, JA López Ruiz

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

Introducción: La fascitis necrotizante es una infección grave de partes blandas que afecta a fascia profunda y músculo subyacente y asocia un componente tóxico sistémico que compromete la vida del paciente. Es fundamental un diagnóstico precoz e instaurar un tratamiento agresivo mediante desbridamiento quirúrgico y antibioterapia dirigida. Habitualmente precisa al menos una revisión en quirófano a las 24 horas para vigilar la progresión de la necrosis.

Caso clínico: Paciente varón de 70 años hipertenso, diabético, intervenido 3 semanas antes por megacolon tóxico en contexto de pancolitis ulcerosa corticorrefractaria en tratamiento con Infiximab, realizándose colectomía subtotal con ileostomía. Acude a Urgencias

por fiebre, deterioro del estado general y dolor intenso en flanco izquierdo de 48 horas de evolución. A la exploración presenta signos de sepsis y tumoración en fosa iliaca y flanco izquierdo que se



Figura 1
TC de abdomen con contraste urgente.

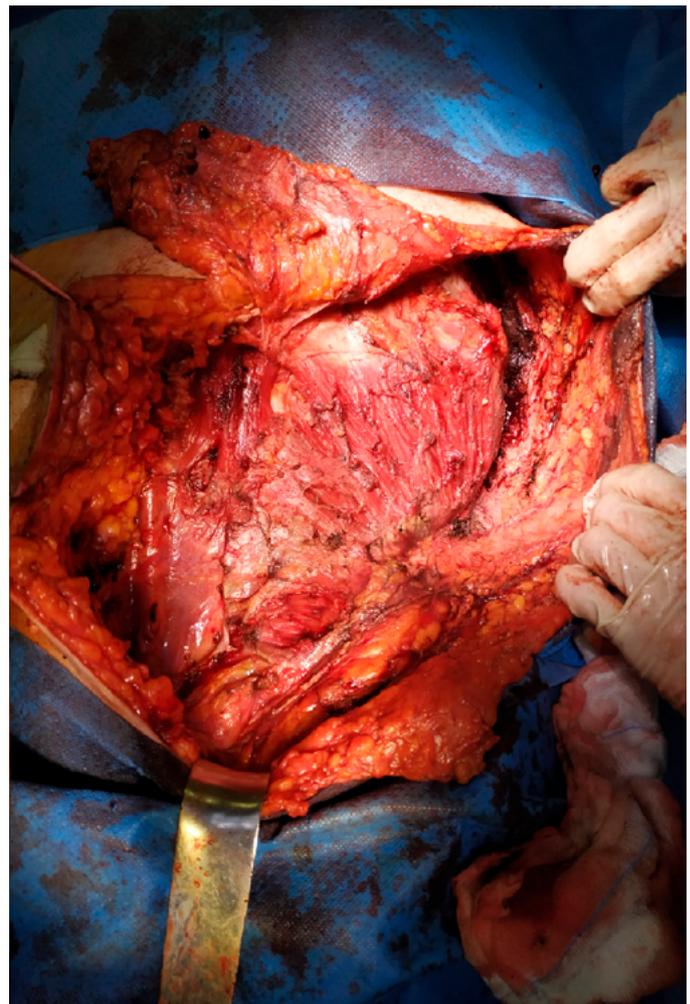


Figura 2
Resección completa de músculo oblicuo externo.



Figura 3

Reconstrucción de pared abdominal.

extiende hasta región dorsolumbar, muy dolorosa y con crepitación a la palpación. Se inician medidas de resucitación, antibioterapia empírica de amplio espectro y se realiza TC urgente con contraste, que informa de gran colección de 7x3x4cm con gas en su interior que diseña la musculatura de la pared abdominal y que comunica a través del trayecto del antiguo drenaje con una colección pélvica con burbujas aéreas, identificándose dehiscencia del muñón rectal. En quirófano se objetiva necrosis del músculo oblicuo externo, y se realiza un desbridamiento amplio con resección completa de dicho músculo desde cresta iliaca y pubis hasta arcos costales y fascia toracolumbar, y se evacúa la colección pélvica vía endoanal. Posteriormente se realizan dos nuevos desbridamientos a las 24 y a las 48 horas, conservando un colgajo cutáneo bien vascularizado. Se inicia antibioterapia dirigida según antibiograma. Tras la resolución del cuadro séptico se realiza la reconstrucción de la pared al séptimo día de ingreso, con colocación de malla Premilene de 30x30cm y cierre del colgado cutáneo.

Discusión: La fascitis necrotizante de la pared abdominal es una rara manifestación de un proceso infeccioso intraabdominal, habitualmente secundario a perforación intestinal, que afecta por contigüidad al peritoneo y a las diferentes capas de la pared. En nuestro caso, la colección pélvica alcanzó la pared abdominal a través del trayecto del drenaje, quedando delimitada entre las fascias del oblicuo externo y el interno. Una rápida actitud quirúrgica es fundamental para controlar la progresión de la necrosis. Tras la resolución de la infección puede procederse a la reparación y cierre de la pared.

210033. ADENOMA HEPÁTICO GIGANTE CON MUTACIÓN DEL GEN β -CATENINA EN PACIENTE CONSUMIDOR CRÓNICO DE ANABOLIZANTES.

A Fierro Aguilar, S Cerrato Delgado, J Varela Recio, A Valverde Martínez, PG Jose Manuel

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

Introducción: El adenoma hepático es una tumoración benigna hepática poco frecuente que afecta fundamentalmente a mujeres y se asocia a factores de riesgo como anticonceptivos orales, consumidores de anabolizantes y pacientes obesos. Su riesgo de complicaciones y malignidad condicionan el seguimiento y tratamiento.

Caso clínico: Paciente varón de 40 años culturista, consumidor crónico de anabolizantes inyectables y dieta hiperprotéica, en seguimiento por cólicos nefríticos de repetición por urología, con elevación de enzimas de colestasis y creatinina en analítica. En Uro-TAC realizado se objetivan lesiones hepáticas de las que se recomienda completar estudio, por lo que se solicitan TAC hepático dinámico y resonancia magnética, que muestran una lesión sólida de crecimiento exofítico de unos 7,5cm en la porción más caudal del segmento VI, así como otro nódulo hipodenso de 5,7cm en cúpula hepática adyacente a la confluencia de la vena cava inferior y los segmentos IVa, VII y VIII, que captan de forma heterogénea en fase arterial, levemente progresiva en fase portal y sin claro lavado en fase de equilibrio; hipointensas en T1 e isointensas en T2. Estos hallazgos y los antecedentes del paciente sugieren adenomas hepáticos con mutación del gen β -catenina como primera posibilidad.

Se indica inicialmente cese de consumo de anabolizantes y se reevalúa al paciente a los meses, encontrándose mejoría analítica y disminución de las lesiones en TAC con medidas de 53x72mm la lesión en segmento VI y de 25x32mm la lesión en segmento VI. Dado el potencial maligno, se programa para cirugía de resección del segmento VI anatómica donde asienta el adenoma. El postoperatorio cursa sin incidencias.



Figura 1

Corte coronal TAC.

Discusión: El adenoma hepático es una proliferación benigna de hepatocitos macroscópicamente circunscrita, hipervascular y con áreas de necrosis y hemorragia. Se pueden diferenciar en cuatro

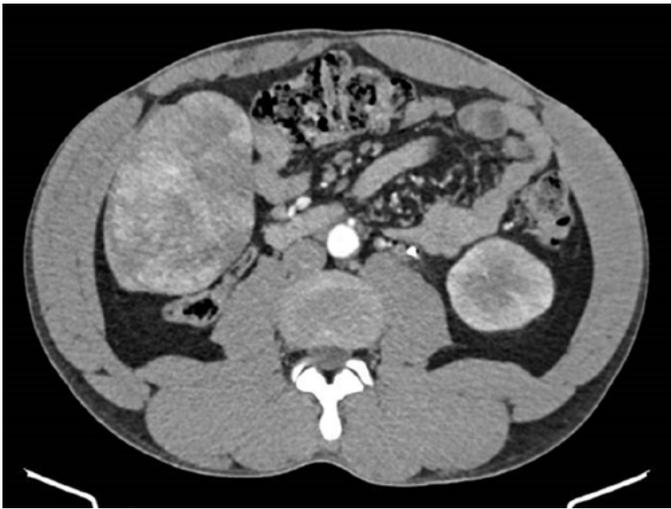


Figura 2

Corte axial TAC.

subtipos de adenomas hepáticos, siendo el subtipo β -catenina uno de los menos frecuentes (10-15%) pero mayor riesgo de malignización, asociándose sobretodo a hombres y consumo de andrógenos.

Generalmente cursan como asintomáticos, si bien el crecimiento del adenoma se relaciona con síntomas como el dolor y complicaciones características como la hemorragia. La malignización se produce generalmente en tumores de gran tamaño y su confirmación la da el patólogo con el análisis de la pieza.

Si bien se puede mantener actitud expectante en mujeres asintomáticas sin factores de riesgo y con tumores menores de 5cm sin crecimiento, el abordaje quirúrgico en el paciente varón y adenomas subtipo β -catenina es mandatorio, dado el elevado riesgo de malignidad.

210036. PUNCIÓN-ASPIRACIÓN POR COLECISTITIS AGUDA EN PACIENTES CON ALTO RIESGO QUIRÚRGICO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

A Fierro Aguilar¹, S Cerrato Delgado¹, A Valverde Martínez¹, AM Navarro Casanova², JM Pacheco García¹

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

Introducción: Analizar los resultados de la punción-aspiración de la vesícula biliar en pacientes de alto riesgo quirúrgico ingresados en nuestro centro.

Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo descriptivo de 43 pacientes con cuadro clínico de colecistitis aguda tratados con punción-aspiración de vesícula biliar recogidos desde Enero de 2016 a Diciembre 2020. Se definió paciente de alto riesgo quirúrgico como aquel con un Charlson Comorbidity Index ≥ 5 , asociado en la literatura con mayor número de resultados adversos.

Resultados: Se recogen 28 varones (58,1%) y 18 mujeres (41,8%) con una media de edad de 81 años. Todos los pacientes cumplían criterios de alto riesgo quirúrgico (CCI ≥ 5), y las comorbilidades más frecuentemente presentadas fueron la hipertensión arterial (83,72%), dislipemia (58%), cardiopatía isquémica (44%) y diabetes (44,19%). El grado de colecistitis fue clasificado según las Tokyo Guidelines 2018, correspondiéndose el 72,09% a colecistitis aguda grado II.

Nuestro estudio muestra como la punción-aspiración de la vesícula biliar produce una mejoría de la sintomatología del paciente y una disminución de los reactantes de fase aguda casi inmediata: se produjo un decremento del 39,75% en el valor de leucocitos y de un 21,68% en el valor de la proteína C reactiva, realizándose la primera analítica al día siguiente postpunción (42,62%). La cantidad de contenido extraído fue variable, con una media de 81,04cc, siendo el germen más comúnmente aislado el E. Coli (27,9%). El 34,88% de los pacientes se realizó la punción al día siguiente del ingreso.

Solo en un caso la punción no fue exitosa (2,3%), requiriéndose intervención quirúrgica al tercer día. La mediana de los días de hospitalización fue de 7, si bien la estancia se prolongó en diferentes ocasiones por descompensaciones de las comorbilidades de base de los mismos. La complicación más frecuente fue el hematoma perihepático postpunción (6,9%). Se produjeron 3 exitus por reagudizaciones de la patología de base no relacionadas con la técnica (6,9%) y un reingreso por pancreatitis biliar en los tres meses posteriores.

Conclusiones: Si bien el gold estándar del tratamiento de la colecistitis aguda sigue siendo la colecistectomía laparoscópica precoz, nuestro estudio muestra como la punción-aspiración de la vesícula biliar sin drenaje en pacientes descartados para cirugía con alto riesgo quirúrgico muestra una mejoría clínica y analítica casi inmediata, con una estancia hospitalaria aceptable y una tasa de complicaciones dentro de los resultados esperados.

210037. SHOCK HIPOVOLÉMICO POR RECTORRAGIA MASIVA EN PACIENTE CON PERFORACIÓN CRÓNICA POR CUERPO EXTRAÑO

A Fierro Aguilar, A Valverde Martínez, C Peña Barturen, JM Pacheco García

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

Introducción: La perforación de intestino delgado por cuerpo extraño es una causa poco frecuente de abdomen agudo (0,4%), la mayoría de ellos transitan por el tubo digestivo sin requerir ningún tipo de intervención. Sus causantes son elementos puntiagudos y difíciles de digerir, siendo los más comunes las espinas de pescado y los huesos de pollo.

Caso clínico: Paciente varón de 78 años con antecedentes de fibrilación auricular, enfermedad renal crónica y cáncer de recto intervenido hace 20 años. Acude a servicio de urgencias por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha y vómitos de cinco días de evolución. Analíticamente presenta elevación de reactantes de fase aguda y se realiza TAC abdominal que evidencia la presencia de tres cuerpos extraños de alta densidad en el interior de asas intestinales de ileon proximal, medio y distal. Adyacente a esta última localización

se encuentra una pequeña colección encapsulada con patrón en migas de pan, informándose el TAC como microperforación de íleon contenida. No se observó ni líquido libre ni neumoperitoneo.

El paciente es ingresado para antibioterapia y observación estrecha. La evolución inicial es favorable, sin embargo a la semana de ingreso, el paciente presenta episodio agudo de taquicardia, rectorragia y anemia que condiciona intervención quirúrgica urgente ante sospecha de migración de cuerpo extraño y erosión de mucosa intestinal.

Se realiza laparotomía exploradora, donde se identifica una perforación de íleon distal con plastrón inflamatorio y una adherencia firme previa a la perforación que condiciona dilatación retrógrada. Se realiza resección en bloque de plastrón incluyendo pared abdominal y 60cm de yeyuno medio. A la apertura ex vivo de la pieza, se identifica un cuerpo extraño de densidad calcio. La evolución del paciente es desfavorable, entrando al cuarto día postoperatorio en parada cardiorrespiratoria que lleva al fallecimiento.

Discusión: Solo el 1% de los cuerpos extraños ingeridos requiere intervención. La perforación suele producirse en zonas de acodamiento del tubo digestivo como la válvula ileocecal y el rectosigma, y la localización más frecuente se considera el íleon terminal.

La forma crónica de presentación es muy poco frecuente y corresponde a cuadros donde el cuerpo extraño ha penetrado el intestino y se ha producido un plastrón inflamatorio que enmascara la sintomatología y los hallazgos clásicos en prueba de imagen. Es una situación excepcional y de difícil manejo y que requiere una observación estrecha, precisando de intervención quirúrgica en aquellos casos en los que encontremos sintomatología de alarma y evolución desfavorable del paciente.

210038. INFILTRACIÓN DE ESFÍNTERES ANALES POR CONDILOMA ACUMINADO DE BUSCHKE-LOWENSTEIN

A Fierro Aguilar¹, S Roldán Ortíz¹, A Maestu Fonseca¹, JR Castro Fernández², JM Pacheco García²

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

Introducción: El condiloma acuminado de Buschke-Lowenstein es una patología que se asocia frecuentemente al virus del papiloma humano y que requiere de factores riesgo como la inmunosupresión o el tabaquismo para su aparición.

Caso clínico: Paciente mujer de 34 años inmunosuprimida con esclerosis tuberosa y trasplante renal que acude a consultas por debut en 3 meses de condilomas acuminados en zona vulvar y perianal, siendo uno de ellos de grandes dimensiones compatible con condiloma acuminado de Buschke-Lowenstein. La lesión abarca desde el labio vaginal mayor hasta zona perianal y fue biopsiada previamente con anatomía patológica de lesión intraepitelial de células escamosas de alto grado y citología positiva para virus del papiloma humano.

La resonancia magnética muestra lesión de bordes irregulares e intensidad heterogénea compatible con condiloma, con unas medidas de 2,2x2,9cm que se extiende posteriormente hacia canal anal, conformando otra masa de 4,5x1,7cm que pierde plano de separación con el esfínter anal interno. Se solicita ecografía endoanal, que muestra en canal anal medio e inferior, una infiltración de la mitad anterior de los esfínteres anales internos y externos.

Se decide nueva biopsia quirúrgica para descartar carcinoma epidermoide. Realizamos una biopsia del tejido perianal que incluía la parte más externa de la lesión, con anatomía patológica de condiloma acuminado gigante Buschke-Lowenstein, sin evidencia de malignidad.

La paciente se encuentra actualmente pendiente de intervención quirúrgica para ileostomía y reconstrucción anal por cirugía plástica.

Discusión: El condiloma acuminado de Buschke-Lowenstein es una lesión verrucosa de grandes dimensiones y agresividad y



Figura 1 Condiloma Acuminado B-L.

de crecimiento exófitico, con tendencia a la invasión de las capas profundas de los órganos pélvicos. A nivel anatomopatológico, tiene un comportamiento benigno, si bien es posible su degeneración a carcinoma de células escamosas.

El tratamiento quirúrgico es controvertido, si bien a día de hoy la cirugía radical de la lesión con márgenes libres se mantiene como la técnica de elección. Esto provoca una gran morbilidad en casos como el paciente expuesto, y además no está exento de recurrencias, pudiendo llegar a un 60-70%.

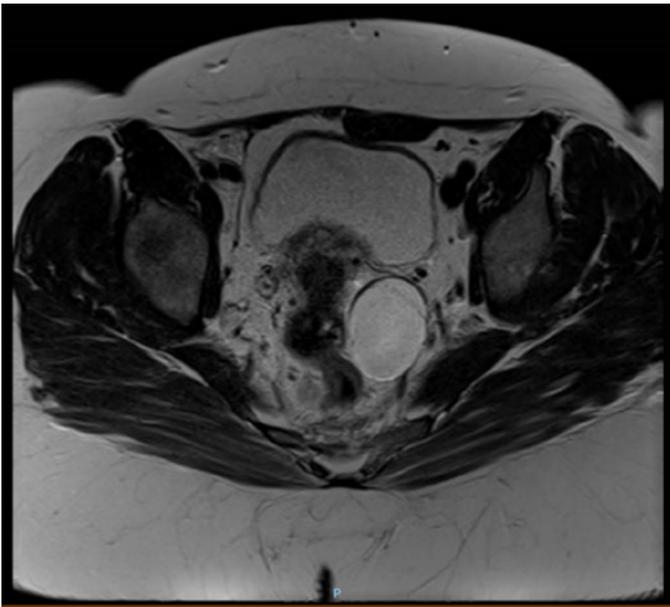


Figura 2
RNM esfínteres anales.

El uso de terapias con quimiorradioterapia basada en cisplatino, mitomicina C y 5-fluorouracilo o sus combinaciones, con dosis de 30Gy es el tratamiento estándar del cáncer de células epidermoides, por lo que su uso como terapia neoadyuvante podría ayudar a disminuir la morbilidad de la cirugía.

210039. PERFORACIÓN ESOFÁGICA POR MIGRACIÓN DE TORNILLO CERVICAL TRAS DISCECTOMÍA ANTERIOR

FA Alberto, S Roldán Ortíz, J Varela Recio, MJ Castro Santiago, JM Pacheco García

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

Introducción: La discectomía anterior con dispositivos intersomáticos es una técnica frecuente en la mielopatía o radiculopatía del canal medular anterior, con tasas de éxito que alcanzan el 98%. Sin embargo, esta técnica no está exenta de complicaciones sobretodo cuando el procedimiento se realiza en varios niveles interdiscales de forma simultánea.

Caso clínico: Paciente varón de 65 años con antecedentes de mielopatía cervicoartrósica limitante intervenido por servicio de Neurocirugía realizándose discectomía anterior con dispositivos intersomáticos C3-C4, C4-C5 y C5-C6 con postoperatorio favorable.

El paciente acude a urgencias dos meses tras el alta por dolor cervical agudo. Se objetiva taquipnea y se realiza radiografía donde se evidencia pull out de tornillo C3.

Ante los hallazgos, se indica cirugía urgente. Durante la misma, se evidencia desplazamiento completo del tornillo C3 superior derecho, el cual se localiza por radiología intraoperatoria dentro de un tejido fibrótico periesofágico. Se coloca sonda nasogástrica y se disecan tejidos hasta localizar el cuerpo extraño que se encuentra en espesor



Figura 1
Radiografía lateral.

de pared esofágica. Tras la extracción del tornillo, se refuerza la capa muscular esofágica con sutura de multifilamento absorbible, se comprueba estanqueidad y se deja drenaje en lecho quirúrgico.

El primer día postoperatorio se realiza un esofagograma con gastrografín que evidenció un trayecto filiforme periesofágico compatible con pequeña fístula esofágica, que se manejó de forma conservadora con dieta absoluta, antibioterapia y nutrición parenteral. A las dos semanas de la intervención, se repitió el esofagograma sin alteraciones. Se pauta tolerancia progresiva sin incidencias y es dado de alta al mes de ingreso.

Discusión: La migración del tornillo cervical tras la discectomía anterior con dispositivos intersomáticos es extremadamente infrecuente, se presenta de forma subaguda y puede conllevar una amplia variedad de sintomatología, desde pacientes asintomáticos con migración crónica y expulsión del tornillo a través del tubo digestivo, hasta mediastinitis y shock séptico. La realización de una radiografía anteroposterior y lateral cervical es clave para la identificación y localización de la lesión, así como del cuerpo extraño migrado. La reintervención dependerá del grado de afectación del paciente siendo obligatoria en pacientes sintomáticos para la extracción del tornillo y la reparación de la placa cervical.

210040. FACTORES DE RIESGO DE EVENTRACIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA COLORRECTAL.

A Fierro Aguilar, V Camacho Marente, T Gómez Sánchez, MJ Jiménez Vaquero, EM Sancho Maraver, JM Pacheco García

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

Introducción: Las hernias incisionales son una de las complicaciones más frecuentes dentro de la cirugía colorrectal, con una incidencia infraestimada del 9-33% que aumenta en pacientes oncológicos.

Los objetivos son conocer la tasa de eventraciones en pacientes intervenidos de cirugía colorrectal en nuestro centro, así como su relación con diferentes factores de riesgo y complicaciones postquirúrgicas.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo, observacional, analítico y longitudinal donde se incluyen 114 pacientes intervenidos de cáncer colorrectal en nuestro hospital desde Enero de 2015 a Diciembre 2017.

Resultados: El 33,3% fueron mujeres y el 66.7% varones, con una edad media de 70 años y un IMC medio de 27.2 kg/m². Se encontraron 44 eventraciones postoperatorias (38,6%), si bien la mitad fueron encontradas de forma incidental en prueba de imagen. Treinta y siete de ellas eran hernias incisionales, W1 (48%) y M3 (54%) según la clasificación de la European Hernia Society. El sexo femenino se relacionó de forma estadísticamente significativa con la presencia de hernia incisional (X² 6.681, p 0,010), y el abordaje laparoscópico se postuló como factor protector (X² 4.337, p 0,037).

En cuanto a factores de riesgo, las comorbilidades más frecuentes fueron la anemia y la adyuvancia (40.4%), aunque solo la EPOC y el tabaquismo se relacionaron de forma estadísticamente significativa con la hernia incisional (X² 5,348, p 0.021; X² 9,951 p 0,002 respectivamente).

La complicación más frecuente fue la infección de herida quirúrgica (22,7%), seguida del absceso intraabdominal (11,3%); aunque ninguna se relacionó estadísticamente con la presencia de hernia incisional en el postoperatorio.

Conclusiones: Los antecedentes de EPOC, tabaquismo y el sexo femenino parecen estar relacionados con la aparición de hernia incisional en el postoperatorio de cirugía por cáncer colorrectal, si bien la cirugía laparoscópica resulta factor protector, aunque son necesarios más estudios que confirmen estos datos.

210041. COMPLICACIONES MEDICAS Y QUIRÚRGICAS TRAS COLECISTECTOMÍA URGENTE EN PACIENTES POLIMEDICADOS

A Fierro Aguilar, V Camacho Marente, T Gómez Sanchez, A Valverde Martínez, MÁ Mayo Osorio, JM Pacheco García

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

Introducción: Conocer la incidencia de la polimedicación en pacientes ingresados con colecistitis aguda y su relación con complicaciones durante la estancia hospitalaria.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo, observacional, analítico y longitudinal donde se incluyen 191 pacientes ingresados por colecistitis en nuestro centro desde Enero 2017 a Diciembre 2019, 122 de ellos polimedcados (consumo de cinco o más fármacos en la medicación diaria del paciente)

Resultados: De 191 pacientes ingresados por colecistitis, 122 de ellos cumplían criterios de polimedicación (63,9%) y de los 100 pacientes intervenidos, 48 pacientes estaban polimedcados (48%). Según la guía Tokyo 2018, el 77% de las colecistitis grado III y el 41% de las colecistitis grado II se desarrollaron en pacientes polimedcados, con resultados estadísticamente significativos (X² 0,001). De los 48 pacientes polimedcados intervenidos, en 22 de ellos se realizó abordaje abierto (45,8%) y en 26% abordaje laparoscópico (54,2%). El 50% de los pacientes polimedcados intervenidos (24 pacientes) tuvo complicaciones médicas, y el 37,5% (18 pacientes) complicaciones quirúrgicas; ambos resultados fueron estadísticamente significativos (X² 0,0001 y X² 0,006 respectivamente). Un paciente tuvo que ser reintervenido, mientras que 8 de ellos reingresaron (16,7%, X² 0,033). Se produjeron 3 exitus.

Conclusiones: La colecistitis aguda es una patología altamente prevalente en nuestro medio (9-15% de la población), que se asocia con factores de riesgo como el sexo femenino y la obesidad. La polimedicación se define como la condición clínica en la que el paciente consume más de cinco fármacos de forma reglada.

Nuestro estudio muestra como la asociación entre la colecistitis y la polimedicación es muy frecuente (63.9% de los pacientes), asociándose significativamente a grados más severos así como a un desenlace con mayor índice de complicaciones, tanto médicas como quirúrgicas.

210042. ESTALLIDO POR LINFOMA HEPATOESPLÉNICO. CAUSA EXTRAORDINARIA DE ESPLENECTOMÍA

F Grasa González, A Serrán Perea, L Bollici Martínez, F Serratosa Gutiérrez

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Serranía, Ronda.

Introducción: Linfoma hepatoesplénico (LHE) es un tipo extremadamente raro de linfoma periférico de células T, cuya principal importancia radica en el mal pronóstico debido a la mala respuesta al tratamiento, con una media de supervivencia menor a dos años y una esperanza de sobrevida a 5 años menor al 7%. Se asocia con un curso clínico muy agresivo, con sintomatología B (fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso), así como dolor abdominal y astenia, presentes hasta en el 80% de los casos.

Caso clínico: Varón de 21 años sano que ingresa en el Servicio de Medicina Interna por malestar general. Las pruebas complementarias mostraron leucocitosis de 30.000/uL y Hemoglobina por debajo de 10 g/dL. TAC abdominal mostró hepatoesplenomegalia, múltiples

adenopatías mesentéricas y líquido libre periesplénico e interasas (Figuras 1-3).

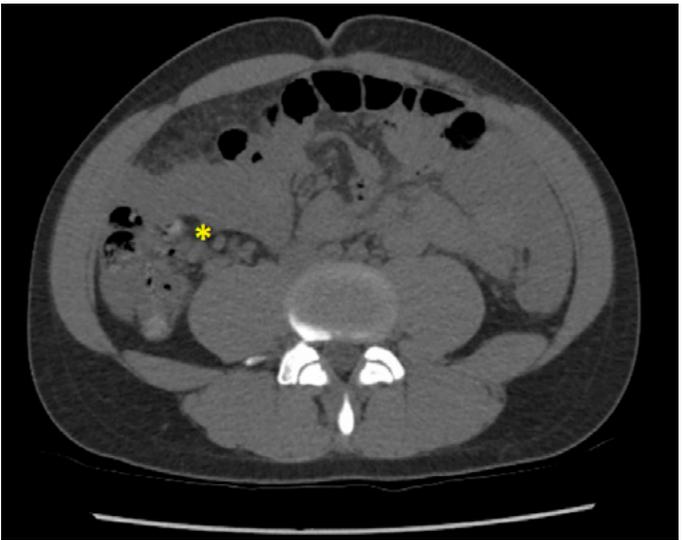
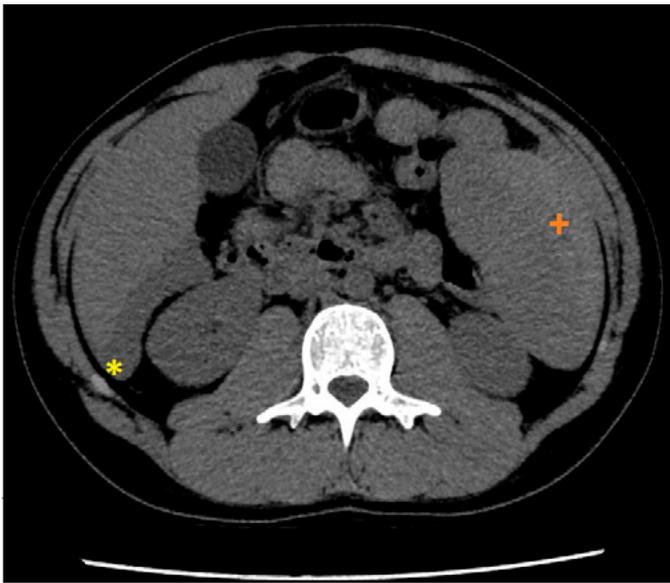


Figura 3
Adenopatías en fosa iliaca derecha (*).

Figura 1
Líquido libre perihepático (*) y signos de rotura esplénica (+).



Figura 4
Especímen esplenectomía cara visceral.



Figura 2
Esplenomegalia.



Figura 5
Especímen esplenectomía cara diafragmática.

Durante su ingreso presenta deterioro brusco del estado general con signos de peritonismo e hipoperfusión periférica. Se realiza EcoFAST, evidenciándose hemoperitoneo y hematoma subcapsular con signos de rotura esplénica. Se realiza esplenectomía de urgencias por rotura esplénica grado III-IV, y toma de biopsia de adenopatía mesenterica (Figuras 4 y 5). Tras su estancia en Cuidados Intensivos es dado de alta al 6º día postoperatorio.

Los estudios serológicos posteriores resultaron positivos para VEB y negativos para VIH, VHA, VHB, VHC, CMV, Sífilis, Herpes virus (VHS, VVZ, HH6A).

El estudio anatomopatológico del bazo y adenopatías fue informado como proceso linfoproliferativo de células T tipo linfoma hepatoesplénico.

Discusión: Tras la revisión de la literatura, queda de manifiesto la baja incidencia del LHE así como su agresividad con una elevada mortalidad. Desde su primera publicación en 1990 por Farcet JP. y col., se han publicado escasamente 200 casos de LHE y sólo hemos encontrado un único artículo que relaciona al LHE como causa de rotura esplénica espontánea.

El LHE es más frecuente en varones jóvenes y en aproximadamente 20% de los casos se relaciona con historia de inmunosupresión, trasplante de órganos sólidos, procesos linfoproliferativos previos, infección por virus como VHB o VEB, o con la enfermedad inflamatoria intestinal en tratamiento crónico con azatioprina. Se caracteriza por infiltración de células T a nivel hepático, esplénico y en médula ósea con clínica de hepatoesplenomegalia y citopenias y en más del 80% síntomas B.

El caso presentado supone un verdadero reto diagnóstico, tanto clínico como anatomopatológico, que precisa de una alta sospecha clínica. La rotura esplénica espontánea es poco frecuente per sé, y suele asociarse a procesos infecciosos y neoplasias hematológicas.

210043. INFRECIENTE CASO DE PERFORACIÓN COLON DERECHO POR CUERPO EXTRAÑO

S Martín Arroyo, J Gavilán Parras, R Escalera Pérez, D Raposo Puglia, E Cafranga Gutiérrez

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

Introducción: Si bien la ingesta de cuerpos extraños no es infrecuente; que estos provoquen patología intestinal es poco probable. Las perforaciones intestinales son poco frecuentes, ya que la mayoría de las ingestas, si atraviesan el esófago satisfactoriamente, recorrerán todo el tubo digestivo sin ocasionar patología.

Por su estrechez, hay ciertas localizaciones anatómicas con más riesgo de impacto por cuerpo extraño: píloro, ángulo de Treitz, válvula ileocecal o unión recto sigma. Como factores predisponentes de ingesta involuntaria de cuerpos extraños estarían: el uso de dentaduras, patología mental o alcoholismo. Y hasta en un 93% es debida a objetos propios de la dieta del paciente (espinas de pescado, fragmentos de hueso, palillos dentales)

El diagnóstico se realiza mediante anamnesis y prueba de imagen (TAC) y la clínica depende del segmento intestinal afecto.

Caso clínico: Paciente varón de 72 años fumador y bebedor habitual que acude a urgencias por dolor abdominal en FID de dos días de evolución. Análiticamente con leucocitosis y elevación de RFA.

Ante sospecha de apendicitis se realiza ecografía; considerando el radiólogo completar el estudio con TAC, que evidencia colección abscesificada en colon derecho con imagen lineal en su interior sugestiva de cuerpo extraño.

Se decide laparotomía urgente, objetivando absceso y perforación en ángulo hepático por espina de pescado Se realiza hemicolectomía derecha con anastomosis manual.

El paciente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta al sexto día postoperatorio.

Discusión: Las perforaciones de colon ascendente son extremadamente infrecuentes. El cuadro cursará con dolor abdominal, fiebre o estreñimiento.

Si la perforación es aguda, el tratamiento suele ser quirúrgico, con drenaje de absceso adyacente y resección intestinal si fuese necesario. Mientras que en perforaciones crónicas (más de 8 semanas) podría considerarse tratamiento antibiótico y cirugía en un segundo tiempo.

El correcto diagnóstico es crucial ya que si no identificamos y extraemos el cuerpo extraño estaremos perpetuando la patología del paciente.

210044. MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA PANCREATODUODENAL RECIDIVANTE: DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

AA Maestu Fonseca, A Fierro Aguilar, S Cerrato Delgado, J Varela Recio, Á Ortiz Sánchez, MJ Castro Santiago, MD Casado Maestre, A Valverde Martínez, A Camacho Ramírez, JM Pacheco García

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

Introducción: Las malformaciones arteriovenosa (MAV) pancreatoduodenales son poco frecuentes pero conllevan una gran morbilidad. En el tratamiento puede ser efectiva embolización transarterial (ET), pero frecuentemente es necesario recurrir a cirugía.

Caso clínico: Paciente varón de 61 años, hipertenso sin tratamiento farmacológico. Ingresó en Mayo del 2020 por inestabilidad hemodinámica y anemia por cuadro de hemorragia digestiva alta (HDA) y melenas. Siendo diagnosticado como ulcera bulbar Foster Ib que requirió transfusión de hemoderivados. No se constató toma de AINEs y las pruebas para Helicobacter Pylori fueron negativas.

En septiembre de 2020 se realiza Angio-tac de abdomen en el que se objetiva MAV de la arteria gastroduodenal con importante retorno venoso hacia vena mesentérica superior y un páncreas anular incompleto.

En noviembre 2020 se realiza cateterización selectiva del tronco celiaco, apreciándose en región duodenal un nidus vascular de 4'4 cm de diámetro que se rellena en fase arterial y lavado precoz en fase venosa hacia venas pancreatoduodenales, que se encontraban ectásicas por hiperflujo. El aporte arterial llegaba de la arteria gastroduodenal y de la arteria cólica media. Se realizó embolización con coils de la arteria gastroduodenal y sus ramas. Persisten los aportes desde la arteria cólica media, que se decidieron tratar en un segundo tiempo. Tras la embolización permanece asintomático.

En marzo de 2021 para evaluación de embolización de aportes de arteria cólica media. El cateterismo confirmó un aumento

de los aportes nutricios de la MAV duodenal a expensas de dos ramas hipertrofiadas de la arteria gástrica izquierda, las cuales se embolizaron con coils consiguiéndose exclusión al flujo de estos aportes. De nuevo, se observaron aportes arteriales desde la arteria cólica media, la cual no se consiguió cateterizar.

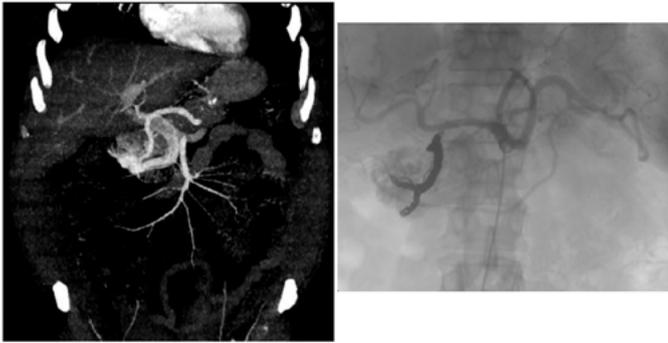


Figura 1
Imagen de TC de malformación arteriovenosa gastroduodenal y durante cateterismo.

Discusión: Las MAV pancreatoduodenales son poco frecuentes. El 90% de las cuales son congénitas y son más frecuentes en la cabeza pancreática. Cusan con dolor abdominal, pancreatitis aguda recidivante, pancreatitis crónica, ictericia, hemorragia digestiva alta o hipertensión portal. El tratamiento de las lesiones sintomáticas es la ET o la cirugía. La ET pueden ser efectiva, pero tiene un alto riesgo de resangrado debido a la formación de vasos colaterales, lo cual podría estar en relación con la complejidad de la lesión inicial. En los casos de HDA ayuda a controlar el sangrado. Ante un paciente estable puede optarse por un tratamiento quirúrgico de entrada. La intervención más realizada es la duodenopancreatectomía cefálica (DPC), pero también puede llevarse a cabo una pancreatectomía cefálica con preservación duodenal.

210045. FISTULA ENTEROATMOSFERICA Y MALLA DE POLITETRAFLUORIETILENO CONDENSADO DE BAJA DENSIDAD: UN RETO PARA EL CIRUJANO

AA Maestu Fonseca, A Valverde Martinez, A Fierro Aguilera, S Cerrato Delgado, J Varela Recio, MD Casado Maestre, MJ Castro Santiago, JM Pacheco Garcia

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

Introducción: Las fistulas enteroatmosféricas son una entidad de difícil manejo y que conllevan una gran morbilidad para el paciente. En su manejo será necesario individualizar el tratamiento mediante la conformación de equipos multidisciplinares. Presentamos un caso de una fistula entero atmosférica recidivada.

Caso clínico: Mujer de 53 años, obesidad grado IV y fumadora. En 2009 que requirió colostomía tipo Hartman, histerectomía y anexectomía izquierda. En 2014 se realiza reconstrucción de tránsito. Es reintervenida ante fistula rectovaginal, colocándose malla de politetrafluorietileno condensado de baja densidad (cPTFE).

A los tres años, acude por fiebre, mal estado general y secreción purulenta por herida abdominal. El TC de abdomen diagnóstica una fistula enteroatmosférica de bajo débito. Se pierde el seguimiento hasta Junio de 2020, cuando acude a urgencias por aumento de débito, fiebre y malestar general. En la exploración se observa malla intraabdominal expuesta en mesogastrio en zona de débito intestinal. Es intervenida en noviembre de 2020. Se encontró un segmento de 10 cm de yeyuno adherido íntimamente a malla. Se realizó escisión en bloque cutaneointestinal. Se retiró malla y se cerró pared abdominal colocando malla plana de polipropileno supramuscular y dermolipectomía en Flor de Lis (Figura 1). En el postoperatorio la herida quirúrgica presentó dehiscencia con exposición de malla de polipropileno con buen control de forma ambulatorio. A los 5 meses la paciente reingresa por cuadro de empeoramiento del estado general, objetivándose manchado de aspecto intestinal por herida quirúrgica. Tras recorte de malla de polipropileno expuesta, se observó exposición de mucosa intestinal adherida a remanente subcentimétrico de malla de PTFE intraabdominal (Figura 2).



Figura 1
A. Fistula enteroatmosférica en zona de exposición de malla intraabdominal. B. Aspecto tras resección de fistula enteroatmosférica y dermolipectomía en flor de lis.



Figura 2
Trayecto fistuloso canalizado mediante sonda Foley.

Discusión: El manejo de las fistulas enteroatmosféricas debe ser individualizado y debe realizarse por un equipo multidisciplinar que aborde al paciente nutricional, quirúrgica y psicológicamente. Tras una reposición hidroelectrolítica y control del foco infeccioso o sepsis, tenemos que hacer una evaluación nutricional del paciente e iniciar una nutrición en función de los requerimientos, preferiblemente por vía enteral. El uso de fármacos antisecretores puede ser de utilidad para controlar el débito de la fistula. Es importante una adecuada caracterización de la anatomía de la fistula y tutorización de la misma. Puede valorarse colocación de un dispositivo de presión negativa buscando el cierre de la herida y la ostomización de la fistula. La colocación de mallas de cPTFE en colocación intraperitoneal se ha asociado con aumento de adherencias intestinales y de resección intestinal.

210046. HERNIA PARAESOFÁGICA COMPLICADA CON VÓLVULO GÁSTRICO INCARCERADO EN URGENCIAS: DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

AA Maestu Fonseca, AA Bengoechea Trujillo, A Ortiz Sánchez, A Fierro Aguilar, S Cerrato Delgado, J Varela Recio, MD Casado Maestre, MJ Castro Santiago, JM Pacheco García

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

Introducción: El vólvulo gástrico es una patología poco frecuente que cursa con una gran morbi-mortalidad que suele infra diagnosticarse. Se presenta como dolor torácico o abdominal, imposibilidad para la alimentación por vía oral e imposibilidad en la colocación de una sonda nasogástrica. Se asocia a varias patologías, siendo más frecuente en el contexto de una hernia de hiato. La placa simple de abdomen es de utilidad en el diagnóstico, pero el gold-estandar es el TAC de abdomen asociando el contraste por vía oral. Se clasifica en 4 grados en función de la rotación del estómago sobre su eje. El más frecuente es el mesenteroaxial. Será necesaria la estabilización del paciente y la reposición hidroelectrolítica. La colocación de una sonda nasogástrica descompresiva suele ser suficiente como tratamiento inicial. La endoscopia digestiva alta puede ser de ayuda. Ante la sospecha de perforación, isquemia o ante inestabilidad se requerirá intervención urgente.

Caso clínico: Paciente varón de 75 años con antecedentes de DM II, TEP y TVP, con una vida limitada cama-sillón, que acude a urgencias presentando dolor lumbar, náuseas y síndrome emético de 24 horas de evolución que no cedió pese tratamiento médico. Analíticamente presentaba 17.180 leucocitos con 87% neutrófilos, una PCR 47'8, tiempo de protrombina 31% y un INR de 2'58. Se realizó una TC de abdomen (imagen 1) en el que se observa una marcada hernia de hiato paraesofágica conteniendo vólvulo gástrico mesenteroaxial.

Ante cuadro clínico descrito se indicó intervención de urgencias mediante abordaje laparotómico. Se evidenció una gran hernia de hiato con estómago incarcerated y en reloj de arena con volvulación gástrica posterior realizándose apertura del hiato diafragmático según la técnica de Pinotti, reduciéndose todo el contenido gástrico abandonando saco herniario en mediastino y se respetaron ambos vagos. No requirió gastrectomía ante buena vitalidad del mismo. Finalmente se realiza funduplicatura de Nissen y piloroplastía por

paresia crónica gástrica. El paciente presentó buena evolución en el postoperatorio, pudiendo ser dado de alta sin complicaciones.

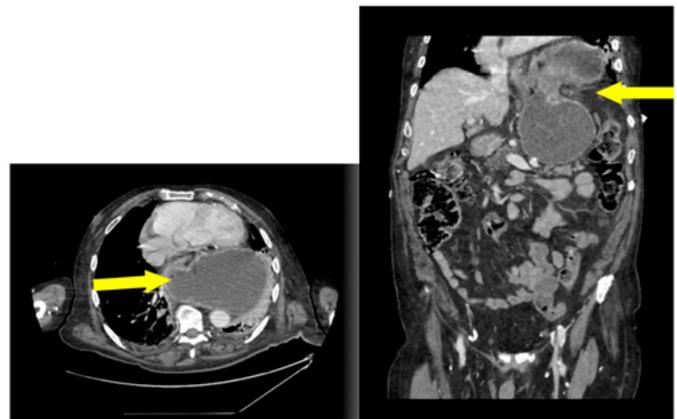


Figura 1

Vólvulo gástrico y hernia paraesofágica incarcerada.

Discusión: El vólvulo gástrico es una patología poco frecuente que asocia una gran morbimortalidad. El tratamiento precoz es clave, pero no existe una estandarización en el manejo. Tanto la laparoscopia como la laparotomía son adecuadas en el manejo. El tratamiento habitual consiste en la reducción del contenido herniario. En caso de dudas de compromiso vascular, puede plantearse realizar una cirugía de revisión (Second-look) como estrategia para evitar la gastrectomía total. Ante un defecto hiatal será necesaria la reparación del mismo con o sin malla.

210047. YEYUNOSTOMÍA DE ALIMENTACIÓN: UN RECURSO FUNDAMENTAL PARA EL CIRUJANO.

MS Álvarez Escribano, JM Cabrera Bermón, E Corrales Valero, F Ramos Muñoz, M Ortega Castán, EA Buendía Peña, NS Ávila García, L Ocaña Wilhelmi, R de Luna Díaz

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

Introducción: Presentación de un caso clínico de cirugía del tracto digestivo superior por lesión secundaria a ingesta de cáusticos, con el objetivo de representar gráficamente los pasos técnicos de la realización de una yeyunostomía de alimentación mediante la técnica de Witzel.

Caso clínico: Mujer de 42 años con antecedente de trastorno depresivo acude a Urgencias por ingesta voluntaria de cáusticos. Se encuentra hemodinámicamente estable, siendo trasladada a UCI para vigilancia y realización de endoscopia digestiva alta, apreciándose esofagitis y gastritis caustica grado IIIB de Zargar. Ante estos hallazgos se decide laparotomía exploratoria urgente, visualizándose además perforación gástrica, en contexto de necrosis transmural extensa de prácticamente la totalidad de cámara gástrica. Se realiza esofagectomía mediante stripping y gastrectomía total. Por la situación metabólica de la paciente, se optó por realizar una cirugía secuencial basada en los principios de cirugía de control de daños.

Para finalizar la intervención, se confecciona una yeyunostomía de alimentación según la técnica de Witzel.

La yeyunostomía se realiza habitualmente sobre la primera o segunda asa yeyunal, a unos 20cm del ángulo de Treitz. En el borde antimesentérico del asa, se punciona el intestino de forma oblicua, realizando un trayecto submucoso de unos 5cm antes de perforar la mucosa. Una vez introducida en la luz intestinal, se avanza la sonda unos 40cm. La fijación de la sonda debe ser exhaustiva para evitar el desplazamiento de la misma. Se realiza una bolsa de tabaco en el punto de inserción y una tunelización seromuscular de la sonda de unos 5cm. Se completa la fijación del intestino al peritoneo parietal y se exterioriza el catéter a nivel pararectal izquierdo, fijándose a piel con sutura no reabsorbible. Posteriormente debe comprobarse su permeabilidad y debe conectarse a perfusión continua con suero glucosado para evitar su obstrucción.

Discusión: La nutrición enteral (NE) mediante sonda de

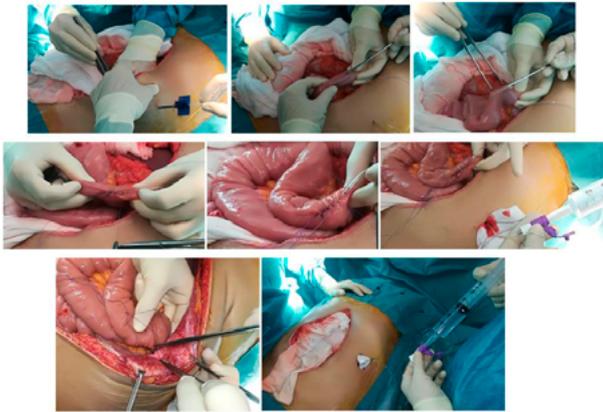


Figura 1

Trayecto fistuloso canalizado mediante sonda Foley.

yeyunostomía permite una nutrición más fisiológica que la parenteral y puede iniciarse de forma precoz. Debe ser la primera opción a la hora de alimentar un paciente en los casos que se prevea que la duración de la NE superará las 6 semanas.

La yeyunostomía según Witzel es una técnica segura y efectiva. Se trata de una técnica fácilmente reproducible, pero no exenta de complicaciones. Por todo ello, la correcta realización de esta técnica es de recomendado aprendizaje durante la fase de formación en Cirugía General.

210048. FEOCROMOCITOMA, REVISIÓN DE UN CASO CLÍNICO

A Ortiz Sánchez, D Pérez Gomar, MA Mayo Ossorio, AA Maestu Fonseca, A Fierro Aguilar, S Cerrato Delgado, J Varela Recio, JM Pacheco García.

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

Introducción: Los feocromocitomas son tumores neuroendocrinos, productores de catecolaminas, y originados a partir de células del

sistema cromafín de la médula suprarrenal. Son poco frecuentes, la mayoría son de histología benigna, pero con alta tasa de morbimortalidad. Presentamos el caso de una paciente con un feocromocitoma suprarrenal derecho de gran tamaño que precisó control vascular de la vena cava para su extirpación.

Caso clínico: Mujer de 41 años de edad, con antecedentes de HTA de reciente diagnóstico y exfumadora. Ingresa en medicina interna para estudio de crisis hipertensivas asociadas a palpitaciones, cefalea occipital y sudoración nocturna. Las catecolaminas en plasma y orina son elevadas. La ecografía informa de masa sólida con extensas áreas quísticas/necróticas, de gran tamaño suprarrenal derecha compatible con feocromocitoma. TAC y RMN, confirman un tumor de origen neuroendocrino captador de MIBG en glándula suprarrenal derecha que se extiende a la izquierda. Se decide suprarrenalectomía laparoscópica programada. Se identifica una suprarrenal derecha, de gran tamaño (18x20cm), retrocava, que desplaza a vena cava, venas renales, duodeno y cabeza del páncreas. Al no poder realizar control vascular por abordaje laparoscópico se decide convertir a laparotomía. Se procede a la liberación de la tumoración de la cara posterior de la cava tras control vascular de la misma y de las dos venas renales, y se realiza suprarrenalectomía derecha, con satisfactorio control de tensiones tras su extirpación. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta en 48h. La anatomía patológica informa de feocromocitoma.

Discusión: El feocromocitoma supone el 6,5% de los incidentalomas

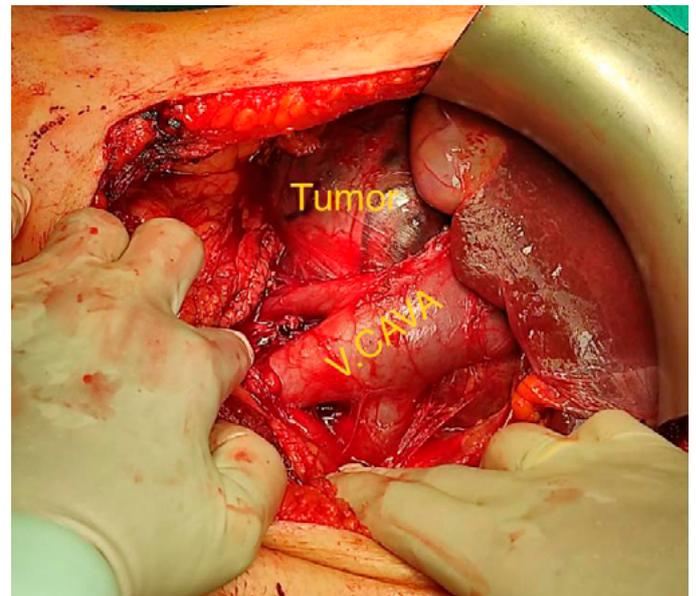


Figura 1

Visión del tumor suprarrenal posterior a vena cava.

suprarrenales. Pueden ser esporádicos o asociados a enfermedades genéticas (MEN2, neurofibromatosis tipo 1). Se diagnostica sobre todo en jóvenes, entre los 40-50 años. La clínica es: HTA resistente al tratamiento, y la triada típica de cefalea, sudoración y taquicardia. El diagnóstico consiste en la demostración del exceso de producción de catecolaminas en plasma y en orina, y posteriormente se solicitan pruebas de imagen para localizar el tumor (TAC y RMN). El tratamiento de elección es la suprarrenalectomía, laparoscópica, en

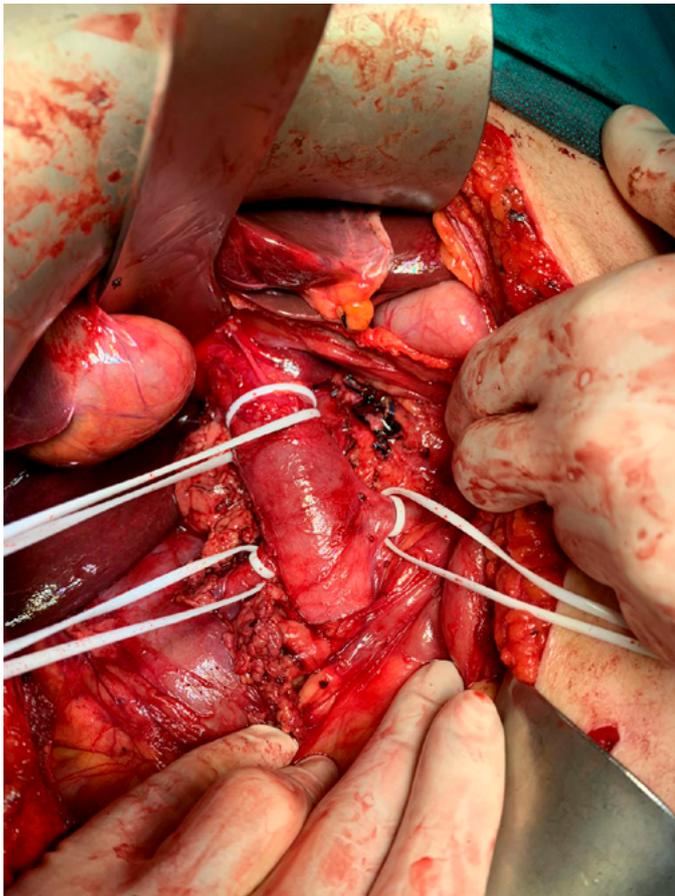


Figura 2

Visión de estructuras vasculares: vena cava y venas renales.



Figura 3

Pieza quirúrgica.

210049. QUISTE EN CANAL DE NUCK, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

A Ortiz Sánchez, S Roldán Ortiz, V Camacho Marente, MJ Jimenez Vaquero, JM Pacheco García

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

Introducción: El canal de Nuck es la persistencia del proceso peritoneo-vaginal. Generalmente se oblitera en el primer año de vida siendo infrecuente su aparición en edad adulta. Aun así, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la hernia inguino-crural de la mujer.

Caso clínico: Caso 1: Mujer de 45 años, acude a consulta por tumoración en región inguino-crural derecha de meses de evolución. En exploración se palpa tumoración no reductible sin cambios con maniobras de Valsalva. Se solicita ecografía que informa de lesión nodular, hipoecóica, próxima a labio mayor, con probable diagnóstico de quiste de Nuck (QN) y en RMN informa de lesión quística en canal inguinal compatible con QN. Se decide cirugía programada extirpando lesión quística inguinal y hernioplastia. Cursa postoperatorio favorable y alta en régimen de CMA. A. Patológica informa de quiste mesotelial compatible con quiste de Nuck.

Caso 2: Mujer de 51 años. Acude a consulta por nódulo en región suprapúbica paramedial izquierda de meses de evolución, indoloro con crecimiento progresivo. En la exploración se palpa tumoración móvil, no reductible. La ecografía informa de lesión quística compleja, con áreas asociadas de aspecto sólido mamelonadas y RMN informa de lesión quística, multitabcada, compatible con QN. Se decide cirugía programada extirpando lesión quística y hernioplastia de pequeña hernia inguinal. Postoperatorio favorable y alta en régimen de CMA. A. Patológica informa de quiste mesotelial benigno en canal de Nuck.

Discusión: El quiste de conducto de Nuck o hidrocele femenino, es una evaginación del peritoneo parietal que acompaña al ligamento redondo en el canal inguinal, desde la base de las trompas de Falopio hasta el labio mayor. Raramente aparece en edad adulta, cursando de forma asintomática, aunque puede confundirse con hernia encarcerada. Es importante el diagnóstico de presunción, así como diagnóstico diferencial con hernia inguino-crural encarcerada. Cabe destacar que no hay modificación con Valsalva y la transluminación es positiva, similar al hidrocele en varón. Se recomienda realización de ecografía o RMN para confirmar diagnóstico y no precisa de punción diagnóstica. El tratamiento de elección es quirúrgico, con exéresis completa del quiste y ligadura del cuello del proceso vaginalis, asociada o no de hernioplastia, ya que, la hernia inguinal coexiste con QN en un 30-40%, al igual que en nuestros casos comentados.

210050. TUMOR CARCINOIDE HEPÁTICO PRIMARIO

FJ Jiménez Vega¹, JA Navas Cuéllar², A García Vico²

¹Departamento Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla. ²Departamento Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla

Introducción: El término carcinoide se aplica generalmente a los tumores neuroendocrinos bien diferenciados, siendo el tracto digestivo su localización más frecuente (60-90%). Su manejo terapéutico es complejo y multidisciplinario y está basado en grados de evidencia bajos. El hígado es asiento frecuente de metástasis de tumores carcinoides de otra localización, siendo excepcional el origen hepático primario.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 58 años en estudio por astenia y dolor sobre hipocondrio derecho de meses de evolución. En la ecografía abdominal se detecta imagen nodular de unos 2cm sobre lóbulo hepático izquierdo. En los estudios contrastados (TAC/RM) se confirma la imagen situada a nivel del segmento IVa de características atípicas para lesión benigna. La PAAF ecoguiada es diagnóstica de tumor neuroendocrino y el estudio inmunohistoquímico presentó positividad difusa para sinaptofisina y cromogranina.

El estudio isotópico de cuerpo entero y SPECT con octeotride sólo mostró foco patológico en parénquima hepático, las endoscopias digestivas altas y bajas resultaron negativas, así como las determinaciones de cromogranina A y ácido hidroxindolacético en orina de 24h.

Ante estos hallazgos se decidió bisegmentomía III y IVa.

La paciente fue dada de alta a las 72 horas tras la cirugía, sin incidencias. La anatomía patológica definitiva confirmó el diagnóstico de tumor neuroendocrino bien diferenciado con inmunotinciones de



Figura 1

TAC C/C IV.

sinaptofisina y cromogranina positivas.

Discusión: Los tumores carcinoides de origen hepático primario resultan excepcionales, menos de 100 casos en el mundo. A diferencia de lo que ocurre cuando son metastásicos, la mayoría son afuncionales, por lo que no suelen acompañarse del típico síndrome carcinoide.

El diagnóstico definitivo se basa en el estudio histológico e inmunohistoquímico de la pieza. En nuestro caso el resultado

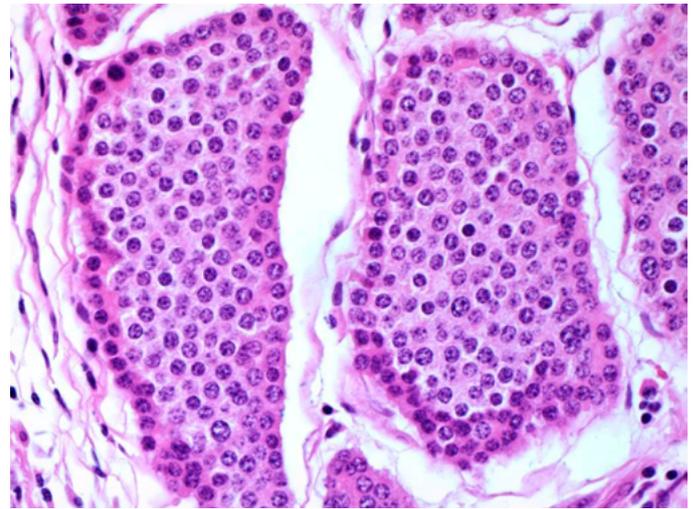


Figura 2

Histología.

anatomopatológico definitivo fue de tumor neuroendocrino bien diferenciado con positividad inmunohistoquímica para cromogranina A y sinaptofisina.

La cirugía es la única opción curativa, con tasas de supervivencia demostradas en torno al 80% a los 5 años. Cuando ésta no es posible o en casos de recidiva se puede optar por otras opciones como la quimioembolización o el trasplante hepático.

210052. PROLAPSO E ISQUEMIA DE COLOSTOMÍA LATERAL LAPAROSCÓPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

M Santidrián Zurbano¹, J Santoyo Villalva¹, M Ibañez Rubio², A Carrillo Acosta¹, 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 tratamiento quirúrgico de las múltiples patologías colorrectales puede conllevar la realización de un estoma. Estos se asocian a complicaciones que pueden afectar gravemente la calidad de vida de los pacientes provocándoles graves limitaciones.

El prolapso se define como la protrusión del estoma por encima de la superficie abdominal. Suele ser poco habitual (2-10%) y su frecuencia varía en función de la localización, siendo mayor en las ileostomías y colostomías laterales. Las causas suelen ser de origen multifactorial, entre las que destacan el estreñimiento, el tamaño orificio en la pared abdominal y la existencia de un sigma redundante, entre otras.

A continuación, presentamos el caso de un paciente con prolapso temprano irreductible de una colostomía lateral laparoscópica.

Caso clínico: Varón de 84 años en estudio de una lesión en recto inferior que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de obstrucción

intestinal precisando cirugía urgente donde se realiza colostomía lateral laparoscópica de sigma para posteriormente completar estudio e iniciar tratamiento adyuvante.

Un mes después, vuelve a acudir a Urgencias por un prolapso irreductible del cabo proximal de la colostomía que precisa nueva cirugía (Figura 1). Se realizó liberación del estoma, resección de sigma redundante y confección de nueva colostomía (Figura 2), presentando

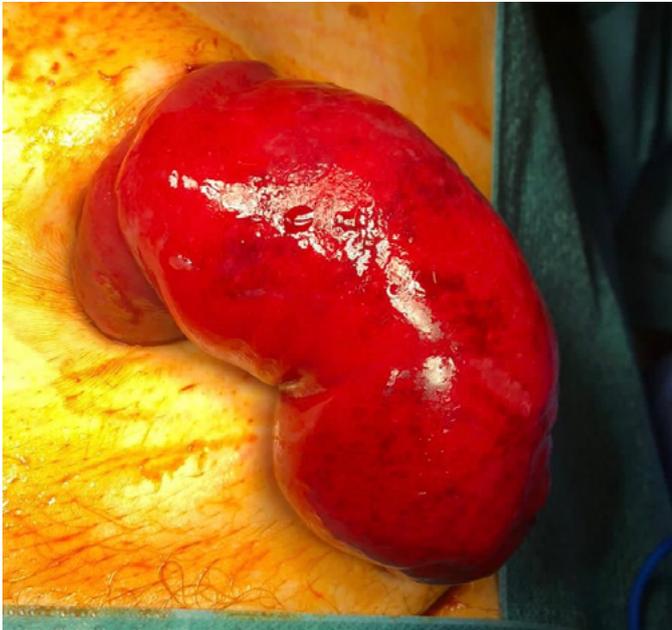


Figura 1

Imagen intraoperatoria: colostomía en flanco izquierdo, prolapso e isquémica.



Figura 2

Imagen intraoperatoria: pieza quirúrgica final. Segmento de colon prolapso (izquierda) junto a sección de sigma redundante resecada (derecha). Se envía la muestra a anatomía patológica.

una evolución favorable y alta al tercer día postoperatorio.

Discusión: El manejo correcto de las colostomías sigue siendo un reto, debido a su alta incidencia de complicaciones y al impacto en la calidad de vida de los pacientes.

El tratamiento quirúrgico del prolapso se establece cuando las molestias alteran la calidad de vida del paciente o menos frecuentemente, en casos de estrangulación o incarceration del estoma, lo cual puede suponer un grave problema que requiere de una actuación urgente. El tipo de cirugía se determinará según la situación clínica del paciente. Se han descrito técnicas de resección y confección de nuevo estoma, fijación del estoma a la fascia, cierre del cabo distal y colostomía terminal o reubicación del estoma si existen problemas con su localización.

Todas estas técnicas de reparación a nivel local presentan un alto índice de recidiva.

210053. PERFORACIÓN DE PRIMER ASA YEYUNAL SECUNDARIO A MIGRACIÓN DE PIGTAIL TRANSGÁSTRICO COLOCADO PARA DRENAJE DE COLECCIONES PANCREÁTICAS

MC Ferrer Castro, E Brea Gómez, M Ibáñez Rubio

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

Introducción: La necrosis pancreática ocurre en un 5 – 10% de los pacientes ingresados por pancreatitis aguda, implicando una alta morbilidad y estancias hospitalarias prolongadas. Las técnicas para drenaje endoscópico de colecciones peripancreáticas suponen un gran avance en el manejo de esta patología.

Caso clínico: Paciente de 39 con ingreso urgente por pancreatitis aguda enólica BISHOP 0 al ingreso. Evolución tórpida precisando ingreso en UCI en 5º día de ingreso por insuficiencia respiratoria aguda junto con pancreatitis necrótica de <75% de la glándula con colecciones peripancreáticas (Figura 1). Se realiza punción percutánea de las mismas el día 26º de ingreso.

Por persistencia de las colecciones, se procede a ultrasonografía endoscópica con colocación de drenaje trasgástrico tipo diábolo (prótesis metálica de aposición luminal de 15mm) el día 36º de ingreso. Siete días después se reevalúa con endoscopia, retirándose dicho dispositivo y colocándose drenaje plástico tipo doble pigtail en el orificio previo.

Evolución inicialmente favorable apreciándose en TAC de control disminución del tamaño de las colecciones y drenajes normoposicionados (Figura 2). El día 26º tras la colocación del pigtail trasgástrico, la paciente comienza con mal estado general y peritonismo difuso, por lo que se realiza un TAC (Figura 3), en el que se aprecia migración del pigtail trasgástrico a un asa yeyunal. Se decide laparotomía en la que se aprecia perforación puntiforme yeyunal a unos 10cm del ángulo de Treitz con peritonitis biliopurulenta en compartimento supramesocólico. Se realiza extracción del drenaje, cierre con puntos simples y lavado abundante de la cavidad. Se deja drenaje retrogástrico.



Figura 1

TAC realizado 4 días tras colocación de catéter de drenaje transperitoneal (flecha). Colección 17,5 x 19,5 cm.



Figura 4

TAC realizado cuatro meses tras el alta, con resolución completa de colecciones retrogástricas y peripancreáticas.

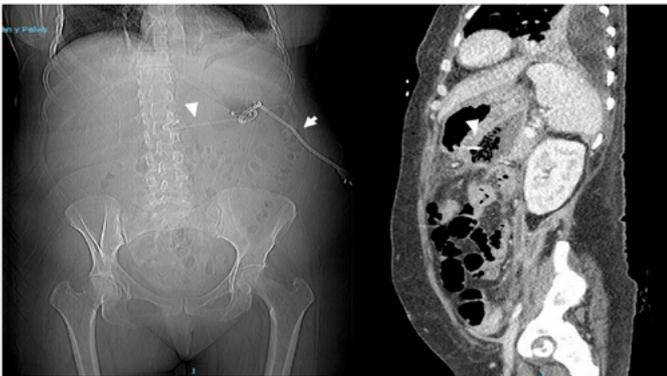


Figura 2

La punta de flecha señala el pigtail transgástrico y la flecha el drenaje transperitoneal. Derecha: corte sagital apreciándose el drenaje comunicando la cámara gástrica con la colección.



Figura 3

En comparación con la figura 2, se aprecia migración del drenaje transgástrico (punta de flecha), que se aloja en interior de asa yeyunal.

Buena evolución posterior, siendo la paciente dada de alta en el día 19º posoperatorio. No se aprecian colecciones residuales en TAC de seguimiento realizado cuatro meses tras alta (Figura 4).

Discusión: Hay varias revisiones bibliográficas y metaanálisis que comparan el uso de prótesis metálicas de aposición luminal versus pigtail, estableciéndose mejores resultados clínicos, menor recurrencia y menor necesidad de intervenciones adicionales con la utilización de los primeros.

Aunque algunos artículos hablan de la aplicación simultánea de prótesis metálica y pigtail con el objetivo de disminuir el riesgo de obstrucción del drenaje, no hay de estudios en la literatura que analicen los resultados del uso secuencial de ambos. Por tanto, no hay estudios de referencia que analicen si colocar una prótesis metálica tipo diábolo con posterior retirada y colocación de pigtail en su lugar aumenta el riesgo de migración y perforación.

210054. EMPLEO DE MALLA PROFILÁCTICA TRAS LA CONFECCIÓN DE UNA COLOSTOMÍA TERMINAL PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE HERNIA PARAESTOMAL

J González Cano, J Carrasco Campos, S Mera Velasco, M Ruiz López, I González Poveda, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: El objetivo de este estudio es analizar y evaluar si la colocación de una malla profiláctica durante la confección de una colostomía terminal previene la aparición de la hernia paraestomal

Material y métodos: Estudio retrospectivo que analiza los pacientes intervenidos de nuestro centro entre enero de 2018 y junio de 2020, sometidos a una cirugía de resección colónica con confección de una colostomía terminal. Se compararon dos grupos de pacientes: el grupo "A" formado por pacientes en los que se colocó una malla periestomal profiláctica intraabdominal según la técnica de keyhole, y un grupo "B" formado por pacientes en los que no se colocó ningún tipo de malla. El objetivo principal fue analizar la incidencia de hernia paraestomal en ambos grupos. También se analizaron las

complicaciones relacionadas con el estoma en el grupo con malla periestomal.

Resultados: Se incluyeron un total de 39 pacientes en el grupo A y 25 en el grupo B. No hubo diferencias entre las características de los dos grupos en cuanto a edad y comorbilidades. El seguimiento medio de los pacientes fue de 19 meses. Se evidenció la aparición de una hernia paraestomal en 4 pacientes (10,25%) en el grupo A y en 6 pacientes (24%) en el grupo B, siendo las diferencias no estadísticamente significativas ($p=0,140$). Además, en el grupo de malla profiláctica, un paciente desarrolló una necrosis (2,56%) y otra una estenosis del estoma (2,56%), tres pacientes presentaron un desprendimiento de la colostomía (7,69%) y un paciente una colección periestomal (2,56%).

Conclusiones: La hernia paraestomal es la complicación más frecuente tras la confección de un estoma, pudiendo ser su incidencia de hasta el 50% en algunas series tras un seguimiento de 4 años, lo que empeora significativamente la calidad de vida de estos pacientes. el tratamiento de la hernia paraestomal es a menudo complejo, y hasta un 65% de los casos requerirán una reparación quirúrgica. Considerando la alta incidencia de esta patología y su dificultad de tratamiento, el uso de mallas profilácticas es motivo de debate. Se han publicado numerosos estudios que defienden su utilización al disminuir su incidencia respecto a los pacientes sin malla, si bien existen también estudios que no han encontrado diferencias en cuanto a su uso o no. En nuestra experiencia, aunque la tasa de hernia paraestomal fue mayor en el grupo sin malla profiláctica (24% frente al 10,3% en el grupo con malla), no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

210055. FASCITIS NECROTIZANTE SECUNDARIA A LESIÓN DE MOREL-LAVALLÉE SOBREENFECTADA POR MUCORMICOSIS

J González Cano, M Neuhaus Nevado, A Títos García, R Pérez Rodríguez, JM Aranda Narváez, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: El síndrome de Morel-Lavallée consiste en una lesión postraumática de tejidos blandos que provoca la separación brusca de la grasa subcutánea de la fascia muscular. Provocado por un trauma tangencial a la fascia, la tracción provoca el desgarramiento de vasos sanguíneos y linfáticos, creándose una cavidad que contiene sangre, linfa y grasa licuada. Suele darse en la parte proximal y lateral del muslo, y las lesiones aparecen horas o incluso días tras el traumatismo. Una vez establecida la sospecha clínica, la prueba de elección es la RMN, siendo también útil la ecografía y en menor medida el TC.

Caso clínico: Mujer de 21 años que ingresa en UCI tras traumatismo de alto impacto al ser atropellada por un vehículo. Hematoma subdural que condiciona hipertensión craneal severa e intubación orotraqueal, y posterior traqueostomía. Presenta quemaduras de asfalto en flancos y zona proximal de muslos bilaterales, sin hallazgos en TC.

Resolución de lesiones del lado derecho, pero evolución tórpida del lado izquierdo, con aumento de partes blandas y celulitis. Evidencia de colección entre tejido celular subcutáneo y fascia muscular en ecografía y TC de abdomen, con sospecha de lesión de Morel-Lavallée, iniciándose antibioterapia de amplio espectro y realizando drenaje percutáneo de la colección. Persiste mala evolución, con aparición de tejido necrótico, realizándose desbridamiento quirúrgico extenso, que se repite cada 48h por progresión de la infección necrotizante asociando terapia de presión negativa y añadiéndose Anfotericina B tras evidenciarse infección por Mucor en cultivo de herida. Sospecha de isquemia en miembro inferior izquierdo confirmada en angioTC, con oclusión de arterias iliaca externa, femoral común y profunda izquierdas, realizándose embolectomía quirúrgica y fasciotomía. A pesar de todas las medidas, persiste la isquemia y la progresión de la fascitis necrotizante, con inestabilidad hemodinámica y fallo multiorgánico de la paciente, que finalmente fallece.

Discusión: Las lesiones de Morel-Lavallée representan una lesión de tejidos blandos grave, que en caso de lesiones agudas requieren

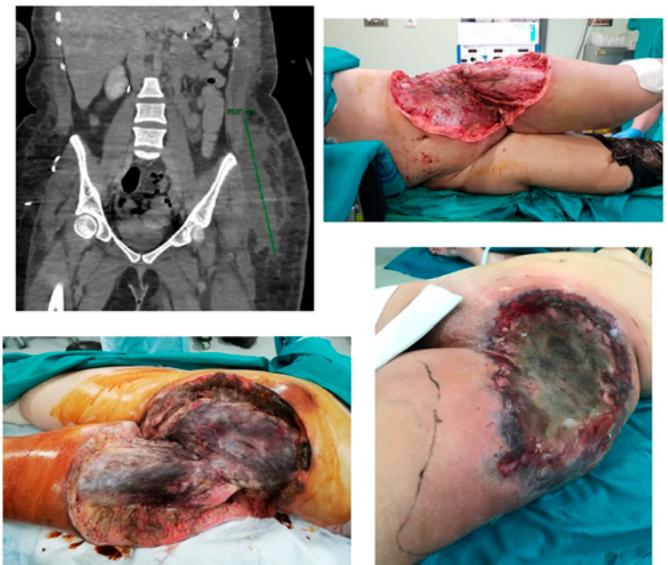


Figura 1

Imagen de TC y placa necrótica previo a cirugía. Resultado tras el extenso desbridamiento quirúrgico, a pesar del cual persiste la necrosis de la fascia y el tejido muscular.

una alta sospecha clínica y diagnóstico precoz de las complicaciones. En lesiones de tamaño limitado, el tratamiento conservador con compresión puede ser suficiente. Si fracasa o en caso de grandes lesiones, suelen requerir un drenaje percutáneo o escisión quirúrgica, siendo útil la terapia de presión negativa. La mucormicosis cutánea asociada a estas lesiones es una patología poco frecuente en paciente inmunocompetentes, pero puede darse en el seno de un accidente traumático, requiriendo un tratamiento antifúngico y quirúrgico agresivo dada su alta mortalidad, de hasta el 50%.

210056. HERNIAS PARAESTOMALES, UN PROBLEMA EN AUMENTO.

J Gavilán Parras, S Martín Arroyo, M Macmathuna, E Muñoz Caracuel, D Raposo Puglia, E Gutiérrez Cafranga

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

Introducción: La incidencia de hernias paraestomales en las colostomías varía desde el 30-40% en el primer año hasta más del 58% a los siete años¹. En 2017 se publicaron las primeras guías europeas² para el manejo de hernias paraestomales. Esto respondía a la falta de consenso en torno al manejo de esta complicación tan frecuente. Nuestro objetivo es realizar una revisión sistemática sobre la clasificación, la prevención y el manejo de las hernias paraestomales.

Material y métodos: Hemos realizado una búsqueda narrativa de la literatura a través de PubMed y The Cochrane Library. Se han utilizado los siguientes tópicos siguiendo las guías MeSH: Ostomy; Parastomal hernia; Prevention; Recurrence; Stoma; Treatment. Los criterios de inclusión para los estudios han sido: estudios clínicos controlados, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios de cohortes prospectivos.

Resultados: La clasificación de la EHS para las hernias paraestomales³ está recogida en la **figura 1**. Las colostomías terminales tienen una elevada probabilidad de padecer hernia paraestomal, superior a la de otros estomas, la colocación de malla de forma profiláctica reduce la probabilidad de producirse hernia paraestomal, no se ha demostrado aumento de casos de infección o complicaciones con la colocación de malla tras la realización de colostomía⁵. Una vez producida la eventración, la herniorrafia ha demostrado elevada incidencia de recurrencia. Por lo que se requiere una reparación con malla protésica. De estas, la técnica de Sugarbaker (**Figura 2**) parece tener menor recurrencia respecto al KeyHole. Ninguna malla ha demostrado mejores resultados como tampoco lo ha hecho la laparoscopia, aunque sí se asocia a menor dolor y hospitalización. El tratamiento debe realizarse de forma individualizada. Para las hernias sin repercusión clínica, el manejo conservador y las revisiones periódicas puede considerarse adecuado.

Clasificación EHS hernias paraestomales		Tamaño	
		Menor de 5cm	Mayor de 5cm
Presencia de hernia	No	I	II
Incisional	Si	III	IV
Primaria o recidivada		P	R

Tabla 1: Clasificación EHS hernias paraestomales

Figura 1

Clasificación EHS hernias paraestomales.

Conclusiones: Actualmente contamos con suficiente evidencia como para recomendar la colocación profiláctica de mallas cuando se realicen colostomías definitivas. Esta medida ha demostrado ser segura y eficaz para prevenir la formación de hernias paraestomales. En cuanto a la reparación de la hernia paraestomal, la técnica de Sugarbaker representa el Gold-Standard. Será necesario continuar el análisis de las complicaciones de esta técnica para comprender mejor sus riesgos.



Figura 2

Resultado de reparación con técnica de Sugarbaker.

210057. ¿CÓMO DE BUENA ES LA COCA-COLA PARA COMBATIR EL BEZOAR?

J Gavilán Parras, S Macmathuna, E Muñoz Caracuel, S Martín Arroyo, E Gutiérrez Cafranga

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

Introducción: Todo cirujano ha escuchado algún caso de un fitobezoar que se resolvió tomando coca-cola, por ello su uso como primera terapia es, para sorpresa de paciente y familiares, una práctica habitual. El propósito de este estudio es analizar cómo funciona el tratamiento con coca-cola y qué porcentaje de éxito podemos esperar con esta terapia tan original.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura a través de PubMed y The Cochrane Library. Se han utilizado los siguientes tópicos siguiendo las guías MeSH: "Fitobezoar"; "bezoar"; "small bowel obstruction"; "cola". Los criterios de inclusión para los estudios han sido: Revisiones sistemáticas, casos clínicos, revisiones literarias y estudios de cohortes.

Resultados: El ácido fosfórico y carbónico de la coca-cola le imprime un pH de 2,7, similar al ácido gástrico. Lo cual supone una ayuda para la digestión de la fibra. Si a esto le añadimos la capacidad mucolítica del bicarbonato sódico, encontramos el mecanismo por el que la coca-cola es capaz de disolver las fibras del bezoar. Además, parece que el dióxido de carbono que contiene esta bebida ayuda en la fragmentación del bezoar. Este se trata de un tratamiento seguro y aceptable del que se han descrito pocas complicaciones. La cantidad de bebida a partir de la cual se obtienen resultados oscila entre 500cc y 2L diarios. El tratamiento con coca-cola en solitario es capaz de resolver la obstrucción en hasta el 50% de los casos. La cifra aumenta hasta más del 90% si lo combinamos con técnicas endoscópicas.

Conclusiones: La coca-cola como terapia única es capaz de resolver hasta la mitad de los casos de fitobezoar, si le añadimos el tratamiento endoscópico, su porcentaje de éxito aumenta de forma considerable. Se trata de una terapia segura y fiable por lo que se puede proponer como un primer tratamiento para los cuadros obstructivos causados por bezoar.

210058. DERMATOFIBROMA ANEURISMÁTICO HALLAZGO INFRECIENTE EN CIRUGÍAS LOCALES

A Alberca Páramo, C Ruiz Marín, E Antonaya Rubia, A Rodríguez Cano, P Ruiz Frías

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

Introducción: El dermatofibroma aneurismático (DA), también llamado histiocitoma fibroso aneurismático, hemangioma hemático gigante o angioma pigmentado esclerosante, se considera una variante rara (menos del 2%) de los dermatofibromas.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 69 años de edad sin patologías previas, que acudió a consulta de Cirugía General por lesión nodular, gomosa, móvil, no adherida a planos profundos de unos 2 centímetros, doloroso, de 6 meses de evolución y situada en cara anterior de pie derecho sugestiva de tumor de partes blandas. Ante dichos hallazgos se propuso para exéresis con anestesia local. Los hallazgos histopatológicos demostraron una lesión de 2x1x0,4 cm de coloración pardo grisácea. En la epidermis se evidenció hiperplasia epitelial e hiperquerosis paraqueratósica focal. Y en la dermis se objetivó una proliferación mal delimitada y no encapsulada con patrón estoriforme de células fibrohistiocitarias cargadas de pigmento hemosiderínico. Muestran escaso pleomorfismo y ocasionales nucléolos, sin evidenciarse figuras de mitosis. Presenta esclerosis extensa y áreas de hemorragia. LA lesión invade la hipodermis con un índice de proliferación (Ki67) menor del 10%. La inmunohistoquímica objetivó positividad para el factor XIIIa y negatividad para HMB45, S100, CD34 y Ber-EP4. Con estos hallazgos se diagnóstico como dermatofibroma aneurismático.

Discusión: El DA fue descrito por primera vez en 1943 por Gross y Walbach. Suele afectar con mayor frecuencia a las mujeres a partir de los 30 años, y se suele encontrar en cualquier parte anatómica, sin embargo es más frecuente en las extremidades inferiores. Aparecen como neoformaciones de aspecto nodular, de color rojizo-azulado, consistencia quística, superficie lisa o escamosa y lesiones con variación de 0,5 a 1 cm de diámetro de crecimiento rápido y doloroso por las hemorragias intralesionales.

Se suele localizar en el espesor de la dermis, está mal definida, se compone por miofibroblastos, células fusiformes e histiocitos que contienen hemosiderina inmersa en el estroma fibroso. Las lesiones son variables, desde fisuras hasta grandes quistes cavernosos. El estudio inmunohistoquímico no sirve de mucho, presenta positividad para el factor XIIIa. El diagnóstico se integra con base a los hallazgos histopatológicos.

Es importante diferenciarlo de las lesiones melanocíticas (como el melanoma maligno) y del angiosarcoma cutáneo, el cual suele aparecer en la cara y en la piel cabelluda de hombres mayores, con células endoteliales atípicas que separan los haces de colágeno, presenta positividad a CD34 y carece de células fibrohistiocíticas. También se puede confundir con el sarcoma de Kaposi que presenta inmunoreactividad al CD34 y carece de células fibrohistiocíticas.

210059. COMPLICACIONES TEMPRANAS POR COVID19 TRAS CIRUGÍA COLORRECTAL

A Alberca Páramo¹, S Fuentes Molina², JA Blanco Elena³, MT Robles Quesada², L Pico Sánchez²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra. ³Servicio Cirugía General. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra.

Introducción: La infección SARS-CoV-2 (COVID 19) causante de la pandemia mundial también ha afectado a patologías como la cirugía colorrectal.

Caso clínico: Varón de 80 años estudiado por Medicina Interna por alteración del hábito intestinal, anemia, pérdida de apetito y peso(12 kg)con PCR para COVID19 negativa. A la exploración no se objetivan hallazgos reseñables. Se realizó TC abdominal urgente en el cual se apreció gran dilatación de ciego y colon derecho hasta tercio medio de colon transversal, donde se objetivó una masa. Se realizó colonoscopia que objetivaba neoformación estenosante en colon transversal. Los marcadores tumorales: CA15.3 y CA19.9 estaban elevados. Ante la objetivación de la masa estenosante se decidió realizar una hemicolectomía derecha. Se inició el procedimiento de forma laparoscópica que se tuvo que reconvertir por el gran tamaño de la masa tumoral. Se realizó anastomosis laterolateral isoperistáltica mecánica, comprobando su estanqueidad.

A las 48horas postquirúrgicas el paciente presentó drenaje con contenido entérico y elevación de PCR y procalcitonina, por lo que se realizó cirugía urgente, en la cual se objetivó peritonitis fecaloidea por dehiscencia de anastomosis. Se realizó resección de anastomosis, lavado peritoneal e ileostomía terminal.

24 horas después de la reintervención, el paciente presentó malestar abdominal, desaturación O₂, abundantes secreciones y roncus. Se realizó Radiografía torácica y PCR urgente para COVID19, el cual fue positivo. Se procedió al aislamiento del paciente en planta COVID de Medicina Interna durante 12días. El postoperatorio fue favorable, siendo dado de alta el día 12con recomendaciones de aislamiento hasta el día 14de la clínica respiratoria.

El estadio definitivo fue pT4aN1M0.

Tras el alta el paciente fue derivado a Oncología Médica para tratamiento con quimioterapia adyuvante.

Discusión: La pandemia por el COVID19 se manifiesta normalmente como síndrome respiratorio agudo, aunque también puede presentar manifestaciones gastrointestinales y retrasar nuestro diagnóstico.

Ante pacientes ingresados que inicien clínica respiratoria deberemos descartar infección de la misma.

La dehiscencia de anastomosis suele manifestarse entre el 5º-7º día postquirúrgico.

Los pacientes sometidos a cirugía infectados con SARS-CoV-2 presentan altas de mortalidad, siendo en cirugía electiva del 18,9%.

Las consecuencias de la infección por SARS-CoV-2 son diversas, afectando de forma global al paciente y por tanto los pacientes son más vulnerables y presentan una respuesta a las agresiones menor, por tanto las dehiscencias de anastomosis en estos pacientes pueden tener un mayor porcentaje.

Actualmente pacientes con PCR COVID19 negativa no están exentos de presentar infección durante el ingreso, por ello ante anomalías clínicas en el postoperatorio, deberemos descartarla.

210060. ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO, EFECTOS DE LA ENFERMEDAD POR COVID

N García Fernández, D Aparicio Sánchez, E Perea del Pozo, V Durán-Muñoz Cruzado, F Pareja Ciuró, FJ Padillo Ruíz

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

Introducción: Desde el primer brote de infección por SARS-COV2 en la ciudad de Wuhan, la enfermedad COVID19, se ha extendido a través de las fronteras internacionales causando una crisis sanitaria mundial. En España, los casos crecieron exponencialmente, llegando a ser en el mes de abril el país europeo con mayor incidencia. El 14 de marzo de 2020, el Gobierno de España decretó un confinamiento domiciliario obligatorio que se prolongó durante 91 días. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el impacto de la pandemia y las medidas sociales adoptadas, en la atención de pacientes politraumatizados con patología abdominal.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional en un hospital de tercer nivel del Servicio Nacional de Salud de España. Se analizaron tres periodos. Un primer periodo que incluyó los primeros ochenta días del Estado de Alarma en España (del 14 de marzo al 1 de junio de 2020), y este mismo periodo en los años 2019 y 2018 (periodos 2 y 3, respectivamente). Las principales variables analizadas fueron la edad y el sexo del paciente, el mecanismo del trauma, intubación orotraqueal prehospitalaria (IOTp), inestabilidad hemodinámica, EcoFAST, Tomografía computarizada (TC), escala "Injury Severity Score" (ISS), escala "New Injury Severity Score" (NISS), la necesidad de cirugía y/o cuidados intensivos y el tiempo de ingreso hospitalario.

Resultados: Se registraron un total de 30 pacientes politraumatizados con patología abdominal, que precisaron valoración por Cirugía General distribuidos por periodos existiendo una disminución del 60 % en el periodo 1 con respecto a la media de los periodos 2 y 3 lo cual es una diferencia estadísticamente significativa. La mayoría de los pacientes atendidos fueron varones con una distribución por sexo similar en los tres periodos analizados. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, sexo, mecanismo del trauma, IOTp, inestabilidad hemodinámica,

	Periodo 2018	Periodo 2019	Periodo 2020	p
n	14	11	5	0,04
Edad media (años)	47,14*	29,45*	37,2	0,007*
Sexo varón	12	10	5	0,65
IOTp	4	2	0	0,38
Inestabilidad HD	2	0	0	0,29
EcoFAST	4	0	0	0,07
TC	12	9	4	0,94
NISS	23,57	21,91	20,6	0,93
ISS	23,57	21,45	18,8	0,79
Cirugía	10	6	3	0,67
Cuidados Intensivo	4	4	1	0,79
Tiempo ingreso (días)	6,57	17,55	12,8	0,22

Figura 1

Resultados de las variables analizadas en cada periodo de tiempo.

EcoFAST, TC, NISS, la necesidad de cirugía y/o cuidados intensivos ni el tiempo de ingreso hospitalario (**Figura 1**).

Conclusiones: Las restricciones sociales y las medidas de confinamiento domiciliario se han relacionado con un menor volumen de pacientes politraumatizados atendidos por la Unidad de Cirugía de Urgencias en un hospital de tercer nivel. Sin embargo, no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las características y manejo clínico de estos pacientes.

210062. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA COMPARTIMENTAL EN EL LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA

N García Fernández, C Muñoz Casares, C González de Pedro, FJ Ruiz Padillo

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

Introducción: El único tratamiento curativo de los sarcomas retroperitoneales (RPS) es la cirugía, que debe adaptarse a la histología del tumor. La cirugía compartimental o "en bloque", con resección de órganos adyacentes al tumor, ha demostrado una menor tasa de recidiva frente a la resección simple del tumor. En muchas ocasiones, este tipo de procedimientos comportan una alta complejidad, no exenta de complicaciones. Siguiendo los consensos publicados por el grupo Transatlántico RPS para el manejo del SRP primario (2015) y SRP recidivado (2016), presentamos los resultados de morbilidad de la cirugía compartimental de los LSRP intervenidos en los últimos 5 años en una unidad de especializada de un Centro de Referencia.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivas en el que se analizaron los resultados de morbilidad y supervivencia en dos grupos de estudio para los que se realizó cirugía compartimental: LSRP primario y LSRP recidivado. Se excluyeron los sarcomas pélvicos y de pared abdominal.

Resultados: En los últimos cinco años se intervinieron 29 liposarcomas retroperitoneales. 21 (72,4%) correspondieron a LSRP primario y 8 (27,5%) a LSRP recidivados. Entre los LSRP primarios, los órganos más frecuentemente resecados fueron psoas y peritoneo

(100%), riñón (85,7%), glándula suprarrenal (81%), omento (66,7%), colon (61,9%), apéndice (52,4%) y en menos del 50% útero y anejos, bazo y páncreas, entre otros. La complicación más frecuente fue la infección de herida (n=2; 9%), con una morbilidad Clavien-Dindo ≥ 3 del 19,05% y mortalidad a 30 días 0%. Entre los LSRP recidivados los órganos más frecuentemente resecaados fueron peritoneo y psoas (100%), colon (87,5%), riñón y glándula suprarrenal (75%), omentectomía y apendicectomía (62,5%), resección intestinal (50%) y resección de diafragma (37,5%). La morbilidad Clavien-Dindo ≥ 3 fue del 12,5% y la mortalidad a 30 días del 0%.

Conclusiones: La cirugía compartimental o en bloque es un procedimiento seguro y eficaz en el tratamiento de los liposarcomas retroperitoneales. Este tipo de procedimientos no está exento de complicaciones, que varían en función del tipo de resección realizada. El manejo diagnóstico, terapéutico y de seguimiento en los RPS debe ser realizado por un equipo multidisciplinar y en Centros de Referencia.

210063. IMPACTO DE LA EDAD AVANZADA EN LA MORBIMORTALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL MEDIANTE CRS-HIPEC

C González de Pedro, C Muñoz Casares, N García Fernández, FJ Padillo Ruíz

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

Introducción: La cirugía radical con procedimientos de peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (CRS-HIPEC) representan la mejor opción con finalidad curativa en el tratamiento de la enfermedad neoplásica peritoneal de diversos orígenes. La edad avanzada no debería ser un criterio de exclusión por sí mismo, si dichos pacientes reúnen los criterios de inclusión universalmente aceptados. Sin embargo, ¿limitamos la agresividad quirúrgica necesaria para conseguir completa citorreducción en base a reducir morbilidad, con respecto a edades más jóvenes? Analizamos nuestra experiencia y resultados con estos procedimientos en pacientes de edad avanzada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo (julio 2016-marzo 2021) y comparativo entre grupos de edad menor y mayor de 70 años, de pacientes con enfermedad neoplásica peritoneal intervenidos mediante CRS-HIPEC por un mismo cirujano oncológico peritoneal. Los criterios de inclusión comprendían a todos los pacientes con carcinomatosis peritoneal inicialmente programados para CRS-HIPEC, con adecuado performance status, sin comorbilidades limitantes y ausencia de enfermedad extraabdominal o sistémica no tratable.

Resultados: Se incluyeron 236 pacientes en este periodo de estudio, de los que 32 (14%) superaban los 70 años con un rango de edad de 70-78, frente al grupo más joven (86%) con un rango de edad de 6-69 años. De los 236 pacientes, 28 (12%) fueron considerados irresecables: 26/204 (13%) de los 70 años. El origen neoplásico más frecuente fue ovario (42,2% y 40,6%, respectivamente), seguido del colon (29,2% y 26,7%, respectivamente) En cuanto a los pacientes intervenidos mediante CRS-HIPEC, tenían edades medias de 54 años y 74 años, respectivamente, y no mostraron diferencias significativas

en diferentes variables estudiadas: sexo femenino (79,8% vs. 76,7%), mediana de PCI (20,5 vs 22,5), mediana de tiempo quirúrgico (8 h. en ambos grupos), mediana de estancia hospitalaria (14 días vs 15,5 días), neoadyuvancia (84,3% vs. 76,7%), realización de >4 procedimientos de peritonectomía durante la cirugía (50,6% vs. 63,3%), resección intestinal única o múltiple (60,7% vs. 66,7%), citorreducción completa CC0 (80% vs 77%), citorreducción óptima CC0-CC1 (95,5% vs 100%), enfermedad ganglionar anatomopatológica (27% vs. 30%) y enfermedad extraabdominal-sistémica tratada (17% vs 10%). Sin embargo, el porcentaje de ostomías del primer grupo fue del 6,7% frente al 23,3% del grupo más añoso. En tales circunstancias, la morbilidad grave (Dindo-Clavien III-IV) del grupo más joven fue 19,1% vs. 20%.

Conclusiones: Los pacientes mayores de 70 años con carcinomatosis peritoneal sometidos a CRS-HIPEC, no presentan menos carga tumoral ni tampoco ninguna limitación en los objetivos de radicalidad quirúrgica para alcanzar la citorreducción completa. En este sentido, la edad avanzada no debería representar un criterio de exclusión por sí mismo, siempre que se tengan en cuenta adecuados criterios de selección y se realicen estas intervenciones en Centros con experiencia y equipos multidisciplinarios.

210065. COLEPERITONEO EN PACIENTE CON TROMBOSIS PORTAL DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

S Martín Arroyo, C Medina Atxirica, J Gavilán Parras, M Díaz Oteros, D Raposo Puglia

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

Introducción: La trombosis venosa portal es una complicación frecuente en pacientes con cirrosis hepática, aunque también puede aparecer en pacientes sin enfermedad hepática subyacente, como en nuestro caso.

Para su diagnóstico, la mejor prueba es la ecografía doppler, seguida del angio TAC y angioRM.

Analíticamente, las transaminasas son sensibles pero poco específicas de necrosis celular hepática; siendo la ALT/GPT la más específica.

En nuestro caso, las transaminasas se mantuvieron elevadas desde el inicio al igual que la bilirrubina (indicador de severidad).

El consenso para el tratamiento de la trombosis venosa portal es la anticoagulación, que debe iniciarse cuanto antes.

Con respecto a la utilización de endoprótesis, tienen una duración media hasta su obstrucción de 3-4 meses.

Caso clínico: Paciente varón de 72 años, fumador y exbebedor. Con AP de: HTA, DLP, DM II, EPOC, TEP, ACVA isquémico, cirugía gástrica hace 50 años.

Con episodio de coledocolitiasis resuelto con CPRE (esfinterotomía + prótesis plástica) con dos intentos posteriores de retirada de prótesis sin éxito, por estenosis pilórica.

Ingresó por fractura peritrocantérea de fémur, tratada de forma conservadora.

Al tercer día, comienza con MEG, dolor abdominal e hipoglucemia. Analíticamente con acidosis metabólica, hiperlactacidemia, trombopenia y coagulopatía.

TAC con evidencia trombosis ramas portales izquierdas y segmentarias anteriores del LHD y zonas compatibles con infarto/trombóticas en LHD y LHI.

Ingresó en UCI, con evolución favorable por lo que tras 8 días con tratamiento antibiótico, NTP, fluidoterapia, heparina (al quinto día de ingreso, retrasándose por coagulopatía y plaquetopenia), hemofiltración, vasoactivos y nueva CPRE fallida, se decide intervención quirúrgica con el objetivo de tratar la estenosis pilórica para facilitar la nutrición.

Intraoperatoriamente se evidencia coleperitoneo en relación a necrosis hepática por trombosis en segmento III y V. Realizándose coledocotomía con extracción de prótesis biliar y coledocolitiasis con lavado de vía biliar y colocación de drenaje Kher. Gastroenteroanastomosis mecánica.

El paciente evoluciona desfavorablemente, falleciendo a los siete días de la cirugía.

Discusión: El coleperitoneo es una complicación grave de las fugas biliares; con una mortalidad importante, que aumenta de dos a tres veces en caso de peritonitis asociada.

El tratamiento requiere drenaje de la fuga biliar y de la vía biliar, mediante la colocación de endoprótesis o drenaje Kher si se realiza cirugía.

En el caso descrito, el coleperitoneo se originó por trombosis portal (y seguramente lesión arterial asociada) originando isquemia hepática. El conducto biliar es extremadamente sensible a la interrupción del suministro de sangre, lo que originó cloacas biliares hepáticas, dando lugar al coleperitoneo.

210066. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ: UN CASO DE EDEMA DE MOREL-LAVALLÉE

AM Sánchez Arco, M Dominguez Bastante, JL Diez Vigil, A Gómez Arroyo, A Mansilla Rosello

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

Introducción: El edema de Morel-Lavallée es una lesión, normalmente de origen postraumático, producida por fuerzas romas de alta energía, lo que ocasiona la separación entre la hipodermis y la fascia muscular y la rotura de los vasos sanguíneos y linfáticos penetrantes, dando lugar a una colección de productos sanguíneos y linfáticos que puede incluir también tejido graso necrosado, pudiendo encapsularse con el paso del tiempo.

Caso clínico: Mujer de 30 años que acude a nuestra consulta 5

meses después de un politraumatismo por accidente de tráfico con tumefacción en la cara externa del muslo izquierdo.

Ante la sospecha de patología benigna de tejidos blandos se solicitó una ecografía diagnóstica, que se realizó 4 meses después debido a la situación de pandemia por COVID-19, siendo informada una colección líquida de paredes engrosadas de 8x5cm compatible con edema de Morel-Lavallée. Se decidió abordaje conservador, realizándose punción evacuadora dejándose vendaje compresivo.

Tras un mes se realizó nuevo control, comprobándose la persistencia de una colección de menor tamaño, decidiendo nuevo drenaje y escleroterapia con doxiciclina intracavitaria más vendaje compresivo.

A día de hoy, presenta una pequeña cavidad residual, así como cambios tróficos en el tejido graso circundante.

Discusión: El edema de Morel-Lavallée es una lesión poco frecuente y de difícil diagnóstico debido al alto nivel de sospecha necesario, ya que en el contexto de una lesión traumática puede ser fácilmente confundido con otras entidades.

El tratamiento de elección en las lesiones agudas es conservador siempre y cuando no se asocie a fracturas óseas o lesiones vasculares que requieran de cirugía, siendo este normalmente las punciones evacuadoras asociadas a escleroterapia con doxiciclina.

En el caso de las lesiones crónicas con cápsula fibrosa, el tratamiento es menos eficaz y va a depender del tamaño: en aquellas de pequeño tamaño aspiración del contenido con posterior escleroterapia mientras que las de mayor tamaño se opta por cirugía (incisión y drenaje o resección en bloque).

En nuestro caso, se ha optado por tratamiento conservador a pesar de la cronicidad por el pequeño tamaño, con un resultado bueno, casi reduciendo por completo la colección aunque persiste aún mínima colección residual. Es por ello que es de gran importancia tener una alta sospecha diagnóstica de edema de Morel-Lavallée ante pacientes que presentan tumefacción de tejidos blandos tras traumatismos de alta intensidad, ya que esto facilita la terapéutica y mejora los resultados de la misma.

210067. NEOFORMACIÓN MESENTÉRICA COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE TUMOR NEUROENDOCRINO METASTÁSICO

L Pico Sánchez, MT Robles Quesada, JA Blanco Elena, J Granados García

Servicio Cirugía General. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos constituyen un grupo heterogéneo de tumores que se definen como neoplasias epiteliales con una diferenciación predominantemente neuroendocrina. Las localizaciones más frecuentes son el páncreas, el tracto digestivo y el pulmón. Presentan una incidencia anual ajustada por edad de menos de 10 casos por 100.000 habitantes.

Caso clínico: Varón de 53 años que en URO-TAC se detecta de forma incidental una tumoración centroabdominal mesentérica, a descartar tumor desmoide. El paciente presenta hipertensión arterial y sobrepeso como antecedentes personales; no clínica acompañante; padre fallecido a los 86 años por adenocarcinoma de páncreas no resecable. La TAC define la lesión como una tumoración sólida en la raíz del mesenterio, anterior a la cuarta porción duodenal, de 3,4 x 3,7 cm, que realza ligeramente y con una calcificación periférica, a descartar tumor mesenquimal. Se realiza RMN de abdomen, con resultado de "tumoración sólida mesentérica, con características inespecíficas, en diagnóstico diferencial tumor desmoide, tumor fibroso solitario o tumor mesenquimal de bajo grado". Los marcadores tumorales resultaron negativos. Ante la sospecha de tumor desmoide se decide intervención quirúrgica para su exéresis.

Se aborda mediante laparotomía media apreciando una tumoración de características infiltrativas en la raíz del mesenterio que retrae la vascularización y el yeyuno medio afectando a unos 50cm del mismo. Se aprecia una lesión que impresiona de implante tumoral dentro del asa, por lo que se realiza exéresis de la tumoración mesentérica y resección de unos 50cm de yeyuno, con anastomosis mecánica.



Figura 1

Corte coronal de TAC de abdomen donde se aprecia la lesión mesentérica que engloba la vascularización de un segmento semicircular de yeyuno medio.

Discusión: El resultado anatomopatológico descubre un tumor neuroendocrino bien diferenciado grado 2 (Ki67 5%) a nivel yeyunal con invasión de muscular propia, tejido adiposo periintestinal y peritoneo visceral, con masa mesentérica de 5cm metastásica; 8 ganglios linfáticos sin evidencia de afectación neoplásica (estadío pT4 pN2). En el postoperatorio el paciente presenta una obstrucción de intestino delgado a nivel de la anastomosis yeyuno-yeyunal por hematoma intraluminal, resuelto de forma conservadora, y es dado de alta al 7º día postoperatorio. Valorado por Oncología al alta,

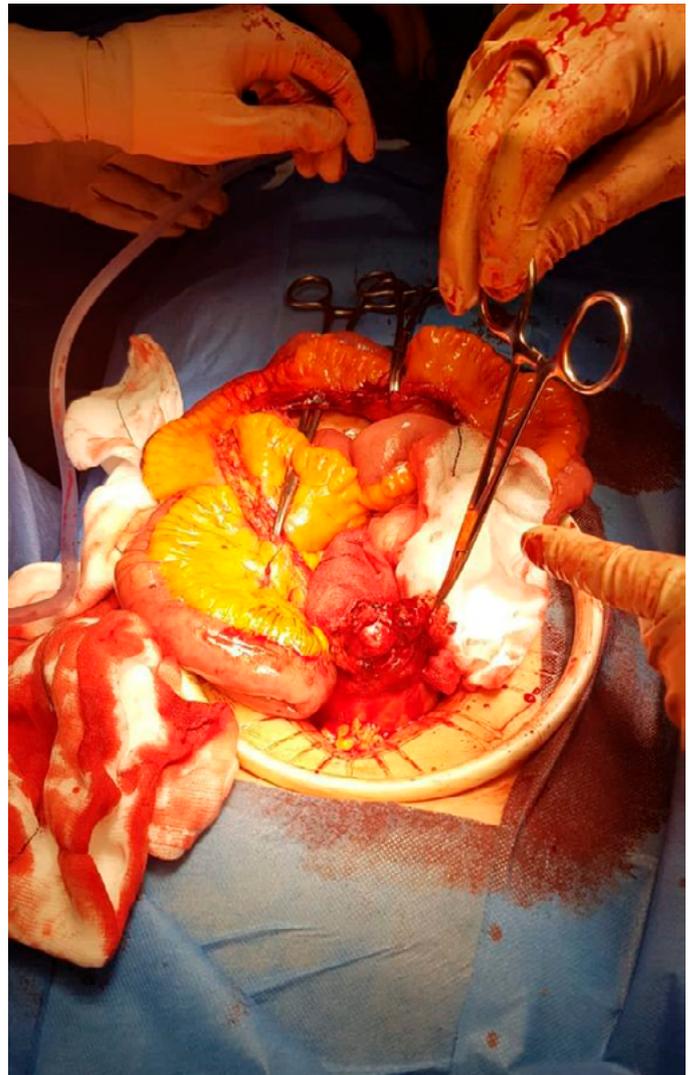


Figura 2

Localización mesentérica de la neoformación metastásica. Afecta a la vascularización de un segmento continuo de 50cm de yeyuno medio, que debe resecarse con la pieza quirúrgica.

pendiente de TAC de control y gammagrafía con Octreotide.

Los tumores neuroendocrinos intestinales representan el 2% de las neoplasias gastrointestinales y poseen alto potencial maligno, por lo que deben incluirse como diagnóstico diferencial de posibles tumores de intestino delgado, y el tratamiento definitivo es la resección quirúrgica.

210068. PSEUDOObSTRUCCIÓN INTESTINAL FUNCIONAL ESPÁSTICA COMO SIMULADORA DE ObSTRUCCIÓN MECÁNICA DE COLON

L Pico Sánchez¹, MT Robles Quesada², JA Blanco Elena², J Granados García²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra. ²Servicio Cirugía General. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra.

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional frecuente que afecta al intestino grueso. Los síntomas más frecuentes incluyen dolor abdominal, distensión, meteorismo y diarrea o estreñimiento, aunque los pacientes suelen presentar alternancia de los mismos sin afectar al volumen total de las heces, pero sí a su calidad de vida. Su prevalencia oscila entre un 1,1 y un 22,1%. Es una patología no quirúrgica que responde a tratamiento médico. Debido a la variedad de sus síntomas puede simular patologías quirúrgicas y debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial en todo aquel paciente que presente un cuadro de dolor abdominal y alternancia del ritmo deposicional.

Caso clínico: Mujer de 87 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia y DM2, intervenida de colecistectomía y salpingooforectomía izquierda. Acude a Urgencias por dolor abdominal en flanco izquierdo de 24 horas de evolución acompañado de náuseas, vómitos, ausencia de ventoseo y deposiciones. No síndrome constitucional acompañante. A la exploración presenta dolor en flanco izquierdo sin peritonismo. La analítica resulta anodina y la radiografía de abdomen presenta niveles hidroaéreos en intestino delgado. Se realiza TAC de abdomen urgente sospechando obstrucción intestinal mecánica con resultado de "cuadro obstructivo/pseudoobstructivo de intestino grueso con válvula ileocecal incompetente, distensión de asas intestinales y marco cólico (ciego de hasta 10cm) hasta un punto de menor calibre en colon descendente, donde se debe descartar lesión subyacente". Se ingresa para completar estudio y se solicita colonoscopia preferente, progresando la misma hasta unos 20 cm de margen anal donde se identifican divertículos sin complicación, espasticidad de un segmento amplio de colon descendente y una marcada angulación difícil de vencer con el colonoscopio convencional, que tras sustituir por gastroscopio progresa hasta ángulo hepático sin localizar lesiones. Al diagnosticarse de pseudoobstrucción funcional de intestino grueso se trata de forma conservadora, inicialmente con reposo intestinal y posteriormente con contraste oral hidrosoluble, que confirma el tránsito intestinal. La paciente fue dada de alta al 5º día de ingreso con buena evolución. No ha vuelto a presentar



Figura 1

Rx abdomen en bipedestación tras la administración de contraste oral apreciando un segmento largo de colon descendente con espasticidad marcada, sin obstrucción intestinal completa.

cuadro de obstrucción intestinal y mantiene alternancia del ritmo deposicional sin repercusión clínica.

Discusión: El síndrome de intestino irritable es una patología benigna prevalente que cursa con variedad de síntomas, los cuales pueden simular otras patologías digestivas. No precisan intervención quirúrgica, pero en ocasiones puede simular un cuadro clínico compatible con una obstrucción intestinal, por lo que debe formar parte de su diagnóstico diferencial.

210069. HERNIA DE AMYAND: A PROPÓSITO DE UN CASO.

M Santidrián Zurbano, J Santoyo Villalba, M Dominguez Bastante, I Segura Jiménez, JM Villar del Moral

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

Introducción: La hernia de Amyand se define como una hernia inguinal que presenta el apéndice cecal, inflamado o no, dentro del saco herniario. Supone hasta el 1 % de todas las hernias inguinales, sin embargo, el apéndice solo está inflamado en el 0,01 % de los casos.

Es más frecuente en la infancia, en varones y en el lado derecho. Habitualmente es asintomática y se presenta como una tumoración reductible a nivel inguinal que produce leves molestias locales. En caso de apendicitis aguda los síntomas habitualmente son similares a los de una hernia irreductible o encarcerada.

A continuación, presentamos el caso de un paciente con hernia de Amyand derecha y su manejo.

Caso clínico: Varón de 75 años con antecedentes de hernioplastia inguinal izquierda y valorado en consulta por hernia inguinal derecha que acude a Urgencias por dolor inguinal derecho de 2 semanas de evolución. En las últimas 24 horas presenta además ausencia de tránsito, febrícula e imposibilidad para reducir la tumoración. Analíticamente destacan: proteína C reactiva 110 mg/L y leucocitosis (21,07 x 10³/μL).

A la exploración impresiona de hernia inguinal derecha encarcerada por lo que se decide intervención urgente. Se realiza un abordaje preperitoneal de Nyhus objetivándose una hernia inguinal derecha directa encarcerada con apéndice gangrenoso y absceso periapendicular dentro del saco herniario (Figura 1). Se reduce la hernia, se realiza apendicectomía y se coloca malla titanizada en el espacio preperitoneal cubriendo los tres orificios herniarios (inguinales directo e indirecto y crural).

La evolución tras la intervención fue favorable, siendo dado de alta en el tercer día postoperatorio.

Discusión: Para el diagnóstico es necesario conocer la patología así como tener un alto índice de sospecha, aunque en la mayoría de las situaciones es intraoperatorio. En algunos casos la realización de una prueba de imagen -ecografía o Tomografía Computerizada (TC)- puede aportar información para el diagnóstico preoperatorio.

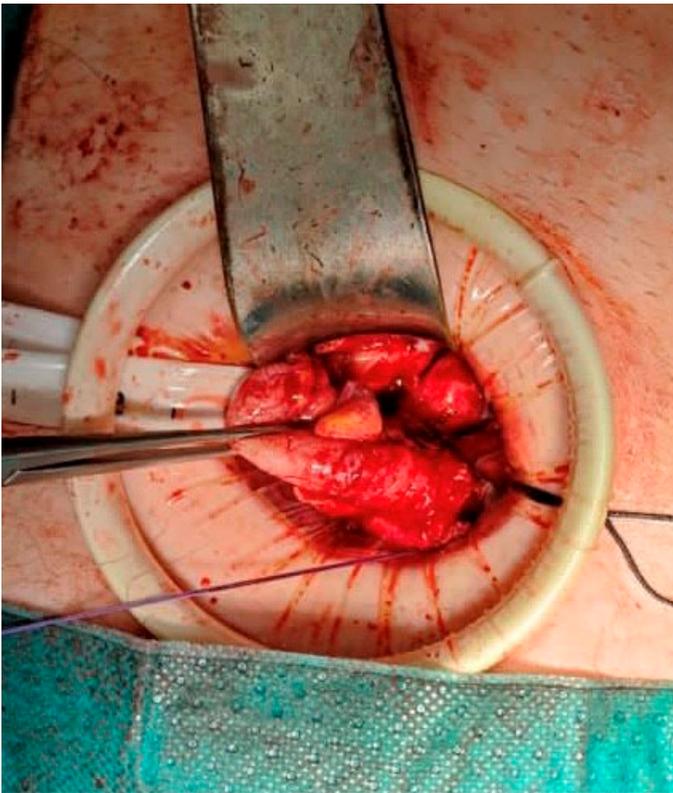


Figura 1

Imagen intraoperatoria: apéndice cecal gangrenoso.

No obstante, las exploraciones radiológicas solo se suelen realizar en pacientes obesos con difícil exploración.

En el tratamiento no se recomienda la apendicectomía sistemática en caso de ausencia de apendicitis en hernias derechas puesto que se trata de una cirugía limpia. Sin embargo, en el caso de hernias de Amyand izquierdas sí se recomienda una apendicectomía profiláctica, dado que en caso de una apendicitis futura, existe un alto riesgo de diagnóstico erróneo o retraso del mismo.

210070. NEOPLASIA MUCINOSA APENDICULAR EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS : SERIE DE CASOS EN 12 MESES

L Pico Sánchez¹, MT Robles Quesada¹, JA Blanco Elena¹, J Granados García²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra. ²Servicio Cirugía General. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra.

Introducción: El concepto clásico de mucocele apendicular define una dilatación del apéndice vermiforme por acumulación intraluminal de moco. Actualmente se diferencian 4 entidades diferentes en función del proceso patológico subyacente: 1 Obturación de la luz por fecalito; 2 Hiperplasia mucosa focal o difusa, sin atipias; 3 Cistoadenoma mucinoso, con cierto grado de atipia celular (tipo más frecuente, hasta). 4. Cistoadenocarcinoma mucinoso. Puede ser asintomático y

diagnosticarse de manera incidental o presentar síntomas similares a la apendicitis.

Material y métodos: 4 casos clínicos de neoplasias mucinosas apendiculares en pacientes mayores de 60 años diagnosticados y tratados en nuestro hospital desde mayo 2020 a mayo de 2021.

Caso 1: Varón, 94 años. Tres días de dolor abdominal, analítica sin leucocitosis, PCR 132mg/L. Ecografía compatible con apendicitis aguda gangrenosa complicada, perforada, con plastrón inflamatorio periapendicular. Intervenido por vía abierta.

Caso 2: Varón, 84 años. Dolor abdominal en FID de meses de evolución. Analítica normal; ECO y TAC compatibles con mucocele apendicular de 26mm. Colonoscopia sin hallazgos. Marcadores tumorales normales. Se interviene de forma programada por laparoscopia, con resultado anatomopatológico de apéndice cecal con neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado que alcanza la serosa por microperforación iatrogénica.

Caso 3: Varón, 83 años. 24 horas de dolor abdominal, analítica normal, ECO con signos de apendicitis aguda incipiente. Intervenido por vía abierta, sin incidencias, dado de alta a las 24h.

Caso 4: Mujer, 66 años. Apendicectomía laparoscópica urgente por sospecha de apendicitis. El estudio anatomopatológico demuestra una neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado que afecta al margen proximal de resección, por lo que tras completar estudio de extensión se realiza hemicolectomía derecha laparoscópica como tratamiento quirúrgico definitivo.

Resultados: Los cuatro casos tienen como resultado anatomopatológico una neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado sin atipia.

Se han presentado en comité multidisciplinar, realizándose en todos los casos estudio de extensión (negativo) y no requieren tratamiento adyuvante.

Conclusiones: La importancia del diagnóstico o la sospecha preoperatoria radica en la necesidad de que la apendicectomía tenga margen de resección libre, incluya el mesoapéndice y evitar su ruptura intraoperatoria para no favorecer la diseminación de material mucoso.

Un mucocele apendicular íntegro (no fisurado ni roto), es por sí mismo un proceso benigno y no supone un riesgo añadido para el paciente, por lo que ante la sospecha de neoplasia mucinosa, el cirujano debe poner énfasis la exéresis del mismo con márgenes libres e incluyendo el mesoapéndice.

210071. PSEUDOQUISTE ABDOMINAL GIGANTE SECUNDARIO A DRENAJE VENTRICULOPERITONEAL

B Estébanez Ferrero, Z Gómez Carmona, MM Rico Morales, CM Gras Gómez, I Teruel Lillo, MA Lorenzo Liñán, E Vidaña Márquez, Á Reina Duarte

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

Introducción: El drenaje ventriculoperitoneal en un procedimiento neuroquirúrgico común en el manejo de la hidrocefalia.

Entre sus potenciales complicaciones, se encuentra la formación de un pseudoquistes abdominal, con una incidencia descrita entre el 0.25% y el 10%. Una inadecuada absorción, bloqueos y/o adherencias intraabdominales son algunas de las complicaciones que pueden provocar una acumulación de líquido cefalorraquídeo (LCR) con la subsecuente formación del pseudoquistes.

Entre los signos de un drenaje ventriculoperitoneal malfunctionante, se encuentran cefalea, náuseas, alteración del nivel de consciencia y otros signos comunes de presión intracraneal elevada.

Su patogénesis permanece aún desconocida, aunque se han propuesto 3 posibles mecanismos: infección crónica, reacción de cuerpo extraño y presencia de partículas como proteínas en el LCR.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 43 años con antecedentes de hidrocefalia obstructiva en la infancia y portadora de 2 válvulas de derivación ventriculoperitoneal. Acude a urgencias por cuadro de distensión abdominal y dolor tipo cólico. Se realiza TAC abdominal (**Figura 1**) evidenciando una gran masa quística de 21x20x12.4cm bien delimitada.

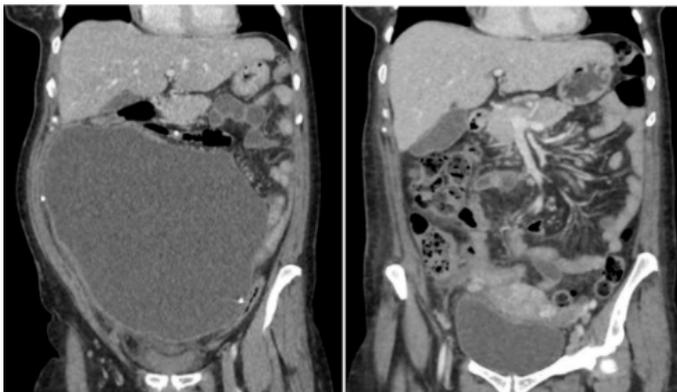


Figura 1

Gran masa quística de aproximadamente 21 x 20 x 12,4 cm bien delimitada, que ocupa prácticamente la totalidad del abdomen.

En primer lugar, es intervenida para retirada de ambos catéteres, uno de ellos no funcionando, encontrándose expuesto a nivel parietooccipital derecho, y el segundo, funcionando, se secciona y aspiran 2000 cc de contenido seropurulento dejando derivación externalizada a nivel infraclavicular. Al segundo día postoperatorio, la paciente persiste con dolor y distensión abdominal, llevándose a cabo punción percutánea ecoguiada en línea media infraumbilical, con salida de 2800 cc de contenido seropurulento y mejoría clínica inmediata. Posteriormente, se realiza laparotomía media con capsulectomía parcial del pseudoquistes.

Por último, se realiza conexión valvular e introducción de catéter distal hasta unión cavo-tricúspidea.

En el estudio citológico se describe un material de fondo seroso rico en polinucleares neutrófilos, negativo para células neoplásicas.

La histopatología del pseudoquistes revela un tejido fibroesclerosante vascularizado con cambios fibroinflamatorios y una de sus superficies ulcerada con ausencia de células mesoteliales o de naturaleza epitelial.

Tras un postoperatorio favorable, recibió el alta hospitalaria

Discusión: El pseudoquistes abdominal aunque infrecuente, es una importante complicación del drenaje ventriculoperitoneal, atribuible en cierta medida a un proceso inflamatorio crónico. Su reconocimiento e intervención precoz parece mejorar los resultados clínicos. El tratamiento depende de la etiología, la presentación, y las manifestaciones clínicas. Entre las técnicas de revisión se incluyen el reposicionamiento distal del catéter, revisión del catéter en el espacio pleural o aurícula derecha, o extracción completa del mismo.

210072. EL DIVERTÍCULO DE MECKEL Y SUS DIFERENTES CARAS: SERIE DE CASOS

B Estébanez Ferrero¹, A Pareja López¹, MM Rico Morales¹, I Gorostiaga Altuna², C Gras Gómez¹, I Teruel Lillo¹, M Vargas Fernández¹, Á Reina Duarte¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²Servicio Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: El Divertículo de Meckel (DM) se origina ante la no obliteración del conducto onfalomesentérico, siendo la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, con una prevalencia estimada del 2% en la población general. La presentación clínica suele estar relacionada con sus complicaciones. El objetivo de esta revisión es mostrar los aspectos epidemiológicos, clínicos, anatomopatológicos y terapéuticos del DM.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de pacientes con Divertículo de Meckel que fueron vistos en nuestro centro entre 2014y 2021. Se considera criterio de exclusión: la ausencia manejo quirúrgico. Los datos recopilados se analizaron mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: La muestra de estudio comprendió 22 pacientes. La mediana de edad al diagnóstico fue de 29 años (0-64), siendo el 77% varones. Se trató de un hallazgo incidental en 5 pacientes intervenidos quirúrgicamente por Poliposis Adenomatosa Familiar, Enterocolitis Necrotizante, Hernia crural encarcerada (Hernia de Littre) Enfermedad de Crohn y Adenocarcinoma de colon complicado. Además, en 2 de los casos, se halló un Tumor Neuroendocrino asociado. En el 13,6% se presentó como un cuadro compatible con perforación intestinal, en el 22,7% como obstrucción, en el 13,6% como hemorragia digestiva baja, y en 13,6% como diverticulitis. En 14 pacientes (63,63%) se llevó a cabo una resección intestinal y en 8 (36,36%) diverticulectomía. El procedimiento tuvo lugar de forma urgente en el 82% de los casos, mediante cirugía abierta en 18 pacientes. Sólo en 6 pacientes se obtuvo un diagnóstico preoperatorio compatible con divertículo de Meckel complicado, mediante técnicas de imagen, siendo de elección el TAC abdominal en adultos y la ecografía en niños, prefiriéndose

la gammagrafía en caso de hemorragia digestiva. Entre los hallazgos histológicos destacó además la presencia de mucosa gástrica heterotópica en 7 de los pacientes, estando presente en todos los casos que cursaron con hemorragia digestiva, y mucosa pancreática en 2 casos.

PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESECCIÓN INTESTINAL	14	63.63
DIVERTICULECTOMÍA	8	36.36
TOTAL	22	100

PRESENTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INCIDENTAL	5	22.7
OBSTRUCCIÓN	8	36,4
HEMORRAGIA DIGESTIVA	3	13.6
PERFORACIÓN	3	13.6
DIVERTICULITIS	3	13.6
TOTAL	22	100

Figura 1

Resultados.

Conclusiones: Las pruebas de imagen pueden mostrar hallazgos sugerentes de DM pero suelen ser inespecíficos. En pacientes sintomáticos la cirugía incluye desde la resección intestinal a la diverticulectomía. La controversia aparece cuando se trata de un hallazgo casual en una exploración abdominal con apariencia normal del DM. En estos

casos, se recomienda considerar el estado clínico del paciente, el riesgo a lo largo de la vida de desarrollar complicaciones y factores anatómicos que se relacionan con el desarrollo de síntomas.

210073. TUMORACIÓN INGUINAL CON HALLAZGO CASUAL DE LEIOMIOMA

B Estébanez Ferrero¹, MJ Rodríguez Perdomo¹, E Cuello Entrena², M Vargas Fernández¹, CM Gras Gómez¹, I Teruel Lillo¹, SM López Saro¹, A Reina Duarte¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²Servicio Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: Los tumores de partes blandas son proliferaciones mesenquimales que nacen en tejidos extraesqueléticos no epiteliales, excepto vísceras, cubiertas encefálicas y sistema linforreticular. Estos tumores mesenquimales son un conjunto heterogéneo de neoplasias benignas y malignas, entre los que se encuentra el leiomioma.

Los tumores del canal inguinal son relativamente raros y pueden simular una hernia inguinal, por lo que su descubrimiento suele ser casual en la intervención quirúrgica.

Caso clínico: Mujer de 49 años sin antecedentes de interés, que acude a consulta refiriendo molestias en región inguinal izquierda, en relación a tumoración palpable.

A la exploración física destaca un nódulo en región inguinal izquierda, móvil y no adherido a planos profundos, que no protruye con maniobras de Valsalva ni en bipedestación.

En la ecografía (**Figura 1**) se describe una imagen nodular sólida en espacio inguinal izquierdo, de ecoestructura no homogénea, que mide 57 mm (CC) x 64 mm (RL) x 19,6 mm (AP) con centro hiperecogénico, compatible con conglomerado adenopático de probable origen neofornativo. En región inguinal derecha se evidencia pequeña hernia crural indirecta.

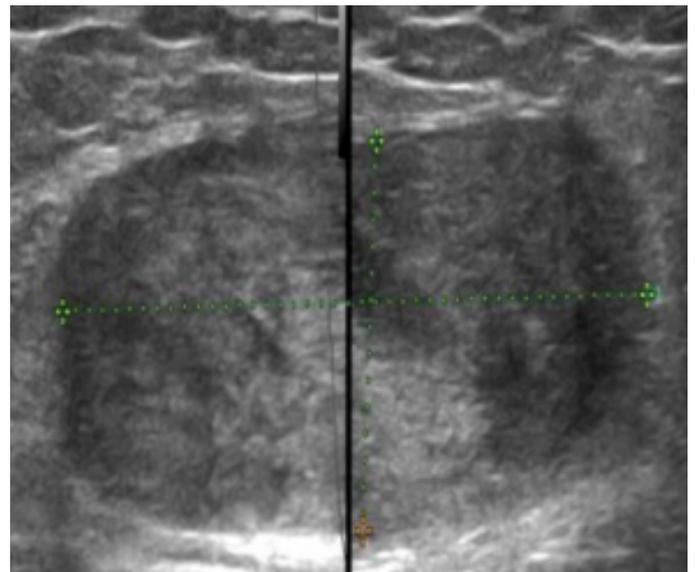


Figura 1

Imagen nodular sólida en espacio inguinal izquierdo, que mide 57 mm (CC) x 64 mm (RL) x 19,6 mm (AP) con centro hiperecogénico, compatible con conglomerado adenopático de probable origen neofornativo.

Ante los hallazgos, se decide intervención quirúrgica, donde se pone de manifiesto una tumoración de aproximadamente 6 cm, de consistencia blanda, que se introduce a través del orificio crural. Se decide resección y colocación de un plug de polipropileno en orificio crural, fijándolo con puntos sueltos de vicryl.

La paciente presentó un postoperatorio favorable, recibiendo el alta hospitalaria al día siguiente.

El estudio histopatológico (**Figura 2**), reveló cambios concordantes con Leiomioma. En las técnicas inmunohistoquímicas, resultó positivo a Actina músculo liso y Desmina y negativo a S100 y antígeno de membrana epitelial (EMA), con un ki67 positivo en el 1% de la celularidad proliferada y CD34 positivo en la vasculatura presente.

Discusión: El diagnóstico diferencial de masas inguinales en mujeres es amplio e incluye hernias inguinales y femorales, adenopatías, tumores de partes blandas (lipomas, leiomiomas y endometriosis), quistes de Bartholino y menos frecuentes lesiones vasculares y abscesos. Se debe realizar principalmente con las hernias

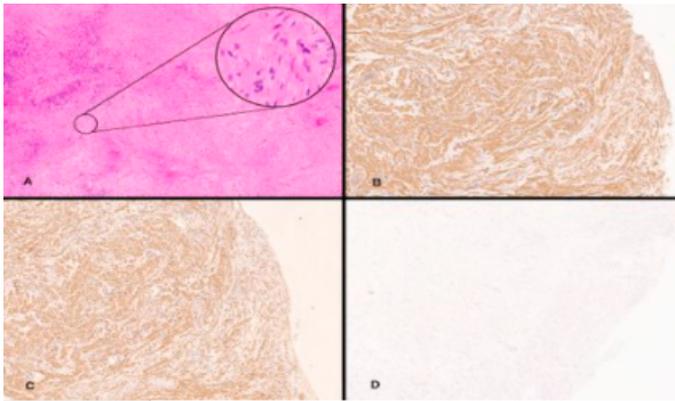


Figura 2
Corte histológico de leiomioma.

inguinales teniendo en cuenta que ambas entidades pueden coexistir en un tercio de los pacientes.

La ecografía es la técnica diagnóstica de elección y se recomienda su realización de forma rutinaria dado que es una técnica sencilla, accesible y de alto rendimiento diagnóstico.

El diagnóstico definitivo se realiza durante la cirugía y se confirma con el examen anatomopatológico donde se pone de manifiesto la existencia de tejido peritoneal.

210074. SANGRADO RETROPERITONEAL COMO COMPLICACIÓN DE ANGIOMIOLIPOMA SUPRARRENAL

F Botello García, J González Cano, JM Aranda Narváez, J Turiño Luque, A Fernández Sánchez, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Los mielolipomas adrenales constituyen una variante poco frecuente de tumores benignos de las glándulas suprarrenales, compuestos por tejido adiposo y elementos hematopoyéticos. Son tumores no funcionantes, generalmente asintomáticos y que no suelen precisar tratamiento. Suponen el segundo hallazgo incidental más frecuente en esta glándula por detrás de los adenomas. Si estos tumores alcanzan gran tamaño (> 5cm), existe duda diagnóstica con un tumor maligno o generan sintomatología, tienen indicación de exéresis quirúrgica. La clínica más frecuente que pueden producir es dolor, sensación de masa abdominal, compresión de órganos vecinos o eventos hemorrágicos.

Caso clínico: Varón de 42 años, sin antecedentes, salvo mielolipoma suprarrenal derecho conocido desde 2014 tras hallazgo casual, sin seguimiento.

Acude a la Urgencia por cuadro de dolor abdominal brusco de 12 horas de evolución y síncope asociado. A su llegada presenta hipotensión (TA 87/54 mmHg) y taquicardia (105 lpm), precisando de sueroterapia y transfusión de un concentrado de hematíes para su estabilización. A la exploración mostraba dolor abdominal e irritación

peritoneal localizado en hemiabdomen derecho. Se le realizó una analítica cuyo único resultado destacable era una hemoglobina de 8,6 g/dl, estando el valor previo comparable en 11,2 g/dl.

Ante estos hallazgos se decidió realizar un angioTC con contraste de abdomen y pelvis que evidenciaba un gran hematoma retroperitoneal de aproximadamente 14,5x9x20,5 cm en espacio suprarrenal y pararrenal derecho, con focos de sangrado activo, que dados los antecedentes del paciente planteaba como primera posibilidad sangrado secundario al angiomiolipoma suprarrenal derecho conocido.

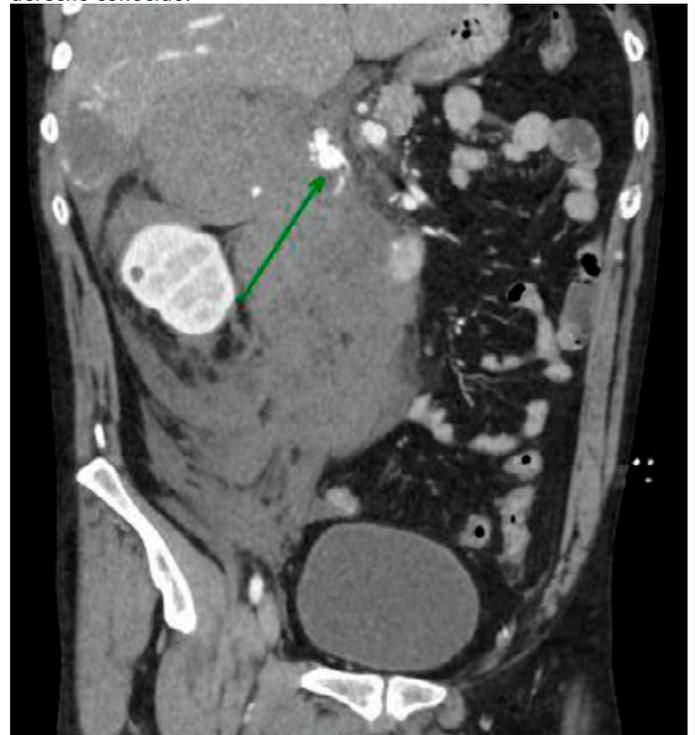


Figura 1
Sangrado activo mielolipoma suprarrenal derecho. Corte coronal.

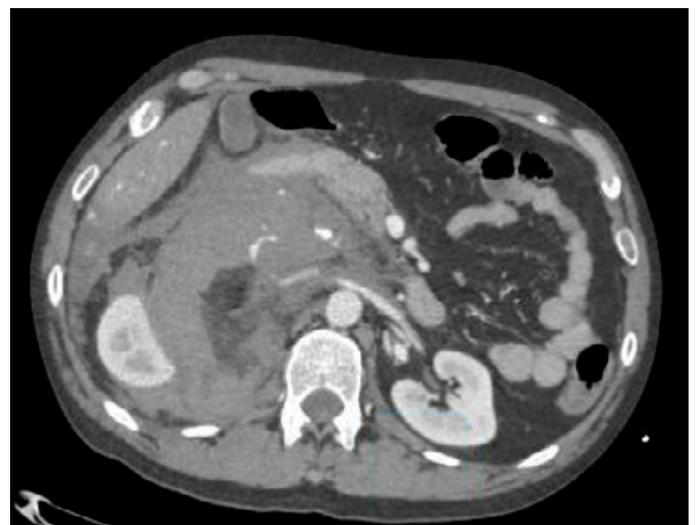


Figura 2
Sangrado mielolipoma suprarrenal derecho. Corte transversal.

Para la resolución del caso se llevó a cabo una embolización selectiva con ónyx del tronco común de la arteria suprarrenal inferior y media, con buen control angiográfico posterior del sangrado.

El paciente ingresó en planta donde permaneció seis días hasta ser dado de alta. Previo a la misma se comprobó una buena evolución clínica, con desaparición del dolor; analítica, con hemoglobina estable precisando de transfusión de cuatro concentrados de hematies; y radiológica, evidenciando disminución del hematoma retroperitoneal y ausencia de sangrado activo en el TC de control.

Discusión: El sangrado es la complicación más severa de los mielolipomas suprarrenales. Ante signos de complicación hemorrágica con hallazgo de sangrado activo en el TC de abdomen, el gold standart actual de tratamiento es la embolización selectiva del vaso sangrante. La exploración quirúrgica urgente y la exéresis de la glándula se reserva para los casos en los que no está disponible la angioembolización, no ha sido exitosa o existe inestabilidad hemodinámica refractaria.



Figura 2

Corte de tomografía axial

210076. TUMOR FIBROSO SOLITARIO RETROPERITONEAL METASTÁSICO

E Fernández Segovia, A Pérez Alonso, MH Mohamed Chiari

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

Introducción: El tumor fibroso solitario (TFS) es un tumor muy poco frecuente, de origen mesenquimal y de etiología incierta. La mayoría de ellos se localizan en pleura y cavidad torácica. Actualmente hay menos de 100 casos de localización retroperitoneal publicados. La mayoría son benignos, asintomáticos y de crecimiento lento.

Caso clínico: Mujer de 57 años con antecedentes de cistectomía radical por neoplasia urotelial hace tres años (cT2N+). En mismo acto se realizó resección de tumoración retroperitoneal hallada intraoperatoriamente, catalogada como Tumor Fibroso Solitario con Ki67 del 25% y más de 4 mitosis por 10 campos de gran aumento (CGA). Tras presentar caso en Comité, se decidió radioterapia adyuvante.



Figura 1

Corte de resonancia magnética hepática.

Tres años después se detectó lesión hepática en segmento IV que experimentó un crecimiento rápido en las tomografías axiales computerizadas (TAC) en un intervalo de 5 meses. Se completó el estudio con resonancia magnética, ecografía doppler y tomografía por emisión de positrones (PET), con resultados compatibles con hemangioma.

Dados los antecedentes se decidió resección quirúrgica.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias y fue dada de alta al cuarto día postquirúrgico.

Discusión: Los TFS retroperitoneales son poco frecuentes. La posibilidad de recurrencia o metastásis es excepcional. Suelen tener un curso indolente, aunque la invasión de estructuras puede ocasionar dolor u otros síntomas locales. En raras ocasiones provocan hipoglucemia, debido a secreción de factores de crecimiento similares a insulina.

Suelen ser un hallazgo en pruebas solicitadas por otro motivo. Radiológicamente son lesiones bien definidas, lobuladas, de consistencia sólida y componente vascular. Por ello deben ser entidades a considerar en el diagnóstico diferencial de lesiones compatibles con hemangiomas.

El diagnóstico definitivo se obtiene mediante estudio histopatológico e inmunohistoquímico. A nivel microscópico están formados por células en huso, poligonales y sin patrón de crecimiento. El estudio inmunohistoquímico es fundamental para un diagnóstico concluyente. Se caracterizan por positividad para CD34, CD 39, Bcl-2 y STAT6.

La cirugía con límites quirúrgicos libres es la mejor opción terapéutica. No está establecido el empleo de adyuvancia. Sin embargo, algunas series sugieren que la radioterapia postoperatoria podría disminuir las tasas de recidiva.

210077. UNA FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN DE COLECISTITIS AGUDA: ABSCESO DE PARED ABDOMINAL

M Ortega Castán, NS Ávila García, T Sanchez Viguera, N Tapia Duran, MS Alvarez Escribano, R de Luna Diaz

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

Introducción: La colecistitis aguda es una de las patologías más frecuentes en Cirugía de Urgencias constituyendo entre 20-30% de las consultas por abdomen agudo en España. Se presenta de forma típica como dolor en hipocondrio derecho asociado a fiebre y vómitos con signo de Murphy positivo en la exploración física, lo que difiere del caso clínico que se presenta a continuación.

Caso clínico: Varón de 59 años fumador, bebedor, con miocardiopatía dilatada alcohólica, fibrilación auricular y EPOC como antecedentes personales de interés. Acude a Urgencias por tumoración en hipocondrio derecho dolorosa y de crecimiento progresivo en las dos últimas semanas, sin alteración del hábito intestinal ni síndrome constitucional asociado. A la exploración física, se aprecia una tumoración fluctuante, dolorosa, tumefacta y eritematosa en la región de hipocondrio derecho-epigastrio sin solución de continuidad cutánea (**Figura 1**). Analíticamente destaca leucocitosis a expensas de neutrófilos, PCR 162 mg/L y perfil hepatobiliar en rango de la normalidad. Se realiza un TC abdomen c/c evidenciándose un absceso en pared abdominal anterior de 8*9*14cm en contacto directo con la vesícula biliar, siendo sugestivo de una colecistitis aguda complicada con absceso de pared abdominal (**Figura 2**) (**Figura 3**) (**Figura 4**).



Figura 1

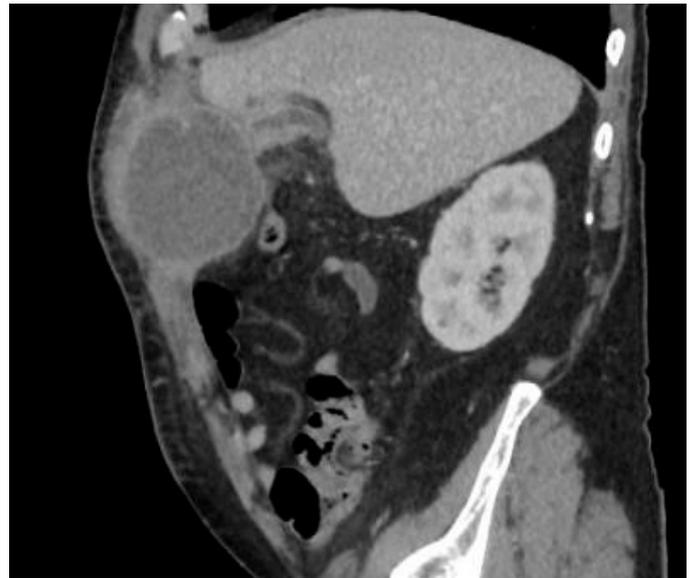


Figura 2



Figura 3

Se realizó drenaje de la colección cutánea con salida de abundante material purulento dejándose un Penrose en cavidad drenada. El paciente permaneció ingresado con antibioterapia intravenosa empírica durante 5 días. Evolución favorablemente, mejorando la celulitis de la pared abdominal y los parámetros infecciosos analíticos. Al alta se solicitó prueba de imagen de control para plantear colecistectomía laparoscópica electiva en un segundo tiempo.

Discusión: Ante un absceso en pared abdominal, sin antecedente de traumatismo, picadura o quiste sebáceo previo, es importante descartar una fistulización cutánea de un proceso infeccioso intraabdominal. Es una forma de presentación clínica poco frecuente por lo que hay que tener alta sospecha, sobre todo en pacientes con patología cerebral degenerativa, ancianos, ausencia de apoyo social o consumidores de tóxicos, en los que clínica ha podido cursar de forma insidiosa y el proceso infeccioso ha avanzado hasta el punto de fistulizar y drenar a nivel cutáneo.



Figura 4



Figura 1

210078. LA IMPORTANCIA DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN LOS LIPOSARCOMAS, A PROPÓSITO DE UN CASO

M Ortega Castan, NS Avila García, R Soler Humanes, EA Buendía Peña, S Mansilla Díaz, LT Ocaña Wilhelmi

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

Introducción: Los liposarcomas constituyen los tumores retroperitoneales más frecuentes (40% del total) con ligero predominio en varones. La prueba de elección para el diagnóstico, la determinación del tamaño, la relación con estructuras vecinas y la estadificación es la tomografía computerizada. En los liposarcomas resecables el tratamiento de elección sigue siendo la cirugía, beneficiándose además algunos pacientes de una terapia neoadyuvante con radioterapia asociada o no a quimioterapia.

Caso clínico: Se expone el caso de un liposarcoma de la cadena iliaca izquierda. Se trata de un varón de 73 años con HTA, DL e hiperplasia benigna de próstata como antecedentes de interés. Inicia el estudio por una trombosis venosa profunda en el miembro inferior izquierdo que compromete las venas iliaca externa y femoral común izquierdas (Figura 1). Para el tratamiento de la trombosis, a parte de la anticoagulación, colocan un filtro de vena cava y en un angioTC de control previo a su retirada evidencian una masa de 6,5x5cm en cadena iliaca izquierda que engloba vasos y uréter distal y contacta con músculo psoas (Figuras 2, 3, 4). La biopsia es compatible con liposarcoma indiferenciado grado 2, Ki67 20%. Se presenta en comité multidisciplinar de sarcomas decidiendo RTQT neoadyuvante, embolización de tronco hipogástrico izquierdo vía endovascular con coils y cirugía R0 por parte del servicio de Cirugía General, Cirugía Vasculosa y Urología. Durante la cirugía se realizó una resección en bloque del liposarcoma, incluyendo sigma, cordón espermático izquierdo y uréter distal izquierdo (unos 8cm), bypass ilio-femoral con PTFE, colostomía terminal y plastia vesical tipo Boari. La anatomía patológica fue concordante con la biopsia.



Figura 2



Figura 3

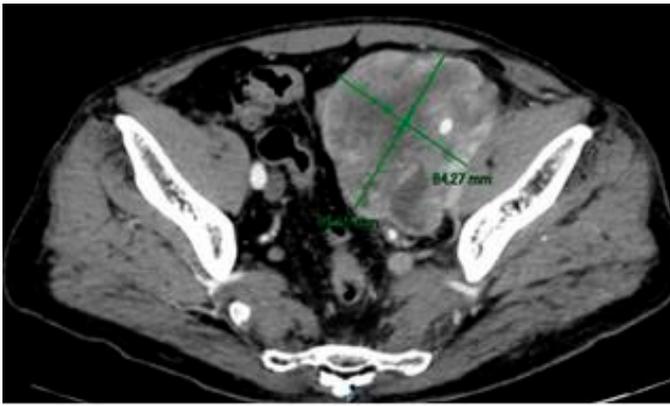


Figura 4

Discusión: Es necesaria una adecuada planificación en la terapia neoadyuvante y en la estrategia quirúrgica por equipos multidisciplinares en centros de referencia ya que es crucial a la hora de conseguir nuestro objetivo: una cirugía R0, con menor riesgo de recidiva local y aumento en la supervivencia del paciente.

210080. EL TUMOR DESMOIDE EN LA MAMA Y SU RELACIÓN CON LAS PRÓTESIS MAMARIAS, A PROPÓSITO DE UN CASO

M Ortega Castan, E Corrales Valero, R Gomez Perez, N Tapia Duran, MS Alvarez Escribano, LT Ocaña Wilhelmi

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

Introducción: El tumor desmoide o fibromatosis es un tumor benigno de crecimiento lento pero localmente agresivo, con alta tasa de recurrencias aunque sin potencial metastásico.

La mayoría son esporádicos y se asocian al sexo femenino, la edad fértil, el antecedente de trauma o cirugía previa y la influencia hormonal.

Se presenta de forma típica como una masa palpable indolora sin afectación cutánea. En las pruebas de imagen no existen señales específicas para diferenciarlo de otros tumores sólidos; por tanto este diagnóstico debe ser confirmado con un análisis histopatológico.

Caso clínico: Mujer de 29 años, fumadora, intervenida de mamoplastia de aumento con prótesis mamarias de silicona hacía 3 años y en tratamiento con anticonceptivos hormonales. Consulta por autopalpación de una masa dura en la región costal izquierda-cuadrante inferoexterno de la mama izquierda. En la ecografía no se observaron lesiones en el parénquima mamario pero sí una lesión sólida en plano muscular. En la RM se evidencia una masa de 5cm mal definida en la pared costal izquierda dependiente del músculo serrato, en contacto con la prótesis mamaria y con el borde costal de la 6ª costilla, con infiltración intercostal (Figuras 1,2,3). La biopsia de aguja gruesa confirma el diagnóstico de tumor desmoide, estadio T1N0Mx.

Tras una actitud inicial conservadora con seguimiento por oncología, el tumor progresa por lo que tras presentarse en comité multidisciplinar se decide cirugía. La cirugía fue llevada a cabo por Cirugía Torácica, requiriendo resección de 4ª-7ª costillas y músculo serrato anterior con reconstrucción de la pared torácica. La anatomía patológica fue compatible con tumor desmoide y los bordes de resección estaban libres.

Discusión: La mamoplastia de aumento con implantes se ha convertido en uno de los procedimientos estéticos más frecuentes. Los casos de fibromatosis asociados a implantes mamarios son raros y la incidencia tras la cirugía de implante mamario según la última revisión en 2018 es más baja que en la población general. Por tanto, aunque la evidencia sugiere que el trauma intraoperatorio aplicado a la pared torácica y la mama puede desempeñar un papel en el desarrollo del tumor desmoide, no puede ser confirmado inequívocamente. Sería necesario realizar un registro mundial preciso de cada caso que se reporte, incluyendo informes del tipo de cirugía previa y detalles del implante para poder realizar futuras investigaciones .

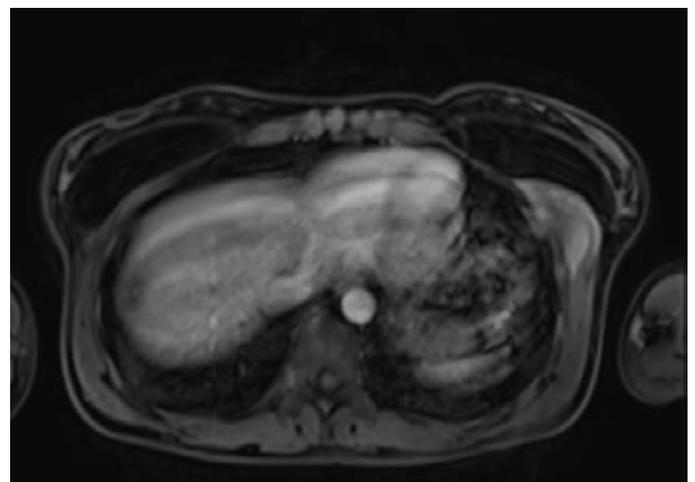


Figura 1

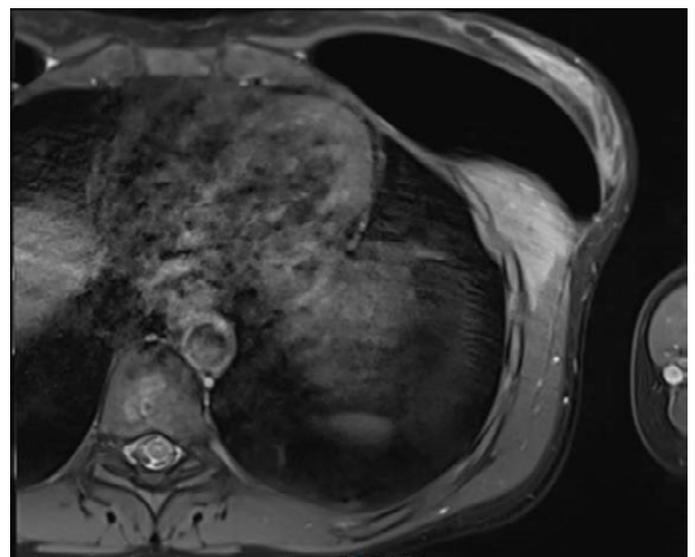


Figura 2

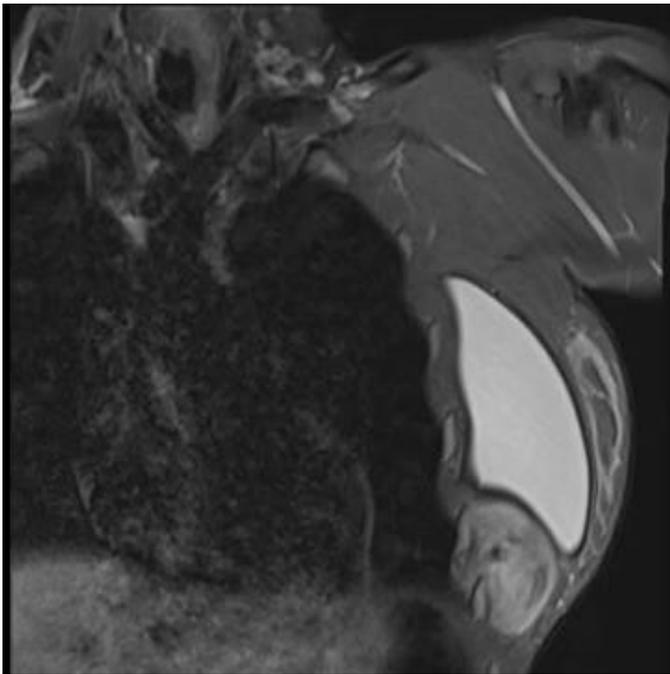


Figura 3

210081. OCLUSIÓN POR ADHERENCIA A NIVEL DEL PIE DE ASA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA DE BYPASS GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

F Botello García, J Sánchez Segura, JA Toval Mata, C Jiménez Mazure, J González Cano, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La cirugía bariátrica constituye uno de los campos de la cirugía con mayor expansión en los últimos años. Se prevé que este crecimiento se mantenga dado el aumento progresivo de la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Es por ello que las complicaciones asociadas a estos procedimientos son cada vez más frecuentes, convirtiéndose en una necesidad para cualquier cirujano el saber reconocerlas precozmente y tratarlas de forma adecuada.

Caso clínico: Varón de 49 años intervenido hace 10 años de obesidad mórbida mediante un bypass gastroyeyunal laparoscópico. Acude a la Urgencia por dolor abdominal, vómitos y estreñimiento de 4 días de evolución. A la exploración, presentaba un abdomen distendido y timpánico, doloroso a la palpación en epigastrio pero sin signos de irritación peritoneal.

En la analítica destacaba una elevación de reactantes de fase aguda (Leucocitosis 13.380 leu/ μ L con desviación izquierda, Proteína C Reactiva 213mg/L). La radiografía simple de abdomen mostraba dilatación de asas de delgado. Dado los hallazgos se realizó una TC de abdomen con contraste intravenoso que informaba de una dilatación de asas de intestino delgado con dos zonas de cambio de calibre en relación a posible oclusión en asa cerrada.

Ante la sospecha de posible vólvulo intestinal o hernia interna se decidió realizar una exploración laparoscópica urgente, apreciando

una adherencia desde la anastomosis del pie de asa a la pared que condicionaba una herniación del asa alimentaria con gran dilatación de la misma. Al liberar la adherencia, se objetivó una placa necrótica en el asa alimentaria en la zona próxima al pie de asa y otra unos 30 cm proximal a la anterior. Debido a la complejidad del campo quirúrgico, se decidió convertir a laparotomía media para realizar una resección del segmento de asa alimentaria con las lesiones descritas, conservando la anastomosis con el asa biliopancreática. La reconstrucción se realizó mediante una anastomosis del asa alimentaria restante al asa común, 20 cm distal a la anastomosis previa.

Buena evolución postoperatoria siendo dado de alta al 14º día de la intervención.



Figura 1

Resección intestinal de asa alimentaria. Se observa anillo de constricción producido por adherencia con placa necrótica en el mismo, próximo al pie de asa.

Discusión: A pesar de que la cirugía laparoscópica ha disminuido la incidencia de bridas o adherencias, sigue representando una de las causas más frecuentes de oclusión intestinal postoperatoria. Su manejo dependerá fundamentalmente de la localización de la misma y de la viabilidad de las asas afectas. La bibliografía al respecto tras una cirugía bariátrica de bypass laparoscópico es escasa, y menos aún en la localización peculiar de este caso, y de ahí su interés.

210082. TUMOR NEUROENDOCRINO EN LA MAMA ¿PRIMARIO O DE ORIGEN METASTÁSICO? DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PROPÓSITO DE UN CASO

E Corrales Valero, R Gómez Pérez, M Ortega Castán, E Buendía Peña, FJ Fernandez García, R Luna Díaz

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

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (TNE) primarios de la mama son extremadamente raros al igual que lo son las metástasis en la mama

Estas últimas suponen un 0,4-1,3% de todas las neoplasias localizadas en la mama, aunque sin embargo pueden ser hasta en un 50% de los casos la primera manifestación del tumor primario de otro origen. Por este motivo, y fundamentalmente en casos de tumores mamarios raros como es el TNE primario de mama, el principal diagnóstico diferencial hay que realizarlo con un tumor neuroendocrino metastásico de localización extramamaria.

Caso clínico: Paciente de 76 años fumadora que acude por clínica de nódulo palpable en mama izquierda. En la mamografía se aprecia en CII de la mama izquierda un nódulo de 3.9cm.

Se realiza BAG tanto de la lesión como de una adenopatía sospechosa axilar con resultado anatomopatológico de Carcinoma invasor de tipo neuroendocrino pobremente diferenciado (célula pequeña. expresión para cd56, y cromogranina), Grado histológico: III, con receptores de estrógeno y progesterona negativos, ki67 99% y her2 negativo.

Al ser incluida en Lista de espera quirúrgica para cirugía conservadora de la mama se realiza Rx de tórax preoperatoria detectando condensación con sensación de masa de LSD asociando pérdida de volumen y borramiento de línea paratraqueal derecha. Ante estos hallazgos se replantea origen de la lesión y se revisa anatomía patológica con técnicas inmunohistoquímicas para TTF1. Se observa positividad nuclear débil o moderada en el 40% de las células neoplásicas apoyando esto el origen pulmonar de la lesión. En TAC de tórax se aprecia Masa periférica de 93mm en LSD, con signos de infiltración de la pared torácica y mediastino, adenopatías mediastínicas, paratraqueal, hiliares derechas y aortopulmonares. Además el estudio de extensión evidencia metástasis cerebrales y masa adrenal izquierda compatible con metástasis. Se completa estudio con punción transtorácica ecoguiada confirmando esta el diagnóstico anatomopatológico de carcinoma microcítico. En este momento la paciente, tras rechazar tratamiento, se encuentra en seguimiento por unidad de paliativos.

Discusión: El diagnóstico diferencial de un TNE primario con uno de origen extramamario se demostrarán tinciones negativas para TTF-1, CDX2, PAX8/PAX6 excluyendo así el origen pulmonar, gastrointestinal y gastropancreático/gastroduodenal. También sería diagnóstico la presencia de carcinoma ductal in situ o tinción inmunohistoquímica positiva para CK7.

Por tanto, ante una biopsia mamaria de una lesión sospechosa de malignidad cuyo resultado anatomopatológico es compatible con un TNE habrá que descartar que se trate de una lesión metastásica en la glándula mamaria, evitando así realizar una cirugía innecesaria.

210083. NÓDULO UMBILICAL COMO DEBUT DE NEOPLASIA DE OVARIO CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL: "NÓDULO DE LA HERMANA M^a JOSÉ"

M Arteaga Ledesma, E Fernández Segovia, C Acosta Gallardo, MH Mohamed Chairi

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

Introducción: El nódulo de la hermana María José (NHMJ) es una metástasis umbilical asociada a cualquier tumor primario, siendo éste con mayor frecuencia de origen intraabdominal, generalmente ovárico, gástrico, pancreático o colorrectal.

Puede ser el primer signo de una neoplasia aún no diagnosticada, o aparecer como recidiva o progresión de un tumor ya conocido.

Se presenta el caso de una paciente con lesión metastásica umbilical como único síntoma debut de una neoplasia primaria de ovario.

Caso clínico: Paciente mujer de 68 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial e intervenida de ligadura de trompas, que acudió a Urgencias por masa umbilical de escasas semanas de evolución que había adquirido coloración violácea en los últimos días. A la exploración, abdomen molesto a la palpación en hipogastrio y lesión violácea umbilical de consistencia dura, no reductible y sin modificación tras la maniobra de Vasalva. Se solicitó ecografía de abdomen ambulatoria, que se amplió con tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen. Los hallazgos fueron: nódulos múltiples compatibles con carcinomatosis peritoneal de origen ovárico o sigmoideo como primera posibilidad. Se completó estudio con resonancia magnética nuclear (RMN) que concluyó como proceso neofornativo que afectaba a sigma, recto superior, útero, parametrios y ambos ovarios con probable origen intestinal (sigma), y nódulos intraperitoneales probablemente tumorales.

Se solicitaron marcadores tumorales que mostraron elevación de CA 125 (290 U/ml) como único hallazgo significativo, y endoscopia digestiva baja la cual descartó patología colorrectal endoluminal.

Se presentó el caso clínico en comité multidisciplinar, decidiéndose biopsiar masa umbilical para confirmar origen neoplásico.

El resultado anatomopatológico informó de cáncer seroso papilar de ovario estadio IV.

Actualmente, paciente con tratamiento quimioterápico (Paclitaxel-Carboplatino) y seguimiento por parte de Oncología.

Discusión: Las metástasis cutáneas representan el 10% de todas las metástasis. El nódulo de la hermana María José es una lesión metastásica cutánea umbilical asociada a tumor intraabdominal.

Clínicamente es una masa umbilical firme con coloración eritematosa, marrón o azulada, a veces pruriginosa, no dolorosa a la palpación.

Su frecuencia no está bien definida. Se presenta en aproximadamente 1-3% de las neoplasias intraabdominales malignas,

principalmente las del tracto gastrointestinal, siendo el origen más frecuente el cáncer gástrico, seguido del cáncer colorrectal.

No obstante, y a pesar de su baja frecuencia, no podemos olvidar que en ocasiones puede ser el único signo de una neoplasia, así como el de una posible recurrencia; y, por tanto, clave para un diagnóstico y tratamiento precoz de la patología de origen.

210084. VÓLVULO GÁSTRICO A TRAVÉS DE FUNDUPLICATURA DE NISSEN EN PACIENTE CON INFECCIÓN SARS-CORONAVIRUS-2: ¿CUÁL ES EL ABORDAJE Y LA ESTRATEGIA QUIRÚRGICA DE ELECCIÓN?

M Arteaga Ledesma, J Triguero Cabrera, M Mogollón González, E Fernández Segovia, MJ Álvarez Martín, JM Villar del Moral

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

Introducción: El vólvulo gástrico (VG) puede clasificarse de acuerdo a su etiología en primario o secundario. La gran mayoría de los casos son secundarios a hernias de hiato paraesofágicas, aunque en raras ocasiones pueden presentarse como complicación tras una funduplicatura de Nissen (FN).

Presentamos el caso de un paciente con cuadro de obstrucción gástrica secundaria a VG a través de funduplicatura de Nissen laparoscópica realizada previamente.

Caso clínico: Varón de 51 años, intervenido de cardioplastia y FN con sección de vasos cortos doce meses antes. Acudió al servicio de Urgencias por vómitos, intolerancia oral completa y distensión abdominal súbita tras última comida. A la exploración, presentaba abdomen distendido y doloroso en epigastrio y mesogastrio. Analíticamente destacaba aumento de reactantes de fase aguda y PCR SARS-coronavirus-2 (2019) en exudado nasofaríngeo positiva. Se solicitó tomografía axial computarizada (TAC) urgente con hallazgos de dilatación gástrica masiva con probables signos de sufrimiento, ocasionada por estenosis-oclusión antropilórica completa probablemente secundaria a brida.

Se intervino de forma urgente, mediante abordaje laparoscópico y bajo las medidas adecuadas frente a la infección por coronavirus. Se evidenció herniación y volvulación gástrica total a través de funduplicatura previa que estaba deslizada hasta la zona antropilórica, con material de sutura íntimamente adherido, y realizada con el cuerpo gástrico. Se realizó liberación de la adherencia, desmontaje de funduplicatura y devolvulación del estómago con recuperación de adecuada coloración. Se procedió a confeccionar una nueva FN asegurando realizarla en fundus, con fijación de la misma al esófago (Nissen-Rossetti).

El paciente presentó buena evolución postoperatoria siendo dado de alta al segundo día postoperatorio.

Actualmente, seis meses tras la intervención quirúrgica, el paciente permanece asintomático y con buena tolerancia oral. El tránsito de control fue normal.

Discusión: El VG es una complicación rara y grave tras una FN y debe tenerse un alto grado de sospecha en aquellos pacientes con síntomas de obstrucción gástrica dentro del primer año después de la cirugía.

Los mecanismos descritos que lo originan se relacionan con adherencias postquirúrgicas, material de sutura (poliéster), mallas (polipropileno), sección de vasos cortos, entre otros.

Su manejo, siempre quirúrgico, debe ser precoz por riesgo de isquemia y necrosis, considerándose el abordaje laparoscópico de elección.

Si bien, dada la complejidad y morbilidad asociadas a dichas reintervenciones, resulta necesario la derivación de estos pacientes a centros de referencia dotados de un equipo quirúrgico con experiencia.

210085. FACTORES PREDICTORES DE RECURRENCIA TRAS CIRUGÍA ANTIRREFLUJO LAPAROSCÓPICA: ¿ES LA CIRUGÍA "REDO" LA MEJOR OPCIÓN?

M Arteaga Ledesma, J Triguero Cabrera, M Mogollón González, B Espadas Padial, MJ Álvarez Martín

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

Introducción: El objetivo de este estudio fue identificar factores predictores de recurrencia de la hernia hiatal (HH) y el reflujo gastroesofágico (RGE) en pacientes sometidos a cirugía laparoscópica antirreflujo (CARL).

Material y métodos: Estudio observacional, unicéntrico, sobre una cohorte de pacientes sometidos a CARL entre Enero 2014-Diciembre 2019.

Definimos como "Recidiva clínica (RC)" la presencia de HH sintomática que ha precisado toma de IBP o cirugía de revisión.

Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes, las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. Se utilizó el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo $p < 0.05$.

Resultados: 223 pacientes fueron incluidos en el estudio, de los cuales 62 (27,8%) presentaron RC.

Las diferencias en cuanto las variables analizadas se muestran en la siguiente tabla (tabla 1):

26 de los casos con RC presentaron imagen radiológica compatible en el tránsito ($p < 0,001$).

21 pacientes (33,3%) precisaron reintervención quirúrgica, consiguiendo en un 71,4% (15 casos) resolución de la sintomatología ($p = 0,091$).

	RC+ n=62	RC- n=20	P
FACTORES PREOPERATORIOS			
Edad	58 (50-66)	56 (46-66)	0,523
IMC	28 (25-30)	27 (25-31)	0,492
Síntomas			0,386
-Asintomática	0	7(4,3)	
-Típicos	41(66,4)	105(65,2)	
-Atípicos	14(22,6)	35(21,7)	
-Mixtos	7(11,3)	14(8,7)	
Disfagia preoperatoria	11(17,7)	23(14,3)	0,326
EDA saco herniario			0,207
-Inexistente	19(32,2)	44(27,5)	
-Pequeño	13(22)	44(27,5)	
-Mediano	7(11,9)	18(11,2)	
-Grande	13(22)	20(12,5)	
Esofagitis	17(29,8)	42(30,7)	0,526
Barret	3(5,3)	9(6,6)	0,505
Anillo-Schatzki	4(6,5)	6(3,7)	0,290
Tipo hernia Tránsito:			0,568
-Axial	31(57,4)	86(69,4)	
-Mixta-mediana	9(16,7)	13(10,5)	
-Mixta-grande	10(18,5)	18(14,3)	
-Paraesofágica	3(5,6)	4(3,2)	
Manometría:			
-Patológica	34(65,4)	65(46,1)	0,013
-Motilidad Ineficaz	25(48,1)	52(36,2)	0,081
-EEI hipertónico	4(7,7)	4(2,8)	0,079
-EES hipertónico	3(5,8)	2(1,4)	0,079
pHmetría patológica	26(89,7)	71(92,2)	0,468
FACTORES QUIRÚRGICOS			0,004
Tamaño Herniario:			
-Pequeño(<2cm)	20(33,3)	95(60,5)	
-Mediano(2-5cm)	15(25)	19(12,1)	
-Grande(5-10cm)	9(15)	15(9,6)	
-Gigante(>10cm)	16(26,7)	28(17,8)	
Esófago corto	3(8,1)	0	0,051
No Sección vasos cortos	12(20,4)	17(10,9)	0,066
Distagia prolongada	11(17,7)	9(5,6)	0,006
FACTORES POSTOPERATORIOS			<0,001
Recidiva radiológica	26(43,3)	12(9,6)	

Figura 1

Conclusiones: En nuestra serie, una manometría preoperatoria patológica y un mayor tamaño herniario predicen la RC. Asimismo, el hallazgo de esófago corto y la no sección de vasos cortos parecen relacionarse con esta complicación. En el postoperatorio, la disfagia persistente mostró relación estadísticamente significativa con la RC.

La cirugía de revisión, aunque tuvo un porcentaje de éxito elevado, no demostró una clara eficacia en cuanto a la resolución de síntomas. Dado que se trata de una cirugía con alta complejidad técnica y con mayor morbilidad, su indicación debe reservarse para casos graves y solo tras un estudio exhaustivo del paciente.

210086. ABSCESO DE PARED ABDOMINAL COMO COMPLICACION TARDIA DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

A Ortega Martínez, M Ortega Castán, MS Alvarez Escribano, LT Ocaña Wilhelmi, R de Luna Diaz

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

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección de la colelitiasis sintomática. El abordaje laparoscópico presenta múltiples ventajas frente al abordaje laparotómico convencional. Sin embargo, es frecuente la perforación accidental de la vesícula biliar con salida de bilis y cálculos durante la laparoscopia.

La tasa de complicaciones es menor en laparoscopia, aunque la lesión de la vía biliar y la infección intraabdominal por cálculos abandonados en la cavidad peritoneal son más frecuentes en esta vía de abordaje.

Caso clínico: Paciente de 80 años, intervenida de colecistectomía laparoscópica urgente por colecistitis aguda litiásica. Durante la disección de la vesícula se produce apertura accidental de la misma.

Se produce salida de bilis y algunas litiasis a cavidad abdominal. Se realiza lavado y se recuperan los cálculos. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta al 5º día postoperatorio.

Un año después de la cirugía la paciente acude a urgencias por dolor abdominal a nivel de hipocondrio derecho y supraumbilical. A la exploración presenta tumoración de partes blandas en ambas localizaciones, con signos inflamatorios, eritematosa y muy dolorosa a la palpación.

Se realiza TC de abdomen observando tres colecciones hipodensas, la mayor de 7cm, coincidiendo con los puertos de laparoscopia.

Se realiza drenaje de las colecciones bajo anestesia local con salida de material purulento y material litiásico a través de las incisiones realizadas. Se toma muestra para cultivo y se analiza el material obtenido confirmando que se trata de litiasis biliares. La paciente continúa con curas de las heridas y con antibioterapia dirigida hasta resolución del cuadro.



Figura 1

Absceso subcostal derecho.

Discusión: La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento frecuente y seguro para el manejo de la colelitiasis y sus complicaciones. Existen complicaciones como la formación de abscesos con o sin fistulización a la pared abdominal, adherencias, obstrucción o perforación intestinal, tras la apertura accidental de la vesícula y el abandono de cálculos en cavidad abdominal. Estas complicaciones suelen presentarse tras un largo período de latencia y más frecuentemente en presencia de bilis infectada, múltiples cálculos (>15) o un tamaño superior a 1.5 cm.

El mejor tratamiento es la prevención, evitando el abandono de los cálculos en la cavidad abdominal.

210087. ENFERMEDAD DE CAROLI: A PROPÓSITO DE UN CASO.

A Ortega Martínez, MÁ Suarez Muñoz, LC Hinojosa Arco, JF Roldan de la Rúa

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

Introducción: Es una enfermedad hepática congénita poco frecuente caracterizada por dilataciones quísticas de los conductos biliares intrahepáticos y, ocasionalmente, extrahepáticos. Puede presentarse a cualquier edad, existiendo un leve predominio en mujeres. Algunos pacientes permanecen asintomáticos, mientras que otros desarrollan cálculos intra- o extrahepáticos que ocasionan colangitis recurrente y pancreatitis aguda. Puede degenerar a colangiocarcinoma.

El principal procedimiento diagnóstico es la colangiografía por resonancia magnética (CRM) mostrando un aspecto característico de los conductos biliares anómalos.

El tratamiento depende de la presentación clínica, localización y estadio de la enfermedad. Cuando presentan obstrucción biliar, formación de abscesos y cálculos en el hígado o vías biliares pueden requerir una intervención radiológica, endoscópica y quirúrgica.

Caso clínico: Mujer de 38 años, intervenida hace 10 años de colecistectomía laparoscópica por cólicos biliares de repetición. Tras esto presenta cuadros de colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis resueltas mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y esfinterotomía.

En TC de abdomen y CRM se observa dilatación de la vía biliar intrahepática, más evidente en el lado izquierdo, con áreas de colangitis en segmento II y III, así como dilatación del colédoco en su tercio proximal (Todani IVa)

Ante los hallazgos clínicos y radiológicos se decide intervención quirúrgica.

Se realiza laparotomía subcostal bilateral. En lóbulo hepático izquierdo se aprecian conductos biliares dilatados que han sufrido procesos de colangitis. Además se observa dilatación de conducto hepático común y colédoco hasta borde superior de páncreas.

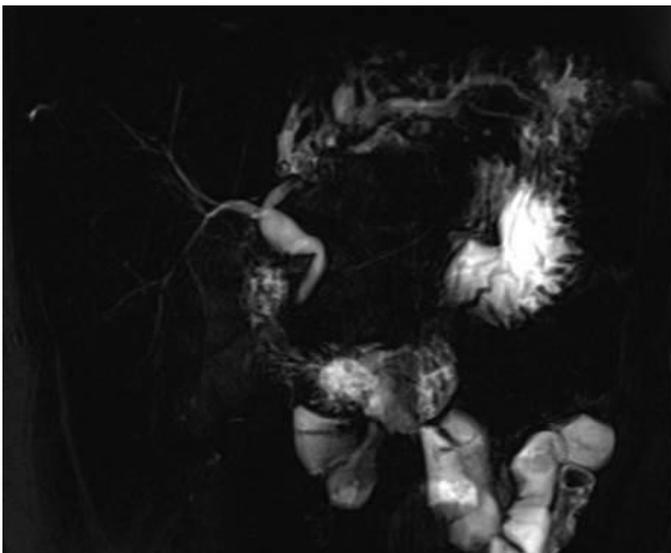


Figura 1

Dilatación de vía biliar intra y extrahepática en CRM.



Figura 2

Pieza quirúrgica.

Se realiza hepatectomía izquierda y resección de la vía biliar principal. Anastomosis colangio- (conducto hepático derecho)-yeyunal en Y de Roux.

La anatomía patológica confirma el diagnóstico de enfermedad de Caroli.

Discusión: El tratamiento consiste en prevenir la aparición de colangitis o tratar eficazmente los casos que ya hayan presentado esta complicación. Además, evitar los ataques de dolor biliar y/o pancreatitis derivados del paso de cálculos al colédoco y la subsiguiente obstrucción de la vía biliar principal o pancreática.

La curación definitiva sólo es posible mediante lobectomía, en pacientes con enfermedad limitada a un lóbulo hepático. En los casos de enfermedad difusa el tratamiento de elección es el trasplante hepático que normalmente evita la progresión a colangiocarcinoma a largo plazo.

210088. CISTOADENOMA BILIAR SEROSO: UNA LESIÓN QUÍSTICA HEPÁTICA INFRECUENTE

A Ortega Martínez, LC Hinojosa Arco, JF Roldan de la Rúa, MA Suarez Muñoz

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

Introducción: Los cistoadenomas hepatobiliares son tumores quísticos infrecuentes. Son lesiones potencialmente malignas. Su diagnóstico preoperatorio es difícil ya que pueden confundirse con otras lesiones quísticas más comunes.

Caso clínico: Mujer de 52 años, que consulta por cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho de cuatro meses de evolución que ha empeorado progresivamente. A la exploración presenta masa palpable a dicho nivel. En pruebas de imagen se aprecia masa de 13.5cm, de predominio quístico con septos gruesos en su interior

y polos sólidos internos. Se realiza diagnóstico diferencial con hidatidosis hepática. La serología fue negativa para Echinococcus.

Ante los hallazgos clínicos y radiológicos se decide laparoscopia exploradora. En la cirugía se evidencian quistes en segmentos V y VI, con pared delgada y contenido seroso. En su interior presentan neoformaciones polipoideas. Se realiza ecografía intraoperatoria donde se detectan otras lesiones quísticas en segmentos VII y VIII ya conocidas.

Se realiza destechamiento parcial del quiste hepático del segmento VI y se obtienen biopsias tanto de la pared de la lesión como de las formaciones intraquísticas. No se continúa con el destechamiento a la espera de resultados de anatomía patológica.

La anatomía patológica confirma que se trata de un cistoadenoma biliar seroso. Dado el potencial maligno de estas lesiones, se plantea la realización de hepatectomía derecha para extirpación completa de todos los quistes.

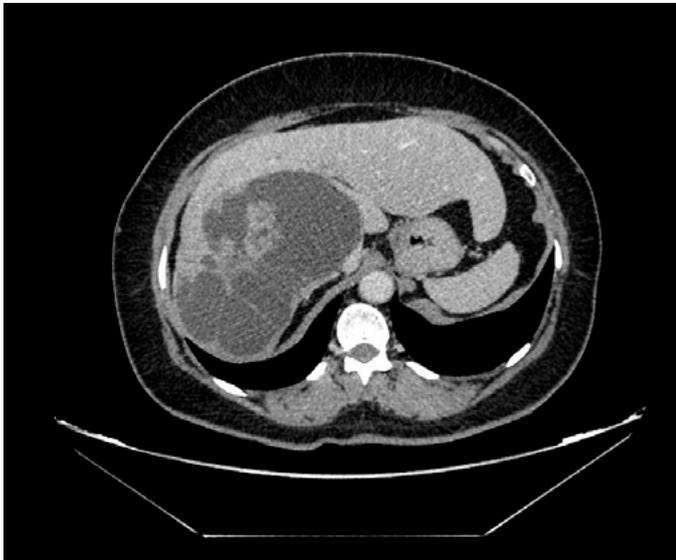


Figura 1

Cistoadenoma biliar en Tomografía computarizada.

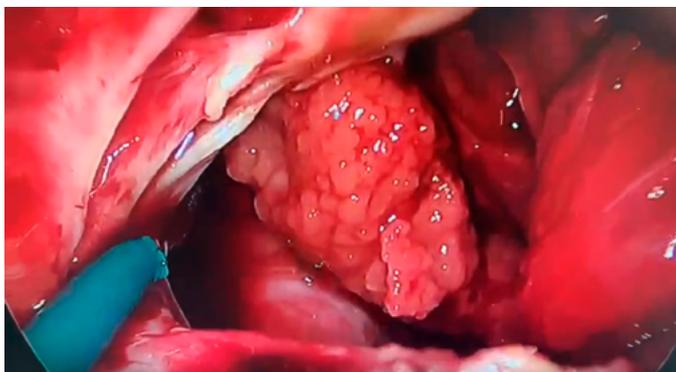


Figura 2

Formación polipoidea intraquística.

Discusión: Entre las lesiones quísticas hepáticas, los cistoadenomas hepatobiliares constituyen tan sólo el 5% de ellas. Ocurren con mayor frecuencia en mujeres de mediana edad. Suelen asentar en el parénquima hepático, aunque también es posible encontrarlos en el sistema biliar extrahepático.

Suelen iniciarse clínicamente como una masa palpable, acompañada o no de dolor abdominal. Aquellos de mayor tamaño pueden presentar síntomas secundarios a la compresión de la vía biliar, como ictericia o colangitis.

El potencial maligno del cistoadenoma hace que el tratamiento recomendado de éste sea la resección completa del tumor. Presentan una elevada tasa de recidiva cuando se emplean tratamientos menos radicales. En tumores de gran tamaño no se recomienda realizar resecciones hepáticas no anatómicas, ya que con frecuencia se encuentran desplazadas las estructuras vasculares y biliares vitales adyacentes a la pared del quiste.

210089. QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO ACTIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO

A Ortega Martinez, JF Roldan de la Rúa , LC Hinojosa Arco, MA Suarez Muñoz

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

Introducción: La hidatidosis es una zoonosis de distribución endémica causada por el Echinococcus. El contagio se produce por contacto con animales parasitados o por la ingesta de alimentos contaminados. Afecta principalmente a varones menores de 40 años. La localización más frecuente es el hígado (70%) y el pulmón (20%).

Lo más frecuente es que sean asintomáticos y que su diagnóstico sea incidental.

Pueden manifestarse en forma de dolor, masa palpable, ictericia y fiebre. Las complicaciones pueden ser la infección o la rotura del quiste.

El diagnóstico de la hidatidosis se basa en los antecedentes epidemiológicos, el examen físico, las pruebas de imagen y la serología.

En el caso de los pacientes sintomáticos o con quistes hidatídicos complicados, el tratamiento de elección es la cirugía, ya sea convencional o laparoscópica según el caso en particular y la experiencia del equipo quirúrgico.

Caso clínico: Varón de 33 años, de origen marroquí, que consulta por molestias abdominales inespecíficas y elevación de transaminasas. Presenta masa palpable en hipocondrio derecho. En ecografía y TC de abdomen se aprecia masa sólida con múltiples quistes periféricos, de 20 cm.

Ante los hallazgos clínicos y radiológicos se decide intervención quirúrgica.

El quiste ocupa la totalidad del lóbulo hepático derecho y presenta múltiples conexiones con el árbol biliar. Se realiza quistoperiquistectomía total mediante laparotomía subcostal derecha ampliada. Durante la intervención se decide drenaje de quiste para prevenir rotura espontánea del mismo. Previamente se protege el campo quirúrgico con compresas impregnadas en povidona yodada que presenta actividad escolicida.

En el postoperatorio el paciente presenta clínica de ictericia obstructiva secundaria a lesión iatrogénica del conducto hepático izquierdo requiriendo reintervención quirúrgica. Tras esto evoluciona favorablemente. Es dado de alta a los 13 días.



Figura 1
Corte axial de TC de abdomen.



Figura 2
Imagen coronal tc de abdomen.

Discusión: La hidatidosis hepática presenta morbilidad propia, asociada a las complicaciones evolutivas de la enfermedad y secundaria a los procedimientos terapéuticos. El tratamiento



Figura 3
Quiste hidatídico activo en ecografía de abdomen.

quirúrgico de elección tiene como objetivo eliminar por completo del parásito y prevenir la recurrencia de la enfermedad. Se prefiere resección completa del quiste y el tejido periquistico. La prevención de apertura involuntaria del quiste es importante para evitar la diseminación; el uso de sustancias escolicidas es útil.

210090. TÉCNICA TAR (TRANSVERSUS ABDOMINIS RELEASE): NUESTRA EXPERIENCIA

Y Lara Fernández, A Curado Soriano, Al Aguilar Márquez, E Navarrete de Carcer, F Oliva Mompeán

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

Introducción: Las hernias incisionales magnas de la pared abdominal suponen un desafío para el cirujano. Exponemos nuestra experiencia en la separación posterior de componentes con liberación del músculo transverso en estos defectos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de defectos transversos mayores de 10 cm (W3) desde junio 2016 hasta junio de 2020 (n=51). La técnica se ha realizado mediante la apertura y liberación de las adherencias al saco herniario, disección del espacio retromuscular posterior tallando el plano de Rossen. En todos los casos se han asociado dos mallas, una biosintética biodegradable como malla de interposición (BioA) y otra de polipropileno de baja densidad. Se colocaron dos drenajes aspirativos a nivel retromuscular y en subcutáneo.

Resultados: 51 pacientes, con 61 años de edad media, siendo 32 (62,74%) hombres y 19 (37,25%) mujeres. El IMC promedio es de 32,51 Kg/m². La estancia postoperatoria de 10,02 días. En cuanto a complicaciones mayores se reintervinieron 4 (7,84%), dos para desbridamiento de herida quirúrgica, uno por perforación inadvertida de intestino delgado y otro por perforación de ciego. En cuanto a complicaciones del sitio quirúrgico se registraron en 19 pacientes del total, 8 presentaron infección de herida (15,68%), 9 presentaron seroma (17,64%), uno presento necrosis de los bordes de la herida (1,96%) y otro un sinus de herida (1,96%). Tuvimos tres reingresos (5,88%) por colecciones intraabdominales y retención aguda de orina.

Tenemos 5 (9,80%) pacientes con dolor crónico. No hay recidivas con un seguimiento medio de 12 meses.

Conclusiones: La técnica TAR es útil y eficaz para el tratamiento de grandes hernias incisionales consiguiendo restablecer la dinámica abdominal, con bajas tasas de recidiva. Pensamos que es necesario tener una amplia experiencia en el tratamiento de las complicaciones y secuelas de la cirugía herniaria, sobre todo en situaciones de campos contaminados, grandes desbridamientos por necrosis y uso de terapias de vacío, porque solo así podremos dar una solución adecuada a los problemas que puedan aparecer.

210091. MANEJO TERAPÉUTICO DE LA HERNIA INGUINAL CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO: NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO. REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M Arteaga Ledesma, MC Montes Osuna, C Acosta Gallardo, M Domínguez Bastante, JL Díez Vigil, A Mansilla Roselló

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

Introducción: El neumoperitoneo progresivo preoperatorio (NPP) ha demostrado aportar beneficios en el tratamiento quirúrgico de los grandes defectos de la pared abdominal, sin embargo, su uso no está muy extendido en casos de hernia inguinocrural gigante.

Presentamos el caso de dos pacientes en los que se empleó NPP (administración entre 1-3 semanas antes de la cirugía) previo a hernioplastia inguinal.

Caso clínico: Caso 1:

Paciente de 77 años con antecedentes personales de diabetes mellitus, bronquitis crónica y fumador, que acudió a consultas externas por tumoración inguinal derecha gigante de años de evolución. A la exploración, hernia inguinoescrotal derecha de gran tamaño con pérdida de derecho a domicilio. Se solicitó tomografía axial computarizada (TAC) con hallazgos de voluminosa hernia inguinal directa derecha, hidronefrosis grado III derecha y engrosamiento de la pared anterolateral derecha de la vejiga que se encuentra parcialmente incluida en el saco herniario (volumen de saco herniario 2500cc). Se realizó de forma programada, previa administración de neumoperitoneo progresivo (7100cc en total), hernioplastia inguinoescrotal derecha. Buena evolución postoperatoria.

Actualmente, tras 18 meses desde la intervención quirúrgica, no presenta recidiva herniaria.

Caso 2:

Paciente de 78 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, fibrilación auricular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tromboembolismo pulmonar y laringectomizado por carcinoma de seno piriforme; que acudió a consultas externas por tumoración inguinoescrotal de tres años de evolución. A la exploración, presentaba hernia inguinal bilateral de gran tamaño con pérdida de derecho a domicilio. Se solicitó TAC que informó de gran hernia inguinoescrotal derecha con contenido de

grasa epiploica, asas de intestino delgado y colon derecho (volumen de saco herniario 2700cc) y pequeña hernia inguinoescrotal izquierda. Se administró neumoperitoneo progresivo (8200cc en total), y se intervino de forma programada realizándose hernioplastia inguinal bilateral. Postoperatorio satisfactorio.

Actualmente, tras 11 meses desde la intervención quirúrgica, paciente sin recidiva herniaria.

Discusión: A pesar de que la administración de NPP no está extendida en las hernias inguinoescrotales de gran tamaño, consideramos que sus beneficios demostrados en grandes eventraciones son extrapolables a estos casos, siendo un procedimiento útil, eficaz, con baja tasa de complicaciones y alta tolerabilidad por el paciente.

Es especialmente relevante en pacientes que presentan comorbilidad cardiorrespiratoria (como ocurre en nuestros pacientes), ya que permite la readaptación progresiva de la función diafragmática, aumenta la capacidad abdominal favoreciendo la reducción del contenido herniado y facilita el retorno venoso, entre otras ventajas.

210092. SANGRADO INTRATIROIDEO COMO COMPLICACIÓN TRAS PUNCIÓN CON AGUJA FINA PARA EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA TIROIDEA

I Lorence Tomé, Y Lara Fernández, C Sacristán Pérez, M Díaz Rodríguez, F Oliva Mompeán, C Marín Velarde

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La punción con aguja fina (PAAF) es muy útil en el diagnóstico de nódulos tiroideo, con escasas complicaciones. Los hematomas masivos son eventos raros post-punción, y pueden generar un desenlace fatal por compresión de la vía aérea. Habitualmente se debe a que nódulos hipervascularizados presentan shunts arteriovenosos que facilitan el sangrado.

Es muy complejo determinar la necesidad de tiroidectomía urgente a consecuencia de una hemorragia intratiroidea, ya que en muchos casos puede controlarse con compresión si la vía aérea no tiene un compromiso serio.

Presentamos el caso de una paciente con sangrado intratiroideo post-PAAF con compromiso de vía aérea.

Caso clínico: Mujer de 51 años en estudio por bocio multinodular e hiperparatiroidismo primario, a la que se le realiza PAAF durante el estudio de un nódulo tiroideo. Consulta a las 48h de la punción por dolor cervical y sensación disneica progresiva, realizándole una angiotomografía computerizada ante la sospecha de malformación vascular evidenciando una gran formación de consistencia líquida (8,3x5,5x10,3cm) dependiente del lóbulo tiroideo izquierdo con efecto masa sobre estructuras cervicales adyacentes, extensión hacia el espacio supraesternal y compresión de glándula submaxilar izquierda, sin evidenciar vasos sanguíneos anómalos. Ante el empeoramiento clínico se decide cirugía urgente: cervicotomía descompresiva por presencia de gran hematoma que ocupaba toda la celda tiroidea

izquierda, sin evidenciar punto sangrante. Se procedió al lavado y drenaje de celda tiroidea y tiroidectomía total con paratiroidectomía al evidenciar paratiroides superior izquierda sugestiva de adenoma y tamaño de 1.5 cm, tras realizar exploración bilateral.

La paciente fue alta a los 5 días, con hipocalcemia sintomática en el postoperatorio inmediato corregida con perfusión intravenosa, estando al alta asintomática con suplementos orales y niveles normales de calcio, así como PTH corregida de 112(prequirúrgico) a 5.6pg/mL. No ha presentado complicaciones a largo plazo.

Discusión: La punción con aguja fina para el diagnóstico de patología tiroidea guiada por ecografía es un procedimiento seguro y costo efectivo, con complicaciones mayores post punción poco frecuentes. No existe consenso sobre la indicación de cirugía urgente en estos casos, por ser una entidad rara y con poca bibliografía publicada al respecto.

El diagnóstico precoz es mandatorio, puesto que el desenlace puede ser fatal si no se lleva a cabo un manejo terapéutico temprano, sobre todo en situaciones con compromiso de la vía aérea o progresión evidente del hematoma. Es fundamental que este manejo sea llevado a cabo por un equipo formado en Cirugía Endocrina.

210093. INFLUENCIA DE LA EXPERIENCIA DEL EQUIPO QUIRÚRGICO EN LOS RESULTADOS TRAS CIRUGÍA ONCOLÓGICA POR CÁNCER GÁSTRICO

M Arteaga Ledesma, M Mogollón González, J Triguero Cabrera, C Acosta Gallardo, MJ Álvarez Martín, JM Villar del Moral

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

Introducción: La cirugía es el pilar fundamental del tratamiento del cáncer gástrico. El abordaje laparoscópico, aunque asociado a una mayor dificultad técnica e importante curva de aprendizaje, se considera de elección.

En este estudio evaluamos la relación entre los resultados de la gastrectomía oncológica y la experiencia quirúrgica del cirujano que la lleva a cabo.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluye pacientes intervenidos por cáncer gástrico con intención curativa entre Enero 2009-Diciembre 2019. Los cirujanos fueron divididos en tres grupos en función de su experiencia: M.I.R, F.E.A junior y F.E.A senior (incluyendo en ambos grupos de F.E.A a aquellos cirujanos especializados en patología esofagogástrica).

Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. En el estudio estadístico se utilizó el test Kruskal-Wallis para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas; Kaplan-Meier y long-rank para estudio de supervivencia. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 153 pacientes, 105(64,8%) hombres y 57(35,2%) mujeres. Las diversas variables analizadas estratificadas vienen expresadas en la siguiente tabla (**Figura 1**):

		M.I.R (n=15)	F.E.A Junior (n=26)	F.E.A Senior (n=112)	p
PARÁMETROS PREOPERATORIO	Edad	70(60-77)	73(63-79)	71(61-79)	0,737
	Comorbilidades				
	-HTA	10(66,7%)	18(69,2%)	53(47,3%)	0,070
	-DM2	5(33,3%)	12(46,2%)	28(25%)	0,097
	-Cardiopatía	2(13,3%)	11(42,3%)	20(24,4%)	0,090
Estadio AJCC-UICC	-I	2(28,6%)	5(25%)	13(14,3%)	0,877
	-II	2(28,6%)	7(35%)	32(35,2%)	
	-III	3(42,9%)	8(40%)	45(49,5%)	
PARÁMETROS QUIRÚRGICOS	Tipo intervención				0,140
	-Gastrectomía total (GT)	4(26,7%)	15(57,6%)	52(46,4%)	
	-Gastrectomía subtotal	11(73,3%)	11(42,3%)	43(38,4%)	
	-GT +esofagectomía distal	0	1(3,8%)	16(14,3%)	
	Abordaje				
-Abierto	14(93,3%)	6(23,1%)	99(88,4%)	<0,001	
-Laparoscopia	1(6,7%)	21(76,9%)	13(11,6%)		
SEGUIMIENTO	Número ganglios resecaados	20(14-25)	21(12-28)	16(11-21)	0,108
	Fuga anastomosis	1(6,7%)	4(16%)	5(6,3%)	0,305
	Fuga muñon duodenal	0	3(11,5%)	2(2,5%)	0,091
	Dindo-Clavien				0,021
	-I	14(93,3%)	19(73,1%)	79(73,8%)	
	-II	0	6(23,1%)	8(7,5%)	
	-IV-V	1(6,7%)	1(3,8%)	20(18,7%)	
	Reintervención urgente	1(6,7%)	5(20%)	12(15%)	0,520
	Estancia hospitalaria (días)	7(6-11)	9(8-15)	8(6-11)	0,019
	Inicio tolerancia oral (días)	2(1-2)	2(1-2)	3(2-3)	0,006
Complicaciones tardías	4(26,7%)	5(20%)	13(18,3%)	0,762	
Reingreso por complicación	4(26,7%)	4(16%)	8(11,6%)	0,320	
Seguimiento (meses)	18(7-54)	18(11-31)	43(12-61)	0,017	
Recidiva	7(50%)	4(16,7%)	42(41,6%)	0,049	
Mortalidad	7(46,7%)	9(34,6%)	59(53,6%)	0,212	

Figura 1

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que los resultados oncológicos de los pacientes intervenidos por F.E.A junior son comparables a los conseguidos por cirujanos más experimentados, incrementándose el número de cirugías realizadas mediante abordaje mínimamente invasivo y asociando un menor número de complicaciones graves y una notable disminución en la tasa de recidiva.

210094. ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL NÚMERO DE CIRUJANOS DE GUARDIA, EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA URGENTE DE UN HOSPITAL COMARCAL.

Q Arroyo Martínez, B de Soto Cardenal, V Sojo Rodríguez, JA Guerra Bautista, C Domínguez Sánchez, JL Muñoz Boo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Merced, Osuna.

Introducción: Estudiar el impacto que tiene el número de cirujanos de guardia presencial, sobre la atención quirúrgica urgente en un Hospital Comarcal, así los efectos que han tenido el cambio generacional en la implementación de técnicas mínimamente invasivas en la patología quirúrgica urgente.

Material y métodos: Pacientes ingresados desde urgencias entre 2018-2020. Comparamos el efecto que tiene el que haya un sólo cirujano de guardia presencial, respecto a que la guardia sea realizada por 2 cirujanos. Analizamos el número de pacientes operados, los condicionantes a la hora de indicar una intervención quirúrgica, la hora de la cirugía y su efecto en la estancia, morbilidad y mortalidad. Seleccionamos los pacientes con colecistitis aguda para un estudio más exhaustivo. Calculamos ASA, TOKIO II, APACHE II, POSSUM y Charlson. Definimos como "operables", a aquellos que cumplían los requisitos según las diferentes Guías Clínicas. Analizamos los factores que influían en la decisión de operar, el tipo de abordaje

realizado, la hora de la cirugía, el número de cirujanos implicados en la intervención y su impacto en la morbilidad/mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 1323 pacientes, 790 (59,7%) hombres, con una edad de 58,37 años. 841 (63,6%) operados. La edad y el número de Cirujanos de guardia al ingreso tuvieron valores estadísticamente significativos a la hora de indicar una intervención quirúrgica. 348 pacientes (40,4%) fueron operados por un sólo cirujano. El 64,7% de los pacientes fueron operados por la tarde/noche. Los no operados mostraron tasas superiores de mortalidad durante el ingreso, a los 90 días y al año. Respecto a la colecistitis aguda, incluimos 216 pacientes, 123 (56,9%) hombres, con una edad de 70 años. 122 pacientes "operables", 71 (58,1%) operados, 64 (62,1%) durante la tarde-noche. En 21 (20,3%), se solicitó el apoyo "extraordinario" de un segundo cirujano. La tasa de intervenciones en general, y de laparoscopia en particular, aumentó de forma significativa en los últimos años. El 90% de las laparoscopias se realizó por 2 cirujanos.

Conclusiones: El impacto de dos cirujanos de guardia resulta significativo en un Hospital Comarcal, tanto en la indicación de la cirugía como en sus efectos a corto y largo plazo. La incorporación de cirujanos capacitados en laparoscopia aumenta de forma significativa la realización de procedimientos mínimamente invasivos, sin embargo, su correcta implementación está condicionada a la existencia de equipos quirúrgicos capacitados, donde la presencia de dos cirujanos de guardia puede resultar fundamental.

210095. ABORDAJE DE LA APENDICITIS AGUDA EN UN HOSPITAL COMARCAL ¿EXISTE ESPACIO PARA LA CIRUGÍA CONVENCIONAL ABIERTA?

Q Arroyo Martínez, JA Guerra Bautista, C Domínguez Sánchez, V Sojo Rodríguez, B de Soto Cardenal, JL Muñoz Boo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Merced, Osuna.

Introducción: Valorar el abordaje que se realiza en el tratamiento de la apendicitis aguda en un Hospital Comarcal. Como objetivo secundario se valoró el impacto de la cirugía laparoscópica en la estancia, la infección de la herida y la morbi-mortalidad.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda entre los años 2018-2020. Se analizó el tiempo de espera hasta la cirugía, el horario de la intervención, el número de cirujanos que intervinieron en el procedimiento, el número de procedimientos laparoscópicos así como el tipo de apendicitis (catarral, flemosa, gangrenosa, perforada), las tasas de infección de herida quirúrgica y su impacto en la morbi-mortalidad posterior.

Resultados: Se incluyeron 292 pacientes, con una media de edad de 39 años (5-92 años), 146 (60,3%) hombres. La mayoría de pacientes se operaron el mismo día del ingreso. 55 pacientes (22%) fueron operados por un solo cirujano de guardia con una tasa de complicaciones menores (Clavien-Dindo I-II) del 16,3% y de complicaciones mayores (Clavien-Dindo III-V) del 1,8%. La cirugía con dos cirujanos tuvo una tasa de complicaciones menores y mayores del 26,7% y 2,6%, respectivamente. No encontramos diferencias respecto a que el número de cirujanos que intervienen en la cirugía, afecte la estancia hospitalaria, la tasa de reintervenciones, la tasa

de complicaciones ni la tasa de infecciones quirúrgicas. Observamos que la decisión de realizar una cirugía laparoscópica sí se encuentra condicionada al número de cirujanos de guardia, con valores estadísticamente significativos ($p=0,047$). Los días en que hubo sólo un cirujano de guardia, la tasa de cirugía laparoscópica fue del 17,8%; en el 82,1% restante de procedimientos laparoscópicos, la cirugía fue realizada por un equipo compuesto por dos cirujanos. En 165 pacientes (68,1%), la cirugía fue realizada en horario de tarde-noche. La cirugía abierta tradicional presentó tasas de infección de herida quirúrgica significativamente mayores ($p<0,0001$). El abordaje laparoscópico de la apendicitis, independientemente del tipo (catarral, flemosa y gangrenosa), se asoció a menor estancia hospitalaria de forma estadísticamente significativa.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica presenta evidentes ventajas respecto a la cirugía tradicional abierta, que se traducen en menor estancia hospitalaria y menores tasas de infecciones de herida quirúrgica. Resulta segura y especialmente indicada en apendicitis gangrenosa y perforada, donde disminuye la estancia hospitalaria y tasa de complicaciones mayores. La principal limitación de su implementación, en hospitales comarcales, resulta del modelo de guardias presenciales-localizadas en estos centros sanitarios. La cirugía laparoscópica, especialmente en patología urgente, debería realizarse por un equipo quirúrgico de al menos 2 cirujanos, dotados del material y tecnología necesarios para abordar una patología potencialmente complicada.

210096. HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN INFRECUENTE TRAS COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA POR COLEDOLITIASIS

JA Navas Cuéllar, FJ Jiménez Vega, A García Víco, P Parra Membrives

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una prueba diagnóstico-terapéutica segura, con una baja tasa de complicaciones. Las complicaciones infecciosas, como colangitis aguda o pancreatitis, son las que aparecen con más frecuencia. Las hemorrágicas son mucho más raras, aunque potencialmente graves y letales. En la literatura se ha descrito una complicación extremadamente rara como es el desarrollo de un hematoma subcapsular hepático post-CPRE.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 48 años, sin antecedentes personales de interés, que refiere epigastalgia de varias semanas de evolución, asociada a náuseas y vómitos, además de orina colúrica. Niega fiebre. En la analítica destacan una bilirrubina de 5,4 mg/dL. Resto de parámetros del hemograma y bioquímica sin alteraciones. Tras estudio radiológico mediante ecografía abdominal y TAC abdominal con contraste es diagnosticado de colecistitis crónica litiásica y coledocolitiasis única, que condiciona una leve dilatación de la vía biliar. Se decide realizar CPRE que confirma la presencia de varios cálculos en vía biliar, lográndose limpieza de la misma mediante esfinterotomía, esfinteroplastia y extracción de cálculos, sin incidencias. Tres días después del procedimiento el paciente comienza con intenso dolor abdominal en hipocondrio derecho, febrícula y anemia importante. En la TAC con contraste urgente

se objetiva una colección subcapsular hepática de 7 cm de espesor máximo que rodea todo el lóbulo hepático derecho, sugerente de hematoma, evidenciándose en segmento VI varias hipodensidades focales de probable origen traumático, como posible punto de origen del hematoma. Ante la situación de estabilidad hemodinámica, se decide actitud expectante y manejo conservador. La evolución clínica y radiológica fue favorable.

Discusión: La patogenia del hematoma hepático tras realización de CPRE no está claramente establecida. Algunos autores apuestan por la perforación de la vía biliar intrahepática por la guía, con el consecuente daño parenquimatoso; otra posible causa sería la tracción ejercida en la extracción del cálculo que condicionaría pequeños desgarros vasculares. El diagnóstico de esta rara complicación se alcanza mediante pruebas de imagen. El abordaje terapéutico dependerá de la extensión del hematoma y del estado clínico del paciente.

210097. BRECHA MESENTÉRICA EN BYPASS GÁSTRICO: HERNIA INTERNA CON ROTACIÓN COMPLETA INTESTINAL

MT Robles Quesada, JA Blanco Elena, L Pico Sánchez, J Granados García

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

Introducción: Las hernias internas son una de las complicaciones más frecuentes en el contexto del bypass gástrico en Y de Roux, dentro de las técnicas de cirugía bariátrica. El diagnóstico tardío puede acabar con necrosis intestinal con alta morbimortalidad. Suelen aparecer al año-dos de la cirugía.

Caso clínico: mujer de 50 años con antecedente de cirugía bariátrica mediante bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico en 2013, que acude a urgencias por dolor abdominal intenso, y náuseas. A la exploración, paciente postrada, mal estado general, con abdomen anodino.

Análítica: leve leucocitosis con neutrofilia, bioquímica y coagulación normal

Gasometría: acidosis metabólica con elevación de ácido láctico.

TC de abdomen: dilatación de un asa de delgado próxima a la anastomosis, con abundante cantidad de líquido libre.

Se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparoscopia observando una asa intestinal isquémica y líquido de sufrimiento. Se reconvierte a laparotomía, identificando asa de aproximadamente 70 cm con signos de isquemia. Resto de asas de intestino delgado con aspecto violáceo, de bajo gasto. Se identifica asa aferente, asas biliares correspondiente al asa isquémica, anastomosis en Y de Roux, y pie de asa. Por ojal mesentérico, asa aferente presenta torsión completa, con rotación de todo el paquete intestinal a través del mismo, provocando isquemia del asa intestinal biliar. Se realiza desrotación a través del ojal mesentérico de todo el paquete intestinal rotado sobre su meso, recuperando asas intestinales su aspecto y peristalsis. La asa biliar con signos de isquemia comienza a recuperarse. Tras valorar el riesgo/beneficio de confiar en dicha recuperación o realizar

resección y nuevo montaje en Y de Roux por la proximidad de dicho proceso al pie de asa, se decide manejo conservador. Se cierra ojal mesentérico.

En el postoperatorio, la paciente evoluciona lenta, pero favorablemente, dándose de alta al octavo día postoperatorio

Discusión: Conocer las técnicas quirúrgicas, las modificaciones anatómicas, y las complicaciones asociadas a la cirugía bariátrica, puede ayudar a conocer la causa de dolor abdominal en estos pacientes y su tratamiento urgente. El tiempo de aparición es aproximado. Las pruebas de imagen como el TC, puede dar una orientación diagnóstica, pero no definitiva.

210098. VESÍCULA BILIAR TORSIONADA: UN CASO DE ABDOMEN AGUDO

MT Robles Quesada, JA Blanco Elena, L Pico Sánchez

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

Introducción: La torsión o vólvulo de la vesícula biliar se produce por la rotación completa o incompleta sobre su eje, provocando gangrena de la misma. Se trata de una entidad infrecuente. La mayoría de los casos aparecen en paciente entre los 60-80 años, y son más frecuentes en mujeres. La torsión vesicular se ha relacionado con dos posibles variaciones anatómicas en la que la vía biliar queda libre y flotante en cavidad abdominal.

Caso clínico: Se presenta el caso de mujer de 84 años con antecedentes personales de cifoescoliosis, que acude a urgencias por dolor en hipocondrio derecho intenso de horas de evolución, náuseas, y regular estado general. Presenta Murphy positivo,

Análítica: leucocitosis y neutrofilia, y PCR normal.

Eco de abdomen: hallazgos de vesícula distendida muy dolorosa con engrosamiento parietal difuso, mucho más marcada a nivel del infundíbulo donde se parecía edema y líquido perivesicular. No se aprecian litiasis, concluyendo hallazgos compatibles con colecistitis aguda.

Se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparoscopia exploradora, se observa vesícula volvulada con pared necrótica y engrosada. Líquido perivascular serohemorrágico; Se realiza colecistectomía laparoscópica. Postoperatorio sin complicaciones, dada de alta en 48 horas.

Anatomía patológica: vesícula biliar gangrenosa

Discusión: El tratamiento de la torsión vesicular es quirúrgico y urgente, sin embargo, suele ser un diagnóstico intraoperatorio ya que se confunde clínica y radiológicamente con una colecistitis aguda. Como factores precipitantes, se encuentran el traumatismo abdominal, peristalsis intensa, la cifoescoliosis, arteria cística tortuosa, aterosclerosis de la arteria cística, estreñimiento y pérdida de peso.

210099. UN TIPO INFRECIENTE DEL YA RARO GRUPO DE CARCINOMA NEUROENDOCRINO COLORRECTAL: DE CELULAS GRANDES

MT Robles Quesada, JA Blanco ElenA, L Pico Sanchez

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

Introducción: El carcinoma neuroendocrino de colon representa menos del 1% de los tumores malignos de colon y recto. Dentro de este grupo, encontramos los carcinoides que representan la mayoría de ellos, y además también están los carcinomas neuroendocrinos de células grandes, caracterizados por ser tumores muy agresivos, de rápido crecimiento y diseminación, y por tanto, mal pronóstico.

Caso clínico: Se presenta caso de varón de 71 años diagnosticado de neoplasia estenosante de colon descendente mediante colonoscopia a 55 cm del margen anal, sin poder progresar el colonoscopio. A la exploración, sensación de masa en fosa iliaca izquierda. Tras estudio de extensión con TC toraco-abdominal negativo, y colonoTC, se programa para intervención quirúrgica. En ella se observa gran tumoración íntimamente adherida a pared peritoneal de unos 10-15 cm de longitud, y 10-12 de espesor en colon descendente. No evidencia de adenopatías mesentéricas, ni LOEs hepáticas. Se libera el tumor de la pared abdominal, extirpando parte de la misma. Se realiza hemicolectomía izquierda, junto con orquiectomía izquierda ante el hallazgo de testículo intrabdominal adherido a la tumoración. Se realiza anastomosis latero-lateral mecánica.

Anatomía patológica: segmento de intestino grueso con carcinoma neuroendocrino de células grandes con inmunexpresión positiva a CD56, cromogranina-A, y sinpatofisina e índice proliferativo más del 90% que infiltra extensamente el tejido adiposo mesentérico, sin alcanzar serosa, ni márgenes quirúrgicos. Testículo criptorquídico infiltrado por neoplasia. Cinco ganglios linfáticos con metástasis de doce aislados y dos implantes mesentéricos (T4bN1 de la AJCC)

El paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio, dándose de alta al noveno día de la intervención.

Al mes del seguimiento, valorado por oncología médica, con PET con hallazgo de adenopatías paraaórticas y parailiacas patológicas. A la espera de tratamiento adyuvante.

Discusión: Existe poca literatura acerca de los tumores neuroendocrinos de células grandes dada su rara naturaleza, agresividad, y mal pronóstico, con supervivencia al año del 10% cuando son metastásicos. La presentación clínica es similar a los otros tumores colorrectales. Su diagnóstico temprano podría permitir una cirugía curativa, pudiendo aumentar la supervivencia. El tratamiento eficaz tampoco ha podido ser aún bien establecido.

210100. PERFIL ACTUAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES CON LESIONES ESÓFAGOGASTRODUODENALES POR CÁUSTICOS

J Ruiz Pardo, PA Sánchez Fuentes, E Vidaña Márquez, J Jorge Cerrudo, M Ferrer Márquez, P Moya, Z Gómez Carmona, Á Reina Duarte

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

Introducción: Las lesiones esófagogastroduodenales por ingesta de cáusticos ocurren en niños en el 80% de los casos, siendo la mayoría accidentales. Por el contrario, en adultos suponen el 20% y son más severas. El objetivo de este estudio es analizar el perfil actual y el manejo terapéutico de los pacientes con lesiones esófagogastroduodenales por cáusticos en una unidad de cirugía esofagogástrica.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo cuya población a estudio la componen los pacientes mayores de 15 años, con lesiones esófagogastroduodenales por ingesta de cáusticos y tratados en una unidad de cirugía esofagogástrica, en el periodo comprendido entre 2014 y 2020. Se analizan variables sociopersonales, clínicas, diagnósticas, quirúrgicas y pronósticas. Se realiza estadística descriptiva.

Resultados: Nueve pacientes fueron analizados (tabla 1 y figura 1). La edad media fue de 44,3±8,3 años y el 55,6%(n=5) fueron mujeres. El 44,4%(n=4) de los casos ocurrió en población inmigrante. La ingesta fue consecuencia de un intento autolítico en el 77,8%(n=7) y el cáustico ingerido fue un ácido en el 77,8%(n=7). Se realizó una endoscopia digestiva alta (EDA) en las primeras 72 horas en el 77,8%(n=7). El paciente número 9 fue intervenido de urgencia por neumomediastino evidenciado en la tomografía computarizada (TC) a nivel del esófago cervicotorácico, sin encontrar perforación y no realizando ningún gesto quirúrgico. Una vez resuelto el episodio agudo, en el tránsito esófagogastroduodenal (TEGD) se evidenciaron estenosis cicatriciales esofágicas en el 55,6%(n=5) y gástricas en el 66,7%(n=6) (figura 1). En el 88,9%(n=8) se realizó una yeyunostomía de alimentación, siendo el tiempo medio entre la ingesta del cáustico y la realización de la yeyunostomía de 2,8±1,5 meses. En el 33,3%(n=3) se realizaron dilataciones de las estenosis esofágicas. El tiempo medio entre la realización de la yeyunostomía y la cirugía definitiva de la estenosis fue de 9±4 meses. Se realizó cirugía definitiva en el 66,7%(n=6). Durante un seguimiento medio de 28,8±20 meses dos pacientes fallecieron, uno por infección respiratoria y otro por suicidio.

Conclusiones: Las lesiones esófagogastroduodenales por cáusticos en adultos son más frecuentes en mujeres jóvenes, con patología psiquiátrica conocida y producidas como consecuencia de un intento autolítico, siendo el ácido clorhídrico el cáustico mayormente ingerido. La mayoría de pacientes requieren una yeyunostomía de alimentación, siendo las lesiones estenóticas cicatriciales gástricas las que precisan cirugía definitiva más frecuentemente.

Tabla 1. Características de los pacientes con lesiones esófagogastroduodenales por cáusticos.

Caso	Edad (años)	Sexo	Motivo de la Ingesta del agente cáustico	Tipo de agente cáustico	Estenosis cicatriciales (TEGD)	Cirugía definitiva de la estenosis
1	44	Mujer	Intento autolítico	Acido clorhídrico (aguafuerte)	Esofágica distal y gástrica	Gastreotomía total laparoscópica
2	48	Mujer	Accidental	Alcali (lavavajillas)	Esofágica media	Esofagectomía transhiatal
3	51	Hombre	Accidental	Acido (batería de automóvil)	Esofágica y gástrica	Gastreotomía total laparoscópica
4	40	Hombre	Intento autolítico	Acido clorhídrico (aguafuerte)	Gástrica	Anrectomía laparoscópica
5	36	Hombre	Intento autolítico	Acido clorhídrico (aguafuerte)	Esofágica media	No
6	48	Mujer	Intento autolítico	Acido clorhídrico (aguafuerte)	Gástrica	Anrectomía laparoscópica
7	43	Mujer	Intento autolítico	Acido sulfúrico	Esofágica cervical y gástrica	No
8	65	Mujer	Intento autolítico	Acido clorhídrico (aguafuerte)	Gástrica	Gastreotomía subtotal abierta
9	51	Hombre	Intento autolítico	Alcali (hipoclorito sódico)	Esófaga cervicotorácica y distal	No

TEGD: tránsito esófagogastroduodenal.

Figura 1

Características de los pacientes con lesiones esófagogastroduodenales por cáusticos.

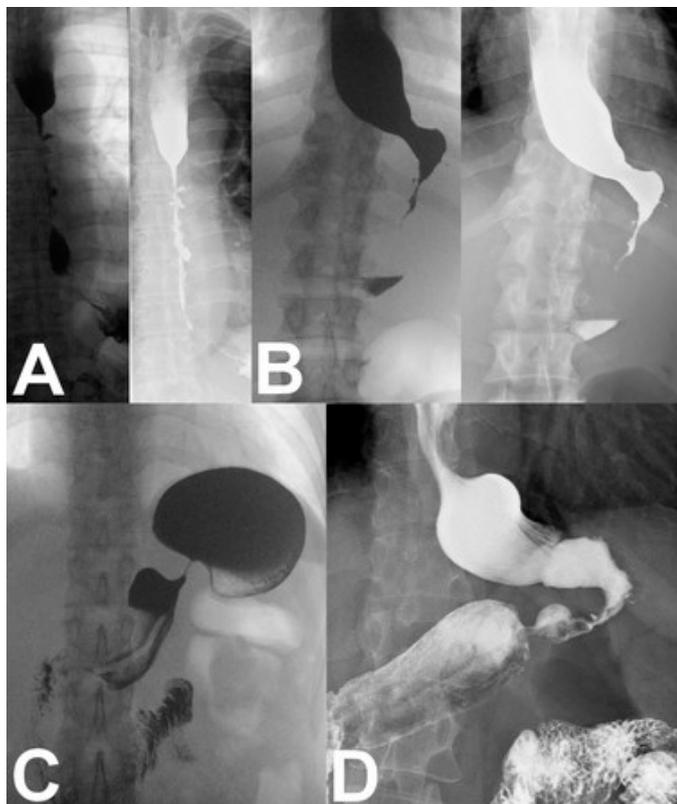


Figura 2

Corte axial de TC de abdomen.

Introducción: La infusión intraduodenal de levodopa/carbidopa se utiliza para tratar las fluctuaciones motoras y las discinesias que aparecen en la enfermedad de Parkinson (EP). La suspensión de levodopa/carbidopa se administra mediante una sonda duodenal (SD) a través de una gastrostomía endoscópica percutánea (GEP). Una de las complicaciones de la GEP es el síndrome de buried bumper (SBB) o del botón interno enterrado, en el que la parte interna del anclaje de la sonda gástrica queda embebida por la mucosa gástrica, pudiendo ocasionar dificultad para la movilización de la sonda, dolor abdominal, hemorragia, perforación, absceso intraabdominal, absceso de pared abdominal, infección necrotizante de tejidos blandos, etc.... Su tratamiento suele ser endoscópico, pero en ocasiones la cirugía puede ser necesaria.

El objetivo de este estudio es presentar y analizar 4 casos de pacientes con EP, infusión de levodopa/carbidopa intraduodenal y SBB tratado mediante cirugía.

Caso clínico: Inicialmente se realizó una GEP. El calibre de la GEP fue de 15 F y el de la SD de 9 F. Una vez colocada la GEP, la SD se guió mediante endoscopia hasta el duodeno. El SBB se diagnosticó mediante endoscopia y tomografía computarizada (TC) (figura 1A). Se indicó el tratamiento quirúrgico del SBB por fracaso del tratamiento endoscópico. La cirugía consistió en una gastrotomía en huso, incluyendo el granuloma/absceso de pared que contenía el botón interno de la GEP (figura 1B). Posteriormente se realizó un cierre

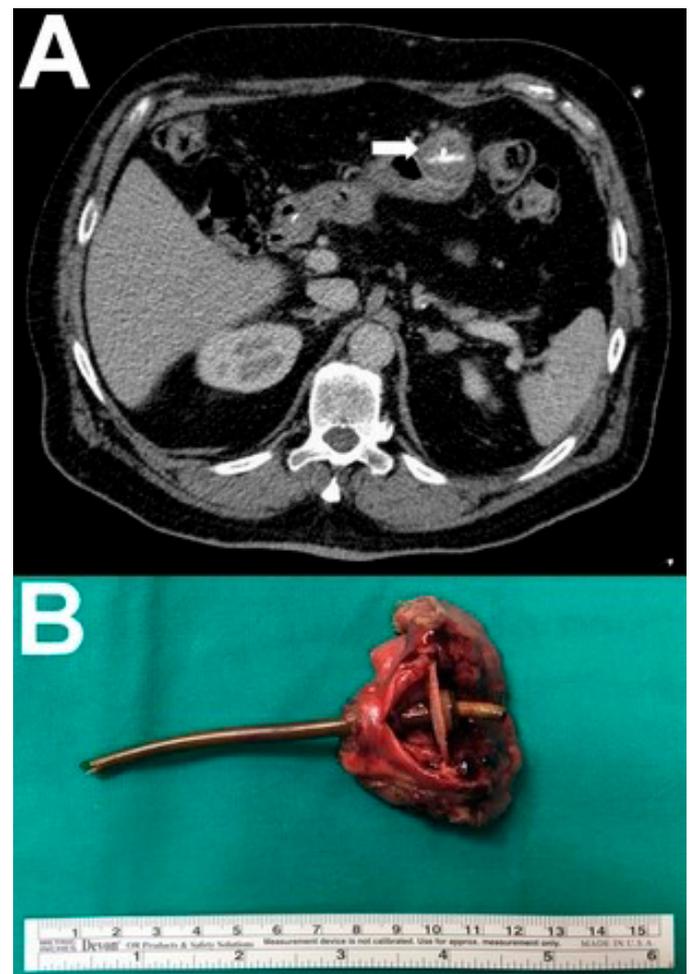


Figura 1

210101. CIRUGÍA DEL SÍNDROME DE BURIED BUMPER EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON TRATADOS CON INFUSIÓN DE LEVODOPA/CARBDOPA DUODENAL

J Ruiz Pardo, PA Sánchez Fuentes, E Vidaña Márquez, J Jorge Cerrudo, P Moya, M Ferrer Márquez, F Rubio Gil, Á Reina Duarte

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

transversal de la pared gástrica con doble sutura barbada de 2/0 o con una sutura mecánica, colocando la nueva sonda de gastrostomía de 15 F por encima de la sutura gástrica, a través de la cual se introdujo una nueva SD de 9 F que se guió hasta el duodeno mediante endoscopia. En la **figura 2** se detallan las características de los pacientes con SBB.

Tabla 1. Características de los pacientes con síndrome de buried bumper.

Casos	1	2	3	4
Edad (años)	66	63	61	73
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Tiempo de evolución de la enfermedad de Parkinson (meses)	253	115	199	105
Tiempo en tratamiento mediante infusión de levodopa/carbidopa intraduodenal hasta el desarrollo del síndrome de buried bumper (meses)	22	52	44	28
Número de recambios previos de sonda de infusión duodenal	0	1	1	1
Abordaje quirúrgico	Laparoscópico	Abierto	Abierto	Abierto
Seguimiento desde la cirugía (meses)	35	18	11	1
Complicaciones	No	No	No	No

Figura 2 Características de los pacientes con síndrome de buried bumper.

Discusión: El SBB, que puede ocurrir en el 0,3-2,4% de las GEP, es una complicación tardía que suele presentarse a partir de los cuatro meses después de realizar la GEP. El principal factor causante es la tracción excesiva entre el botón interno y externo de la sonda. Una vez diagnosticado debe ser tratado siempre, aunque sea asintomático. El tratamiento del SBB suele ser inicialmente endoscópico, ya que es menos invasivo, indicando la cirugía cuando fracasa el endoscópico. Normalmente, en casos de impactación profunda o migración del botón interno a la pared abdominal, la intervención quirúrgica es necesaria.

210102. DISFAGIA SECUNDARIA A COMPRESIÓN ESOFÁGICA EXTRÍNSECA POR CONGLOMERADO ADENOPÁTICO MEDIASTÍNICO METASTÁSICO DE CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA

J Ruiz Pardo, PA Sánchez Fuentes, E Vidaña Márquez, J Jorge Cerrudo, P Moya, F Rubio Gil, I Blesa Sierra, Á Reina Duarte

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

Introducción: El carcinoma urotelial de vejiga, se considera N1 si solamente está afectado un ganglio linfático regional situado en la pelvis verdadera (hipogástrico, obturador, ilíaco externo o presacro), N2 si están afectados dos o más ganglios linfáticos de la pelvis verdadera y N3 cuando los ganglios de las arterias ilíacas comunes están afectados. A su vez, se considera M1a cuando las adenopatías metastásicas se encuentran a distancia, como por ejemplo a nivel retroperitoneal y/o mediastínico. La presencia de adenopatías mediastínicas metastásicas del cáncer urotelial de vejiga es rara. Debido a su infrecuencia, presentamos el caso clínico de un varón con disfagia secundaria a un conglomerado adenopático mediastínico metastático de un cáncer urotelial de vejiga.

Caso clínico: Varón de 60 años entre cuyos antecedentes destacaban: hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y dislipemia. El paciente fue intervenido de un carcinoma urotelial de vejiga, sólido, de alto grado (G3), pT2b (infiltraba la capa muscular externa de la vejiga sin sobrepasarla) y N3 (afectación de 8 ganglios linfáticos de 20 aislados, incluyendo afectación de los ganglios linfáticos de la arteria ilíaca común izquierda). Se realizó una cistectomía radical con linfadenectomía y reconstrucción tipo Bricker. Posteriormente se administró quimioterapia adyuvante (4 ciclos de cisplatino y gemcitabina). Durante el seguimiento, el paciente tuvo una recaída a nivel de los ganglios linfáticos retroperitoneales que se trató con 6 ciclos de carboplatino y gemcitabina. Tras 22 meses de seguimiento, el paciente consultó por disfagia progresiva para sólidos y posteriormente para líquidos de un mes de evolución, con pérdida de peso asociada. Se realizó una tomografía computarizada (TC) (**figura 1**) por el contexto tumoral, evidenciando un conglomerado adenopático de 23 x 17 mm a nivel mediastínico subcarinal, que ocasionaba una compresión extrínseca del esófago, obstruyendo totalmente su luz y ocasionando una dilatación esofágica anterior a la obstrucción. Debido a la mala situación clínica del paciente, secundaria a la progresión tumoral, se decidió instaurar un tratamiento paliativo. El paciente falleció a las 2 semanas.

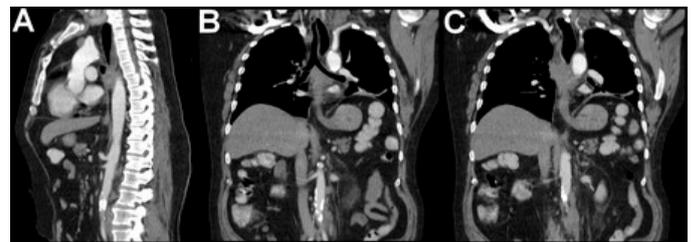


Figura 1 Cortes sagital (A) y coronal (B y C) en los que se objetiva un conglomerado adenopático mediastínico subcarinal de 23 x 17 mm, que produce una compresión extrínseca de la luz esofágica.

Discusión: La disfagia secundaria a la compresión extrínseca esofágica por un conglomerado adenopático metastático de cáncer urotelial de vejiga es extremadamente infrecuente. A su vez, esta manifestación clínica es indicativa de un estadio avanzado de la enfermedad, por lo que debe valorarse detenidamente el riesgo-beneficio de realizar una gastrostomía quirúrgica para una correcta nutrición, circunstancia que dependerá fundamentalmente del performance status del paciente y del pronóstico de la enfermedad.

210103. FACTORES PREDICTORES DE TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL EN PACIENTES CON LESIONES GÁSTRICAS SUBEPITELIALES ÚNICAS

J Ruiz Pardo¹, PA Sánchez Fuentes², E Vidaña Márquez¹, M Ferrer Márquez¹, F Rubio Gil¹, P Moya¹, Z Gómez Carmona¹, Á Reina Duarte¹

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

Introducción: La biopsia de las lesiones gástricas subepiteliales sigue siendo controvertida, sobre todo si es un tumor del estroma

gastrointestinal (GIST), debido al alto riesgo de rotura, hemorragia y diseminación tumoral. Hoy en día, la biopsia se acepta en caso de importante duda diagnóstica con el GIST (leiomioma, páncreas heterotópico, quiste de duplicación, etc...) o en caso de sospecha de GIST irreseccable que se pudiera beneficiar de la neoadyuvancia. El objetivo es analizar la presencia de factores predictores de GIST que eviten la biopsia en lesiones gástricas subepiteliales únicas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo cuya población a estudio la componen los pacientes con lesiones gástricas subepiteliales únicas intervenidos de forma programada entre 2014 y 2020. Se incluyen los pacientes con diagnóstico clínico de la lesión con gastroscopia y/o ecoendoscopia, y tomografía computarizada. Se comparan dos grupos: grupo 1 (pacientes con GIST gástrico) y grupo 2 (pacientes con lesión subepitelial gástrica distinta al GIST). Se analizan variables sociopersonales, clínicas, diagnósticas e histopatológicas. Para variables categóricas, los datos se expresan mediante frecuencias y porcentajes, y son comparados mediante el test de la Chi-cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher cuando es apropiado. Para variables cuantitativas continuas, los datos son expresados como media ± desviación estándar. Se comprueba la distribución normal de las variables cuantitativas. Las variables cuantitativas de los grupos son comparadas mediante el test de la t de Student para datos independientes cuando siguen una distribución normal. En el caso de que las variables cuantitativas no sigan una distribución normal, se utiliza una prueba no paramétrica, el test de la U de Mann-Whitney. Para las variables cuantitativas significativas se realiza el análisis de la curva COR. Un valor de $p < 0,05$ es considerado como estadísticamente significativo.

Resultados: Se analizan 22 pacientes: grupo 1 (n=18) y grupo 2 (n=4). En el grupo 2 hubo 2 pacientes con leiomiomas, uno con quiste de duplicación y otro con páncreas heterotópico. En la figura 1 se analizan las variables predictoras de GIST gástrico. La edad $\geq 57,5$ años tiene una sensibilidad de 83,3% y especificidad de 100% para el diagnóstico de GIST (área bajo la curva 0,889) (figura 2).

Curva COR

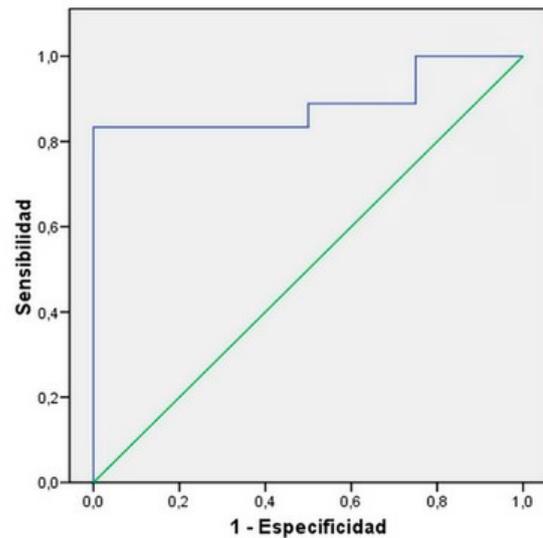


Figura 2

siempre como tales. Además, la edad $\geq 57,5$ años y la localización en fundus, cuerpo y antro-píloro orientarían a un diagnóstico de GIST.

210104. MANEJO QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES CON TUMORES NEUROENDOCRINOS GÁSTRICOS

J Ruiz Pardo, P Sánchez Fuentes, E Vidaña Márquez, B Estébanez Ferrero, C Gras Gómez, I Teruel Lillo, S López Saro, Á Reina Duarte

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

Introducción: Los tumores neuroendocrinos gástricos (TNEGs) representan menos del 2% de las neoplasias gástricas. En Europa se estima una prevalencia de 0,32 casos por 10000 habitantes. Debido a su infrecuencia, el objetivo de este estudio es analizar el perfil actual y el manejo terapéutico de los pacientes con TNEGs.

Material y métodos: Estudio retrospectivo cuya población a estudio la componen los pacientes con TNEGs intervenidos entre 2014 y 2020. Se analizan las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidad (clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA)), localización endoscópica, octreoscan, gastrina preoperatoria, abordaje quirúrgico, tipo de cirugía, complicaciones, hallazgos histopatológicos (gastritis crónica atrófica, hiperplasia de células enterocromafines, tipo de TNEG, número de TNEGs, tamaño del mayor TNEG, diferenciación, grado histológico, mitosis por 10 campos de gran aumento y ki67), pTNM, estadio pTNM en su octava edición, gastrina postoperatoria y seguimiento (persistencia, recidiva, intervalo libre de enfermedad (ILE), supervivencia global (SG) y mortalidad).

Tabla 1. Factores asociados a tumores del estroma gastrointestinal en pacientes con lesiones subepiteliales gástricas únicas.

	Grupo 1 (n=18)	Grupo 2 (n=4)	p
Edad (años)	67,2±14,9	45,8±11,5	0,014
Sexo			0,616
- Mujer	44,4%(n=8)	25%(n=1)	
- Hombre	55,6%(n=10)	75%(n=3)	
Comorbilidad (clasificación ASA):			0,342
- ASA I	0	25%(n=1)	
- ASA II	61,1%(n=11)	50%(n=2)	
- ASA III	33,3%(n=6)	25%(n=1)	
- ASA IV	5,6%(n=1)	0	
IMC	28,2±2,2	28,7±4,3	0,282
Localización gástrica:			0,013
- Cardial-subcardial	5,5%(n=1)	75%(n=3)	
- Fundus	16,7%(n=3)	0	
- Cuerpo	38,9%(n=7)	0	
- Antro-píloro	38,9%(n=7)	25%(n=1)	
Tamaño (cm)	5,7±3,8	3,7±1,9	0,315

ASA: American Society of Anesthesiologists.

Figura 1

Factores asociados a tumores del estroma gastrointestinal en pacientes con lesiones subepiteliales gástricas únicas.

Conclusiones: Debido a que el 81,9% de las lesiones gástricas subepiteliales únicas son GISTs, podría evitarse la biopsia y tratarlas

Resultados: Se analizan 4 pacientes, todos ellos con TNEGs tipo I. En la **figura 1** se detallan las características de dichos pacientes. En la **figura 2** se muestra el octreoscan del caso clínico número 3.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad (años)	53	70	51	53
Sexo	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Comorbilidad	ASA III	ASA III	ASA II	ASA II
Localización endoscópica	Fundus y cuerpo	Fundus y cuerpo	Cuerpo	Cuerpo
Octreoscan	Negativo	Negativo	Positivo	Negativo
Gastrina preoperatoria	Elevada	Elevada	Elevada	Elevada
Abordaje quirúrgico	Laparoscópico	Laparoscópico	Laparoscópico	Laparoscópico
Tipo de cirugía	Gastrectomía subtotal	Resección atípica	Gastrectomía subtotal	Gastrectomía subtotal
Complicaciones	No	No	No	No
Gastritis crónica atrófica	Sí	Sí	Sí	Sí
Hiperplasia de células enterocromafines	Sí	Sí	Sí	Sí
Tipo de TNEG	Tipo I	Tipo I	Tipo I	Tipo I
Número de TNEGs	9	3	2	4
Tamaño del TNEG (cm)	0,5	0,9	0,3	2,7
Diferenciación	Bien diferenciado	Bien diferenciado	Bien diferenciado	Bien diferenciado
Grado histológico	G1	G1	G2	G1
Mitosis / 10 CGA	<2	<2	2-20	<2
Ki67 (%)	<3	<3	3-20	<3
pTNM	pT1N0M0	PT2N0M0	pT1N0M0	PT2N0M0
Estadio TNM [¶] ed	I	II	I	II
Gastrina postoperatoria	Normal	Elevada	Normal	Normal
Persistencia	No	No	Sí	No
Recidiva	No	No	No	No
ILE (meses)	68	35	3	3
SG (meses)	68	35	14	3
Mortalidad	No	No	No	No

Figura 1

Características de los pacientes intervenidos por tumores neuroendocrinos gástricos.

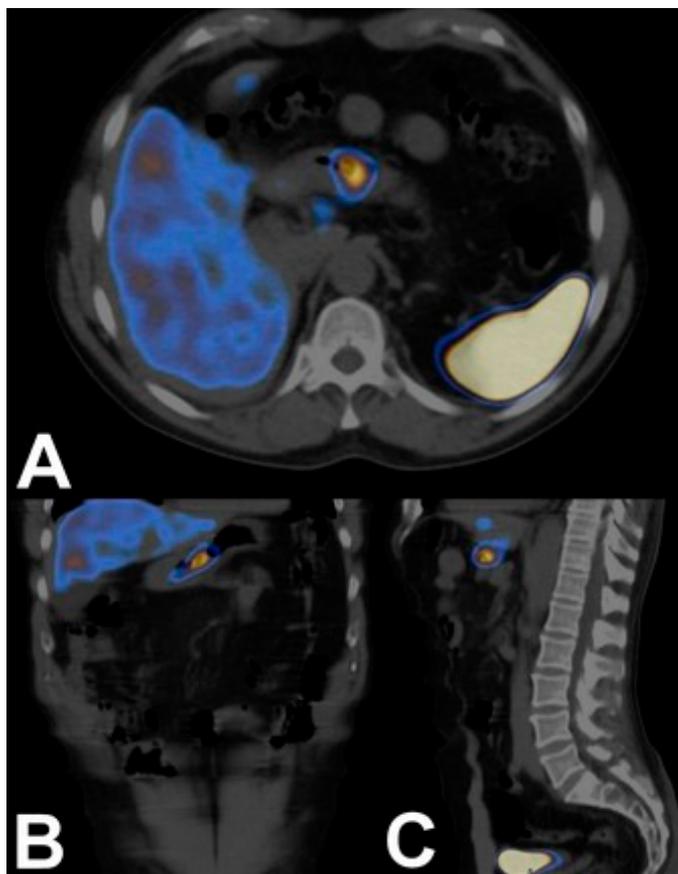


Figura 2

Octreoscan. Cortes axial (A), coronal (B) y sagital (C) en el que se aprecia captación a nivel de la unión del cuerpo y el antro gástricos.

Conclusiones: La gastrectomía subtotal, además de ser segura y factible, permite un buen control de los tumores neuroendocrinos tipo I, disminuyendo el nivel de gastrina y por lo tanto la hiperplasia de células enterocromafines, lesiones precursoras de estos tumores. Los controles endoscópicos posteriores del remanente gástrico son fundamentales para el control de posibles persistencias y recidivas. Por el contrario, las resecciones atípicas gástricas, al no disminuir los niveles de gastrina hacen más difícil el seguimiento endoscópico posterior por la presencia de mayor cantidad de pólipos gástricos.

210105. TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL GÁSTRICOS Y EXTRAGÁSTRICOS. DIFERENCIAS CLÍNICAS, QUIRÚRGICAS, HISTOLÓGICAS Y PRONÓSTICAS

J Ruiz Pardo¹, PA Sánchez Fuentes¹, E Vidaña Márquez¹, I Gorostiaga Altuna², C Gras Gómez¹, B Estébanez Ferrero¹, I Teruel Lillo¹, Á Reina Duarte¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²Servicio Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son más frecuentes a nivel gástrico. El objetivo del estudio es analizar y comparar las diferencias clínicas, quirúrgicas, histológicas y pronósticas entre los GIST gástricos y extragástricos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo cuya población a estudio la componen los pacientes con GIST intervenidos con intención curativa entre 2014 y 2020. Se incluyen aquellos con un seguimiento mínimo de 6 meses. Se excluyen aquellos con diseminación peritoneal evidenciada durante la cirugía. Se compran dos grupos: grupo 1 (GIST gástricos) y grupo 2 (GIST extragástricos) Se analizan variables clínicas, quirúrgicas, histológicas y pronósticas. Se define persistencia como la presencia de enfermedad en los primeros 6 meses posteriores a la cirugía y la resección R1 o R2. La rotura tumoral se considera resección R2. Se define recidiva como la presencia de enfermedad a partir de los 6 meses posteriores a la cirugía. Para variables categóricas, los datos se expresan mediante frecuencias y porcentajes, y son comparados mediante el test de la Chi-cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher cuando es apropiado. Para variables cuantitativas continuas, los datos son expresados como media±desviación estándar. Se comprueba la distribución normal de las variables mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cuantitativas son comparadas mediante el test de la t de Student para datos independientes cuando siguen una distribución normal. En el caso de que las variables cuantitativas no sigan una distribución normal, se utiliza una prueba no paramétrica, el test de la U de Mann-Whitney. El método de Kaplan Meier se utiliza para analizar el intervalo libre de enfermedad (ILE) y la supervivencia global (SG), y el test log-rank para la comparación entre grupos. Un valor de p <0,05 es considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Un total de 37 pacientes con 38 GIST (un paciente tuvo 2 GIST sincrónicos) fueron analizados: grupo 1(n=22) y grupo 2(n=16). En el grupo 2 hubo 12 GIST de intestino delgado, 2 duodenales, uno colorrectal y otro mesentérico. En las figuras 1 y 2 y en las figuras 3 y 4 se analizan las diferencias entre ambos grupos.

Conclusiones: Los GIST gástricos tienen un menor riesgo de recurrencia en la clasificación de Miettinen, precisan adyuvancia con imatinib con menor frecuencia y presentan un menor porcentaje de persistencias y recidivas.

Tabla 1.

	GIST gástricos (n=22)	GIST extragástricos (n=16)	p
Edad (años)	66,6 ± 14,8	64,6 ± 11,8	0,645
Sexo:			
Hombre	50% (n=11)	56,25% (n=9)	0,703
Mujer	50% (n=11)	43,75% (n=7)	
ASA:			
I	0	6,25% (n=1)	0,791
II	63,6% (n=14)	50% (n=8)	
III	31,8% (n=7)	37,5% (n=6)	
IV	4,5% (n=1)	6,25% (n=1)	
Neoadyuvancia:			
No	90,9% (n=20)	93,75% (n=15)	1,000
Sí	9,1% (n=2)	6,25% (n=1)	
Abordaje quirúrgico:			
Laparoscopia	81,8% (n=18)	62,5% (n=10)	0,267
Abierto	18,2% (n=4)	37,5% (n=6)	
Complicaciones:			
No	95,5% (n=21)	68,75% (n=11)	0,065
Sí	4,5% (n=1)	31,25% (n=5)	
Tipo histológico:			
Fusiforme	77,3% (n=17)	67,5% (n=14)	0,815
Epiteloide	4,5% (n=1)	0	
Mixto	18,2% (n=4)	12,5% (n=2)	
Tamaño (cm)	6,8 ± 5,4	7,9 ± 8,1	0,599
Tamaño:			
≤ 2 cm	18,2% (n=4)	0	0,095
> 2 y ≤ 5 cm	40,9% (n=9)	37,5% (n=6)	
> 5 y ≤ 10 cm	18,2% (n=4)	50% (n=8)	
> 10 cm	22,7% (n=5)	12,5% (n=2)	
Mitosis:			
≤ 5 por 50 CGA	81,8% (n=18)	62,5% (n=10)	0,267
> 5 por 50 CGA	18,2% (n=4)	37,5% (n=6)	
Rotura tumoral:			
No	95,5% (n=21)	75% (n=12)	0,141
Sí	4,5% (n=1)	25% (n=4)	
Tipo de resección:			
R0	95,5% (n=21)	75% (n=12)	0,188
R1	0	6,25% (n=1)	
R2	4,5% (n=1)	18,75% (n=3)	

Figura 1

Tabla 2.

	GIST gástricos (n=22)	GIST extragástricos (n=16)	p
Clasificación de Miettinen:			
Ningún riesgo	18,2% (n=4)	0	0,004
Muy bajo riesgo	36,4% (n=8)	0	
Bajo riesgo	13,6% (n=3)	37,5% (n=6)	
Riesgo intermedio	18,2% (n=4)	18,75% (n=3)	
Alto riesgo	13,6% (n=3)	43,75% (n=7)	
Clasificación de Joensuu:			
Muy bajo riesgo	18,2% (n=4)	0	0,367
Bajo riesgo	36,4% (n=8)	37,5% (n=6)	
Riesgo intermedio	18,2% (n=4)	18,75% (n=3)	
Alto riesgo	27,2% (n=6)	43,75% (n=7)	
Adyuvancia:			
No	81,8% (n=18)	50% (n=8)	0,037
Sí	18,2% (n=4)	50% (n=8)	
Persistencia-recidiva:			
No	95,5% (n=21)	56,25% (n=9)	0,005
Sí	4,5% (n=1)	43,75% (n=7)	
ILE (meses)	38,3 ± 6,3	29,1 ± 7	0,247
SG (meses)	44,2 ± 5,9	45 ± 7	0,619

ILE: Intervalo libre de enfermedad; SG: supervivencia global.

Figura 2

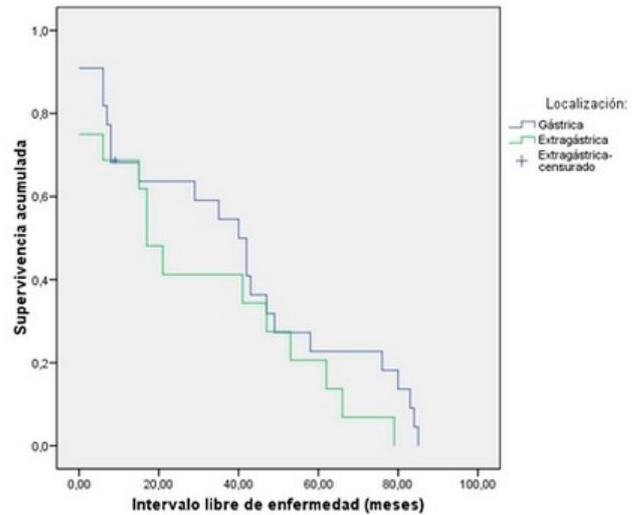


Figura 3

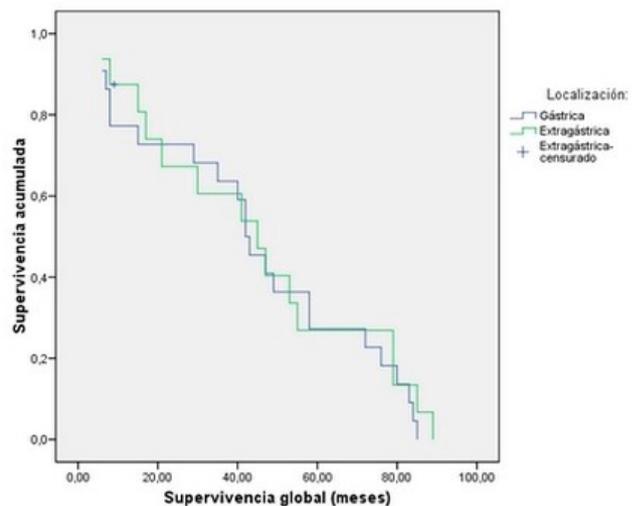


Figura 4

210106. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO PARA EL MANEJO URGENTE DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDAS

L Sobrino Brenes, M Retamar Gentil, J Reguera Rosal, C Olivares Oliver, P García Muñoz, F Oliva Mompeán, JA López Ruiz

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

Introducción: La obstrucción intestinal por bridas es uno de los diagnósticos quirúrgicos más frecuentes en urgencias, hasta el 93% de los pacientes con laparotomía la presentarán a lo largo de su vida, con una tasa de éxito con manejo conservador del 70-90%. La literatura avala el manejo laparoscópico en casos seleccionados: sospecha de brida única, menos de una laparotomía previa, en ausencia de signos de sufrimiento intestinal y menos de 24 horas de evolución. El objetivo de este trabajo es exponer nuestra experiencia

en el tratamiento mínimamente invasivo de la obstrucción intestinal por bridas.

Material y métodos: Presentamos un estudio observacional prospectivo en el que se incluyen todos los pacientes con sospecha de obstrucción intestinal por bridas en la TC, intervenidos vía laparoscópica desde junio de 2015 hasta abril de 2021 en nuestro servicio.

Resultados: Se incluyen un total de 43 pacientes, 28 mujeres (65,1%) y 15 hombres (34,9%), con una mediana de edad de 71 años. El 41,9% presentaban antecedentes de cirugía abdominal abierta, y el 23,3% tenía más de un antecedente quirúrgico. En el 62% de los casos se indicó la cirugía tras fracaso del manejo conservador con Gastrografin; en el resto se decidió el abordaje laparoscópico como primera medida terapéutica. La tasa de conversión total fue del 23% (n= 10): de los cuales 7 requirieron resección y anastomosis, y 2 sutura simple de perforación intestinal. Cinco pacientes se intervinieron pasadas 72 horas del inicio de la clínica, de los cuales el 42% requirió conversión. La tasa de conversión en los intervenidos entre las 24 y las 72 horas de evolución es del 21%. La tasa de complicaciones fue del 37,2% (n= 16), siendo necesaria la reintervención en 5 pacientes: tres por fuga anastomótica, uno por perforación y uno por reobstrucción. Se identificaron 3 infecciones de herida quirúrgica, 3 íleos paréticos y 2 colecciones intraabdominales. La estancia media fue de 9,7 días; seis pacientes requirieron una estancia hospitalaria superior a 20 días debido a complicaciones médico-quirúrgicas graves.

Conclusiones: El tratamiento laparoscópico de la obstrucción intestinal por bridas se presenta como alternativa segura y eficaz a la laparotomía. Para obtener un buen resultado es fundamental hacer una adecuada selección de los pacientes, siendo recomendable según nuestros resultados en aquellos con menos de 72 horas de evolución, con sospecha de brida en la TC y sin signos de sufrimiento intestinal en las pruebas complementarias. Durante la intervención se debe evitar manipular las asas más dilatadas para prevenir complicaciones, y es fundamental saber detectar aquellas situaciones que podrían beneficiarse de la conversión a laparotomía.

210108. LESIÓN INTESTINAL EN ASA DE BALDE TRAS TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

D Cabañó Muñoz, J Ruiz Pardo, B Estébanez, Á Reina Duarte

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

Introducción: Podemos definir el traumatismo abdominal como la lesión orgánica producida por la suma de la acción de un agente externo junto a las reacciones locales y generales que provoca el organismo ante dicha agresión. Se puede dividir en traumatismo abdominal cerrado y penetrante.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 19 años que es traída a nuestro hospital tras sufrir un politraumatismo por accidente de tráfico a causa de una colisión frontal de su coche contra un muro. A su llegada la paciente se mantiene con buena mecánica respiratoria y estabilidad hemodinámica. A la exploración llama la atención equimosis en el lugar del cinturón de seguridad. Se realiza body-TC donde se evidencia fractura de C1 - C2 y líquido libre abdominal en

moderada cuantía sin objetivar lesión en víscera maciza por lo que ante los hallazgos se decide laparotomía exploradora urgente. Se observa hemoperitoneo de unos 400 cc y lesión intestinal en asa de balde con perforación intestinal cercano a la lesión como muestra la imagen. Se realizó resección intestinal de la zona afectada (unos 15 cm) y anastomosis. A los 5 días se realiza cirugía de las fracturas de vértebras cervicales a cargo de neurocirugía. La paciente presentó buena evolución postoperatoria y actualmente se encuentra en rehabilitación motora.



Figura 1

Discusión: Los órganos afectados con mayor frecuencia en el traumatismo abdominal cerrado son: el bazo (40%-55%), el hígado (35%-45%) y el intestino delgado (5%-10%). Hay que prestar especial atención a los signos que advierten de un impacto de alta intensidad como la equimosis en el lugar del cinturón de seguridad. La equimosis periumbilical (signo de Cullen) o en flancos (signo de Turner) orientan a una hemorragia retroperitoneal. Los mecanismos de lesión en el traumatismo cerrado pueden ser por compresión, aplastamiento o cizallamiento de las vísceras abdominales. Otras lesiones pueden ser por desaceleración, en las que ocurre un movimiento diferencial entre las partes fijas y móviles del cuerpo. La lesión de intestino delgado o mesenterio en asa de balde es un ejemplo de lesión por desaceleración. Es frecuente que este tipo de lesiones precisen de una resección intestinal por la devascularización del tramo de asa afectada o por lesiones subyacentes.

Conclusión: La existencia en la TC de líquido libre en moderada cuantía con ausencia de traumatismo de víscera maciza y un mecanismo de lesión compatible debe hacer sospechar una lesión intestinal o mesentérica por desaceleración por lo que debería considerarse la laparotomía exploradora.

210109. GASTRITIS ENFISEMATOSA, UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE

CM Gras Gomez¹, J Ruiz Pardo², MM Rico Morales², PA Sánchez Fuentes², E Vídaña Marquez², P Moya Forcén², A Reina Duarte²

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

Introducción: La gastritis enfisematosa es una entidad infrecuente producida por la invasión de la pared gástrica por gérmenes productores de aire.

Caso clínico: Varón de 49 años, sin antecedentes de interés, que acudió por dolor abdominal. El paciente refería dolor abdominal en epigastrio de cuatro días de evolución. Asociaba vómitos que le impedían una adecuada ingesta alimentaria. En la exploración física destacaba una marcada distensión abdominal supramesocólica, con timpanismo y dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo. Se realizó una tomografía computarizada (TC), que mostró dilatación gástrica y presencia de gas en la pared gástrica de forma difusa. Ante los hallazgos, se decidió realizar un tratamiento conservador con sonda nasogástrica, antibioterapia y antifúngicos. Posteriormente, se realizó una gastroscopia que mostró una mucosa con patrón reticular, edematosa y eritematosa. Las biopsias endoscópicas fueron compatibles con gastritis crónica leve. El paciente evolucionó favorablemente y tras 6 meses de seguimiento se encuentra asintomático.

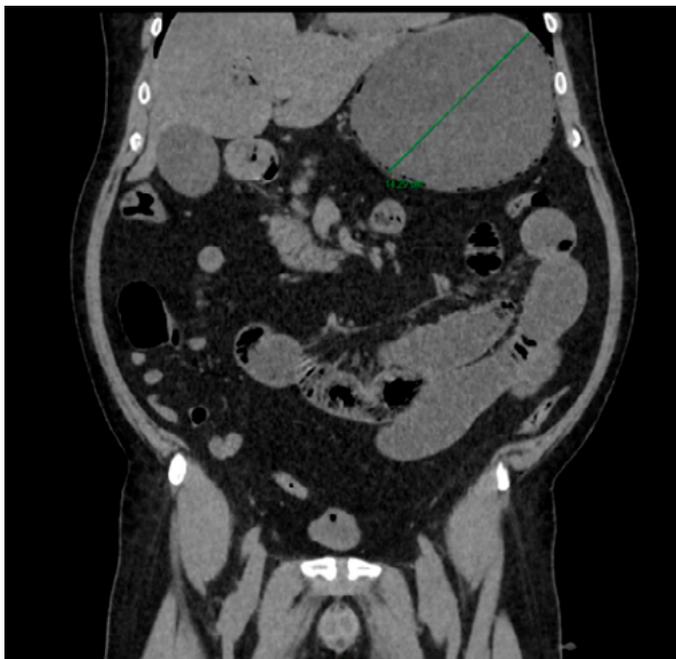


Figura 1

TC abdomen corte transversal.

Discusión: La gastritis enfisematosa es una patología infrecuente. Se caracteriza por la presencia de gas dentro de la pared gástrica debido a la invasión de la mucosa por microorganismos. La mucosa gástrica está muy vascularizada y el pH ácido hace que esta barrera se más resistente a las agresiones externas. Sin embargo, la ingesta de tóxicos, AINEs, abuso de alcohol, úlcera gástrica o cirugía abdominal pueden alterar dicha barrera, haciéndola más vulnerable a la translocación bacteriana.

También se asocia con enfermedades crónicas como la diabetes, el uso crónico de corticoides, citotoxinas y enfermedades reumáticas. Los microorganismos que se aíslan más frecuentemente son



Figura 2

TC abdomen corte coronal.

Escherichia coli, *Pseudomona aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter* y *Candida albicans*, aunque hasta en un 42% de los casos no se consiga identificar el causante.

La clínica incluye dolor abdominal, vómitos, fiebre, diarrea e incluso shock séptico. En la exploración física destaca la distensión abdominal y el dolor en epigastrio. La prueba de elección para el diagnóstico de sospecha es la TC, con una sensibilidad de hasta el 100%, detectando gas en la pared gástrica y neumatosis portal. En la gastroscopia la mucosa presenta un aspecto inflamatorio y erosivo, pudiendo encontrar áreas de necrosis en la pared.

El tratamiento es la instauración precoz de antibioterapia de amplio espectro y el soporte vital, reservando la cirugía en los casos donde no existe buena respuesta, sepsis severa o perforación gástrica. A pesar de la instauración precoz del tratamiento, la gastritis enfisematosa tiene una alta morbilidad y una mortalidad de hasta el 60%.

210110. PSEUDOANEURISMA INTRAESPLÉNICO POSTRAUMÁTICO

D Cabañó Muñoz, R Torres Fernández, I Teruel Lillo, Á Reina Duarte

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

Introducción: El bazo es uno de los órganos más frecuentemente afectados en los traumatismos abdominales cerrados, hasta en un 60% de los casos. El manejo no operatorio del traumatismo esplénico está más extendido gracias al uso de la TC con fase arterial y venosa.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 17 años que tras sufrir un accidente de moto es derivado a nuestro hospital. A su llegada, el paciente se mantiene con buena mecánica respiratoria y estabilidad hemodinámica. Presenta traumatismo costal izquierdo. Se realiza extracción sanguínea con hemoglobina de 14 g/dL y se realiza body-TC en el que se encuentran los siguientes hallazgos: fractura de

noveno arco costal izquierdo con pequeño hematoma perirrenal en polo superior de riñón izquierdo y laceración esplénica de más de 3 cm asociado a pequeña cantidad de hemoperitoneo. Se diagnostica de traumatismo esplénico grado III de la AAST o traumatismo moderado por la WSES. Dada la estabilidad hemodinámica del paciente se decide manejo no operatorio e ingreso para vigilancia. A los 7 días del ingreso se realiza TC de control donde se evidencia pseudoaneurisma intraesplénico (Figura 1). Se procede a la realización de arteriografía con canalización supraseductiva de arteria polar inferior y se emboliza con coils obteniendo buen resultado en control posterior (Figura 2).



Figura 1

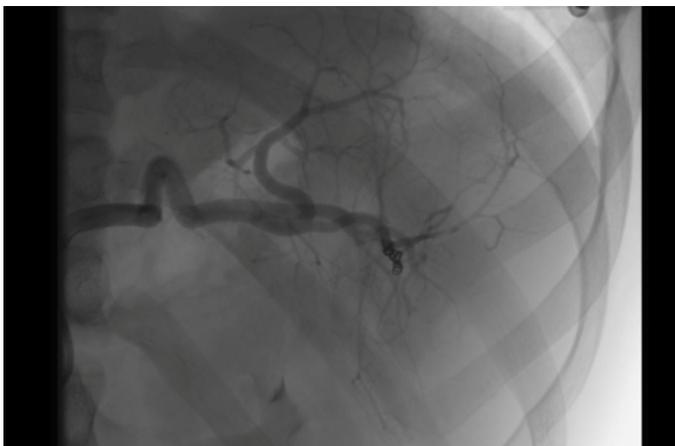


Figura 2

Discusión: El grado de lesión esplénica se puede clasificar por la American Association for the surgery of Trauma (AAST) en grados del I al V y por la World Society of Emergency Surgery (WSES) en traumatismo leve, moderado y severo. El factor determinante para la decisión en el manejo de este tipo de pacientes es la estabilidad hemodinámica. El manejo no operatorio se podría indicar incluso en traumatismos grado V o severo con estabilidad hemodinámica, aunque el fracaso del mismo se estima entre un 54% y un 87%. En pacientes con evidencia de sangrado activo y estabilidad hemodinámica se recomienda arteriografía – embolización como primera línea de tratamiento independientemente del grado de la lesión. Se recomienda la repetición de la TC durante el ingreso en los pacientes con traumatismo moderado y severo. La TC tiene una

sensibilidad del 90% para la identificación de pseudoaneurisma. En presencia de anomalías vasculares tras el traumatismo, como la formación de pseudoaneurismas, está indicada la arteriografía – embolización. La literatura no es concluyente con el lugar de la embolización (proximal o distal). La utilización de coils es preferible a los agentes embolizantes líquidos.

210111. A PROPÓSITO DE UN CASO: INVAGINACIÓN DE COLON TRANSVERSO SECUNDARIA A ADENOCARCINOMA COLORRECTAL:

CM Gras Gomez, J Ruiz Pardo, P Sanchez Fuentes, E Vidaña Marquez, P Moya Forcen, B Estebanez Ferrero, A Reina Duarte

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

Introducción: La invaginación intestinal en adultos es una entidad poco común. Supone el 5% de todas las invaginaciones.

Caso clínico: Presentamos a un varón de 84 años sin antecedentes de interés con dolor abdominal crónico, presentado de manera intermitente y meses de evolución, localizado en hemiabdomen superior derecho. A la exploración física presentaba un abdomen blando y depresible, no doloroso donde no se palpaban masas ni megalias. En la tomografía computerizada se objetivó una invaginación de colon transverso secundaria a una masa que fue estudiada por colonoscopia encontrando una lesión neoplásica compatible en biopsia con adenocarcinoma infiltrante. El paciente fue intervenido de manera programada y mediante abordaje laparoscópico, realizando una hemicolectomía derecha ampliada con linfadenectomía, con anastomosis laterolateral mixta isoperistáltica. Tras un postoperatorio sin complicaciones, el paciente recibió el alta hospitalaria a los 5 días.

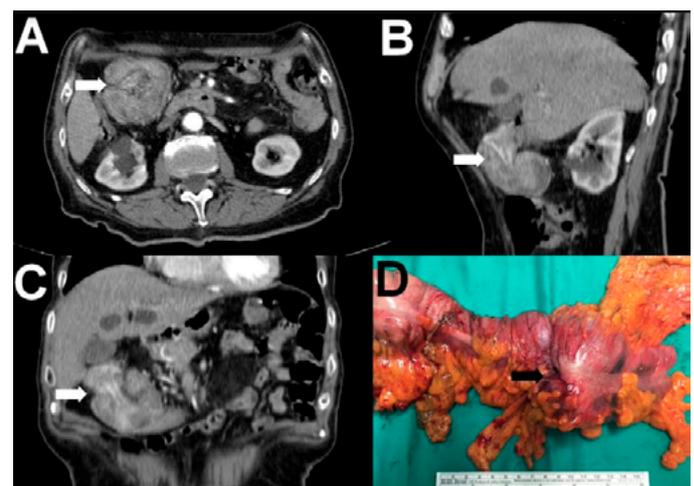


Figura 1

Invaginación.

El informe histopatológico corroboró el diagnóstico de invaginación colocolica debido a un adenocarcinoma de colon trasverso, con márgenes de resección libres, que alcanzaba la

subserosa y sin adenopatías metastásicas en los 20 ganglios linfáticos aislados (pT3N0). Tras 6 meses de seguimiento el paciente está asintomático y libre de enfermedad.

Discusión: La invaginación colocolica secundaria a un adenocarcinoma de colon transversal es infrecuente, habiéndose descrito muy pocos casos en la literatura científica. Tiene lugar en pacientes con una edad media de 67,5 años, siendo más frecuente en el sexo masculino. Respecto a la clínica de la invaginación intestinal, la triada clásica de dolor abdominal, masa palpable y heces en jalea de grosella, que es típica en niños, es rara en adultos, donde los síntomas pueden ser inespecíficos. Aproximadamente el 82,6% tienen dolor abdominal, el 49,7% náuseas o vómitos, el 21,9% una masa abdominal palpable, el 20,1% diarrea, el 18,9% heces con sangre y el 13,9% fiebre. En cuanto al diagnóstico se refiere, la TC es la prueba más útil, con una precisión diagnóstica del 58-100%. En adultos, debido a que la invaginación ileocolica o colocolica es secundaria a una lesión subyacente en la mayoría de los casos, la colonoscopia puede permitir la toma de biopsias para lograr un diagnóstico etiológico preciso y con ello un tratamiento adecuado. Considerando el alto porcentaje de malignidad en las invaginaciones ileocolicas y colocolicas, se recomienda una resección en bloque del segmento invaginado sin reducción del mismo, para evitar así la siembra intraluminal o la diseminación venosa del tumor. Debemos tener en cuenta respecto al tratamiento quirúrgico la considerable morbilidad postoperatoria, que representa aproximadamente un 22,1%.

210112. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

M Neuhaus Nevado, C Jiménez Mazure, C Rodríguez Silva, Y Pulido Roa, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Describir nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo primario (HPTP).

Material y métodos: Estudio descriptivo realizado en un centro de referencia de cirugía endocrina. Se incluyeron los pacientes intervenidos quirúrgicamente por HPTP en el periodo comprendido entre enero de 2016 y noviembre de 2020, con un seguimiento postquirúrgico mínimo de 6 meses. Se excluyeron los pacientes intervenidos por HPTP recidivante o persistente, y los pacientes con pérdida de seguimiento. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), patología y sintomatología previa, valores de calcemia y parathormona (PTH) preoperatorios, estudio topográfico, abordaje quirúrgico, complicaciones, resultados anatomopatológicos y evolución (curación, persistencia o recurrencia).

Resultados: Durante este periodo se han intervenido 105 pacientes, con edades comprendidas entre 32 y 86 años (media±DS: 61,9±11,5), con un claro predominio del sexo femenino (86,7%). Los síntomas se presentan en la **figura 1**. Los valores de calcemia y PTH preoperatorios fueron de 11,1(±0,89) mg/dl y 203,5(±176,3) pg/ml, respectivamente. Se realizó a todos los pacientes estudio preoperatorio mediante ecografía y gammagrafía/SPECT. La ecografía localizó la lesión en un 60% de los casos y hubo captación en el 86,7%

(consonante con la ecografía en el 47,3% de los casos y disonante en el 34,4%). Se realizaron paratiroidectomías selectivas en un 76,2% de los casos y exploraciones cervicales (EC) en el resto. Se utilizó la monitorización de PTHio en 92,3% de los pacientes, y en 4 hubo que avanzar desde una técnica mínimamente invasiva hasta una EC por ausencia de descenso adecuado. En 10 pacientes se practicó cirugía tiroidea simultánea. Se empleó la neuromonitorización del nervio laríngeo recurrente en el 64,8% de los pacientes, consiguiendo buena señal en 95,7%. No hubo complicaciones graves (éxito, hematoma asfíctico ni lesión recurrencial bilateral). Un total de 6 pacientes (5,7%) presentaron disfonía en el postoperatorio (4 transitorias y 2 permanentes). 14 pacientes (13,3%) presentaron hipoparatiroidismo (10 transitorio y 4 permanente); de los permanentes fueron 3 asociados a cirugía tiroidea. La anatomía patológica se muestra en la **figura 2**. En 98 pacientes (93,3%) se consiguió la curación del HPTP, hubo 6 casos de HPT persistente y un solo caso de HPT recurrente (por segundo adenoma contralateral no localizado previamente).

Síntomas (80%)	Dolores óseo / osteoporosis	Litiasis renales	Crisis hipertensivas	Astenia/fatiga
	41%	39%	10%	6.7%

Figura 1

Síntomas asociados a HPTP.

Anatomía patológica	Adenoma	Hiperplasia	Glándula normal	Ausencia de tejido paratiroideo	Carcinoma paratiroides
	90 (85.7%)	6 (5.7%)	6 (5.7%)	2 (1.9%)	1 (0.95%)

Figura 2

Resultados de anatomía patológica.

Conclusiones: Se presenta la descripción de una amplia cohorte de pacientes con HPTP tratados quirúrgicamente. A pesar de la elevada complejidad global (varios casos asocian cirugía tiroidea), se obtiene una buena proporción de curación (normalización del calcio sérico tras 6 meses) con una baja tasa de complicaciones.

210113. CARCINOMA DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO EN COLON ASCENDENTE CON METÁSTASIS ÓSEAS Y PULMONARES SIN AFECTACIÓN HEPÁTICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

AJ Serrán Perea¹, F Grasa González¹, S Ayllón Gámez¹, S Antúnez Martos¹, LJ Bollici², M López Zurera¹, D Palomo Torroero¹, F Serratos¹, J Dávila Guerra¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Serranía, Ronda. ²Servicio Cirugía General. Hospital Comarcal de la Serranía, Ronda.

Introducción: Paciente derivada del Servicio de Digestivo con diagnóstico de neoplasia de colon, con anatomía patológica de carcinoma de células en anillo de sello.

Los estudios de extensión evidenciaron la presencia de metástasis óseas y pulmonares sin afectación hepática.

Se plantea el caso en Comité de Tumores, decidiéndose hemicolectomía derecha y posterior tratamiento complementario de las metástasis

Caso clínico: Mujer de 58 años sin antecedentes de interés.

En estudio por SOH, se le realiza colonoscopia donde se visualiza masa ulcerada de aspecto neoplásico e infiltrativo en región cecoascendente. La anatomía patológica evidenció lesión con adenocarcinoma de células en anillo de sello.

El estudio de extensión mostró adenopatías locorregionales, lesiones líticas con componente de parte blandas a nivel de la porción anterior del cuerpo vertebrales T12, L1, L2 y L3, foco en cabeza húmero izquierdo y en tercio distal fémur izquierdo y masa en el segmento VI pulmonar izquierda de 40 milímetros sugerentes de neoplasia

Se realiza hemicolectomía derecha oncológica obteniendo una pieza con resultados anatomopatológicos de adenocarcinoma en célula en anillo de sello pT4a pN2b (14/22) con imágenes de invasión linfo-vascular y sin evidencia de invasión perineural



Figura 1

Masa en cecoascendente.

Discusión: El CCR metastásico sin afectación hepática supone un 6% de los CCR. El desarrollo de metástasis óseas sin afectación hepática supone un 1,2% siendo más frecuente en cáncer de recto y menos en colon derecho. La columna vertebral es el sitio más común para las metástasis óseas de CCR, siendo aún menos frecuente la afectación de huesos largos como fémur o húmero

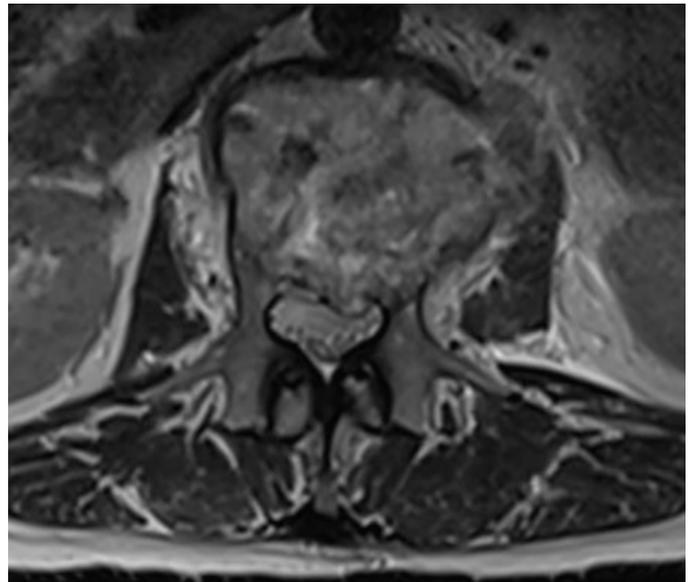


Figura 2

Metástasis vertebral.

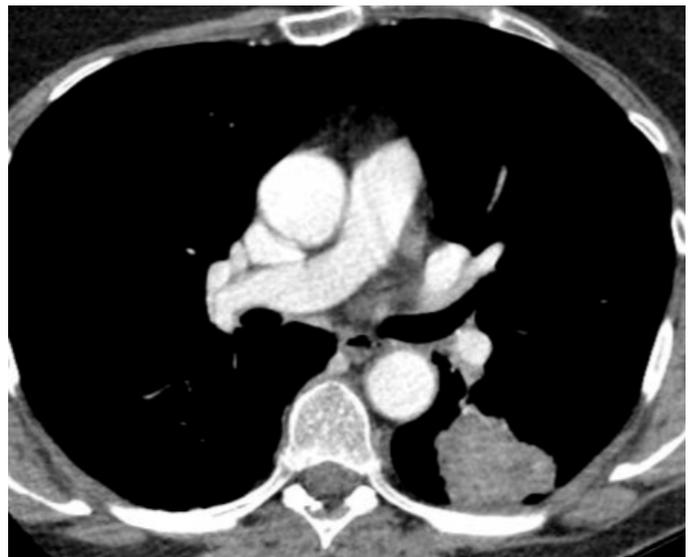


Figura 3

Masa en segmento VI P.I.

En la revisión bibliográfica realizada se han publicado 2 estudios al respecto, en 2016 y 2020 con muy pocos casos de CCR con metástasis ósea aisladas. Podemos concluir que la afectación ósea en el CCR suele ocurrir como progresión de la enfermedad y que en muy escasas ocasiones se puede presentar, como en nuestro caso, en el momento del debut de la enfermedad

Los CCR con histología de célula en anillo de sello tienen un peor pronóstico global y son el tipo más frecuente en las metástasis óseas

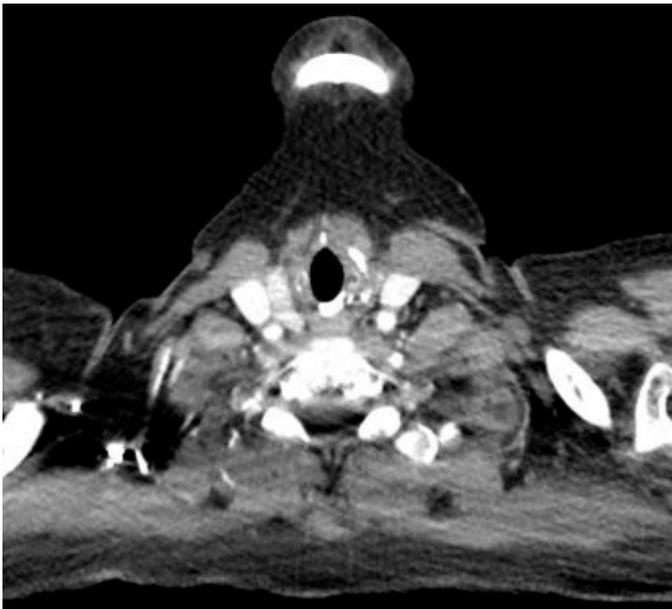


Figura 4
Ganglio supraclavicular .

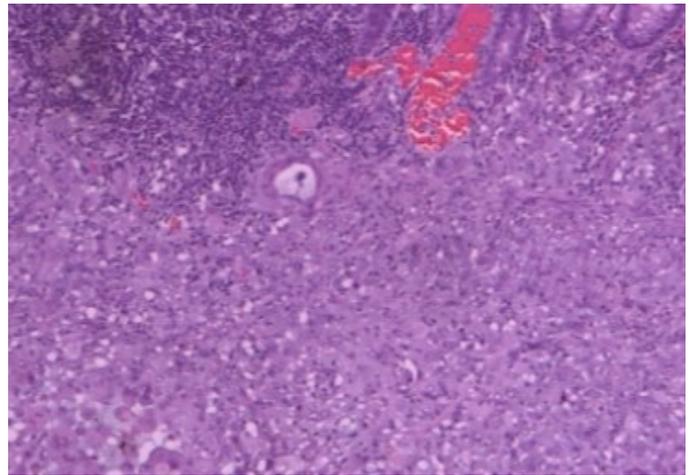


Figura 6
Primario anillo de sello.

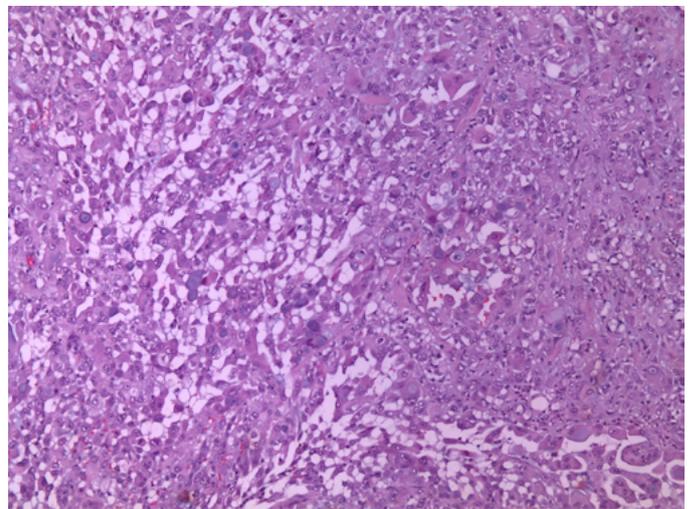


Figura 7
Metástasis anillo sello.

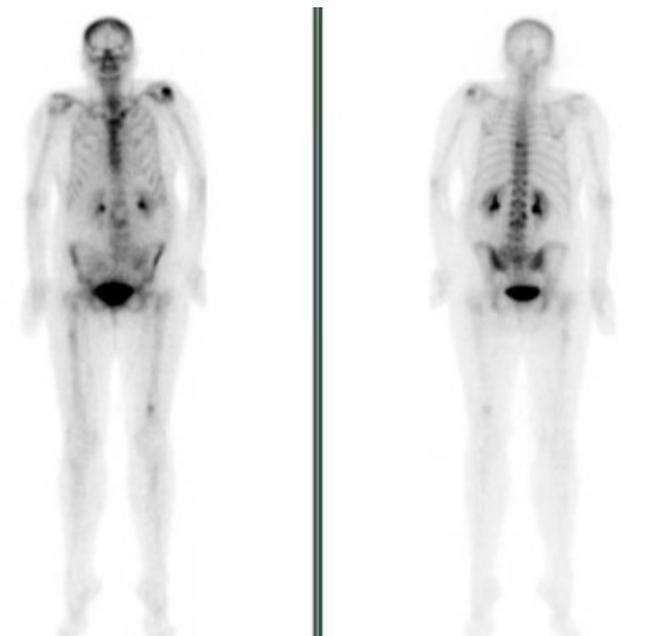


Figura 5
PET.

Reham Alghandour, Gehad A Saleh, Farida Ahmed Shokeir, et al. Metastatic colorectal carcinoma initially diagnosed by bone marrow biopsy: a case report and literature review. Journal of the Egyptian National Cancer Institute 2020 Jul 17;32

210114. PERFORACIÓN IATROGÉNICA DE COLON POST-COLONOSCOPIA: RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR Y QUIRÚRGICO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA DIGESTIVA

FJ Campos-Martínez, JE Falckenheiner-Soria, DA Bernal-Moreno, MC de la Vega-Olías, M Barrionuevo-Gálvez, JM Salas-Álvarez, V Vega-Ruíz

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real

BIBLIOGRAFIA

Rita Assi, Deborah Mukherji, Ali Haydar, et al. Metastatic colorectal cancer presenting with bone marrow metastasis: a case series and review of literature. Journal of Gastrointestinal Oncology 2016 Apr;7(2):284-97

Introducción: Nuestro objetivo es analizar los resultados obtenidos respecto al tratamiento no endoscópico (conservador y quirúrgico) de la perforación iatrogénica de colon (PIC).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de PIC en una unidad de Cirugía Digestiva (enero 2015 - diciembre 2020).

De un total de 22000 colonoscopias (terapéuticas / cribado), la PIC ocurrió en 23 pacientes (0,1%). Se seleccionaron pacientes no tratados endoscópicamente.

Resultados: Un total de 13 pacientes (5 hombres y 8 mujeres), con edad media de 64 años. La localización principal fue en sigma (46%). Más de la mitad de los casos se produjeron durante procedimientos terapéuticos (54%). La PIC fue detectada intra-colonoscopia en 7 pacientes, siendo el dolor abdominal predominante, con datos de peritonismo en más de un tercio (38,5%). Siempre se realizó un TAC, siendo el neumoperitoneo el signo radiológico principal.

A. INGRESO PIC UGC CIRUGÍA GENERAL	
N (%)	13 (56,5)
Edad media en años	64
Sexo, n (%)	
Masculino	5 (38,5)
Femenino	8 (61,5)
Colonoscopia Terapéutica	7 (54)
Localización, n (%)	
Sigma	6 (46)
Colon Descendente	2 (15,4)
Colon Ascendente	2 (15,4)
Otras	3 (23,2)
Clínica, n (%)	
Dolor	13 (100)
Fiebre	2 (15,5)
Peritonismo	5 (38,5)
TAC, n (%)	13 (100)
Neumoperitoneo	12 (92)
Líquido Libre	4 (31)
Diagnóstico, n (%)	
Intra-Colonoscópico	7 (54)
< 24h	3 (23)
>24h	3 (23)
Manejo, n (%)	
Conservador	4 (31%)
Quirúrgico	9 (69%)
Estancia en días, mediana	10 (7-13)
Mortalidad, n (%)	2 (15)

Figura 1

Datos generales ingreso PIC en servicio de Cirugía.

B. MANEJO CONSERVADOR	
N (%)	4 (31)
Diagnóstico, n (%)	
< 24h	3 (75)
>24h	1 (25)
Efectivo, n (%)	
Sí	2 (50)
No	2 (50)
Tratamiento Quirúrgico, n (%)	
Colectomía + Anastomosis	2 (100)
Reintervención Hartmann	1 (50)

Figura 2

Resultados tratamiento conservador PIC.

El tratamiento conservador se asumió en 4 pacientes (31%), siempre sin datos de peritonismo, sepsis o líquido libre en TAC. La tasa de éxito fue del 50%, siendo necesaria la cirugía en menos de 48 horas desde el ingreso ante mala evolución clínica y analítica. La técnica quirúrgica realizada fue la colectomía + anastomosis, siendo necesaria la reintervención mediante Hartmann en el 50%.

En la mayoría de los pacientes se optó por cirugía de entrada (69%). En más del 50% de los pacientes se realizó ante un diagnóstico precoz en menos de 24 horas, aunque en casi la mitad se optó por una colectomía + anastomosis o una intervención de Hartmann. Sin embargo, la principal técnica realizada fue la sutura simple (45%) al ser la mayoría de las lesiones inferi. Respecto a las complicaciones (22%), destacan la dehiscencia de sutura y el absceso intraabdominal.

La mortalidad total fue del 15%.

C. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	
N (%)	9 (69)
Diagnóstico, n (%)	
Intra-Colonoscópico	7 (78)
>24h	2 (22)
Tipo Cirugía, n (%)	
Laparoscópica	4 (44)
Abierta	5 (56)
Técnica Quirúrgica, n (%)	
Sutura Simple	4 (45)
Resección en Cuña	1 (11)
Colectomía	2 (22)
Hartmann	2 (22)
Tamaño <2cm, n (%)	7 (78)
Sutura Simple	4 (57)
Resección en Cuña	1 (14)
Colectomía	2 (29)
Complicaciones, n (%)	3 (22)
Dehiscencia Sutura	1 (50)
Absceso Intraabdominal	1 (50)
Reintervención, n (%)	1 (11)
Hartmann	1 (100)

Figura 3

Resultados tratamiento quirúrgico PIC.

Conclusiones: La PIC supone una complicación rara aunque grave, cuya incidencia máxima aceptable debe ser: <0,1% en colonoscopia diagnóstica y $\leq 1\%$ en la terapéutica. El tratamiento de la PIC depende del momento del diagnóstico, el tamaño de las lesiones y el estado clínico del paciente. El manejo endoscópico se plantea fundamentalmente intra-colonoscópico y en lesiones pequeñas. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico es necesario en un alto porcentaje de pacientes pese a posibilidad de manejo endoscópico, además de alternativa al manejo conservador.

Nuestra experiencia determina que tanto la incidencia de PIC como la mortalidad cumplen estándares de calidad. Y que el procedimiento quirúrgico realizado es el correcto según el periodo de diagnóstico y las características de la perforación, incluyendo la opción quirúrgica ante el fracaso de medidas conservadoras, con una baja tasa de complicaciones.

210115. LINFOMA BURKITT CON AFECTACIÓN ILEOCECAL. FORMA INFRECIENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

A Cisneros Ramírez, T Gallart Aragón, S Delgado Carrasco, A Díaz Granados, B Mirón Pozo

Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada.

Introducción: El linfoma Burkitt es una variedad de Linfoma No Hodgkin infrecuente en nuestro medio. Este linfoma suele presentarse como una tumoración de gran tamaño con crecimiento rápido y agresivo. En este trabajo describimos un caso de obstrucción intestinal por neoplasia en ciego por Linfoma Burkitt.

Caso clínico: Paciente de 51 años con antecedente de DM2, esquizofrenia paranoide y SAOS quien consulta por cuadro de 4 días de evolución de dolor, distensión abdominal y disnea. Se realiza TC que informa engrosamiento difuso del ciego con extensión de hasta 16 cm que engloba válvula ileocecal con dilatación retrograda de asas de intestino delgado y lesión sólida en contacto con cola del páncreas compatible con implante peritoneal. Es intervenido de forma urgente realizando una laparotomía exploradora evidenciado ascitis quilosa y gran masa englobando íleon terminal y ciego con dilatación retrograda e implantes peritoneales, se realiza hemicolectomía derecha con resección de 70cms de íleon + omentectomía e ileostomía terminal de brook. La anatomía patológica informó Linfoma Burkitt clasificándose estadio IV.

El paciente presenta una evolución favorable desde el punto de vista abdominal iniciando Quimioterapia 1ª Línea BURKIMAB14

Discusión: El linfoma Burkitt es un tipo de Linfoma No-Hodgkin de Célula B madura altamente agresivo, asocia grandes masas tumorales de crecimiento rápido con frecuente afección extraganglionar.

Existen 3 formas de presentación clínica: Endémica, se encuentra principalmente en África y suele asociarse al VEB. Esporádica, la más frecuente en nuestro entorno, cuya principal zona de afectación es el intestino y por último, la asociada a inmunodeficiencia.

Suele afectar principalmente a niños y jóvenes y la forma de presentación clínica es inespecífica lo que conlleva al retraso diagnóstico. En caso de presentarse como un cuadro abdominal agudo con obstrucción intestinal, masa abdominal o intususcepción, la cirugía suele estar indicada como medida diagnóstico-terapéutica, tal y como hemos realizado con este caso en el que el paciente presentaba un cuadro obstructivo y deterioro generalizado, se optando por realizar una hemicolectomía derecha con resección oncológica de segmentos afectos.

Algunos estudios han demostrado un aumento de la supervivencia (58%-89%) en pacientes con resección quirúrgica completa versus resección parcial o incompleta (40%-45%) en 2-5 años.

La obstrucción intestinal secundaria a Linfoma Burkitt es una patología sumamente infrecuente en nuestro entorno, a pesar de esto ante un paciente con una gran masa abdominal acompañada de síndrome constitucional debemos sospechar del Linfoma intestinal con sus diversas variantes, pues realizando un diagnóstico temprano y tratamiento precoz incrementaremos la supervivencia de los pacientes.

210116. PLAN DE ACTUACIÓN EN FALLO INTESTINAL CRÓNICO. EXPERIENCIA UNICÉNTRICA.

M Álvarez-Aguilera¹, F Hinojosa-Ramírez¹, MJ Cuevas-López¹, V Durán Muñoz-Cruzado¹, MP Serrano Aguayo², F Pareja Ciuró¹, FJ Padillo Ruiz¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla. ²UGC Endocrinología y Nutrición. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: En este estudio se pretende analizar las causas del fallo intestinal crónico de nuestro centro, así como el manejo y las complicaciones asociadas al mismo.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio observacional y retrospectivo de una serie de casos de fallo intestinal tipo 3 en seguimiento conjunto por las unidades de Endocrinología y Nutrición y Cirugía General de un hospital español de tercer nivel, utilizando para ello la base de datos interna de dicha unidad, desde 1993 hasta la actualidad. Las variables analizadas han sido demográficas, quirúrgicas y relativas a las complicaciones asociadas al tratamiento de esta patología.

Resultados: 10 pacientes con FIC fueron tratados en nuestro centro, 5 mujeres y 5 hombres, con una edad media de 50 años (DS $\pm 19,5$).

El intestino corto fue la causa más frecuente, presente en el 60% de los casos, siendo el 66,7% secundarios a resecciones masivas por isquemia intestinal.

Estos pacientes precisaron, de media, 5,8 reintervenciones (DE ± 6.1). El 60% de los pacientes del grupo continúa siendo portador de ostomía (83% ileostomía), con una tasa de reconstrucción del tránsito del 30% en el global de la serie.

A largo plazo, el 80% de los pacientes requirieron nutrición parenteral domiciliaria de forma permanente. La complicación más frecuente asociada a la misma fueron las bacteriemias por catéter venoso central, presentando el 50% de ellos al menos un episodio durante el seguimiento, con 2 casos de shock séptico asociados. Por otro lado, en el 30% de los pacientes se detectaron alteraciones del perfil hepático, ninguna de ellas irreversible. En ninguno de los casos existió indicación para trasplante intestinal.

El tiempo medio de seguimiento fue de 126.8 meses (DS \pm 114.7), sin que hubiera mortalidad en la serie.

Conclusiones: El fallo intestinal crónico es una entidad de difícil manejo, en la mayoría de los casos siendo secundario a resecciones intestinales masivas, que requiere de un equipo multidisciplinar para este cometido. El seguimiento de esta patología debe realizarse por unidades especialidades de Nutrición, jugando un papel clave el uso de nutrición parenteral domiciliaria. Estos equipos, a su vez, necesitan estar asistidos por un equipo quirúrgico experto para valoración de las posibilidades de restitución del tránsito, contribuyendo así a un manejo óptimo de esta patología.

210117. TUMOR FIBROSO SOLITARIO EXTRAPLEURAL EN FOSA ISQUIORRECTAL

JA Navas Cuéllar, FJ Jiménez Vega, A García Vico, JM Lorente Herce, J Cañete Gómez

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: Los tumores de la fosa isquiorrectal son excepcionales. Pueden ser tumoraciones sólidas o quísticas, incluyendo el diagnóstico diferencial diversas entidades de origen inflamatorio, tumoral o derivadas de alteraciones del desarrollo embrionario. Presentamos el caso clínico de un paciente que presenta una tumoración de partes blandas en región isquiorrectal que resultó ser un tumor fibroso solitario extrapleural (TFSE) tras estudio histológico, resultando ésta una localización muy infrecuente. Describimos el abordaje quirúrgico realizado.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 36 años, sin antecedentes de interés, valorado en consulta por presentar una tumoración de partes blandas en región perianal izquierda, de crecimiento progresivo, sin proctalgia ni otros síntomas asociados. A la exploración se observa una tumoración indurada, sin relación con el canal anal en el tacto rectal. La rectoscopia realizada en consulta es normal. Se solicita una RMN pélvica c/c iv que informa de una masa sólida polilobulada, bien definida, de 6 cm de diámetro mayor, que ocupa la fosa isquiorrectal izquierda sin relación con el complejo esfinteriano ni otras estructuras cercanas. Se decide someter al paciente a intervención quirúrgica programada para exéresis completa y en bloque de la lesión, mediante abordaje perineal, respetando esfínter externo, recto y músculo elevador del ano. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo dada de alta el mismo día. El estudio histológico de la pieza quirúrgica describe una lesión compatible con tumor fibroso solitario extrapleural. Entre sus características destaca el ser marcadamente celular con pleomorfismo celular moderado, un índice mitótico máximo de 3 mitosis /10 HPF y una fracción proliferativa con Ki-67 del 5%.

Discusión: El hemangiohistiocitoma o tumor fibroso solitario extrapleural (TFSE) es una lesión que suele presentarse de forma aislada y deriva de los fibroblastos del mesénquima submesotelial. La mayoría son de naturaleza benigna, aunque pudiendo malignizar. Su localización es pleural en un 60% de los casos. Otras localizaciones son más infrecuentes (retroperitoneo, pelvis...). Su localización en fosa isquiorrectal es muy rara. Suele tener un curso asintomático, con crecimiento lento y progresivo. Los síntomas que produzca dependerán del tamaño que alcance la lesión y su relación con estructuras cercanas. El diagnóstico se alcanza con pruebas de imagen, y su tratamiento curativo implica la exéresis completa, por abordaje perineal como técnica de elección.

210118. INFECCIÓN POR SARS-COV-2 Y SECUELAS INTESTINALES: A PROPÓSITO DE UN CASO CON IMPLICACIÓN DE FITOBEZOAR

JA Blanco Elena, L Pico Sánchez, MT Robles Quesada, J Granados García

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

Introducción: La obstrucción intestinal por material orgánico no digerible de origen vegetal constituye un cuadro clínico infrecuente (0,4-4% de cuadros oclusivos). Así mismo, el síndrome adherencial es una entidad que puede condicionar la aparición de un cuadro oclusivo. Aunque la causa más frecuente de formación de adherencias intraperitoneales es el antecedente de manipulación quirúrgica de la cavidad abdominal, diferentes fenómenos inflamatorios o metabólicos pueden condicionar la aparición de las mismas. Presentamos el caso de un paciente con síndrome adherencial (causa facilitante) de un cuadro obstructivo por fito bezoar (causa precipitante).

Caso clínico: Varón de 53 años, con infección por SARS-CoV-2 hacía 4 meses, que ingresa por intolerancia oral de varios días de evolución. El paciente refiere cuadros similares de menor intensidad durante los meses previos, que se habían autolimitado. A la exploración destaca la presencia de abombamiento abdominal. En TAC se objetiva de dilatación moderada de asas de intestino delgado a nivel del tracto proximal. Ante la persistencia del cuadro 24 horas tras el ingreso y la ausencia de antecedentes quirúrgicos abdominales se decide cirugía urgente, durante la que se objetiva síndrome adherencial abigarrado en fase fibrosa con conformación de ovillo de asas en vacío derecho a nivel de yeyuno distal. Tras adhesiolisis extensa se identifica cuerpo extraño que, tras enterotomía, resulta corresponder con varias porciones de espárragos trigueros no masticados, el mayor de unos 5 centímetros (**Figura 1**).

Discusión: La obstrucción intestinal presenta una etiopatogenia multifactorial, pudiendo encontrarse diversas causas, tanto mecánicas como funcionales. El antecedente de infección por SARS-CoV2 que cronológicamente coincide con el inicio de la sintomatología abdominal (insidiosa y con carácter prodrómico con respecto al cuadro oclusivo) puede hacernos sospechar la relación causal que pudiera existir entre ambos fenómenos. El curso con síntomas intestinales (diarrea, dolor abdominal y distensión abdominal) durante la fase aguda de la infección refuerza dicho nexo etiopatogénico. Aunque el síndrome adherencial postinfeccioso es una entidad bien documentada en relación con determinados agentes



Figura 1

patógenos, no ha sido descrita de manera fehaciente en relación con el SARS-CoV-2, por lo que esta hipótesis, aunque plausible, debe tomarse con cautela.

Independientemente de la causa del síndrome adherencial, en nuestro caso este desempeñó un papel facilitador, estando la oclusión directamente causada por la impactación de material vegetal no digerible. Aunque este hecho sea infrecuente, es preciso sospechar esta entidad en aquellos casos de síndrome oclusivo intestinal sobre abdomen virgen en los que no hayan podido identificarse anomalías anatómicas que pudiera justificar el cuadro.

210119. SARCOMA PLEOMÓRFICO INDIFERENCIADO DE COLON ASCENDENTE: UNA ENTIDAD INFRECUENTE

J Ruiz Pardo, E Vídaña Márquez, J Martín Cano, PA Sánchez Fuentes, Z Gómez Carmona, B Estébanez Ferrero, P Moya, Á Reina Duarte

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

Introducción: Los sarcomas colorrectales primarios o tumores mesenquimales primarios de colon y recto son raros, representando el 0,1% de las neoplasias de colon. Cuando excluimos los tumores del estroma gastrointestinal, el leiomiosarcoma es el tumor más frecuente, con una frecuencia que puede oscilar entre el 57,5% y el 90%. Por otro lado, el histiocitoma fibroso maligno, que fue clasificado como sarcoma pleomórfico indiferenciado (SPI) por la OMS en 2002, es una variedad muy poco frecuente, representando el 0,7% de los tumores mesenquimales colorrectales.

Caso clínico: Mujer de 62 años que consultó por dolor abdominal y vómitos. Entre sus antecedentes destacaban un trastorno depresivo y tabaquismo. La paciente refería dolor abdominal difuso, aunque más acentuado en hemiabdomen derecho, así como vómitos de 24 horas de evolución. En la exploración física presentaba un abdomen distendido, doloroso en hemiabdomen derecho, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destacaba una PCR de 30,02 mg/dl y 25320 leucocitos. Se realizó una tomografía computarizada (TC) (Figura 1).

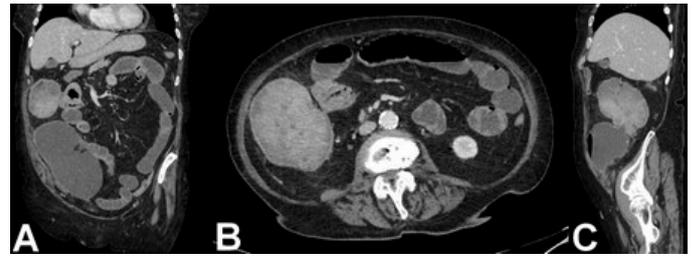


Figura 1

TC (cortes coronal (A), axial (B) y sagital (C)). Masa de 9x9x8 cm en el ángulo hepático del colon, que produce una obstrucción intestinal con dilatación de ciego e intestino delgado.

Se intervino mediante laparotomía media realizando una hemicolectomía derecha reglada con linfadenectomía D2 y anastomosis ileotransversa isoperistáltica laterolateral.

En el análisis histopatológico se objetivó un sarcoma pleomórfico indiferenciado de 11 cm, con márgenes quirúrgicos libres. Presentaba un 20% de necrosis, un índice mitótico de 13-14 mitosis por 10 CGA, extensa invasión linfovascular, extensa invasión venosa, grado (FNCLLL Grading) 3 (6 puntos: diferenciación 3 puntos, mitosis 2 puntos y necrosis 1 punto) y metástasis en 5 de 18 ganglios linfáticos aislados.

Tras el primer ciclo de quimioterapia (epirrubicina) y a los 3 meses de la cirugía, se evidenció una recidiva local así como metástasis hepáticas y pulmonares. Un mes después, la paciente falleció por progresión de la enfermedad.

Discusión: El SPI colorrectal es más frecuente en hombres que en mujeres, siendo la mediana de edad 62 años. El único tratamiento con intención curativa es la cirugía, que se basa en la resección quirúrgica completa en bloque con linfadenectomía regional extensa. El tratamiento adyuvante con quimioterapia y/o radioterapia es controvertido en este tipo de tumores, sobre todo por el escaso número de casos publicados. Aunque el SPI en extremidades no es radiosensible, la radioterapia podría estar indicada para el control local de la enfermedad, sobre todo en tumores de alto grado o con márgenes de resección positivos. En conclusión, el SPI de colon ascendente que debuta con obstrucción intestinal implica una mayor agresividad y un mal pronóstico.

210120. VESÍCULA BILIAR SUBDIAFRAGMÁTICA LATERAL HEPÁTICA DERECHA: UNA ECTOPIA VESICULAR DIAGNOSTICADA DE MANERA INCIDENTAL

J Ruiz Pardo, S López Saro, E Vídaña Márquez, J Martín Cano, PA Sánchez Fuentes, Z Gómez Carmona, P Moya, Á Reina Duarte

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

Introducción: La localización ectópica de la vesícula biliar es infrecuente, representando el 0,1-0,7% de los casos. Debido a su infrecuencia, se presenta un caso clínico de ectopia vesicular diagnosticada de manera incidental.

Caso clínico: Mujer de 83 años que acudió a Urgencias por dolor abdominal y vómitos de 3 días de evolución. Entre sus antecedentes personales destacaban: colitis ulcerosa y un cáncer de endometrio estadio IIIC intervenido. En la exploración física presentaba un abdomen blando y depresible, timpánico a la percusión, doloroso en mesogastrio e hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica presentaba: PCR de 9,13 mg/dl y 14160 leucocitos (77,7% de neutrófilos). En la tomografía computarizada (TC) se evidenció una obstrucción intestinal secundaria a eventración incarcerada infraumbilical, así como una vesícula biliar ectópica sin signos inflamatorios (figura 1).

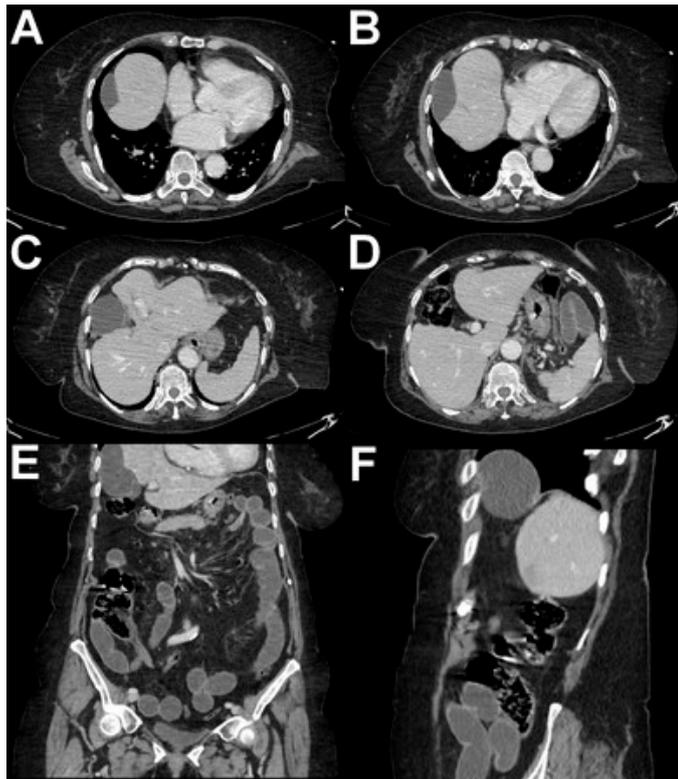


Figura 1

TC abdominal (cortes axiales (A, B, C, D), coronal (E) y sagital (F)). Ectopia vesicular situada en posición subdiafrágica lateral hepática derecha.

Se intervino mediante laparotomía infraumbilical realizando apertura de saco herniario y comprobando la viabilidad de las asas intestinales que se encontraban en su interior. Posteriormente se redujo el contenido herniario, se cerró el saco y se colocó una prótesis de polipropileno en el espacio preperitoneal. Tras una evolución satisfactoria la paciente recibió el alta hospitalaria a los 3 días.

Discusión: Las ectopias pueden localizarse en el lóbulo hepático izquierdo, en posición transversa, retrohepática, retroperitoneal, flotante, suprahepática, en el omento menor, retroduodenal, en el ligamento falciforme, en los músculos de la pared abdominal e incluso en el tórax. En el caso presentado, la vesícula se encontraba subdiafrágica (figuras 1A, 1B y 1F) y entre la parrilla costal y el hígado (figuras 1B, 1C y 1E).

210121. DIFERENCIAS CLÍNICAS, QUIRÚRGICAS, HISTOLÓGICAS Y PRONÓSTICAS ENTRE LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL YEYUNALES E ILEALES

J Ruiz Pardo¹, PA Sánchez Fuentes¹, E Vidaña Márquez¹, I Gorostiaga Altuna², B Estébanez Ferrero¹, C Gras Gómez¹, I Teruel Lillo¹, Á Reina Duarte¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²Servicio Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) de intestino delgado representan el 20-30% de todos los GIST. A su vez, el yeyuno representa los 2/5 de intestino delgado desde el duodeno (ángulo de Treitz) y el ileon los 3/5 restantes. El objetivo del estudio es analizar y comparar las diferencias clínicas, quirúrgicas, histológicas y pronósticas entre los GIST yeyunales e ileales.

Material y métodos: Estudio retrospectivo cuya población a estudio la componen los pacientes con GIST de intestino delgado intervenidos con intención curativa entre 2014 y 2020. Se incluyen aquellos con un seguimiento mínimo de 6 meses. Se excluyen aquellos con diseminación peritoneal evidenciada durante la cirugía. Se compran dos grupos: grupo 1 (GIST yeyunales) y grupo 2 (GIST ileales) Se analizan variables clínicas, quirúrgicas, histológicas y pronósticas. Se define persistencia como la presencia de enfermedad en los primeros 6 meses posteriores a la cirugía y la resección R1 o R2. La rotura tumoral se considera resección R2. Se define recidiva como la presencia de enfermedad a partir de los 6 meses posteriores a la cirugía. Para variables categóricas, los datos se expresan mediante frecuencias y porcentajes, y son comparados mediante el test de la Chi-cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher cuando es apropiado. Para variables cuantitativas continuas, los datos son expresados como media±desviación estándar. Se comprueba la distribución normal de las variables mediante el test de Shapiro-Wilk. Las variables cuantitativas son comparadas mediante el test de la t de Student para datos independientes cuando siguen una distribución normal. Si las variables cuantitativas no siguen una distribución normal se utiliza una prueba no paramétrica, el test de la U de Mann-Whitney. El método de Kaplan Meier se utiliza para analizar el intervalo libre de enfermedad (ILE) y la supervivencia global (SG), y el test log-rank para la comparación entre grupos. Un valor de $p < 0,05$ es considerado estadísticamente significativo.

Resultados: El grupo 1 (GIST yeyunales) estuvo formado por 8 pacientes y el grupo 2 (GIST ileales) por 4. En las figuras 1 y 2 y en las figuras 3 y 4 se analizan y comparan ambos grupos.

Conclusiones: No existen diferencias clínicas, quirúrgicas, histológicas ni pronósticas entre los GIST yeyunales e ileales.

Tabla 1.

	GIST yeyunales (n=8)	GIST ileales (n=4)	p
Edad (años)	64,6 ± 15	64 ± 4	0,938
Sexo:			
Hombre	62,5% (n=5)	50% (n=2)	1,000
Mujer	37,5% (n=3)	50% (n=2)	
Neoadyuvancia:			
No	87,5% (n=7)	100% (n=4)	1,000
Sí	12,5% (n=1)	0	
Abordaje quirúrgico:			
Laparoscopia	62,5 (n=5)	100% (n=4)	0,491
Abierto	37,5% (n=3)	0	
Complicaciones:			
No	62,5% (n=5)	100% (n=4)	0,491
Sí	37,5% (n=3)	0	
Tipo histológico:			
Fusiforme	75% (n=6)	100 (n=4)	0,515
Epiteloide	0	0	
Mixto	25% (n=2)	0	
Tamaño (cm)	4,9 ± 1,5	8,4 ± 4	0,176
Tamaño:			
≤ 2 cm	0	0	0,495
> 2 y ≤ 5 cm	50% (n=4)	25% (n=1)	
> 5 y ≤ 10 cm	50% (n=4)	50% (n=2)	
> 10 cm	0	25% (n=1)	
Mitosis:			
≤ 5 por 50 CGA	62,5% (n=5)	50% (n=2)	1,000
> 5 por 50 CGA	37,5% (n=3)	50% (n=2)	
Rotura tumoral:			
No	75% (n=6)	75% (n=3)	1,000
Sí	25% (n=2)	25% (n=1)	
Tipo de resección:			
R0	75% (n=6)	75% (n=3)	1,000
R1	0	0	
R2	25% (n=2)	25% (n=1)	

Figura 1

Tabla 2.

	GIST yeyunales (n=8)	GIST ileales (n=4)	p
Clasificación de Fletcher:			
Muy bajo riesgo	0	0	0,758
Bajo riesgo	50% (n=4)	25% (n=1)	
Riesgo intermedio	25% (n=2)	25% (n=1)	
Alto riesgo	25% (n=2)	50% (n=2)	
Clasificación de Miettinen:			
Ningún riesgo	0	0	0,758
Muy bajo riesgo	0	0	
Bajo riesgo	50% (n=4)	25% (n=1)	
Riesgo intermedio	25% (n=2)	25% (n=1)	
Alto riesgo	25% (n=2)	50% (n=2)	
Clasificación de Joensuu:			
Muy bajo riesgo	0	0	1,000
Bajo riesgo	50% (n=4)	25% (n=1)	
Riesgo intermedio	12,5% (n=1)	25% (n=1)	
Alto riesgo	37,5% (n=3)	50% (n=2)	
Estadio TNM 8ª edición			
I	37,5 (n=3)	25% (n=1)	1,000
II	25% (n=2)	25% (n=1)	
III	37,5% (n=3)	50% (n=2)	
IV	0	0	
Adyuvancia:			
No	50% (n=4)	50% (n=2)	1,000
Sí	50% (n=4)	50% (n=2)	
Persistencia:			
No	75% (n=6)	75% (n=3)	1,000
Sí	25% (n=2)	25% (n=1)	
Recidiva:			
No	87,5% (n=7)	75% (n=3)	1,000
Sí	12,5% (n=1)	25% (n=1)	
ILE (meses)	34,6 ± 10,8	32,5 ± 18,1	0,650
SG (meses)	53 ± 9,9	46 ± 23,9	0,603

Figura 2

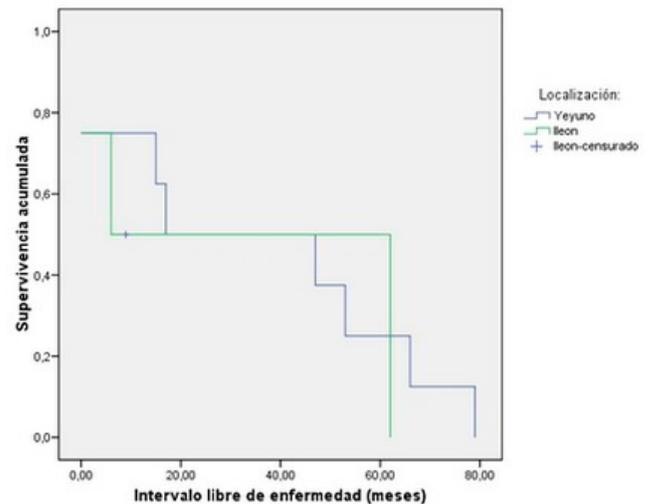


Figura 3

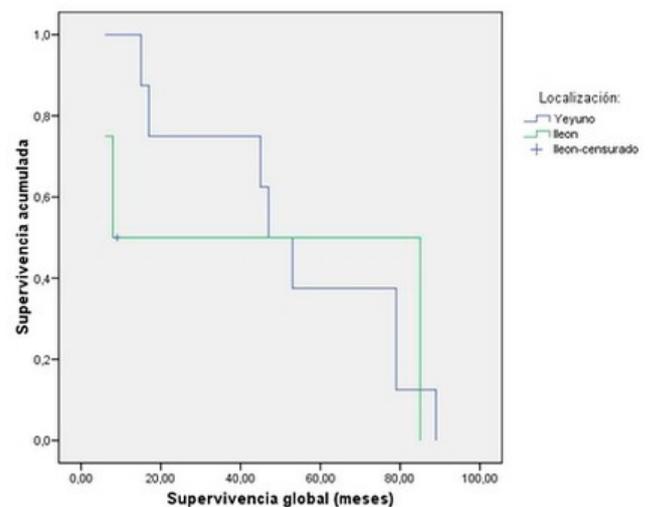


Figura 4

210122. PERFIL MUTACIONAL DE LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL

J Ruiz Pardo¹, PA Sánchez Fuentes¹, E Vidaña Márquez¹, I Gorostiaga Altuna², C Gras Gómez¹, B Estébanez Ferrero¹, I Teruel Lillo¹, Á Reina Duarte¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²Servicio Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) se caracterizan por presentar mutaciones en los genes KIT y PDGFRA. Sin embargo, en adultos, en un 12-15% no se aprecian mutaciones en dichos genes (wild type) El objetivo del estudio es analizar y comparar las diferencias clínicas, histológicas y pronósticas entre los GIST con mutaciones en los genes KIT y PDGFRA, y los GIST wild type.

Material y métodos: Estudio retrospectivo cuya población a estudio la componen los pacientes con GIST intervenidos con intención curativa entre 2014 y 2020. Se incluyen aquellos con un seguimiento mínimo de 6 meses, alto grado histológico (G2) (>5 mitosis por 50 CGA), alto riesgo de recurrencia en la clasificación de Miettinen y/o Joensuu, o recidiva durante el seguimiento. Se excluyen aquellos con diseminación peritoneal durante la cirugía. Se compran dos grupos: grupo 1 (GIST con mutaciones) y grupo 2 (GIST wild type). Se analizan variables clínicas, histológicas y pronósticas. Se define persistencia como la presencia de enfermedad en los primeros 6 meses posteriores a la cirugía y la resección R1 o R2. La rotura tumoral se considera R2. Se define recidiva como la presencia de enfermedad a partir de los 6 meses posteriores a la cirugía. Las variables categóricas son comparadas mediante el test de la Chi-cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher cuando es apropiado. Se comprueba la distribución normal de las variables cuantitativas mediante el test de Shapiro-Wilk. Las variables cuantitativas son comparadas mediante el test de la t de Student para datos independientes cuando siguen una distribución normal. Si no siguen una distribución normal, se utiliza una prueba no paramétrica, el test de la U de Mann-Whitney. El método de Kaplan Meier se utiliza para analizar el intervalo libre de enfermedad (ILE) y la supervivencia global (SG), y el test log-rank para la comparación entre grupos. Un valor de $p < 0,05$ es considerado estadísticamente significativo.

Resultados: En el grupo 1 (n=10) hubo 8 mutaciones del exón 11 de gen KIT, una del exón 9 del gen KIT y otra del gen PDGFRA. El grupo 2 estuvo formado por 6 pacientes. En las figuras 1-4 se comparan ambos grupos. El grupo 1 recibió adyuvancia con más frecuencia (90% vs. 33,3%; $p=0,036$).

	GIST con mutaciones (n=10)	GIST wild type (n=6)	p
Clasificación de Miettinen:			
Bajo riesgo	10% (n=1)	0	0,764
Riesgo intermedio	30% (n=3)	50% (n=3)	
Alto riesgo	60% (n=6)	50% (n=3)	
Clasificación de Joensuu:			
Bajo riesgo	10% (n=1)	0	0,703
Riesgo intermedio	10% (n=1)	33,3% (n=2)	
Alto riesgo	80% (n=8)	66,6% (n=4)	
Estadio TNM 8ª edición:			
II	30% (n=3)	66,6% (n=4)	0,302
III	70% (n=7)	33,3% (n=2)	
Persistencia:			
No	70% (n=7)	83,3% (n=5)	1,000
Sí	30% (n=3)	16,7% (n=1)	
Recidiva:			
No	80% (n=8)	83,3% (n=5)	1,000
Sí	20% (n=2)	16,7% (n=1)	
ILE (meses)	24,7 ± 8,3	25,3 ± 10	0,695
SG (meses)	52,5 ± 8	36,7 ± 12,1	0,650

Figura 2

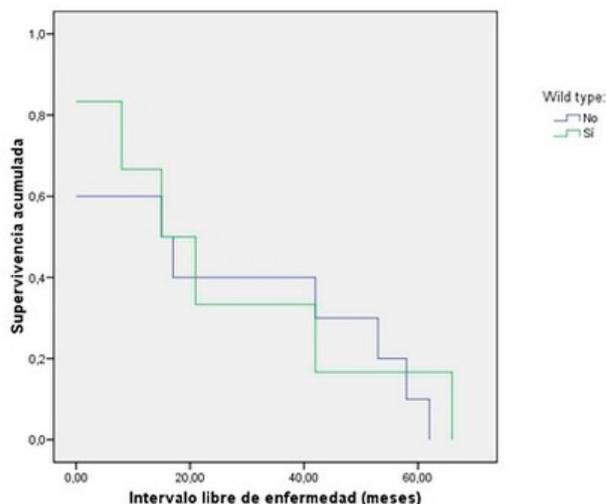


Figura 3

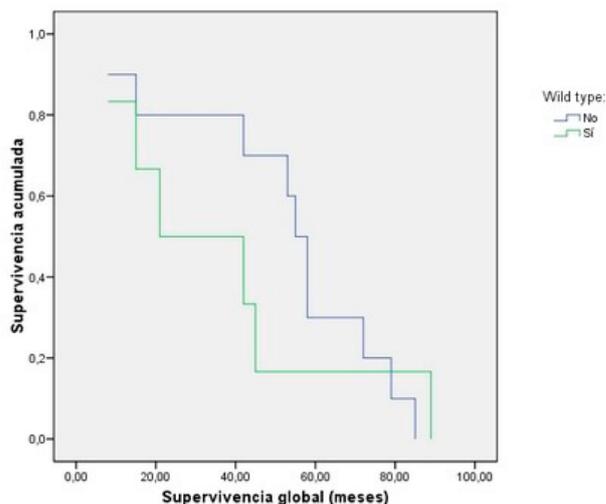


Figura 4

Tabla 1.

	GIST con mutaciones (n=10)	GIST wild type (n=6)	p
Edad (años)	61,7 ± 14,5	60 ± 9,8	0,804
Sexo:			
Hombre	80% (n=8)	50% (n=3)	1,000
Mujer	20 (n=2)	50% (n=3)	
Localización:			
Estómago	40% (n=4)	50% (n=3)	0,847
Duodeno	0	16,7% (n=1)	
Intestino delgado	50% (n=5)	33,3% (n=2)	
Mesenterio	10% (n=1)	0	
Tipo histológico:			
Fusiforme	90% (n=9)	66,6% (n=4)	0,679
Epitelioide	0	16,7% (n=1)	
Mixto	10 (n=1)	16,7% (n=1)	
Tamaño (cm)	13 ± 10,2	8,6 ± 3,8	0,335
Tamaño:			
> 2 y ≤ 5 cm	20 (n=2)	0	0,480
> 5 y ≤ 10 cm	30% (n=3)	66,6% (n=4)	
> 10 cm	50% (n=5)	33,3% (n=2)	
Mitosis:			
≤ 5 por 50 CGA	20% (n=2)	66,6% (n=4)	0,118
> 5 por 50 CGA	80% (n=8)	33,3% (n=2)	
Rotura tumoral:			
No	70% (n=7)	83,3% (n=5)	1,000
Sí	30% (n=3)	16,7% (n=1)	
Tipo de resección:			
R0	70% (n=7)	83,3% (n=5)	1,000
R1	0	0	
R2	30% (n=3)	16,7% (n=1)	

Figura 1

Conclusiones: No existen diferencias clínicas, histológicas ni pronósticas entre los GIST con mutaciones en los genes KIT y PDGFRA, y los GIST wild type.

210123. FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL

J Ruiz Pardo¹, PA Sánchez Fuentes¹, E Vidaña Márquez¹, I Gorostiaga Altuna², P Moya¹, C Gras Gómez¹, B Estébanez Ferrero¹, Á Reina Duarte¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²Servicio Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo, con una incidencia anual de 1,1 casos por 100000 habitantes/año. El objetivo del estudio es analizar los factores asociados a complicaciones de la cirugía de los GIST.

Material y métodos: Estudio retrospectivo cuya población a estudio la componen los pacientes con GIST intervenidos con intención curativa entre 2014 y 2020. Se incluyen aquellos con un seguimiento mínimo de 6 meses. Se excluyen aquellos con diseminación peritoneal evidenciada durante la cirugía. Se compran dos grupos: grupo 1 (GIST sin complicaciones) y grupo 2 (GIST con complicaciones) Se analizan variables clínicas, quirúrgicas, histológicas y pronósticas. Se define persistencia como la presencia de enfermedad en los primeros 6 meses posteriores a la cirugía y la resección R1 o R2. La rotura tumoral se considera R2. Se define recidiva como la presencia de enfermedad a partir de los 6 meses posteriores a la cirugía. Para variables categóricas, los datos se expresan mediante frecuencias y porcentajes, y son comparados mediante el test de la Chi-cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher cuando es apropiado. Para variables cuantitativas continuas, los datos son expresados como media±desviación estándar. Se comprueba la distribución normal de las variables mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cuantitativas son comparadas mediante el test de la t de Student para datos independientes cuando siguen una distribución normal. En el caso de que las variables cuantitativas no sigan una distribución normal, se utiliza una prueba no paramétrica, el test de la U de Mann-Whitney. Un valor de $p < 0,05$ es considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Un total de 37 pacientes con 38 GIST (un paciente tuvo 2 GIST sincrónicos) fueron analizados: grupo 1 (n=32) y grupo 2 (n=6). En las **figuras 1 y 2** se analizan las diferencias entre ambos grupos. Las complicaciones fueron: infección de herida quirúrgica en 2 casos, hemoperitoneo en 2 casos, hemorragia digestiva alta en 1 caso y hematoma de pared abdominal en otro caso.

Conclusiones: Los GIST > 5 cm, con rotura tumoral, con resección R1/R2 y con mayor riesgo de recurrencia en la clasificación de Fletcher se asocian al desarrollo de complicaciones postquirúrgicas.

Tabla 1.

	GIST sin complicaciones (n=32)	GIST con complicaciones (n=6)	p
Edad (años)	66,4 ± 13,4	62,5 ± 14,7	0,524
Sexo:			0,663
Hombre	50% (n=16)	66,7% (n=4)	
Mujer	50% (n=16)	33,3% (n=2)	
ASA:			0,062
I	0	16,7% (n=1)	
II	62,5% (n=20)	33,3% (n=2)	
III	34,4% (n=11)	33,3% (n=2)	
IV	3,1% (n=1)	16,7% (n=1)	
Localización			0,060
Estómago	65,6% (n=21)	16,7% (n=1)	
Duodeno	3,1% (n=1)	16,7% (n=1)	
Intestino delgado	28,1% (n=9)	50% (n=3)	
Colon	0	16,7% (n=1)	
Mesenterio	3,1% (n=1)	0	
Neoadyuvancia:			1,000
No	90,6% (n=29)	100% (n=6)	
Si	9,4% (n=3)	0	
Abordaje quirúrgico:			0,310
Laparoscopia	78,1% (n=25)	50% (n=3)	
Abierto	21,9% (n=7)	50% (n=3)	
Tipo histológico:			0,364
Fusiforme	84,4% (n=27)	66,7% (n=4)	
Epiteloide	3,1% (n=1)	0	
Mixto	12,5% (n=4)	33,3% (n=2)	
Tamaño (cm)	7,4 ± 7,2	6,3 ± 0,5	0,253
Tamaño:			0,001
≤ 2 cm	12,5% (n=4)	0	
> 2 y ≤ 5 cm	46,9% (n=15)	0	
> 5 y ≤ 10 cm	18,7% (n=6)	100% (n=6)	
> 10 cm	21,9% (n=7)	0	
Mitosis:			0,644
≤ 5 por 50 CGA	75% (n=24)	66,7% (n=4)	
> 5 por 50 CGA	25% (n=8)	33,3% (n=2)	
Rotura tumoral:			0,021
No	93,7% (n=30)	50% (n=3)	
Si	6,3% (n=2)	50% (n=3)	
Tipo de resección:			0,021
R0	93,7% (n=30)	50% (n=3)	
R1	0	16,7% (n=1)	
R2	6,3% (n=2)	33,3% (n=2)	

Figura 1

Tabla 2.

	GIST sin complicaciones (n=32)	GIST con complicaciones (n=6)	p
Clasificación de Fletcher:			0,022
Muy bajo riesgo	12,5% (n=4)	0	
Bajo riesgo	43,7% (n=14)	0	
Riesgo intermedio	15,6% (n=5)	66,7% (n=4)	
Alto riesgo	28,1% (n=9)	33,3% (n=2)	
Clasificación de Miettinen:			0,127
Ningún riesgo	12,5% (n=4)	0	
Muy bajo riesgo	25% (n=8)	0	
Bajo riesgo	25% (n=8)	16,7% (n=1)	
Riesgo intermedio	18,7% (n=6)	16,7% (n=1)	
Alto riesgo	18,7% (n=6)	66,7% (n=4)	
Clasificación de Joensuu:			0,086
Muy bajo riesgo	12,5% (n=4)	0	
Bajo riesgo	43,7% (n=14)	0	
Riesgo intermedio	15,6% (n=5)	33,3% (n=2)	
Alto riesgo	28,1% (n=9)	66,7% (n=4)	
Estadio TNM 8ª edición			0,100
I	59,4% (n=19)	16,7% (n=1)	
II	18,7% (n=6)	50% (n=3)	
III	21,9% (n=7)	33,3% (n=2)	
IV	0	0	

Figura 2

210124. FACTORES ASOCIADOS A PERSISTENCIA Y RECIDIVA DE LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL DESPUÉS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

J Ruiz Pardo¹, PA Sánchez Fuentes¹, E Vidaña Márquez¹, I Gorostiaga Altuna², P Moya¹, B Estébanez Ferrero¹, C Gras Gómez¹, Á Reina Duarte¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²Servicio Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo, con una incidencia anual de 1,1 casos por 100000 habitantes/año. El objetivo del estudio es analizar los factores asociados a persistencia y recidiva de los GIST después del tratamiento quirúrgico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo cuya población a estudio la componen los pacientes con GIST intervenidos con intención curativa entre 2014 y 2020. Se incluyen aquellos con un seguimiento mínimo de 6 meses. Se excluyen aquellos con diseminación peritoneal evidenciada durante la cirugía. Se compran dos grupos: grupo 1 (GIST sin persistencias ni recidivas) y grupo 2 (GIST con persistencias o recidivas) Se analizan variables clínicas, quirúrgicas, histológicas y pronósticas. Se define persistencia como la presencia de enfermedad en los primeros 6 meses posteriores a la cirugía y la resección R1 o R2. La rotura tumoral se considera R2. Se define recidiva como la presencia de enfermedad a partir de los 6 meses posteriores a la cirugía. Para variables categóricas, los datos se expresan mediante frecuencias y porcentajes, y son comparados mediante el test de la Chi-cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher cuando es apropiado. Para variables cuantitativas continuas, los datos son expresados como media±desviación estándar. Se comprueba la distribución normal de las variables mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cuantitativas son comparadas mediante el test de la t de Student para datos independientes cuando siguen una distribución normal. En el caso de que las variables cuantitativas no sigan una distribución normal, se utiliza una prueba no paramétrica, el test de la U de Mann-Whitney. Un valor de $p < 0,05$ es considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Un total de 37 pacientes con 38 GIST (un paciente tuvo 2 GIST sincrónicos) fueron analizados: grupo 1 (n=30) y grupo 2 (n=8). En las tablas 1 y 2 se analizan las diferencias entre ambos grupos. En el grupo 2 hubo 5 persistencias y 3 recidivas de la enfermedad.

Conclusiones: Los GIST de localización extragástrica (intestino delgado, colon y mesenterio), con tamaño > 5 cm, con rotura tumoral, con resección R1/R2, con mayor riesgo de recurrencia en las clasificaciones de Fletcher, Miettinen y Joensuu, así como con un mayor estadio TNM en su octava edición, presentan mayor riesgo de presentar persistencia o recidiva de la enfermedad.

	GIST sin persistencia ni recidiva (n=30)	GIST con persistencia o recidiva (n=8)	p
Edad (años)	67,9 ± 12,6	57,6 ± 14,2	0,053
Sexo:			0,238
Hombre	46,7% (n=14)	75% (n=6)	
Mujer	53,3% (n=16)	25% (n=2)	
Localización			0,005
Gástrica	70% (n=21)	12,5% (n=1)	
Extragástrica	30% (n=9)	87,5% (n=7)	
Localización:			0,004
Estómago	70% (n=21)	12,5% (n=1)	
Duodeno	6,7% (n=2)	0	
Intestino delgado	23,3% (n=7)	62,5% (n=5)	
Colon	0	12,5% (n=1)	
Mesenterio	0	12,5% (n=1)	
Neoadyuvancia:			1,000
No	90% (n=27)	100% (n=8)	
Sí	10% (n=3)	0	
Abordaje quirúrgico:			0,411
Laparoscopia	76,7% (n=23)	62,5% (n=5)	
Abierto	23,3% (n=7)	37,5% (n=3)	
Complicaciones:			0,094
No	90% (n=27)	62,5% (n=5)	
Sí	10% (n=3)	37,5% (n=3)	
Tipo histológico:			0,677
Fusiforme	83,3% (n=25)	75% (n=6)	
Epiteloide	3,3% (n=1)	0	
Mixto	13,3% (n=4)	25% (n=2)	
Tamaño (cm)	5,8 ± 4,3	12,7 ± 10,6	0,006
Tamaño:			0,015
≤ 2 cm	13,3% (n=4)	0	
> 2 y ≤ 5 cm	50% (n=15)	0	
> 5 y ≤ 10 cm	23,3% (n=7)	62,5% (n=5)	
> 10 cm	13,3% (n=4)	37,5% (n=3)	
Mitosis:			0,019
≤ 5 por 50 CGA	83,3% (n=25)	37,5% (n=3)	
> 5 por 50 CGA	16,7% (n=5)	62,5% (n=5)	
Rotura tumoral:			< 0,001
No	100% (n=30)	37,5% (n=3)	
Sí	0	62,5% (n=5)	
Tipo de resección:			< 0,001
R0	100% (n=30)	37,5% (n=3)	
R1	0	12,5% (n=1)	
R2	0	50% (n=4)	

Figura 1

	GIST sin persistencia ni recidiva (n=30)	GIST con persistencia o recidiva (n=8)	p
Clasificación de Fletcher:			0,020
Muy bajo riesgo	13,3% (n=4)	0	
Bajo riesgo	46,7% (n=14)	0	
Riesgo intermedio	20% (n=6)	37,5% (n=3)	
Alto riesgo	20% (n=6)	62,5% (n=5)	
Clasificación de Miettinen:			0,003
Ningún riesgo	13,3% (n=4)	0	
Muy bajo riesgo	26,7% (n=8)	0	
Bajo riesgo	30% (n=9)	0	
Riesgo intermedio	16,7% (n=5)	25% (n=2)	
Alto riesgo	13,3% (n=4)	75% (n=6)	
Clasificación de Joensuu:			0,004
Muy bajo riesgo	13,3% (n=4)	0	
Bajo riesgo	46,7% (n=14)	0	
Riesgo intermedio	20% (n=6)	12,5% (n=1)	
Alto riesgo	20% (n=6)	87,5% (n=7)	
Estadio TNM 8ª edición			0,002
I	66,7% (n=20)	0	
II	20% (n=6)	37,5% (n=3)	
III	13,3% (n=4)	62,5% (n=5)	
IV	0	0	

Figura 2

210125. ABSCESO EN EL MÚSCULO PSOAS ILÍACO POR CITROBACTER BRAAKI

J Ruiz Pardo, J Martín Cano, C Gras Gómez, E Vidaña Márquez, PA Sánchez Fuentes, B Estébanez Ferrero, I Teruel Lillo, Á Reina Duarte

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

Introducción: Los abscesos en el músculo psoas pueden ser primarios (18,7-30%), que son los que se producen por diseminación hematológica o linfática de un microorganismo cuyo foco está situado a distancia, o secundarios, que son los que se producen por contigüidad debido a un proceso inflamatorio/infeccioso adyacente.

Caso clínico: Mujer de 66 años intervenida de carcinoma de células claras de ovario izquierdo estadio IIA de la FIGO (rotura capsular, implante microscópico en la trompa derecha y sin adenopatías metastásicas), realizando histerectomía, doble anexectomía, y linfadenectomía pélvica bilateral y aórtica. Durante el tratamiento adyuvante se detectó una recidiva pélvica. Nueve meses después, la paciente acudió a Urgencias por fiebre de 38,5 °C de 5 días de evolución y dolor en flanco derecho del abdomen. El signo del psoas era intensamente positivo. En la analítica destacaban una PCR de 40,69 mg/dl y 1830 leucocitos. Se realizó una TC abdominal (figura 1).

Se intervino mediante laparotomía media objetivando gran componente adherencial. Se accedió al retroperitoneo drenando gran cantidad de contenido purulento, del que se tomó una muestra para cultivo. No se visualizó el apéndice cecal debido al gran plastrón inflamatorio y a que el ciego estaba íntimamente adherido a la vena ilíaca externa derecha debido a la linfadenectomía previa, por lo que solamente se realizó lavado del retroperitoneo y se dejó un drenaje. En el cultivo se evidenció la presencia de *Citrobacter braaki*, que se trató con piperacilina-tazobactam 4 g iv/8 horas y levofloxacino 500 mg iv/12 horas durante 2 semanas.

Tras retirar el drenaje la paciente reingresó por una colección postquirúrgica que se resolvió de manera conservadora con antibioterapia.

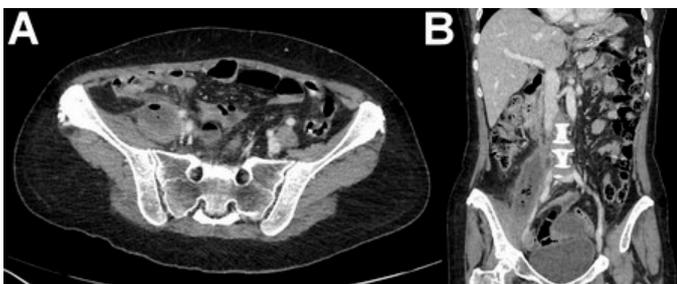


Figura 1

TC abdominal. Absceso en el músculo psoas ilíaco derecho, de unos 2,3 x 3,1 cm en el plano axial y de 10 cm en el plano longitudinal, probablemente secundario a apendicitis aguda.

Discusión: La causa más frecuente de los abscesos en el psoas son los procesos intraabdominales, concretamente los de origen intestinal (enfermedad de Crohn, diverticulitis aguda, apendicitis aguda o cáncer colorrectal), aunque también pueden ser de origen

genitourinario (infecciones o instrumentación), musculoesquelético (osteomielitis vertebral, sacroileítis o artritis séptica) o traumático.

Los gérmenes más frecuentemente implicados en los abscesos en el psoas son los de origen gastrointestinal y urinario, como son *Escherichia coli*, *Bacteroides* spp, *Enterococcus faecalis* y *Peptostreptococcus* spp. Sin embargo, *Citrobacter* spp., que son bacilos gran negativos, pueden también ser la causa de dichos abscesos.

Dentro del género *Citrobacter*, las especies más frecuentemente aisladas en el ser humano son *Citrobacter freundii* and *Citrobacter koseri*. Por el contrario, las infecciones por *Citrobacter braakii* son extremadamente infrecuentes y tienen lugar en pacientes inmunocomprometidos.

210126. HEPATOLITIASIS BILATERAL EN PACIENTE CON COLANGITIS PIÓGENA RECURRENTE. UNA ENTIDAD RARA EN OCCIDENTE.

CM Gras Gómez, DJ Cabañó Muñoz, MJ Rodríguez Perdomo, O Fuentes Porcel, JM Vargas Fernández, PA Sánchez Fuentes, J Ruiz Pardo, B Estebanez Ferrero, AJ Reina Duarte

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

Introducción: La colangitis piógena recurrente es una enfermedad crónica caracterizada por brotes recurrentes de colangitis bacteriana debido a estasis biliar.

Caso clínico: Presentamos a varón de 75 años con una historia clínica de colangitis recurrente asociado a un episodio de pancreatitis. En el transcurso de los años se realizaron varias CPRE con esfinterotomía y extracción de cálculos. La última colangiografía RMN identificaba dilatación de la vía biliar intrahepática con afectación bilateral.

Dada la persistencia de los síntomas se realizó coledocotomía con extracción de cálculos con sonda balón de Fogarty. Se utilizó un ureteroscopio con canal de

trabajo para el uso de una cesta de Dormia y se realizó coledocoduodenostomía latero-lateral. Al año de la cirugía el paciente se encuentra asintomático.

Discusión: El cuadro clínico consiste en episodios repetidos de colangitis que pueden asociarse a episodios de pancreatitis. Es más común la afectación del lóbulo hepático izquierdo; aunque puede afectar de forma bilateral y extrahepática. El diagnóstico se establece mediante pruebas de imagen en un paciente con

historia clínica compatible. El tratamiento de los episodios agudos es la instauración precoz de tratamiento antibiótico de amplio espectro, medidas de soporte con fluidoterapia y drenaje biliar.

Una vez resuelta la fase aguda el objetivo del tratamiento es la eliminación de los cálculos del árbol biliar, así como la corrección de la estasis biliar. El tratamiento endoscópico es de utilidad cuando

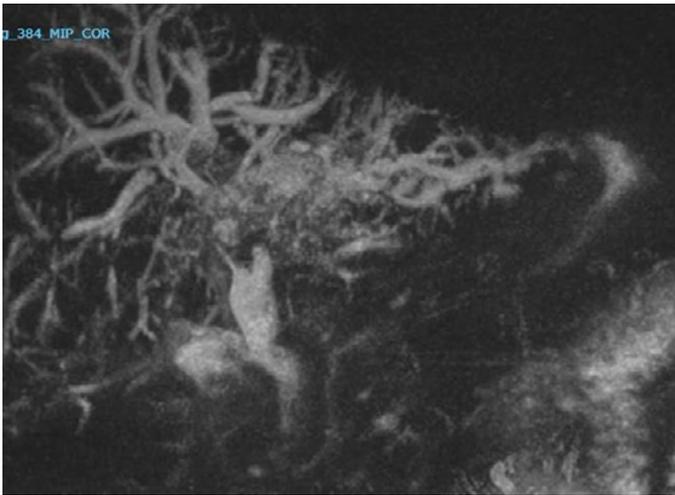


Figura 1
ColangioRMN Dilatación vía biliar intrahepática.

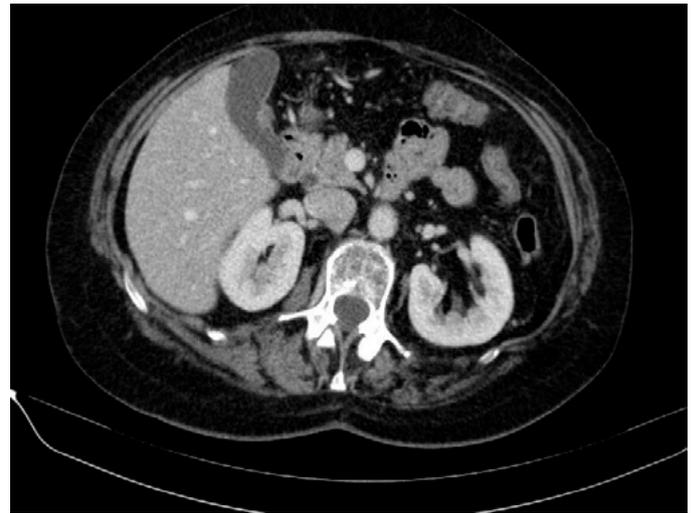


Figura 1
Tc corte axial.

existe afectación extrahepática. La recurrencia tras la extracción completa de las litiasis es de alrededor de un 30%

Cuando existe afectación asimétrica, habitualmente izquierda, la resección de los segmentos hepáticos afectados es útil y curativa, pero cuando la afectación es bilateral el manejo es complejo. En estos casos, es extremadamente difícil eliminar todos los cálculos intrahepáticos, por lo que es importante mantener un acceso permanente al árbol biliar para extraer instrumentalmente los cálculos persistentes tras la cirugía y para la dilatación de las estenosis. Aunque la hepaticoyunostomía en Y de Roux con creación de un estoma cutáneo es la técnica de elección en este tipo de pacientes, consideramos la coledocoduodenostomía una técnica alternativa en pacientes con afectación bilateral, ya que permite el acceso a la vía biliar por endoscopia.

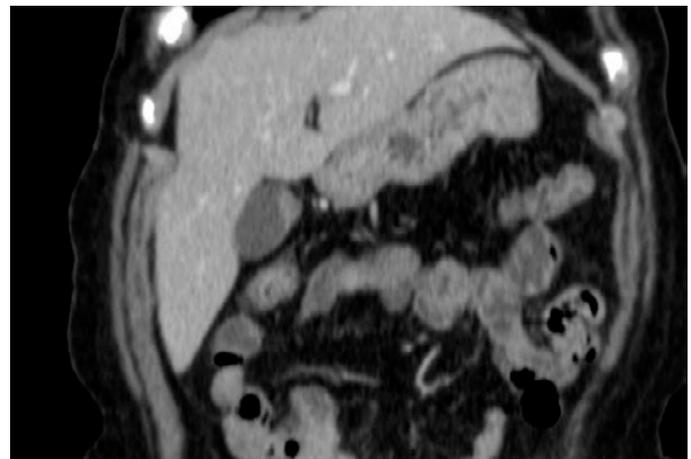


Figura 2
TC corte coronal.

210127. MUCOSA GÁSTRICA HETEROTÓPICA EN VESÍCULA BILIAR, UN HALLAZGO INUSUAL

CM Gras Gómez, JM Vargas Fernández, O Fuentes Porcel, J Ruiz Pardo, PA Sánchez Fuentes, P Moya Forcén, B Estébanez Ferrero, AJ Reina Duarte

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

Introducción: El desarrollo de tejido gástrico en la vesícula biliar en un hallazgo infrecuente, habiéndose descrito muy pocos casos en la literatura científica.

Caso clínico: Mujer de 72 años que acude a urgencias con dolor abdominal. En el TC como hallazgo incidental en vesícula biliar se ve imagen nodular/pseudonodular en la pared medial. Se realiza Colangio RMN donde se objetiva engrosamiento e irregularidad a nivel del fondo de la vesícula biliar de aproximadamente 24 x 10 mm de tamaño sugerente de lesión neoplásica vesicular sin objetivar hallazgos patológicos en vía biliar intrahepática derecha e izquierda ni en conducto hepático común. Se decide colecistectomía laparoscópica de forma programada que se realiza sin incidencias.

En el estudio anatomopatológico de la pieza se ve lesión polipoidea adenomiomatosa con presencia de heterotopía gástrica identificando mucosa córporeo-fúndica. Tras 6 meses de seguimiento la paciente está asintomática.

Discusión: El desarrollo de tejido gástrico en la vesícula biliar se manifiesta con síntomas como dolor tipo cólico asociado con náuseas y vómitos, pero en algunas ocasiones esta puede cursar de manera asintomática y ser un hallazgo casual como el caso que describimos.

Los sitios más frecuentes son tanto el conducto cístico como el cuello de la vesícula pudiéndose encontrar en otras partes de esta.

La mucosa gástrica heterotópica de la vesícula biliar es una enfermedad poco frecuente que plantea muchas dudas sobre las causas de su desarrollo y las consecuencias del mismo.

Aunque todavía no se ha evidenciado transformación maligna, sí que se encuentra publicado en la literatura displasia en la mucosa

gástrica heterotópica de la vesícula biliar. Por tanto, se considera que el carcinoma debe descartarse en las lesiones polipoideas de vesícula biliar > 1,0 cm debido a la alta incidencia de carcinoma de vesícula biliar en la lesión polipoidea sésil. Considerando que el diagnóstico preoperatorio es imposible, es necesario utilizar características de imagen para establecer un diagnóstico diferencial entre pólipos benignos y malignos. Una vez realizado el diagnóstico final por histopatología, es función del cirujano investigar una eventual mucosa gástrica heterotópica en pacientes jóvenes con síntomas de colecistitis o colelitiasis y pólipos vesiculares, sin descuidar el diagnóstico diferencial de un posible carcinoma. Cabe recordar que a pesar de la causa que subyace a los síntomas, la colecistectomía es siempre la intervención indicada ante el hallazgo de pólipos de etiología desconocida que puedan tener subyacente un origen maligno.

210128. DERMATOFIBROSARCOMA EN POSIBLE PEZÓN SUPERNUMERARIO TRAS EMBARAZO

EA Buendía Peña¹, E Corrales Valero¹, A Escalona García², R Gómez Pérez¹, FJ Fernández García¹

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

Introducción: El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es una neoplasia maligna originada de la dermis, siendo el sarcoma cutáneo más frecuente. Tiene una incidencia aproximada de 0.8-5 casos por millón de habitantes/año, con un ligero predominio en mujeres con una edad media de 30 años y significativamente mayor en personas de raza negra. Las zonas típicas de aparición suelen ser el torso (50%), cabeza y cuello (25%) y extremidades (20%). Se ha observado que durante el embarazo estas lesiones crecen con mayor rapidez. Presentamos un caso de un dermatofibrosarcoma protuberans en una paciente joven sobre un posible pezón supernumerario.

Caso clínico: Paciente mujer de 30 años sin antecedentes personales de interés que consulta por crecimiento de lesión en pared torácica anterior a raíz de embarazo hace 2 años. Describe lesión previa a embarazo de medio centímetro, con discreto relieve e hiperpigmentación, a nivel de línea paraesternal derecha. Tras embarazo aumento progresivo de tamaño, alcanzando tamaño de 2.5x2 cm, según se muestra en imagen. Se decide exéresis local con márgenes amplios, con resultado definitivo anatomopatológico de dermatofibrosarcoma protuberans tipo clásico o tradicional con bordes libres, expresión inmunohistoquímica CD34 +.

Discusión: El DFSP puede sufrir cambios de tamaño o color durante el embarazo, por motivos poco conocidos en la actualidad, posiblemente mediado por procesos hormonales. En la mayoría de los casos el tratamiento se puede retrasar con seguridad hasta después del parto, pero los tumores recidivantes o de gran tamaño puede requerir tratamiento antes del parto. Se recomienda seguimiento y vigilancia estrecha de posible recurrencias o metástasis en el futuro.



Figura 1

Lesión previa a exéresis.

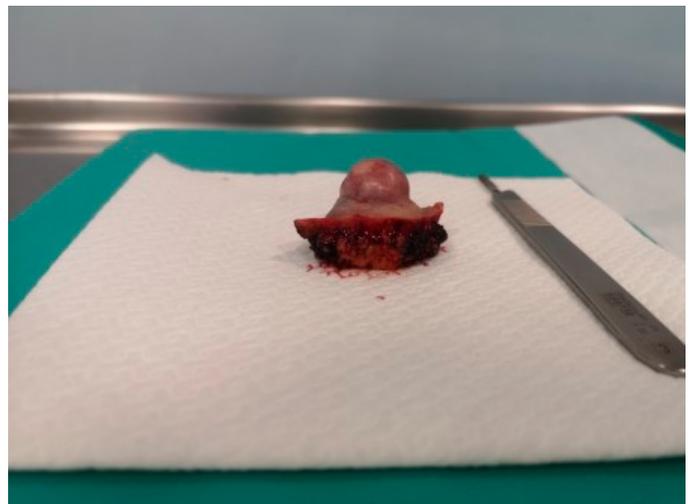


Figura 2

Lesión posexéresis.

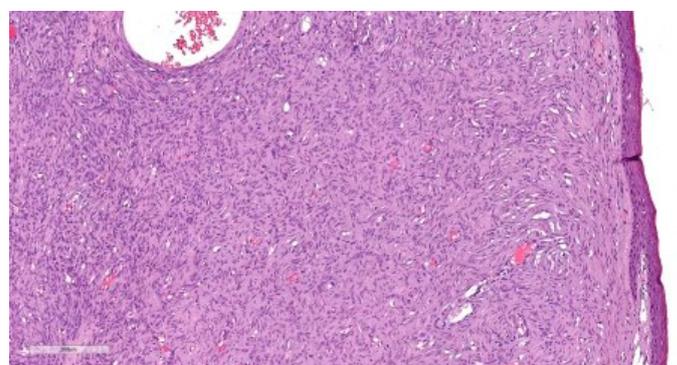


Figura 3

Hematosina-eosina.

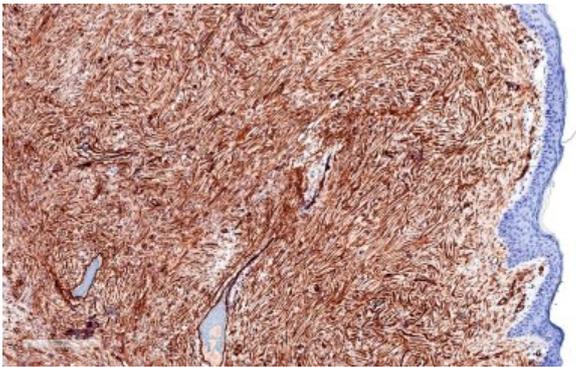


Figura 4
Inmunohistoquímica CD34.

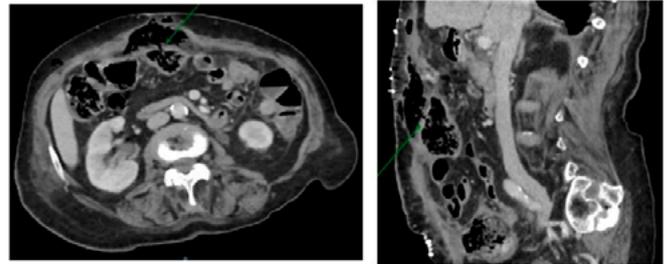


Figura 1
Cortes axial y sagital de TC.

210129. EL DESAFÍO DE LA FÍSTULA ENTERO-ATMOSFÉRICA.

NS Ávila García, MS Álvarez Escribano, F Ramos Muñoz, JM Cabrera Bermón, M Ortega Castán, N Tapia Durán, JL Cuba Castro, R de Luna Díaz

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

Introducción: La fístula entero-atmosférica se define como la comunicación entre la luz intestinal y la superficie de una herida abdominal abierta. Se trata de una entidad infrecuente de manejo complejo, y que se asocia a un alto grado de morbi-mortalidad así como importante deterioro de la calidad de vida.

Presentamos el caso de una paciente con fístula entero-atmosférica con evolución favorable mediante el empleo de terapia de presión negativa.

Caso clínico: Mujer de 81 años con los siguientes antecedentes quirúrgicos: histerectomía con doble anexectomía, hernioplastia umbilical tipo Rives y laparotomía exploradora por obstrucción intestinal secundaria a brida que se complica con fístula intestinal proximal que requiere reintervención con resección del segmento afecto.

La paciente acude a urgencias por cuadro de obstrucción intestinal secundaria a neoformación en unión recto-sigma sin enfermedad a distancia. Ante imposibilidad para colocación de endoprótesis, se realizó sigmoidectomía tipo Hartmann, evidenciándose durante la intervención un importante síndrome adherencial. Presentó evolución favorable y fue dada de alta al 62º día postoperatorio.

A la semana del alta reingresó por drenaje de material fecaloideo a través de la laparotomía media. En la tomografía computerizada se evidenció a nivel de línea media supraumbilical, subyacente al material de sutura y en contacto con el borde antimesentérico del colon transverso, una colección de 2.5 x 6.2 x 5.4 cm con patrón en miga de pan. Ante el diagnóstico de fístula intestinal distal asociada a colección intraabdominal se decide drenaje quirúrgico de la misma, aislamiento de la fístula y colocación de sistema de presión negativa en herida. Requirió un ingreso hospitalario prolongado con soporte



Figura 2
Herida de laparotomía media con orificio fistuloso y restos de malla.

nutricional, terapia farmacológica para control del débito intestinal (loperamida), antibioticoterapia de amplio espectro y control local de la herida con sistema de vacío. Finalmente, una vez conseguida la granulación de la laparotomía salvo a nivel de la zona fistulosa, se sustituyó el sistema VAC por bolsa de colostomía y métodos de barrera.

Discusión: El manejo de la fístula entero-atmosférica supone un reto terapéutico y debe tener un abordaje multidisciplinar. Es importante elaborar una estrategia terapéutica en función de las características de nuestro paciente y el tipo de fístula.



Figura 3

Sistema de presión negativa con tetina.



Figura 4

Sustitución del sistema VAC por bolsa de colostomía y métodos de barrera.

210130. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA CON AFECTACIÓN SISTÉMICA

EA Buendía Peña¹, R Gómez Pérez¹, C Ramírez Sánchez², E Corrales Valero¹, NM Rodríguez Loring¹

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

Área: Miscelánea

Introducción: La Enfermedad de Paget Extramamaria (EPEM) es una neoplasia intraepitelial maligna poco frecuente, suponiendo un 6.5% de todos los diagnósticos de enfermedad de Paget, clínicamente se expresa con placas eritematoeccematosas pruriginosas, que aparecen en zonas de localización cutánea ricas en glándulas apocrinas sudoríparas, siendo la zona más frecuente de expresión la región vulvar, seguida del periné, escroto y región perianal. Es más frecuente en las mujeres y la edad de prestación suele ser entre los 50 y 80 años. Presentamos un caso de EPEM con afectación metastásica.

Caso clínico: Paciente mujer caucásica de 66 años con antecedente personales de valvuloplastia mitral percutánea y fibrilación auricular en tratamiento con acenocumarol y bisoprolol, consulta por prurito vulvar de 6 años de evolución sin otra clínica acompañante. A la exploración se aprecia placa eccematosas en hemivulva inferior y perianal. Se completa estudio con biopsia cutánea, informando de infiltración epidérmica por adenocarcinoma con invasión linfática de vasos dérmicos con expresión inmunohistoquímica CK7+, EMA+, GATA-3+ y GCDFP15+, siendo sugestivo de enfermedad de Paget extramamaria, de posible origen glandular anogenital. Se realiza estudio de extensión con mamografía y tomografía computerizada (TC) de cuello, tórax y abdomen. En TC se observan múltiples lesiones hepáticas sugestivas de metástasis y óseas en D11 y D12. En mamografía no se identifican lesiones, catalogando prueba de BIRADS1.



Figura 1

Placa eccematosas vulvar.



Figura 2

Lesiones sugestivas de lesiones metastásicas hepáticas.

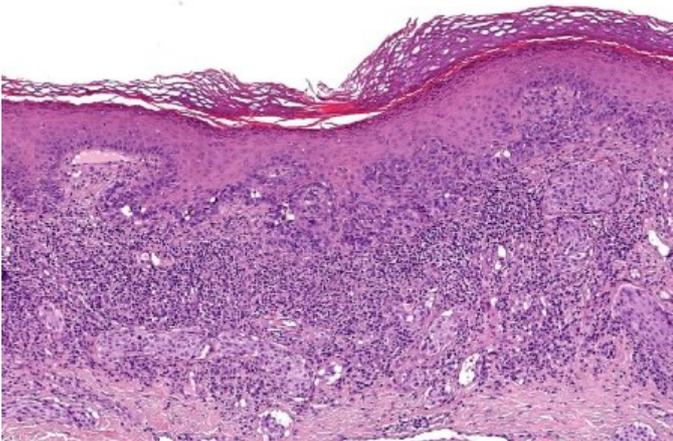


Figura 3

Biopsia cutánea H-E

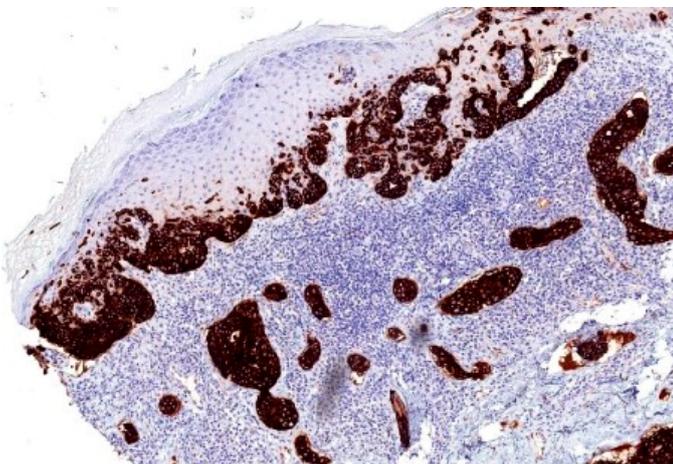


Figura 4

Inmunohistoquímica CK7.

Discusión: Actualmente existe poco consenso con respecto al manejo de la EPEM vulvar, no obstante, un diagnóstico precoz de EPEM posibilita la opción de un tratamiento exitoso con muy buen pronóstico, con una supervivencia mayor del 90% a los 5 años, sin embargo, al comienzo los síntomas son inespecíficos, confundiendo la entidad con otras lesiones ecematosas, retrasando el diagnóstico y tratamiento. La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección en aquellos casos resecables, aunque es difícil conseguir bordes libres y hay una alta tasa de recidivas. Los pacientes con enfermedad metastásica suelen ser tratados con combinaciones de quimioterapia sistémica, pero sin esquemas establecidos.

210131. PROGRESIÓN DE TUMORACIÓN MESENTÉRICA BENIGNA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR LA COVID 19

E Antonaya Rubia, CM Ruiz Marín, R Molina Barea, A Cózar Ibáñez

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

Introducción: La fibromatosis mesentérica es una condición poco frecuente caracterizada por la presencia de tumores fibrosos benignos formados por la proliferación de fibroblastos y miofibroblastos. En ocasiones se relaciona con enfermedades genéticas como las poliposis adenomatosas aunque también pueden aparecer de forma esporádica en pacientes con traumatismos abdominales, cirugías abdominales magnas o consumo prolongado de estrógenos. El lugar más frecuente para su desarrollo es el mesenterio del intestino delgado.

Aunque no producen metástasis, localmente son tumores agresivos que en ocasiones precisan de cirugías complejas para su exéresis completa.

Caso clínico: Mujer de 57 años con antecedentes personales de adenocarcinoma de endometrio tratado con quimiorradioterapia presentando una mala respuesta, por lo que se completó posteriormente con histerectomía y doble anexectomía. Durante el seguimiento oncológico se detectó en PET-TC una tumoración hipermetabólica en la raíz mesentérica. Se completó el estudio con RMN y TC, describiéndose una masa que contactaba con primeras asas de yeyuno y ángulo de Treitz, de unos 9x7 cms que dados los antecedentes oncológicos de la paciente no se podía descartar origen metastásico o un nuevo tumor primario. Tras presentar el caso en comité multidisciplinar, se indicó exéresis quirúrgica. Dada la situación generada por la pandemia COVID 19 y que no se había confirmado malignidad de la lesión, la paciente permaneció 4 meses y medio en lista de espera quirúrgica, sin que se realizase reevaluación por imagen previa a la cirugía.

Una vez en quirófano, se observó una masa de mayor tamaño al descrito, 15x12 cm, que infiltraba 4ta porción duodenal y primeras asas de yeyuno, sin afectación de los vasos mesentéricos superiores. Fue necesaria la resección de 1.6 m de intestino delgado, quedando un intestino corto, y realizando la sección proximal a nivel de la 3ra porción duodenal. Se restituyó el tránsito mediante una anastomosis ileoduodenal para la que fue necesario la liberación completa del duodeno y su descruzamiento. La paciente curso postoperatorio en el que destacó una fístula pancreática de bajo débito, resuelta

con tratamiento conservador, y la necesidad de tratamiento y suplementación por parte de Nutrición. El estudio histológico de la pieza describió un tumor mesenquimal bien delimitado y de carácter compresivo (no destructivo) compatible con fibroma.

Discusión: Las tumoraciones benignas del mesenterio, aunque no originan enfermedad metastásica y a distancia, tienen un gran potencial invasor a nivel local, lo que las convierte en un verdadero reto quirúrgico ya que se encuentran en íntimo contacto con estructuras vitales como los grandes vasos abdominales. Además en muchas ocasiones precisan de la resección de amplios segmentos intestinales y de la realización de anastomosis de alto riesgo que a largo plazo pueden originar una importante morbimortalidad.

210132. PRESENCIA DE CONTENIDO GÁSTRICO EN DRENAJE TORÁCICO COMO PRIMER SÍNTOMA DE COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA

E Antonaya Rubia, CM Ruiz Marín, A Alberca Páramo, A Astruc Hoffmann, A Cózar Ibáñez

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

Introducción: El mesotelioma pleural maligno es un tumor agresivo y poco frecuente que se relaciona de forma directa con la exposición al asbesto hasta en un 80% de los casos. Se ha descrito un periodo de latencia largo hasta el comienzo de los síntomas por lo que se espera un aumento en su incidencia durante la próxima década. En casos muy seleccionados los pacientes se benefician de cirugía, basada en la pleurectomía asociada o no a neumonectomía y en ocasiones precisando también de la exéresis del hemidiafragma ipsilateral y del pericardio. Se trata de una intervención con elevada morbimortalidad no exenta de complicaciones graves al involucrar órganos vitales. Dado su predecible aumento de casos en los próximos años, se hace necesario conocer las posibles complicaciones postquirúrgicas derivadas de este tipo de intervención, así como su tratamiento.

Caso clínico: Varón de 60 años sin comorbilidades ni exposición a asbesto conocida, se diagnóstica de mesotelioma pleural maligno izquierdo, estadio T1N0M0, decidiéndose en el comité multidisciplinar neoadyuvancia y posterior cirugía. Tras recibir quimioterapia con buena tolerancia y respuesta, se intervino de forma programada evidenciándose múltiples implantes en pleura visceral y parietal, diafragma y pericardio. Mediante un abordaje a través de toracotomía y costotomía del 6º arco se procedió a la exéresis de la pleura parietal, las regiones de pleura visceral y pericardio afectas y el hemidiafragma izquierdo, reconstruyendo posteriormente el defecto con una malla. En el postoperatorio más inmediato, 48 horas, se observó salida de material intestinal a través del tubo de tórax. Se realizó TC toracoabdominal con contraste, que describía herniación a través del diafragma del contenido abdominal hacia la cavidad torácica y signos de perforación de víscera hueca.

Se reintervino al paciente mediante una incisión subcostal izquierda, observando una migración completa de la malla con entrada del contenido abdominal al hemitórax (bazo, estómago, intestino grueso, intestino delgado, riñón). Además, se objetivó un decúbito del tubo de tórax sobre el fundus gástrico, que presentaba a ese nivel

una pequeña placa necrótica con perforación, sin contaminación abdominal ni torácica. Se realizó una resección gástrica atípica y se reintrodujo todo el contenido abdominal. Posteriormente se fijó una nueva malla sustitutiva de hemidiafragma. El paciente pasó a UCI y posteriormente a planta, manteniendo una evolución favorable durante el resto del postoperatorio, siendo dado de alta en el vigésimo día de ingreso.

Discusión: La cirugía del mesotelioma es una cirugía compleja con una elevada morbimortalidad. El diagnóstico precoz de las complicaciones es crucial a la hora de tratarlas, debiéndose realizar un abordaje multidisciplinar con la acción conjunta de los cirujanos torácicos y generales para obtener unos mejores resultados.

210135. ¿INFLUYE LA TROMBOSIS VENOSA PORTAL EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO?

F Moreno Suero, G Suárez Artacho, FJ Espada Fuentes, C Cepeda Franco, C Bernal Bellido, JM Álamo Martínez, FJ Padillo Ruíz, MÁ Gómez Bravo

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

Introducción: La trombosis venosa portal (TVP) es una complicación frecuente entre los pacientes cirróticos candidatos a trasplante hepático ortotópico (TOH). Para su graduación se utiliza la clasificación descrita por Yerdel et al, ya que es la que mejor correlaciona la extensión del trombo con el manejo quirúrgico.

Dada la controversia existente sobre la morbimortalidad en los pacientes trasplantados con TVP, planteamos el presente estudio para analizar los resultados del TOH entre los receptores que presentan dicha complicación.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional y comparativo entre los pacientes con y sin TVP sometidos a TOH en nuestro centro entre enero de 2002 y diciembre de 2017. Los candidatos a TOH se dividieron en función de si presentaban TVP en el momento de la intervención y se elaboraron subgrupos según el grado de ésta en base a la clasificación de Yerdel.

Resultados: Se identificaron 802 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. 117 (14,6%) pacientes presentaban TVP en el momento del trasplante. El resto fueron incluidos en el grupo de No-TVP, n=683 (85,4%).

No se encontraron diferencias entre ambos grupos en cuanto a edad, MELD y sexo del receptor ni respecto a la edad del donante.

En el análisis de la supervivencia global entre TVP grado I y el grupo sin TVP no se han encontrado diferencias significativas ($p=0,600$).

Existe una tendencia a la menor supervivencia del grupo con TVP grado II-IV si lo comparamos con el grupo formado por aquellos TOH sin TVP y con TVP grado I (RR:1,842, 95% IC: 0,983-3,450, $p=0,05$).

Los pacientes con TVP presentan mayores requerimientos transfusionales que los No-TVP (4 concentrados de hemáties vs 2, $p=0,001$) y mayor tasa de TVP postquirúrgica (6,3% vs 1,2%, $p=0,007$).

No se encontraron diferencias en la tasa de rechazo agudo, retrasplante, disfunción y malfunción primaria del injerto trasplantado.

Conclusiones: No existe una diferencia significativa en la supervivencia comparando el grupo de TOH con TVP grado I y los No-TVP. El grupo de TOH con TVP grado II-IV presentó una menor supervivencia que el resto, sin diferencias estadísticamente significativas.

Los pacientes con TVP presentaron una mayor tasa de transfusión peroperatoria y una mayor predisposición al desarrollo de TVP postoperatoria.

No hay diferencias en cuanto a retrasplantes, rechazo agudo, malfunción y disfunción primaria del injerto.

210136. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR UN VÓLVULO CECAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

AC Cisneros Ramírez, MP Chas Garibaldi, MD Hernández García, MS Zurita Saavedra

Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada.

Introducción: El vólvulo de ciego es una forma de presentación clínica poco frecuente. Es el segundo lugar de volvulación más frecuente, involucra al íleon terminal ciego y la porción proximal de colon derecho y suele requerir un manejo quirúrgico urgente.

Caso clínico: Mujer de 87 años que acude a urgencias por dolor abdominal difuso de tipo cólico de 2 días de evolución, náuseas, distensión abdominal y ausencia de deposiciones. A su llegada a urgencias en la exploración física destaca distensión, timpanismo y dolor abdominal difuso. Se realizó analítica urgente con ligero aumento de reactantes de fase aguda y una TAC de abdomen que describía dilatación de ciego con diámetro máximo de 9cm, con imagen de remolino en la grasa y vasos mesentéricos, compatible con vólvulo de ciego.

Se realiza laparotomía exploradora urgente observando un gran vólvulo de ciego, con 2 asas de yeyuno adheridas formando un plastrón sobre dos perforaciones en cara anterior de ciego y moderada cantidad de líquido libre purulento, se realizó hemicolectomía derecha con anastomosis ileo-cólica laterolateral isoperistáltica.

Durante e postoperatorio la paciente evoluciona de forma favorable siendo dada de alta tras una semana de ingreso hospitalario.

Discusión: El vólvulo de ciego causa aproximadamente del 1% de las obstrucciones intestinales. Puede ocasionarse por una rotación axial del colon derecho, ciego e íleon terminal sobre su propio eje, o por un plegado anterosuperior del ciego sin rotación axial, conocido también como basculación del ciego, ambas se relacionan con un

defecto en la fijación parietal; también se ha asociado a adherencias postquirúrgicas, malformaciones congénitas, historia de colonoscopia previa, traumatismos e incluso el embarazo.

La forma de presentación suele ser como un cuadro obstructivo pudiendo progresar a isquemia o perforación intestinal. El diagnóstico se realiza con una prueba radiológica como la radiografía o la tomografía computarizada, siendo esta última el estudio más sensible y específico, indicada en pacientes hemodinámicamente estables.

El manejo suele ser quirúrgico, siendo la hemicolectomía derecha el tratamiento de elección, pudiendo realizarse una cecopexia o una cecostomía, con mayor morbilidad y recidiva. El tratamiento endoscópico se reserva para casos limitados por su efectividad limitada y alto riesgo de perforación.

El vólvulo cecal es una patología infrecuente de consulta a urgencias, pero asocia una alta morbimortalidad si se retrasa el diagnóstico. Es necesario realizar un estudio imagenológico temprano ante un cuadro de obstrucción intestinal para así proceder con el manejo más adecuado según el estado del paciente.

210138. DIVERTICULITIS AGUDA SIGMOIDEA POR INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO

M Pitarch Martínez, JM Hernández González, F Moya Donoso, T Prieto-Puga Arjona, FJ Pérez Lara

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Antequera, Antequera.

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños puede causar diversas complicaciones a nivel digestivo; no obstante, la mayoría atravesarán el tracto gastrointestinal sin causar ninguna clínica. La diverticulitis aguda secundaria a ingesta de cuerpos extraños es una entidad clínica muy infrecuente que ha sido descrita de forma puntual en la literatura, cuya presentación puede oscilar desde una diverticulitis no complicada hasta la formación de abscesos, fístulas o incluso perforación.

Se presenta un caso inusual de diverticulitis aguda de sigma secundaria a impactación de cuerpo extraño óseo ingerido.

Caso clínico: Mujer de 77 años que consulta por dolor abdominal localizado en hipogastrio-fosa ilíaca izquierda desde hace 7 meses, más intenso en los últimos días. Analíticamente presenta discreta elevación de reactantes de fase aguda. Se realiza TC que muestra diverticulosis colónica y cuerpo extraño de densidad calcio de unos 3 cm de largo en unión recto-sigma, con edema parietal y afectación de grasa mesentérica, sin colecciones ni neumoperitoneo: compatible con diverticulitis aguda no complicada, probablemente secundaria a impactación de cuerpo extraño (**figura 1**).

La paciente es ingresada, se inicia antibioterapia intravenosa y se solicita colonoscopia que se realiza unos días más tarde. En la colonoscopia (**figura 2**) se objetiva a 20cm de margen anal un divertículo con signos inflamatorios en el que se encuentra enclavado con tejido de granulación circundante un cuerpo extraño de 3,5cm (correspondiente a hueso de pollo) cuyo otro extremo también está

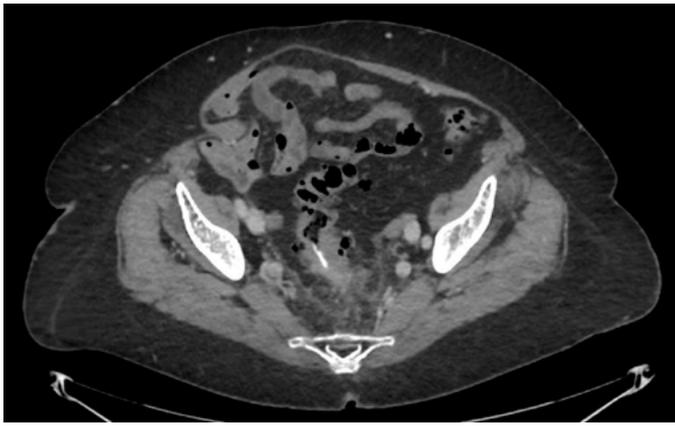


Figura 1

TC: Cuerpo extraño alojado en unión recto-sigma, con diverticulosis y signos inflamatorios (compatible con diverticulitis aguda).

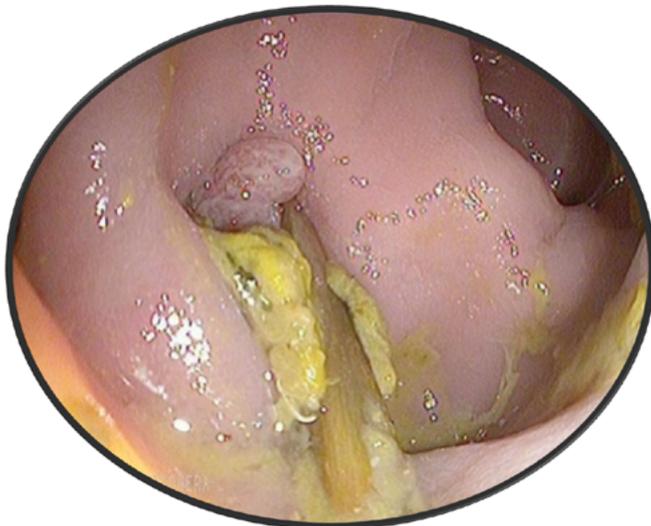


Figura 2

Imagen endoscópica de cuerpo extraño enclavado en divertículo colónico con signos inflamatorios.

enclavado en la pared colónica adyacente. Se logra extraer el cuerpo extraño con pinzas sin complicaciones. La paciente es alta 2 días más tarde, y en la revisión posthospitalización se encuentra asintomática.

Discusión: El diagnóstico de la diverticulitis por cuerpo extraño se alcanza habitualmente por TC, si bien en ocasiones las pruebas de imagen podrían no permitir su identificación. El manejo dependerá de la situación del paciente. Ante la impactación de un cuerpo extraño en un divertículo colónico, si el paciente está clínicamente estable y no existe evidencia de perforación, el tratamiento endoscópico sería de elección. Si la extracción endoscópica no fuera factible o existiera perforación secundaria, estaría indicado el tratamiento quirúrgico.

210139. ROTURA ESPLÉNICA ESPONTÁNEA TARDÍA: UNA RARA Y GRAVE COMPLICACIÓN DE LA FUNDUPLICATURA DE NISSEN

AM Sánchez Arco, J Triguero Cabrera, M Mogollón González, MJ Álvarez Martín, JM Villar del Moral

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

Introducción: La funduplicatura de Nissen laparoscópica (FNL) es el tratamiento de elección de la enfermedad por reflujo gastroesofágico que no responde a terapia médica. Las complicaciones agudas más frecuentes son las lesiones esofágicas o gástricas, esplénicas, y el neumotórax; mientras que las tardías suelen estar causadas por problemas estructurales o malfuncionamiento.

Exponemos el caso de un paciente con antecedente de FNL, que reingresó en situación de shock hemorrágico a causa de una rotura esplénica espontánea (REE).

Caso clínico: Varón de 56 años intervenido de forma programada de FNL por esofagitis péptica secundaria a hernia hiatal de gran tamaño. La cirugía transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta a las 48 horas.

Quince días tras el alta, el paciente acudió a urgencias por dolor abdominal intenso de aparición súbita y en situación de shock hipovolémico. No refería antecedente traumático, pero en la analítica destacaba un descenso de las cifras de hemoglobina hasta 8g/dL. El paciente presentó mejoría inicial con medidas conservadoras, pero durante su estancia en urgencias sufrió empeoramiento brusco. Se realizó una tomografía computarizada (TC) de abdomen con contraste intravenoso, visualizándose rotura esplénica con gran hematoma subcapsular y signos de sangrado activo. Se decidió intervención quirúrgica urgente, con hallazgo de hemoperitoneo secundario a estallido esplénico, realizándose esplenectomía. La evolución postoperatoria fue favorable, y el paciente fue dado de alta al sexto día postoperatorio.

La anatomía patológica no describió signos de isquemia ni otras alteraciones estructurales, por lo que ante la ausencia de traumatismos o grandes esfuerzos, se calificó como REE.

Discusión: La lesión esplénica durante la FNL es una complicación rara, normalmente causada por daños con el instrumental de electrocauterio, por lo que en su mayoría se detectan de forma intraoperatoria, pudiendo corregirse. Otra posible lesión es la isquemia y el infarto esplénico debidos a la sección de los vasos cortos gástricos, visualizándose también en la mayoría de los casos de forma intraoperatoria, y autolimitándose unos meses tras la intervención. No obstante, en algunos casos, podría dar lugar a una rotura esplénica secundaria.

La REE es una complicación extremadamente rara de la que no se encuentran casos descritos. Es por ello que resulta de especial interés la presentación de este caso, ya que la ausencia de orientación clínica retrasó el diagnóstico del paciente en urgencias, por lo que consideramos esencial una alta sospecha de esta posible complicación con el fin de agilizar el tratamiento y la terapéutica correspondiente.

210140. PERFORACIÓN DE GASTROENTEROANASTOMOSIS TRAS BYPASS GÁSTRICO: ¿ES FACTIBLE EL MANEJO CONSERVADOR?

M Pitarch Martínez, JM Hernández González, T Prieto-Puga Arjona, JM Hernández Carmona, FJ Pérez Lara

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Antequera, Antequera.

Introducción: El desarrollo de úlceras a nivel de la gastroyeyunoanastomosis es una de las complicaciones a largo plazo más frecuentes del bypass gastrointestinal; sin embargo, la perforación de úlcera marginal ocurre raramente (0.5-1%). Uno de los principales factores predisponentes de esta complicación es el hábito tabáquico.

Caso clínico: Paciente de 54 años, fumador de 10cig/día, intervenido de bypass gastrointestinal laparoscópico hacía 7 años. Precocemente desarrolló estenosis de anastomosis gastroyeyunal requiriendo dilatación endoscópica. Un año más tarde, por sospecha de perforación de víscera hueca, precisó laparotomía exploradora en la que se evidenció peritonitis purulenta sin punto de perforación, realizándose lavado y colocación de drenajes, con buena evolución. En la actualidad, consulta en urgencias por dolor abdominal súbito e intenso de horas de evolución, mantiene estabilidad hemodinámica, y se acompaña de leve elevación de reactantes de fase aguda. En TC abdominal se objetiva neumoperitoneo supramesocólico y colección hidroaérea de 4cm adyacente a anastomosis gastroyeyunal, sin líquido libre (**Figura 1**). Dada la situación de estabilidad se decide manejo conservador, con dieta absoluta, NPT y antibioterapia de amplio espectro.

A los 3 días se realiza TC de control con contraste oral, en el que se demuestra ausencia de extravasación del contraste y pequeña colección perigástrica. Posteriormente se inició dieta progresiva sin incidencias, con buena evolución clínica y analítica y radiológica. Al alta se aconsejó abandono de hábito tabáquico y se pautó IBP a doble dosis. En revisión en consulta un mes más tarde se encuentra asintomático, sin fumar, y se había realizado endoscopia digestiva alta con hallazgos de anastomosis gastroyeyunal de pequeño calibre con mucosa en vertiente gástrica de aspecto granular hiperplásico (AP: leve inflamación crónica con ligeros cambios hiperplásicos superficiales, sin evidencia de colonización por *Helicobacter pylori*).

Discusión: El tratamiento de elección de la perforación por úlcera de la gastroyeyunoanastomosis es quirúrgico, considerando diversas opciones de forma individualizada.

No obstante, aunque no existen casos reportados de tratamiento conservador en este tipo de perforaciones, podrían aplicarse los mismos principios que para otras situaciones, como la perforación por úlcera péptica. El manejo conservador en la perforación por úlcera péptica no se aconseja de forma rutinaria pero puede utilizarse en casos seleccionados, en los que se demuestre perforación contenida en TC con contraste oral, sin peritonitis o sepsis, con estabilidad hemodinámica, y con capacidad de monitorización estrecha. Esta situación particular es la que presentaba nuestro paciente y permitió el manejo conservador de su patología con éxito.

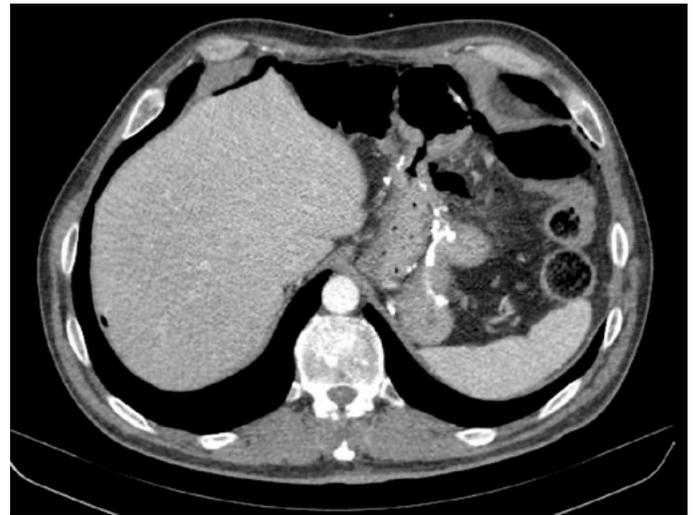


Figura 1

TC al ingreso: Burbujas de neumoperitoneo a nivel supramesocólico, junto a colección hidroaérea perianastomótica.

210141. HERNIA DE BOCHDALEK EN EL ADULTO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

FJ Campos-Martínez, DA Bernal-Moreno, A Díaz-Godoy, JE Falckenheiner-Soria, A Hendelmeier-Orero, V Vega-Ruiz

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: La hernia de Bochdalek es un tipo de hernia diafragmática congénita secundaria a un defecto en el desarrollo embrionario del foramen lumbocostal a nivel de la porción posterlateral de la cúpula diafragmática.

Son más frecuentes en mujeres, y principalmente de tipo izquierdo (85-90%), siendo el intestino delgado la víscera más afectada.

Las formas neonatales son las más frecuentes y graves debido a la repercusión respiratoria asociada, mientras la presentación en edad adulta es bastante infrecuente (5%), y generalmente asintomáticas.

Caso clínico: Varón de 83 años, cardiópata e hipertenso. Acude a Urgencias por dolor abdominal generalizado y cese del tránsito de 72 horas asociado a vómitos entéricos en últimas 24 horas, sin fiebre ni clínica respiratoria asociada. A la exploración, presenta abdomen distendido y timpánico con dolor en hipocondrio izquierdo sin peritonismo. Analítica con discreta elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis con neutrofilia, con ácido láctico normal. En el TAC se observa hernia diafragmática izquierda con defecto de 25 mm y herniación de colon transverso con cambio de calibre a dicho nivel y condicionando marcada dilatación retrógrada de colon transverso y ascendente de hasta 11 cm a nivel de ciego sin signos de sufrimiento.

Se decide laparoscopia exploradora, objetivando hernia de Bochdalek de 3 cms de defecto diafragmático con herniación de un segmento de colon transverso de unos 20 cms y epiplón mayor, éste último con signos de necrosis, con importante dilatación retrógrada

de colon derecho e íleon sin signos de sufrimiento. Se realiza reducción de contenido herniario y resección de epiplón infartado, con posterior cierre transversal del defecto con sutura continua de V-Loc 3/0.

El paciente evoluciona favorablemente con tolerancia progresiva y tránsito intestinal normalizado. Es dado de alta al 4º día postoperatorio, sin evidencia de recidiva herniaria en radiografía de

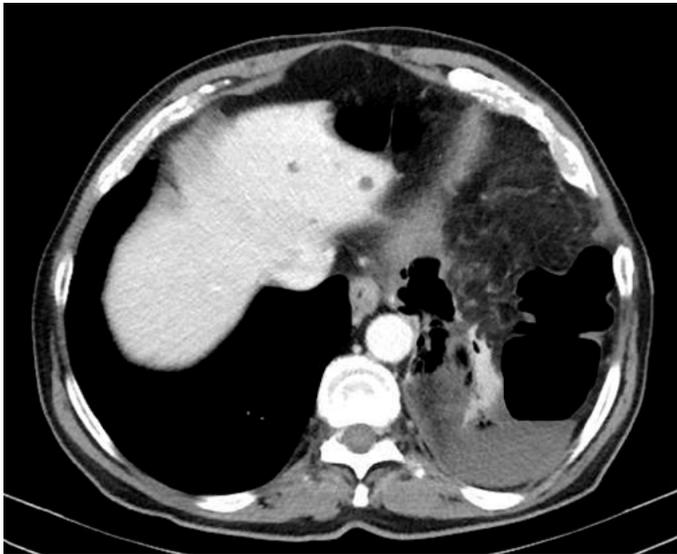


Figura 1

TAC. Corte Axial. Hernia diafragmática izquierda con herniación de colon transverso y obstrucción intestinal secundaria.

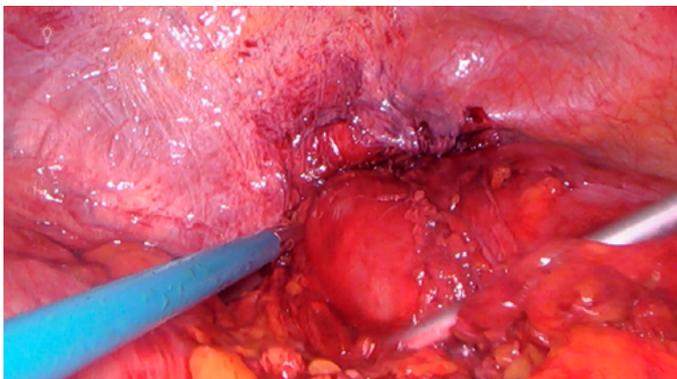


Figura 2

Hernia de Bochdalek con incarceration de colon transverso y epiplon mayor.

tórax control.

Discusión: El diagnóstico de hernia de Bochdalek en el paciente anciano es bastante infrecuente, siendo los pocos casos diagnosticados fundamentalmente en la pubertad o en la edad adulta temprana. Suelen ser casos bien tolerados, en los que el diagnóstico suele ser incidental a partir de una radiografía de tórax.

La clínica gastrointestinal es la forma de presentación más frecuente debido a la herniación del estómago o del intestino delgado,

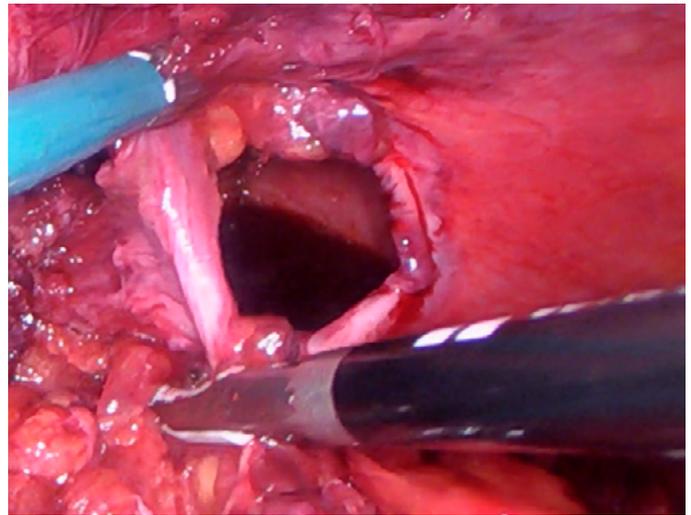


Figura 3

Defecto diafragmático izquierdo tras reducción de contenido herniario.

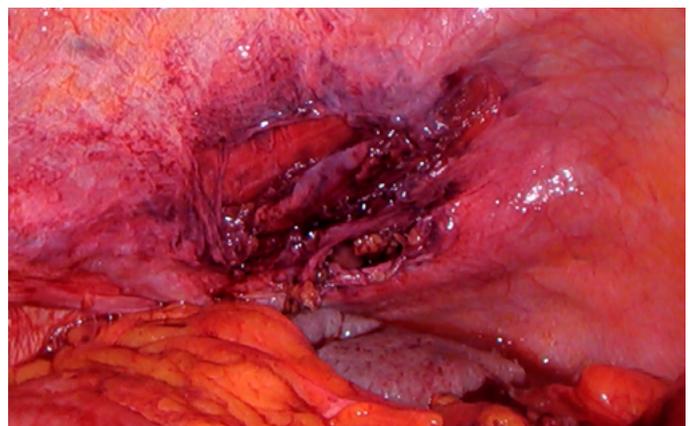


Figura 4

Cierre de defecto diafragmático con sutura continua V-Loc.

siendo la incarceration colónica poco frecuente. La indicación quirúrgica en los casos de presentación adulta está justificada por la gravedad de las complicaciones y la alta mortalidad (30%), siendo el tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica de elección debido al menor trauma quirúrgico.

210143. PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON DERECHO: ABSCESO SUBFRÉNICO POR DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA

FJ Campos-Martínez, JE Falckenheiner-Soria, I Rívoro-Hernández, DA Bernal-Moreno, JL Arroyo-Vélez, V Vega-Ruiz

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: La enfermedad diverticular (ED) se produce principalmente en el colon izquierdo, principalmente a nivel de sigma. La forma de presentación más frecuente es la diverticulitis aguda (DA).

Sin embargo, la enfermedad diverticular del colon derecho (EDD) supone una entidad clínica diferente y poco frecuente, generalmente asintomática. La EDD complicada es más frecuente en varones de mediana edad, siendo la hemorragia la principal forma de presentación al tratarse generalmente de un divertículo congénito solitario.

Caso clínico: Varón de 85 años (hipertenso y EPOC) que acude a Urgencias por disnea a mínimos esfuerzos de un mes de evolución asociada a tos y secreciones no purulentas, sin dolor abdominal ni fiebre. En la exploración, destaca hipoventilación en base pulmonar derecha y hepatomegalia de dos traveses de dedos sin dolor abdominal ni peritonismo. Se solicita analítica (elevación de RFA y leucocitosis izquierda) y TAC TAP: colección hidroaérea (8x15,5x18 cms) subdiafragmática suprahepática extracapsular, en contacto con el ángulo hepático del colon, y atelectasia de LID con moderado derrame pleural. Ante los hallazgos, se realiza drenaje percutáneo con débito purulento y abundante gas.

Evolución favorable, tanto clínica (no dolor abdominal con tolerancia y tránsito) como analítica (descenso progresivo de RFA y leucocitosis), manteniendo débito purulento por drenaje. Sin embargo, no presenta cambios en TAC TAP control, decidiéndose administración de Gastrografin para valoración de comunicación colonia. Tras objetivarse paso del contraste del colon ascendente a la colección se decide colonoscopia, siendo desestimada por Digestivo por riesgo de perforación.

El paciente se mantiene estable clínicamente, aunque, pese a tratamiento dirigido con Tazocel, se mantiene alto débito purulento por drenaje y empeoramiento analítico con elevación de RFA y leucocitosis. Se decide laparotomía exploradora, objetivando absceso a nivel de ángulo hepático del colon con varios divertículos en colon ascendente, realizándose drenaje del absceso y hemicolectomía

derecha con anastomosis. El paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta sin incidencias al 5º DPO.



Figura 2

TAC. Corte coronal. Colección intraabdominal en contacto con ángulo hepático del colon.



Figura 3

TAC. Corte axial. Paso filiforme de gastrografin desde colon derecho a colección intraabdominal.



Figura 1

TAC. Corte Axial. Colección intraabdominal hidroaérea subfrénica suprahepática.

Discusión: La DA como forma clínica de presentación de la EDD es una entidad clínica infrecuente, sobre todo en pacientes de edad avanzada. En pacientes con sintomatología, siendo en la mayoría de los casos gastrointestinal asociada a hemorragia, el diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con la apendicitis aguda. Pero también sin descartar una neoplasia, al ser frecuente la palpación de una masa dolorosa en flanco derecho.

En la mayoría de los casos, incluido el nuestro, el diagnóstico es intraoperatorio, y el tratamiento quirúrgico debe reservarse a pacientes seleccionados sin respuesta al tratamiento conservador.



Figura 4
Imagen quirúrgica de absceso a nivel de ángulo hepático del colon.

210144. UN AÑO DE CIRUGÍA DE URGENCIAS EN ÉPOCA COVID: MEMORIA DE LAS APENDICECTOMÍAS REALIZADAS EN EL PERIODO DE MARZO 2020 A MARZO DE 2021

Á Ortiz Sánchez, AA Maestu Fonseca, M Mayo Ossorio, A Fierro Aguilar, S Cerrato Delgado, J Varela Recio, MD Casado Maestre, MJ Castro Santiago, JM Pacheco García

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

Introducción: Analizar la evolución de la patología quirúrgica urgente durante el periodo comprendido entre Marzo 2020 y Marzo de 2021 centrándonos en concreto en la patología apendicular aguda intervenida.

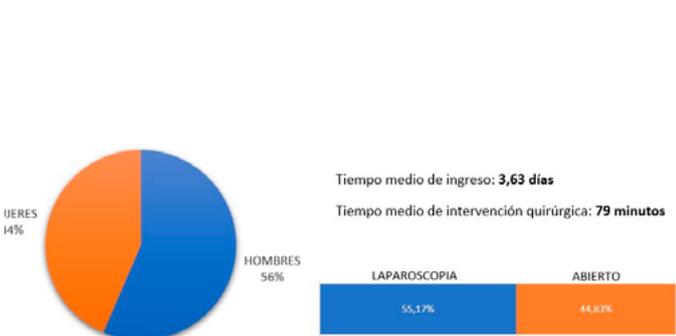


Figura 1
Descripción demográfica y del tipo de intervención.

Material y métodos: Se realiza una recogida sistemática los pacientes intervenidos de urgencias en el periodo entre Marzo de 2020 y Marzo de 2021. Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo analizando los datos mediante SPSS. Se analiza el subgrupo de las apendicectomías intervenidas de urgencias durante dicho periodo, analizando su mortalidad, la presencia de complicaciones, el número de intervenciones con datos de complicación y la tasa de infección del sitio quirúrgico.

Resultados: Durante el periodo entre el Marzo de 2020- Marzo 2021 se intervinieron 87 apendicitis. La media de edad fue de 40'17 años. El 56'4% fueron mujeres frente a un 43'53% de hombres. El tiempo medio de ingreso fue de 3'63 días. El 55'17% se completó por laparoscopia y el 44'83% se realizó por abordaje abierto. Hubo que reconvertir a cirugía abierta en 1 caso. El tiempo medio de intervención fue de 79 minutos. Se dejó drenaje en el 27'58% de los casos.

La tasa total del exitus fue de 0%. La tasa global de complicaciones fue de 6'89%. Las complicaciones más frecuentes fueron infección de la herida quirúrgica (1,15%) y el íleo adinámico (4,5%). Se describió un caso de bacteriemia. El tiempo de estancia media en la Unidad de Recuperación Postoperatoria fue menor de 2 horas, salvo en un caso que requirió cuidados intensivos postoperatorios por 3 días.

El 41'27% de las anatomías patológicas describieron cambios sugestivos de complicación (apéndice cecal gangrenoso, perforado o abscesificado). El 50'79% fueron apendicitis agudas sin signos de complicación. Se describieron 3 casos de neoplasias mucinosas deapéndice y un caso de apendicitis por oxiuros.

Conclusiones: Durante el primer año de pandemia por COV-SARS-2 se han reducido los quirófanos programados, lo que ha influido en la patología urgente. El retraso en el acceso a la atención especializada ha conllevado un aumento de cuadros clínicos complicados operados de urgencias.

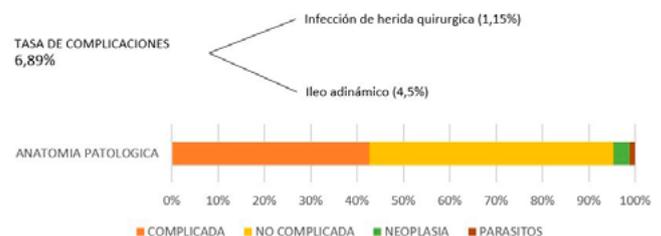


Figura 2
Complicaciones más frecuentes y resultados de anatomía patológica final.

210146. UN AÑO DE CIRUGÍA DE URGENCIAS EN ÉPOCA COVID: MEMORIA DE LAS COLECISTECTOMÍAS URGENTES REALIZADAS EN EL PERIODO DE MARZO 2020 A MARZO DE 2021.

AA Maestu Fonseca, Á Ortiz Sánchez, MÁ Mayo Osorio, A Fierro Aguilar, S Cerrato Delgado, J Varela Recio, MD Casado Maestre, MJ Castro Santiago, JM Pacheco García

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

Introducción: Analizar la evolución de la patología quirúrgica urgente durante el periodo comprendido entre Marzo 2020 y Marzo de 2021, centrándose concretamente en las colecistectomías urgentes.

Material y métodos: Se realiza una recogida sistemática los pacientes intervenidos de urgencias en el periodo entre Marzo de 2020 y Marzo de 2021. Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo analizando los datos mediante SPSS. Se analiza el subgrupo de las colecistectomías intervenidas de urgencias durante dicho periodo, analizando su mortalidad a los 7 y a los 30 días, la morbilidad, el número de intervenciones con datos de complicación y la tasa de infección del sitio quirúrgico.

Resultados: En el periodo comprendido entre Marzo 2020 y Marzo de 2021 se intervinieron 53 colecistitis agudas de urgencias. La edad media de los pacientes fue de 62,06 años. El 64,15% fueron hombres y el 35,85% fueron mujeres. El tiempo medio de ingreso hospitalario fue de 6 días. El 81,13% se completó por vía laparoscópica y el 18,87% se realizó por abordaje abierto. Se dejó drenaje en el 79,24%. El tiempo medio de intervención quirúrgica fue de 99,8 minutos.

La tasa global de exitus fue del 1,88%, el cual se dio a los 10 días de ingreso, por lo que la mortalidad a los 7 días fue de 0% y a los 30 días del 1,88%. La tasa global de complicaciones fue del 26,41%. Las complicaciones más frecuentes fueron la infección del sitio quirúrgico (11,3%), complicaciones renales (5,6%), neumonía (5,6%), bacteriemia (3,7%) o complicaciones cardiovasculares (3,7%). Las complicaciones postoperatorias fueron Clavien-Dindo I-II, salvo en un caso que fue exitus. El tiempo medio de estancia en la Unidad de Recuperación Postanestésica fue menor de 2 horas para todos los pacientes salvo en 5 situaciones que requirieron cuidados intensivos postoperatorios, siendo entre estos el tiempo medio de ingreso de 3,4 días.

El 22,86% de las anatomías patológicas finales describen colecistitis complicadas

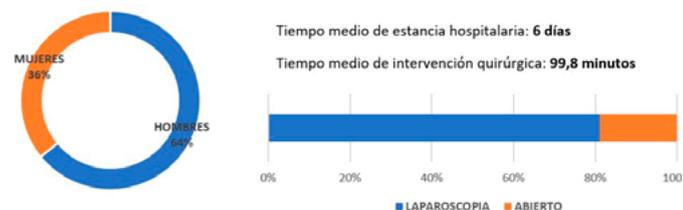


Figura 1 Datos demográficos y del tipo de intervención.

Conclusiones: Durante el primer año de pandemia por COV-SARS-2 se han reducido los quirófanos programados, lo que ha influido en la patología urgente, la cual ha presentado altas tasas de complejidad. El retraso en el acceso a la atención especializada ha conllevado un aumento de cuadros clínicos complicados en las urgencias.

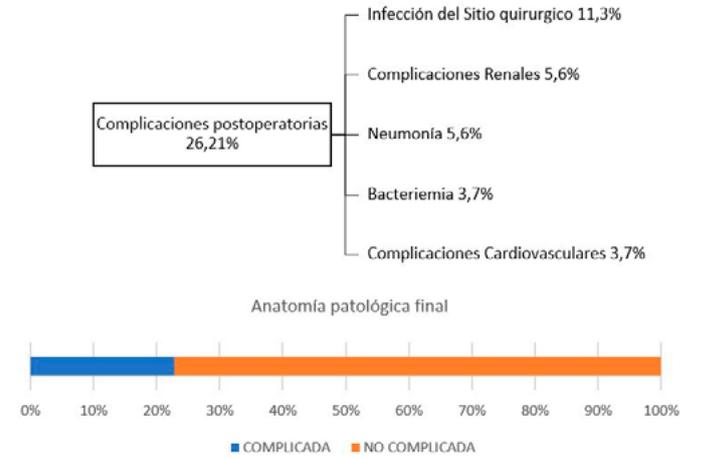


Figura 2 Complicaciones más frecuentes y resultados anatomía patológica.

210148. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y ABDOMEN AGUDO CAUSADO POR PSEUDOQUISTE INTRAMURAL DUODENAL.

A García León, C Cepeda Franco, EM Pueyo Pérez, G Suárez Artacho, FJ Padillo Ruíz, MA Gómez Bravo

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

Introducción: Los pseudoquistes intramurales duodenales son una entidad poco frecuente, con apenas una veintena de casos descritos en la literatura. La sintomatología asociada más frecuente es el dolor abdominal y la obstrucción al tracto de salida gástrico. El objetivo de nuestro trabajo es presentar el manejo realizado por nuestra unidad en un caso poco frecuente y complejo.

Caso clínico: Paciente de 56 años con antecedente de pancreatitis aguda de origen enólico. Un año tras el episodio agudo, el paciente acude por un cuadro de fracaso renal agudo asociado a síndrome emético. Se realiza una endoscopia digestiva alta (EDA) donde se observa un estómago retencionista y una masa de aspecto inflamatorio que ocupa la luz bulbar, con superficie ulcerada, friable y probable orificio fistuloso en su superficie a través del cual se observa salida de contenido hemático. Se realiza TAC abdominal describiéndose una lesión quística con contenido hiperdenso en su interior, localizada a nivel de la pared duodenal que condiciona una compresión extrínseca severa sobre la luz y además asocia cambios inflamatorios locales. El paciente ingresa con la sospecha de un pseudoquiste pancreático complicado con hemorragia intraquística y presenta un empeoramiento clínico importante en 24h con aumento del dolor abdominal y taquicardia. Analíticamente destaca discreta leucocitosis de 14.000 y elevación de reactantes de fase aguda con

PCR de 681. Se solicita nuevo TAC abdominal (**Figura 1**) objetivando la lesión quística conocida con signos de perforación libre en su margen anterior con neumoperitoneo a nivel perihepático y aumento de líquido libre. Se decide intervención quirúrgica urgente.

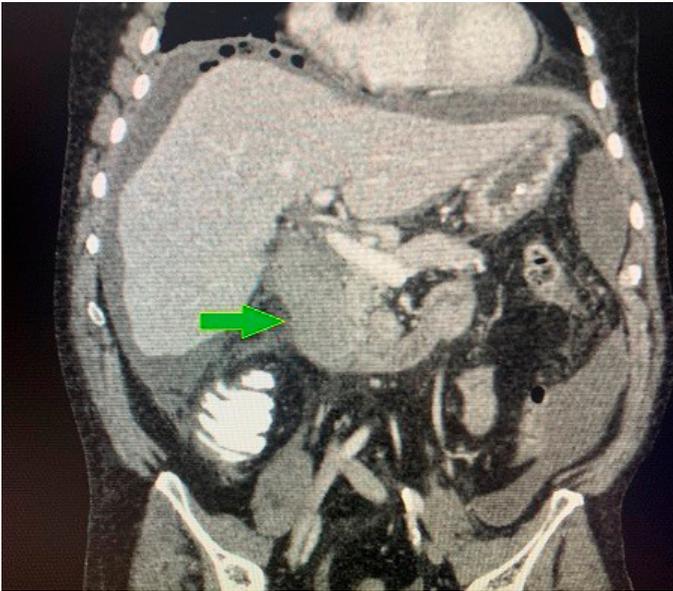


Figura 1

TC abdomen.

Discusión: Durante la intervención se objetiva líquido libre en los cuatro cuadrantes de aspecto pancreático y una lesión quística paraduodenal abierta (**Figura 2**) con molde de coágulo en su interior y con pequeña comunicación puntiforme con la luz duodenal en su cara posterior que se sutura. Se completa la intervención con una exclusión duodenal, confección de una gastroentero anastomosis en Y de roux y con la colocación de tres drenajes intraabdominales.

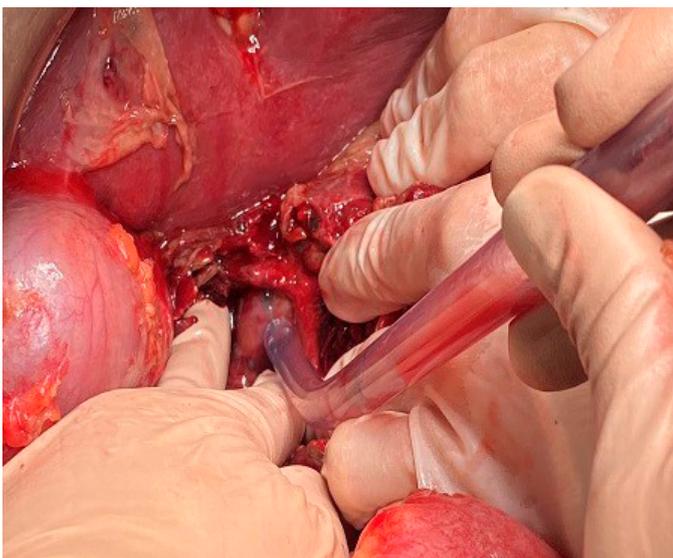


Figura 2

Hallazgo intraoperatorio.

Evolución postoperatoria favorable tras 72h de ingreso en UCI es dado de alta a planta de hospitalización. Como complicación destaca fistula biliar de bajo débito l que se ha manejado de forma conservadora con resolución completa al alta. Seguimiento posterior en consultas con resolución de molestias abdominales.

El pseudoquiste intramural duodenal es una entidad muy infrecuente que hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones duodenales. No existen protocolos establecidos para su manejo y tratamiento.

210149. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA CIRUGÍA ELECTIVA DE LA HERNIA INGUINAL PRIMARIA, ¿ES NECESARIA? REVISIÓN DE LA LITERATURA..

GL Anabel, F Hinojosa-Ramírez, M Bustos Jiménez, G Anguiano Díaz, L Tallón Aguilar, FJ Padillo Ruíz

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

Introducción: Presentamos una revisión de los principales trabajos y guías publicadas en los últimos años sobre la profilaxis antibiótica en la cirugía electiva de la hernia inguinal primaria. Además, nos planteamos la valoración del número necesario a tratar (NNT) para considerar la indicación de administrar esta profilaxis que no está exenta de riesgos.

Material y métodos: Revisión de las principales guías y revisiones sistemáticas sobre la profilaxis antibiótica en la hernia inguinal primaria.

Resultados: En 2012 se publica una revisión incluyendo a un total de 3574 pacientes. Concluyen a favor de la profilaxis antibiótica. No se estratifica por riesgo individual o del entorno. Reportan un NNT 56.

En 2016 publican otra revisión sistemática con 5519 pacientes. Concluye a favor de la profilaxis. No estratifica por riesgo. El NNT es de 108.

En 2017 se reporta otra revisión sistemática con 5159 pacientes. No se realiza estratificación por riesgo. Concluyen a favor del empleo de la profilaxis antibiótica con el empleo de betalactámicos + inhibidores de la betalactamasa o cefalosporinas de primera generación. NNT de 29 en el primer caso y de 43 en el segundo.

En 2018 se publica la Guía Internacional para el manejo de la hernia inguinal. Se analizan 17 ECA con un total de 5709 pacientes. Se estratifica según el riesgo del entorno y se enumeran una serie de factores de riesgo individuales de infección de sitio quirúrgico. Considerando el riesgo del entorno y el riesgo individual de los pacientes, se establece con un grado de recomendación fuerte, que en los entornos de bajo riesgo con un riesgo individual bajo o moderado, no está indicado el empleo de profilaxis antibiótica con un NNT de 158. No existe consenso claro en cuanto a los pacientes considerados de "alto riesgo" en un entorno de bajo riesgo. En los entornos de alto riesgo sí está justificado el empleo de profilaxis antibiótica con independencia del riesgo individual del paciente con un NNT 24.

Conclusiones:

- Betalactámicos + inhibidores > cefalosp. 1ªG > resto
- Necesidad de mejorar el cuidado perioperatorio de los pacientes en aquellos entornos de alto riesgo.
- ¿Es necesaria la profilaxis antibiótica?
- Pacientes de bajo riesgo en entorno de bajo riesgo: NO
- Pacientes de alto riesgo en entorno de bajo riesgo: "Sí"
- En entorno de alto riesgo: SI

Autor	Año	Revisión			
		Cochrane 2012	Hernia 2016	BJS 2017	Guía EHS 2018
Morales	2000	[+]	[+]	[-]	[+]
Yerdel	2001	[+]	[+]	[+]	[+]
Aufenacker	2004	[+]	[+]	[+]	[+]
Celdran	2004	[+]	[+]	[+]	[+]
Oteiza	2004	[+]	[+]	[-]	[+]
Perez	2005	[+]	[+]	[+]	[+]
Terzi	2005	[-]	[-]	[+]	[-]
Tzovaras	2007	[+]	[+]	[+]	[+]
Jain	2008	[+]	[+]	[+]	[+]
Shankar	2010	[+]	[+]	[+]	[+]
Thakur	2010	[-]	[-]	[+]	[+]
Al-Fatah	2011	[-]	[+]	[-]	[-]
Ergul	2011	[+]	[+]	[+]	[+]
Goyal	2011	[-]	[-]	[+]	[+]
Othman	2011	[+]	[+]	[+]	[+]
Rahmani	2012	[-]	[-]	[-]	[+]
Wang	2013	[+]	[+]	[+]	[+]
Ullah	2013	[-]	[-]	[+]	[+]
Kochhar	2014	[-]	[+]	[-]	[-]
Mazaki	2014	[+]	[+]	[+]	[+]
Razack	2015	[-]	[+]	[-]	[-]
RECOMENDACIÓN		SÍ	NO	SÍ	NO
NNT		56	108	29/43	158/24

2,5mg/dl. En la radiografía se objetivaba dilatación de asas y niveles hidroaéreos centro-abdominales con ausencia de gas distal. Con estos datos se indicó la intervención quirúrgica urgente bajo anestesia general.

Durante la manipulación inicial del saco herniario se produjo la reducción espontánea del contenido sin haber podido realizar una adecuada exploración del mismo. Se decidió realizar una hernioscopia (laparoscopia a través del saco herniario) para la evaluación del contenido herniario: una vez disecado el saco herniario se introdujo un trócar de 11mm a través del orificio inguinal realizando una bolsa de tabaco con el saco para mantener el neumoperitoneo. Se insufló neumoperitoneo a 12mmHg y se colocó un trócar accesorio de 5mm en fosa ilíaca derecha para permitir la movilización del paquete intestinal. Se exploró toda la cavidad abdominal objetivándose un hematoma en el meso del asa que había estado encarcelada. Se aspiró el líquido libre intraabdominal y se revaluó el contenido intestinal transcurridos unos minutos, objetivándose una adecuada coloración y peristaltismo, por lo que se desestimó la necesidad de resección. Finalmente se reparó el defecto herniario mediante un abordaje anterior abierto. El paciente cursó con un postoperatorio favorable siendo alta a las 48h sin incidencias.

Discusión: En la búsqueda de alternativas menos invasivas que la laparotomía media en la hernia inguinal de urgencias que algunos estudios han identificado como factor de riesgo independiente de morbi-mortalidad, encontramos la hernioscopia, técnica descrita en 1992 que no ha contado con una difusión importante. En la literatura apenas encontramos unos 29 casos descritos. Es una técnica sencilla, menos exigente que la laparoscopia, sobre todo a la hora de la reparación herniaria, y no se han descrito complicaciones asociadas a la misma.

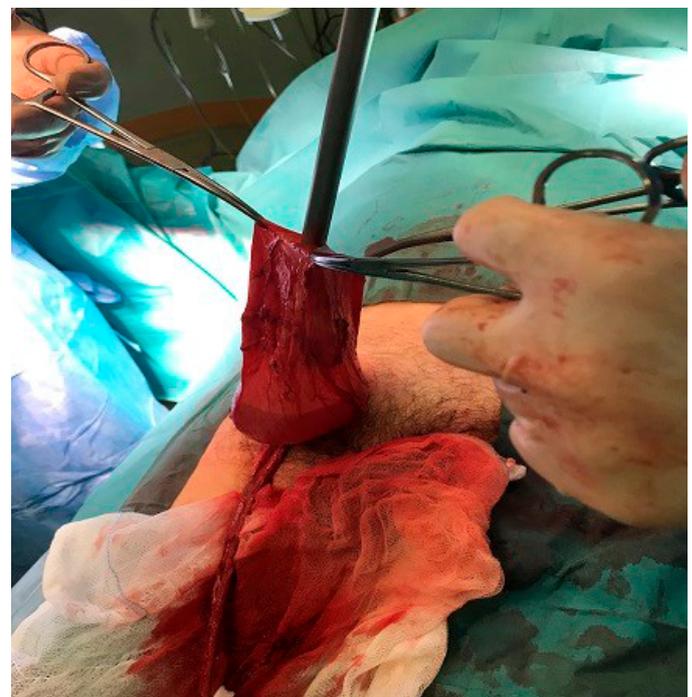


Figura 1
Hernioscopia.

Figura 1

Resumen.

210150. PAPEL DE LA HERNIOSCOPIA EN LA CIRUGÍA URGENTE DE LA HERNIA INGUINAL.

A García León, L Tallón Aguilar, J Tinoco González, A Sánchez Arteaga, D Díaz Gómez, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: La hernia inguinal complicada es una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes. Hasta en el 1% de los casos se produce una reducción espontánea del contenido herniario antes de poder ser evaluado. El objetivo de nuestro trabajo es presentar en un caso clínico la utilidad de la hernioscopia como herramienta diagnóstica en la hernia inguinal complicada que se reduce espontáneamente.

Caso clínico: Varón de 75 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por presentar una tumoración dolorosa en región inguinal derecha. En la exploración física se objetivó una hernia inguino-escrotal derecha encarcelada con alta sospecha de estrangulación. Analíticamente destacaba una discreta leucocitosis con neutrofilia y un fallo renal con niveles de creatinina sérica en

210151. CIRUGÍA ONCOLÓGICA TIROIDEA EN TIEMPOS DE PANDEMIA.

M Neuhaus Nevado, C Rodríguez Silva, I Pulido Roa, C Jiménez Mazure, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La rápida propagación de la pandemia COVID-19 y su elevado número de casos ha obligado a muchos hospitales españoles a redistribuir los recursos en función de su incidencia para atender de forma emergente a los pacientes infectados. Esto ha llevado a una reducción significativa de la actividad quirúrgica, que en algunos casos ha llegado al extremo de demorar todas las intervenciones electivas realizando únicamente las intervenciones urgentes. Sin embargo, ¿ha tenido repercusión la pandemia sobre nuestra atención a la patología oncológica tiroidea?

Material y métodos: Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo desarrollado entre 2019 y 2021, separando 2 períodos: Marzo 2019 a Febrero 2020 (periodo pre-pandemia) y Marzo 2020 a Febrero 2021 (periodo pandemia).

Resultados: Durante el periodo pre-pandemia se intervinieron 28 pacientes con neoplasia de tiroides (20 mujeres y 8 varones) con una mediana de edad de 48 años e IMC 26,48 kg/m². Predominio de ASA II y ASA III. El procedimiento principal fue la tiroidectomía total (16 casos) seguida en frecuencia de hemitiroidectomía (9 pacientes). Un total de 6 casos precisaron Linfadenectomía asociada. La AP definitiva informó de 24 casos de carcinoma papilar, 2 carcinomas foliculares y 2 carcinomas medulares. No tuvimos reintervenciones por complicaciones ni tampoco se produjo ningún exitus. Hasta 3 casos presentaban mutación para el gen BRAF 600 V. En cuanto al estadiaje tumoral observado se objetivó un predominio de estadios I (19 casos), seguido en frecuencia por estadio II (4 casos) y estadio IVa (3 casos). Durante el periodo pandemia se intervinieron 29 neoplasias de tiroides (14 mujeres y 15 varones) con una mediana de edad de 51 años e IMC 30,61 kg/m². Predominio de ASA II y ASA III. El procedimiento principal fue la tiroidectomía total (25 casos) seguido de la hemitiroidectomía (3 casos). Hasta 11 casos precisaron linfadenectomía.

La AP informó de 22 casos Ca papilar, 3 casos de carcinoma medular y 4 metástasis. Hasta 8 casos presentaron mutaciones para BRAF. En cuanto al estadiaje tumoral, existe un predominio de estadio I (22 casos), seguido de estadio III (3 casos), estadio II (2 casos), estadio IVa (2 casos) y estadio IVc (1 caso). No tuvimos reintervenciones por complicaciones ni tampoco se produjo ningún exitus.

Conclusiones: En nuestra unidad afortunadamente no han tenido repercusión las consecuencias derivadas de la pandemia, presentando la misma incidencia de neoplasias operadas entre ambos periodos. Sin embargo, sí objetivamos estadios más avanzados intervenidos durante el periodo pandémico con respecto al periodo previo, probablemente influenciado por el retraso en la atención de los pacientes durante el proceso diagnóstico, entre otras muchas causas.

210152. PAPEL DE LA APONEUROSIS POSTERIOR DEL RECTO EN LA REPARACIÓN DE LA PARED ABDOMINAL.

A García León, MJ Cuevas López, A Sánchez Arteaga, V Durán Muñoz-Cruzado, L Tallón Aguilar, FJ Padillo Ruíz

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

Introducción: Presentar una complicación poco frecuente asociada a la técnica retromuscular mínimamente invasiva tipo e-TEP que exige un alto grado de sospecha para su diagnóstico y que puede estar presente en cualquier otra técnica retromuscular.

Caso clínico: Paciente de 47 años con antecedentes de obesidad grado I y dos cesáreas previas. Es valorada en consultas por una hernia incisional objetivándose una eventración M4W1 de la clasificación EHS con contenido graso además de una pequeña hernia umbilical. Se indica una reparación laparoscópica tipo e-TEP donde se realiza la colocación de malla de polipropileno en el espacio retromuscular y cierre de la aponeurosis posterior con sutura barbada. Tras un postoperatorio inicial sin incidencias la paciente es dada de alta a las 48h. En el 5º día postoperatorio acude a urgencias por un cuadro de obstrucción intestinal realizándose un TAC abdominal (Imagen 1) que objetiva una dehiscencia de la aponeurosis posterior del recto con un segmento de yeyuno que se introduce por un defecto de unos 5cm condicionando la obstrucción. Se indica cirugía urgente y en quirófano se objetiva una dehiscencia completa de la aponeurosis posterior del recto a través de la cual se introduce un asa intestinal que presenta un cambio de calibre condicionado por la sutura barbada adherida (Figura 2) firmemente al intestino. Tras la liberación del asa y retirada de la sutura se procede a la reparación de la pared abdominal realizando una técnica retromuscular tipo Rives.

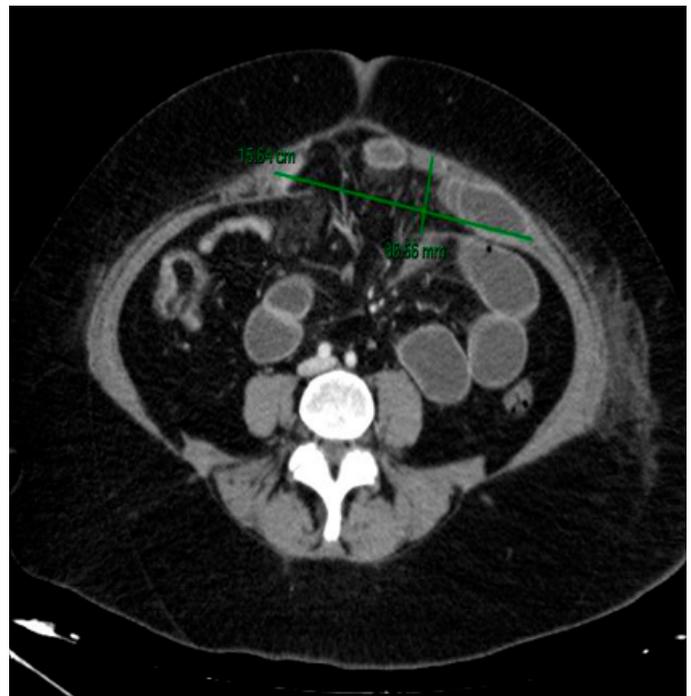


Figura 1

TAC abdomen.

Discusión: Evolución postoperatoria favorable, como incidencia presenta infección de herida quirúrgica que precisó la colocación de una terapia de presión negativa durante 5 días y posteriormente fue dada de alta sin incidencias.

En las reparaciones retromusculares/preperitoneales, la integridad y el cierre de la aponeurosis posterior del recto y/o peritoneo tienen un papel esencial para evitar complicaciones postoperatorias que, aunque infrecuentes, exigen un alto grado de sospecha. La sutura barbada para el cierre de la aponeurosis posterior ha demostrado en la literatura ser segura y eficaz, aunque existen complicaciones específicas asociadas a ella, destacando las adherencias en caso de exposición de la misma.

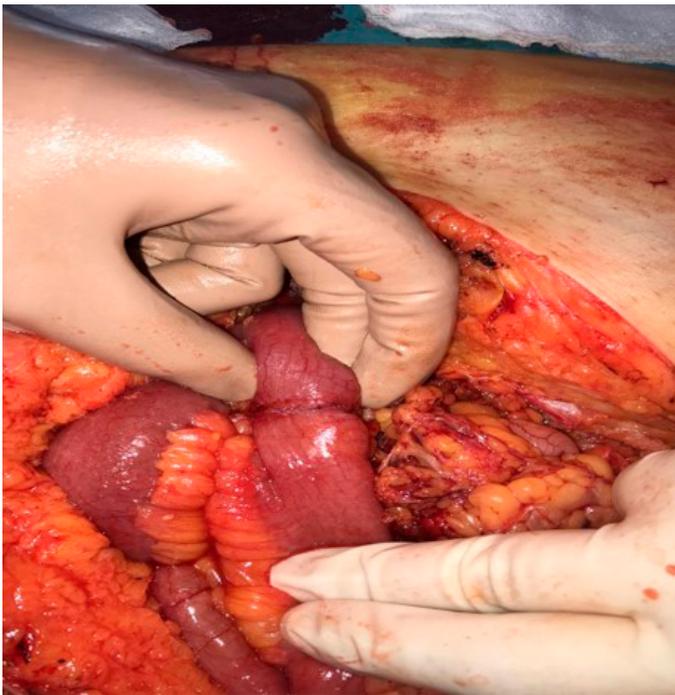


Figura 2
Imagen intraoperatoria.

210154. HERNIA VESICAL ESTRANGULADA, DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO.

JJ Pereira Grillo, CM Arrieta Martínez, B Cantarero Jimenez, S Calzado Baeza

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

Introducción: Las hernias inguinales constituyen una patología quirúrgica frecuente en la que diversos órganos pueden estar incluidos en el saco herniario, la vejiga urinaria está presente entre el 0,3 y 3% de todos los casos de hernias, alcanzando hasta un 10% en los varones mayores de 50 años.

Caso clínico: Varón de 88 años pluripatológico que durante su ingreso en medicina interna por bloqueo AV completo presenta aumento de volumen y dolor en región inguinal derecha asociado a fracaso renal agudo, a la exploración se evidencia hernia inguinoescrotal encarcerada, importante edema escrotal y hematuria

macroscópica de aspecto turbio por la sonda vesical. Se realiza TAC de abdomen y pelvis donde se evidencia hernia inguinoescrotal derecha de gran tamaño que contiene vejiga con enfisema intraparietal, abundante aire intraherniario (Figura 1) y dilatación ureteral bilateral. Se realiza intervención quirúrgica urgente en conjunto con servicio de urología, se realiza apertura controlada del saco evidenciando cuerno vesical de aspecto necrótico, se identifica límite de vejiga desvitalizada (Figura 2), se realiza cistectomía parcial (Figura 3) y hernioplastia mediante técnica de Liechtenstein. El postoperatorio cursó sin complicaciones y el paciente fue dado de alta al quinto día.

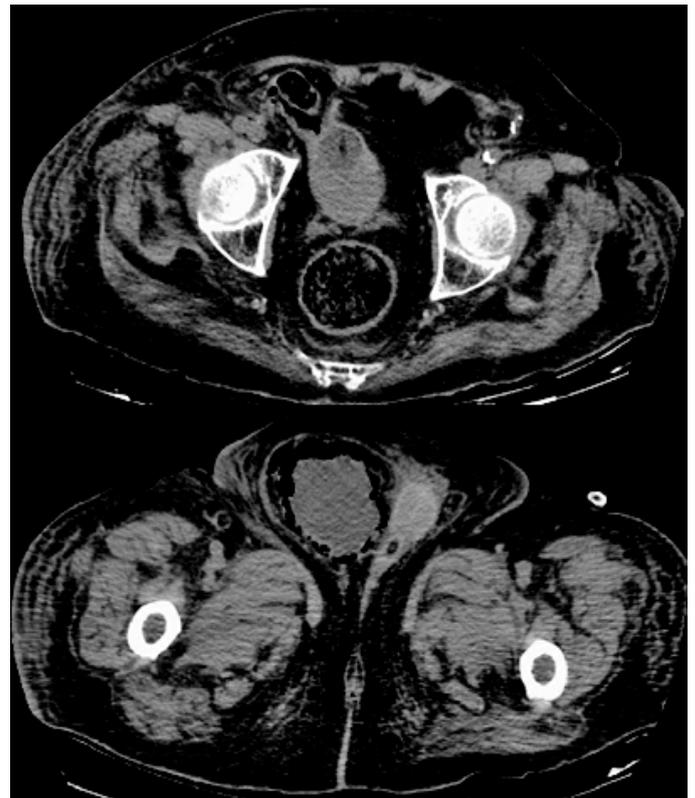


Figura 1
Hernia inguinoescrotal derecha que contiene vejiga con enfisema intraparietal.

Discusión: La mayoría de las hernias vesicales son asintomáticas y se diagnostican en el curso de una herniorrafia, los casos que ocasionan uropatía obstructiva o estrangulación vesical son raros.

El diagnóstico se basa en una alta sospecha clínica y una prueba de imagen. En los casos de hernias inguinales programados la cistografía es la prueba de elección para el diagnóstico de las hernias vesicales, estando indicada en varones con hernias inguinoescrotales y enfermedad obstructiva del tracto urinario inferior. En los casos urgentes asociados a complicación herniaria y a patología del tracto urinario, la ecografía y la tomografía computarizada pueden ser útiles, sin embargo, no deben retrasar el tratamiento quirúrgico.

En hernias estranguladas con necrosis vesical está indicada la cistectomía parcial y reparación de la hernia con o sin material protésico, aunque la mayoría de autores aboga por no utilizarlo para evitar complicaciones infecciosas del mismo.

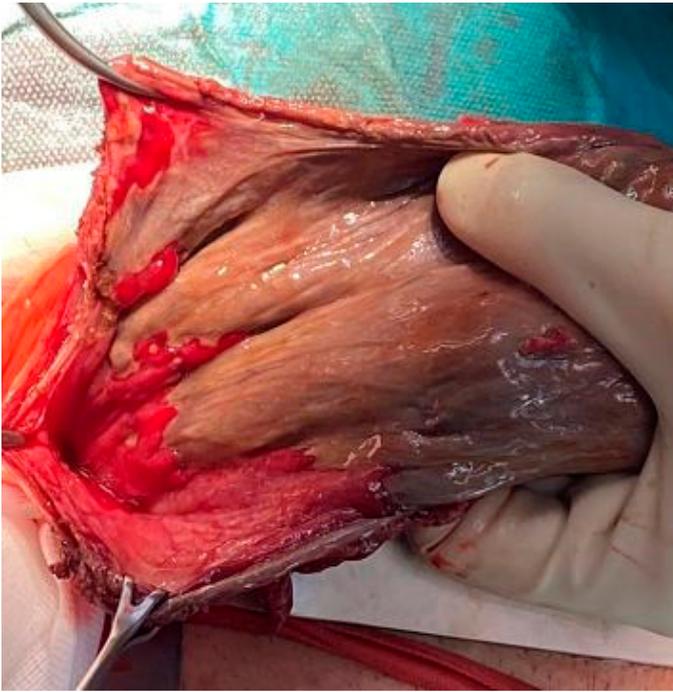


Figura 2

Límite de necrosis vesical.

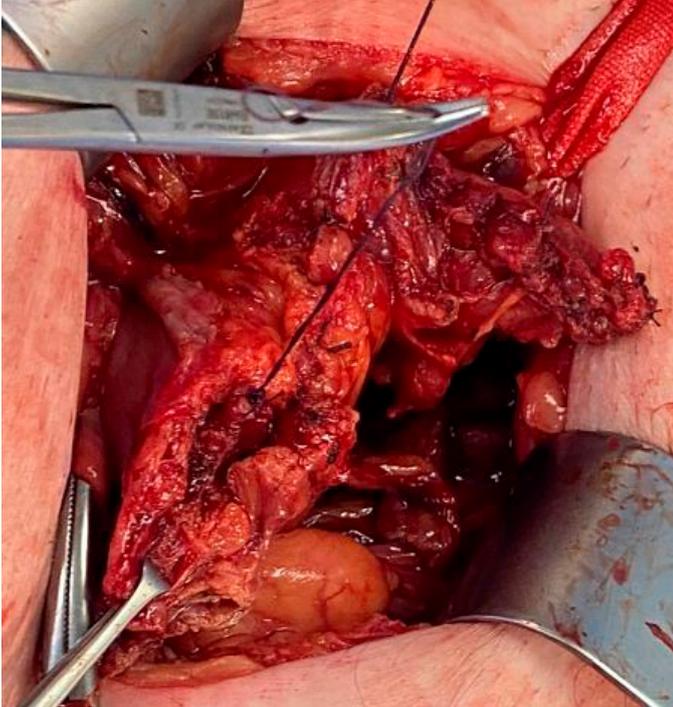


Figura 3

Cistectomía parcial y cierre de fascia posterior Cistectomía parcial y cierre de fascia posterior.

210155. PREDICCIÓN DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA COLORRECTAL: PRESENTACIÓN DE NUESTRO PROTOCOLO DE DETERMINACIÓN DE PROTEÍNA C REACTIVA.

JA Toval Mata, M Pérez Reyes, J Carrasco Campos, M Ruiz López, I González Poveda, A Títos García, JD Turiño Luque, S Mera Velasco, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La proteína C reactiva (PCR) ha sido estudiada como marcador biológico para el diagnóstico precoz de determinadas complicaciones postquirúrgicas.

En base a un trabajo de investigación de nuestro servicio que constituyó una tesis doctoral, hemos diseñado un protocolo de actuación según los niveles de PCR el 5º día postoperatorio en cirugía programada de cáncer colorrectal.

El objetivo de este estudio es analizar los resultados de la aplicación de nuestro protocolo entre enero de 2018 y febrero de 2021.

Material y métodos: Según el protocolo mencionado, realizamos determinación de PCR el 2º y 5º día postoperatorio y según los niveles el 5º día se establecen tres grupos: Pacientes con PCR menor de 69,9 son dados de alta. Si es mayor de 116,5 se realiza un TC urgente. Si tienen valores entre ambos, en función del estado clínico se realiza TC o bien se repite la determinación en 24 horas. Si el valor baja puede ser alta y si sube se realiza TC urgente.

Hemos analizado los resultados de la aplicación de este protocolo entre enero de 2018 y febrero de 2021.

Los datos han sido recogidos de manera prospectiva en una base de datos en SPSS .

Resultados: De un total de 408 pacientes, 222 fueron incluidos en el grupo 1 (PCR<116,5).

Al comparar los grupos, existen diferencias significativas en la presentación de todas las complicaciones estudiadas: fuga anastomótica, absceso intraabdominal, ISQ, evisceración e íleo postoperatorio. También existen diferencias significativas en la necesidad de reintervención.

Sin embargo no existen diferencias significativas en la necesidad de reingreso, siendo el grupo 1 el que menos reingresos tuvo (3,5%), a continuación el grupo 2 (6,3%) y a continuación el grupo 3 (6,6%).

Conclusiones: Nuestro protocolo ha demostrado ser un buen predictor de complicaciones y permite dar altas seguras al 5º día postoperatorio sin impacto en el índice de reingresos.

210156. SD. DE WÜNDERLICH SECUNDARIO A HEMORRAGIA SUPRARRENAL.

R Gómez Pérez, MS Álvarez Escribano, R Soler Humanes, JL Fernández Serrano, LT Ocaña Wilhemi

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

Introducción: El Sd de Wunderlich se define como una hemorragia retroperitoneal espontánea, no traumática. El síntoma más frecuente es el dolor lumbar brusco e intenso, masa palpable y deterioro del estado genera incluso shock hipovolémico (tríada de Lenk, 20%), fiebre y leucocitosis. Es una entidad poco frecuente y habitualmente se debe a sangrado renal por tumores renales, alteraciones vasculares como aneurismas de la arteria renal o vasculitis, discrasias sanguíneas, hipertensión portal, hidronefrosis, tratamiento con anticoagulantes y menos frecuentemente secundario a lesiones suprarrenales. La TAC es la prueba de elección ante la sospecha de dicho cuadro. El hemoperitoneo es excepcional, suele ser una hemorragia autolimitada por el tejido perirrenal.

Caso clínico: Mujer de 72 años, diabética, hipertensa, obesa y con cardiopatía hipertensiva. Acude a urgencias por malestar con dolor costal izquierdo, náuseas y disnea. A la exploración presenta TA 112/75 mmHg, FC 80 lpm, consciente, con dolor en hipocondrio y flanco izquierdos sin irritación peritoneal.

En radiografía de tórax destaca infiltrado alveolar sugestivo de proceso infeccioso-inflamatorio, siendo PCR SARS-CoV2 negativa por lo que se solicita angioTC. Visualizándose defecto de replección parcial



Figura 1
Masa suprarrenal izquierda.

en ramas segmentarias del LII, en relación con signos de TEP crónico. En cortes abdominales se observa colección hemática. Motivo por el cual se amplía el estudio: A nivel suprarrenal izquierdo se observa lesión de 8cm de diámetro bien definida que presenta densidad grasa y de partes blandas, sospechoso de mielolipoma suprarrenal izquierdo (Figuras 1 y 2). Se observa gran colección hemática retroperitoneal de 13 x 5 x 12cm, que se extiende caudalmente por ambas fascias pararenales hacia la pelvis (Figuras 3 y 4). Sin extravasación de contraste que sugiera sangrado activo.

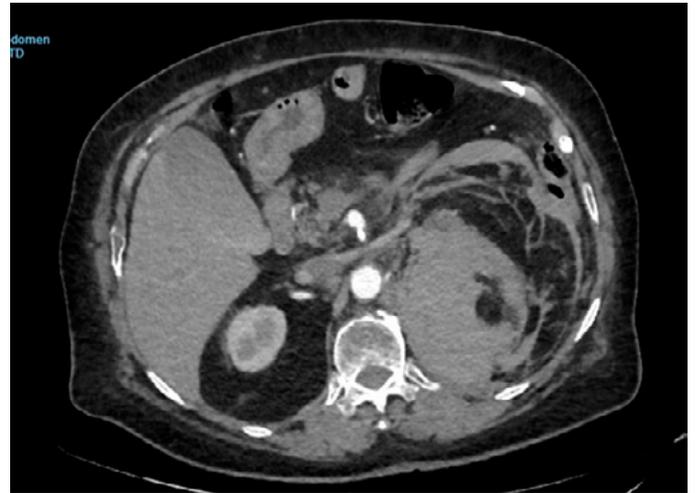


Figura 2
Masa Suprarrenal sugestiva de mielolipoma.

Ante estos hallazgos la paciente ingresa 48h en UCI para monitorización estrecha.

La paciente es dada de alta tras una semana, con mejoría radiológica, tolerando dieta, sin fiebre y con hemoglobina y hematocrito estables.



Figura 3
Hematoma retroperitoneal espontáneo o Sd. Wunderlich.

Discusión: El mielolipoma suprarrenal es una lesión benigna, habitualmente se diagnostica de forma incidental. El Sd de Wunderlich es una entidad rara. Su tratamiento dependerá del estado hemodinámico del paciente.

Se puede valorar embolizar la lesión en caso de estabilidad hemodinámica y sangrado activo o cirugía emergente en caso de shock hemodinámico.



Figura 4
Hematoma perirrenal.

210157. HERNIA DE HIATO POSTESOFAGUECTOMÍA: UNA COMPLICACIÓN NO TAN INFRECUENTE.

P Rodríguez González, EJ Rodríguez Lora, JA Becerra Toro, R Pérez Quintero, R Balongo García

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

Introducción: La esofaguectomía tiene un variado y frecuente tipo de complicaciones, dentro de las cuales está la herniación intestinal transtorácica. El mecanismo sería la succión a través del hiato esofágico dilatado (con interrupción del ligamento frenoesofágico) de vísceras intestinales hacia la cavidad pleural por la presión negativa intratorácica junto con el aumento de la presión intraabdominal. Su incidencia, probablemente subestimada, oscila entre el 0,45-19,4%. Esta complicación puede ser grave ocasionando un cuadro obstructivo, insuficiencia respiratoria por ocupación pleural y una potencial rotación del eje vascular con necrosis intestinal requiriendo cirugía urgente.

Caso clínico: Varón de 46 años con antecedente de sarcoma retroesternal hace 13 años tratado con quimiorradioterapia y resultante aneurisma de aorta torácica. Presenta disfagia a sólidos, diagnosticándose de adenocarcinoma intestinal en unión esofagogástrica cT3N0M0, decidiendo tratamiento QT neoadyuvante y cirugía. La vía de abordaje elegida es transhiatal. Durante la movilización de la unión esofagogástrica visualizamos grandes adherencias al pilar y crura, aunque sin signos de infiltración tumoral (secundario a tratamiento QR/RT previo). Se realiza

esofaguectomía distal, gastrectomía total y esofagoyeyunostomía en Y de Roux. A las 72h del postoperatorio, el paciente refiere reflujo e hipersialorrea, con disnea y febrícula. Se solicita TC abdominal, con hallazgos de ascenso supradiafrágico de asas intestinales condicionando obstrucción. Se indica cirugía urgente, objetivando hernia transhiatal de prácticamente todo el asa alimentaria y muñón del asa biliopancreática. Resecamos el muñón de asa biliar, cerramos los pilares diafragmáticos con sutura y fijamos el asa alimentaria a diafragma. En los días siguientes el paciente evoluciona tórpidamente, con shock séptico de foco respiratorio secundario a dehiscencia anastomótica, precisando colocación de prótesis esofágica y finalmente con cuadro de hemorragia digestiva alta que acaba desencadenando su fallecimiento.



Figura 1
Corte axial de TC abdominal visualizando asas intestinales dilatadas en mediastino.



Figura 2
Corte coronal de TC abdominal visualizando asas intestinales dilatadas en mediastino.

Discusión: La hernia de hiato postesofaguetomía es una complicación de aparición tanto precoz como tardía. Entre los factores de riesgo destacan la quimiorradioterapia neoadyuvante, el abordaje transhiatal y la cirugía mínimamente invasiva.

La sintomatología es variada, desde reflujo y molestia retroesternal hasta disnea y signos de isquemia intestinal. Cuando se precisa cirugía urgente, la mortalidad es elevada (hasta un 20%). Existen técnicas para prevenir su aparición, como la sutura del defecto crural, la fijación del conducto neoesofágico al hiato o la colopexia, aunque no existen estudios que demuestren su eficacia. En la reparación el empleo de la malla es controvertido y la recurrencia es bastante común.

210158. COLECCIÓN SUPRAPONEURÓTICA CRÓNICA TRAS HERNIOPLASTIA.

EA Buendía Peña, N Tapia Durán, F Ramos Muñoz, JL Fernández Serrano, M Ortega Castán

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

Introducción: La hernia umbilical es una patología común en el adulto, representando un 5-15 % de las hernias de pared abdominal, de las cuales el 90% son adquiridas, con un predominio en mujeres. Es la segunda intervención de pared abdominal más realizada dentro de nuestra especialidad tras la hernioplastia inguinal. La técnica de reparación con malla sin tensión es la más extendida de las últimas décadas, especialmente en defectos mayores de 2 o 3 centímetros, teniendo un impacto favorable en la disminución de las recidivas, sin embargo, aumenta el número de eventos adversos de sitio quirúrgico como el seroma. Presentamos un caso de seroma crónico estéril en paciente con antecedente de cirugía de hernia umbilical.

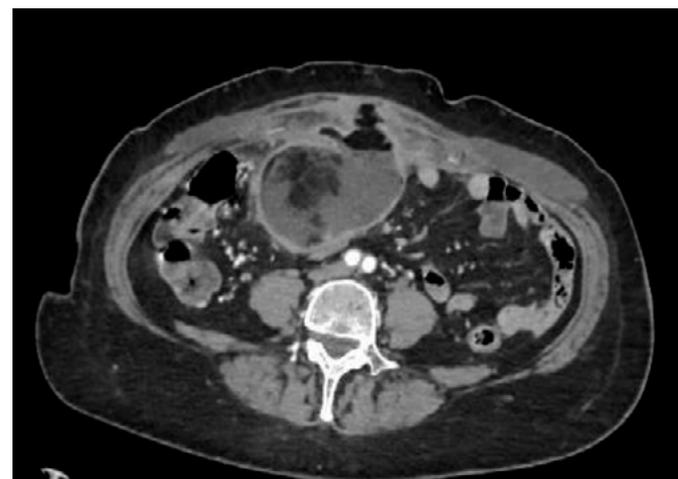


Figura 1 Colección supraponeurótica en TC de abdomen c/c de urgencia.

Caso clínico: Paciente de 75 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril y síndrome ansiosodepresivo en tratamiento con citalopram. Antecedente quirúrgico de hernia umbilical incarcerada intervenida de urgencia en 2018 con hernioplastia umbilical sin resección intestinal de defecto de 2 cm con colocación de malla supra-aponeurótica. Posteriormente intervención programada por hernia laparotómica umbilical de 10 cm en Julio 2020, con hernioplastia laparotómica onlay con malla de doble capa y colocación de drenaje, que se retira a los 15 días de intervención con débito escaso seroso.

Paciente consulta en varias ocasiones por urgencias en diciembre por dolor abdominal difuso sin otra clínica asociada, a la exploración no se palpan tumoraciones ni se aprecian signos inflamatorios locales. En muestra de sangre, sólo destaca valor de proteína C reactiva (PCR) de 140 mg/L. Se realiza TC de abdomen con contraste con hallazgos de masa abdominal de 9 cm. Se decide revisión quirúrgica, objetivándose colección encapsulada supra-aponeurótica con contenido purulento no maloliente, con posterior resultado en microbiología de líquido estéril. Se decide lavado de cavidad y colocación de drenajes aspirativos.

Posteriormente paciente evoluciona de forma favorable, siendo dada de alta al quinto día posoperatorio. En TC de control, desaparición de colección abdominal.



Figura 2 TC de evaluación tras 6 meses de intervención. La colección ha desaparecido.

Discusión: En general la mayoría de los seromas postquirúrgicos tras la hernioplastia no requiere ningún tratamiento, resolviéndose de forma espontánea en las primeras 4 o 6 semanas desde la cirugía. En un reducido grupo de pacientes el seroma puede cronificar, desarrollando una cápsula fibrosa que perpetúa el proceso y puede requerir de su extirpación para resolverlo.

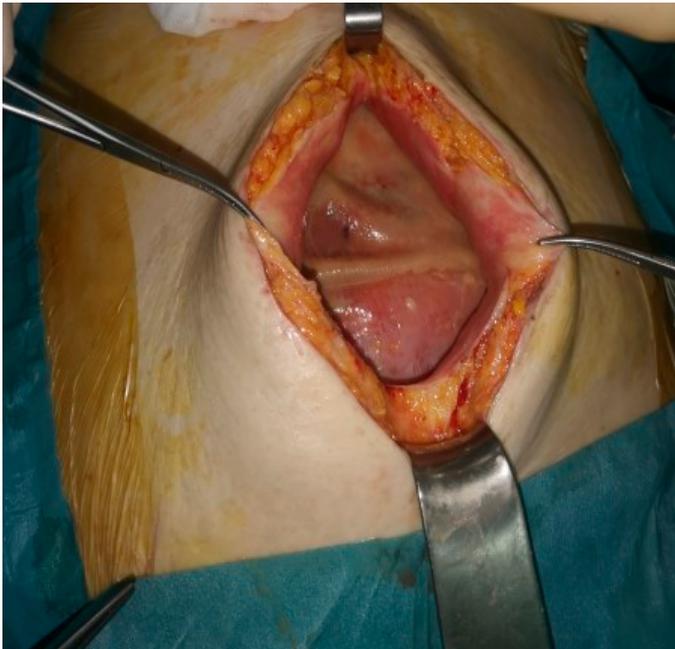


Figura 3
Imagen intraoperatoria de colección.

210159. GIST GÁSTRICO, TUMOR MALIGNO A TENER EN CUENTA.

C Peña Barturen, S Roldán Ortiz, A Bengoechea Trujillo, Á Ortiz Sánchez, MÁ Mayo Ossorio, JM Pacheco García

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

Introducción: El cáncer gástrico es una de las principales causas de muerte, siendo el 90% de tipo adenocarcinoma mientras que el Gist gástrico solo supone un 1-2% de todos los tumores gástricos. Aún con esa baja incidencia es importante tenerlo en cuenta ya que hasta un 30% puede debutar con metástasis hepáticas o peritoneales al diagnóstico. Actualmente la cirugía sigue siendo el gold estándar del tratamiento de estos tumores y ante diagnóstico temprano, la supervivencia a 5 años ronda del 40-55%, siendo su tasa de recurrencia del 13%.

Caso clínico: Mujer de 45 años sin antecedentes de interés. Inicia estudio por dolor abdominal cólico en flanco izquierdo con empeoramiento progresivo, acompañando náuseas y anorexia. Exploratoriamente sin hallazgos. Se solicita ecografía abdominal donde describe lesiones hepáticas sugestivas de angiomas. Se solicita resonancia hepática que confirma hemangiomas, así como lesión en fundus gástrico compatible con tumor del estroma gastrointestinal (GIST). En Tc abdomen confirma lesión sólida hipodensa de 30x20x35mm en fundus gástrico, sugestivo de GIST. Se completa estudio con ecoendoscopia donde no se identifican adenopatías, informando de lesión dependiente de fundus gástrico de 30mm. A. patológica informa de GIST. Se programa cirugía laparoscópica, encontrando tumoración exofítica en fundus y se realiza gastrectomía atípica. Evolución postoperatoria favorable con alta al tercer día. Histológicamente se diagnostica de GIST gástrico. Actualmente, en seguimiento sin incidencias.

Discusión: Los Gist Gástricos son tumores mesenquimales, suponiendo un 0.1-3% de los tumores gastrointestinales. Se caracterizan por ser CD-117+ (hasta 95%), y CD34+(70-80%). Recientemente se ha identificado otro marcador: DOG-1. Estos marcadores confieren la posibilidad de tratamiento complementario con inmunoterapia (Imatinib). Suelen diagnosticarse entre 50-60 años, y la clínica depende de su localización (dolor, obstrucción, sangrado gastrointestinal...). Es rara la invasión linfática, no así las metástasis peritoneales y/o hepáticas. Los factores pronósticos al diagnóstico son: tamaño, origen, síntomas al diagnóstico y su índice mitótico. Como se ha mencionado, el tratamiento fundamental es quirúrgico con margen de seguridad de 1-2 cm, incluyendo los 5 mm de potencial extensión microscópica del tumor.

En nuestro caso, el tumor no presentaba infiltración lo que permitió una gastrectomía atípica de la misma vía laparoscópica, con resección R0. En muchos estudios se ha comprobado que no existen diferencias en la supervivencia entre gastrectomía total y resección atípica. La linfadenectomía no es necesaria en estos tumores ya que no dan metástasis a nivel linfático. En cuanto al tratamiento adyuvante con Imatinib, se recomienda solo en pacientes de alto riesgo y durante 3 años.

210160. PANDEMIA COVID19: INFLUENCIA EN LA UNIDAD DE PARED ABDOMINAL Y SUS PACIENTES.

M Fernández Baeza, M Santidrián Zurbano, JL Díez Vígil, M Domínguez Bastante, A Gómez Arroyo, A Roselló Mansilla

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

Introducción: Determinar el impacto de la pandemia COVID19 en las intervenciones de la unidad de Pared Abdominal en comparación con el año 2018.

	2020	2018
Edad	57,12+/-14,65 años	58,7 años
Sexo		
Hombre	275	585
Mujer	113	220
Patología:		
HIC	193	439
HU	49	134
Eventración	79	222
Otros	85	0

Figura 1
Variables en programadas.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se ha incluido a los pacientes intervenidos de patología de Pared Abdominal de forma programada entre enero y diciembre de 2020, realizando su comparación con el mismo periodo del año 2018. También se ha incluido a los pacientes intervenidos de forma urgente con dicha patología entre marzo y diciembre de 2020.

Se llevó a cabo el análisis descriptivo de la serie, obteniendo para las variables cualitativas frecuencias y porcentajes y para las cuantitativas, medias y desviaciones típicas.

Las variables analizadas han sido: demográficas (sexo, edad), patología (hernia inguinocrural -HIC-, umbilical -HU-, eventración y otras), inclusión previa en lista de espera para las urgentes (Sí/No) y complicaciones.

Resultados: Durante el periodo estudiado del año 2020, se realizaron 777 intervenciones programadas, mientras que en el año 2018 se realizaron 1654, obteniendo una disminución del 53%.

Las variables estudiadas para las cirugías programadas y urgentes se resumen en las (Figuras 1 y 2).

Conclusiones: La pandemia COVID19 ha generado una reducción en la actividad quirúrgica de la Unidad de Pared Abdominal, siendo del 53% con respecto al año 2018. Esto puede verse explicado por las medidas adoptadas al inicio de la pandemia, interviniendo únicamente patología oncológica durante meses.

Por otro lado, existe un 21% (8) de complicaciones en los pacientes intervenidos de forma urgente, entre las que destacan las relacionadas con resecciones y anastomosis en el contexto de encarceración e isquemia, que en un 13% (5) de los pacientes, podemos asegurar que eran evitables con una adecuada cirugía programada.

Por ello, es preciso volver a una actividad quirúrgica normal en cuanto sea posible para evitar el mayor número de complicaciones (en algunos casos evitables) que conlleva una cirugía urgente.

Edad	66,84+/- 15,79 años
Sexo:	
Hombre	19
Mujer	19
Patología:	
HIC	17
HU	9
Eventración	7
Otros	5
Lista de espera:	
Sí	5
No	33
Complicaciones:	
Sí	8
No	30

Figura 2

Variables en urgentes.

210161. TRATAMIENTO TOTALMENTE LAPAROSCÓPICO DE CÁNCER DE COLON CONTENIDO EN HERNIA INGUINAL.

JA Blanco Elena, L Pico Sánchez, MT Robles Quesada, J Granados García

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

Introducción: El cáncer de colon como contenido de una hernia del canal inguinal es una entidad clínico-patológica infrecuente con menos de 50 casos informados en la literatura. Cuando se presenta, lo habitual es que sea de lateralidad izquierda y que el sigma sea su contenido. La palpación de una tumoración en una hernia que previamente no la contenía o la aparición de sintomatología intestinal pueden orientar un diagnóstico de sospecha. El diagnóstico de confirmación puede realizarse mediante TC o mediante tránsito baritado. El tratamiento quirúrgico, con deferentes esquemas, es mandatorio.

Caso clínico: Varón de 77 años, con antecedente de obesidad grado 2, cirrosis hepática y pancreatitis crónica litiásica, que se diagnosticó de adenocarcinoma de sigma en el contexto de programa de cribado. El paciente persiste asintomático desde el punto de vista digestivo y, durante el período de estudio preanestésica consulta en urgencias por dolor inguinal de varias horas de evolución asociando aumento de partes blandas. A su llegada se objetiva la presencia de una masa inguinal reductible sin signos de complicación y es diagnosticada de hernia inguinal izquierda no complicada, por lo que se añade la hernioplastia concomitante al plan quirúrgico. Durante el acto operatorio electivo objetiva la presencia de un colon sigmoide redundante con mesos cortos y grasos y se visualiza tinta china en el colon contenido en el saco herniario, lo que lleva a identificar la tumoración en posición intrasacilar. La colectomía y la hernioplastia se completan sin incidencias por vía laparoscópica. La evolución postoperatoria fue tórpida, por descompensación de su patología médica de base, pero lentamente favorable siendo alta el paciente al octavo día de la intervención.

Discusión: La movilidad y redundancia del colon sigmoide hacen que esta sea la estructura más frecuentemente implicada. A nivel diagnóstico, la ecografía puede resultar una herramienta útil para orientar el diagnóstico, aunque serán el TC o el enema opaco la prueba que permita visualizar el colon contenido en el saco y además las características de la lesión que, en general, se trata de zonas de extensión variable de estenosis irregulares de la luz colónica. La colonoscopia se encuentra habitualmente limitada por la imposibilidad de explorar el colon intrasacilar. Se han propuesto tanto el abordaje inguinal como el abdominal para el manejo de esta patología, así como esquemas combinados tanto abiertos como laparoscópicos.

210162. TIROIDECTOMÍA DE URGENCIA POR ABSCESO TIROIDEO EN PACIENTE AFECTO DE TIROIDITIS DE QUERVAIN.

I Lorence Tomé, A García Reyes, M Díaz Rodríguez, C Sacristán Pérez, F Oliva Mompeán, C Marín Velarde

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los abscesos tiroideos son una patología rara en la edad adulta, y cuando se dan, son más frecuente en mujeres jóvenes, asociados a un proceso agudo o subagudo. La localización más frecuente es el lóbulo tiroideo izquierdo, debiéndose descartar una fístula del seno piriforme asociada. Se manifiestan con dolor y/o tumefacción cervical con signos inflamatorios locales, odinodisfagia, sensación de cuerpo extraño, fiebre, y en casos graves, afectación de la vía aérea. Predominan los estados hipertiroideos.

El manejo inicial suele ser conservador, reservándose la intervención quirúrgica para casos refractarios o de extrema gravedad.

Presentamos a una paciente afecta de tiroiditis subaguda De Quervain, que desarrolló un absceso tiroideo secundario, con necesidad de cirugía para resolverlo.

Caso clínico: Mujer de 27 años, diabética tipo I, en seguimiento en consultas de Endocrinología por tiroiditis subaguda con quiste tiroideo simple. Comenzó progresivamente con dolor cervical, sensación de cuerpo extraño con compresión, febrícula y malestar general, diagnosticándose de absceso tiroideo en lóbulo izquierdo, secundario a tiroiditis subaguda de Quervain.

Tras el diagnóstico, ingresó en el hospital para tratamiento antibiótico. Durante la hospitalización, se evidenció en las pruebas de imagen un aumento de tamaño de la colección (4.6 x 5.6 x 3.4 cm) a pesar del tratamiento, por lo que se decidió drenaje percutáneo radioguiado. También en el ingreso fue valorada por Otorrinolaringología para descartar una fístula de seno piriforme asociada. Ante la ausencia de mejoría tras dos semanas del tratamiento, se decidió intervención quirúrgica como urgencia diferida.

En la intervención, se constató intensa fibrosis en la zona tiroidea, con pérdida de la morfología habitual del lóbulo izquierdo y una cavidad abscesificada con contenido purulento. Se realizó una hemitiroidectomía izquierda, confirmando intraoperatoriamente la ausencia de fístula por laringoscopia directa. La paciente fue alta a los 4 días de la intervención. Actualmente, está en seguimiento por Endocrinología, manteniéndose asintomática y sin necesidad de nueva intervención.

Discusión: Los abscesos tiroideos son una entidad relativamente infrecuente, con importantes connotaciones sobre morbilidad y mortalidad, por lo que es esencial un diagnóstico y tratamiento empírico precoces. Cuando sea posible, el drenaje percutáneo resulta una alternativa segura y eficaz a la cirugía. Sin embargo, esta patología puede poner en peligro la vida del paciente, debido al riesgo de disección y destrucción de los tejidos cervicales y su expansión a la cavidad torácica. Por tanto, ante la ausencia de respuesta al tratamiento conservador, debe indicarse la intervención quirúrgica para resolver el cuadro.

210163. A PROPÓSITO DE UN CASO: ROTURA DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO A LAPAROSTOMÍA.

Al Aguilar Márquez, P García Muñoz, M Retamar Gentil, J Reguera Rosal, C Olivares Oliver, Y Lara Fernández, F Oliva Mompeán, JA López Ruiz

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

Introducción: La hidatidosis es una parasitosis causada por *E. granulosus* endémica en diversos países. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización, número de quistes y complicaciones. En el hígado las complicaciones más habituales son la rotura del quiste y la infección.

Caso clínico: Varón de 54 años con antecedentes de hidatidosis hepática asintomática, visualizándose en RMN con contraste 4 quistes intraparenquimatosos, todos inactivos salvo el de mayor tamaño de 14 cm situado en segmento IV en fase transicional. Realizó tratamiento con albendazol y se propuso intervención quirúrgica que rechazó.

Acude a Urgencias diagnosticándose de perforación de primera porción duodenal con necesidad de intervención quirúrgica urgente realizándose cierre simple con epiploplastia. Se reinterviene hasta en 5 ocasiones por complicaciones requiriendo la realización de antrectomía con resección de primera porción duodenal y gastroenteroanastomosis en Y de Roux, desarrollando finalmente una fístula bilioentérica a través del tercio superior de la laparostomía secundaria a la dehiscencia del muñón duodenal. Se decide manejo conservador con terapia de presión negativa manteniendo aislada la fístula. Tras un mes con la terapia, el débito disminuyó hasta ser de 50 cc purulento, pero se retira el sistema por objetivarse salida de hidátides debido a la rotura del quiste hidatídico, realizándose drenaje e inicio de albendazol. A las 72 horas ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos por shock séptico secundario a sobreinfección de los quistes, con buena evolución tras antibioterapia de amplio espectro por lo que se traslada a planta, donde ha evolucionado lenta pero favorablemente con manejo conservador. Actualmente, el débito diario es de 80-100 cc biliopurulento con buena tolerancia planteándose alta con seguimiento.

Discusión: La rotura de un quiste hidatídico suele ser la complicación más severa de la hidatidosis. Habitualmente, se sobreinfecta a causa de una comunicación cistobiliar provocando un aumento de la presión intraquística que, con la erosión de las paredes por las estructuras vecinas hace que se desarrolle la complicación. Generalmente, suelen romperse a la vía biliar, tracto gastrointestinal o cavidad peritoneal, aunque hay casos en que se lleva a cabo una fistulización a través de la pared abdominal. En nuestro caso nos encontramos con un paciente con una rotura de quiste hidatídico hepático a laparostomía, probablemente secundario a la terapia de presión negativa, no descrito previamente en la literatura.



Figura 1 Hidátides a través de laparostomía.

210164. MICROCARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES: LESIÓN PREESTERNAL COMO MANIFESTACIÓN METASTÁSICA INUSUAL.

Y Lara Fernández, I Lorence Tomé, M Díaz Rodríguez, C Sacristán Pérez, F Oliva Mompean, C Marín Velarde

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

Introducción: El cáncer de tiroides es la neoplasia maligna endocrina más frecuente, y normalmente se manifiesta como una tumoración cervical. El 90% son bien diferenciadas y se asocian con un curso clínico indolente y buen pronóstico. Pocos casos (4-15%) desarrollan metástasis a distancia (pulmón, hueso y nódulos linfáticos). Las metástasis a distancia como manifestación única en otras localizaciones de los tumores bien diferenciados de tiroides es una forma anecdótica de presentación sobre la que se conoce muy poco. Por ello, el diagnóstico es tardío, con pronóstico más sombrío en cuanto a la supervivencia.

Caso clínico: Varón de 67 años en estudio por una tumoración preesternal a nivel del manubrio, no dolorosa y sin antecedente traumático. La tomografía computerizada de tórax evidenciaba una lesión voluminosa en pared torácica con epicentro en manubrio esternal, con signos de agresividad y marcado componente de partes blandas anterior y extensión posterior a mediastino contactando con troncos supraaórticos. La primera sospecha era una lesión tumoral primaria ósea y, en segundo lugar, metastásica. Se le realizó en dos ocasiones biopsia local, con diagnóstico de infiltración por carcinoma con patrón papilar de los tejidos blandos. El resultado inmunohistoquímico fue concordante para origen tiroideo (CK7+/CK20/TGB+/galectina+/TTF1+/PAX-8+/NapsinaA-). La ecografía de tiroides mostró dos nódulos, uno en lóbulo derecho y sospechoso, con citología de hiperplasia nodular. No se evidenciaron adenopatías.

Se intervino al paciente mediante tiroidectomía total, con resultado anatomopatológico de dos microcarcinomas papilares de 4 y 1 mm, confirmando la sospecha diagnóstica de carcinoma papilar de tiroides estadio IV por la afectación ósea.

Fue alta a las 24h sin incidencias. El estudio de extensión muestra una lesión ósea lítica a nivel de la columna dorsal(D1) además de la esternal, y una posible adenopatía en el lóbulo inferior derecho pulmonar. Actualmente está pendiente de valoración por Oncología y Endocrinología.

Discusión: La supervivencia a 5 años de pacientes con tumores primarios de tiroides con metástasis a distancia puede llegar al 60% según publicaciones. Se debe al amplio abanico de opciones terapéuticas del que disponemos: cirugía del primario, metastasectomía según localización, yodo radioactivo o radioterapia. Sin embargo, el pronóstico en pacientes con metástasis en ausencia de clínica cervical no se conoce, dado lo infrecuente de esta situación. Por ello, es necesario analizar cuáles son las características histopatológicas y las manifestaciones clínicas de estas metástasis tan infrecuentes para poder desarrollar protocolos de vigilancia de patología maligna tiroidea mejorados.

210165. LIPOSARCOMA PERITONEAL GIGANTE SIMULANDO HERNIA INGUINAL IZQUIERDA INCARCERADA.

JA Blanco Elena, L Pico Sánchez, MT Robles Quesada

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

Introducción: Los tumores lipogénicos de bajo grado prestan múltiples morfologías y una significativa variabilidad histológica. Los tumores lipomatosos atípicos o liposarcomas bien diferenciados y el lipoma de células usiforme son entidades clínico-patológicas con criterios clínicos, moleculares y pronósticos diferenciados.

Aunque algunos de los criterios inmunofenotípicos empleados para su diagnóstico puedan solaparse, tanto la oncogénesis como el comportamiento clínico de estas entidades es marcadamente diferente. Los primeros han de considerarse auténticos sarcomas cuya incidencia máxima se da entre la 4ª y 6ª década de la vida siendo las extremidades y el retroperitoneo su localización más habitual. A continuación, presentamos el caso de una paciente con una tumoración de estirpe grasa sarcomatosa que presenta características mixtas que remedan las del lipoma de células fusiforme.

Caso clínico: Varón de 86 años, sin antecedentes de interés, que consulta en urgencias por dolor inguinal de varias horas de evolución asociando importante aumento de partes blandas. A su llegada se objetiva la presencia de masa inguinal izquierda irreductible con discretos signos inflamatorios asociados. Durante la que se evidencia la presencia de una masa de aspecto gelatinoso a través del orificio inguinal profundo, realizándose su biopsia incisional amplia y procediéndose a hernioplastia con malla. El estudio histológico de la pieza arrojó el diagnóstico de liposarcoma atípico bien diferenciado que imita lipoma maduro de células fusiformes.

Durante el postoperatorio se completa el estudio con TC para valorar extensión, objetivándose gran masa mesentérica con calcificaciones en mesogastrio, flanco izquierdo y fosa iliaca izquierda de predominio graso con zonas más densas.

Discusión: Los liposarcomas de bajo grado suponen hasta el 45% de todos los tumores lipogénicos. Su localización habitual es en miembros y en retroperitoneo, siendo su localización intraperitoneal infrecuente. El comportamiento biológico de la lesión dependerá de fundamentalmente de su localización, que condicionará la posibilidad de una resección amplia con márgenes, que habitualmente presenta un carácter curativo.

La positividad de los márgenes quirúrgicos está asociada con la recurrencia local precoz de la enfermedad. Salvo desdiferenciación histológica estos tumores en rara ocasión dan lugar a enfermedad a distancia.

Se ha descrito a su vez que el riesgo de desdiferenciación está relacionado con la localización del tumor (periférico mayor que central) y con el tiempo de crecimiento de la lesión. Son entidades poco sintomáticas, dando lugar cuando lo hacen a síntomas compresivos. La presentación intracavitaria, contenido en el saco de una hernia inguinal es extremadamente infrecuente, siendo pocos los casos descritos en la literatura.

210168. NECROSIS ESOFÁGICA AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

M Neuhaus Nevado, L Romacho López, J Sánchez Segura, I Cabrera Serna, A Títos García, JM Aranda Narváez

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

Introducción: La necrosis esofágica aguda, también conocida como esófago negro, es una rara condición. El diagnóstico se realiza mediante endoscopia y el tratamiento es médico salvo en casos de perforación.

Caso clínico: Varón de 71 años dependiente para las actividades básicas, con antecedentes de dislipemia, EPOC, SAHS, ACV isquémico lacunar con secuelas y deterioro cognitivo incipiente. Acude a urgencias por deterioro del estado general y dolor abdominal difuso con empeoramiento progresivo. Asocia hiporexia y somnolencia. Refiere melenas en los últimos 4 días. A su llegada a urgencias se encuentra estable, con tendencia a la hipotensión y taquicárdico. A la exploración presenta dolor abdominal difuso sin signos de irritación peritoneal. La analítica destaca una anemia de 7 puntos de Hb y leve acidosis respiratoria hipercápnica. Se realiza gastroscopia que muestra una mucosa esofágica necrótica en tercio inferior con límites bien definidos. En bulbo duodenal se objetivan 3-4 úlceras de unos 2mm en fase de cicatrización (Forrest III).

Se solicita angioTC toracoabdominal que descarta patología vascular aguda. Se observa un engrosamiento mural difuso con un patrón en diana en tercio distal, hallazgos que apoyan el diagnóstico endoscópico de necrosis esofágica aguda (**Figura 1**).

Se inicia tratamiento de soporte, antibioterapia, junto con perfusión de IBPs con necesidad de ventilación mecánica no invasiva en los primeros días con buena evolución clínica y radiológica en TC de control siendo alta al mes del ingreso.

Discusión: La incidencia de esta infrecuente patología es del 0,01% al 0,2%. La etiopatogenia es desconocida, pero suele ser multifactorial habiéndose asociado patologías como la sepsis, insuficiencia cardíaca, hemorragia, hipotensión, trauma o shock, entre otros. En ocasiones se asocia a un sangrado reciente en una úlcera duodenal. La fisiopatología parece deberse a una combinación de isquemia esofágica por bajo gasto, lesión por reflujo de contenido gástrico y una debilidad de los mecanismos protectores de la mucosa, combinada con un estado físico debilitado. Suele aparecer en el tercio distal de la mucosa esofágica. El diagnóstico se realiza al observar estos hallazgos durante la endoscopia.

El manejo se basa en soporte médico con fluidoterapia, dieta absoluta, nutrición parenteral y corrección de las patologías de base. La mortalidad se ha estimado del 13-35%, debiéndose principalmente a las enfermedades concomitantes, siendo solo el 6% de los casos atribuibles a complicaciones de la necrosis esofágica. La perforación esofágica ocurre en menos del 7% de los pacientes cuyo tratamiento es quirúrgico. Como complicaciones a largo plazo están las estenosis, que se suelen manejar mediante dilataciones seriadas o colocación de prótesis.



Figura 1
Imagen de angioTC.

210170. APLICACIÓN DE LA SEPARACIÓN ANTERIOR DE COMPONENTES MÍNIMAMENTE INVASIVA EN EVISCERACIONES COMPLEJAS.

Al Aguilar Márquez, A Curado Soriano, Y Lara Fernández, E Navarrete de Carcer, F Oliva Mompeán

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

Introducción: Las evisceraciones complejas de pared abdominal suponen un gran reto para el cirujano. La separación anterior de componentes crea un colgajo compuesto que permite la aproximación musculoaponeurótica a línea media sin tensión. Dadas las complicaciones derivadas de disecciones tan amplias, surge el abordaje endoscópico subcutáneo para minimizar tales daños. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de una paciente con evisceración compleja tratada mediante separación anterior de componentes endoscópica.

Caso clínico: Mujer de 35 años intervenida en octubre de 2019 de forma programada por endometriosis, mediante anexectomía bilateral laparotómica, requiriendo en el mismo acto resección segmentaria de sigma con anastomosis por perforación debido a importante síndrome adherencial. A las 48 horas postoperatorias comienza con cuadro febril y drenaje serohemático abundante por herida quirúrgica, llegando al diagnóstico de evisceración. Se decide intervención quirúrgica urgente, mediante separación anterior de componentes con tallado endoscópico a nivel semilunar bilateral y sección de aponeurosis del oblicuo mayor con preservación de vasos perforantes e implante de malla de polipropileno a nivel retromuscular en el espacio de Rives. La paciente fue alta al 4º día tras la reintervención, sin incidencias. A los 12 meses de seguimiento no presenta signos de recidiva, complicaciones a nivel de la herida quirúrgica, ni dolor postoperatorio.

Discusión: La separación anterior de componentes mínimamente invasiva en evisceraciones complejas es una técnica reproducible y factible; con importantes beneficios para el paciente en cuanto a la recuperación, estancia postoperatoria, complicaciones en cuanto a la herida quirúrgica y resto de complicaciones mayores.

210171. MIGRACIÓN Y EXTERIORIZACIÓN DE UNA PRÓTESIS PALIATIVA.

M Neuhaus Nevado, M Ruiz López, J Carrasco Campos, JA Toval Mata, I González Poveda, S Mera Velasco, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La indicación principal de la colocación de prótesis colónicas es una obstrucción sintomática debido a una neoplasia estenosante. Pueden ser de dos tipos, temporales como maniobra descompresiva previa a cirugía o definitivas con carácter paliativo.

Caso clínico: Varón de 69 años sin antecedentes personales de interés, que a raíz de un cuadro de ausencia de tránsito y vómitos es diagnosticado de neoplasia estenosante de sigma con metástasis hepáticas múltiples e implantes peritoneales sugestivas de carcinomatosis. Dada la enfermedad avanzada, se decide colocación de prótesis paliativa para resolución del cuadro obstructivo y tratamiento quimioterápico.

Se realiza colonoscopia con hallazgo de lesión estenosante a 18 cm del margen anal, se coloca prótesis autoexpandible tipo WallFlex con indicación paliativa y se toman biopsias.

El paciente recibe 12 sesiones de QT (FOLFOX-Bevacizumab) durante 6 meses con mejoría de las lesiones. Durante el seguimiento, el paciente refiere dolor anal y sangrado y se evidencia salida de prótesis a través del ano. Tras comentar en Comité Oncológico se decide cirugía.

Se interviene mediante resección anterior baja y colostomía terminal laparoscópica. Los hallazgos intraoperatorios confirman la extensión de la enfermedad evidenciada en las pruebas complementarias. El postoperatorio cursa sin incidencias dándose de alta en el séptimo día postoperatorio. Posteriormente recibe segunda línea de QT con FOLFIRI Bevacizumab, con progresión de la enfermedad e inclusión en Cuidados Paliativos.

Discusión: La migración se produce cuando la estenosis no es suficientemente importante como para mantener fija la prótesis apoyada en la pared. La prótesis se suele expulsar de forma espontánea, aunque en otras ocasiones se retiene en el colon o en el recto. Se ha descrito una incidencia del 11%. Ésta suele ocurrir en las 24 primeras horas debido a factores técnicos como expansión inadecuada, longitud insuficiente o en prótesis de pequeño calibre.

La migración tardía se relaciona con la disminución de la carga tumoral en respuesta al tratamiento radio o quimioterápico, con especial mención a los antiangiogénicos los cuales actualmente han demostrado ser factor de riesgo para perforación.

Cuando la migración de la prótesis ocurre nos podemos encontrar con frecuencia que el paciente se mantenga asintomático. Sin embargo, algunos pacientes pueden referir dolor anal, tenesmo, sangrado o síntomas como reobstrucción o estreñimiento.

Por lo tanto, ante la migración de una prótesis colónica se pueden tomar varias actitudes: observación en pacientes asintomáticos, valorar la posibilidad de colocación de nueva prótesis si persiste

la obstrucción o bien resolver el cuadro mediante intervención quirúrgica.



Figura 1

Exteriorización de prótesis a través del ano.

210172. PANFOLICULOMA QUÍSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

C Acosta Gallardo, E Fernández Segovia, M Arteaga Ledesma, JM Villar del Moral

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

Introducción: El panfoliculoma es un tumor de la piel benigno muy poco frecuente. Presenta diferenciación de todos los componentes del folículo piloso: infundíbulo, istmo, trono, bulbo y papila mesenquimal. La localización más frecuente es el cuero cabelludo, se presenta por encima de los 20 años y por igual en ambos sexos.

Clínicamente se puede confundir con el tricoblastoma quístico, con la neoplasia epidermoide o con el carcinoma basocelular. Su diagnóstico es histológico.

Este tumor comparte características clínicas similares al tricoblastoma quístico, aunque con mucha mayor diferenciación multilínea, además ambos presentan un comportamiento benigno. Se clasifican en superficial, quístico y nodular, siendo la variante quística la más frecuente.

Caso clínico: Mujer de 59 años con antecedentes personales de asma extrínseca y apendicectomía. Consultó en Servicio de Urgencias por tumoración de 3 cms en espalda de un año de evolución con aparición de micronódulos blanquecinos en la superficie en la última semana. No presentaba secreción purulenta ni signos de sobreinfección activa.

Se realizó interconsulta con Servicio de Dermatología. Tras valoración con dermatoscopio, sugería cáncer epidermoide como primera posibilidad diagnóstica. Se realizó exéresis de la lesión bajo anestesia local.

El resultado anatomopatológico concluyó como panfoliculoma quístico con mínima reacción granulomatosa focal, con límites de escisión quirúrgica libres de lesión neoplásica.

Discusión: El panfoliculoma es una neoplasia infrecuente y de difícil diagnóstico clínico, ya que se han descrito múltiples tipos de tumores de tejidos blandos con características clínicas muy similares. Es imprescindible el estudio histopatológico, cuyo fin es diferenciarlos de tumores malignos de la piel, dada la elevada morbimortalidad que asocian éstos últimos.

El diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones se plantea principalmente con el tricoblastoma quístico, con el que comparte muchas características clínicas, y con los carcinomas basocelular y epidermoide.

Es recomendable el manejo multidisciplinar de las lesiones dérmicas para evitar errores en el diagnóstico, así como mejorar el pronóstico en el caso de las lesiones malignas.

210173. QUISTE EPIDERMOIDE GIGANTE.

MC Ferrer Castro, M Domínguez Bastante, JL Diez Vigil

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

Introducción: Los quistes epidermoides o quistes de inclusión son los quistes cutáneos más frecuentes, cuyo tamaño habitualmente varía entre unos milímetros y varios centímetros. Las lesiones pueden permanecer estables o crecer progresivamente. No hay factores que ayuden a predecir qué lesiones permanecerán estables y cuáles tienen riesgo de aumentar de tamaño o complicarse con inflamación o abscesificación.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 75 años, ASA IV, con antecedentes de EPOC, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y renal, polimedicado. Se interviene de forma programada por tumoración de 41x32 cm en región interescapular compatible con quiste epidermoide de más de cuarenta años de evolución (Figura 1). No había presentado complicaciones infecciosas, pero el gran tamaño y la localización imposibilitaban la postura en decúbito supino y dificultaban el descanso nocturno.

El paciente había consultado por este motivo años atrás en otros centros, recomendándose tratamiento conservador ante la ausencia de sintomatología y la comorbilidad del paciente, habiéndose catalogado como ASA IV en el estudio preoperatorio.

Se optó por realizar la cirugía bajo anestesia local con mepivacaína diluida y analgesia intravenosa. Se realizó una incisión en huso incluyendo unos 10x4 cm de piel. Durante el procedimiento, se apreció cápsula muy adherida a plano cutáneo, siendo imposible la exéresis sin ruptura de la misma. En zona más central se apreció un área de abscesificación de unos 4x4 cm. Se realizó exéresis completa del quiste y se optó por dejar un drenaje (Figura 2) dado el gran tamaño de la lesión y la sobreinfección de la misma.



Figura 1

Quiste epidermoide gigante en región interescapular.

Discusión: El diagnóstico de los quistes epidermoides es casi siempre clínico. Se caracterizan por ser móviles, localizados en el plano cutáneo y con un poro u orificio central. Dado el carácter benigno de estas lesiones, no precisan exéresis salvo que el paciente presente molestias o complicaciones del mismo.

Aunque la mayoría de los casos se pueden resecaer bajo anestesia local, en el caso de quistes de gran tamaño, se puede plantear exéresis bajo sedación.



Figura 2

Exéresis y drenaje tipo redón en tejido celular subcutáneo.

210174. HEMORRAGIA SUPRARRENAL ESPONTÁNEA COMO COMPLICACIÓN POR SANGRADO DE UN FEOCROMOCITOMA.

I Lorence Tomé, Y Lara Fernández, C Sacristán Pérez, M Díaz Rodríguez, F Oliva Mompeán, C Marín Velarde

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Las feocromocitomas son tumores neuroendocrinos secretores de catecolaminas. Su incidencia oscila entre 1-2 casos/100.000 habitantes/año, más frecuente entre la 4^a- 5^a décadas. La clínica consiste en hipertensión arterial, palpitaciones, cefalea y diaforesis.

La hemorragia espontánea no traumática de una feocromocitoma es una rara forma de presentación, siendo el dolor abdominal y la crisis hipertensiva las manifestaciones más frecuentes. La cirugía electiva es el tratamiento en la mayoría de los casos, prestando especial atención a la optimización preoperatoria del paciente, para controlar la tensión arterial y aumentar el volumen circulante.

Presentamos a un paciente con hematoma retroperitoneal espontáneo con sangrado activo por una feocromocitoma, manejado preoperatoriamente por nuestro equipo quirúrgico y tratado de forma definitiva mediante urgencia diferida.

Caso clínico: Varón de 54 años, con antecedente de cólicos nefríticos, que consultó en Urgencias por crisis hipertensiva (230/110mmHg) y dolor abdominal súbito e intenso. Se realizó tomografía computerizada de abdomen urgente, mostrando hematoma espontáneo en glándula suprarrenal derecha con hemorretroperitoneo, debido a sangrado arterial activo. Tras ser valorado por Cirugía, se decidió embolización selectiva de arterias suprarrenal y polar superior derechas, de forma exitosa. Ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos y posteriormente, en planta de Medicina Interna, con buena evolución.

Al alta, continuó en seguimiento en consultas de Endocrinología, confirmándose el diagnóstico de feocromocitoma suprarrenal derecho. Se programó la intervención quirúrgica a los 3 meses del episodio, con el fin de conseguir una disminución del tamaño del hematoma y controlar las cifras tensionales. El paciente fue finalmente intervenido mediante suprarrenalectomía derecha más nefrectomía polar superior derecha por infiltración, por vía laparoscópica.

El paciente fue alta a los 4 días postoperatorios, asintomático, con catecolaminas y tensiones en rango. Actualmente, está en seguimiento por Endocrinología, sin necesidad de medicación para control de tensión arterial.

Discusión: En la literatura, solo figuran 54 casos como el que exponemos, ya que el debut clínico de una feocromocitoma como hemorragia retroperitoneal espontánea es muy infrecuente, siendo esencial en el diagnóstico diferencial de pacientes con dolor abdominal y clínica hipertensiva asociada. La cirugía urgente, en casos de hemorretroperitoneo secundario a sangrado, presenta una alta mortalidad, que disminuye si se realiza de forma reglada tras estabilizar al paciente y controlar las cifras de tensión arterial. Si a pesar de instaurar el tratamiento médico, la tensión sigue descontrolada o el sangrado persiste, la embolización debería ser

nuestra primera opción, para conseguir la hemostasia y evitar una intervención quirúrgica urgente.

210176. ACTITUD CONSERVADORA EN EL SINDROME DE BOERHAAVE.

JA Becerra Toro, R Pérez Quintero, A Vega, M Alva Valmorisco, R Balongo García

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

Introducción: El síndrome de Boerhaave es una entidad poco frecuente que consiste en la ruptura esofágica distal debido al aumento repentino de la presión intrabdominal secundario, principalmente, a un cuadro de vómitos excesivos.

Se debe tener un alto índice de sospecha puesto que su retraso diagnóstico conlleva a un aumento en la tasa de complicaciones y de mortalidad.

Presentamos el caso de un paciente con un trastorno disociativo de la personalidad que se manifiesta con cuadros de vómitos de repetición que fue diagnosticado de un síndrome de Boerhaave y se realizó un manejo conservador de manera exitosa.

Caso clínico: Paciente de 37 años con trastorno disociativo de la personalidad que se manifiesta con cuadro emético de repetición y que acude a Urgencias por dolor torácico y hematemesis, asociando enfisema subcutáneo.

Se le realiza una analítica que muestra reactantes de fase aguda elevados y una tomografía computarizada (TC) de tórax con contraste, observando neumomediastino y enfisema subcutáneo, sin observar un punto claro de perforación.

Se contacta con la unidad de esofagogástrica y se indica realizar un tránsito con contraste para descartar perforación, no pudiendo realizarse la prueba por intolerancia del paciente debido a los vómitos.

Actitud conservadora con dieta absoluta y sonda nasogástrica, realizando TC de control a los 5 días, visualizando disminución del enfisema subcutáneo y no objetivando signos de complicación. Dieta progresiva y alta hospitalaria a los 7 días.

Discusión: El síndrome de Boerhaave es una con una escasa prevalencia cuyo retraso diagnóstico está asociado a un aumento de la mortalidad, presentándose la mayoría de las perforaciones en la cara postero-lateral izquierda del esófago inferior. Suele ser más frecuente en hombre (8:1) y en una edad comprendida entre 17 y 70 años.

La tríada clásica de Mackler que consiste en asociar vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo está presente en menos del 50% de los pacientes, siendo el enfisema subcutáneo el signo más patognomónico. En Urgencias debe solicitarse una analítica completa y una TC con contraste para detectar signos de complicación.

Se debe iniciar una resucitación adecuada con sonda nasogástrica,

dieta absoluta y antibiótico de amplio espectro.

Actualmente no existen un consenso establecido en el manejo de este tipo de pacientes, aunque si se defiende una actitud conservadora en aquellos pacientes seleccionados que presenten una buena situación clínica y sin signos de complicación, reservando el tratamiento endoscópico o la cirugía para pacientes refractarios a medidas conservadoras o que muestren signos de complicación.

210177. A PROPÓSITO DE UN CASO: SEROMA ENCAPSULADO COMPLICADO.

M Santidrián Zurbano, M Fernández Baeza, JL Díez Vigil, M Domínguez Bastante, A Gómez Arroyo, A Mansilla Roselló, JM Villar del Moral

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

Introducción: La etiología de los seromas no está clara, sin embargo, se conoce que el uso de mallas en la reparación de hernias incisionales aumenta su incidencia. Tienen habitualmente una resolución espontánea, sin embargo, en algunos casos se pueden encapsular, siendo estos una limitación en la calidad de vida del paciente y de difícil manejo.

A continuación, presentamos el caso de una paciente con una lesión quística en hipogastrio que era clínicamente compatible con un seroma.

Caso clínico: Mujer de 46 años obesa (IMC 38,7 kg/m²) sometida a eventroplastia tipo Rives-Stoppa por eventración M4W1 con colocación de malla de polipropileno y ePTFE y drenaje en tejido celular subcutáneo, que se retira al 7º día. Acude a consulta 1 año tras la intervención por tumoración dolorosa en hipogastrio, sospechándose recidiva de la eventración. Se realiza una resonancia magnética (RM) que informa de colección quística hemorrágica en pared abdominal pudiendo corresponder a endometriosis de pared abdominal o a seroma postquirúrgico complicado con hemorragia (Figuras 1 y 2).

Dada la ausencia de resolución del cuadro y la clínica álgica se decide intervención quirúrgica. Se extirpa en bloque la lesión, que se encuentra preaponeurótica (Figura 3), y se envía la muestra para estudio anatomopatológico que concluye: nódulo fibroso quistificado con signos de hemorragia en probable relación a seroma postquirúrgico con signos de hemorragia.

La evolución tras la intervención fue favorable, siendo dada de alta al segundo día postoperatorio.

Discusión: El seroma puede manifestarse clínicamente de forma asintomática o con dolor, supuración o hinchazón.

El diagnóstico suele ser clínico, basado en la exploración física. No obstante, ante la duda, puede realizarse una prueba de imagen.

La obesidad es un factor de riesgo para la aparición del seroma. Además, existe relación entre su incidencia y la parte malla en contacto con el tejido celular subcutáneo. En cuanto a la prevención,

el uso de drenajes no ha demostrado disminución de la incidencia.

El tratamiento es expectante ante las colecciones pequeñas y las de mayor tamaño, o en caso de producir mucha sintomatología, pueden requerir drenaje.

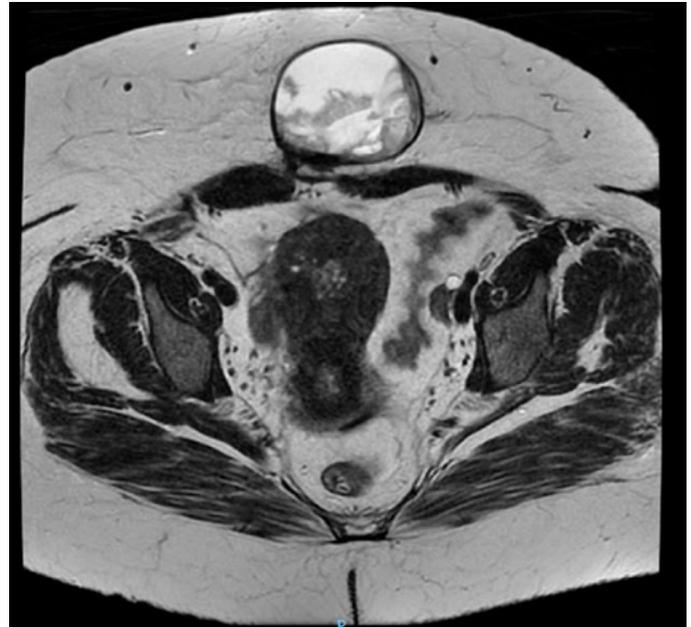


Figura 1

RM abdomen, secuencia T2. Lesión quística (7.8x6.1x7.6 cm) en tejido celular subcutáneo de hipogastrio. Señal heterogénea en probable relación con contenido hemorrágico en distintos estadios evolutivo



Figura 2

RM abdomen, secuencia T2. Lesión quística.



Figura 3

Imagen intraoperatoria. Lesión encapsulada preaponeurótica de consistencia pétreo.

separación anterior de componentes, dejando malla biosintética y de polipropileno preperitoneales.

Durante el postoperatorio la piel alrededor de la herida quirúrgica sufrió una necrosis que no respondió a tratamiento médico. Por lo que se decidió tras valoración en conjunto con cirugía plástica, reintervención.

Un mes después de la primera cirugía se realizó colgajo anterolateral de muslo izquierdo pediculado subfascial para cubrir de defecto de la pared abdominal. El paciente presentó un postoperatorio marcado por necrosis de uno de los bordes del colgajo que se revitalizó tras curas en quirófano y planta, finalmente el paciente se fue de alta a los 14 días desde la cirugía de reconstrucción.

Discusión: Las cirugías reconstructivas de la pared abdominal son de gran envergadura. El estudio preoperatorio de estos pacientes y la planificación exhaustiva de la cirugía es de vital importancia en estos casos, para que el resultado sea satisfactorio, y disminuir las complicaciones postquirúrgicas.

En la mayoría de los casos, estos pacientes presentan defectos corporales u orgánicos asociados, por lo que es imprescindible un trabajo multidisciplinar, junto a cirujanos plásticos, traumatólogos entre otros. También juegan un papel importante los radiólogos, así como los nutricionistas en la optimización del paciente preoperatoriamente. En conclusión, ante pacientes con defectos grandes de pared abdominal es fundamental organizar correctamente la estrategia a seguir tanto preoperatoriamente, en el momento de la cirugía, así como un seguimiento estrecho postoperatorio.

210180. CIRUGIA DEL TUMOR PRIMARIO EN CANCER DE MAMA METASTASICO AL DIAGNOSTICO.

M García-Redondo¹, Á Pareja-López¹, JM Rodríguez-Alonso¹, JL Ruiz-García², ÁJ Reina-Duarte¹

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

²UGC Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: El cáncer de mama metastásico se considera una enfermedad incurable. Aproximadamente el 3,5-7% de las pacientes con cáncer de mama se encuentran en estadio IV o M1 en el momento del diagnóstico. La terapia sistémica ha sido clásicamente el tratamiento principal para estas pacientes. Por otro lado, más del 50% de los casos de cáncer de mama metastásico al diagnóstico, son tumores T1 y T3 localmente resecables. En pacientes seleccionadas, la cirugía del tumor primario complementaria al tratamiento sistémico puede aumentar la supervivencia.

Caso clínico: Mujer de 24 años derivada para estudio de tumoración detectada en autoexploración de la mama derecha. En la exploración física se palpó una tumoración a nivel del cuadrante inferior interno de la mama derecha. En pruebas de imagen se diagnostica una lesión de 35 mm con nódulos satélites a menos de 1 cm de la principal. Se apreciaron nódulos pulmonares en hemitórax izquierdo compatibles

210178. CIRUGÍA COMBINADA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL.

C Acosta Gallardo, M Domínguez Bastante, JL Díez Vígil, M Arteaga Ledesma, A Mansilla Roselló, JM Villar del Moral

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

Introducción: Los traumatismos abdominales complejos continúan siendo un reto quirúrgico, la afectación tanto de órganos internos como de la pared abdominal hace que la reconstrucción sea muy compleja. Si además se acompaña de pérdida de sustancia conseguir que la pared abdominal tenga la misma funcionalidad con una estética acorde se convierte en una dificultosa cirugía y con una alta morbilidad. A continuación, presentamos un caso clínico.

Caso clínico: Varón de 44 años con antecedentes personales de trastorno bipolar y diabetes. Se intentó suicidar quemándose "al estilo bonzo". Precisó de múltiples cirugías abdominales: colectomía

subtotal, fístulas enterocutáneas, ileostomía terminal y múltiples injertos de piel. Derivado a nuestro centro para reconstrucción del tránsito intestinal y eventroplastia de eventración magna con pérdida de derecho a domicilio (M2M3M4M5W3). Tras terapia preparatoria con toxina botulínica y neumoperitoneo progresivo, se intervino y se realizó reconstrucción del tránsito con anastomosis ileorectal y

con metástasis. La axila fue radiológicamente negativa. Se realizó una biopsia con aguja gruesa de la tumoración principal con diagnóstico de carcinoma infiltrante de tipo no especial G2 asociado a microcalcificaciones aisladas. Según inmunohistoquímica fue un cáncer tipo luminal B con una expresión de receptores hormonales del 80-90%, Ki67 del 20% y HER2 negativo.

El estudio de extensión diagnosticó lesiones sospechosas de metastásicas a nivel pulmonar y en hemipelvis derecha. Se concluyó con el diagnóstico de un cáncer de mama con afectación metastásica, Estadio IV (M1). El caso fue presentado en comité y decidimos iniciar quimioterapia con Docetaxel, posteriormente se administró un bloqueo hormonal con Goserolina y Tamoxifeno. A los nueve meses se evidenció una respuesta completa en PET-TC en los focos pulmonares y óseos, persistiendo únicamente el foco de captación del tumor principal de la mama. Se practicó tumorectomía guiada con arpón, con un informe anatomopatológico ypT1c con una respuesta al tratamiento neoadyuvante grado 3 de Miller-Payne.

Discusión: La cirugía del tumor primario en el cáncer metastásico debe plantearse como tratamiento complementario en pacientes con muy buena respuesta a la terapia sistémica. Varios estudios han demostrado que los subtipos más beneficiados son el HER2 y los luminales A y B. Por otro lado, en el triple negativo no aporta cambios pronósticos. Aparte de las características citadas, el máximo beneficio se produce en pacientes menores de 55 años y con un ECOG <2. Se debe ofrecer la cirugía siempre que se garanticen márgenes quirúrgicos libres de enfermedad. La resección del primario no aporta beneficios si los bordes se encuentran afectados.

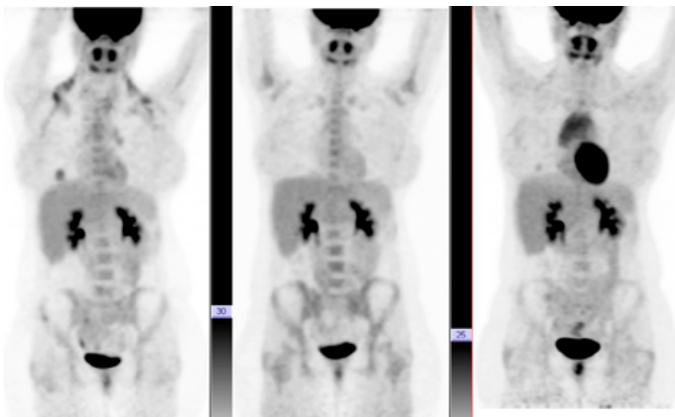


Figura 1

PET-TAC Inicial, control a los 3 meses y a los 9 meses. Se aprecia la desaparición de las lesiones metastásicas pulmonares y en pelvis, así como la persistencia del tumor primario.

210181. ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DE NUESTRA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN UN AÑO MARCADO POR LA COVID-19.

N Martos Rojas, F Ramos Muñoz, JL Cuba Castro, C Monje Salazar, JM Cabrera Bermón, R de Luna Díaz

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

Introducción: La programación quirúrgica en el pasado año se ha visto supeditada a la situación de pandemia por COVID-19. Hemos tenido que adaptar nuestra actividad a las circunstancias, tratando además de resolver la patología de decreto sin demoras. En esta comunicación presentamos un resumen de los resultados obtenidos.

Material y métodos. En nuestro centro contamos con 2 tipos de unidades de CMA:

- Una unidad integrada en el Hospital Virgen de la Victoria (HVV).
- Una unidad satélite en el Hospital Valle de Guadalupe (HVG).

Se comenzó a realizar PCR de SARS-COV-2 en las 48h previas a la operación a partir del 27 de abril de 2020. Aquellos pacientes con resultado positivo del test eran avisados telefónicamente y catalogados como Temporalmente No Programables durante 6-7 semanas. Se elaboró un documento informativo para pacientes y familiares, con la normativa a seguir durante el ingreso, que se entregaba en consulta al mismo tiempo que se hacía la inclusión en lista de espera.

Los datos de los pacientes intervenidos se recogieron en una base de datos Excel 2019, a partir de la cual se ha realizado el siguiente análisis.

Resultados: 3233 pacientes en la Unidad de CMA fueron intervenidos en el año 2020 (en comparación con los 3789 pacientes operados el año previo).

Durante los picos de incidencia de la pandemia se apreció un notable descenso en el número de quirófanos, viéndose afectados especialmente los quirófanos en turno de tarde, así como los quirófanos destinados a Cirugía Menor. Con respecto a la distribución por patología, se intervinieron:

- 1082 pacientes con Patología de Cirugía Menor.
- 1016 pacientes con Patología de Pared Abdominal.
- 503 pacientes con Patología Proctológica.
- 464 pacientes con Patología Biliar Benigna.
- 168 pacientes con Otros Procesos.

El 84,03% de la Patología de Pared Abdominal fue dada de alta en régimen CMA, así como el 88,47% de la

Patología Proctológica y el 26,90% de la Patología Biliar Benigna. La gran mayoría de los pacientes que se fueron de alta al día siguiente de la cirugía fueron intervenidos en turno de tarde o fueron intervenciones más complejas (ej. Eventraciones W2-W3). El 100% de la Patología de Decreto se ha realizado dentro del tiempo objetivo.

Conclusiones: A pesar de las limitaciones derivadas de la pandemia, hemos conseguido mantener la actividad quirúrgica sin demora y en las condiciones más seguras posibles.

210183. MASTECTOMIA REDUCTORA DE RIESGO EN BRCA1, RECONSTRUCCION CON PATRON ONCOPLASTICO, PROTESIS PREPECTORAL E INJERTO LIBRE DE CAP.

M García-Redondo, Á Pareja-López, JM Rodríguez-Alonso, ÁJ Reina-Duarte

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

Introducción: La reconstrucción prepectoral inmediata supone una alternativa en auge para las pacientes intervenidas de mastectomía profiláctica. La técnica más utilizada para la mastectomía y reconstrucción prepectoral con malla acelular consiste en un abordaje mediante incisión lateral sin modificar las características del envoltorio cutáneo.

Las pacientes con importante ptosis mamaria pueden suponer una limitación en la reconstrucción prepectoral debido a la proyección protésica en el nuevo centro mamario, que se encontrará en posición craneal al complejo areola-pezón. No existen casos documentados en la literatura científica disponible que describan reconstrucciones prepectorales inmediatas con injertos libres del complejo areola-pezón.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 34 años con antecedentes familiares de cáncer de mama y diagnóstico de mutación en el gen BRCA 1. Solicitó realizar cirugía de reducción de riesgo. En la exploración física, presentaba unas mamas planas con escaso volumen mamario y un IMC de 36. Se evidenció un exceso del polo superior, con el complejo areola-pezón derecho situado a 28 cm de la horquilla esternal y el izquierdo a 27 cm. No se palparon lesiones a destacar. Se completó el estudio con una ecografía y mamografía bilateral, informada como BIRADS1.

Se plantea la posibilidad de realizar una reconstrucción retropectoral o prepectoral acompañado de un patrón oncoplastico para el remodelado de la cobertura cutánea.

La técnica estandarizada para colocación de prótesis a nivel prepectoral en esta paciente ocasionaría una sobreexposición de los polos superiores, acentuando la ptosis y proyectando la unión de los cuadrantes superiores. Se plantea realizar una transposición del CAP a la zona de mayor proyección sin disminuir el envoltorio cutáneo para no afectar a su capacidad volumétrica. Realizamos una mastectomía subcutánea a través de un patrón de mamoplastia vertical de rama simple.

Colocamos una prótesis prepectoral de 395 cc recubierta con malla acelular y el injerto libre del CAP en el lugar de máxima proyección protésica.

Discusión: Mostramos que es posible asociar un patrón oncoplastico con injerto libre del complejo areola-pezón a una técnica de reconstrucción inmediata prepectoral con prótesis y malla acelular. El desarrollo de matrices acelulares, mallas titanizadas e implantes de poliuretano, ha relanzado el abordaje prepectoral, siendo menos lesivo y mutilante que el retropectoral.

Destacando la ausencia de deformidad animada, la disminución del dolor crónico en forma de contractura pectoral y una teórica

disminución del tiempo quirúrgico.



Figura 1

Aspecto antes de la intervención, a los 7 días y a los 6 meses de la intervención.

210184. TRAUMATISMO SOBRE BAZO PATOLÓGICO CON HEMORRAGIA DE PRESENTACIÓN TARDIA. ¿ES FACTIBLE EL MANEJO CONSERVADOR?

J Sánchez Segura, F Botello García, L Romacho López, AI Fernández Sánchez

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

Introducción: El bazo es el órgano afectado con más frecuencia en el trauma cerrado (40-55%). En pacientes hemodinámicamente estables con lesión de órganos sólidos se puede seguir una estrategia de manejo no quirúrgico. Esta opción ha ido ganando importancia con el tiempo, gracias en parte al desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas como la angioembolización.

Caso clínico: Varón de 83 años con granulomatosis de Wegener y esplenomegalia en ecografía de hace un año.

Acude por dolor en hipocondrio izquierdo tras traumatismo hace 9 días a dicho nivel, observándose en la analítica una hemoglobina de 8.5g/dl. En la ecografía informan de una lesión esplénica. Dada la estabilidad hemodinámica, se solicita angio-TC que muestra una laceración grado III de la American Association for the Surgery of Trauma (AAST) del polo inferior del bazo con hematoma contenido y extravasación activa de contraste.

Horas después, el paciente presenta anemia y hipotensión progresivas, indicándose embolización urgente de la lesión. Se cateteriza selectivamente la rama de la que depende la hemorragia, embolizándola con glue. Imagen de control sin extravasación.

Buena evolución, sin anemia en los controles analíticos. Alta al 7º día sin complicaciones. Un mes después, en angio-TC ambulatorio se observa el hematoma de menor tamaño, sin signos de sangrado activo.

Discusión: El bazo es el órgano lesionado con más frecuencia en el trauma cerrado, siendo la incidencia aún mayor cuando existe una patología esplénica preexistente como la esplenomegalia. La técnica diagnóstica de elección en pacientes estables será la tomografía computarizada (TC) con contraste en fase arterial y venosa, que permitirá detectar con alta sensibilidad la existencia de lesiones vasculares como hematomas, sangrado activo o pseudoaneurismas.

En pacientes estables se debe valorar el manejo no quirúrgico, con ingreso del paciente para control de constantes vitales y hemoglobina. La embolización selectiva permite controlar lesiones con sangrado activo de forma eficaz evitando la morbilidad asociada a

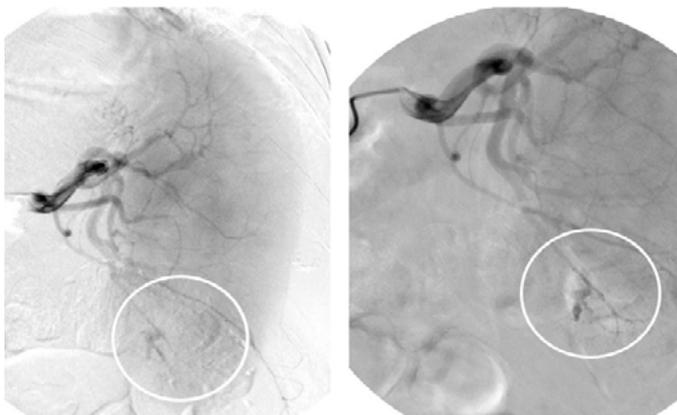


Figura 1

PET-TAC Inicial, control a los 3 meses y a los 9 meses. Se aprecia la desaparición de las lesiones metastásicas pulmonares y en pelvis, así como la persistencia del tumor primario.

la esplenectomía, especialmente en las lesiones grado I-III de la AAST.

La presentación tardía de la hemorragia (>48 horas tras el traumatismo) no contraindica el manejo no quirúrgico, siendo el porcentaje de éxito > 90%.

La evidencia sobre el uso en trauma de la angio-embolización en pacientes con esplenomegalia es escasa. Sin embargo, esta técnica se ha empleado con seguridad y eficacia en casos de rotura no traumática sobre bazo patológico. El manejo no quirúrgico del trauma esplénico debe ser pues considerado en estos pacientes siempre que no existan circunstancias que lo contraindique.

210185. LINFOMA TIPO BURKITT COMO CAUSA DE INVAGINACION INTESTINAL.

J González Cano, F Botello García, J Turiño Luque, P Fernández Galeano, JM Aranda Narváez, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La invaginación intestinal se produce por el deslizamiento de un segmento de intestino en la luz del segmento adyacente, que suele presentarse como dolor abdominal y obstrucción intestinal. Presentamos el caso de un paciente con un linfoma intestinal diagnosticado tras un cuadro de invaginación que requirió cirugía para su resolución.



Figura 1

TC corte sagital

Caso clínico: Varón de catorce años, sin antecedentes de interés, consulta en urgencias por vómitos, dolor y distensión abdominal. Analítica sanguínea sin alteraciones. Se realiza ecografía abdominal con sospecha de invaginación intestinal, que se confirma mediante TC, diagnosticándose de invaginación ileocólica hasta ángulo esplénico de colon con dilatación intestinal retrógrada.

Se realiza una colonoscopia, lográndose la desinvaginación y apreciándose una masa polipoidea de cinco centímetros que ocupa completamente la válvula ileocecal. Tras 48h de ingreso, el paciente sufre un nuevo episodio de invaginación, decidiéndose intervención quirúrgica.

En la cirugía se aprecia una invaginación ileocólica causada por una masa en ciego y adenopatías mesentéricas. Se realiza una hemicolectomía derecha y anastomosis ileocólica. La anatomía patológica de la colonoscopia y la pieza quirúrgica informaban de linfoma B de alto grado compatible con linfoma de Burkitt, por lo que se derivó al paciente a Hematología para recibir quimioterapia.

Discusión: La invaginación intestinal es una patología frecuente y generalmente idiopática en niños, mientras que en adultos se trata de una causa rara de obstrucción intestinal (1-2% de todas las oclusiones) y secundaria a patología intestinal en un 90% de los casos. La zona afecta funciona como punto de tracción, arrastrando el intestino proximal dentro de un segmento distal con el peristaltismo.

El diagnóstico se realiza con ecografía, aunque puede ser necesaria la TC para confirmarlo y hallar la causa, especialmente en adultos. La colonoscopia puede ser también útil, pues permite tanto el diagnóstico como biopsiar lesiones.

En niños el tratamiento suele ser conservador, lográndose la reducción guiada por ecografía con enema neumático o hidrostático en la mayoría de los casos. En adultos, el elevado porcentaje de casos con patología subyacente, muchas veces maligna, hace que el tratamiento de elección sea la cirugía.

En concreto, el linfoma es la causa de invaginación maligna más frecuente en niños, mientras que en adultos es el adenocarcinoma. El tratamiento del linfoma intestinal consiste en quimioterapia, que logra una rápida respuesta tumoral, reservándose la cirugía para los casos de obstrucción intestinal, como puede ser la invaginación.



Figura 2
TC corte transversal.

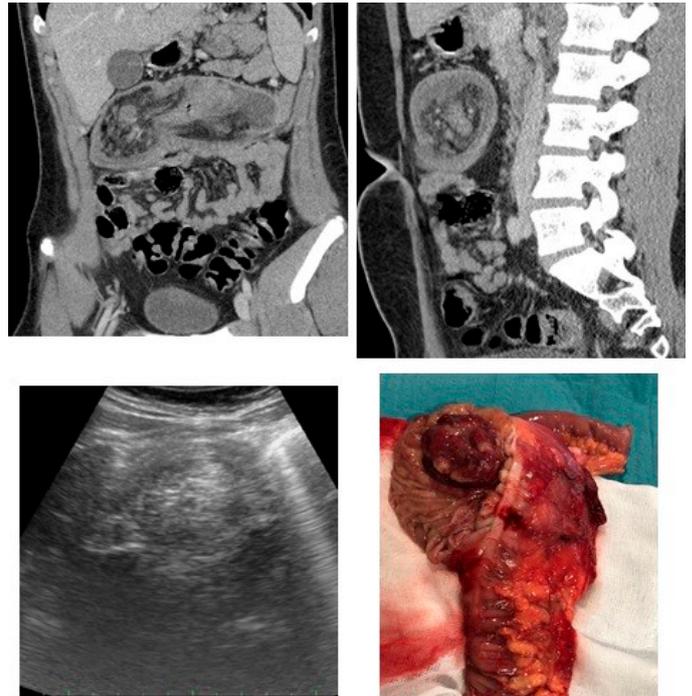


Figura 3
Invaginación macro.



Figura 4
Imagen ecografía.

210186. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE SEGMENTOS HEPÁTICOS COMPLEJOS, A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

F Hinojosa Ramírez, C González de Pedro, G Suárez Artacho, C Cepeda Franco, MÁ Gómez Bravo, J Padillo Ruiz

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

Introducción: Las intervenciones hepáticas por cirugía mínimamente invasiva son cirugías complejas con una tasa de conversión elevada. Los segmentos posteriores (I y IX) y postero-laterales (7 y 8) se han considerado clásicamente procedimientos complejos debido a su difícil exposición e instrumentación, la cercanía de grandes vasos y la dificultad para el control de la hemorragia. Actualmente se consideran abordajes seguros con resultados oncológicos similares a la cirugía abierta y menores tasa de complicación.

Mostrar la experiencia mediante dos casos clínicos del abordaje de segmentos laparoscópicamente complejos en un centro de tercer nivel.

Material y métodos: Se ha realizado un análisis descriptivo de dos casos de cirugía hepática mínimamente invasiva (CHMI) sobre los segmentos hepáticos posteriores y postero-laterales en nuestro centro en el periodo de 2019. Se indicó cirugía laparoscópica cuando fue necesario reseccionar lesiones de los segmentos 9, 7 y 6 con antecedentes de cirugía abdominal previa. Los pacientes se colocan en decúbito lateral izquierdo a 30°. Se colocan 5 trocares: 4 de ellos en torno al arco costal derecho, 1 en epigastrio y en el hipocondrio izquierdo se coloca el Argill para la maniobra de Pringle. Tras la localización de las lesiones se procede a su extirpación.

Resultados: Se realizó CHMI con abordaje de segmentos complejos en 2 pacientes. La mediana de edad fue de 43 años (42-43), siendo un hombre y una mujer, con una mediana de BMI de 27.1 (23-31), ambos casos fueron lesiones metastásicas de cáncer colorrectal: un caso de aparición sincrónica y un caso con aparición metacrónica. No tenían antecedentes de cirugías hepáticas. La mediana del tamaño de las lesiones fue 20mm (14-30) y su localización: 1 segmento 9, 1 en el 6, 2 en el 7 y 1 en el 8. La mediana del tiempo quirúrgico 182.5 minutos (145-220). No hubo ninguna complicación ni necesidad de transfusiones. Ambos casos presentaron márgenes libres en la pieza quirúrgica. La mediana de estancia postoperatoria fue 3.5 días (3-4). Ambos pacientes están vivos con una mediana de supervivencia de 21.5 meses (16-27). La mediana de supervivencia libre de enfermedad 19.5 meses (12-27). Uno de los pacientes ha progresado presentando carcinomatosis peritoneal que ha requerido peritonectomía-HIPEC.

Conclusiones: El abordaje mínimamente invasivo de los segmentos posteriores y postero-laterales es seguro y eficaz con resultados similares al abordaje de los segmentos anteriores, pero mayor complejidad técnica. El abordaje laparoscópico presenta menos complicaciones postquirúrgicas y menos necesidad de transfusiones. Es una técnica compleja que debe realizarse en centros de elevado volumen y por cirujanos expertos con gran experiencia en cirugía laparoscópica hepática.

210187. LAMN IN SITU DE GRAN TAMAÑO. APENDICECTOMIA CURATIVA.

M García-Redondo¹, PA Sánchez-Fuentes¹, JM Rodríguez-Alonso¹, Í Gorostiaga-Altuna², ÁJ Reina-Duarte¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²UGC Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La actitud ante una neoplasia mucinosa apendicular sin signos de perforación, afectación de la base ni afectación periapendicular, es la apendicectomía y resección del meso apendicular. Pueden ser benignas o malignas, siendo el principal factor pronóstico la presencia de perforación. Tradicionalmente se ha recomendado considerar hemicolectomía derecha si el tamaño es mayor de 2 cm, si hay enfermedad de alto grado, afectación linfática, periapendicular o de la base apendicular. Nuestro objetivo es presentar un caso con tumoración apendicular de gran tamaño sin otros factores de mal pronóstico. Se describe el caso clínico de un paciente con diagnóstico de tumoración apendicular y su tratamiento.

Caso clínico: Varón de 76 años que consultó por dolor abdominal continuo, de 3 días de evolución, localizado en fosa ilíaca derecha. Niega síndrome constitucional. La TC demuestra tumoración de 12x5.4 centímetros, compatible con mucocele apendicular. Con estudio de extensión negativo. Se realizó intervención quirúrgica urgente, intentando primero un abordaje laparoscópico. Se convirtió a cirugía abierta para prevenir la ruptura del mucocele y la siembra, tanto peritoneal como en las incisiones laparoscópicas. Macroscópicamente no presentó afectación del borde proximal, ni material mucoide intraperitoneal, ni invasión de los tejidos adyacentes. Se realizó apendicectomía y resección del meso. El resultado anatomopatológico fue de neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado (LAMN) "in situ", con márgenes quirúrgicos libres.

Discusión: Los tumores apendiculares menores de 2 centímetros suelen ser benignos, asociándose a malignidad aquellos mayores

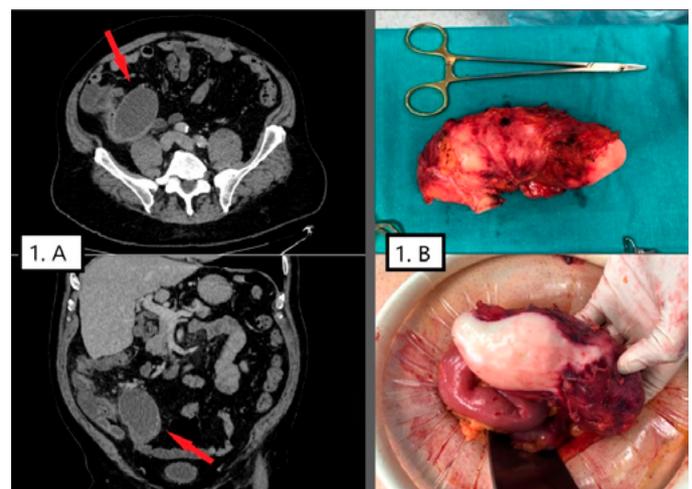


Figura 1

1.A: Tomografía computarizada que muestra tumoración apendicular de gran tamaño. 1.B: Imagen macroscópica de la pieza quirúrgica.

de 6 centímetros. Estudios recientes demuestran que realizar una hemicolectomía derecha urgente basándonos solamente en el tamaño tumoral, visto en imagen radiológica, no mejora el pronóstico. En base a los hallazgos, ante una tumoración mucinosa apendicular localizada, sin infiltración de tejidos adyacentes ni signos de perforación, una resección cuidadosa del apéndice englobando la tumoración y su meso puede ser curativa, independientemente del tamaño tumoral.

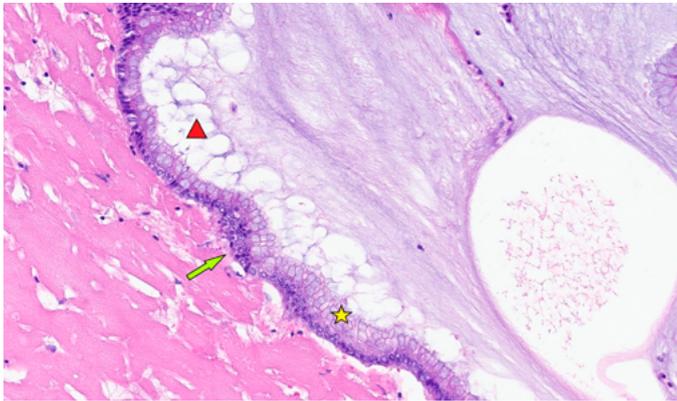


Figura 2

(X20) Epitelio columnar productor de mucina (estrella), núcleos con atipia leve (flecha) localizados en polo basal y polo apical con vacuolas llenas de mucina (triángulo).



Figura 1

TC imagen 1.

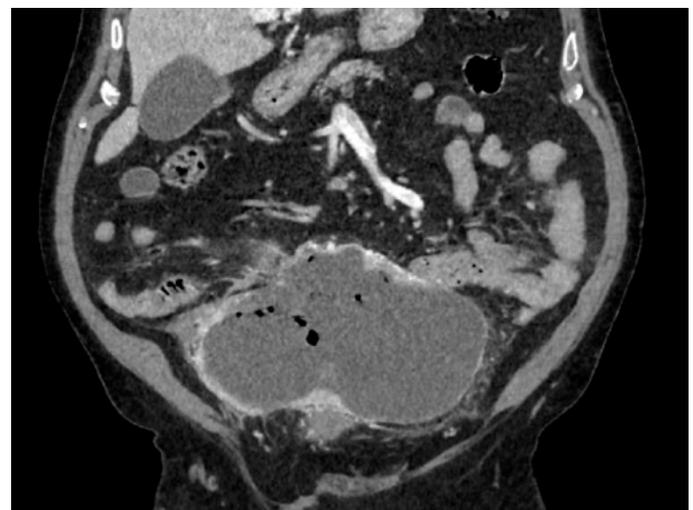


Figura 2

TC imagen 2.

210188. GIST COMPLICADO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO.

P Fernández Galeano, MP Gutiérrez Delgado, J Carrasco Campos, J Rivas Becerra, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son una neoplasia relativamente infrecuente. La localización más frecuente es gástrica, seguida de intestino delgado. La mayoría se presentan asintomáticos, siendo su diagnóstico incidental. Presentamos un caso clínico de un GIST de localización infrecuente (intestino delgado distal) con una presentación atípica como urgencia (abdomen agudo quirúrgico) para revisar esta entidad y su manejo.

Caso clínico: Paciente de 78 años sin antecedentes de interés consulta en urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución de intensidad creciente en hipogastrio. Episodios previos de dolores de características cólicas. Refiere fiebre en las últimas 24 horas así como en su llegada a urgencias. A la exploración física se encuentra estable hemodinamicamente, febril y con temblor generalizado. Abdomen con defensa a la palpación en todo hemiabdomen inferior. En la analítica de sangre destacan 22.680 leucocitos, 19.590 neutrofilos, PCR 156 mg/dl. Se realiza TAC objetivándose una masa centroabdominal de aprox, 18 x 9 x 9cm, sugiriendo la presencia de una lesión tumoral con posible fistulización intestinal versus un absceso intraabdominal, sin poder descartar un origen apendicular.

Con la sospecha de lesión tumoral complicada versus apendicitis evolucionada se interviene quirúrgicamente al paciente por vía abierta. Se evidencia masa centroabdominal dependiente de un asa de yeyuno proximal, muy friable, perforada con salida de contenido hemático oscuro. Se realiza una resección de asa de yeyuno que engloba la masa con anastomosis manual. Se identificaron dos nódulos peritoneales en cuadrante 7 y 6 que se extirpan y se envían a AP.

El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta a los 9 días de la intervención. La anatomía patológica determinó que se trataba de un GIST yeyunal de bajo potencial maligno, con 2 mitosis por 50 campos. El estudio inmunohistoquímico fue positivo para c-kit, actina y Ki67 (10%) con negatividad para S-100, CD34, Desmina, Queratina (AE1-AE3). Además, evidenció que ambos grados estaban afectados por metástasis.

Discusión: El diagnóstico preoperatorio de los GIST es a menudo difícil, puesto que la mayoría se trata de tumores silentes

y su diagnóstico es incidental. La presencia de un GIST complicado puede simular otras patologías abdominales y, por tanto, deben ser considerados en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo. La inmunohistoquímica es esencial para el diagnóstico definitivo. El tratamiento adecuado consiste en la resección del tumor con márgenes libres y en casos avanzados adyuvancia con imatinib.



Figura 3
Macroscópico 1.

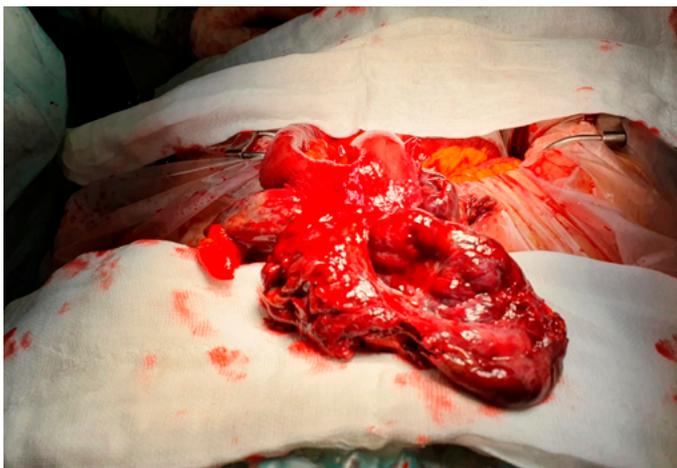


Figura 4
Macroscópico 2.

210189. HEMORRAGIA DIGESTIVA EXANGUINANTE POR DIVERTÍCULO YEYUNOILEAL. REVISIÓN DEL ABORDAJE DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO.

F Grasa González¹, A Serran Perea¹, L Cuesta Lujano², L Bollici Martínez¹, F Serratosa Gutierrez¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Serranía, Ronda. ²Servicio Radiodiagnóstico. Hospital Comarcal de la Serranía, Ronda.

Introducción: Los divertículos yeyunoileales (DYI) suponen 0.06-5% de las causas de sangrado digestivo. Hasta 60% son asintomáticos y cuando se manifiestan (10-30%) es por alguna complicación como obstrucción, hemorragia, perforación, diverticulitis o vólvulo. Otras menos frecuentes son absceso intraabdominal y microperforaciones con neumoperitoneo recidivante.

La mortalidad global es 25% si existe alguna complicación asociada, y en comparación con los divertículos duodenales, los yeyunoileales tienen 4 veces más posibilidades de desarrollar algún tipo de complicación.

Caso clínico: Mujer de 75 años con antecedentes de diverticulosis de colon sigmoidees y esteatosis hepática. Ingresa por hemorragia digestiva baja (HDB) y anemia grave que precisa de transfusión de 7 concentrados de hematíes y estabilización hemodinámica en Unidad Cuidados Intenstivos. Se realizan estudios mediante gastroscopia y colonoscopia sin evidenciar foco hemorrágico. Tras estabilización hemodinámica transitoria y ante la falta de disponibilidad de angiografía, se decide realización de angioTAC que muestra lesión exofítica en asa de yeyuno en su borde mesentérico de 2,6cm, con signos de sangrado activo hacia la luz intestinal. (Figura 1).



Figura 1
AngioTAC con lesión exofítica en asa de yeyuno en su borde mesentérico, de 2,6 cm, hipodensa en fase sin contraste, y posteriormente tanto en fase arterial, como en fase porta.

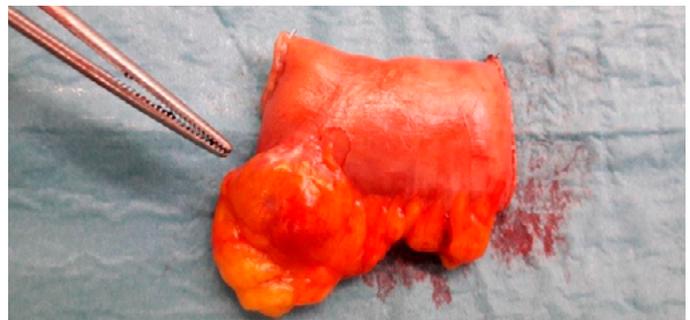


Figura 2
Pieza de resección periquirúrgica que muestra divertículo de asa yeyunal en borde mesentérico de aproximadamente 2.5 cm.

Se realiza laparotomía exploradora con resección y anastomosis primaria de segmento de yeyuno englobando lesión descrita en estudio angioTAC. El postoperatorio resultó favorable permitiendo el alta hospitalaria tras normalización de cifras Hb, reintroducción de dieta oral y tránsito intestinal. El resultado anatomopatológico fue divertículo hemorrágico y ausencia de neoplasia. (Figura 2 y 3).



Figura 3

Pieza de resección y estudio anatomopatológico con segmento de yeyuno con divertículo hemorrágico y ausencia de neoplasia

Discusión: Los divertículos de intestino delgado son pseudodivertículos, ya que sólo contienen mucosa y submucosa; oscilan desde pocos milímetros hasta >10 cm. Más frecuentes en duodeno (45-79%) y más raramente en yeyuno-íleon (18-23%) con una disminución de la incidencia conforme nos distanciamos del ligamento de Treitz.

La HDB es definida como un sangrado digestivo distal al ligamento de Treitz y supone el 20% de los casos de hemorragias digestivas, siendo las HDA las más frecuentes. Se estima que el 15% de las HDB tendrán una HDA como causa inicial, y que aquellas procedentes del intestino delgado suponen el 5-10% del total.

Ante el fracaso del manejo endoscópico o la imposibilidad de localizar el foco hemorrágico y si la situación del paciente lo permite, planteamos el estudio mediante angioTAC ya que permite identificar un foco hemorrágico ante la presencia de flujo activo >0.3-0.5 ml/min con sensibilidad 89% y especificidad 85%.

El tratamiento definitivo de los DYI sintomáticos o con complicación es la resección quirúrgica con anastomosis primaria. En aquellos casos asintomáticos o paucisintomáticos el tratamiento quirúrgico sólo debe emplearse el fracaso diagnóstico-terapéutico.

210191. ROTURA DIAFRAGMÁTICA POR TRAUMATISMO CERRADO. ABORDAJE VÍA TORACOSCÓPICA.

Al Fernández Sánchez, P Gutiérrez Delgado, A González Sánchez, L Romacho López, JM Aranda Narváez, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La rotura diafragmática es una lesión asociada principalmente a traumatismos abiertos de la transición toracoabdominal, pero que también puede relacionarse con traumatismos cerrados.

La ausencia de diagnóstico adecuado y tratamiento correcto se relaciona con un aumento de morbilidad tardía por el desarrollo de hernias diafragmáticas en el medio y largo plazo. El tratamiento puede realizarse tanto por abordaje abdominal como por abordaje torácico, aportando cada uno de ellos ventajas e inconvenientes.

El objetivo de nuestro trabajo es presentar un caso clínico de rotura diafragmática por traumatismo toracoabdominal cerrado tratado mediante toracoscopía.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente sin antecedentes de interés, que tras un traumatismo por aplastamiento con su propio vehículo es trasladado al Servicio de Urgencias de nuestro hospital. A su llegada se encuentra asintomático y con estabilidad hemodinámica. Se realiza un Body TC en el cual se objetiva un defecto diafragmático de 1 cm en cúpula posterior izquierda con herniación de contenido abdominal de densidad grasa, sin otras lesiones añadidas. Se realiza intervención quirúrgica urgente mediante abordaje toracoscópico con intubación selectiva evidenciando una laceración diafragmática posterior de 1 cm que se repara mediante sutura con hilo no reabsorbible monofilamento, sin drenaje torácico. El paciente fue dado de alta sin incidencias en segundo día postoperatorio.

Discusión: A pesar de que no existe suficiente evidencia publicada sobre la mejor vía de abordaje para las lesiones diafragmáticas, la toracoscopía permite una adecuada visualización de este sin la interposición de vísceras abdominales y evita la posibilidad del desarrollo de un neumotórax a tensión como complicación del abordaje laparoscópico abdominal.

La reparación toracoscópica parece ser una vía segura y eficaz para el tratamiento de las lesiones diafragmáticas traumáticas.

210192. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. TERAPIA BIOLÓGICA Y MORBILIDAD POSTQUIRÚRGICA.

M García-Redondo¹, Z Gómez Carmona¹, M Ferrer-Márquez¹, R Torres Fernández¹, F Rubio Gil¹, ÁJ Reina-Duarte¹, JC Gómez-Rosado², LC Capitán-Morales²

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²UGC Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Realizar una revisión de la literatura con objeto de comparar la aparición de complicaciones postoperatorios y su gravedad en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), estratificándolos según la terapia recibida.

Material y métodos: Se realiza una búsqueda bibliográfica en PubMed, WebOfScience, Scopus y Cochrane. Se incluyen artículos publicados entre 2013 y 2020 que cumplan los criterios: incluir pacientes sometidos a intervención quirúrgica por EII, especificar

tratamiento previo a intervención, recoger complicaciones en periodo postoperatorio según clasificación de Clavien-Dindo (CD).

Resultados: Se analizan 9 estudios, retrospectivos y gran parte multicéntricos. Se incluyen un total de 2635 pacientes sometidos a intervención por EI.

De forma global un 37% (986) presentaron complicaciones, de las cuales un 25% (251) se clasificaron como Clavien-Dindo ≥ 3 .

En el grupo de pacientes sin terapia biológica (1107 pacientes, representando el 42% del total), 455 pacientes (41,1%) tuvieron complicaciones, de estos un 24,4% (111 pacientes) tuvieron una complicación mayor (CD ≥ 3).

Se estratifican a los pacientes con terapia biológica (58% del total) en función de esta: 1146 sujetos (75%) habían recibido anti-TNF, con un 34,5% de complicación (395 pacientes), de las cuales el 27,6% (109) fueron CD ≥ 3 ; 338 recibieron tratamiento con Vedolimumab, con un 37,3% de morbilidad (implicando a 126 pacientes), de esos, el 19% (24) se clasifican como CD ≥ 3 ; finalmente, solo 44 pacientes recibieron Ustekinumab, con una tasa de complicaciones del 22,7% (10 pacientes), de los cuales el 70% requirió intervencionismo.

Conclusiones: Los biológicos en la EI son seguros en el periodo postoperatorio, con una incidencia de complicaciones postquirúrgicas similar a los pacientes que no recibieron terapia biológica.

El grupo que recibió Vedolizumab presenta una incidencia de complicaciones mayor que en el caso de Anti-TNF, sin embargo, son menos graves, requiriendo intervencionismo en menor proporción.

Por otro lado, la evidencia disponible en la literatura es aún escasa y controvertida y los factores de confusión numerosos por lo que la decisión debe tomarse en el seno de un grupo multidisciplinar y de forma individualizada.

210193. ANÁLISIS COMPARATIVO UNICÉNTRICO DE RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y ONCOLÓGICOS DEL TRATAMIENTO CON STENT PUENTE EN LA OCLUSIÓN NEOPLÁSICA DE COLON IZQUIERDO CON COLECTOMÍA DE INTERVALO REALIZADA POR CIRUJANOS DE TRAUMA Y CIRUGÍA DE URGENCIAS Y LA RESECCIÓN ELECTIVA DE NEOPLASIAS IZQUIERDAS NO OBSTRUCTIVAS POR CIRUJANOS COLORRECTALES.

J González Cano, JM Aranda Narváez, AJ González Sánchez, I González Poveda, S Mera Velasco, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Presentamos un estudio comparativo de los resultados perioperatorios y la supervivencia global (SG) y libre de enfermedad (SLE) con estrategia "stent as bridge-to-surgery" (S-BS) en neoplasias obstructivas de colon izquierdo (NOCI) y colectomía de intervalo realizada por cirujanos de Trauma y Cirugía de Urgencias y las asociadas a la resección electiva de neoplasias no obstructivas de

colon izquierdo (NNOCI) por cirujanos colorrectales.

Material y métodos: El grupo A (S-BS) se definió con todos los pacientes que recibieron un S-BS por NOCI mediante endoscopia durante un periodo de 10 años (En2011-En2021). Se excluyeron pacientes con indicación paliativa y estadios IV al diagnóstico. Los pacientes con fallo técnico, clínico o perforación se analizaron con intención de tratar en el grupo S-BS. Se realizó un matching 1:2 por edad, ASA, localización tumoral, estadio y año de cirugía con los pacientes intervenidos electivamente por NNOCI por la Unidad de Cirugía Colorrectal (grupo B, CR). Las variables de estudio principales fueron la SG y SLE, global y estratificadas por estadios, definiéndolas mediante curvas Kaplan-Meier y comparándolas mediante log-rank. Se consideraron como secundarias todas las variables peri y postoperatorias.

Definición de variables cuantitativas con mediana (rango intercuartílico) y cualitativas con porcentajes, analizándolas con t de Student/Wilcoxon y X²/Fisher respectivamente. Umbral p<0.05 para definir significación estadística.

Resultados: 98 pacientes fueron elegidos como controles de los 56 pacientes del grupo S-BS. La tasa de fallo técnico, clínico o perforación fue respectivamente del 5.35%(3/56), 3.57(2/56) y 3.57%(2/56). No hubo diferencias significativas entre grupos en género, edad (mediana 70 años), ASA (predominantemente II-III), estadio (mayoritariamente II y III), localización/técnica quirúrgica (localización más frecuente: colon sigmoide) ni intención laparoscópica. Tampoco se objetivaron diferencias en la tasa de anastomosis primaria, morbilidad, reintervención, dehiscencia, estancia, mortalidad a 30 días ni diferenciación histológica, aunque sí en el número de ganglios obtenidos a favor del grupo S-BS (17 vs 14, p<0.00). No se objetivaron diferencias significativas en la SG ni en la SLE considerando la muestra global (SG:p<0.94; SLE:p<0.67) ni por estadios (I-II SG:p<0.78; III SG:p<0.86; I-II SLE:p<0.17; III SLE:p<0.70).

Conclusiones: Los resultados perioperatorios y de supervivencia obtenidos con la estrategia S-BS para las NOCI con la realización de la colectomía de intervalo por cirujanos de Trauma y Cirugía de Urgencias resultan comparables a los asociados a la cirugía colorrectal electiva realizada por cirujanos colorrectales de las NNOCI. Debe contarse con un equipo de endoscopistas expertos que asegure una tasa de perforación $\leq 7-8\%$.

210195. LINFANGIOMA QUÍSTICO INTRAABDOMINAL: UN CASO POCO FRECUENTE.

S Martín Arroyo, C Medina Achirica, J Gavilán Parras, S Mac Mathuna, F Mateo Vallejo

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

Introducción: Es el tumor quístico mesentérico más frecuente, siendo la localización intraabdominal, como en el caso presentado, poco habitual (<5%). Las principales localizaciones son cuello, cara, axila y región torácica.

Aparece sobre todo en niños menores de un año (60% de los casos), siendo raro en adultos. Se trata de un tumor benigno formado por vasos y tejido linfático.

La sintomatología es muy poco específica, pudiéndose presentar como un cuadro urgente de abdomen agudo por hemorragia, perforación u obstrucción. Por ello las pruebas de imagen son clave para el diagnóstico de la tumoración, siendo la TAC el gold standard. A pesar de ello, el estudio histológico será el que determine el diagnóstico definitivo.

Con respecto al tratamiento, se puede seguir la clasificación de Losanoff et Kjossev, que establece la extensión quirúrgica aceptable según la morfología del tumor.

Caso clínico: Paciente varón de 17 años en seguimiento por parte de hematología por neutropenia. Derivado a consultas de cirugía por hallazgo incidental en ecografía de masa intrabdominal que ocupa el hipocondrio izquierdo.

Se completa estudio con TAC, que evidencia múltiples lesiones quísticas, aparentemente multibacadas, con una extensión global de 13x9x6,7, sin captación de contraste. Hallazgos compatibles con posible linfangioma quístico mesentérico o teratoma.

Se decide intervención quirúrgica programada mediante laparotomía; evidenciando tumoración quística compuesta por vasos y tejido linfático en mesenterio, íntimamente adherido a vena mesentérica inferior. Se realiza exéresis de la misma, confirmándose la sospecha diagnóstica (linfangioma quístico en anatomía patológica).

El paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta al séptimo día postoperatorio.

Discusión: El linfangioma quístico intraabdominal es un tumor benigno poco frecuente que debe ser tratado quirúrgicamente. Dentro del diagnóstico diferencial del linfangioma podemos encontrar quiste ovárico, mucocele apendicular o cistoadenoma pancreático.

Intraabdominalmente se localizan en raíz del meso, intestino delgado o mesenterio, como en nuestro caso. La sintomatología es inespecífica y el diagnóstico se realiza mediante prueba de imagen (TAC).

La cirugía debe ser radical por riesgo de recidiva pero sin exéresis de estructuras vecinas, dada la benignidad del tumor. Durante la misma, se debe prestar especial atención a la linfostasis para evitar complicaciones como linfocele o ascitis quilosa. En casos seleccionados puede tratarse mediante esclerosis o aspirado percutáneo.

210196. ¿HERNIA CRURAL INCARCERADA O APENDICITIS? HERNIA DE GARENGEOT.

S Martín Arroyo, C Medina Achirica, R Escalera Pérez, D Raposo Puglia, E Muñoz Caracuel

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

Introducción: Las hernias crurales se originan por una debilidad en el orificio crural, por debajo del ligamento inguinal; y se presentan como hernias incarceradas en un 50% de los casos.

La migración del apéndice dentro de un saco herniario se conoce como Hernia de Amyand, lo que es muy poco frecuente. Pero todavía más raro es la migración del apéndice al interior de un defecto crural (0-5-5% de los casos). Si además cursa con apendicitis, la incidencia desciende al 0.08%-0.13%.

La sintomatología es la propia de una hernia incarcerada: dolor y tumoración en región crural junto con la propia de una apendicitis: fiebre, dolor y signos analíticos de infección.

El diagnóstico se suele realizar preoperatoriamente mediante prueba de imagen (ecografía o TAC) aunque el hallazgo puede ser incidental; durante la cirugía urgente de un paciente con hernia incarcerada podemos sorprendernos al identificar el apéndice dentro del saco herniario.

El tratamiento es urgente y quirúrgico, siendo controvertido el uso de malla al tratarse de una cirugía sucia.

Caso clínico: Paciente de 83 años sin antecedentes, que acude a urgencias, derivada de su centro de salud, por dolor y tumoración inguinal derecha sin signos de obstrucción intestinal. La paciente refiere febrícula en días previos.

A la exploración, abdomen blando y depresible con hernia crural derecha irreductible.

Dada la situación actual de pandemia, se decide completar estudio con ecografía; decidiendo el radiólogo de guardia su paso a TAC y evidenciando Hernia de Amyand y apendicitis.

Se decide abordaje laparoscópico: apendicectomía y tapp. Evidenciando que la hernia es crural (no inguinal como objetivaba la TAC) y que contiene apéndice cecal gangrenoso.

La paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta al tercer día postoperatorio.

Discusión: La hernia de Garegeot se describe como la presencia del apéndice cecal en una hernia crural; pudiendo ser objetivado intraoperatoriamente.

Cursa con dolor inguinal y tumoración; pudiendo añadirse fiebre y alteración analítica si nos encontramos ante una apendicitis concomitante.

El abordaje laparoscópico no es el habitual ya que, debido a la dificultad en el diagnóstico preoperatorio, la primera opción ante una hernia crural incarcerada suele ser la vía abierta mediante laparotomía.

Con este caso queremos contribuir a la literatura al presentar un infrecuente caso de apendicitis en hernia crural incarcerada operada de urgencia. Una patología que puede presentarse en cualquier puerta de urgencias por lo que debemos conocer su existencia.

210201. NEUMOMEDIASTINO COMO CAUSA DE PANCREATITIS AGUDA, UN DIAGNOSTICO A TENER EN CUENTA.

B de Soto Cardenal¹, L Gil Alonso¹, SP de Lebrusant Fernandez²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Merced, Osuna. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Introducción: La pancreatitis aguda enfisematosa en una entidad muy rara, pero de una extrema gravedad que tenemos que tener presente como posible etiología diagnóstica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 73 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes, la cual acude a nuestro centro por cuadro de dolor abdominal de horas de evolución asociando un vómito aislado.



Figura 1 imagen 1.

Tras una valoración inicial con hallazgos destacables de una discreta reacción pancreática, ingresa en observación para control evolutivo con sospecha de pancreatitis aguda. A las 24 horas de ingreso y ante el deterioro clínico-analítico de la paciente, se realiza TAC de abdomen con hallazgos destacables de sospecha de hernia de hiato perforada con presencia de retroneumoperitoneo en la cara posterior gástrica recorriendo la misma hasta la hernia de hiato, asociando un destacable neumomediastino con diagnóstico radiológico de sospecha de hernia de hiato perforada.

Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica realizando laparotomía media, abdominalización de la hernia de hiato sin identificarse perforación a este nivel ni el resto de la exploración abdominal, así como de esófago distal, destacando la presencia de líquido libre en escasa cuantía de aspecto turbio. Ante los hallazgos intraoperatorios la paciente pasa a UCI sin confirmación diagnóstica certera con sospecha de posible pancreatitis aguda.

Posteriormente presenta una evolución tórpida con una mejoría al 7º día postoperatorio, cuando la situación clínica permite realizar



Figura 2 imagen 2.

TAC de abdomen de control donde se confirma la sospecha del origen pancreático presentando hallazgos compatibles con un área de necrosis pancreática de < del 30% de la glándula sin colecciones establecidas, manteniéndose por tanto el plan de tratamiento establecido mediante step up approach.

Discusión: La pancreatitis aguda enfisematosa es una entidad muy rara y de una elevada gravedad. Se trata de una patología poco frecuente que asocia una elevada morbilidad y que se debe tener en cuenta. El diagnóstico se realiza mediante TAC. En nuestro caso los hallazgos radiológicos con presencia de gas retroperitoneal y neumomediastino presente en la propia hernia de hiato hizo sospechar la presencia de una perforación gástrica, siendo en este caso muy difícil hacer un diagnóstico inicial.



Figura 3 Imagen 3.

210202. COMPLICACIONES RESPIRATORIAS EN ESOFAGUECTOMIA POR CÁNCER DE ESÓFAGO.

AM Sánchez Díaz, J Moreno Ruiz, JL Fernández Aguilar, C Montiel Casado, A Rodríguez Cañete, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Analizar el impacto de la vía de abordaje, toracoscopia vs toracotomía, en las complicaciones respiratorias tras la esofaguectomía por cáncer de esófago.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las complicaciones respiratorias tras la esofaguectomía por cáncer de esófago, desde enero de 2015 hasta enero de 2021. Se compara la vía de abordaje, toracotomía frente a toracoscopia. Se incluyen 56 pacientes operados por doble vía (Ivor-Lewis) o triple vía (McKeown). Se han excluido los pacientes que presentaran fístula anastomótica durante los primeros 5 días. Se han estudiado las siguientes variables: edad, sexo, tabaquismo, EPOC, neoadyuvancia, técnica quirúrgica, tipo de abordaje, pruebas funcionales respiratorias preoperatorias (FEV1 y DLCO), pérdida de peso, IMC. Tras comprobar homogeneidad de ambos grupos, se calculó en todos estos pacientes el UPSS (Utrecht Pneumonia Scoring System) en el 1º, 3º y 5º día postoperatorio y el grado de Dindo Clavien exclusivamente aplicado a complicaciones respiratorias. Se ha realizado la comparación mediante χ^2 y con paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados: Resultados: En el periodo comprendido entre enero 2015 y enero de 2021 fueron intervenidos 56 pacientes mediante esofaguectomía Ivor Lewis (69.6%) o Mc Keown (30.4%).

En 34 pacientes, se llevó a cabo toracoscopia y minitoracotomía de asistencia, y en 22 realizó toracotomía. En el grupo de toracoscopia, el 32,4% desarrolló complicaciones respiratorias; el 94,1% Clavien del 0-2, frente al 5,9% Clavien del 3-5. En el grupo toracotomía, el 50% presentó algún tipo de complicación respiratoria, el 68,2 Clavien del 0-2 y el 31,8% Clavien del 3-5. La diferencia de complicaciones Clavien ≥ 3 es significativamente mayor en abordaje por toracotomía ($p < 0.05$).

Para valorar la incidencia de neumonía postoperatoria se aplicó en todos los pacientes el UPSS (Utrecht Pneumonia Scoring System), obteniéndose los siguientes resultados: El score ≥ 3 en los días 1º, 3º y 5º fue de 0, 2,9% y 0 en el grupo de toracoscopia, frente al 9,1%, 13% y 27% respectivamente en el grupo de laparotomía, diferencia estadísticamente significativa ($P < 0,05$).

Conclusiones: La toracoscopia como parte de la cirugía mínimamente invasiva en el cáncer de esófago es una técnica que requiere equipos altamente cualificados por tratarse de una intervención con un alto grado de complejidad, aun así, permite al paciente un postoperatorio con menos complicaciones respiratorias y cuando estas se producen, presentan menor gravedad. La incidencia de neumonía en el postoperatorio disminuye con un abordaje toracoscópico frente a la toracotomía convencional, especialmente a partir del quinto día postoperatorio.

210203. PERFORACIÓN ANORRECTAL COMPLICADA TRAS TRAUMATISMO POR CUERPO EXTRAÑO. ¿ESTÁ INDICADA LA COLOSTOMÍA?, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AM Sánchez Díaz, J Sánchez Segura, I Mirón Fernández, AJ Cabello Burgos, L Romacho López, I Cabrera Serna, JM Aranda Narváez, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La incidencia del traumatismo rectal es del 3-5%. En España suelen ser secundarios a accidentes de tráfico y lesiones yatrógenas. A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento del trauma rectal, la mortalidad continúa siendo del 3-10%.

Caso clínico: Hombre de 38 años con antecedente de VIH tratado con triple terapia antirretroviral y carga viral indetectable.

Acude por dolor y sangrado anal de 4 días asociando fiebre de 38°C. El paciente reconoce práctica sexual de riesgo con introducción anal de objeto que no precisa. A la exploración, se observa tumefacción de todo el borde medial del glúteo derecho y pequeña ulcera en margen anal a las 6-7 horas. En el tacto rectal se palpa abombamiento del margen derecho del canal anal.

En la analítica presenta elevación de reactantes de fase aguda, con 35.000 leucocitos/ μ L y proteína C reactiva 348mg/L. La tomografía computerizada (TC) muestra signos de perforación rectal con absceso pararectal derecho de 8x5cm y burbujas de gas que se extienden hacia espacio paravesical derecho.

Se realiza en quirófano una exploración bajo anestesia mediante rectoscopio rígido, observando a 4 cm del margen anal una perforación de 1 cm a las 9h. Al tratarse de una lesión no destructiva, se opta por una reparación primaria por vía transanal mediante sutura reabsorbible 4-0. La colección glútea se drena por una incisión cutánea en espacio isquiorrectal. Se comprueba estanqueidad.

Tras ocho días de antibioterapia, se solicita TC por persistencia de dolor abdominal. Las imágenes muestran un aumento de la colección previa que se extiende desde región glútea hasta fosa ilíaca derechas. Dada la estabilidad clínico-analítica del paciente, se realiza drenaje percutáneo ecoguiado de la colección por Radiología intervencionista.

Buena evolución, siendo alta al 19 día postoperatorio asintomático y con resolución radiológica completa.

Discusión: En los traumatismos anorrectales es importante individualizar la estrategia quirúrgica en función del estado general del paciente, las características de la lesión y las condiciones locales de la misma.

La colostomía se ha considerado clásicamente como uno de los pilares fundamentales del tratamiento. Sin embargo, su empleo puede no ser necesario en muchos casos de lesión rectal intraperitoneal y en algunos, extraperitoneal cuando afectan $< 25\%$ de la circunferencia, sin que ello afecte al éxito terapéutico. En estas lesiones no destructivas basta con realizar una reparación primaria del defecto siempre que el paciente esté hemodinámicamente estable, la lesión sea accesible y se descarten lesiones asociadas.

Un manejo óptimo del paciente puede evitar la colostomía en casos seleccionados.

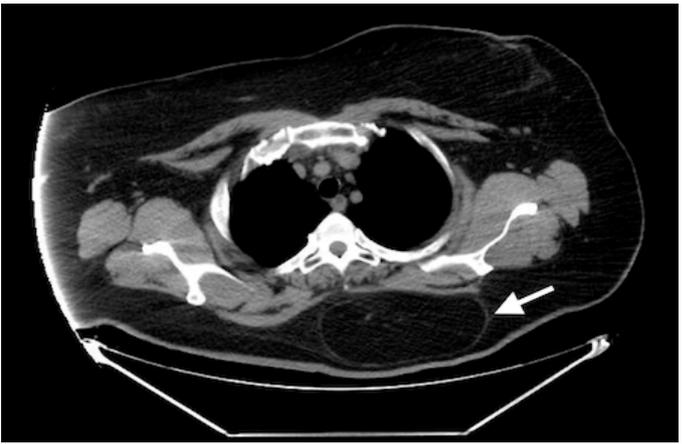


Figura 1

TC de tórax y abdomen con contraste iv: imagen radiológica de la lesión en región dorsal izquierda.

Figura 1

imagen 1.

210204. TUMOR LIPOMATOSO ATÍPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

ML Ruiz Juliá, J Díaz Roldán, V Ruiz Luque, P Martínez García

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: Los tumores del tejido adiposo son uno de los grupos más numerosos de neoplasias de tejidos blandos. El espectro de comportamiento biológico de los tumores lipomatosos va desde lipomas benignos a liposarcomas bien diferenciados (LPS BD) o tumores lipomatosos atípicos (TLA), hasta liposarcomas de alto grado. Presentamos el caso de un lipoma atípico dorsal gigante en una mujer joven de años de evolución.

Caso clínico: Paciente de 43 años con obesidad mórbida, que acude a consultas externas de Cirugía por tumoración dorsal indolora de unos 15 cm de tamaño, con un crecimiento progresivo durante más de 10 años. En el TC de tórax y abdomen se visualizaba una masa isodensa al tejido graso subcutáneo delimitada por una fina cápsula, posterior a la columna dorsal paracentral izquierda, que improntaba sobre el músculo trapecio (**Figura1**).

Se realizó exéresis quirúrgica de la lesión con márgenes libres (**Figura 2 y 3**), sin incidencias. Se colocó un drenaje aspirativo en tejido celular subcutáneo. La paciente fue dada de alta a las 24h de la intervención, retirándose el drenaje en consulta al 4º día del postoperatorio.

El examen histológico de la pieza objetivó una formación irregularmente nodular compatible con tumoración lipomatosa atípica (estadío T1bN0M0). La paciente fue remitida a la Unidad de Sarcomas del hospital de referencia.

Discusión: Los liposarcomas (LPS) son los sarcomas más comunes, representando casi el 20% de todos los sarcomas del adulto. Los TLA o LPS BD se definen como un tumor de malignidad intermedia



Figura 2

Exéresis de la lesión.



Figura 3

Aspecto macroscópico de la pieza tras su exéresis.

y representan el 40-50% de todos los LPS. Actualmente, la OMS recomienda que los tumores lipomatosos atípicos o bien diferenciados, sean descritos como TLA en el tronco y las extremidades, y como liposarcoma bien diferenciado en el retroperitoneo.

La clínica depende de la localización anatómica y del tamaño tumoral, siendo a veces poco llamativa. Existen datos que nos pueden orientar hacia una mayor probabilidad de malignidad: tamaño >5 cm, crecimiento rápido, localización profunda con adhesión a estructuras adyacentes y la presencia de dolor.

El diagnóstico se realiza principalmente mediante la correlación clínica y el examen histológico clásico. El tratamiento es quirúrgico mediante resección macroscópica completa con márgenes adecuados.

Aunque los hallazgos radiológicos e histológicos de los TLA y los lipomas benignos pueden superponerse, esta distinción es muy importante, ya que a pesar de que el TLA no tiene potencial metastásico, tiene propensión para la recidiva local y es de suma importancia su seguimiento tras la resección.

210205. HERNIA DE LITRÉ COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO.

Á de Laguno de Luna¹, MM de Luna Díaz²

¹Departamento Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospital Costa del Sol, Marbella. ²Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches, Pozoblanco.

Introducción: La hernia de Littré se define como la protrusión de un divertículo de Meckel a través de un orificio en la pared abdominal. La localización es en su mayoría inguinal (50%), umbilical (20%) o crural (20%). Por sí solo, representa una patología aislada que puede presentarse como otro diagnóstico diferencial de un cuadro de abdomen agudo. Presentamos dos casos clínicos de hernia de Littré encarcelada.

Caso clínico: Se trata de dos varones de 68 y 80 años sin antecedentes que consultan por tumoración y dolor inguinal. Se intervienen de urgencia evidenciando hernia crural encarcelada y hernia inguinal encarcelada, ambos con divertículo de Meckel perforado. En los dos se realiza resección intestinal con anastomosis y hernioplastia.

El divertículo de Meckel es la persistencia de la parte intestinal del conducto onfalomesentérico. Su incidencia es del 2% más frecuente en hombres. Se trata de un divertículo verdadero situado en el borde antimesentérico del íleon a unos 40-70 cm de la válvula. En un 20-30% puede contener mucosa ectópica gástrica, duodenal, colónica o pancreática.

Producen síntomas el 4-6%. Son más comunes los síntomas de obstrucción intestinal en el recién nacido, sangrado intestinal en niños y diverticulitis u obstrucción en adultos. La obstrucción suele ser causada por la captura de un asa intestinal por una banda mesodiverticular, vólvulos, intususcepción o extensión a un saco herniario (hernia de Littré).

El TC se ha considerado el gold standar para el diagnóstico del divertículo de Meckel, con una menor sensibilidad y especificidad para la Hernia de Littré. Por todo esto, el diagnóstico de la se establece cuando se produce una complicación o de forma incidental durante una intervención.

El tratamiento es quirúrgico, extirpando el divertículo mediante sección en "V" o resección y anastomosis que permite reseca focos de tejido ectópico. La reparación de la hernia debe hacerse con malla siempre que sea posible.

Discusión: La hernia de Littré es una patología infrecuente con un diagnóstico diferencial que entra dentro del dolor abdominal agudo. De ahí que el cirujano deba pensar en esta patología ante este tipo de sintomatología acompañada de masa herniaria y dolor. Es importante recordar que los estudios por imágenes no son métodos diagnósticos que permitirán identificar el divertículo presente en el saco herniario, ya que el diagnóstico se hará de manera intraoperatoria al igual que su tratamiento definitivo.

210206. DIVERTICULITIS DE MECKEL: UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA.

L Gil Alonso¹, B de Soto Cardenal¹, SP de Lebrusant Fernandez²

¹Servicio Cirugía General. Hospital Comarcal de la Merced, Osuna ²Servicio Cirugía General. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Introducción: El divertículo de Meckel es la malformación más común del tracto digestivo (aproximadamente 2% de la población). La gran mayoría son asintomáticos, diagnosticándose como hallazgo casual en una prueba de imagen o intervención, pero se estima que un 2% puedan dar síntomas, siendo más común durante la infancia. Sin embargo, debemos tener presente este diagnóstico como posibilidad, pues puede debutar con cuadros agudos como hemorragia digestiva, perforación u obstrucción.

Caso clínico: Paciente de 60 años con diverticulosis coli conocida. Presenta cuadro de dolor abdominal leve de un mes de evolución que en las últimas 24h se ha hecho muy intenso, localizado en fosa ilíaca derecha. Mantiene tránsito y buena tolerancia a dieta. Refiere sensación distérmica. Analíticamente presenta leucocitosis moderada y aumento de la PCR.

A la exploración, el paciente presenta buen estado general, con dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha y defensa voluntaria.

Se realiza TAC urgente con contraste intravenoso y se aprecia imagen en fondo de saco, dependiente de íleon medio, con un enterolito en su interior, compatible con divertículo de Meckel. Presenta signos inflamatorios en el mismo y en el segmento de íleon adyacente, así como rarefacción de la grasa, sin burbujas de neumoperitoneo ni líquido libre.

Dado el buen estado general del paciente se decide optar por

manejo conservador, con antibioterapia de amplio espectro y dieta absoluta. El paciente presenta mejoría clínica y analítica progresiva, tolerando la reintroducción de dieta y con tránsito conservado, pudiendo ser dado de alta 6 días después.

Discusión: La diverticulitis de Meckel es una patología infrecuente, si bien es conveniente tenerla presente como diagnóstico diferencial en casos de dolor abdominal agudo. Suele predominar con dolor en fosa ilíaca derecha y debe pensarse en ella especialmente en paciente apendicectomizados.

La resección quirúrgica del divertículo de Meckel no está indicada de manera sistemática en pacientes sin síntomas mayores de 50 años. Sin embargo, en casos de cuadros sintomáticos, la mayoría de autores recomiendan su extirpación. Los cuadros de diverticulitis de Meckel pueden permitir un manejo adaptado a las características del paciente y a la severidad de los síntomas, siendo el tratamiento conservador una opción factible en casos leves que permita diferir la cirugía resectiva, disminuyendo así la morbilidad de la misma.

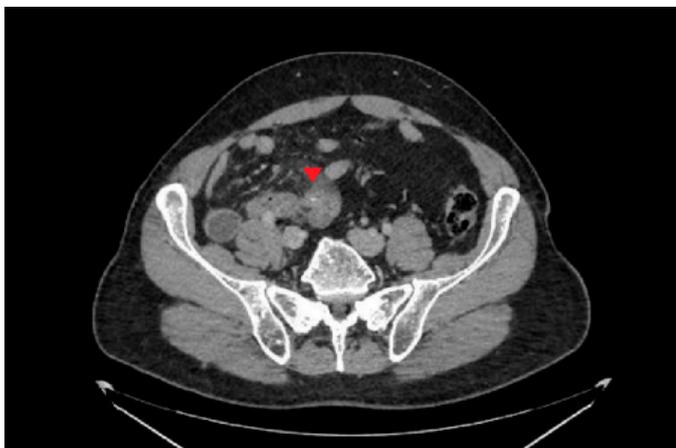


Figura 1

En el corte se aprecia sección de divertículo de Meckel con cambios inflamatorios (flecha).



Figura 2

Corte sagital donde se aprecia divertículo de Meckel con cambios inflamatorios.

210207. DIVERTICULITIS AGUDA APENDICULAR: UNA RARA ENTIDAD A CONOCER.

N Tapia Duran¹, JM Cabrera Bermón¹, EA Buendía Peña¹, MT Dawid de Vera², AI García Salguero¹, RM Francisco¹, M Ortega Castán¹

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

Introducción: Introducción: El objetivo de este trabajo es dar a conocer esta entidad, que por su rareza es ampliamente desconocida. La diverticulosis apendicular, es una enfermedad infrecuente, con una incidencia en torno al 1%. Como los divertículos de otras localizaciones, pueden ser congénitos y adquiridos.

Esta entidad suele cursar de forma asintomática, pero cuando da clínica, puede tanto simular una apendicitis aguda como producir un dolor crónico recurrente. Su forma aguda es prácticamente indistinguible de la apendicitis tanto clínica como radiológicamente.

La principal complicación es la perforación, cuatro veces más frecuente que en la apendicitis y con una mortalidad 30 % mayor que ésta. Otras complicaciones mucho menos frecuentes son la hemorragia digestiva, pseudomixoma apendicular, fibrosis periapendicular o la fistulización.

El diagnóstico definitivo será en el estudio de la pieza quirúrgica tras una apendicectomía, por lo que en su mayoría se trata de un hallazgo casual, pudiendo existir o no diverticulitis con o sin apendicitis asociada.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 44 años, fumadora y con antecedente de 4 gestaciones que acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha (FID) de 24 horas de evolución que asociaba episodios diarreicos sin productos patológicos con nauseas sin vómitos. En la exploración física presentaba dolor en FID con signo de Blumberg, Rovsing y Psoas positivos. En la analítica destacaban 17700 leucocitos y PCR de 24. La ecografía abdominal mostró hallazgos indicativos de apendicitis aguda. Se intervino a la paciente de urgencia y se le realizó



Figura 1

Diverticulitis aguda apendicular.

una apendicectomía laparoscópica, que observó apendicitis aguda con punta gangrenosa y líquido serohemático en fondo de saco de Douglas y FID. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y se le dio de alta a las 72h de la intervención. El estudio anatomopatológico mostró la presencia de un divertículo con diverticulitis aguda abscesificada y periapendicitis.

Discusión: Pese a que la diverticulosis apendicular es una entidad infrecuente, si se diagnostica, tanto en los casos sintomáticos como en los asintomáticos, el tratamiento de elección será la apendicectomía dado el aumento del riesgo de complicaciones asociadas. Recientes investigaciones han relacionado esta enfermedad con un aumento de neoplasias apendiculares (principalmente mucinosas).

210209. HERNIA DE SPIEGEL COMPLICADA CON APENDICITIS AGUDA.

P de la Herranz Guerrero, J García Moreno, A Gila Bohórquez, JL Guerrero Ramírez, J Gómez Menchero

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

Introducción: Las hernias de Spiegel suponen menos del 5% de todas las hernias. Presentan un defecto herniario en la línea semilunar, entre el músculo recto y la musculatura lateral del abdomen. Normalmente el contenido suele ser de Spiegel o intestino delgado y su diagnóstico suele ser un reto, precisando una prueba de imagen para objetivarlas de forma certera. Presentamos el caso de una paciente con hernia de Spiegel derecha en cuyo contenido presenta una apendicitis aguda.

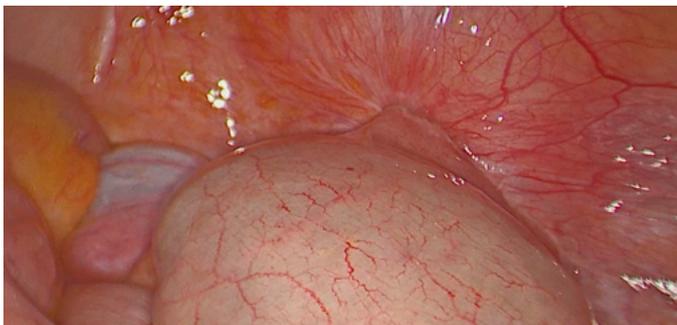


Figura 1



Figura 2

Caso clínico: Paciente de 75 años con antecedentes personales de dislipemia que acude a Urgencias por tumoración y dolor en flanco abdominal derecho de una semana de evolución. A su llegada se presenta hemodinámicamente estable, afebril con aceptable estado general. Tras realizar pruebas complementarias, se objetiva hernia Spiegel derecha de 7x2 cm con contenido cecal engrosado en su interior, así como cambios inflamatorios circundantes, que engloban el apéndice con apendicolito. Se decide laparoscopia urgente, realizándose reducción del contenido encarcerado hacia cavidad y apendicectomía con endograpadora. Se procede a lavado profuso del saco herniario por presentar moderado líquido purulento. Se cierra el defecto con sutura barbada y, dada la contaminación de la zona, no se coloca prótesis. Tras 72h postoperatorias sin presentar incidencias, es dada de alta.

Discusión: La presencia de apendicitis aguda a través de orificios herniarios es realmente infrecuente. Dentro de esta rareza, la hernia de Amyand o apendicitis a través del orificio inguinal profundo es la más descrita en la literatura. Sin embargo, tan sólo existen ocho casos publicados en los que se presente un proceso inflamatorio apendicular a través de una hernia de Spiegel. Estas hernias suelen ser más frecuentes en pacientes obesos, por lo que la realización de una TAC ayuda en el diagnóstico, sobre todo en casos de urgencia. El tratamiento vía laparoscópica es seguro y la colocación de malla obligatoria, salvo en casos como el descrito, en los que la contaminación local pudiera predisponer a infecciones futuras.



Figura 3

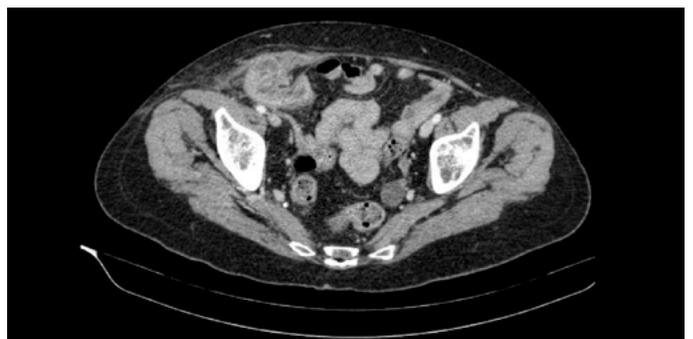


Figura 4

210212. COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA TRAS ANGIOGRAFÍA RENAL.

J Gómez Sánchez¹, J Ramos Sanfiel¹, E Hernández García², T Gallart Aragón¹

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

²Servicio Nefrología. Hospital San Cecilio, Granada.

Introducción: La colecistitis aguda alitiásica constituye entre el 5 y 12% de todas las colecistitis en adultos. La embolización por cristales de colesterol se asocia a la realización de procedimientos endovasculares siendo extremadamente raro que se desarrolle una colecistitis alitiásica secundaria a una angiografía renal, tal y como describimos.

Caso clínico: Paciente de 74 años con antecedentes personales de enfermedad renal crónica secundaria a una glomerulonefritis IgA con estenosis bilateral de las arterias renales, identificada mediante angioresonancia, que condicionaba una hipertensión secundaria de difícil control. Por este motivo, ingresó de forma programada para angiografía renal y realización de angioplastia y/o colocación de stent si fuese preciso.

Se efectuó la angiografía mediante acceso femoral derecho y no se realizó angioplastia ni despliegue de stent debido a una reducción del calibre arterial renal menor de lo estimado. A las pocas horas del procedimiento, el paciente comenzó con dolor epigástrico intenso, que se generalizaba a todo el abdomen con irritación peritoneal y que no cedía con analgesia convencional.

Se efectuó angioTAC que descartó disección aórtica, sin otros hallazgos. Ante la persistencia del dolor se realizó ecografía abdominal, que informó de una vesícula biliar distendida, con aumento del grosor parietal e hiperemia parietal, sin evidencia de litiasis en su interior, diagnosticándose de colecistitis aguda alitiásica. Se decidió cirugía urgente efectuándose una colecistectomía laparoscópica, en la que se observó una colecistitis aguda gangrenosa, con apertura de la misma destacando bilis densa, pero ausencia de litiasis. El paciente no presentó complicaciones en el postoperatorio inmediato. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de colecistitis aguda gangrenosa alitiásica secundaria a la presencia de émbolos de colesterol.

Discusión: La oclusión de las arteriolas por cristales de colesterol produce una isquemia tisular con una variabilidad clínica en función de la fuente embólica y el grado de oclusión de los vasos siendo las zonas más afectadas riñones, piel y aparato digestivo.

La isquemia producida en las paredes vesiculares, así como la alteración biliar, acaban desembocando en una colecistitis cuyo tratamiento puede ser tanto la antibioterapia o como la cirugía quirúrgica, planteada en nuestro caso dada la rápida evolución y empeoramiento clínico y analítico del paciente.

Lo infrecuente de la colecistitis alitiásica por émbolos de colesterol hace relevante su conocimiento como complicación tras la realización de procedimientos endovasculares, a fin de permitir su diagnóstico y tratamiento de la forma más precoz posible.

210213. ENFISEMA FACIAL TRAS ESOFAGUECTOMIA POR ADENOCARCINOMA.

J Gómez Sánchez, FJ Jurado Prieto, D Rodríguez Morillas, M López-Cantarero Ballesteros, B Mirón Pozo.

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

Introducción: El enfiseма subcutáneo facial es una complicación infrecuente en las esofagectomías, relacionada con la anastomosis cervical y que suele presentar una resolución espontánea, aunque en ocasiones puede comprometer la integridad del paciente. Presentamos un caso de enfiseма subcutáneo facial tras una esofagectomía transhiatal con anastomosis cervical, tratado de manera conservadora.

Caso clínico: Varón de 71 años estudiado por clínica de disfagia a sólidos y líquidos. Se realiza Endoscopia digestiva alta, hallando masa mamelonada a 29 cm de la arcada dentaria, cuya biopsia informa de Adenocarcinoma. Se completa estudio con PET-TAC que muestra lesión hipermetabólica en tercio medio esofágico hasta unión gastroesofágica con adenopatía en curvatura menor gástrica.

Se inicia tratamiento quimioterápico neoadyuvante, y al tercer ciclo impresiona de respuesta metabólica completa, por lo que se decide Cirugía de rescate. Se realiza Esophagectomía transhiatal según McKeown, con plastia gástrica de Akiyama, con anastomosis esófago-gástrica termino-terminal manual en dos planos, a través de cervicotomía lateral izquierda.

Al tercer día postoperatorio, presenta aumento del tamaño de la hemicara izquierda y cuello, con crepitación a la palpación, compatible con enfiseма subcutáneo. La herida cervical no presenta drenaje purulento ni saliva que sugiera fistula. Se inicia antibioterapia profiláctica y al quinto día, el enfiseма se encuentra prácticamente en resolución.

Discusión: La esophagectomía sigue siendo el tratamiento curativo en los tumores esofágicos. Una de las complicaciones más frecuentes es la fistula anastomótica cervical, en torno al 20-30% de los casos, con una mortalidad del 5%. A veces, se puede producir un enfiseма facial, secundario a una pequeña fistula esofágica, con salida de contenido aéreo y tras la manipulación de la región cervical. El tratamiento es conservador, descartando una dehiscencia y fistula de la anastomosis cervical, previniendo la sobreinfección de tejidos de partes blandas mediante antibioterapia, y observando la evolución, ya que puede evolucionar hacia un enfiseма mediastínico potencialmente letal.

210214. SCHWANNOMA GÁSTRICO.

ML Ruiz Juliá, V Ruiz Luque, J Díaz Roldán, P Martínez García

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla

Introducción: Los schwannomas del tracto gastrointestinal son tumores mesenquimales poco frecuentes (2-8%), originados en la pared muscular a partir de las vainas periféricas de los nervios de los plexos

de Meissner y Auerbach. Su diagnóstico diferencial con otros tumores estromales es difícil y se basa en el estudio inmunohistoquímico. Presentamos el caso de un schwannoma gástrico con diagnóstico preoperatorio sospechoso de tumor del estroma gastrointestinal (GIST), resuelto mediante resección laparoscópica.

Caso clínico: Paciente mujer de 57 años con obesidad mórbida, en seguimiento radiológico por nódulo pulmonar solitario con hallazgo incidental de tumoración gástrica. Refería molestias abdominales ocasionales, con sensación de plenitud y saciedad precoz. Tanto en el TC de abdomen con contraste intravenoso (Figura 1A y 1B) como en la ecoendoscopia oral, se describía una lesión submucosa de unos 54x30mm de crecimiento extraluminal, dependiente de la curvatura menor gástrica sugestiva de GIST. La PAAF endoscópica de la lesión no fue concluyente para la técnica CD117 (C-KIT).

Se realizó resección quirúrgica de la lesión mediante gastrectomía atípica laparoscópica. El examen anatomopatológico objetivó una tumoración fusocelular con estroma fibroso, sin signos de atipia y un índice mitótico <5mitosis/50CGA. En el estudio inmunohistoquímico, las células neoplásicas resultaron positivas para S100 y bcl-2, focalmente positivas para PGFA, y negativas para CD117, DOG-1, desmina y CD34. La expresión de Ki-67 fue del 5-10%. Estos hallazgos fueron compatibles con schwannoma gástrico.

Discusión: Los schwannomas gástricos representan el 0,2% del total de tumores gástricos. El estómago es la localización más común de los schwannomas gastrointestinales, principalmente en el cuerpo gástrico. Son más frecuentes en mujeres (4:1) de 40-60 años, generalmente asintomáticos.

Suelen asentar en la submucosa y muscular propia gástrica, debiendo realizarse su diagnóstico diferencial con otros tumores del estroma, principalmente con los tumores de GIST. Rara vez se observan manifestaciones clínicas o hallazgos radiológicos específicos de los schwannomas gástricos y, al ser lesiones submucosas, las biopsias

endoscópicas suelen no ser diagnósticas. Por tanto, la resección quirúrgica se recomienda como tratamiento de elección.

La única forma de confirmar el diagnóstico de schwannoma gástrico es mediante el examen inmunohistoquímico, siendo positivos para la proteína S100 y la vimentina, pero negativos para CD34 y CD117, lo que contrasta fuertemente con los GIST.

Como conclusión, aunque los schwannomas gástricos suelen ser benignos y de buen pronóstico, es difícil distinguirlos de otros tumores malignos del estroma, por lo que el diagnóstico preoperatorio es difícil y se requiere un examen patológico postoperatorio para lograr un diagnóstico definitivo.



Figura 1B

TC abdomen con contraste intravenoso: Corte axial (A) y coronal (B) de lesión submucosa dependiente de la curvatura menor gástrica.

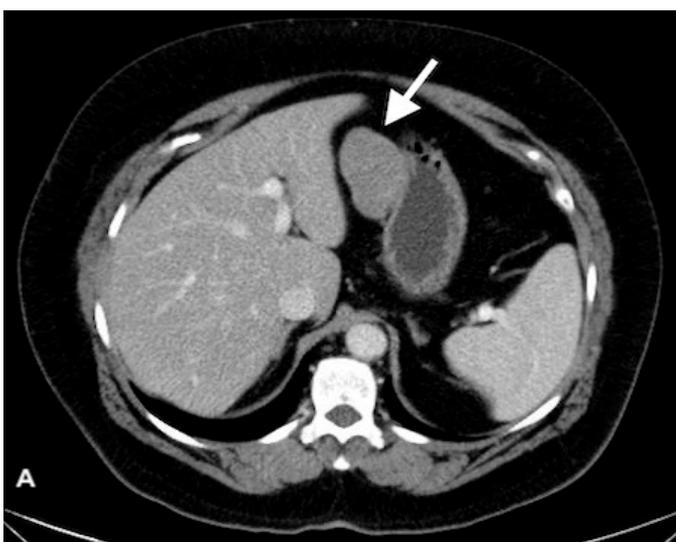


Figura 1A

TC abdomen con contraste intravenoso: Corte axial (A) y coronal (B) de lesión submucosa dependiente de la curvatura menor gástrica.

210215. SEPSIS SECUNDARIA A ABSCESO DE PARED ABDOMINAL POR LITIASIS RESIDUALES TRAS COLECISTECTOMÍA.

MC Ferrer Castro, M Domínguez Bastante, E Fernández Segovia

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

Introducción: El vertido a cavidad abdominal de bilis o litiasis durante la colecistectomía es un hecho frecuente, produciéndose hasta en un 2.8 – 40% de los casos de cirugía laparoscópica. Es difícil calcular la verdadera incidencia de litiasis no recuperadas, pero se estima entre el 1 – 40% según las diferentes series, produciendo este proceso complicaciones como absceso o fístula entre un 0.08% y 19%.

Caso clínico: Paciente de 88 años con antecedente de colecistectomía laparoscópica hace tres años. Acude a urgencias por tumoración dolorosa en flanco derecho de unas tres semanas de

evolución, sin fiebre ni eritema asociado. Presenta al ingreso cuadro de sepsis (SOFA 3 puntos), con insuficiencia renal, tendencia a la hipotensión y coagulopatía. Se realiza ecografía y TAC que describen colección sugerente de hematoma sobre infectado de 12 x 12 x 11.5 cm (Figura 1).

Se decide intervención urgente, realizándose laparotomía transversa sobre la tumoración con salida de unos 700 cc de material purulento localizado en espacio preperitoneal y en el espesor de musculatura de oblicuo mayor, oblicuo menor y transverso (Figura 2), hallándose íntegro el peritoneo. Se extraen varias litiasis residuales junto con el líquido purulento. Se realizan dos contraincisiones para colocación de drenajes planos no aspirativos.

Se realiza nueva cura en quirófano a las 24 horas, no apreciándose material necrótico ni nuevas colecciones. Evolución posterior tórpida con empeoramiento progresivo del paciente a pesar de medidas de soporte y curas diarias. Se realizó nuevo TAC que descartó la existencia de colecciones residuales o afectación intraabdominal (Figura 3). Exitus en el 8º día postoperatorio por cuadro de shock séptico con fallo multiorgánico refractario a tratamiento.

Discusión: En caso de salida accidental de litiasis durante la colecistectomía, éstas deben ser recuperadas para evitar complicaciones postoperatorias tardías, como la formación de abscesos o fístulas. En caso de que durante la colecistectomía no se puedan recuperar todas las litiasis vertidas a cavidad, no se

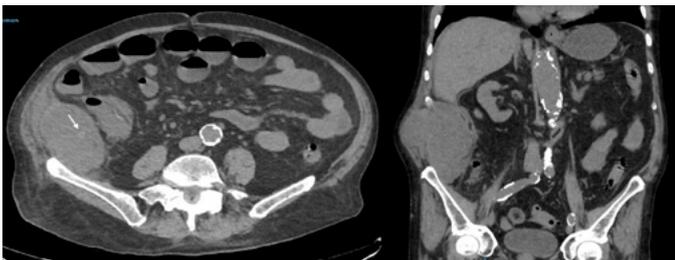


Figura 1
TAC previo a cirugía. Corte axial (izquierda) y coronal (derecha) mostrando colección preperitoneal en flanco derecho. La flecha señala una litiasis.

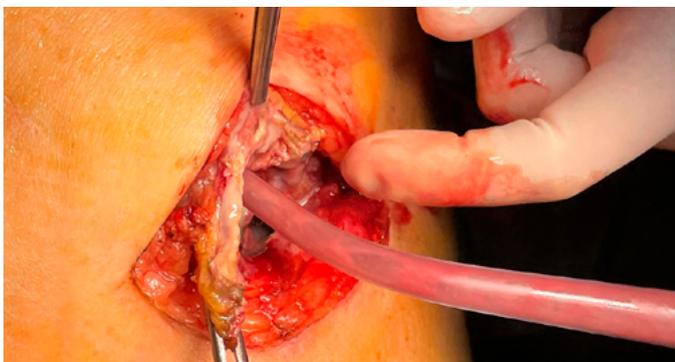


Figura 2
Incisión sobre tumoración en flanco derecho. Aspiración de material purulento.

recomienda de forma sistemática conversión a cirugía abierta, sino lavado abundante con suero salino y antibioterapia. Se considerará laparotomía en caso de no poder recuperar abundantes litiasis o si éstas son de gran tamaño. Anotar esta complicación en la hoja operatoria es necesario para facilitar el diagnóstico en caso de complicaciones tardías.

La presencia de fiebre, dolor abdominal persistente y tumefacción en hipocondrio o flanco derecho en pacientes colecistectomizados deben sugerir el diagnóstico de abscesos secundarios a litiasis residuales. Es difícil sospechar de inicio este cuadro dado el largo periodo trascurrido habitualmente entre la cirugía y la aparición de complicaciones.



Figura 3
Corte coronal de TAC realizado en el tercer día postoperatorio. La flecha marca drenaje tipo Penrose comunicando incisión y contraincisión.

210217. ABSCESO HEPÁTICO: EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES.

C Mestre Ponce, JL Arroyo Vélez, MC de la Vega Olías, AE Calvo Durán, M Barrionuevo Gálvez, A Hendelmeier, FJ Campos Martínez, V Vega Ruiz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real

Introducción: Absceso hepático, lesión infrecuente (8-15/100.000) que afecta más a varones diabéticos de 50-65 años. Asocia una elevada morbimortalidad sin tratamiento adecuado. Se distinguen piógenos (los más frecuentes en nuestra área), fúngicos, amebianos y mixtos.

Clínica de fiebre o escalofríos y molestias en HCD. Se diagnostica mediante ECO/TAC, precisando cultivo (serología si es amebiano). El tratamiento de elección es antimicrobiano y drenaje (el amebiano no suele requerirlo).

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional descriptivo desde Diciembre 2015 a Diciembre 2020 en un Hospital General de Especialidades, incluyendo todos los pacientes con diagnóstico de absceso hepático en cualquier servicio.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes, 13 ingresados en Cirugía y 24 en servicios médicos (11 Medicina Interna, 7 Digestivo, 4 Infecciosas, 1 Paliativos, 1 UCI). 24 varones y 13 mujeres; con promedio de edad de 69 años (44 a 90). 18,9% asociaron colecistitis, 5,4% colecistitis y pancreatitis, 2,7% colecistitis y apendicitis, 2,7% pancreatitis necrotizante, 5,4% fueron postcolecistectomía, 10,8% postcolecistostomía, 8,1% en pacientes con AP de hepatectomía, 10,8% en pacientes con AP de prótesis biliar (3 por neoplasia, 1 por colédocolitiasis), 2,7% postermoablación, 2,7% postquimioembolización. En los 11 casos restantes (29,7%) el diagnóstico fue solo absceso hepático. El 94,6% recibieron tratamiento médico: 32,4% antibioterapia IV en monoterapia, 13,5% antibioterapia IV y PAAF, 48,6% antibioterapia IV y colocación percutánea de catéter de drenaje. Solo en 1 caso (2,7%) fue quirúrgico. En 1 caso (2,7%) se desestimó la necesidad de tratamiento. Como complicaciones: 3 éxitus (8,1%) por shock séptico y FMO. El promedio de días de ingreso fue 14.46. Etiología: K. Pneumoniae (10,8%), E. Coli (8,1%), S. Aureus (5,4%), etiología mixta (5,4%), otros (18,9%), no filiada (51,4%). La tasa de reingresos fue del 16,2%.

Conclusiones: Es una patología rara, más frecuente en varones (64,9%) de mediana edad. Se ha obtenido una alta tasa de abscesos criptogénicos (29,7%), seguidos por colecistitis, colecistostomías y prótesis biliares; en último lugar, quimioembolización y termoablación. Esta cifra de abscesos criptogénicos puede deberse a la falta de datos en las historias clínicas. Objetivamos abscesos piógenos y mixtos (en 2 casos).

Un paciente requirió intervención quirúrgica (colecistectomía laparoscópica, drenaje y lavado); mientras que en otro se limitó el esfuerzo terapéutico. El resto recibieron tratamiento médico (antibioterapia IV más/menos drenaje percutáneo), resultados similares a otras series. Los datos reportados sobre mortalidad varían entre 10-40%, siendo en nuestro hospital 8,1%.

El absceso hepático es motivo recurrente de interconsulta a Cirugía, por lo que debemos conocer su manejo.

210219. NEOPLASIAS NEUROENDOCRINAS EN UN HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES. ESTUDIO RETROSPECTIVO.

C Mestre Ponce, M Domínguez Segovia, JL Arroyo Vélez, AE Calvo Durán, M Barrionuevo Gálvez, A Hendelmeier, FJ Martínez Campos, V Vega Ruiz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: Las neoplasias neuroendocrinas (NENs) son poco frecuentes (10/100000). Afectan más a páncreas y tracto digestivo. La mayoría, esporádicas e idiopáticas; también existen síndromes familiares. Su clasificación más actual (WHO 2019) incorpora histología, mitosis y Ki-67 para establecer terminología y grado. La clínica depende de su localización y función secretora. Para diagnosticarlas se emplea medición de Cromogranina A y 5-HIAA, Octreoscan/PET-TAC y anatomía patológica. El tratamiento depende del estadiaje. La localización, clasificación según WHO y diseminación de la enfermedad al diagnóstico determinan el pronóstico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional descriptivo de Enero 2016 - Enero 2021 en un Hospital General de Especialidades, incluyendo todos los pacientes diagnosticados de neoplasia neuroendocrina de localización intraabdominal tratados en ese centro.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes, 46.37% varones y 52.63% mujeres, con promedio de edad de 65.95 años. Localización: 26.32% páncreas, 21.05% colon, 15.79% íleon, 10.53% apéndice cecal, 26.3% otras (estómago, duodeno, triángulo gastrinoma, recto, retroperitoneo). 78.95% bien diferenciadas, 15.79% con pobre diferenciación histológica. 47.37% NET G1, 26.32% NET G2, 21.05% NEC y 5.26% NET G3. Estadiaje TNM: 36.84% IV, 31.58% II, 21.05% III, 5.26% I y 5.26% IIIB. El 42.11% fueron resecaadas, 36.83% quirúrgicamente (10.53% pancreatectomía corporocaudal con preservación esplénica, 5.26% exéresis laparoscópica, 5.26% gastrectomía subtotal + Y Roux, 5.26% resección segmentaria ileal, 5.26% resección ileocecal, 5.26% RAB + apendicectomía), 5.26% endoscópicamente (mucosectomía); con 14.29% de recidiva local/regional. El 57.89% recibieron solo tratamiento médico: 36.84% Lanreótido, 5.26% RT + Lanreótido, 10.53% Platino + Etopósido, 5.26% Platino. La supervivencia promedio general es 20.25 meses: 23.90 en NENs bien diferenciadas (28.80 en resecaadas vs 18.31 en no resecaadas) y 10.10 en pobremente diferenciadas; 53.47 meses en estadio I, 27.58 en II, 25.38 en III, 18.63 en IIIB y 6.52 en IV.

Conclusiones: Las NENs son infrecuentes, siendo el páncreas el órgano más afectado. El mayor porcentaje correspondió a NENs bien diferenciadas. Se registraron en su mayoría NET G1, seguidas de NET G2. En nuestro estudio, NEC fueron más frecuentes que NET G3. Destacó el estadio IV, seguidos de II y III. La mayoría de los pacientes recibieron solo tratamiento médico con Lanreótico o Platino +/- Etopósido, mientras que 6 se sometieron a tratamiento quirúrgico y 1 a mucosectomía endoscópica. El promedio de supervivencia general fue de 20.25 meses (superior en NENs bien diferenciadas resecaadas).

De los pacientes intervenidos, la supervivencia es muy alta con baja tasa de recidivas.

210220. PREVENCIÓN DE LA FUGA ANASTOMOTICA EN CIRUGÍA COLORECTAL CON VERDE INDOCIANINA, RESULTADOS PRELIMINARES.

JL Arroyo Vélez, A Hendelmeier, J Falckenheiner Soria, MC de la Vega Olías, C Mestre Ponce, M Barrionuevo Gálvez, FJ Campos Martínez, V Vega Ruiz

Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: Las cirugías colorrectales representan una parte sustancial del total de procedimientos realizados por el cirujano general. La restitución del tránsito intestinal en el mismo acto quirúrgico evita la carga vital y económica que representaría para el paciente los cuidados diarios de una estoma. Diferentes factores se ven implicados en una dehiscencia anastomótica, entre estos la falta de vascularización de ambos muñones tras la ligadura de sus vasos. La verde indocianina es un tinte no tóxico de uso intravenoso, que se limita al espacio vascular, usado para la comprobación de la perfusión de los tejidos, entre ellos los muñones intestinales de las cirugías colorrectales durante el propio acto quirúrgico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo desde diciembre de 2019 hasta junio de 2020 en un Hospital General de Especialidades, que incluye pacientes sometidos a algún procedimiento resectivo colorectal laparoscópico, con anastomosis primaria y utilizando verde indocianina para verificar la perfusión de ambos muñones a anastomosar.

Resultados: Se incluyeron un total de 27 pacientes, 17 hombres (63%) y 10 mujeres (37%) con una media de edad de 64.26 años. 1 caso (3.8%) fue de cirugía secundaria a patología benigna, 3 casos (11.11%) de sospecha de patología neoplásica y el resto con patología neoplásica confirmada (85.18%). 7 casos (25.9%) fueron hemicolectomías derechas, 3 (11.11%) hemicolectomías izquierdas, 10 (37.4%) sigmoidectomías, 6 (22.22%) resecciones anteriores bajas y 1 (3.8%) exenteración pélvica. Solo 2 casos (7.41%) presentaron dehiscencias de la anastomosis y 1 caso (3.8%) desarrolló una colección intrabdominal en ambiente anastomótico. 1 de estos casos (3.8%) presentó inestabilidad hemodinámica intraoperatoria.

Conclusiones: Dada la cantidad de cirugías de colorectales en las que se realiza anastomosis y el número cada vez más grande de procedimientos llevados a cabo de forma mínimamente invasiva, el uso del verde indocianina para verificar la correcta perfusión de los muñones intestinal se plantea como una alternativa simple y al alcance de la mayoría de los centros hospitalarios, con vistas a la disminución del riesgo de dehiscencia anastomótica y las complicaciones que esto conlleva. Sin embargo aún se requieren más estudios para comprobar su efectividad.

210221. ABCESO LUMBAR BILATERAL COMO PRESENTACIÓN INFRECIENTE DE TUMOR NEUROENDOCRINO GASTROINTESTINAL.

Y Mokachir Mohsenin, F Lucena Navarro, P Maldonado Valdivieso, Á de Laguno de Luna, L Arrebola Luque, I Pérez Mesa, N Gándara Adán

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospital Costa del Sol, Marbella.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos gastrointestinales (TNEG), también llamados tumores carcinoides son aquellos derivados de las células neuroendocrinas. Pueden formarse en todo el sistema gastrointestinal, siendo el íleon el lugar más frecuente (41.8%). A continuación, presentamos el caso de una mujer con diagnóstico de absceso lumbar bilateral como probable presentación infrecuente de tumor carcinoide.

Caso clínico: Mujer de 61 años con antecedentes de síndrome ansioso-depresivo y crisis tónico-clónicas. Acude a Urgencias refiriendo cuadro de dolor en ambas regiones lumbares, poli-artralgias, febrícula y mal estado general de 1 semana de evolución sin ningún antecedente traumático. A la exploración física destaca en ambas regiones lumbares bajas dos tumoraciones simétricas, fluctuantes y poco delimitadas de unos 8cm cada una. En la analítica presentaba 35000 leucocitos con 90% de neutrófilos y PCR normal. En estudios de imagen se apreciaba a nivel de región lumbar en tejido celular subcutáneo una colección de 7x5cm izquierda y 9x3cm derecha con gas intra-colección. Se solicitó RMN de columna lumbosacra para valorar contacto con plano óseo que lo descartó.

Tras drenaje quirúrgico se asila en cultivo *Enterococcus faecium*, presentando el resto de estudio infeccioso negativo y marcadores tumorales normales. En la TAC se observó dudosa captación pseudonodular de contraste en íleon terminal/válvula ileocecal de 3cm no caracterizable, completándose con colonoscopia visualizando lesión estenosante en válvula ileocecal compatible por biopsia con tumor neuroendocrino bien diferenciado grado G1 (índice proliferativo Ki67 1,5%) que infiltraba la muscular de la mucosa con presencia de invasión linfovascular.

Discutido en comité multidisciplinar, se ha solicitado Octreoscan, Cromogranina-A y 5-HIAA, pendiente de resultados.

Discusión: Discusión: Los TNEG representan el 2% de las neoplasias gastrointestinales. La mayoría se diagnostican de forma casual y en estadios avanzados. El síndrome carcinoide es un conjunto de síntomas producidos por el efecto de factores humorales de algunos tumores neuroendocrinos bien diferenciados, siendo las manifestaciones clínicas más relevantes el flushing en tronco superior (85%), diarrea acuosa (80%) y broncoespasmo (20%). Por tanto, habiendo descartado otro origen y según los resultados del cultivo, podemos atribuir la aparición de abscesos lumbares bilaterales como debut clínico inusual de los TNEG. No se encontraron descritos casos similares en la bibliografía.

Dentro del tratamiento el único curativo es la cirugía y difiere según la localización, tamaño y subtipo del tumor. En nuestro caso al ser un tumor de intestino delgado tienen un alto potencial maligno, por lo que independientemente de su tamaño se debe realizar resección quirúrgica y extirpación de ganglios linfáticos adyacentes.

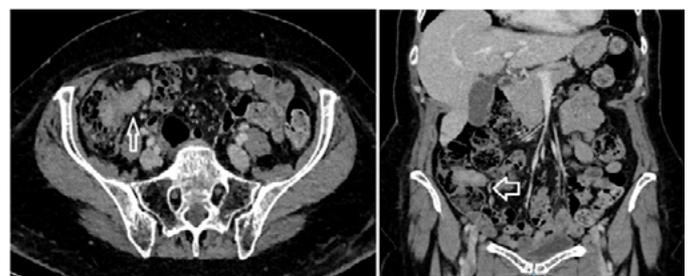


Figura 1

Lesión en íleon terminal con dudosa captación pseudonodular de contraste a dicho nivel.

210223. COLECISTITIS AGUDA Y EL EFECTO NEGATIVO DE LA PANDEMIA COVID-19.

E Muñoz Caracuel, S Martín Arroyo, S Mac Mathuna, E Gutiérrez Cafranga, F García Molina .

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

Introducción: En febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud designó la enfermedad COVID-19, como una pandemia. Aunque la mayoría de los pacientes sintomáticos con COVID-19 presentan fiebre, tos, dificultad para respirar y/o pérdida de la sensación del gusto y el olfato, hasta un tercio de los pacientes presentan molestias gastrointestinales, entre las cuales se encuentran náuseas, vómitos y dolor abdominal.

La colecistitis aguda se ha descrito en muchos pacientes COVID-19, en especial los más críticos, en su mayoría alitiásica y de etiología incierta.

El tratamiento inicial de la colecistitis aguda en estos casos debe ser con antibióticos y colecistostomía percutánea en lugar de cirugía, reservando la colecistectomía en el caso de no responder a drenaje percutáneo.

Caso clínico: Paciente de 72 años con antecedentes de DM tipo 2 que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso, náuseas, fiebre y diarrea de 5 días de evolución. En radiografía PA de tórax se observa condensación en región basal derecha, con elevación de hemidiafragma derecho y discreto pinzamiento/derrame del seno costofrénico.

Se cataloga como sospecha de COVID 19 y a pesar de PCR para ARN de covid negativa ingresa en servicio de infecciones ante la sospecha de neumonía basal derecha.

Durante su primer día de ingreso en planta de infecciones se plantea el diagnóstico diferencial de colecistitis y derrame pleural Vs neumonía COVID-19 por lo cual se realiza TAC toracoabdominal que es diagnóstica para colecistitis enfisematosa con perforación de la misma, absceso perihepático y neumoperitoneo, indicándose en ese momento intervención quirúrgica urgente para colecistectomía y lavado de cavidad abdominal que se realiza mediante cirugía abierta.

El paciente desarrolla colección intraabdominal postoperatoria que inicialmente es tratada mediante drenaje percutáneo pero que finalmente por mala evolución requiere de reintervención para drenaje el 13 día postoperatorio. Tras la reintervención el paciente presentó una evolución favorable.

Discusión: La situación de pandemia, la clínica inespecífica y de tipo gastrointestinal ha abocado en determinados casos a un diagnóstico de sospecha erróneo (como infección por COVID-19) y consecuencia de ello ha provocado un retraso en el tratamiento de determinadas patologías quirúrgicas aumentando la morbimortalidad del proceso.

210224. COMPLICACIONES CON NECESIDAD DE CIRUGÍA URGENTE DEL PÓLIPO FIBROIDE INFLAMATORIO.

E Muñoz Caracuel, S Martín Arroyo, S Mac Mathuna, J Gavilán Parra, E Gutiérrez Cafranga, F García Molina.

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

Introducción: El pólipo fibroide inflamatorio (PFI), descrito inicialmente por Vanek en 1949, es una lesión poco frecuente, generalmente única y de aspecto polipoide que se origina en la submucosa intestinal. Es una lesión constituida por una proliferación de células fusiformes y fibras conjuntivas alrededor de los capilares y un infiltrado inflamatorio variable con predominio de eosinófilos.

Se presentan principalmente entre la quinta y séptima década de vida y se pueden encontrar a lo largo del tracto gastrointestinal, pero de forma más común se encuentran en el antro (70%) o en el íleon (20%).

Suele ser asintomático y cuando se manifiesta clínicamente es tras su ulceración (hemorragia digestiva aguda o anemia ferropénica) o por la obstrucción del tránsito gastrointestinal (frecuentemente por invaginación intestinal) y raras veces con síntomas de afectación sistémica.

El diagnóstico prequirúrgico es difícil, siendo su diagnóstico diferencial principalmente con los tumores estromales digestivos. El tratamiento de elección es la resección.

Caso clínico: Paciente mujer de 67 años que refiere cuadro de dolor abdominal, náuseas y vómitos de meses de evolución con pérdida de peso por mala tolerancia alimentaria, astenia, heces melénicas y disnea de pequeños esfuerzos. En la exploración clínica no se hallaron signos relevantes.

En el estudio se realizan gastroscopia, colonoscopia, ecografía abdominal, que no presentaron alteraciones y TAC abdominal donde se visualiza imagen de invaginación intestinal a nivel de yeyuno por una lesión tumoral de origen incierto.

En la analítica se evidenció una anemia con una hemoglobina de 5.5 mg/dl que precisó politransfusión.

Tras dicho hallazgo se propone intervención quirúrgica para resección segmentaria intestinal, ante la posibilidad en primer lugar de tumor mesenquimal.

La cirugía, resección segmentaria y anastomosis yeyuno-yeyunal, transcurre sin incidencias y el postoperatorio es favorable.

El estudio histológico fue diagnóstico de pólipo fibroide inflamatorio de 4 centímetros.

Discusión: En los PFI de localización intestinal el diagnóstico solo es posible establecerlo tras la resección quirúrgica.

210225. TIROIDECTOMÍA TOTAL Y PARALISIS RECURRENCIAL TARDÍA.

E Muñoz Caracuel, S Mac Mathuna, J Gavilán Parra, D Raposo Puglia, E Gutiérrez Cafranga, F García Molina.

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

Introducción: El cáncer de tiroides es poco frecuente, siendo aproximadamente el 1% de todos los tumores. El más frecuente es el cáncer papilar, tumor folicular diferenciado de tiroides.

La parálisis recurrencial suele darse en torno al 1-3% de todas las tiroidectomías y puede ser transitoria o definitiva. Clínicamente se manifiesta de diferentes formas que van desde la disfonía menor o grave con ronquera hasta afonía total, estridor y asfixia. Su recuperación en caso de ser transitoria, puede durar hasta 1 año, aunque la mayoría ocurren entre el primer y segundo mes.

Caso clínico: Paciente de 36 años que nota tumoración laterocervical que obliga a estudio mediante ecografía y TAC cervical que ponen de manifiesto que la tumoración es una adenopatía de aspecto patológico junto a nódulo tiroideo sospechoso de malignidad. Se confirma mediante paaf la sospecha de cáncer papilar de tiroides con metástasis ganglionar.

Es sometido a cirugía mediante tiroidectomía y vaciamiento cervical, siendo dado de alta a los 3 días postoperatorios.

A los 27 días tras la intervención el paciente acude a urgencias por disnea progresiva con empeoramiento importante de la voz hasta disfonía grave, ingresando en ORL donde se le realiza traqueostomía urgente.

En TAC control se visualizan adenopatías residuales de aspecto sospechoso que obligan a reintervención.

Se mantiene al paciente con corticoides a altas dosis y traqueostomía en la actualidad (mes y medio desde la primera intervención).

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 el postoperatorio inmediato y su manejo conservador suele ser suficiente.

210226. EL CASO POCO FRECUENTE DEL QUISTE SIMPLE PANCREÁTICO CALCIFICADO.

E Muñoz Caracuel, S Mac Mathuna, D Raposo Puglia, E Gutiérrez Cafranga, F García Molina.

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

Introducción: Las lesiones quísticas pancreáticas son un hallazgo frecuente, correspondiendo en la mayoría de las ocasiones a pseudoquistes postpancreatitis o a tumores quísticos mucinosos.

Los quistes pancreáticos verdaderos, son un grupo heterogéneo de tumores (benignos y malignos) con una muy baja incidencia, siendo infrecuente encontrar un quiste solitario verdadero calcificado. Existen un número limitado de casos en la literatura al respecto.

Las pruebas de imagen desempeñan un papel importante en el diagnóstico, siendo la Tomografía axial computerizada (TAC), la resonancia magnética (RMN) y la ecoendoscopia con punción las principales pruebas para un correcto diagnóstico. La mayoría son asintomáticos y suelen ser un hallazgo casual.

La etiología del quiste pancreático verdadero y su historia natural es desconocida y por ello su tratamiento no está estandarizado. En la mayoría de las ocasiones se desconoce previo a la cirugía el origen de la lesión quística y el tratamiento o conducta expectante dependen de su tamaño, características y si produce síntomas.

Caso clínico: Paciente de 42 años sin antecedentes de interés en la que se observa de manera incidental en radiografía de abdomen (en estudio por lumbalgia) imagen con pared calcificada en epigastrio.

Se amplió estudio complementario con ecografía abdominal que observa lesión esférica de unos 5 cm de diámetro con contenido heteroecoico y borde bien delimitado anterior a pared gástrica. Se completó estudio con TAC donde se describe lesión quística con pared calcificada de 54x57x63mm.

Tras presentar el caso en comité multidisciplinar y debido a la edad de la paciente, tamaño de la tumoración y localización se decide proponer intervención quirúrgica: laparoscopia exploradora y tratamiento según hallazgos intraoperatorios.

Durante la misma se observa tumoración calcificada de unos 5 cm dependiente del borde inferior del páncreas, a nivel de cuerpo. Se procedió a resección del mismo por vía laparoscópica.

La paciente presentó un postoperatorio favorable, aunque presentó una fístula pancreática de bajo débito. El resultado anatomopatológico final fue de quiste simple calcificado.

Discusión: El quiste simple verdadero pancreático es una patología poco frecuente en el adulto. Preoperatoriamente el diagnóstico supone un reto tanto para el clínico como para el radiólogo y en la mayoría de las ocasiones, a pesar de ser una lesión que no produce sintomatología en el paciente, se opta por un tratamiento quirúrgico. La resección simple del mismo es normalmente el tratamiento definitivo.

210227. DRAMÁTICO CASO DE ENDOMETRIOSIS INTESTINAL.

E Muñoz Caracuel, S Martín Arroyo, S Mac Mathuna, J Gavilán Parra, D Raposo Puglia, E Gutiérrez Cafranga, F García Molina

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

Introducción: La endometriosis se define como la formación tejido endometrial en una ubicación diferente a la cavidad uterina. Se trata de una patología que afecta aproximadamente al 10% de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo.

El diagnóstico de sospecha habitualmente se establece por la clínica (dismenorrea, dispareunia e infertilidad) y una posible elevación en la concentración del CA 125, siendo su diagnóstico definitivo anatomopatológico.

La endometriosis intestinal es una patología poco común, que cursa con síntomas inespecíficos como estreñimiento, rectorragia, distensión abdominal, etc. Su sospecha diagnóstica ocurre si la mujer previamente tiene un diagnóstico de endometriosis o bien si presenta al menos uno de los síntomas clásicos (dismenorrea, dispareunia, infertilidad). El tratamiento quirúrgico es poco frecuente, aunque puede estar indicado en los raros casos en los que una mujer presenta obstrucción intestinal.

Caso clínico: Paciente mujer de 38 años que acude a urgencias hasta en 3 ocasiones consecutivas por dolor abdominal, náuseas y estreñimiento. Historia previa de estreñimiento crónico, más acentuada tras parto por lo que realizaba tratamiento crónico con movicol. Refiere pérdida de peso de unos 10 kg en último mes. En TAC realizado de urgencia se evidencia engrosamiento mural de unos 3 cm de longitud a nivel de unión rectosigmoidea con estenosis incompleta de su luz a dicho nivel y dilatación intestinal proximal con sospecha diagnóstica de lesión neoplásica.

Tras tres intentos de rectoscopia para filiación etiológica sin éxito y con cuadro de obstrucción intestinal se decide realizar colostomía en asa de colon sigmoide de urgencia como primera medida para posterior estudio para filiar etiología. En el postoperatorio se intentan de nuevo hasta 4 colonoscopias sin poder llegar a un diagnóstico por estenosis infranqueable. En comité de tumores intestinales se consensua cirugía de tipo oncológica ante la alta sospecha de neoplasia.

Se realiza de manera programada sigmoidectomía y resección anterior con transección mesorrectal superior laparotómica (con exéresis de colostomía en asa de colon sigmoide previa) y anastomosis colorrectal mecánica con CEA 29 con un postoperatorio satisfactorio. En estudio anatomopatológico de la pieza se diagnostica de endometriosis.

Discusión: La paciente no presentaba clínica ginecológica relacionada y el desarrollo del cuadro intestinal fue abrupto. La imposibilidad de realizar una colonoscopia obligó a realizar una cirugía urgente y posteriormente una de tipo oncológica. El dato que podría haber hecho sospechar esta patología fue la elevación del Ca 125, que como único hallazgo no hubiese cambiado el planteamiento terapéutico a seguir.

210228. RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTES OCTOGENARIOS. ANÁLISIS COHORTE DE UNA COHORTE.

FJ Espada Fuentes¹, CJ García Sánchez¹, EM Pueyo Pérez¹, C Cepeda Franco¹, FJ Padillo Ruiz¹, MÁ Gómez Bravo²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla. ²Sección Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La escasez de injertos y el amplio número de indicaciones del TH, conllevan a los equipos de trasplante a la búsqueda de estrategias para incrementar el número de donantes y dar respuesta a las listas de espera. Debido al aumento progresivo de la esperanza de vida, los donantes de edades avanzadas son la principal fuente de órganos. Por lo que, resulta necesario analizar su viabilidad y similitud con los donantes de edades inferiores.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo unicéntrico. Se estudiaron 60 trasplantes hepáticos, realizados en el HUVR entre abril 2002 y diciembre 2017. Se dividió la muestra en dos grupos según la edad de donante: donantes \leq 65 años (Grupo A; n=30) y donantes \geq 80 años (Grupo B; n=30). Se estudió la supervivencia con curvas Kaplan-Meier, comparando los resultados entre grupos mediante el método log-rank. Se compararon las complicaciones postrasplantes en ambos grupos, las variables cuantitativas mediante la t de Student o la U de Mann-Whitney, y las cualitativas con el test de Chi Cuadrado o el test Exacto de Fischer.

Resultados: La supervivencia del injerto a uno, 3 y 5 años fue del 83,3%, 80% y 56,1%, respectivamente, en los receptores de injertos más jóvenes frente al 80%, 75,8% y 71,1%, respectivamente, en receptores de injertos octogenarios (P = 0,773). La supervivencia global del paciente fue del 83,3% al año, 80% a los 3 años y 56,1% a los 5 años en receptores de injertos más jóvenes frente al 90%, 85,9% y 81,4%, respectivamente, en receptores de injertos octogenarios (P = 0,250). No hubo diferencias significativas en las complicaciones vasculares y biliares. La tasa de retrasplante fue superior en el grupo de donantes octogenarios (P=0,038).

Conclusiones: Las supervivencias del injerto y del paciente en los receptores de injertos \geq 80 años es equiparable a la supervivencia en los receptores de injertos más jóvenes. Los donantes de edades avanzadas no están asociados con una mayor incidencia de complicaciones postrasplante, y sólo una tasa ligeramente más alta de retrasplante. De forma que, los injertos procedentes de donantes octogenarios pueden ser utilizados óptimamente siempre y cuando se realice una cuidadosa valoración del donante, además de un correcto matching donante-receptor, especialmente para los receptores VHC-negativos.

210231. TUMOR RETRORECTAL EL GRAN DESCONOCIDO.

JL Esteban Ramos¹, R Escalera Perez², W Sánchez Bautista¹, E Gutiérrez Cafrang², FJ 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: Los tumores presacros son un grupo muy heterogéneo, con al menos 25 tipos histológicos diferentes, de naturaleza tanto sólida como quística, y más de la mitad tienen un diagnóstico maligno siendo los cordomas los más comunes. En cuanto a los benignos los quistes congénitos son los más frecuentes.

Habitualmente son asintomáticos, y si dan síntomas, éstos son muy inespecíficos. La RMN junto a la TAC pélvica son esenciales en el diagnóstico. El tratamiento quirúrgico es obligatorio.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 57 años, que consulta por episodios de incontinencia fecal de años de evolución WEXNER 18/20. Al tacto rectal, se aprecia una tumoración móvil en recto medio situada en la cara posterior. Pruebas complementarias:

- Manometría anorrectal de alta resolución: canal anal de 3 cm con tono basal normal, media 74 mmHg, y déficit en la capacidad de máxima contracción voluntaria (media 106 mmHg). Normal identificación del reflejo rectoanal inhibitorio. Sensibilidad rectal disminuida, con primer umbral en 40 cc (normal 30-40cc), y sin sensación defecatoria a pesar de llenados progresivos del balón rectal hasta los 100 cc (normal a partir de 60cc). Contracción refleja en la maniobra de Valsalva. Normal relajación en la maniobra defecatoria, no hay defecación disinérgica.

- Ecografía-endoanal: anodina.
- Rectoscopia: lesión submucosa o compresión extrínseca en recto medio.
- RMN: lesión presacra focal en reloj de arena de consistencia quística de unos 9 cm con compresión extrínseca del recto.

Tratamiento quirúrgico de la lesión fue un abordaje combinado abdomino- perineal laparoscópico con la paciente en decúbito supino. Se realizó su liberación completa del recto por vía laparoscópica hasta el suelo pélvico para posteriormente completar su exéresis completa por vía transperineal. La paciente evolucionó favorablemente siendo alta al 5º día y la AP fue de quiste epidermoide.

Discusión: Los tumores presacros, representan un grupo increíblemente raro de tumores, pero es probable que tengamos que enfrentarnos a alguno durante nuestra carrera profesional.

Las pruebas de imagen son fundamentales para realizar una correcta estrategia quirúrgica y poder así afrontar estos pacientes, utilizando dichos mapeos como hoja de ruta para una resección óptima.

La vía de abordaje para este tipo de tumores es controvertida. Las últimas revisiones muestran que para tumores cuya extensión

proximal está por debajo de S4, un abordaje sólo perineal es eficaz en el 95% para la escisión completa, pero para los que se extienden por encima de S4, la vía abdominal o el abordaje combinado abdominal-perineal puede ser la mejor opción.

210232. ¿ES LA RE-TORACOSCOPIA UNA HERRAMIENTA EN EL TRATAMIENTO DE LA LA FÍSTULA ESOFÁGICA?

R Escalera Pérez, C Medina Diaz, S Martin Arroyo, M Diaz Oteros, F García Molina

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

Introducción: La dehiscencia de anastomosis esofagogástrica es una complicación frecuente y de difícil tratamiento que presenta una alta morbimortalidad. La mayoría de las fístulas sobre todo tipo III de la clasificación de Larburu et al. requieren un drenaje de la cavidad torácica además de la colocación de la prótesis. Para ello planteamos un abordaje miniinvasivo como es la re-toracoscopia como alternativa reproducible tras haber confirmado la viabilidad de la plastia por endoscopia y colocada la prótesis.

Caso clínico: Presentamos un caso de un paciente de 57 años intervenido de esofagectomía tipo Ivor Lewis mínimamente invasivo con abordaje toracoscópico en decúbito prono por Adenocarcinoma de la UGE/cardias bien diferenciado estadio IIA (T2N1M0). Los antecedentes personales: fumador, pseudotumor cerebri con HT intracraneal y derivación lumboperitoneal.

El postoperatorio inmediato fue bueno, iniciando tolerancia oral precoz sin datos de fugas. Al 5º día postoperatorio comenzó con un deterioro brusco y disnea aguda. Se realizó TC urgente donde se objetivó fístula. Se le colocó una endoprótesis metálica mediante endoscopia oral urgente que visualizó una dehiscencia de 1/3 de la luz sin datos de isquemia de la plastia. La evolución fue tórpida con signos de sepsis por lo que se realizó nuevo TC de tórax apreciándose importante hidroneumotórax derecho, con unas dimensiones de más de 10 cm. de diámetro multiloculado a nivel del lóbulo superior derecho produciendo una atelectasia compresiva. SE observó fuga con extravasación del contraste a través de la misma hacia el espacio pleural derecho. Ante estos hallazgos se realizó nueva intervención quirúrgica donde se realizó una nueva re-toracoscopia drenar y desbridar todos los detritus de la cavidad pleural. Se realizó un lavado extenso de la cavidad y se dejó un drenaje tipo axion en ápex pulmonar.

En días posteriores presentó evolución clínica favorable con tránsito baritado sin evidencia de fugas procediéndose al alta tras 35 días de ingreso.

Discusión: Las fístulas esofágicas y la necrosis de la plastia son las complicaciones más temidas. Aunque no podemos olvidar las mediastinitis, el empiema y el absceso retrofaríngeo. En nuestra experiencia la detección precoz y el manejo agresivo con drenajes, lavados mediastínicos, así como el uso de endoprótesis parece clave en el éxito del rescate.

En centros con experiencia en toracoscopia para el abordaje esofágico consideramos necesario considerar la re-toracoscopia como alternativa eficaz y mínimamente invasiva, en pacientes con estabilidad hemodinámica como complemento a la colocación de endoprótesis para el lavado del empiema.

210233. EXPERIENCIA TME LAPAROSCOPICA EN HOSPITAL DE 2º NIVEL.

R Escalera Pérez, J Gavilán Parras, S Mac Mathuna, E Muñoz Caracuel, FJ García Molina

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

Introducción: La escisión mesorrectal total transanal (taTME) está siendo planteada como alternativa al abordaje convencional del cancer de recto. Presentamos nuestros resultados en la escisión mesorrectal total laparoscópica (laTME) en nuestro centro. Nuestro objetivo es mostrar que esta intervención presenta resultados aceptables en comparación con los obtenidos por la TME.

Material y métodos: Realizamos 282 cirugías oncológicas colorrectales entre 2019 y 2020. De esas 106 resecciones rectales, excluimos los casos con tumores rectales superiores, infiltración del esfínter anal y aquellos pacientes que habían sido programados para una intervención abierta. Seleccionamos una cohorte de 50 pacientes con cáncer de recto medio y bajo que se sometieron a intervención laTME, el 62% de los cuales había recibido radioterapia neoadyuvante. Con este grupo hemos realizado un estudio descriptivo analizando las siguientes variables: Tasa de conversión; Estancia postoperatoria; Complicaciones a 30 días posoperatorios; Márgenes oncológicos aceptables; Número de ganglios linfáticos disecados; y la puntuación de Clavien Dindo.

Resultados: Dos intervenciones (4%) requirieron conversión. La estancia postoperatoria media fue de 9,5 días (DE: 8,1). Tuvimos cuatro casos de fuga anastomótica (8%). 18 (36%) de los pacientes sufrieron al menos una complicación postoperatoria. Seis pacientes (12%) puntuaron III según la clasificación de Clavien Dindo, y ninguno puntuó IV o V. Un paciente (2%) tenía márgenes circunferenciales afectados y nuestro número medio de ganglios linfáticos extraídos fue de 10,1 (DE: 6).

Conclusiones: Estos resultados muestran que la TME sigue siendo una técnica segura y aceptable para realizar la resección rectal anterior. TaTME puede traer algunas ventajas, como un mayor número de ganglios linfáticos y la reducción el tiempo quirúrgico cuando se realiza con dos equipos simultáneos. Sin embargo, debemos considerar que la resección rectal transanal, aún se encuentra en sus primeras etapas, siendo necesario mayor recorrido y más evaluaciones para inclinar la balanza.

210235. UTILIDAD DE LA ESCALA TI-RADS EN LA VALORACIÓN DEL NÓDULO TIROIDEO: ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS CINCO AÑOS DE IMPLANTACIÓN EN NUESTRO SERVICIO DE CIRUGÍA.

F Ramos Muñoz, LT Ocaña Wilhelmi, N Martos Rojas

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

Introducción: La escala ecográfica TI-RADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System) fue diseñada inicialmente por Horvath et al. en 2009 para la estratificación del riesgo de malignización del nódulo tiroideo, de forma análoga al sistema BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) para el estudio de las lesiones mamarias. Esta clasificación categoriza los nódulos tiroideos en seis subtipos (TI-RADS 1-6), con un grado creciente de probabilidad de malignización.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de todos los pacientes intervenidos de cirugía tiroidea con informe radiológico preoperatorio según escala TI-RADS durante los primeros cinco años de aplicación (2015-2019) en nuestro servicio. Se analizaron las medidas de sensibilidad, especificidad y valores predictivos de la muestra.

Resultados: 226 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. El 88,1% fueron mujeres y el 11,9% hombres, con una mediana de edad de 55 años (15-88 años). La clasificación de los nódulos fue: TI-RADS 1 =1(0,4%), TI-RADS 2=15(6,6%), TI-RADS 3 =107(47,3%), TI-RADS 4 =86(38,1%), TI-RADS 5 =17(7,5%). 159 nódulos fueron malignos (70,4%) y 67 benignos (29,6%) (Figura1). La malignidad de los diferentes nódulos fue: TI-RADS 1= 0 %, TI-RADS 2= 6,7%, TI-RADS 3 =20%, TI-RADS 4 =34,9%, TI-RADS 5 =94,1% (Figura 2). Para un punto de corte TIRADS bajo (TI-RADS 1-3) y TI-RADS elevado (TI-RADS 4-6) se obtuvo una sensibilidad (S) del 68,66 %, una especificidad (E) del 64,15%, Valor Predictivo Negativo (VPN) del 82,93% y Valor Predictivo Positivo (VPP) del 44,6 %. Tras excluir los microcarcinomas (5,3% del total) se obtuvo

ESTUDIO HISTOLÓGICO FINAL

■ NÓDULOS BENIGNOS ■ NÓDULOS MALIGNOS

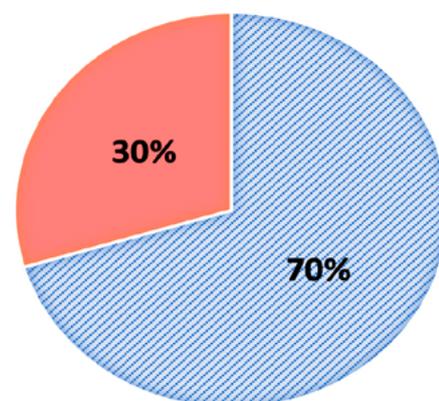


Figura 1

Presencia de malignidad según resultado final de análisis anatomopatológico.

TI-RADS y Malignidad

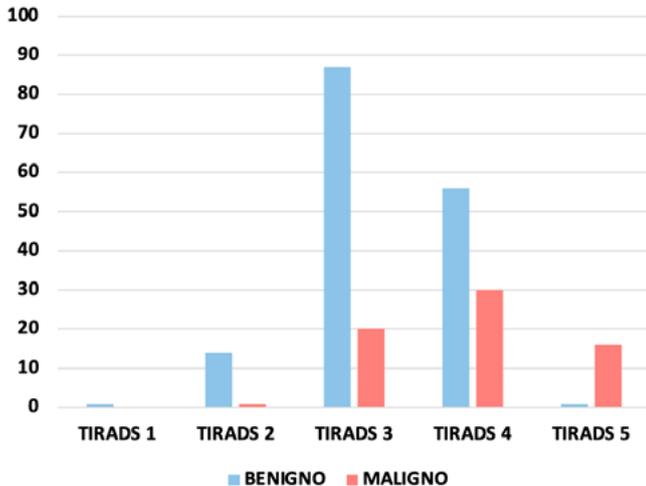


Figura 2

Presencia de malignidad según el grado la Clasificación TI-RADS de la muestra.

finalmente una S del 77,59%, E del 63,46%, VPN del 88,39% y VPP del 44,12% (Figura 3).

Conclusiones: La escala TI-RADS es una herramienta útil a la hora de clasificar la malignidad de los nódulos tiroideos, y determinar qué pacientes se benefician de la realización de una punción aspiración con aguja fina o a la hora de decidir una cirugía. En nuestra muestra encontramos una sensibilidad y especificidad bajas en comparación con otros grupos internacionales, pero tras la exclusión de un factor de confusión como son los microcarcinomas ocultos (menor o igual a 1 cm) obtenemos un aumento notable de la sensibilidad y del VPN. En nuestro medio recomendamos la realización de una PAAF a los TI-RADS 3 y la aplicación de esta escala ecográfica como un instrumento útil complementario para la toma de decisiones en la práctica clínica diaria.

Resultado de la prueba diagnóstica (Escala TI-RADS)	Estudio anatomopatológico (Gold Standard)		
	Maligno	Benigno	Total
Nódulo probablemente maligno (TIRADS 4-6)	45	57	102
% dentro de Estudio anatomopatológico	77,6%	36,5%	52,0%
Nódulo probablemente benigno (TIRADS 1-3)	13	99	112
% dentro de Estudio anatomopatológico	35,6%	72,9%	48,0%
Total	58	156	214
% dentro de total	27,10%	72,90%	100%

Figura 3

Distribución de frecuencias para cálculo de S, E, VPN y VPP una vez excluidos los microcarcinomas.

210236. QUISTE DE DUPLICACIÓN ESOFÁGICO EN EL ADULTO.

I Teruel Lillo, P Sánchez Fuentes, E Vidaña Márquez, J Ruiz Pardo, Á Reina Duarte

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

Introducción: El quiste de duplicación esofágica es una anomalía congénita poco frecuente. Suele hallarse en tramos proximales del intestino, aunque también puede encontrarse en el esófago, estómago y colon.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 29 años, fumador de un paquete de tabaco al día, en estudio por presentar molestias en hipocondrio derecho que aumentan con la ingesta. En la EDA no se aprecian alteraciones en el esófago ni otras que puedan justificar dicha sintomatología. Se realiza TAC y RM abdominal (imagen 1) visualizándose lesión de aspecto quístico de 30mm de diámetro en cara anterior de unión gastroesofágica.

Se descarta comunicación con la luz del tracto digestivo con un tránsito esofagogastroduodenal. Se realiza asimismo ecoendoscopia que confirma el hallazgo de lesión quística, pared regular, contenido denso y externo a la capa muscular, compatible con quiste de duplicación.

Se realiza laparoscopia, hallándose la lesión descrita en las pruebas de imagen: redondeada, bien delimitada, en cara anterior de unión esofagogástrica, dependiente de la capa muscular y con pedículo de 1 cm. Se realiza exéresis de la lesión mediante sección del pedículo y funduplicatura 180º por pequeña hernia de hiato por deslizamiento.

El paciente presenta evolución favorable en el posoperatorio inmediato y tardío sin complicaciones.

El estudio patológico de la pieza confirma la sospecha diagnóstica prequirúrgica: lesión quística revestida por epitelio columnar ciliado sin atipia con pared muscular y contenido mucinoso.

Discusión: El quiste de duplicación se trata de una anomalía congénita que se produce en las etapas tempranas del desarrollo embrionario. El quiste de duplicación esofágica es una entidad poco frecuente, en alrededor de 1/8000 nacimientos. Es más frecuente en varones y en la cara anterolateral del tercio distal esofágico.

Generalmente, se diagnostica antes de los dos años dado su sintomatología: disfagia, dolor tras las ingestas o disnea si comprimen la vía aérea. Los pacientes diagnosticados en la edad adulta cursan de forma paucisintomática. En 80% de las ocasiones no se comunican con la luz esofágica. Para su diagnóstico definitivo debe cumplir los siguientes criterios: que esté en contacto con la pared esofágica, que esté envuelto por dos capas musculares y su epitelio de revestimiento debe ser alguno de los encontrados en el tracto digestivo.

En la mayoría de los casos se tratan de lesiones benignas, aunque se han reportado casos aislados de malignización. Dado su bajo riesgo, en la actualidad no está recomendado el seguimiento endoscópico.

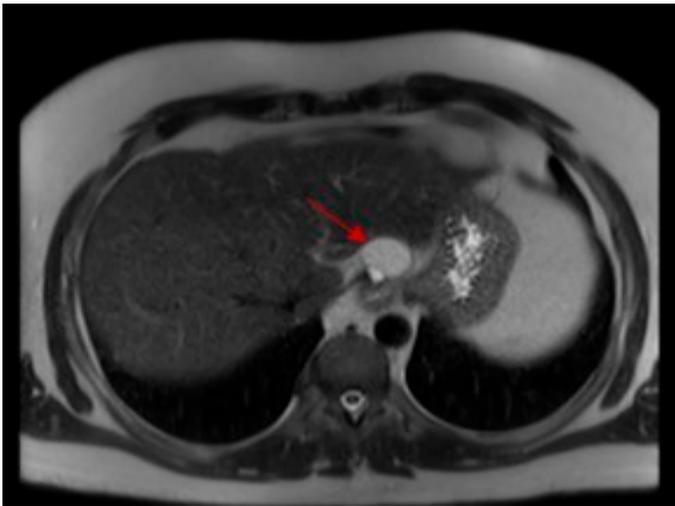


Figura 1

Lesión quística en cara anterior de unión gastroesofágica

210237. VÓLVULO CECAL TIPO BUCLE.

I Teruel Lillo, J Ruiz Pardo, P Sánchez Fuentes, JM Rodríguez Alonso, Á Reina Duarte

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

Introducción: Los vólvulos de colon son la causa del 3.5% de todas las obstrucciones de colon. Aunque su localización más frecuente es el sigma, en un 20% veremos que el ciego es el segmento afecto.

Caso clínico: Mujer de 55 años que acudió a Urgencias por dolor abdominal y vómitos de 24 horas de evolución. Entre sus antecedentes destacaban: hepatitis por VHC y asma bronquial. En la exploración física presentaba un abdomen distendido, doloroso de manera difusa, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destacaban 14400 leucocitos (neutrófilos 76%). La radiografía de abdomen fue compatible con un vólvulo de colon. En la tomografía computarizada (TC) se evidenció un vólvulo de colon derecho tipo II o torsión en bucle (**Figura 1**). El tratamiento fue quirúrgico (**Figura 2**), realizando una hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica. Tras un postoperatorio sin complicaciones la paciente presenta una evolución satisfactoria.

Discusión: El vólvulo de ciego representa el 11% de los vólvulos intestinales. Afecta a pacientes de entre 30 y 60 años. Se produce por



Figura 1

Vólvulo de ciego tipo 2: ciego en hipocondrio izquierdo y signo del remolino (flecha).

una movilidad cecal anormal por laxitud en la fijación peritoneal.

Se puede clasificar en: tipo torsión axial (tipo I), donde el ciego rota sobre su eje longitudinal, situándose en el cuadrante inferior derecho; tipo torsión en bucle (tipo II) donde el ciego gira sobre sus ejes longitudinal y transversal, quedando en el cuadrante superior izquierdo; y el tipo báscula cecal (tipo III), donde el ciego se dobla hacia delante sin torsión, ocupando la parte central del abdomen.

Los principales signos radiológicos que podemos encontrar en el tipo II son: a) la visualización del ciego en hipocondrio izquierdo con distensión superior a 10 cm; b) el signo del pico de pájaro y c) el signo del remolino que representa la torsión del mesenterio y asas.

En cuanto al tratamiento del vólvulo cecal, no se recomienda la colonoscopia por su baja eficacia (en torno al 30%). Además, debe considerarse una urgencia quirúrgica, incluso cuando no existen criterios clínicos o radiológicos de gravedad. El tratamiento de elección es quirúrgico y consiste en una laparotomía media con colectomía del segmento colónico volvulado y anastomosis ileocólica (resección ileocecal o hemicolectomía derecha en dependencia de la extensión de la isquemia del colon derecho). Por otro lado, cabe destacar que la devolvulación y cecopexia sin resección se asocia con una alta tasa de recurrencia y una morbimortalidad significativas.

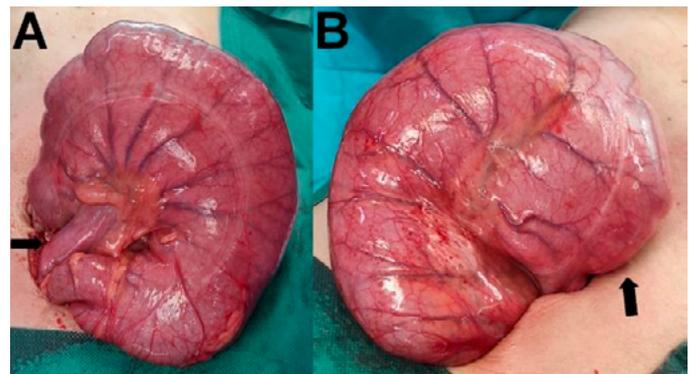


Figura 2

Intervención quirúrgica: ileon terminal (flecha).

210238. HIBERNOMA PRETIROIDEO. PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA.

D Pérez Gomar, A Bengoechea Trujillo, S Roldán Ortiz, MA Mayo Ossorio, JM Pacheco García

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

Introducción: El hibernoma o lipoma de la grasa parda es un tumor benigno poco frecuente, constituyendo el 1% de los tumores del adulto. Descrito por primera vez por Merkel en 1906, quién lo denominó pseudolipoma. En 1914, Gery le dio el nombre de hibernoma debido al parecido que posee con las glándulas de hibernación de los animales. La serie publicada más extensa es la del Dr. Furlong con 170 casos en 2001. Su edad de presentación varía desde los 2-72 años, con una media de 38 años de edad.

Caso clínico: Mujer de 64 años remitida a nuestra consulta por tumoración tiroidea derecha que condiciona clínica compresiva local, fundamentalmente disfagia a sólidos. A la exploración, a nivel de LTD se palpa tumoración blanda, elástica y gomosa.

En ecografía, área de lipomatosis adyacente al lóbulo tiroideo derecho, al cual comprime ligeramente de forma extrínseca. TAC cervical, que informa de la existencia en lóbulo tiroideo derecho de una lesión hipodensa, de 16,5 x 20 x 39 mm. Mantiene planos grasos de separación con las estructuras adyacentes y que en conclusión lo cataloga de nódulo quístico tiroideo. Se realiza BAG que es compatible con hibernoma.

Se decide cervicotomía, evidenciándose una tumoración de unos 4 cm, adyacentes al LTD que lo comprime sin infiltrarlo. Se realiza extirpación, confirmando el estudio histológico que se trata de hibernoma.

Discusión: Los hibernomas son tumoraciones de los tejidos blandos, encapsuladas y solitarias, con un tamaño medio de entre 5 y 10 cm. Máxima incidencia en la tercera década de la vida y ligero

predominio en las mujeres. Habitualmente se localiza en axilas, cuello (como es nuestro caso), región inguinal, muslo, hombro, espalda, mediastino y retroperitoneo.

Según las publicaciones consultadas, al menos el 10% de los casos son intramusculares. En nuestro caso no lo era, ubicándose a nivel cervical, concretamente pretiroidea y condicionando la clínica compresiva. La TAC y la RM pueden definir el contenido graso de una lesión; la presencia de baja densidad en la TAC y de áreas focales no homogéneas en la RM excluyen el diagnóstico de un simple lipoma, en nuestro caso hizo pensar que se tratase de un nódulo tiroideo quístico.

El tratamiento de elección consiste en la extirpación quirúrgica, precisando ser exquisitos en la hemostasia, para evitar hematomas y en la disección, para evitar recidivas. El pronóstico es muy favorable, no habiéndose registrado casos de malignidad en la literatura.



Figura 1
TAC cervical.



Figura 2
TAC cervical.



Figura 3
Pieza quirúrgica.

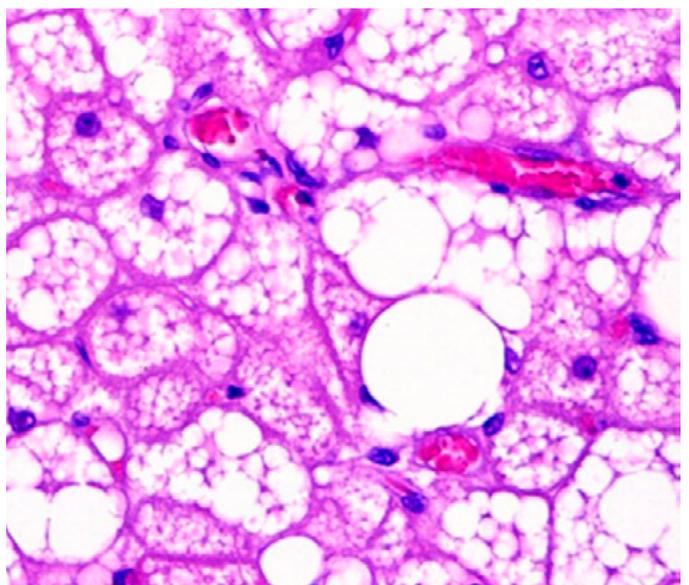


Figura 4
Corte histológico.

210239. CARCINOMA FOLICULAR DE TIROIDES ASOCIADO A POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR.

ML Ruiz Juliá, J Díaz Roldán, V Ruiz Luque, D Bejarano González-Serna

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es un trastorno genético con herencia autosómica dominante caracterizado por el desarrollo de numerosos pólipos adenomatosos gastrointestinales. La presencia de poliposis adenomatosa colorrectal es la característica principal de la PAF, con riesgo de cáncer colorrectal en edades tempranas.

Más del 70% de los pacientes con este síndrome desarrollan también manifestaciones extraintestinales. Dentro de las manifestaciones extraintestinales, se incluye el cáncer diferenciado de tiroides. Presentamos el caso de un paciente de 29 años con diagnóstico de carcinoma folicular de tiroides asociado a PAF.

Caso clínico: Paciente de 29 años con PAF (positivo para mutación en APC 8532del) intervenido mediante colectomía total laparoscópica, derivado desde las consultas de Endocrinología tras hallazgo de nódulo tiroideo en el contexto de estudio de extensión tras el diagnóstico de PAF.

La ecografía cervical objetivaba un nódulo sólido de bordes regulares, isoecoico con zona hipoecoica posterior, de 20,9x21,8x21,9mm en el tercio medio del lóbulo tiroideo derecho. No se observaron nódulos en el lóbulo izquierdo ni adenopatías sospechosas (Figura 1). Se realizó PAAF de la lesión con citología indeterminada (Bethesda 3). Dado el aumento de riesgo asociado de patología tiroidea maligna en relación con su enfermedad de base, se propuso para cirugía, realizándose tiroidectomía total, sin incidencias.

La anatomía patológica mostraba un carcinoma folicular sin invasión vascular y con márgenes libres en el hemitiroides derecho (pT1b, pNx). Actualmente, el paciente se encuentra en seguimiento por



Figura 1 Ecografía de Tiroides: nódulo sólido en lóbulo tiroideo derecho.

Oncología médica y seguimiento endoscópico por parte de Digestivo (Figura 2).

Discusión: El cáncer de tiroides (CT) es una manifestación extraintestinal conocida, que puede contribuir a la mortalidad y morbilidad en pacientes con PAF. Su prevalencia exacta no está bien establecida. Aunque según diferentes series publicadas el riesgo de desarrollar cáncer de tiroides en estos pacientes es cercano al 2%, estudios recientes sugieren una prevalencia significativamente mayor del 12%. En la población PAF, el CT es a menudo bilateral y multifocal, y la histología publicada de estos casos frecuentemente corresponde con carcinoma papilar. Sin embargo, estos tumores pueden tener diferentes patrones arquitectónicos, incluidos los foliculares.

Además del cribado endoscópico y los estudios diagnósticos que actualmente son de rutina para estos pacientes en edad temprana, no se debe pasar por alto el cribado y el estudio de las manifestaciones extraintestinales, entre ellas la patología tiroidea maligna, en pacientes con mutaciones patógenas de APC.



Figura 2 Imagen endoscópica de pólipo rectal resacado durante el seguimiento postoperatorio. Anatomía patológica: adenoma túbulo-veloso con displasia epitelial de bajo grado.

210240. HEPATOCARCINOMA ESCIRRO: TODO UN RETO DIAGNÓSTICO.

I Teruel Lillo, D Cabaño Muñoz, JM Vargas Fernández, Á Reina Duarte

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

Introducción: El carcinoma escirro supone un 5% de las hepatocarcinomas. Dadas sus características patológicas, el diagnóstico prequirúrgico es difícil y a menudo se confunde con el colangiocarcinoma intrahepático.

Más del 70% de los pacientes con este síndrome desarrollan también manifestaciones extraintestinales. Dentro de las manifestaciones extraintestinales, se incluye el cáncer diferenciado de tiroides.

Presentamos el caso de un paciente de 29 años con diagnóstico de carcinoma folicular de tiroides asociado a PAF.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 60 años, sin antecedentes relevantes, en estudio por nódulo hepático. En las pruebas de imagen, RM (Figura 1) y TAC (Figura 2) con contraste, se aprecia lesión hepática izquierda (segmentos 2, 3 y 4b) de unos 53x45mm. Se remite al servicio de cirugía tras resultado de biopsia

compatible con colangiocarcinoma. Ante los hallazgos radiológicos y anatomopatológicos se decide realización de hepatectomía izquierda.

Intraoperatoriamente, se encuentra lesión ocupante de espacio de aproximadamente 8cm en el lóbulo hepático izquierdo y el segmento IV. Tras la exploración de la cavidad y del parénquima hepático, con ecografía, se descarta la presencia de otras lesiones. Se procede a la realización de hepatectomía izquierda, sin incidencias.

Tras la intervención, la paciente presenta una recuperación satisfactoria sin complicaciones en el posoperatorio inmediato, pudiendo ser dada de alta tras una semana de ingreso. El diagnóstico definitivo de la lesión resultó ser hepatocarcinoma escurro, G2, según la clasificación de la OMS. En la pieza quirúrgica también se halló un nódulo satélite de 2 mm a 1 cm del tumor principal.

Discusión: En la última edición de la OMS de la clasificación de tumores digestivos del 2019, se engloba la hepatocarcinoma escurro como un subtipo de hepatocarcinoma celular.

La hepatocarcinoma escurro supone menos del 5% de las hepatocarcinomas. Se caracteriza por un crecimiento multinodular, la

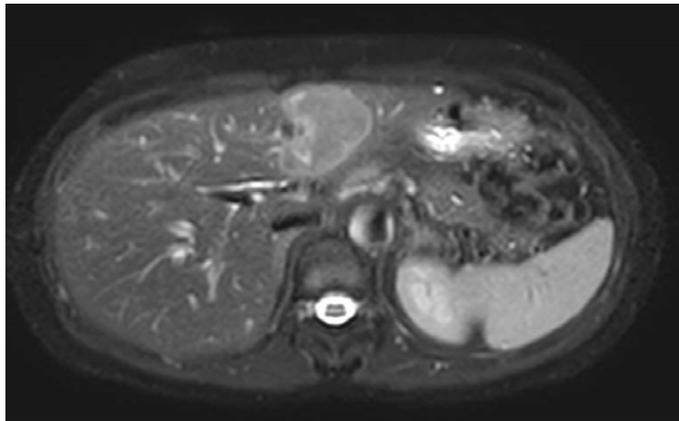


Figura 1
RM.



Figura 2
TAC.

presencia de abundante estroma fibroso y ausencia de cápsula. Es por este componente fibroso que su diagnóstico patológico prequirúrgico resulta tan difícil. Para su correcto diagnóstico resulta imprescindible la realización de técnicas inmunohistoquímicas. Presenta marcadores comunes con el adenocarcinoma y colangiocarcinoma, como la CK7 y CK19, lo que genera confusión diagnóstica. Al contrario que el tipo fibrolamelar no expresa CD68. La mayoría expresan glypican-3 y arginasa.

Puede asentarse tanto sobre hígados cirróticos como no cirróticos y los hallazgos radiológicos son inespecíficos, asemejándose en ocasiones al colangiocarcinoma. La mayoría, se localizan en la periferia y provocan retracción de la superficie hepática. Puede asociarse con hipercalcemia incluso en ausencia de metástasis óseas. Su tratamiento, al igual que la hepatocarcinoma clásica, se basa en la resección quirúrgica, con un pronóstico a largo plazo similar.

210241. TRATAMIENTO DEL DEFECTO PRIMARIO EN EL ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE HERNIAS INGUINALES DIRECTAS GRANDES: CASO CLÍNICO Y ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA.

P González Rojo¹, JM Cabrera Bermón¹, NS Ávila García², F Ramos Muñoz¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²Sección Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cibra

Introducción: La formación de seroma es una complicación frecuente de la hernioplastia endoscópica, especialmente en casos de hernias inguinales directas grandes (EHS M2, M3). A menudo provoca incomodidad y ansiedad en el paciente, ya que suele percibirse como una pseudorecurrencia. Su volumen es proporcional al tamaño del espacio muerto preperitoneal creado tras la reducción de la hernia y su evolución natural es impredecible, pudiendo convertirse en un problema crónico.

El objetivo del presente trabajo es dilucidar, mediante una revisión de la literatura y la exposición de un caso clínico, si se debe tratar la fascia transversalis (FT) en casos de hernias inguinales directas grandes abordadas por vía laparoscópica; así como hallar, si existe, la técnica más adecuada para ello.

Material y métodos: Se han revisado las principales guías sobre el tratamiento de la hernia inguinal. Se ha buscado en grandes bases de datos (PubMed y Cochrane Library) usando los términos “seroma”, “inguinal hernia”, “laparoscopic inguinal hernia”, “TEP”, “TAPP” y “Endoloop”. Finalmente, han sido seleccionados 8 artículos.

Se presenta un caso clínico de hernia inguinal primaria M3 reparada vía laparoscópica en el que se trata la FT con una plicatura mediante una ligadura preformada (Endoloop).

Resultados: Dos de las comunicaciones analizadas ofrecen resultados a corto y largo plazo tras la plicatura de la FT mediante Endoloop. Se basan en un estudio prospectivo de 76 pacientes seleccionados, de los cuales solo uno presentó seroma clínicamente significativo. A largo plazo no existen recurrencias ni casos de dolor

crónico. La "International Endohernia Society (IEHS)" recomienda este tipo de plicatura en su última actualización.

Cuatro de los artículos contemplan el uso de una sutura barbada para plicar la FT. Coinciden en su conclusión: la técnica es efectiva en la reducción del seroma sin producir aumento del dolor ni del riesgo de recidiva. Destacan, por su calidad metodológica, dos: un estudio prospectivo con grupo control y una muestra considerable y un ensayo controlado aleatorizado.

Por último, se incluye una revisión sistemática que compara varias técnicas intraoperatorias que persiguen la reducción del espacio muerto post-hernioplastia. En todas disminuye la incidencia de seroma postoperatorio, aunque la calidad metodológica de los estudios revisados es pobre.

Conclusiones: A pesar de la falta de estudios con mayor potencia estadística, se recomienda la plicatura sistemática de la fascia transversalis en casos de hernias directas grandes (EHS M2 y M3) abordadas por vía endoscópica.

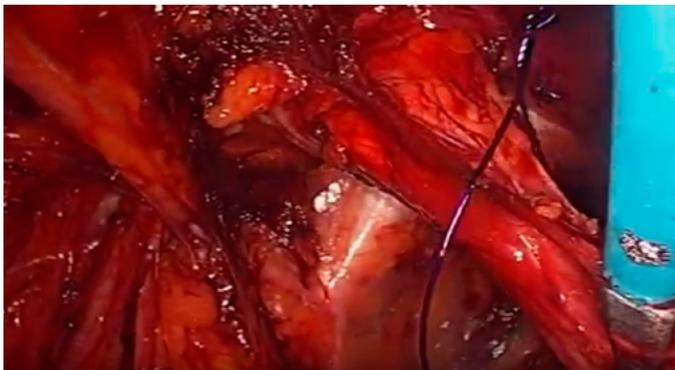


Figura 1
Inversión de la fascia transversalis y colocación de Endoloop.

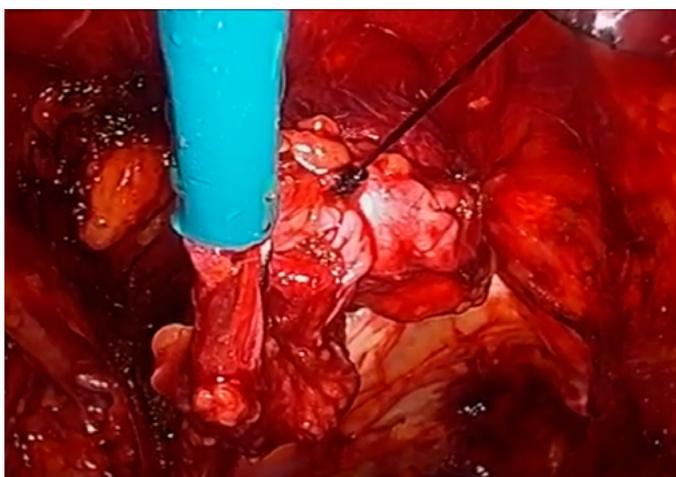


Figura 2
Plicatura de la fascia transversalis.

210242. NUEVOS ABORDAJES QUIRÚRGICOS EN LA DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA E INDICACIONES DE LA CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS.

Al Fernández Sánchez¹, L Romacho López¹, R Pérez Rodríguez¹, A González Sanchez¹, JM Aranda Narvaez², J Santoyo Santoyo¹

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

Introducción: En las diverticulitis agudas complicadas grados III y IV, el tratamiento recomendado es el quirúrgico. La literatura actual defiende la sigmoidectomía con anastomosis primaria como el tratamiento ideal en pacientes estables hemodinámicamente, siendo la cirugía de control de daños (CCD) una opción en pacientes inestables. Nuestro objetivo es presentar cuatro casos clínicos de pacientes con diverticulitis complicadas grados III y IV de las WSES que requirieron tratamiento quirúrgico, realizándose una CCD debido a la inestabilidad que presentaron.

Casos clínicos:

- Paciente de 63 años, acude a urgencias por dolor abdominal de una semana de evolución diagnosticándose mediante TC de diverticulitis grado IV de la WSES. PCR 175 mg/L. Se decide cirugía urgente: peritonitis fecopurulenta generalizada. Se realiza una CCD por necesidad de drogas vasoactivas durante cirugía y se realiza anastomosis colorrectal sin ileostomía de protección (IP) a las 48h.
- Paciente de 40 años, acude a urgencias por dolor abdominal diagnosticándose mediante TC de diverticulitis aguda grado IV de la WSES. PCR 453 mg/L Se decide cirugía urgente: peritonitis purulenta generalizada. Se realiza CCD por necesidad de drogas vasoactivas, revisándose en tres ocasiones por persistencia de contaminación. Finalmente se realizó una I. de Hartmann debido a la fragilidad del paciente, reconstruyéndose el tránsito a los 10 meses.
- Paciente de 63 años, diabético, acude a urgencias por dolor abdominal en hipogastrio de una semana de evolución diagnosticándose mediante TC de diverticulitis grado 2A de la WSES. PCR 285 mg/L. Tras intentar realizar un drenaje percutáneo, empeoramiento clínico, por lo que se decide cirugía. Ante la inestabilidad se realiza una CCD, anastomosándose finalmente en 24h.
- Paciente de 74 años, acude a urgencias por dolor abdominal en epigastrio de 48 h de evolución diagnosticándose por TC de probable diverticulitis IV de la WSES. PCR 533 mg/L. Se decide cirugía urgente: peritonitis purulenta difusa de los cuatro cuadrantes. Con necesidad de drogas vasoactivas intraoperatorias. Se realiza una CCD anastomosándose a las 48h con IP que se reconstruye a los 2 años.

Discusión: La CCD se plantea como una opción en paciente inestables hemodinámicamente por un proceso diverticular con indicación de cirugía, para evitar una colostomía y la morbilidad y gastos que conlleva.

Permite la estabilización del paciente crítico y valorar, en una revisión, una posible anastomosis protegida o no por una IP.

La I. De Hartmann debe quedar reducida a pacientes inestables, añosos y con comorbilidades.

210245. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS EN UN HOSPITAL COMARCAL. PRIMEROS RESULTADOS.

A del Castillo Cuesta, D Sánchez Relinque, C Lara Palmero, S Gómez Modet, L Argüeso, L Tejedor Cabrera

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

Introducción: Analizar un posible impacto de la pandemia por coronavirus padecida en nuestro entorno, en relación a la cirugía programada llevada a cabo en un año en nuestro Servicio de Cirugía General y Digestivo.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo donde se compara el número de cirugías programadas realizadas desde el 16 de Marzo de 2019 al 15 de Marzo de 2020, frente a las realizadas desde el 16 de Marzo de 2020 al 15 de Marzo de 2021 en nuestro Servicio. Dichas cirugías se agruparán en un primer estudio en: cirugía oncológica intestinal (CI), pared (P), colecistectomía (C), mama (M), esófago-gástrica (EGD), menor (CM), HBP, proctología (CP), endocrino (E) y amputaciones de miembro inferior (A).

Resultados: En el periodo de 19/20 se realizaron 500 intervenciones de manera programada, mientras que en el periodo 20/21 se realizaron 286 (42,8% menos). Teniendo en cuenta las cirugías agrupadas encontramos: un descenso del 5,5% en CI; 80% en P; 46,6% en C; 31,4% en M; 35,3% en EGD; 82,6% en CM; 83,3% en CP; 34,8% en E y 75% en A. Sólo en cirugía HBP se aumentó un 50% no siendo especialmente significativa al suponer menos de 20 intervenciones al año.

Conclusiones: Estos primeros resultados nos revelan un claro descenso en el número de intervenciones programadas, especialmente en cirugías no oncológicas. Las medidas en cuanto a priorizar la disponibilidad de camas para pacientes infectados por Covid-19, el retraso en la realización de pruebas diagnósticas, la derivación a centros concertados libres de Covid-19 de patología benigna o cirugía mayor ambulatoria entre otras, podrían ser los causantes de este alarmante descenso de las cirugías programadas realizadas.

Son necesarios mayores y mejores estudios en esta dirección, pero tener previsto un plan de prevención y de respuesta a este tipo de situaciones parece más que fundamental para poder dar una buena cobertura sanitaria a los ciudadanos en este tipo de situaciones.

210246. OBSTRUCCION INTESTINAL SECUNDARIO A COLELITIASIS EXTRALUMINALES.

NM Rodríguez Loring, LC Hinojosa Arco, MA Suárez Muñoz, A Ortega Martínez, P González Rojo, R de Luna Díaz

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

Introducción: La obstrucción de intestino delgado es una entidad que puede tener múltiples causas entre las que se encuentra las bridas postquirúrgicas, la colelitiasis, principalmente por un cuadro clínico denominado íleo biliar.

Sin embargo, existe un cuadro poco conocido en el que la causa de la obstrucción es por litiasis extrínseca a la luz intestinal encontrándolas libres en la cavidad abdominal generando una respuesta inflamatoria generando un cuadro suboclusivo.

Caso clínico: Mujer de 43 años intervenida de colecistectomía laparoscópica programada por clínica de cólicos biliares de repetición con Ecografía y Colangiografía que confirma múltiples colelitiasis.

Durante la intervención se produce la apertura de la vesícula liberando múltiples litiasis a cavidad abdominal realizándose limpieza y extracción de las litiasis.

Se le da el alta al día siguiente, con buen estado general, tolerando dieta líquida con dolor abdominal controlado en el postoperatorio inmediato.

A la semana de la intervención la paciente acude a Urgencias por cuadro de náuseas y vómitos.

Se realiza TC de abdomen objetivando obstrucción intestinal con un cambio de calibre a nivel de unión yeyuno-ileal.

En un principio se maneja de forma conservadora, pero dado que el cuadro no se resuelve se decidió intervención quirúrgica.

Se realizó laparoscopia exploradora, apreciándose dilatación de asas de delgado con cambio de calibre por una adherencia con importante inflamación secundaria a microlitiasis milimétrica.

Se libera la adherencia y se extrae la litiasis residual. Se revisa la cavidad evidenciándose varias litiasis que se extraen, comprobando el resto de la cavidad.

El cuadro clínico se resolvió y fue dada de alta al 5º día.

Discusión: La colelitiasis es muy frecuente por la cual muchos pacientes son intervenidos. Pocos son los casos recogidos de colelitiasis extraluminal siendo causa de obstrucción intestinal.

Dado el antecedente de cirugía reciente se decidió reintervenir vía laparoscópica ya que es un abordaje seguro y útil para resolver dicho caso clínico realizando extracción de todas las litiasis y lavado de cavidad. Quedando demostrado su eficacia frente a la cirugía abierta.

A pesar de ello, presenta ciertas complicaciones como es la presencia de colecciones intrabdominales de un 3% aproximadamente, siendo menos frecuente la obstrucción intestinal secundaria a litiasis extraluminales.

La obstrucción intestinal es una urgencia quirúrgica que puede ser abordada por laparoscopia en casos seleccionados. Aunque es una entidad poco frecuente después de colecistectomía hay que considerar la posibilidad de obstrucción secundaria a colelitiasis sobre todo en casos de perforación de vesícula biliar.