

Comunicaciones Pósteres-orales

220001. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A LINFOMA BURKITT ILEOCECAL. A PROPOSITO DE UN CASO

A Cisneros-Ramírez, A Díaz-Granados, T Gallart-Aragón, S Delgado-Carrasco

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

Introducción: El linfoma Burkitt es una variante de Linfoma No Hodgkin infrecuente en nuestro medio. Suele presentarse como una tumoración de gran tamaño con crecimiento rápido y agresivo. En este trabajo describimos un caso de obstrucción intestinal secundaria a una neoplasia en íleon terminal ciego por Linfoma Burkitt.

Caso clínico: Varón 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. A la exploración el paciente se encuentra en mal estado general, sudoroso, con abdomen distendido y peritonítico. Se realiza TC urgente informando 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 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.

La obstrucción intestinal secundaria a Linfoma Burkitt es una patología infrecuente, que debemos considerar ante un paciente con una gran masa abdominal acompañada de síndrome constitucional, pues realizando un diagnóstico temprano y tratamiento precoz incrementaremos la supervivencia de estos pacientes.

220002. METÁSTASIS TIROIDEA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS

B García García, D Morales García, JL Fernández Serrano, R Soler Humanes, L Ocaña Willhelmi, R de Luna Díaz

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

Introducción: El carcinoma de células claras representa el 80% de los cánceres de riñón. El sitio más frecuente de metástasis es el pulmón, pero también lo hace en sitios inusuales, como en la glándula tiroidea. La metástasis suele encontrarse sincrónicamente o años después de un carcinoma de células claras, siendo inusual el hallazgo incidental de metástasis de dicho tumor como debut del primario.

La técnica más utilizada para el diagnóstico es la ecografía, seguida del TAC; pero el estudio histológico es el que determina el diagnóstico definitivo. El tratamiento de la metástasis única tiroidea es quirúrgico, con una supervivencia a los 5 años del 30-60%.

Los pacientes con diseminación tumoral únicamente deben someterse a cirugía para paliar los síntomas compresivos. Sunitinib podría ser eficaz, basándose en la reducción del volumen tiroideo.

Caso clínico: Mujer de 61 años con antecedentes personales de hipertensión arterial. Comienza estudio por bocio multinodular con nódulo dominante izquierdo. Se realiza ecografía donde se aprecia nódulo sólido de 5.2x3.1cm en lóbulo tiroideo izquierdo. Se realiza punción aspiración con aguja fina con resultado histológico de proliferación folicular con cambios focales de atipia (Bethesda III). Se repite la punción a los 6 meses, hasta en dos ocasiones, obteniendo el mismo resultado histológico.

Se realiza hemitiroidectomía izquierda con resultado anatomopatológico de carcinoma de células claras de origen renal, de 6.5x5.5cm, con márgenes libres.

Se decide completar estudio con TAC toraco-abdominal, apreciándose masa renal izquierda de 9 cm sugestiva de neoplasia, así como nódulo suprarrenal izquierdo de 2cm sugestivo de metástasis.

Se realiza nefrectomía radical izquierda + suprarrenalectomía, con resultado histológico de carcinoma renal de células claras, de 9cm, y metástasis suprarrenal. Estadio PT3bNxM1.

Seguimiento actual por parte de oncología sin necesidad de tratamiento adyuvante. Mantiene controles analíticos y mediante TAC con buena evolución clínica y libre de enfermedad.



Figura 1

MTS tiroidea macroscópica.

Discusión: La glándula tiroides es un sitio infrecuente de metástasis (<5%). La mayoría son asintomáticas, y a menudo, pueden diagnosticarse erróneamente como bocio multinodular. La posibilidad de encontrar un tumor metastásico incidental en la glándula tiroides de un primario previo desconocido es de <1%. Suele afectar a menores de 55 años, y a ambos sexos por igual.

La ecografía puede ser útil para diferenciar las lesiones benignas de aquellas con características de malignidad. La PAAF puede hacernos sospechar, pero el diagnóstico definitivo es histológico.

La tiroidectomía suele ser el tratamiento de elección; y en casos de enfermedad diseminada se opta por terapia sistémica con inmunomoduladores.

220003. VÓLVULO CECAL: UNA CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

A Cisneros-Ramírez, MP Chas- Garibaldi, MD Hernández-García, MS Zurita-Saavedra

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

Introducción: El vólvulo de ciego es una patología poco frecuente, involucra al íleon terminal, ciego y la porción proximal de colon derecho. Se produce por la torsión de un segmento móvil del colon alrededor de su eje mesentérico 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 decide realizar hemicolectomía derecha con anastomosis íleo-cólica laterolateral manual.

Durante el postoperatorio la paciente evoluciona de forma favorable siendo dada de alta tras una semana de ingreso hospitalario.

Discusión: El vólvulo de ciego causa aproximadamente el 1% de las obstrucciones intestinales. Es la segunda localización más frecuente de volvulación tras el sigma y 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.

Suele presentarse como un cuadro obstructivo pudiendo progresar a isquemia o perforación intestinal. La técnica diagnóstica de elección es la tomografía, al ser más sensible y específica.

El manejo suele ser quirúrgico, la técnica de elección es la hemicolectomía derecha, aunque, también existen técnicas como la cecopexia o cecostomía, con mayor morbimortalidad y recidiva. El tratamiento endoscópico se reserva para casos limitados por su efectividad limitada y alto riesgo de perforación.

El vólvulo cecal es una causa 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 realizar el tratamiento más adecuado según el estado del paciente.

220004. LESIÓN SUPRARRENAL SUGESTIVA DE MALIGNIDAD CON HALLAZGO INCIDENTAL DE HEMANGIOMA CAVERNOSO TRAS EXÉRESIS

B García García, JL Fernández Serrano, L Ocaña Willhelmi, R Soler Humanes, D Morales García, R de Luna Díaz

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

Introducción: El hemangioma cavernoso suprarrenal es un tumor benigno extremadamente raro. Hasta la fecha, solo hay aproximadamente 70 casos descritos en la literatura. En la mayoría de los casos es hormonalmente silencioso. No suele provocar síntomas, por lo que suele diagnosticarse como hallazgo incidental tras realizar pruebas de imagen por otro motivo.

Caso clínico: Mujer de 60 años con antecedentes personales de hipertensión arterial severa (5 fármacos), diabetes mellitus, dislipemia y síndrome de apnea del sueño. Comienza estudio por hipertransaminasemia realizándose TAC en el que se aprecia incidentaloma suprarrenal derecho. Se trata de una gran masa de 12cmx11cmx9cm con bordes bien definidos, calcificaciones groseras periféricas y áreas de necrosis. Contacta con pared posterior lumbar y segmentos VI y VII hepáticos sin infiltración de los mismos. La paciente se encontraba asintomática.

Se realizó estudio funcional completo, que resultó negativo. Se completa estudio con AngioRMN en la que se aprecia impronta de la lesión a nivel de la cava sin lesión endoluminal.

Se decide intervención quirúrgica, sospechando malignidad. Suprarrenalectomía mediante abordaje abierto apreciándose gran masa que rodea 180º la cava sin infiltrarla, pudiendo realizarse disección de estructuras adyacentes con adrenalectomía exitosa.

Evolución favorable en planta, siendo dada de alta al cuarto día. El resultado anatomopatológico definitivo fue de hemangioma cavernoso trombosado de 11.5cmx9cm y 592gr, con cápsula íntegra y de aspecto congestivo. Actualmente asintomática, de alta tanto por nuestra parte como por endocrinología.



Figura 1
Masa suprarrenal macro.

Discusión: El hemangioma cavernoso es un tumor benigno que suele presentarse con una media de edad de 60 años, y más frecuente en mujeres (3:2). Hay dos subtipos: cavernosos y capilares, siendo el más común el primero de ellos. Radiológicamente no se puede distinguir del carcinoma suprarrenal, por lo que el diagnóstico suele ser postquirúrgico.

La mayoría de ellos suelen ser asintomáticos, y en el caso de producir síntomas, son secundarios al efecto masa. En el TAC se suele presentar con calcificaciones periféricas en un 51% de los casos. En la RMN aparecen como lesiones hiperintensas, por el contenido hemático.

El tratamiento es quirúrgico, siendo la suprarrenalectomía laparoscópica un método seguro y factible, con menor riesgo de

sangrado que un hemangioma hepático por la presencia de una cápsula fibrótica rígida.

220005. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO DEBUT DE TUMOR NEUROENDOCRINO EN DIVERTÍCULO DE MECKEL

B García García, A Obispo Entrenas, E Sanchiz Cárdenas, MS Álvarez Escribano, M Ortega Castán, R de Luna Díaz

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

Introducción: El divertículo de Meckel tiene una prevalencia de hasta el 2%. La mayoría son asintomáticos, con una tasa de complicaciones del 4%. El sangrado gastrointestinal es el síntoma más común. La incidencia de tumores asociados con el divertículo de Meckel es extremadamente baja (el 0,5% y el 3,2%).

Caso clínico: Mujer de 52 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipemia. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal en hipogastrio, de 48h de evolución, junto con ausencia de tránsito y vómitos alimentarios. A la exploración, abdomen distendido y timpánico, sin defensa. Analítica anodina. Se realizó TAC de abdomen apreciando dilatación de asas, con cambio de calibre en íleon distal. No neumoperitoneo ni colecciones.

Ante los hallazgos de obstrucción mecánica, se decide laparoscopia exploradora, visualizando plastrón inflamatorio a nivel de íleon distal con cambio de calibre a ese nivel. Tras liberación de adherencias se aprecia divertículo de 2cm sugestivo de ser la causa del cuadro. Ante la sospecha de microperforación, se decide diverticulectomía con endoGIA.

Buena evolución postoperatoria, siendo dada de alta al quinto día. El resultado anatomopatológico definitivo fue de tumor neuroendocrino bien diferenciado, de 5mm. Estadío pT2Nx.

Actualmente en seguimiento por oncología sin tratamiento adyuvante y con estudio de extensión negativo.

Discusión: Encontrar un tumor neuroendocrino en un divertículo de Meckel es poco común, con menos de 200 casos descritos en la literatura. La incidencia es < 1% de todos los TNE digestivos. Sin embargo, alrededor del 10% de los divertículos resecaados puede contener un tumor neuroendocrino. Por lo tanto, la incidencia es significativa en pacientes con divertículo de Meckel.

La edad media de los pacientes es de 55 años y la incidencia es 2,5 veces mayor en hombres.

La mayoría son asintomáticos y el diagnóstico suele ser accidental. El enfoque correcto en estas situaciones es controvertido. Algunos autores abogan por la diverticulectomía incidental, ya que la tasa de complicaciones postoperatorias de la resección profiláctica es baja.

Teniendo en cuenta la naturaleza agresiva, la diverticulectomía por sí sola podría ser inadecuada, debiendo considerarse en ocasiones, la resección del intestino delgado con linfadenectomía regional.

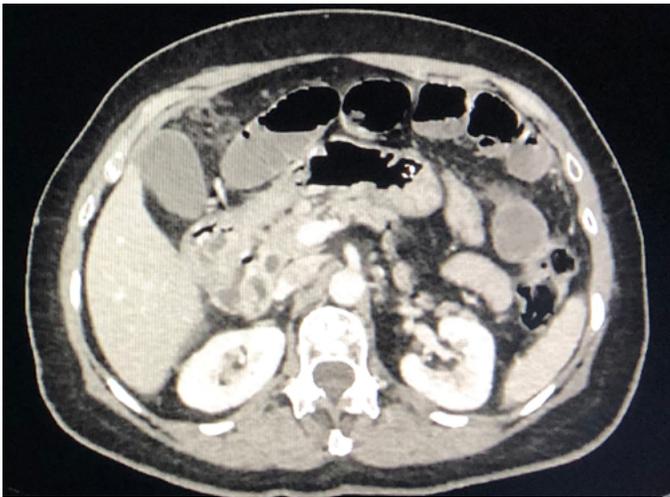


Figura 1

Obstrucción intestinal.

La decisión de realizar un procedimiento u otro se basa en el tamaño de la lesión. Si es mayor de 2 cm se considera que hay más riesgo de metástasis ganglionares, por lo que la resección quirúrgica debe ser más amplia. El pronóstico de supervivencia es del 80 % a los 5 años.

220006. SÍNDROME DE BOUVERET. A PROPÓSITO DE UN CASO

M Chaparro Mirete, MA Garcia Martinez, M Alcaide Lucena, B Mirón Pozo

Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada.

Introducción: El Síndrome de Bouveret es causa infrecuente de íleo biliar. Se manifiesta como obstrucción gástrica por impacto de cálculo en duodeno por fístula colecistoduodenal o coledocoduodenal.

El tratamiento es la cirugía, aunque la técnica no está estandarizada y ha de individualizarse en función del paciente.

Caso clínico: Mujer de 80 años con hipertensión y coledocitis, acude por vómitos incoercibles, intolerancia oral y epigastralgia de diez días. Analítica: aumento de reactantes de fase aguda, enzimas hepáticas, e hiperbilirrubinemia mixta. TAC abdominal: gran dilatación de vía biliar extrahepática con colédoco de 13mm sin ver litiasis. Vesícula biliar sin cambios inflamatorios con litiasis de 2cm, sin dilatación gástrica ni intestinal. Colangio-RM: vesícula biliar colapsada con litiasis de 2.7cm en primera porción duodenal, que comprime extrínsecamente el tercio medio del colédoco, con posible fístula. EDA: hasta 3ª porción duodenal sin visualizar litiasis

Continúa con vómitos biliosos y dolor tras cuatro días de ingreso.

Se decide intervención quirúrgica por laparotomía urgente: dilatación de asas de intestino delgado hasta íleon terminal con litiasis de 3cm impactada sin permitir paso distal, se realiza enterotomía a nivel de íleon medio con extracción del cálculo (Fig 3) y enterorrafia

transversa. Presentó evolución favorable. Alta hospitalaria al quinto día.



Figura 1

1. Cálculo biliar de 2.7cm identificado en Tomografía y Resonancia Magnética. 2. Extracción de litiasis por enterotomía.

Discusión: El Síndrome de Bouveret es una causa infrecuente de íleo biliar (1-3%) manifestada como obstrucción gástrica secundaria al impacto de cálculo en el duodeno, por fístula colecistoduodenal o coledocoduodenal. Es más frecuente en mujeres de edad avanzada, como es el caso que presentamos. Presenta una clínica inespecífica, los síntomas más frecuentes dolor abdominal, náuseas y vómitos. Aunque se han descrito técnicas endoscópicas, el tratamiento de elección es quirúrgico, pero existen controversias en cuanto a la actuación sobre la vesícula y la fístula. La extracción del cálculo con resolución del cuadro agudo y cirugía sobre la vesícula y la fístula en un solo tiempo, se recomienda en caso de colecistitis aguda o empiema concomitantes, o pacientes de bajo riesgo quirúrgico sin alteraciones anatómicas de la vía biliar. En pacientes de alto riesgo, comorbilidades grave o mala situación clínica diferir la colecistectomía y reparación de fístula.

220011. TERATOMA QUÍSTICO MADURO CON TORSIÓN TUBOOVÁRICA SIMULANDO APENDICITIS AGUDA

A Cisneros-Ramírez, J Gómez-Sánchez, J Ramos-Sanfiel, S Delgado-Carrasco, B Mirón-Pozo

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

Introducción: Los teratomas de ovario son los tumores ováricos benignos más frecuentes, pueden asociar varias complicaciones, entre ellas la más frecuentes es la torsión. Se presenta el caso de una mujer con teratoma quístico de ovario derecho torsionado simulando una apendicitis aguda.

Caso clínico: Mujer de 16 años que consultó por dolor en fosa iliaca derecha de 3 días de evolución asociando náuseas y febrícula. A la exploración destacaba dolor en fosa iliaca derecha con rebote positivo. Analíticamente presentaba elevación de reactantes de fase aguda. Se complementó con ecografía que informaba de apendicitis aguda evolucionada.

Se realizó laparoscopia exploradora evidenciando ovario derecho de 7cm, necrótico, torsionado con 4 giros al igual que la trompa ipsilateral, sobre el eje del infundíbulo-pélvico derecho, debido al aumento de tamaño que presentaba el ovario. El apéndice vermiforme se encontraba congestivo por contacto con zona inflamatoria ginecológica. Se realizó apendicectomía profiláctica y tras valoración por Ginecología se efectuó detorsión del ovario y trompa con posterior anexectomía derecha. Se constató tumoración en ovario derecho de aspecto heterogéneo.

Tras un postoperatorio favorable fue alta hospitalaria a las 48 horas. En revisión ginecológica la paciente se mantiene asintomática, con ciclos menstruales regulares y la anatomía patológica diferida informó de Teratoma quístico maduro en ovario derecho.

Discusión: El teratoma quístico maduro es la neoplasia ovárica más frecuente representando el 30% de los tumores benignos de ovario. Afecta a mujeres en edad reproductiva y suelen ser asintomáticos, aunque pueden asociar complicaciones como la torsión (16%, más frecuente), la rotura (1-4%) o la degeneración maligna (1-2%).

En caso de presentarse una complicación, como la rotura o la torsión del teratoma, el cuadro se presenta como un abdomen agudo quirúrgico, con síntomas inespecíficos similares a otras patologías agudas, entre ellas la más frecuente es la apendicitis aguda, como ocurrió en nuestro caso.

El diagnóstico por imagen juega un papel esencial junto con la valoración ginecológica para evitar retrasar el diagnóstico, que conlleva conservar la función ovárica.

Además, la torsión ovárica es la quinta causa más común de urgencias ginecológicas requiriendo una intervención quirúrgica urgente. En nuestro caso se realizó una anexectomía derecha tras la detorsión ovárica, consensuado previamente con la familia, dado los hallazgos intraoperatorios sugerentes de tumoración.

Por tanto, ante una mujer con dolor abdominal debemos recordar que algunas patologías ginecológicas pueden presentarse simulando una apendicitis aguda.

220012. FÍSTULA ENTERO-ENTÉRICA TRAS COLECTOMÍA DERECHA.

I Mirón Fernández, J Carrasco Campos, I González Poveda, M Ruiz López, JA Toval Mata, S Mera Velasco

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

Introducción: Las complicaciones tras una cirugía resectiva de colon son ampliamente conocidas (sangrado, dehiscencia, lesión ureteral, íleo paralítico, absceso intraabdominal, infección de herida). Si bien, en ocasiones encontramos complicaciones más infrecuentes. Presentamos el caso de una paciente que desarrolló una fístula íleo-duodenal en el postoperatorio tardío.

Caso clínico: Mujer de 64 años, diagnosticada de neoplasia de ciego. Se realizó hemicolectomía derecha abierta. Postoperatorio inmediato sin incidencias. Resultado de adenocarcinoma poco diferenciado e infiltrante con márgenes libres, afectación de 8/23 ganglios(pT3N2bMx). Inicia tratamiento con Xelox. A los 4 meses, la paciente comienza con dolor abdominal por lo que se realiza un TAC que muestra una fístula entre el muñón ileal de la anastomosis y la tercera porción duodenal, con una colección adyacente en la fascia pararenal derecha. Se instaura antibioterapia y se realiza EDA que evidencia a 2cm de la papila orificio fistuloso de unos 5-6mm con salida de heces por el mismo. Las biopsias resultan negativas. TAC control con resolución de la colección. Se decide colocación de clip ovesco OSTC vía endoscópica. Previo al inicio de tolerancia, se realiza nuevo TAC que ve persistencia del paso de contraste. Una nueva endoscopia continúa objetivando el orificio fistuloso detrás de ovesco por lo que se coloca hemoclip. La paciente inicia tolerancia y es dada de alta. A los 2 meses en TAC de control con contraste oral no se evidencia fístula.

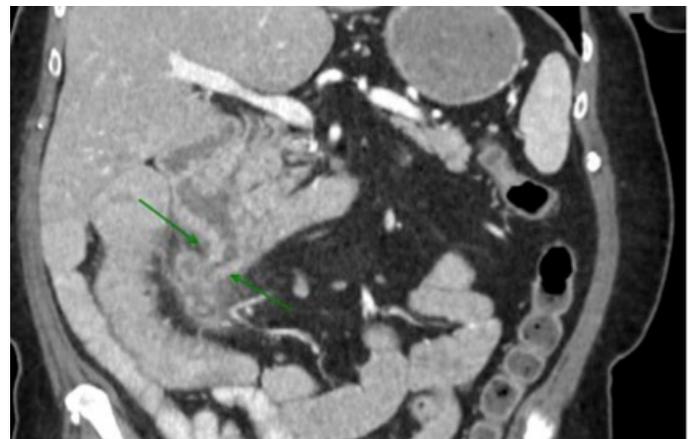


Figura 1 Fístula íleo-duodenal.



Figura 1 Colección fascia lateroconal derecha.

Discusión: Las fistulas enteroentéricas tras cirugía abdominal son una infrecuente complicación. En nuestra paciente la unión del muñón del intestino delgado a la tercera porción duodenal podría haberse debido al decúbito de las grapas que se utilizan para la sección del asa intestinal. Hace años este tipo de complicación habría condicionado a la paciente una reintervención quirúrgica, sin embargo, actualmente contamos con otras formas de tratamiento más conservador como la terapéutica endoscópica que debemos valorar.

220013. METÁSTASIS DE MELANOMA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

S Martín Arroyo, D Raposo Puglia, S Macmathuna, WM Sánchez Bautista, C Medina Achirica

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

Introducción: La invaginación intestinal (intususcepción) en el adulto es rara, representando del 1 al 5% de las obstrucciones intestinales. Al contrario de lo que ocurre en la edad infantil, en el adulto la causa de la invaginación intestinal se identifica en un 90% de los casos.

La mayoría de las invaginaciones se producen en el intestino delgado y suelen ser benignas en un 50-75% de los casos. Las etiologías más frecuentes son divertículo de Meckel, adherencias o tumores benignos (hiperplasia linfoide, lipomas, leiomiomas o hemangiomas). Con respecto a la etiología maligna, la causa más frecuente es la metastásica. Siendo el melanoma el cáncer que más metastatiza en intestino delgado (50-70%)¹

La presentación clínica es muy inespecífica; siendo el síntoma predominante el dolor abdominal, seguido de obstrucción y masa palpable. De ahí que en muchas ocasiones no se llegue al diagnóstico preoperatoriamente.

Si se sospecha, la prueba de imagen de elección sería la TAC; donde se observaría el signo de la diana o pseudoriñón, consistente en dos anillos radiolúcidos concéntricos.

El tratamiento depende de la clínica, siendo necesaria la cirugía si la intususcepción está produciendo una obstrucción intestinal o hay signos de sufrimiento. Si se opta por manejo conservador, se deberá hacer seguimiento y estudio al paciente debido al riesgo de patología maligna.

Caso clínico: Paciente mujer de 43 años con AP de melanoma que acude a urgencias por dolor abdominal intenso de 72 horas de evolución. Análiticamente con neutrofilia y PCR elevada. A la exploración, abdomen doloroso, con defensa a en hemiabdomen derecho.

Ante la no mejoría del dolor pese al tratamiento se decide TAC urgente, que evidencia invaginación ileoileal en meso-hipogastrio que origina cambio de calibre con signos de sufrimiento de asas.

Dados los hallazgos, se decide intervención quirúrgica urgente, identificando la invaginación descrita en TAC y realizando sección de la misma y anastomosis ileoileal manual.

La paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al 4º día postoperatorio.

El resultado de AP evidenció metástasis de melanoma como causa de la invaginación.



Figura 1

Intususcepción por metástasis de melanoma, lo que origina cuadro de obstrucción intestinal.

Discusión: La intususcepción es una patología frecuente en la edad infantil, con tratamiento no quirúrgico en la mayoría de los casos. Sin embargo, en los adultos al ser poco frecuente y con clínica inespecífica no siempre se sospecha ni se trata adecuadamente. Con este caso queremos introducir una patología a tener en cuenta ante en el diagnóstico diferencial de un paciente con obstrucción intestinal. Los cirujanos debemos estar familiarizados con la etiología, diagnóstico y tratamiento de las invaginaciones intestinales

220014. HERNIA PERINEAL RECIDIVADA CON RESECCIÓN INTESTINAL VÍA PERINEAL

AI Fernández Sánchez, J Carrasco Campos, I González Poveda, M Ruiz López, JA Toval Mata, S Mera Velasco

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

Introducción: El cáncer colorrectal es una patología cuya incidencia está en aumento, lo que conlleva un incremento de las resecciones intestinales asociadas. La incidencia de hernia perineal tras una amputación abdominoperineal varía según las series entre el 1 y el 26%.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 69 años diagnosticada de neoplasia de recto medio, requiriendo en 2016 amputación abdominoperineal, y en 2018 la reparación de una hernia perineal objetivada durante el seguimiento, con colocación de malla tipo Ventralex. Consulta en 2019 por sospecha de recidiva de hernia perineal que se confirma mediante RMN. Se decide reintervención quirúrgica, evidenciando dentro del saco herniario un bucle de asas de intestino delgado adheridas a malla previa. Se reseca y se realiza una anastomosis mecánica laterolateral vía perineal con colocación de malla tipo Proceed. Postoperatorio marcado por íleo paralítico, dada de alta tras resolución.



Figura 1

Bucle de asas de intestino delgado adherido a malla.

Discusión: Aunque no existe consenso en la literatura sobre el vía de abordaje de elección para la reparación de hernias perineales, el abordaje perineal ofrece buenos resultados en la mayoría de los pacientes y evita la morbilidad asociada a la vía abdominal. Por otro lado, en cuanto al abordaje abdominal, se indica cirugía mínimamente invasiva en hernias recidivadas en las que es necesario revisar el paquete intestinal.



Figura 2

Anastomosis mecánica laterolateral vía perineal.



Figura 3

Colocación de nueva malla tipo Proceed.

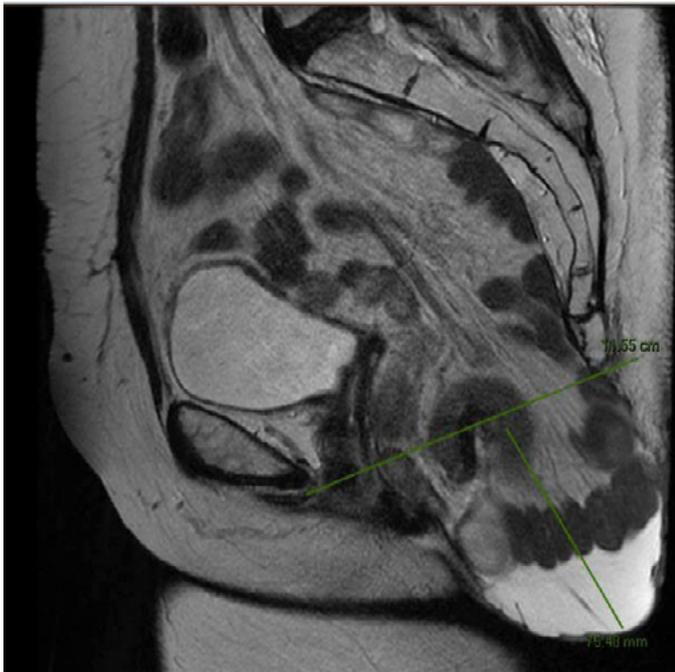


Figura 4

RMN hernia perineal recidivada.

220016. PERFORACIÓN ILEAL SECUNDARIA A HERNIA TRANSEPILOICA ESPONTÁNEA ESTRANGULADA

M Pitarch Martínez¹, AV Pérez Baena², T Prieto-Puga Arjona¹, A del Rey Moreno¹, FJ Pérez Lara¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Antequera, Antequera. ²Servicio Radiodiagnóstico. Hospital Comarcal de Antequera, Antequera.

Introducción: La hernia interna es una entidad relativamente infrecuente causante de hasta un 5,8% de los cuadros de obstrucción intestinal. La localización transepiiloica del orificio es muy infrecuente. En el adulto son mayoritariamente adquiridas, tras cirugía abdominal previa o traumatismos penetrantes, aunque se ha descrito la atrofia omental en pacientes ancianos sin antecedentes quirúrgicos como desencadenante de este tipo de hernias de forma espontánea.

Caso clínico: Varón de 58 años con antecedente de parálisis cerebral infantil, estreñimiento crónico funcional y sin antecedentes quirúrgicos previos, que consulta por cuadro de 3 días de evolución de dolor abdominal difuso, distensión abdominal y ausencia de tránsito intestinal. Consultó 2 días antes por la misma clínica y fue tratado con enemas por sospecha de fecaloma. A su llegada se encuentra en situación de shock séptico con abdomen en tabla, realizándose TC abdominal que se informa como neumoperitoneo y líquido libre abundante, con dilatación de intestino delgado sin objetivar causa. Se realiza laparotomía exploradora urgente, objetivando peritonitis fecaloidea difusa y hernia interna transepiiloica (a través de ligamento gastrocólico) por la que se introduce segmento en bucle de unos 25cm de íleon terminal hacia la transcavidad de los epiplones, estrangulada y con perforación en uno de los anillos de constricción,

produciendo secundariamente dilatación del intestino delgado proximal. Se realiza resección intestinal, lavado de cavidad y cierre del defecto en el epiplon menor. El paciente falleció 48h más tarde en situación de fracaso multiorgánico.

Discusión: El diagnóstico preoperatorio de las hernias internas transepiiloicas es difícil debido a la inespecificidad de los síntomas y los hallazgos radiológicos, los cuales son variables y sutiles, siendo particularmente sugestiva la localización periférica o no habitual de las asas de delgado. En nuestro caso, se revisaron las imágenes del TC tras la cirugía, evidenciando la ubicación anómala de un segmento intestinal en la transcavidad de los epiplones (**Figura 1**).



Figura 1

Íleon terminal (rodeado con círculo) ubicado en transcavidad de los epiplones introducido por ligamento gastrocólico.

Por todo lo anterior, y como ocurrió en nuestro paciente, a menudo ocurre un retraso en el diagnóstico que a su vez conlleva que se evidencie con cierta frecuencia isquemia intestinal irreversible durante la cirugía con la correspondiente elevada morbi-mortalidad.

El tratamiento quirúrgico consiste en la reducción del segmento intestinal herniado, la resección intestinal en caso de necrosis o perforación, y el cierre del defecto omental.

En conclusión, el tratamiento quirúrgico precoz basado en una alta sospecha clínico-radiológica puede reducir la morbi-mortalidad en pacientes con hernias internas transepiiloicas.

220017. EL PROBLEMA DE LAS LITIASIS PERDIDAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

MB Cano Pina, R Forneiro Pérez, MÁ García Martínez, T Gallart Aragón, B Mirón Pozo

Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: La colecistectomía es la cirugía abdominal electiva más común, el gold standard es la técnica laparoscópica, la cual presenta importantes ventajas frente al abordaje laparotómico, no

obstante, es frecuente la perforación iatrogénica de la vesícula biliar (20-40% de los casos) provocando con ella la salida de bilis y litiasis (10-20%). Si estas quedan abandonadas en la cavidad abdominal pueden producir complicaciones tardías, siendo el absceso intraabdominal la más frecuente.

Caso clínico: Varón de 43 años, obeso e hipertenso, que acude a Urgencias por fiebre de 20 días de evolución sin otra clínica asociada. Analíticamente destaca PCR 269, procalcitonina 6.8, 23000 leucocitos y neutrofilia. Se realiza TC de abdomen que informa de colecistitis aguda gangrenosa complicada con abscesos parietales que infiltran el parénquima hepático. Ante dichos hallazgos, se interviene de manera urgente realizándose colecistectomía laparoscópica con conversión debido a la gran inflamación. Durante la cirugía se produjo la apertura iatrogénica de la vesícula provocando la salida de litiasis milimétricas que se recuperaron en su práctica totalidad. En el sexto día postoperatorio, el paciente refiere dolor inguinal derecho súbito tras realizar un pequeño esfuerzo. A la exploración se evidencia una tumoración de aproximadamente 5 cm, irreductible, compatible con hernia inguinocrural derecha encarcerada. Se interviene y, al realizar la apertura del cordón espermático, se evidencia un saco herniario engrosado con únicamente cálculos biliares en su interior (figura 1).

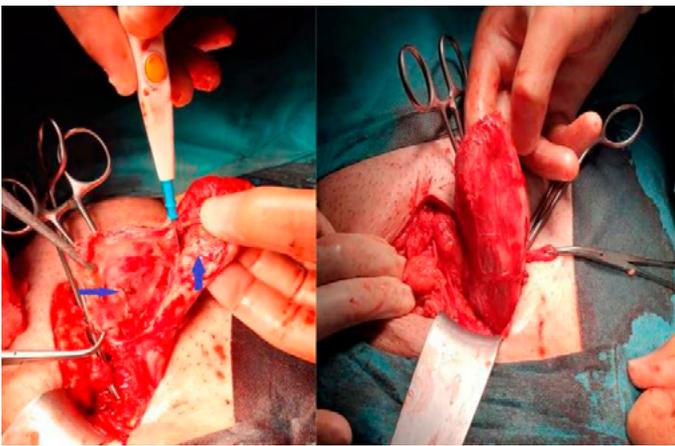


Figura 1

Saco herniario con litiasis en su interior.

Discusión: En caso de producirse la apertura iatrogénica de la vesícula biliar con salida de cálculos, se recomienda cierre del orificio, lavado exhaustivo y extracción de todas las litiasis posibles (hasta en un tercio de los casos pueden persistir). Los cálculos intraperitoneales no producen síntomas en un 90% de los casos, no obstante, pueden cursar con la formación de abscesos intraabdominales, obstrucción o perforación intestinal, dolor pélvico crónico o la migración y expulsión de cálculos a través de incisiones de trócares. Estas complicaciones suelen presentarse tras un largo periodo de latencia. Se han identificado ciertos factores que aumentan el riesgo como son la presencia de bilis infectada, cálculos pigmentarios o mixtos debido a una mayor colonización bacteriana que en los de colesterol, múltiples cálculos (más de 15) o un tamaño superior a 1.5 cm.

Es importante realizar un seguimiento estrecho de los pacientes con cálculos abandonados en la cavidad peritoneal. Ante la aparición de los primeros síntomas, una actuación rápida ayudará a reducir las consecuencias de un retraso en el diagnóstico.

220018. COMPLICACIONES DE LA EVENTROPLASTIA CON MALLA DE PPL. PSEUDOQUISTE ABDOMINAL GIGANTE A PROPÓSITO DE UN CASO.

MB Cano Pina, B Alejandro Ovejero, T Gallart Aragón, J García Rubio, B Mirón Pozo

Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: Las complicaciones más frecuentes tras la eventroplastia son la formación de seroma, hematoma e incluso absceso. Menos habitualmente, aunque más frecuente de lo esperable, se encuentra la formación de un pseudoquiste abdominal. Esta entidad se define como una colección líquida no delimitada por epitelio, que puede ser resultado de una respuesta inflamatoria secundaria a un proceso crónico patológico.

Caso clínico: Varón de 54 años, obeso y diabético insulinodependiente, intervenido de gran eventración a nivel de la línea media supraumbilical realizándose eventroplastia con malla de PPL de 30x30 cm según técnica de Chevrel. Durante 3 años precisa drenaje percutáneo de seroma a nivel de la cicatriz con salida de abundante líquido serosanguíneo. Se realiza TC abdominal que descarta otras complicaciones, por lo que se decide intervenir de forma programada (figura 1).



Figura 1

Seroma previo a la cirugía.

Se realiza incisión elíptica rodeando la cicatriz previa supraumbilical. Se evidencia gran seroma quístico de unos 20 x 30 cm de base y 10 cm de altura (figura 2), que contiene aproximadamente 3 litros de líquido seroso oscuro y fibrina oscura. Se envía muestra del líquido a microbiología, y se extirpa en bloque toda la cápsula del seroma (que se envía a anatomía patológica) (figura 3) sin necesidad de extirpar la malla, que queda expuesta y sin restos de cápsula. Se dejan dos drenajes aspirativos a nivel subcutáneo.

Discusión: El diagnóstico del pseudoquiste abdominal es esencialmente clínico. Sin embargo, el uso de técnicas radiológicas como la TC abdominal, ha supuesto un gran avance en la caracterización de la lesión previa a la cirugía, siendo útil en el diagnóstico diferencial con la recidiva herniaria.

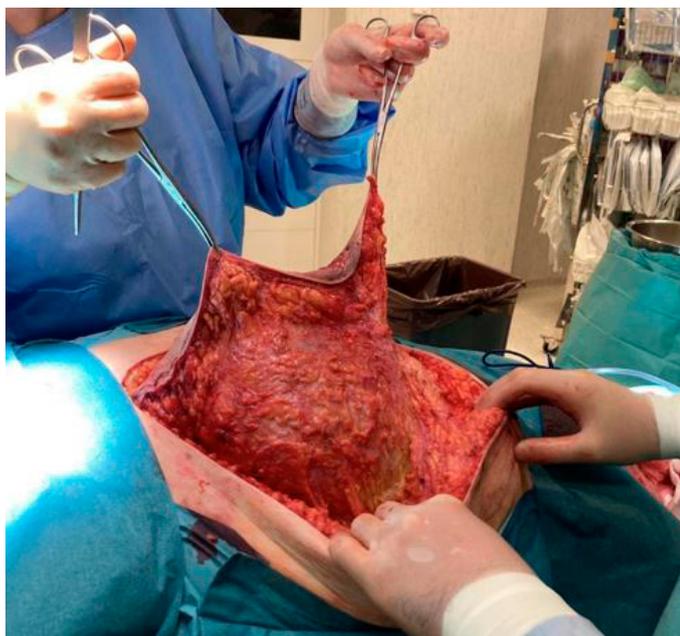


Figura 2 Discección de tejido subcutáneo que envuelve al pseudoquiste.



Figura 3 Cápsula de pseudoquiste ya drenado.

Se ha demostrado que el único tratamiento definitivo es la cirugía con resección completa de la cápsula, no siendo necesaria la extracción de la malla si se encuentra en buen estado. Las punciones evacuadoras constituyen una medida paliativa, pues el riesgo de recidiva es alto dado que se suele aspirar de forma incompleta debido a su alta densidad y trabeculación.

Es fundamental implementar medidas antes, durante y tras la intervención que disminuyan el riesgo de formación de pseudoquiste abdominal: corregir el sobrepeso antes de someterse a una intervención quirúrgica, evitar grandes disecciones, limitar el uso de electrocauterio, limitar la cantidad de material protésico en contacto con el tejido celular subcutáneo, colocar drenajes aspirativos (así como evitar la retirada precoz de los mismos) y realizar compresión de la herida en el postoperatorio inmediato.

220019. APENDICITIS AGUDA QUE SIMULA TRATARSE DE DIVERTICULITIS AGUDA VS NEOPLASIA DE SIGMA

MB Cano Pina, R Forneiro Pérez, I Lendínez Romero, B Mirón Pozo

Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada.

Introducción: La indicación quirúrgica urgente más frecuente es la apendicitis aguda, siendo esta una de las causas más comunes de abdomen agudo. Actualmente, el tratamiento de elección es la apendicectomía (vía laparoscópica o laparotómica). No obstante, existen varios ensayos europeos que contemplan el tratamiento conservador de la misma, consistente en antibioterapia, prescindiendo de la cirugía. El diagnóstico diferencial de esta patología en pacientes añosos abarca múltiples afecciones intraabdominales como la diverticulitis colónica aguda, la colecistitis aguda, las neoplasias gastrointestinales y la perforación de úlcera péptica.

Caso clínico: Mujer de 83 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes, que acude a Urgencias por dolor en hipogastrio de 5 días de evolución sin otra clínica asociada. Analíticamente destaca PCR 322, 23.000 leucocitos y neutrofilia 85%. Se realiza TC de abdomen que evidencia engrosamiento parietal de unos 9 cm de colon sigmoide con burbujas de aire extraluminal asociadas adyacentes al apéndice cecal (**Figura 1**), informando de la sospecha de diverticulitis aguda complicada versus neoplasia sigmoide perforada. Por ello, se interviene de forma urgente realizándose una laparotomía media. En quirófano se observa un plastrón inflamatorio que engloba apéndice cecal y sigma, ambos con signos gangrenosos, lo que dificulta el diagnóstico diferencial de la afección. Finalmente se realiza apendicectomía y sigmoidectomía concomitante.

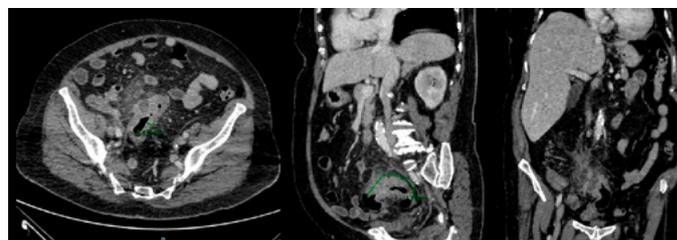


Figura 1 TC abdominopélvico con contraste iv.

El informe anatomopatológico concluye un posible origen apendicular, debido a la inflamación transmural con perforación asociada del apéndice cecal, y la ausencia de divertículos/neoplasia en sigma a pesar de su afectación mural.

Discusión: La diverticulitis aguda se encuentra entre los diagnósticos diferenciales de la apendicitis aguda. Por ello, además de una correcta anamnesis y una adecuada exploración física, en caso de duda podemos apoyarnos en pruebas de imagen como la ecografía y la TC. El valor predictivo de la ecografía ronda el 97,4% y el de la TC es cercano al 100%, lo que ha conllevado una disminución significativa en la realización de laparotomías “en blanco”. Sin embargo, como se refleja en este caso, una apendicitis aguda complicada y evolucionada puede cursar con afectación de órganos vecinos, generando dudas en el diagnóstico a pesar de las pruebas complementarias. Por lo tanto, ante un abdomen agudo quirúrgico, se deben contemplar todas las posibilidades diagnósticas para poder así actuar adecuadamente en cada caso.

220020. PERFORACIÓN YEYUNAL POR HERNIA INTERNA

A Alberca Páramo¹, Á Ramiro Sánchez², A Rodríguez Cano², E Antonaya Rubia², N Palomino Peinado², R Molina Barea², A Cózar Ibáñez²

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

Introducción: La hernia interna es la protrusión de una víscera a través de una apertura peritoneal o mesentérica.

Caso clínico: Paciente mujer de 82 años de edad que acudió a urgencias por distensión abdominal y vómitos tras ingesta abundante previa, sin tránsito desde hacía 2 días e incapacidad de ingesta por vómitos. Antecedentes de apendicectomía en la infancia. Abdomen distendido sin signos de irritación peritoneal y TC abdominal con dilatación de asas de intestino delgado, íleon terminal de calibre normal y abundante líquido libre intraperitoneal.

Se ingresó por cuadro suboclusivo con medidas conservadoras (SNG y dieta absoluta), tras inicio de tolerancia la paciente empeoró clínicamente. Se repitió TC abdominal con evidencia de perforación de víscera hueca por lo que se decidió intervención quirúrgica urgente, en la cual se evidenció peritonitis purulenta por perforación yeyunal. Durante la laparotomía se objetivó el asa de yeyuno introducido en mesocolon transversal con perforación de toda la circunferencia yeyunal. Se realizó resección de 20-30 cm de yeyuno afecto y anastomosis laterolateral isoperistáltica con endoGIA y sutura intestinal con vycril de 3-0. Tras la intervención la paciente evolucionó favorablemente iniciándose tolerancia al 2º día postquirúrgico y tránsito a heces al 4º día postquirúrgico, siendo dada de alta al 6 día postquirúrgico sin incidencias.

Discusión: El orificio herniario puede ser una estructura anatómica u originarse tras cirugía, trauma, inflamación o problemas circulatorios. La incidencia de las hernias transmesocólicas es del 8%.

El diagnóstico prequirúrgico es difícil puesto que la clínica puede ser asintomática o intermitente con episodios de distensión abdominal, dolor postprandial periumbilical recurrente, náuseas, vómitos... Deberá sospecharse ante obstrucción intestinal en paciente sin EII, hernia externa o cirugía previa.

Las hernias transmesocólicas se clasifican en 3 tipos: I (transmesocólica: tras cirugía bypass gástrico), II (defecto del mesenterio del intestino delgado) y III (Peterson, a través del mesocolon transversal, entre el arco vascular de la cólica media y la izquierda).

La TC puede mostrar asas intestinales agrupadas próximas a la pared abdominal, desplazamiento de vasos mesentéricos con enrollamiento y aumento del calibre de los mismos, con desplazamiento marcado del tronco principal. Estas hernias no suelen presentar saco herniario.

La indicación de laparotomía ante sospecha de hernia interna debe ser precoz para disminuir el riesgo de resección y de mortalidad. La tasa de mortalidad es del 20-73%. Se deberá valorar el asa herniada y realizar cierre del defecto herniario, si las asas recuperan su coloración pueden ser viables y en caso contrario deberemos realizar resección del segmento afecto con anastomosis.

220021. CUERPO EXTRAÑO EN DUODENO COMO CAUSANTE DE TAPONAMIENTO CARDÍACO

A Alberca Páramo, R Molina Barea, E Antonaya Rubia, A Rodríguez Cano, P Ruiz Frías, A Bastidas Rodríguez, A Cozar Ibáñez

Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén

Introducción: El taponamiento cardíaco es una alteración grave del funcionamiento del corazón debido a un derrame que comprime el mismo e impide su funcionamiento.

Caso clínico: Paciente varón de 41 años de edad institucionalizado por esquizofrenia paranoide y retraso mental moderada que acude a urgencias por taquicardia a 180 lpm que no mejora tras adenosina y amiodarona. Se realiza ecografía transtorácica (ETT) que objetiva derrame pericárdico con signos de taponamiento cardíaco, que se drena mediante pericardiocentesis (1 litro de sangre). Tras estabilización hemodinámica el paciente pasa a planta dónde es estudiado por pérdida de peso, anemia y síndrome constitucional.

Se solicita TC body dónde se objetiva una cuchara en 2ª porción duodenal. Se consulta con Digestivo que descartan extracción endoscópica por la localización del mismo, por lo que avisan a Cirugía.

Abdomen blando, depresible no doloroso a la palpación sin signos de irritación peritoneal.

Ante dichos hallazgos en TC se decide realizar laparotomía exploradora para extracción de la cuchara. Se realiza apertura de antro gástrico y extracción de la cuchara enclavada en región hepática y en 2ª porción duodenal. Rafia gástrica y epiploplastia. Se deja SNG y drenaje.

Posteriormente el paciente evoluciona favorablemente, iniciándose tolerancia al 5 día postquirúrgico con tránsito positivo.

Posteriormente el paciente fue ingresado por abscesos hepáticos que fueron tratados con ATB iv y evolución favorable. Sin objetivar nuevos episodios cardíacos.



Figura 1
Cuerpo extraño.

La clínica característica es hipotensión, cansancio, dificultad respiratoria, pérdida de consciencia....

La ETT permite realizar diagnóstico, clasificación y terapéutica (pericardiocentesis).

El tratamiento consiste en la extracción del contenido que comprime el corazón mediante la pericardiocentesis.

La ingestión de cuerpos extraños en la 2ª causa más frecuente de indicación de endoscopia urgente. Es más frecuente en niños <5 años. El 20% quedan alojados en esófago, 60% en estómago y 11% en intestino delgado.

Se recomienda extracción con endoscopia y en caso de imposibilidad se realizará intervención quirúrgica, dependiendo siempre del tamaño del objeto, la localización y la composición del mismo.

En nuestro caso, el tamaño de la cuchara impedía su progresión por el duodeno por lo que quedo encajada en la 2ª porción hacia región hepática provocando compresión hacia el tórax, pudiendo ser causa del taponamiento cardíaco.

220022. SCHWANNOMA RETROPERITONEAL. CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL.

M Chaparro Mirete¹, G Cabello Calle¹, MD Hernandez García¹, E Dabán Collado², B Mirón Pozo¹

¹Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada. ²Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada.

Introducción: Los Schwannomas abarcan el 5% de los tumores mesenquimales. La mayoría se originan en los pares craneales o médula espinal. Menos frecuentemente se han descrito en cavidad peritoneal y mediastínica.

Caso clínico: Mujer de 74 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor abdominal compatible con cólico biliar. Se realiza analítica que es anodina, pero ante clínica persistente se deriva a consulta con TC abdominal programada, que muestra masa retroperitoneal adyacente a cabeza pancreática y en íntimo contacto con 2-3ª porción duodenal, de heterogeneidad solidoquística, sin aparente invasión a distancia (**Figura 1**). Se realiza endoscopia donde se aprecia contacto de la masa con pared duodenal, pero sin invadirla y se toma PAAF que sugiere neoplasia mesenquimal de bajo grado, estudio inmunohistoquímico inconcluyente, con diagnóstico de GIST o Leiomioma como primera posibilidad (**Figura 2**). Finalmente se solicita Colangio-RM que no muestra una clara relación con páncreas y apoya el probable origen duodenal o GIST (**Figura 3**).

Se presenta el caso en comité de tumores hepatobiliares decidiéndose cirugía: Exéresis o duodenopancreatectomía cefálica, según relación anatómica y hallazgos intraoperatorios.

Se interviene a la paciente realizándose laparotomía exploradora evidenciando tumoración de 12cm redondeada, que contacta con 2 y 3ª porción duodenal, proceso uncinado, cava, vena gonadal y renal derechas, pero sin infiltración de las mismas y sin clara dependencia

Discusión: El taponamiento cardíaco produce un deterioro del llenado cardíaco que puede provocar un shock cardíaco.

Las causas más frecuentes de derrame cardíaco que puedan provocar un taponamiento son tumores, pericarditis aguda, insuficiencia renal, complicación tras procedimientos: colocación de marcapasos, cateterismos cardíacos o cirugía cardíaca, traumatismos cardíacos, rotura cardíaca tras IAM....

de dichas estructuras. Finalmente se consigue resección de la misma (Figura 4).

La paciente evoluciona de forma favorable siendo alta al quinto día postoperatorio.

La anatomía patológica definitiva arroja un Schwannoma con cambios degenerativos, pseudoencapsulado y con áreas quísticas.

Actualmente, tras un año y medio de la cirugía, se encuentra libre de enfermedad.



Figura 1

TC abdominal con contraste. Masa retroperitoneal heterogénea de unos 12cm inmediatamente inferior a 2-3 porción duodenal.



Figura 2

Ecoendoscopia.

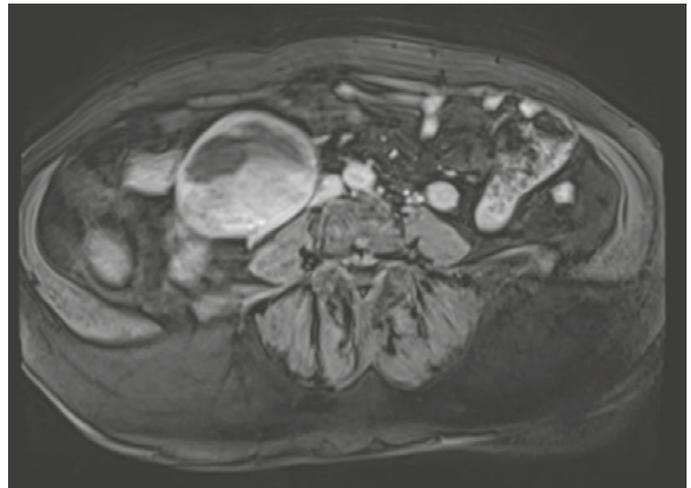


Figura 3

Colangio RM.



Figura 4

Pieza Quirúrgica.

Discusión: Los Schwannomas son tumores benignos compuestos por células de Schwann, que producen la vaina de mielina nerviosa. Conforman hasta el 8% de las tumoraciones intracraneales. Son encapsulados y de crecimiento lento, por lo que no suelen infiltrar tejidos. En cavidad abdominal surgen desde los plexos de Meissner y Auerbach. Aquí, suponen sólo el 1-3%, donde pueden alcanzar gran tamaño de forma asintomática, siendo su diagnóstico incidental. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica con márgenes libres. Recidivan hasta en el 30% y el 1% maligniza formando un neurofibrosarcoma, de pronóstico infausto.

220023. HAMARTOMA MAMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M Pitarch Martínez, T Prieto-Puga Arjona, T Galeote Quecedo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Antequera, Antequera.

Introducción: El hamartoma es una de las tumoraciones benignas de la mama más infrecuentes, con una incidencia entorno al 0,1-0,7%. Está compuesto por tejido glandular mamario, estroma fibroso y tejido adiposo. No se asocian a un mayor riesgo de cáncer, si bien se ha descrito su diagnóstico conjunto como hallazgo incidental.

Presentamos un caso de una paciente con nódulo mamario sintomático que resultó ser un hamartoma.

Caso clínico: Mujer de 47 años que consulta por presentar tumoración mamaria derecha desde hace 2-3 meses, dolorosa y de crecimiento progresivo (produciendo incluso asimetría mamaria). A la exploración se evidencia masa retroareolar bien delimitada de unos 6 cm, móvil, de consistencia elástica. Se realiza mamografía que describe área nodular de gran tamaño retroareolar derecha, que en ecografía se corresponde a masa de ecogenicidad heterogénea de 6 cm la cual se biopsia, con resultado de lesión hamartomatosa con cambios fibroadenomatoides. Se decide exéresis de la lesión evidenciando tumoración encapsulada de consistencia elástica e hipervascularizada de 6,5 cm (Figura 1). El postoperatorio cursó sin incidencias, y en la revisión posterior se objetivó una adecuada simetría mamaria y cicatrización. La anatomía patológica describió una tumoración pseudoencapsulada de 6,5x5x2,5 cm que contiene haces de músculo liso, tejido fibroso y adiposo, así como tejido glandular mamario con ectasia y focos de hiperplasia ductal usual y áreas con hiperplasia pseudoangiomatosa, todo ello compatible con hamartoma.



Figura 1

Hamartoma retroareolar de mama derecha (imagen intraoperatoria).

Discusión: Los hamartomas mamarios suelen ser indolores y de crecimiento lento, e incluso en ocasiones suponen un hallazgo incidental en las mamografías de screening, a diferencia de nuestro caso, el cual tuvo un crecimiento rápido con molestias locales. El principal diagnóstico diferencial sería el fibroadenoma, y en nuestro caso dadas las características clínicas consideramos la posibilidad de un tumor phyllodes.

La imagen mamográfica típica consiste en una masa ovalada bien delimitada con áreas radiolúcidas (grasa) y áreas más densas (tejido fibroso y adenomatoso); mediante ecografía se corresponde con un patrón ecogénico heterogéneo.

El diagnóstico histológico preoperatorio es complejo y debe ser sospechado en base a la correlación clínico-radiológica. Por ello, el hamartoma mamario se considera una entidad infradiagnosticada. Las lesiones contienen tanto elementos epiteliales como mesenquimales, con presencia de tejido adiposo dentro del estroma fibroso. También es común la presencia de cambios pseudoangiomatosos.

En el caso de que exista un diagnóstico histológico preoperatorio, en pacientes asintomáticas se acepta el seguimiento; mientras que en pacientes sintomáticas o con histología dudosa debe optarse por su exéresis.

220024. ASCITIS QUILOSA COMO FORMA DE ABDOMEN AGUDO

S Mansilla Díaz, NS Ávila García, L Pico Sanchez, MT Robles Quesada, JA Blanco Elena

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

Introducción: La ascitis quilosa es la acumulación de líquido linfático en la cavidad abdominal. Es una entidad poco frecuente cuyo manejo es controvertido.

Caso clínico: Mujer de 25 años sin antecedentes. Acude por cuadro de 24 horas de dolor, distensión abdominal, oliguria, hipotensión, taquicardia y abdomen distendido con defensa generalizada. En analítica elevación de reactantes de fase aguda y fallo renal. En TAC de abdomen derrame pleural bilateral y abundante líquido libre. Se decide laparoscopia exploradora objetivando líquido lechoso distribuido ampliamente en los cuatro cuadrantes. Se explora toda la cavidad abdominal sin hallazgos patológicos. Ante la sospecha de ascitis quilosa se decide toma de muestra del líquido para estudio, lavado y colocación de drenajes.

El resultado del líquido ascítico muestra un nivel de triglicéridos >200 mg/d, cultivo negativo y ausencia de células malignas confirmando la sospecha clínica de ascitis quilosa. Inicialmente fue tratada mediante nutrición parenteral (NPT) y octreótide con posterior dieta baja en grasas suplementada con triglicéridos de cadena media (TCM) con buena evolución siendo dada de alta al 8º día postoperatorio.

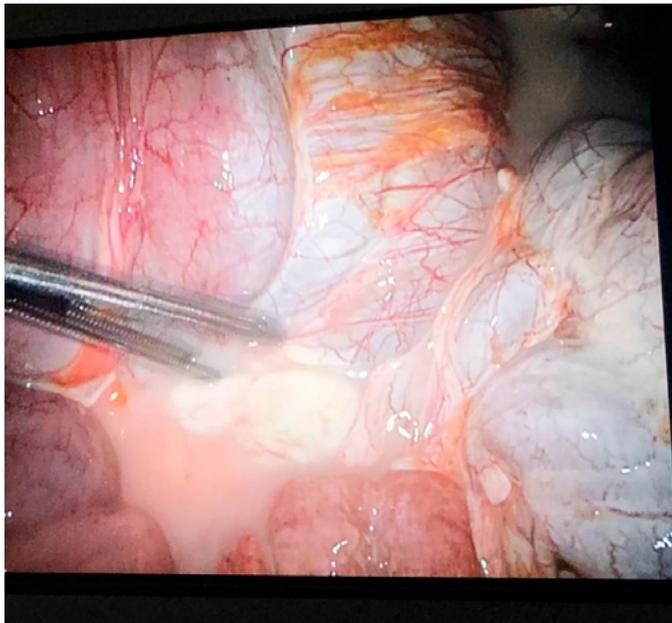


Figura 1

Laparoscopia exploradora.

220025. PERFORACIÓN GÁSTRICA Y LESIÓN ESPLÉNICA IATROGÉNICAS POR GUIA METÁLICA DE SONDA DE ALIMENTACIÓN.

T Vergara Morante, A Nania, A Díaz Granados, AP Martínez Domínguez, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: Múltiples de las actuaciones hospitalarias que realizamos en el día a día pueden provocar iatrogenia. Presentamos el caso de un paciente ingresado en UCI con una complicación extremadamente poco frecuente debido a la colocación de una sonda de alimentación que precisó reparación quirúrgica.

Caso clínico: Paciente varón de 55 años de edad inicialmente en estudio por melenas, que acaba precisando ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos por anemia progresiva e inestabilidad hemodinámica. Durante dicho ingreso, colocación de una sonda de nutrición enteral con guía metálica, que se mantiene introducida para la comprobación radiográfica mediante radiografía de tórax.

Tras esta actuación, el paciente presenta un dolor abdominal súbito, fuerte y continuo en hipocondrio izquierdo, acompañado de cortejo vegetativo, sudoración profusa e inquietud.

A la exploración, el paciente presenta abdomen en tabla, con dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo, y en el TC abdominal con CIV se aprecia un material lineal hiperdenso que discurre a través de la sonda nasogástrica y que, tras salir a través de uno de sus orificios, atraviesa la pared de la curvatura mayor del estómago y parte del polo anterior del bazo, terminando próximo al margen interno de la pared torácica.

Se decide realizar laparotomía exploradora urgente, localizando la perforación gástrica, extrayendo el cuerpo extraño de forma controlada por vía oral, cerrando dicha perforación con sutura reabsorbible de calibre 2/0, y finalmente comprobando la correcta hemostasia del bazo, hasta asegurar ausencia de sangrado activo.



Figura 1

Imagen radiológica de la guía metálica.

Discusión: La ascitis quilosa puede producirse por exudación desde los vasos linfáticos por hiperpresión como en la cirrosis con hipertensión portal, o disrupción producida por linfomas, traumatismos y cirugía como la linfadenectomía retroperitoneal, nefrectomía, DPC y cirugía de la aorta abdominal como causa quirúrgica más frecuente. En países en vía de desarrollo la filariasis y la tuberculosis peritoneal son causas comunes. Existen otras causas congénitas.

El TAC es útil para constatar ascitis e identificar posibles causas. La linfogammagrafía y linfografía puede detectar anomalías retroperitoneales y fugas de linfa. El análisis del líquido peritoneal generalmente por paracentesis incluye estudio citológico para descartar malignidad y microbiológico con cultivo, GRAM y ADA para descartar origen infeccioso. Se acepta el diagnóstico al obtener un líquido lechoso con nivel de triglicéridos > 200mg/dL.

El manejo es controvertido con tasas de éxito del tratamiento conservador entre 67%-100%. Debe utilizarse dieta exenta en grasas pudiendo añadirse TCM. Existen alternativas como nutrición enteral con TCM. La NPT reduce el tiempo de resolución, no existiendo consenso en cuanto a su uso sistemático de inicio. Los análogos de la somatostatina en combinación con la nutrición enteral o parenteral han demostrado beneficio en el cierre de fistulas quilosas. Las alternativas al fracaso del tratamiento conservador incluyen la escleroterapia, shunt peritoneo-venoso y en última instancia la cirugía con ligadura de los vasos causantes de la fuga.

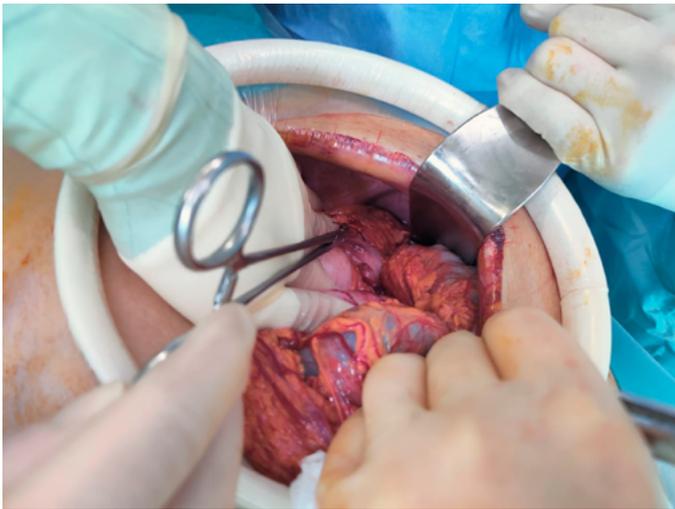


Figura 2

Guía metálica distal tras su extracción del polo anterior esplénico.

Discusión: La causa más frecuente a día de hoy de perforación gástrica ocurre debido a las endoscopias digestivas altas. Sin embargo, debemos sospecharla también tras otros procedimientos invasivos que puedan afectar al estómago. Aunque el pronóstico ha mejorado en los últimos años, un retraso en el diagnóstico y el tratamiento pueden conducir al fallecimiento del paciente, especialmente en pacientes vulnerables.

El traumatismo esplénico, que comúnmente no se lesiona de forma iatrogénica, presenta de igual manera elevada mortalidad.

Las actuaciones que realizamos sobre los pacientes en el ambiente hospitalario no están exentas de riesgos. Ante cualquier empeoramiento clínico tras un procedimiento, debemos sospechar iatrogenia y tratar de realizar un diagnóstico temprano.

220028. PERFORACIÓN DE ÚLCERA DE BOCA ANASTOMÓTICA COMO COMPLICACIÓN DE DPC CON PRESERVACIÓN PILÓRICA

MP Ruiz Frías, A Bastidas Rodríguez, A Reguera Teba, A Cózar Ibáñez

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

Introducción: La duodenopancreatectomía con preservación de píloro es una variante de la cirugía de Whipple que se caracteriza por mantener el estómago intacto con la intención de favorecer el estado nutricional de los pacientes. En la anastomosis gastroyeyunal existe el riesgo de aparición de úlcera marginal (4.6%). Se clasifican en: precoz, primer mes del postoperatorio, o tardía, después del primer año de la cirugía. De inicio, la mayoría suelen tratarse de forma conservadora. Sin embargo, si asocian otras complicaciones como sangrado o perforación requieren medidas invasivas.

A continuación, presentamos un caso clínico de perforación de úlcera de boca anastomótica tardía tras una DPC con preservación pilórica.

Caso clínico: Mujer de 70 años que acude a Urgencias por dolor abdominal agudo de varias horas de evolución. Como antecedentes personales destaca tabaquismo y ampuloma intervenido hace 5 años, se le realizó duodenopancreatectomía con preservación pilórica, sin complicaciones durante el seguimiento.

Se completa el estudio con TC abdomen donde se objetiva neumoperitoneo y líquido libre en la cavidad abdominal. Por tanto, se indica intervención quirúrgica urgente. Encontrándose una úlcera perforada de 1 cm en el lado antimesentérico distal de la gastroyeyunostomía. Se realiza sutura directa del defecto y parche omental. Durante su estancia hospitalaria no se evidenciaron complicaciones inmediatas y fue dada de alta al 8º día postoperatorio tolerando dieta oral.

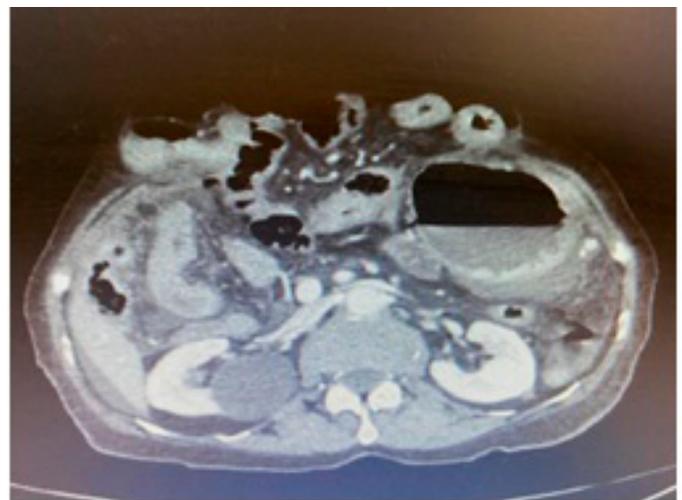


Figura 1

TC abdomen con neumoperitoneo y líquido libre abdominal.



Figura 2

Úlcera marginal perforada en el borde distal de la anastomosis gastroyeyunal.

Discusión: La úlcera de boca anastomótica es una patología poco frecuente en la cirugía de Whipple aunque hay que tener en cuenta por sus graves complicaciones como perforación, de baja incidencia 1.4% y alto riesgo de mortalidad 10%.

Los principales agentes etiopatogénicos implicados son: tabaco (como en nuestro caso), anticoagulación crónica, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), corticoides, infección por *Helicobacter pylori*, el uso de material de sutura no reabsorbible.

La prueba diagnóstica gold estándar es la endoscopia y el mejor tratamiento es la prevención mediante medidas higiénico-dietéticas como dejar de fumar y la toma de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes de alto riesgo. El seguimiento endoscópico es clave para evitar las complicaciones: sangrado o perforación. En caso de esta última, la intervención quirúrgica está indicada siendo posible el abordaje laparoscópico con buenos resultados.

220029. ¿EXISTE LA DIVERTICULITIS AGUDA EN EL APÉNDICE CECAL?

MP Ruiz Frías, R Molina Barea, SC Cárdenas Crespo, A Cózar Ibáñez

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

Introducción: Los divertículos en el apéndice cecal constituyen un hallazgo histológico incidental durante el estudio de la pieza de apendicectomía. La incidencia oscila entre 0.004 y 2.1%. Habitualmente son asintomáticos, pero pueden manifestarse clínicamente como una apendicitis aguda.

A continuación exponemos 2 casos clínicos de abdomen agudo con sospecha de apendicitis aguda que se intervienen de apendicectomía urgente. Posteriormente los informes de anatomía patológica describen como proceso un divertículo apendicular perforado.

Caso clínico: Primer caso, mujer de 44 años que acude a urgencias por dolor abdominal de inicio brusco a nivel periumbilical que se irradia hacia FID. En la exploración física: dolor y defensa en FID con signo de Blumberg positivo. En la ecografía se aprecia imagen tubular que termina en fondo de saco, no compresible, de diámetro 10mm y pequeña cantidad de líquido en la punta. Se realiza apendicectomía laparoscópica visualizándose una apendicitis purulenta sin otras incidencias. El estudio de la pieza identificó un divertículo apendicular roto con salida de material mucinoso y apendicitis aguda concomitante.

Segundo caso, varón de 54 años con dolor abdominal de 1 semana de evolución en FID acompañado de distermia y anorexia. Presenta abdomen doloroso e irritación peritoneal, se decide intervención quirúrgica urgente. Iniciándose el procedimiento laparoscópico, pero por dificultad de liberación del plastrón apendicular se reconvierte a cirugía abierta. El estudio anatomopatológico definió como causa un divertículo apendicular roto con marcada reacción inflamatoria aguda y crónica.

Discusión: La enfermedad diverticular del apéndice es una entidad poco frecuente. La localización más típica es en el tercio distal y su principal complicación es la perforación cuyo cuadro



Figura 1

Ecografía abdominal en FID (corte transversal): Signo de la diana.



Figura 2

Ecografía abdominal en FID (corte horizontal).

clínico es indistinguible de una apendicitis aguda. El diagnóstico suele ser casual, tras el estudio anatomopatológico de la pieza de apendicectomía. Se cuestiona si radiólogos expertos pueden realizar diagnóstico diferencial mediante ecografía o TC, sin embargo, no tiene repercusión en cuanto a la actitud terapéutica. El tratamiento indicado es la apendicectomía.

Phillips propuso una clasificación: tipo 1 diverticulitis primaria, tipo 2 diverticulitis aguda secundaria a apendicitis aguda, tipo 3 divertículo sin inflamación, tipo 4 divertículo con apendicitis y tipo 5 peridiverticulitis crónica con apendicitis aguda. Según estas descripciones, los casos clínicos presentados corresponden al tipo 4.

En resumen, ante la sospecha de apendicitis aguda se indica apendicectomía de urgencias. El diagnóstico definitivo será determinado por el estudio histológico con la baja posibilidad de diverticulitis del apéndice cecal como etiología del cuadro clínico.

220031. MANEJO DE LOS TUMORES METASTÁSICOS NO KRUKENBERG DE ORIGEN RECTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

L Sobrino Brenes, E Guarnieri, A Cano Matías, C Torres Arcos, J Valdés Hernández, A Pérez Sánchez, J Cintas Catena, F Del Río Lafuente, JC Gómez Rosado

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

Introducción: La mayoría de los tumores metastásicos no Krukenberg de ovario son originados en el tracto gastrointestinal y de ellos, las metástasis ováricas por cáncer colorrectal se presentan en un 3-8%. En el 50% de los casos la presentación es bilateral como manifestación de enfermedad diseminada que empeora el pronóstico. Son más frecuentes en mujeres premenopáusicas. Son metástasis que presentan una quimiorresistencia alta con una tasa de respuesta <20%, y presentan un peor pronóstico con respecto a las metástasis en otros órganos.

Caso clínico: Mujer de 64 años intervenida en 2011 de hemicolectomía derecha y anastomosis ileocólica por adenocarcinoma de colon transverso estadio IIA sin adyuvancia. A los 8 años de seguimiento, se diagnostica de un adenocarcinoma de recto medio estadio IV con metástasis pulmonar única y masas anexiales bilaterales (en ovario izquierdo de 10 cm y en ovario derecho de 5 cm) que condicionan una ureterohidronefrosis grado IV bilateral. Se presenta el caso en comité multidisciplinar y se decide laparotomía exploradora. Se realiza una resección anterior baja de recto con colostomía terminal asociada a histerectomía con doble anexectomía, sin complicaciones. El estudio anatomopatológico confirma la existencia de un adenocarcinoma con áreas mucinosas pT2N0 con metástasis ováricas bilaterales y citología de líquido ascítico positiva. Recibe una primera línea de quimioterapia adyuvante con Irinotecan, con progresión pulmonar a los 19 meses. Actualmente estable en tratamiento desde hace 8 meses con una segunda línea de tratamiento con 5-fluorouracilo.

Discusión: Las metástasis ováricas por neoplasia de recto son una variedad rara de metástasis y presentan un mal pronóstico. La terapia combinada de cirugía radical y quimioterapia es el tratamiento más adecuado para estas pacientes, aunque es difícil estandarizar su manejo dada su baja incidencia.



Figura 1

Resección anterior baja de recto con histerectomía y doble anexectomía.

220032. PERFORACIÓN GÁSTRICA POR CUERPO EXTRAÑO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Á Ortiz Sánchez, A Valverde Martínez, V Camacho Marente, J Varela Recio, JM Pacheco García

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

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños es una urgencia digestiva relativamente frecuente. En adultos suelen ser accidentales (ancianos, enfermos psiquiátricos, etc) o voluntarias (presos o body-packer). El 80-90% de los cuerpos extraños ingeridos tienen una migración espontánea a través del tubo digestivo, sólo el 10-20% requieren de extracción endoscópica (técnica de elección), y menos del 1% cirugía.

Caso clínico: Paciente varón de 67 años, hipertenso, diabético y dislipémico con antecedentes quirúrgicos de peritonitis por apendicitis perforada. Presentó dispepsia y estreñimiento de dos semanas de evolución, que atribuye a una comida copiosa. Acudió a urgencias por dolor en hemiabdomen superior y vómitos. Analíticamente presentó, PCR 371mg/L sin leucocitosis, procalcitonina de 3,5 ng/ml. En la TAC con contraste (figura 1) se observó un cuerpo extraño lineal hiperdenso craneal al píloro y un absceso hepático en segmento II-III. Se indicó laparotomía exploradora urgente. Los hallazgos encontrados fueron,

un absceso intrahepático en contacto directo con un cuerpo extraño óseo atravesado desde curvatura menor gástrica (figura 2). Se extrajo el cuerpo extraño (figura 3), se drenó la colección intrahepática y se suturó la perforación, realizándose plastia con el ligamento redondo. El postoperatorio fue favorable y el alta domiciliaria se produjo en el sexto día postoperatorio.



Figura 1

TAC abdominal, en el cual se aprecia el cuerpo extraño lineal y absceso hepático.

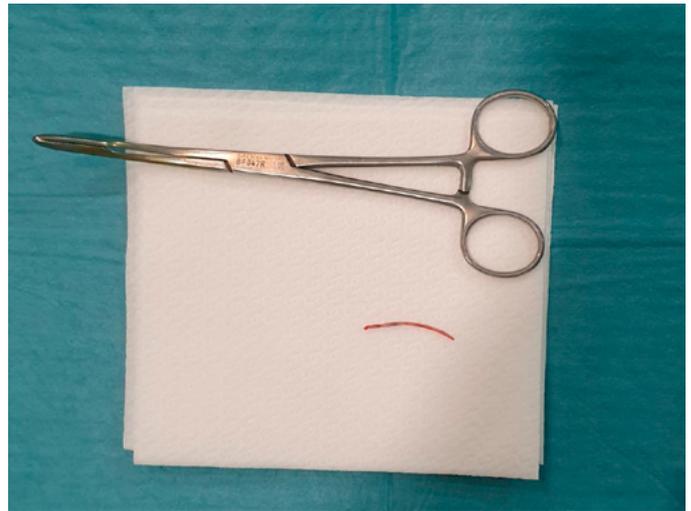


Figura 3

Cuerpo extraño extraído.

Discusión: La medida inicial ante la sospecha de ingesta de un cuerpo extraño debe ser la evaluación de la permeabilidad de la vía aérea y posteriormente descartar las posibles complicaciones asociadas. Para el diagnóstico se solicita una radiografía y en casos de duda o sospecha de complicación se indica la TAC. Los cuerpos extraños punzo-cortantes, son los que con más frecuencia se asocian a complicaciones como las obstrucciones o perforaciones, sobre todo a nivel pilórico o duodenal y región ileocecal o rectosigmoidea. La cirugía está indicada cuando los cuerpos extraños no pueden recuperarse mediante endoscopia o si dejan de progresar y producen una complicación.

220036. CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS EN TRAUMATISMO HEPÁTICO GRADO V DE LA AAST: UTILIDAD DEL PACKING ABDOMINAL.

MB Cano Pina, FJ Jurado Prieto, MÁ García Martínez, I Lendínez Romero, C González Puga, B Mirón Pozo

Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada.

Introducción: El hígado es el órgano más comúnmente lesionado en los traumatismos abdominales cerrados (5% de los ingresos por politraumatismo). El estado clínico del paciente, así como la severidad de la lesión (clasificación de la AAST), determinan la estrategia terapéutica más adecuada, siendo esta siempre multidisciplinar.

Caso clínico: Varón de 26 años que sufre politraumatismo grave esquiando. A su llegada: GCS 15 e inestabilidad hemodinámica (TA 80/50 mmHg, FC 130 lpm) a pesar de sueroterapia intensa. Abdomen en tabla. El BodyTC (figuras 1-3) informa de laceración hepática con extenso hematoma intraparenquimatoso que afecta a la práctica totalidad del LHD (lesión grado V de la AAST), con varios focos de sangrado activo arterial y severo hemoperitoneo, así como colapso de vena cava inferior que sugiere hipovolemia grave.

Se interviene de urgencia realizándose laparotomía media supraumbilical, evidenciando hemoperitoneo abundante y

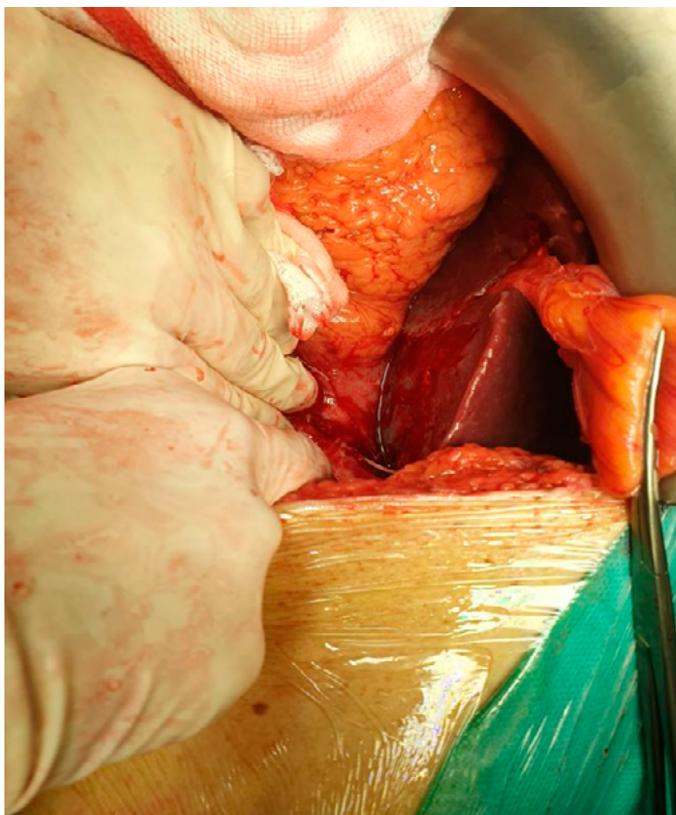


Figura 2

Campo quirúrgico, se aprecia el cuerpo extraño en curvatura menor gástrica.

confirmando hallazgos radiológicos. Se consigue controlar el sangrado realizando sutura de ramas venosas dependientes de vena suprahepática derecha, así como aplicando hemostático en superficie hepática. Se realiza packing a nivel hepático y se cierra provisionalmente el abdomen con second-look en 48 horas tras mejoría hemodinámica en Unidad de Cuidados Intensivos.

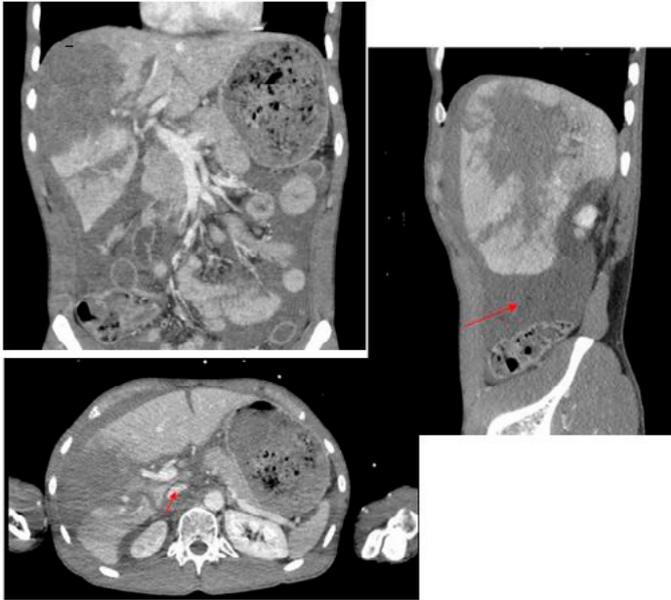


Figura 1

Laceración hepática grado V de la AAST. Figura 2: Hemoperitoneo severo. Figura 3: Colapso de vena cava inferior debido a situación de hipovolemia extrema.

Discusión: El mecanismo lesional principal tras un traumatismo hepático cerrado es la desaceleración, ya que el hígado sigue moviéndose tras el impacto; esto ocasiona desgarros a nivel de los puntos de fijación de éste al diafragma y la pared abdominal.

La principal clasificación para los traumatismos hepáticos es la de la AAST, que distingue entre 6 grados según la gravedad de la lesión, siendo el grado V la disrupción superior al 75% del parénquima y/o lesión de grandes vasos. La clasificación del WSES clasifica en trauma menor, moderado y severo teniendo en cuenta también el estado hemodinámico del paciente.

El 80-95% de los casos puede tratarse de forma conservadora, existiendo una tasa de fracaso del 20% en lesiones de alto grado. Una vez establecida la indicación quirúrgica existe una mortalidad superior al 50%. El objetivo principal es minimizar el daño metabólico (hipotermia, coagulopatía y acidosis) sin preocuparse de inmediato por la restauración de la integridad anatómica.

El packing está indicado en la cirugía de control de daños para conseguir detener el sangrado y mejorar así el estado hemodinámico del paciente, no obstante, debemos tener en cuenta los posibles efectos deletéreos del mismo debidos al aumento de la presión intrabdominal sobre la ventilación, el gasto cardíaco, la función renal, la circulación mesentérica y la presión intracraneal.

220037. EMPIEMA PARANEUMÓNICO COMO CAUSA DE ABSCESO SUBFRÉNICO DERECHO

NS Ávila García, L Pico Sánchez, S Mansilla Díaz, JA Blanco Elena, MT Robles Quesada

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

Introducción: La mayoría de los abscesos subfrénicos se deben a contaminación directa relacionada con cirugía, enfermedad local o traumatismo. Entre los abscesos subfrénicos secundarios, la cirugía biliar y gástrica constituye el 52% de los mismos. La apendicitis contribuye el 8%, mientras que la cirugía colónica y el trauma comprenden el 19% y el 8%, respectivamente.

A continuación, se presenta el caso de un absceso subfrénico derecho secundario a empiema paraneumónico ipsilateral.

Caso clínico: Varón de 50 años con antecedentes de HTA y SAHS. Intervenido de colecistectomía laparoscópica hace 6 años sin incidencias. Ingreso hospitalario hace 6 meses por Neumonía que requirió colocación de tubo torácico para drenaje de empiema paraneumónico con buena evolución posterior.

Acude a urgencias por sensación de masa en hipocondrio derecho con crecimiento progresivo en el último mes sin otros síntomas acompañantes, no antecedente traumático. A la exploración: anodina salvo sensación de masa fluctuante en HCD sin afectación cutánea.

En TC de abdomen se evidencia gran colección líquida que desde región perihepática derecha se extiende por pared abdominal de flanco derecho (17 x 25 cm).

Se decide drenaje de colección bajo anestesia local y colocación de drenaje de tipo Penrose en cavidad: evacuándose aprox 3200ml de débito purulento, cuyo estudio microbiológico evidencia E. coli (similar al resultado del empiema). Tras estancia hospitalaria de 5 días con antibioterapia de amplio espectro iv alta a domicilio.

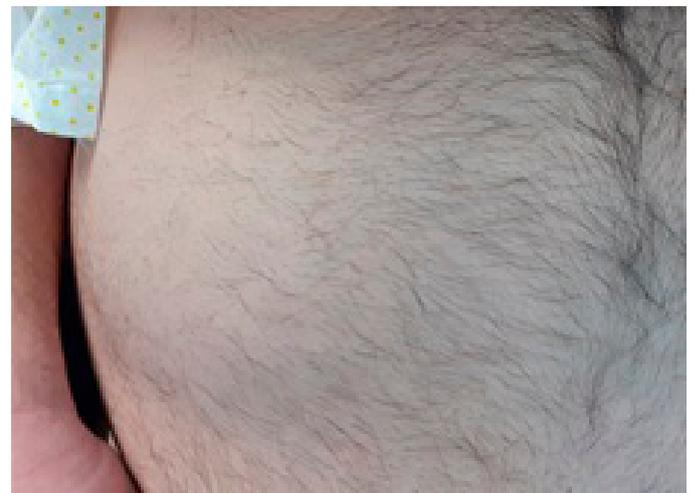


Figura 1

Inspección de pared abdominal.



Figura 2

Corte transversal de TC de abdomen.

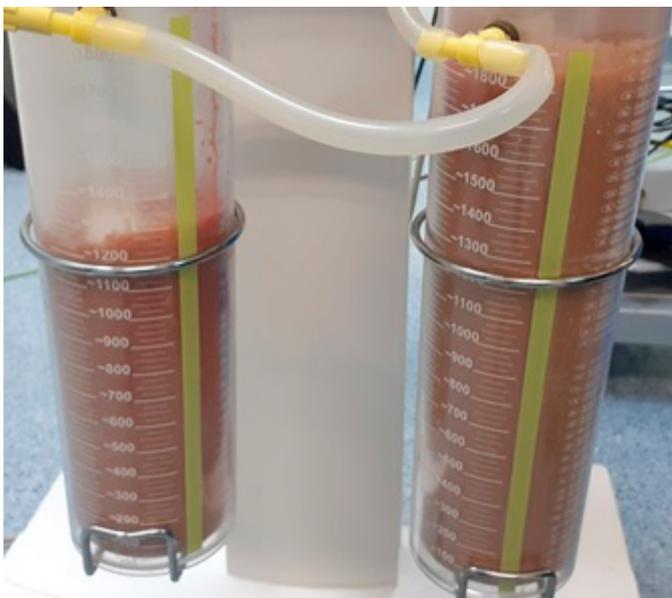


Figura 3

Débito resultante del drenaje quirúrgico.

Discusión: Aunque la mayoría de estos abscesos serán debidos a cirugía intraabdominal, perforación de víscera hueca o traumatismo, existe un pequeño porcentaje que será debido a infección remota y se extienden al parecer hematógicamente hacia las zonas subfrénicas.

220039. LINFOMA HEPATOESPLÉNICO COMO CAUSA EXCEPCIONAL DE ROTURA ESPLÉNICA ESPONTÁNEA

V Vera Flores¹, F Grasa Gonzalez¹, M López Zurera², R Torres Fernandez², D Palomo Torrero²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Serranía, Ronda. ²Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Serranía, Ronda.

Introducción: El linfoma hepatoesplénico (LHE) es un subtipo poco frecuente de linfoma de células T periférico. Es más frecuentemente en hombres adultos jóvenes afectando al bazo, hígado y médula ósea con infiltración difusa y sin crecimiento tipo masa.

La clínica principal es la hepatoesplenomegalia, sintomatología B (fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso) y dolor abdominal. La esplenomegalia se presenta casi en el 100% de los casos y la hepatomegalia en el 40-70%. Otras manifestaciones menos frecuentes son adenopatías y afectación de médula ósea (trombocitopenia, leucopenia y anemia).

La rotura esplénica espontánea es una entidad poco frecuente. En nuestro caso, más aún teniendo en cuenta el subtipo presentado por su escasa presentación, ya que suponen el 10-15% de todos los linfomas.

Caso clínico: Varón de 21 años sin antecedentes de interés que presenta varias semanas de astenia y dolor abdominal que ingresa para estudio en Medicina Interna. No constan antecedentes traumáticos.

Analíticamente destaca leucocitosis 30.000/uL y Hb < 10 g/dL, con perfil hepático de GOT 220UI/L y GPT 374 UI/L. El estudio TAC abdominal evidencia hepatoesplenomegalia, múltiples adenopatías mesentéricas y líquido libre subcapsular, en fosa hepatorenal y pelvis. Durante el ingreso presenta empeoramiento del dolor abdominal, taquicardia y descenso de Hb a 8.4 g/dL. Estudio con Ecografía FAST muestra signos de rotura esplénica con hemoperitoneo. Se realiza esplenectomía con hallazgos de rotura espontánea grado IV y es dado de alta sexto día.

Discusión: El LHE al ser una entidad tan poco frecuente, resulta esencial llevar a cabo un diagnóstico diferencial exhaustivo de otros casos de leucemia /linfoma que asocien hepatoesplenomegalia, fiebre y citopenia; y supone un verdadero reto diagnóstico tanto clínico como anatomopatológico que precisa de una alta sospecha por parte del clínico y de patólogos experimentados.

El caso presentado destaca por la excepcional relación causal del LHE con la rotura esplénica espontánea y por la presencia de múltiples adenopatías en raíz mesentérica, algo que sólo se encuentra en menos del 15%.

El diagnóstico se basa en el estudio de biopsia de médula ósea y, en casos seleccionados, del bazo (rotura esplénica o pancitopenias que impiden el tratamiento quimioterápico).

En la actualidad no existe un tratamiento eficaz y consensuado. Se han empleado esquemas basados en antraciclinas que asocian trasplante autólogo de células madres con escasos resultados. La media de supervivencia del LHE es menor a dos años a pesar de la respuesta inicial satisfactoria, con una media de supervivencia de 11-16 meses y con una esperanza de supervivencia a 5 años del 7%.

220040. PERFORACIÓN CECAL POR PALILLO DE DIENTES COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITIS AGUDA

V Vera Flores¹, F Grasa González², R Martín Sánchez², LJ Bollici¹, D Palomo Torrero¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Serranía, Ronda. ²Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Serranía, Ronda.

Introducción: Aunque la ingesta accidental de cuerpos extraños es un problema común en la población, el 90% recorre el tubo digestivo sin causar lesión, tan sólo entre el 1-7% pueden originar una perforación intestinal. Menos del 10% corresponde a lápices, astillas y palillos de diente (que supone el 0.1%).

Este tipo de patología suele ocurrir en pacientes que presentan menor grado de conciencia (niños o aquellos que presentan problemas bucodentales). Generalmente, pasa desapercibido el antecedente de ingesta del cuerpo extraño y, debido a esto y a su rara presentación, el diagnóstico se suele hacer mediante estudios radiológicos o durante la intervención quirúrgica. Es importante contar con esta posible causa en el diagnóstico diferencial de un abdomen agudo, puesto que la clínica puede simular a la de perforaciones provocadas por apendicitis, como se presenta en nuestro caso, por úlcera péptica duodenal, diverticulitis o enfermedad inflamatoria intestinal.

Caso clínico: Mujer de 43 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso y febrícula de varios días de evolución. En la exploración se objetiva abdomen distendido y con signos de peritonismo a nivel de flanco derecho. En la analítica destaca leucocitosis con neutrofilia y elevación de PCR. Radiografía simple de abdomen se muestra anodina, por lo que se completa el estudio mediante tomografía computarizada, que es informado como perforación cecal con cambios inflamatorios retrocecales (microburbujas extraluminales y plastrón pericecal) con imagen tenuemente hiperdensa, lineal de 5 cm. Se realiza intervención quirúrgica urgente laparoscópica extrayéndose cuerpo extraño enclavado en ciego (palillo de dientes), asociando lavado y drenaje, sin realizar otras medidas. Postoperatorio sin incidencias con alta hospitalaria al tercer día.

Discusión: Las zonas de impactación y perforación del tracto gastrointestinal más habituales son el esfínter esofágico superior e inferior, píloro, duodeno, válvula ileocecal y área anal. Otras áreas anatómicas donde se han descrito impactación de este tipo de cuerpos extraños son la pleura, pericardio o vejiga; e incluso se han descrito fistulas con los grandes vasos toraco-abdominales.

El tratamiento es quirúrgico en la mayoría de los casos. En nuestro caso, el manejo realizado fue extracción laparoscópica del cuerpo extraño, lavados y drenajes de la cavidad abdominal. La ausencia de contenido fecal o purulento en la cavidad abdominal, ni presencia de signos de isquemia intestinal, pueden resultar una alternativa plausible ante el tratamiento quirúrgico con rafia o resección intestinal.

220041. FITOBEZOAR SINCRÓNICO. ¿UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE?

V Vera Flores, F Grasa González, D Palomo Torrero, R Torres Fernández, M López Zurera, LJ Bollici

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

Introducción: Los bezoares pueden presentarse como una masa gástrica, como una extensión al intestino delgado o como masas fragmentadas a lo largo del intestino. La presencia de bezoares gástricos e ileales coexistentes se ha informado solo en raras ocasiones, se estima que sólo el 5% de los casos de bezoar se presentan de forma simultánea.

Ocasionalmente pueden desprenderse trozos de bezoar, emigrar distalmente, y cursar clínicamente como una invaginación y obstrucción del intestino delgado, con o sin perforación y peritonitis. Son pocos casos los que encontramos publicados de bezoar múltiples, sin embargo, hasta el 9% de los pacientes sometidos a cirugía por un bezoar intestinal pueden requerir una segunda operación debido a la obstrucción intestinal recurrente.

Caso clínico: Paciente varón de 69 años intervenido de úlcera gástrica (Billroth II) que acude a Urgencias, con cuadro obstructivo tras transgresión dietética y rectorragias de varias semanas de evolución. En estudio radiológico es diagnosticado de obstrucción por bezoar a nivel de yeyuno proximal y es intervenido de forma mediante extracción del cuerpo extraño por enterotomía sin resección intestinal. El postoperatorio cursa con buena evolución, pero tras reintroducción de ingesta vuelve a presentar signos de obstrucción intestinal con vómitos y distensión abdominal, realizándose TAC abdominal que evidencia bezoar sincrónico impactado en válvula ileocecal, por lo que requiere nueva cirugía para extracción de bezoar sincrónico a nivel de íleon proximal, mediante nueva enterotomía sin resección intestinal.

Discusión: El bezoar es una entidad rara, definida como una masa formada por materiales extraños no digeridos que se acumulan y quedan atrapados dentro del tracto gastrointestinal. En el 60% de los casos, hay antecedente de cirugía abdominal previa, y en el 85% el sitio predominante de obstrucción es íleon distal. La incidencia de obstrucción gastrointestinal secundaria a bezoar es del 0,4% al 4%.

La obstrucción intestinal por bezoar sincrónico resulta poco común, son mínimos los casos recogidos en la literatura, es por eso la peculiaridad de este caso. El hallazgo de bezoar simultáneo es una entidad que encontramos en apenas un décimo de los casos, ya que la migración del mismo a nivel intestinal o formación de varios moldes, es un hecho poco concurrido. Así pues, este caso nos hace poner de manifiesto la importancia de una exhaustiva inspección del intestino en todo su conjunto como base del diagnóstico y tratamiento del mismo. Es crucial descartar la posibilidad de un bezoar simultáneo para evitar complicaciones y cirugías ulteriores.

220042. RECIDIVA GANGLIONAR INGUINAL DEL CARCINOMA ESCAMOSO DEL CANAL ANAL: A PROPOSITO DE UN CASO

E Guarnieri, L Sobrino Brenes, J Cintas Catena, J Valdés Hernandez, A Cano Matias, C Torres Arcos, FJ del Rio Lafuente, JC Gomez Rosado

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

Introducción: El cáncer anal supone un 2.5% de los tumores del tracto gastrointestinal, aunque su incidencia ha aumentado en las últimas décadas. La histología más frecuente es el carcinoma escamoso. Actualmente, las guías recomiendan como tratamiento inicial en el carcinoma no metastásico quimioterapia con mitomicina/5-FU o mitomicina/capecitabina con radioterapia concomitante. La localización más frecuente de recurrencia regional son los ganglios inguinales. La tasa de recurrencia inguinal a los 5 años para los tumores T1-2N0M0 no irradiados en dicha región es del 5-22%, con una media de 65 meses.

Presentamos un caso de recidiva inguinal de un carcinoma escamoso del canal anal no metastásico tratado con quimiorradioterapia sin irradiación inguinal.

Caso clínico: Mujer de 76 años con antecedente de carcinoma escamoso del canal anal estadio uT2N0M0 tratado mediante quimioterapia (Mitomicina-C/Capecitabina) y radioterapia pélvica concomitante, alcanzando la remisión completa durante 25 meses. Acude a consulta por aparición de una masa de 6x4 cm en región inguinal izquierda de rápido crecimiento, ulcerativa y adherida a planos profundos (**figura 1**). El TC toraco-abdominal objetiva conglomerado adenopático inguinal e iliacos izquierdos en ausencia de recidiva local en canal anal. El estudio anatomopatológico de la biopsia incisional confirma recidiva del carcinoma anal. Se realiza nuevo ciclo de Mitomicina-C/Capecitabina y radioterapia sobre región inguinal y cadena iliaca externa izquierdas. El TC de control tras finalizar el tratamiento objetiva nuevos nódulos pulmonares sugestivos de metástasis y aumento de las adenopatías iliacas y periaórticas. Trás progresión de la enfermedad pese a tratamiento con Paclitaxel actualmente se encuentra en cuidados paliativos domiciliarios.



Figura 1

Conglomerado adenopático inguinal izquierdo altamente sugestivo de recidiva tumoral.

Discusión: La afectación ganglionar inguinal representa un factor de mal pronóstico en la supervivencia global de los pacientes con carcinoma anal. Se han identificado metástasis ganglionares sincrónicas en dicha región en aproximadamente un 6% de los pacientes clasificados inicialmente como T1-2, y hasta un 16% en los T3-4. Dado que el tratamiento inicial no suele ser quirúrgico, es difícil determinar el estadio ganglionar N exacto por clínica y pruebas de imagen. Por todo ello, se ha propuesto en la última guía NCCN 2020 radiar las cadenas ganglionares pélvicas e inguinales de rutina en todos los pacientes, independientemente del estadiaje. Para el tratamiento de la recidiva ganglionar inguinal se recomienda nuevo ciclo de quimiorradioterapia si no se había irradiado la región previamente, o la disección ganglionar en caso contrario, con/sin amputación abdominoperineal asociada según coexistencia de recidiva local.

220043. VÓLVULO DE COLON DERECHO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE SMITH-LEMLI-OPITZ

E Guarnieri, A García Reyes, N Montemuiño Chulían, M Retamar Gentil, M Infantes Ormad, E Perea del Pozo

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

Introducción: El síndrome de Smith-Lemli-Opitz (SLOS) es un trastorno autosómico recesivo, con una prevalencia de 1/20 000-1/40 000, caracterizado por un error congénito en la síntesis del colesterol. Las características observadas incluyen retraso en el crecimiento y discapacidad intelectual, además de anomalías estructurales del cerebro, alteraciones craneofaciales, genitales, cardiovasculares y gastrointestinales.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 22 años diagnosticado de SLOS que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal y vómitos de 24 horas de evolución.

En la analítica urgente se objetiva leucocitosis y el TAC de abdomen con contraste evidencia posible vólvulo de colon derecho con importante dilatación de las asas intestinales por lo que se decide intervención quirúrgica urgente.

Durante la intervención se objetiva ausencia congénita completa de fijación de colon y duodeno al resto de estructuras, además de unos mesos muy finos (**Figura 1**). Se confirma el vólvulo de colon derecho por lo que se realiza una hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica.

Durante la estancia hospitalaria la evolución es favorable, pudiendo ser dado de alta al 5º día postoperatorio tras establecimiento del tránsito y tolerancia oral.

Discusión: El síndrome de Smith-Lemli-Opitz (SLOS) es un síndrome de malformación congénita múltiple.

El defecto genético consiste en una anomalía congénita en la síntesis del colesterol y está causado por mutaciones en el gen DHCR7 que determina un déficit del enzima 7-dehidrocolesterol-reductasa, que convierte el 7-dehidrocolesterol (7DHC) en colesterol.

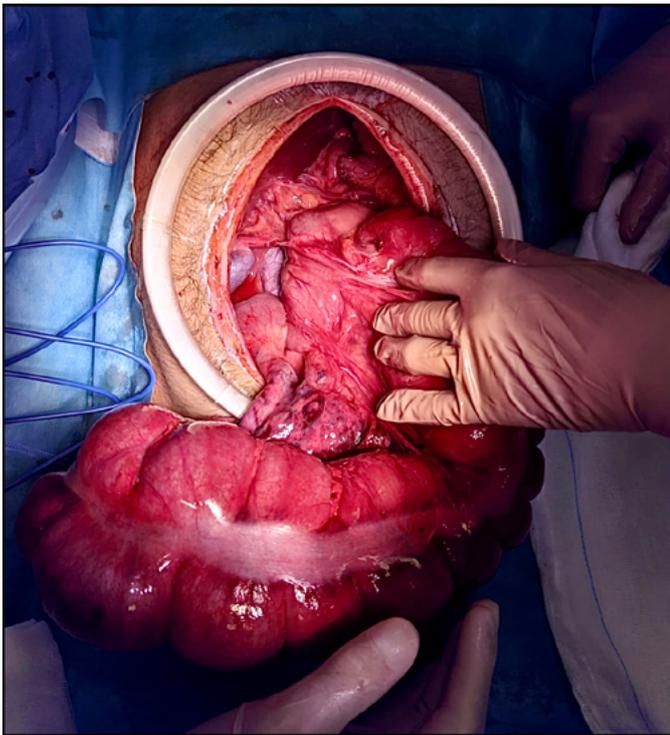


Figura 1

Hallazgos intraoperatorios: mesos muy finos y ausencia congénita de fijación del colon al resto de estructuras.

Dados los bajos niveles de colesterol fetal durante la embriogénesis, se producen malformaciones en los tejidos y las estructuras cuyo patrón embrionario depende de la señalización de proteínas secretadas, después de que estas proteínas sean activadas por el colesterol.

Las anomalías gastrointestinales asociadas con SLOS incluyen enfermedad de Hirschsprung, estenosis pilórica y malrotación, especialmente en individuos más gravemente afectados.

El reflujo gastroesofágico y el estreñimiento son problemas gastrointestinales frecuentes en el día a día de estos pacientes y conllevan problemas de alimentación secundarios. La enfermedad hepática es variable y puede ir desde una colestasis severa a una elevación estable leve/moderada de las transaminasas hepáticas.

En conclusión, este trastorno supone una enfermedad poco frecuente de cuyos procesos fisiopatológicos queda aún mucho por aprender y que puede conllevar múltiples malformaciones que en casos seleccionados pueden requerir una actitud quirúrgica.

220044. ABSCESO PÉLVICO SECUNDARIO A FOCO DE OSTEOMIELITIS PUBIANA.

NS Ávila García, L Pico Sánchez, S Mansilla Díaz, MT Robles Quesada, JA Blanco Elena

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

Introducción: La osteomielitis de pubis es una enfermedad infrecuente (menos del 2% de todas las infecciones óseas) que rara vez se sospecha y su diagnóstico suele pasarse por alto.

Consideramos que la comunicación de este caso clínico puede ayudar para no olvidar este cuadro como posible causa de abscesos pélvicos.

Caso clínico: Mujer de 63 años con antecedente de HTA y Artritis reumatoide estable con Leflunomida. Consulta por cuadro de malestar general, astenia intensa, dolor en hemiabdomen inferior asociado a dificultad para la micción y pérdida de peso de 15 kg en los últimos dos meses.

En la analítica sanguínea destaca leucocitosis, anemia microcítica hipocrómica, trombocitosis y PCR – PCT elevadas. La TC de abdomen c/c iv evidencia colección hidroaérea en pelvis bien delimitada, en relación con sínfisis del pubis (marcada desestructuración ósea en las carillas articulares en relación con probable artritis séptica) y cranealmente se dispone anterior a las asas intestinales que protruyen por una hernia infraumbilical; posteriormente se extiende dando lugar a una colección en músculo obturador izquierdo (5 x 14 cm).

Ante los hallazgos de colección con presencia de aire e íntimo contacto de la misma con las asas intestinales adyacentes, no se puede descartar trayecto fistuloso con intestino, por lo que se decide realizar punción para estudio microbiológico que detecta sobreinfección polimicrobiana por gérmenes entéricos y se procede a laparotomía exploradora para drenaje y lavado de colección, descartándose fístula entérica durante la exploración del paquete intestinal.

Durante el ingreso, presenta evolución tórpida con necesidad de nuevo drenaje en quirófano y seguimiento por parte de Infeccioso para resolución del cuadro.

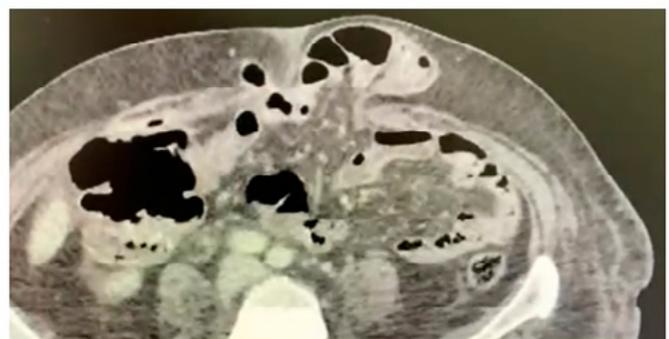


Figura 1

Cortes axial y sagital de TC, colección hidroaérea en pelvis y desestructuración óseas de sínfisis pubiana.

Discusión: La osteomielitis del pubis es una enfermedad infrecuente y potencialmente grave, puede ser confundida con la osteítis no infecciosa, sobre todo en deportistas, y precisa de estudios microbiológicos para confirmar el diagnóstico. Debido a la afectación ósea precisa de un tratamiento antibiótico de larga duración, generalmente de 6 semanas. Las complicaciones más frecuentes

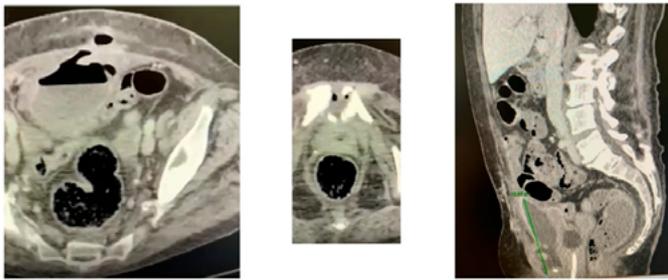


Figura 2

Cortes axial y sagital de TC, colección hidroaérea en pelvis y desestructuración óseas de sínfisis pubiana.

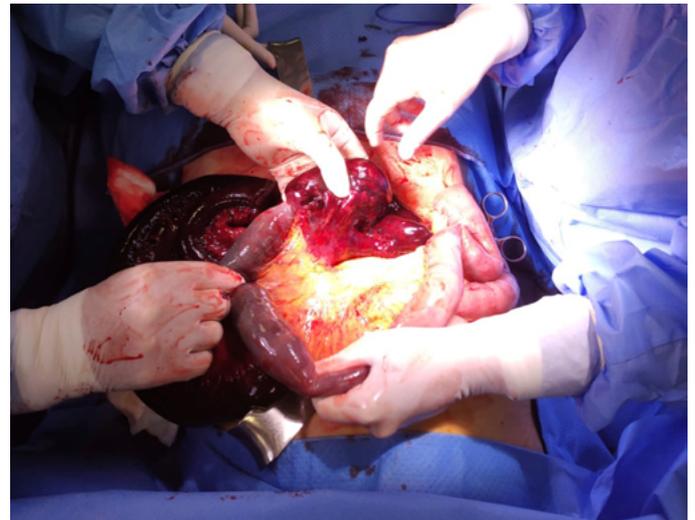


Figura 1

Identificación de asas isquémicas con cambio de calibre a nivel de la brida congénita.



Figura 2

Asas isquémicas resecaadas en bloque.

La paciente presentó excelente evolución postoperatoria, siendo dada de alta a los 9 días.

Discusión: Actualmente existen estudios, con pocas series de casos, evaluando el uso de verde de indocianina (ICG) para la viabilidad del intestino en estos casos, con beneficio entre 11-15% de los casos aplicados.

Los principales pilares del tratamiento de la IMA se apoyan en las últimas recomendaciones de las Guías Europeas (ESTES) y Mundial (WSES), y coinciden en que el diagnóstico debe ser precoz, siendo el factor pronóstico más importante.

El uso del abdomen abierto es una valiosa herramienta, especialmente en aquellos casos en los que la viabilidad intestinal es dudosa y se prevé nueva revisión quirúrgica en 48-72 horas.

La asociación con el uso de verde de indocianina para limitar el intestino a resecar puede resultar una mejora importante para la recuperación y posterior calidad de vida de pacientes afectados de IMA.

incluyen la formación de abscesos y la extensión a estructuras adyacentes, requiriendo actuación quirúrgica, como hemos visto, hasta en el 50% de los casos.

220045. USO DE VERDE DE INDOCIANINA Y SISTEMA DE ABDOMEN ABIERTO PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ISQUEMIA MESENTÉRICA: NUESTRA EXPERIENCIA

I Lorence Tomé, ME Romero Vargas, J Reguera Rosal, JA López Ruiz

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

Introducción: La isquemia mesentérica aguda (IMA) es una emergencia vascular cuyo diagnóstico y tratamiento es un reto. Los síntomas inespecíficos y la falta de reconocimiento antes del desarrollo de necrosis intestinal son responsables de la alta mortalidad (50-80%), a pesar del avance en técnicas diagnósticas y terapéuticas.

Presentamos una paciente con isquemia intestinal extensa secundaria a brida congénita, manejada exitosamente gracias al verde de indocianina y a un sistema de abdomen abierto.

Caso clínico: Mujer, 80 años, sin antecedentes, que acudió a Urgencias por dolor abdominal brusco y desproporcionado, con vómitos. Se realizó prueba de imagen, evidenciándose dilatación de asas de yeyuno medio e íleon proximal con hipocaptación parietal y cambio brusco de calibre en mesogastrio, con líquido libre. Los hallazgos eran compatibles con cuadro oclusivo/suboclusivo, sin descartar etiología isquémica por presencia de placa ostial en arteria mesentérica superior. Ante el empeoramiento clínico progresivo, se decidió intervención quirúrgica urgente, constatándose isquemia extensa de 120cm de intestino delgado, secundaria a brida congénita. Se realizó resección segmentaria del intestino afecto, comprobando la vascularización del intestino restante con verde de indocianina para evitar una resección masiva. A pesar de que la paciente estaba mejorando hemodinámicamente, se realizó cirugía de control de daños, dejando ambos cabos intestinales cerrados y colocando un sistema de abdomen abierto (Abthera®). La paciente ingresó en UCI, consiguiéndose estabilidad clínica progresiva y permitiendo realizar second-look quirúrgico en 48 horas. Nuevamente, se comprobó la adecuada vascularización de los cabos intestinales con verde de indocianina, se realizó anastomosis yeyuno-ileal latero-lateral manual y cierre primario abdominal.

220046. EL USO DE LA COLONOSCOPIA INTRAOPERATORIA COMO HERRAMIENTA PARA DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD: UN ABORDAJE PROMETEDOR

T Vergara Morante, JA Ubiña Martínez, J Gómez Sánchez, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: El tratamiento habitual de los pólipos de colon consiste en su extirpación endoscópica, estando indicada la resección colónica segmentaria en aquellos casos en los que el abordaje endoscópico no es factible, con la morbilidad que esto conlleva. La progresiva incorporación del CELS (Combined Endoscopic Laparoscopic Surgery) en la práctica clínica presenta nuevas posibilidades, con el fin de evitar la morbilidad de cirugías más agresivas.

Caso clínico: Mujer de 52 años diagnosticada de adenocarcinoma de recto moderadamente diferenciado T3N, con colonoscopia incompleta debido a la estenosis. En el estudio de extensión, se evidencia lesión intraluminal en ciego de unos 40mm de diámetro, a la que no se consigue acceder con colonoscopia adicional.

Se valora por el Comité Multidisciplinar Coloproctológico. Para la lesión rectal se propone una resección anterior de recto laparoscópica, planteándose realizar colonoscopia de manera intraoperatoria para el estudio de la lesión en colon derecho. De no conseguirse caracterización de dicha lesión, se realizarían hemicolectomía derecha o colectomía subtotal.

Tras el abordaje inicial laparoscópico para movilización del sigma, se realizó colotomía a nivel de sigma mediante incisión de Pfannestiel, proximal a la lesión en recto, con colocación de trocar de laparoscopia que se fija con sutura en jareta. Se realizó endoscopia intraoperatoria a través de dicho acceso, con hallazgo de pólipo 0-Is NICE 2 de 40mm resecable endoscópicamente en colon derecho. Una vez descartada la malignidad de la lesión, se decide resección endoscópica en un segundo tiempo tras recuperación postquirúrgica. Se procedió a finalizar la resección anterior de recto con anastomosis termino-terminal mecánica colorrectal con dispositivo CEEA.

Posteriormente, colonoscopia con extirpación de pólipo, con resultado anatomopatológico que informa de adenoma tubulovelloso.

Discusión: Los avances en cirugía laparoscópica y en endoscopia digestiva están permitiendo de forma progresiva modificar los estándares de tratamiento distintas patologías tanto benignas como malignas, consiguiendo resultados similares y evitando la comorbilidad de opciones más agresivas.

La existencia de Comités Multidisciplinares de Tumores permite coordinar recursos entre distintas especialidades médicas en beneficio del paciente, ofreciendo opciones diagnóstico-terapéuticas más específicas y menos agresivas.

Es importante remarcar que la integración de la endoscopia intraquirúrgica en la práctica habitual es un recurso cada vez más utilizado, que refleja la necesidad del cirujano general de formarse en endoscopia y adquirir conocimientos y habilidades en dicha área que



Figura 1

Entrada de endoscopia a través de trocar en colotomía.



Figura 2

Imagen endoscópica del pólipo.

permitan optimizar las opciones terapéuticas disponibles a la hora del manejo de la patología intraluminal.

220047. TUMORES CARCINOIDES DEL APÉNDICE VERMIFORME: A PROPÓSITO DE UN CASO

T Vergara Morante, J Ramos Sanfiel, M Alcaide Lucena, B Mirón Pozo

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

Introducción: El tumor carcinóide de apéndice es una entidad poco frecuente, que junto con el hecho de que la mayoría de patología del apéndice presenta una clínica similar, y la gran prevalencia de la apendicitis aguda; dificultan realizar un diagnóstico previo. Presentamos el caso de una paciente en la cual el diagnóstico se

realizó de forma incidental al estudiar la anatomía patológica de la pieza quirúrgica tras apendicectomía por clínica de apendicitis aguda.

Caso clínico: Mujer de 31 años de edad sin antecedentes significativos que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal localizado en hipogastrio de tres días de evolución y fiebre. A la exploración, abdomen blando, depresible, con dolor y defensa en hipogastrio y fosa iliaca derecha con Blumberg positivo.

Análiticamente presenta 14.610 leucocitos con neutrofilia de 12.830 (87,8%) y PCR: 82,7. La ecografía abdominal informa de hallazgos que podrían estar en relación con apendicitis aguda incipiente.

Se realiza apendicectomía laparoscópica, con hallazgo macroscópico de apendicitis aguda en fase flemonosa, muy alargada y con trayecto hacia pelvis, y mínima cantidad de líquido libre abdominal.

Tras el estudio anatomopatológico de la pieza, se evidencia tumor neuroendocrino de 4,5mm, bien diferenciado (G1), con índice mitótico <2, y ki-67:<3%; con márgenes libres.

Discusión: Los tumores neuroendocrinos, a pesar de ser infrecuentes, son los tumores más frecuentes del apéndice cecal. Se diagnostican en población en la segunda y tercera décadas de la vida, con similar incidencia entre hombres y mujeres, y presentan un pronóstico favorable en la mayoría de casos. Presentan una prevalencia del 1% en apendicectomías que se realizan por diagnóstico de apendicitis aguda. Puede tratarse con apendicectomía simple si el tamaño es 2cm o bien en >1cm con signos de mal pronóstico.

Esta estudiado que los pacientes con adenopatías metastásicas, que se diagnostican con mayor frecuencia cuando se realiza hemicolectomía que cuando se trata con apendicectomía simple, son el principal factor de riesgo en la mortalidad de estos pacientes (HR 2.32, 95% CI 1.491-3.606, P < 0.001), siendo el tamaño del tumor en la pieza quirúrgica la principal indicación para ampliar la cirugía.

A pesar de la baja prevalencia, e incluso siendo la apendicectomía simple curativa en una gran cantidad de casos, no debemos olvidar la existencia de este tipo de tumores, por lo que la reexploración sistemática de estos pacientes en consulta y la revisión de la anatomía patológica de la pieza quirúrgica no deben descuidarse.

220049. SINDROME NEUROLOGICO PARANEOPLASICO ASOCIADO A TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST)

A Ortega Martínez, JF Roldan de la Rúa, LC Hinojosa Arco, N Tapia Durán, MÁ Suárez Muñoz

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

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más comunes localizados en el tubo digestivo. La mayoría son asintomáticos. Cuando producen clínica, esta depende de la localización del tumor primario, siendo el sangrado digestivo el síntoma más frecuente.

Los síndromes paraneoplásicos son inusuales en el caso de los GIST.

El síndrome neurológico paraneoplásico (SNPN) es un grupo heterogéneo de síntomas neurológicos causados por mecanismos de la respuesta inmune-inflamatoria. En la literatura existen casos de GIST con capacidad de producir anticuerpos séricos que dan lugar a clínica neurológica.

Caso clínico: Varón de 67 años que ingresa en Neurología para estudio. Presenta cuadro de ataxia con inestabilidad de la marcha y cefalea, así como pérdida de la fuerza. Refiere cuadros presincoales con pérdida de conocimiento, taquicardia y sudoración profusa. La exploración neurológica es normal.

Durante el ingreso se realizan pruebas de función neurológica y cardiaca que resultan normales. Además, se realiza Tomografía Computarizada (TC) de Tórax y Abdomen donde se aprecia una lesión mural de 2cm a nivel de la primera asa de yeyuno. Se completa el estudio con pruebas de medicina nuclear y cuantificación de péptidos vasoactivos en sangre y orina. Los anticuerpos onconeuronales fueron negativos.

Ante los hallazgos clínicos y radiológicos, se decide intervención quirúrgica electiva. Se realiza la resección de la primera asa de yeyuno a la salida del ángulo de Treitz mediante abordaje laparoscópico. Se completa la linfadenectomía y se realiza anastomosis yeyunoduodenal.

La anatomía patológica confirma que se trata de un GIST de bajo grado, G1.

Tras la intervención, el paciente presenta buena evolución, con desaparición completa de la clínica neurológica. Es dado de alta al sexto día postoperatorio.

A los seis meses desde la intervención el paciente continúa asintomático.

Discusión: El síndrome neurológico paraneoplásico es muy raro y afecta del 0,01% al 1% de los pacientes con cáncer. Su patogenia está relacionada con presencia de anticuerpos onconeuronales que reconocen antígenos que se encuentran tanto en el sistema nervioso como en el tumor.

En el 60%-70% de los casos, las alteraciones neurológicas se identifican antes que el tumor. La prioridad debe ser diagnosticar y tratar la neoplasia asociada. Los anticuerpos onconeuronales son útiles como marcadores diagnósticos. Sin embargo, su ausencia no descarta un origen paraneoplásico.

Al tratar el tumor, los anticuerpos son eliminados produciendo una desaparición de la clínica acompañante. La cirugía es el único tratamiento potencialmente curativo para la sospecha de GIST resecable.

220050. IMPACTO DEL COVID-19 EN EL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS APENDICITIS AGUDAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Q Arroyo Martínez, C Domínguez Sánchez, B de Soto Cardenal, V Sojo Rodríguez, L Gil Alonso, JA Guerra Bautista, JL Muñoz Boo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Merced, Osuna.

Introducción: Valorar el impacto que tuvo la pandemia SARS CoV-2 (COVID-19) sobre el comportamiento epidemiológico de la apendicitis aguda (AA) en un Hospital Comarcal.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda entre los años 2018-2021. 3 grupos de estudio: 1) Prepandemia, 2) EA COVID-19 y 3) Post-EA COVID-19. Se analizó el número de casos en cada periodo, así como la Incidencia acumulada/Tiempo de seguimiento. También se estudiaron el sexo, la edad, el tipo de abordaje empleado, el tipo de apendicitis y si estaba perforada, la tasa de infección de herida quirúrgica y de complicaciones, así como la estancia hospitalaria y el número de éxitos.

Resultados: De un total de 308 AA durante el periodo de seguimiento, 222 se incluyeron en el presente estudio. La media de edad fue de 40.7 años (6-92 años), 119 (53,6%) hombres. Se realizó un abordaje laparoscópico en el 59.5% de los casos. El tipo de apendicitis predominante fue el gangrenoso, con 111 casos (50%). La tasa de AA perforadas fue del 18.9%. El 29.3% de los pacientes tuvieron algún tipo de complicación. La tasa de infección de herida quirúrgica (IHQ) fue del 11.3%. No hubo éxitos en el grupo de estudio. Respecto al análisis por grupos, el 1 (prepandemia) fue el más numeroso, con 94 casos. No hubo diferencias significativas en los grupos de estudio respecto al sexo, edad, número de apendicitis perforada, estancia hospitalaria y tasa de incidencia/Tiempo de seguimiento. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables edad (pacientes más jóvenes en el grupo 1), tipo de abordaje (mayor número de procedimientos laparoscópicos en los grupos 2 y 3), tipo de apendicitis (mayor incidencia de AA gangrenosa en los grupos 2 y 3), así como en la tasa de infección de herida qca (mayor en el grupo 1). Aunque sin valores estadísticamente significativos, el grupo 2 presentó un mayor número de complicaciones globales (37,3%), y entre 3-5 veces más complicaciones mayores respecto al grupo 1 y 3, respectivamente. En el grupo 2 hubo 4 casos (4.8%) de pacientes operados COVID positivo.

Conclusiones: Según los resultados obtenidos, se puede decir que en nuestro Hospital Comarcal, la pandemia SARS CoV-2 (COVID-19) y su consecuente EA, no tuvo un impacto significativo en lo que a número total de casos se refiere. La pandemia COVID-19 ha modificado el tipo de paciente que acude a urgencias con AA, sin embargo, el EA no disminuyó el número de pacientes intervenidos de urgencias. Los pacientes con AA + COVID-19 tienen un mayor riesgo de complicaciones, fundamentalmente cardio-respiratorias.

220051. SÍNDROME DE MCCUNE-ALBRIGHT COMO CAUSA MUY POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. 1ER CASO CLÍNICO DESCRITO EN LA LITERATURA

Q Arroyo Martínez, C Domínguez Sánchez, L Gil Alonso, B de Soto Cardenal, V Sojo Rodríguez, JA Guerra Bautista, JL Muñoz Boo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Merced, Osuna.

Introducción: El síndrome de Mc-Cune-Albright (SMA) es un trastorno genético causado por mutaciones en el gen GNAS1. Su incidencia es entre 1/100 000 a 1/1 000 000, con una mayor afectación del sexo femenino 9:1. Es característica la triadadisplasia ósea fibrosa (DOF), manchas cutáneas color "café con leche" e hiperfunción autónoma de uno o más órganos endocrinos. El SMA es una de las causas de pubertad precoz de origen periférico. Desde el punto de vista óseo, existe una DOF poliostótica, siendo habituales las fracturas patológicas recurrentes. También se han descrito lesiones nerviosas por compresión/atrapamiento. Es habitual la incurvación y acortamiento de las extremidades.

Caso clínico: Mujer de 58 años con SMA diagnosticado en la infancia. Múltiples fracturas de miembros superiores e inferiores, tiroidectomía por hipertiroidismo, así como metrorragia post-menopáusica en tto conservador, anemia crónica y osteoporosis, así como diltación crónica de colon. Acude a urgencias por empeoramiento de la distensión abdominal crónica, así como ausencia de deposiciones de 7 días de evolución. Hb de 6.5 mg/dL y plaquetas 123 000, siendo el resto del hemograma normal. En la bioquímica destaca: Na 142, K 2.5 y PCR 86; resto normal. TC: "Hallazgos compatibles con obstrucción de intestino grueso, con cambio de calibre a nivel de recto en su paso por la pelvis ósea por la deformidad existente, con un recto medio comprimido por la misma. Se decide intervención quirúrgica urgente: abordaje abierto con resección de sigma hasta llegar al recto superior (a ras de la deformidad ósea) y colostomía terminal.



Figura 1

TC lateral SMA.

Discusión: El Síndrome de McCune-Albright (SMA) es una enfermedad genética muy rara, que condiciona múltiples alteraciones óseas y metabólicas. Hasta la fecha no se habían descrito obstrucciones intestinales secundarias a atrapamiento por los huesos de la pelvis en estos pacientes. Aunque la experiencia en este tipo de pacientes es extremadamente limitada, creemos que las resecciones intestinales (en caso de ser necesarias) deberían ser lo más conservadoras posibles, a fin de evitar -en la medida de lo posible- el riesgo de deshidratación y sus consecuentes alteraciones electrolíticas-metabólicas, que podrían llegar a ser muy graves.

220052. A PROPOSITO DE UN CASO: MARCAJE AXILAR

MI Moreno Perez¹, D González Sánchez², A Pareja Lopez²

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

Introducción: El marcaje axilar es cada vez más necesario, sobre todo a partir de la aparición del concepto de disección axilar dirigida (DAD), que consiste en una nueva técnica de estadificación axilar que combina la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) y la biopsia del ganglio marcado con clip en un mismo acto quirúrgico.

Caso clínico: Mujer de 62 años derivada del programa de detección precoz por hallazgo de lesión retroareolar izquierda BIRADS-5 (Figura 1 y 2).



Figura 1

Mamografía.



Figura 2

Ecografía.

Se completó el estudio con resonancia magnética nuclear (RMN) que la describió como un nódulo de 23 x 26 x 24mm. En el estudio axilar se identificó una adenopatía.

Se realizó biopsia con aguja gruesa (BAG), con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma infiltrante de tipo no especial G3 de la clasificación de Nottingham asociado a Carcinoma ductal in situ de grado nuclear intermedio y patrón cribiforme, con expresión de receptores de estrógenos 100% y progesterona 70%, Ki67 50% y negativo el receptor HER2. La lesión axilar fue metastásica, cT2N1Mx, Estadio clínico IIb.

Presentamos el caso en el comité multidisciplinar y se propuso quimioterapia neoadyuvante con colocación de coil en mama y axila para valoración de respuesta y planificación de intervención quirúrgica posterior.

Tras finalizar la quimioterapia, se realizó RMN donde se observó respuesta clínica completa. Y se decidió realizar una biopsia quirúrgica guiada con arpón de la lesión mamaria. A nivel axilar, se propuso completar la BSGC y extirpar el ganglio marcado (Figura 3,4 y 5).

Durante la intervención, se llevó a cabo el estudio intraoperatorio axilar que fue positivo para macrometástasis y micrometástasis, con alta carga tumoral, por lo que se realizó linfadenectomía axilar.

Discusión: Los estudios ACOSOG Z0011, AMAROS, SENTINA y ALLIANCE, han supuesto el declive de la disección axilar. La quimioterapia neoadyuvante permite altas tasas de respuesta patológica completa.

La realización de la técnica de la BSGC después de neoadyuvancia ha sido ampliamente validada, pero cuando existe afectación axilar al diagnóstico, y presenta una respuesta completa axilar supone un problema la estadificación axilar.



Figura 3

Marcaje mama y axila con arpón.

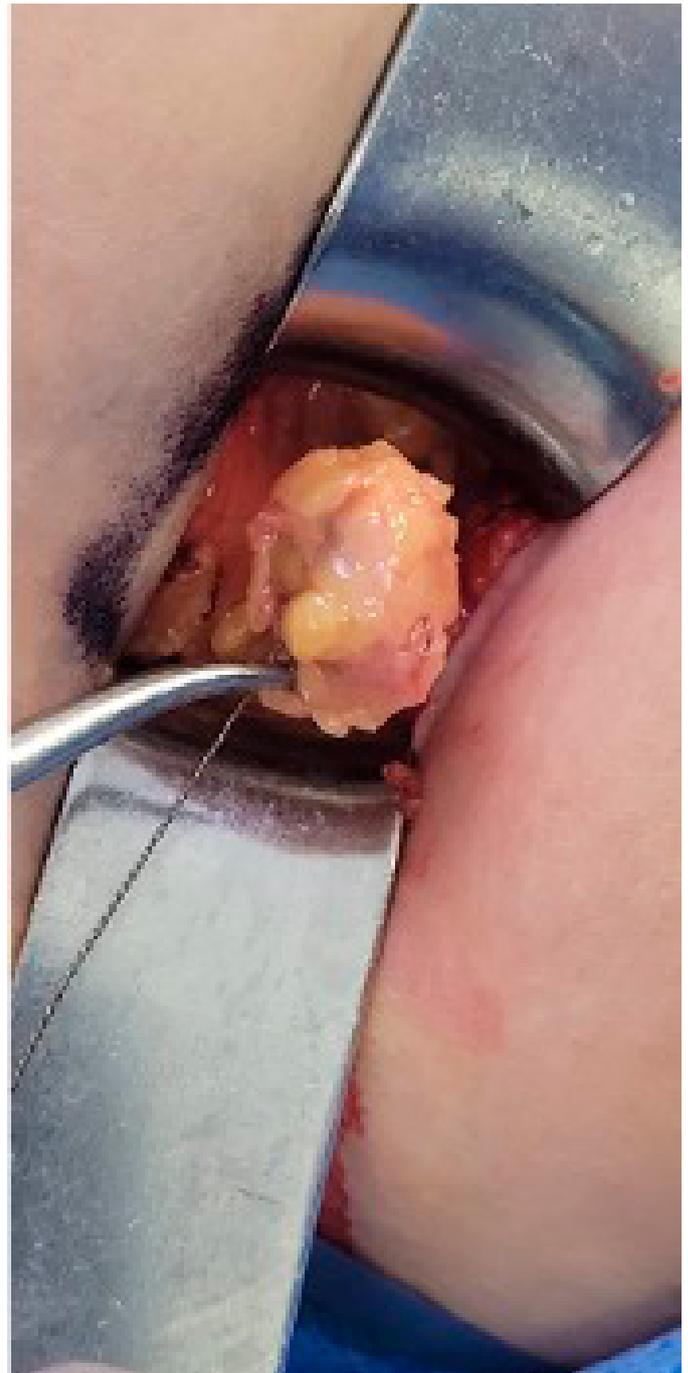


Figura 5

Extracción ganglio axilar metastásico marcado.

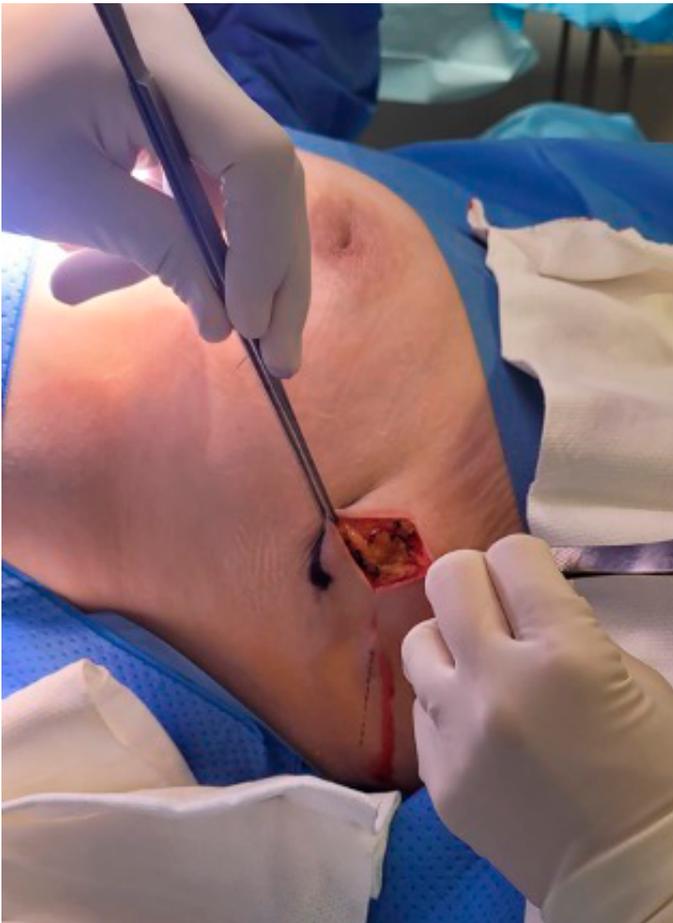


Figura 4

Disección axilar dirigida por arpón.

En el estudio ACOSOG Z1071 se observó que la BSGC sola no era suficiente por su elevada tasa de falsos negativos (12.6%). Los estudios de Boughey y Caudle probaron la utilidad de combinar la BSGC con la extirpación selectiva del ganglio afectado marcado previamente a la neoadyuvancia. Caudle acuñó el término de "DAD". La BSGC mediante DAD como método de estadificación axilar después de la neoadyuvancia es factible y segura, permitiendo disminuir la extensión y la morbilidad de la cirugía axilar.

220053. DEBUT DE DIVERTÍCULO DE MECKEL PERFORADO POR CUERPO EXTRAÑO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

I Lorence Tomé, M Infantes Ormad, N Montemuiño Chulián, FJ Jiménez Vega, JA López Ruiz

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

Introducción: Los cuerpos extraños son una causa poco usual de perforación intestinal, a pesar de que su ingesta es un hecho relativamente común. El 80-90% pasan a través del tracto gastrointestinal sin requerir ningún tipo de intervención, el 10-20% deben ser extraídos por endoscopia y solo el 1% aproximadamente requieren intervención quirúrgica por perforación secundaria.

Las perforaciones ocurren con mayor frecuencia en tramos estrechos, como la válvula ileocecal, la unión recto-sigma y el íleon terminal, considerado este último el sitio más frecuente.

Presentamos a un paciente con diagnóstico prequirúrgico de perforación de víscera hueca por cuerpo extraño de densidad hueso.

Caso clínico: Varón, 56 años, sin antecedentes de interés, que consultó en Urgencias por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha de 24 horas de evolución. Se realizó prueba de imagen, informando de cuerpo extraño de 3.5cm, de densidad hueso, que atravesaba la pared de un asa de íleon terminal, lo cual se correspondía con microperforación de víscera hueca. Dados los hallazgos, se decidió intervención quirúrgica urgente, con abordaje inicial laparoscópico. Durante la intervención, se evidenció hueso de pollo en forma de "L" atravesando la pared de un asa de íleon y exteriorizándose a cavidad, formando un plastrón inflamatorio a pared abdominal. Tras varios intentos de extracción, se produjo rotura del hueso y retracción de un fragmento dentro del asa, decidiéndose la conversión a cirugía abierta a través de una incisión de pfannestiel y hallándose un divertículo de Meckel a 45cm de la válvula ileocecal, lugar en el que se encontraba el origen de la perforación. Finalmente, tras la extracción del hueso, se realizó resección en cuña del divertículo y cierre transversal con sutura continua.

La anatomía patológica confirmó que se trataba de un divertículo de Meckel yeyunal con signos de peritonitis aguda atribuibles a perforación. El paciente presentó buena evolución postoperatoria y fue dado de alta a los 3 días.

Discusión: Es importante recordar que una de las principales causas de debut de un divertículo de Meckel en la edad adulta es la aparición de complicaciones asociadas, siendo en este caso secundario a perforación por un hueso de pollo.

Consideramos esencial el tratamiento quirúrgico urgente en estos casos, ya sea mediante abordaje laparoscópico o abierto, puesto que disminuye el riesgo de desarrollar complicaciones como abscesos, fístula intestinal y/o obstrucción; disminuyendo, por ende, la morbilidad y mortalidad que las mismas producen.

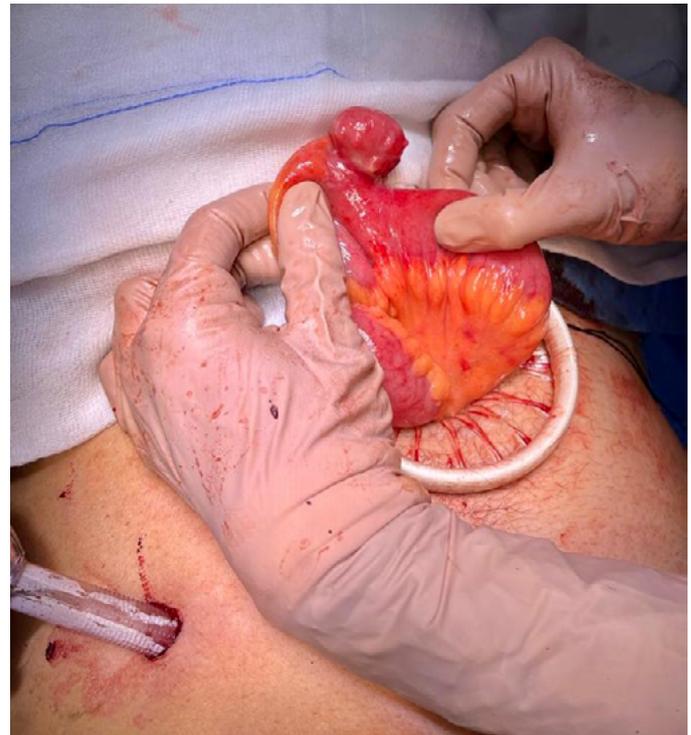


Figura 1

Exteriorización del divertículo de Meckel perforado a través de pfannestiel.

220054. ABRIKOSSOFF, UN TUMOR INFRECLENTE DE MAMA. CASO Y REVISIÓN

MT Robles Quesada, N Ávila García, L Pico Sánchez, J Granados García

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

Introducción: El tumor de células granulares, o mioblastoma, o el también llamado tumor de Abrikossoff, se trata de una entidad que por sus características histológicas parece derivar de las células de Schwann. Se trata de un tumor raro y aún más su aparición en la mama. Su manifestación como nódulo solitario, duro, y que en algún caso puede retraer o ulcerar piel, puede simular a un carcinoma de mama. La mayoría de estos tumores en la mama son benignos, pero un 1-2% son malignos, por lo que se recomienda su resección quirúrgica con márgenes quirúrgicos. Se presenta un caso de tumor de Abrikossoff.

Caso clínico: Mujer de 61 años que tras mamografía de screening se realiza estudio radiológico observando nódulo de un cm en unión de cuadrantes internos de mama izquierda con BAG compatible con tumor de células granulares/mioblastoma (Tumor de abrikossoff).

Se realiza tumorectomía arpon por ser una lesión no palpable, comprobando integridad de la lesión con márgenes en la pieza.

En la anatomía patológica definitiva se verifica la histología del nódulo, así como benignidad de la misma.

En consulta de revisión se da de alta y continuar en programa de detección precoz del cáncer de mama.

Discusión: En este caso, el tumor benigno de células granulares es de muy buen pronóstico. Si la histología hubiera sido maligna, la recurrencia del mismo es de hasta el 35%. Pueden metastatizar por vía linfática y sanguínea a los ganglios linfáticos, pulmón, hígado y hueso. El tratamiento indicado es la resección completa con márgenes libres, y debería valorarse la realización de BSGC en caso de características que indiquen malignidad (adenopatías, más de 4-5cm, infiltración de tejidos, pelomorfismo, núcleos prominentes, aumento de actividad mitótica, necrosis o recurrencia local). La locación suele ser en el cuadrante superointerno de la mama, por la relación con el nervio supraclavicular siguiendo su distribución sensitiva y cutánea

220055. ¿QUÉ HACER ANTE UN TUMOR DESMOIDE DE MAMA? A PROPÓSITO DE UN CASO

MT Robles Quesada, S Mansilla Díaz, JA Blanco Elena, J Plata Rosales

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

Introducción: La fibromatosis desmolde de mama es una entidad muy infrecuente. Se trata de un tumor de mama cuyo origen es partir de los fibroblastos o miofibroblastos, y puede aparecer en el tejido mamario o en la fascia pectoral y extenderse hacia la mama. Se caracteriza por no metastatizar, pero ser muy agresivo localmente con gran capacidad de recurrencia. Puede asociarse a la poliposis adenomatosa familiar, la fibromatosis familiar, o incluso a implantes de silicona o antecedente quirúrgico mamario.

Caso clínico: Se presenta un caso de tumor desmolde de mama así como su actitud a seguir presentado en comité de tumores teniendo en cuenta las características antes mencionadas

Se trata de una mujer de 63 años que en programa de cribado de cáncer de mama se observa en mamografía, Eco y RM de mama, en cuadrante supero-externo mama izquierda, un nódulo de nueva aparición sospecho de malignidad que mide 2,5 cm, con un tracto posterior que contacta con músculo pectoral. Se realiza BAG, con resultado de fibromatosis desmolde.

Se presenta el caso en comité de tumores de mama, y tras revisión del tema, se decide actitud conservadora, dado que la cirugía que se propondría sería agresiva dado la localización del tumor, los márgenes quirúrgicos y conociendo el alto porcentaje de recurrencia. Por tanto, actualmente está en seguimiento por oncología médica con controles radiológicos estrechos. No se propone de momento tratamiento sistémico, aunque se presenta como opción el tamoxifeno. Además, se deriva a Consejo Genético para estudio del gen APC.

Discusión: Aunque la literatura habla de que el tratamiento de elección es la resección quirúrgica con márgenes, hay que individualizar cada caso, dado que la recidiva tumoral de estos tumores es muy elevada. Existe también en la literatura casos de regresión espontánea, por tanto, al tratarse de un tumor poco frecuente no existe una clara recomendación. Otros tratamientos como el tamoxifeno están dentro del escaso arsenal terapéutico

para esta patología. Para lo que no hay duda es la realización de un seguimiento estrecho

220056. ABORDAJE INTRAGÁSTRICO LAPAROSCÓPICO Y RECONVERSIÓN ABIERTA INTRAGÁSTRICA DE UN GIST. RESOLVIENDO PROBLEMAS

MT Robles Quesada, N Avila Garcia, S Mansilla Díaz, J Granados Garcia

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

Introducción: El tratamiento de los GIST gástricos puede contemplar posibilidades tan diversas como la endoscópica, la resección laparoscópica y la vía abierta y ello va a depender del tamaño, de la ubicación y del crecimiento de la lesión. Para lesiones mucosas y submucosas que no son candidatas a vía endoscópica, puede plantearse la cirugía laparoscópica intragástrica. Se describe un caso de resección intragástrica con comienzo laparoscópico y reconversión a minilaparotomía pero continuando el procedimiento intragástrico y así evitar la gastrectomía total.

Caso clínico: Mujer de 51 años con diagnóstico de tumoración gástrica de 5cm en fundus, submucosa mediante EDA, y confirmada en TC de abdomen con hallazgos de lesión de 3 x 3cm polipoidea con amplia base, en curvatura mayor gástrica. Estudio de extensión negativo.

Se realiza técnica quirúrgica inicialmente laparoscópica mediante introducción de trocar intragástrico, que se reconvierte a minilaparotomía supraumbilical por imposibilidad de maniobrar con el siguiente trocar y escasa estanqueidad del neumoperitoneo intragástrico dado que la tumoración se encuentra en cara posterior del fundus muy próximo al ángulo de Hiss.

Se realiza incisión en cara anterior gástrica en cuerpo gástrico, y se coloca trocar de Hasson intragástrico. Se coloca trocar de 5 cm en curvatura menor, realizando la reconversión en este momento por lo mencionado anteriormente. Se coloca otro trocar de 5 cm en curvatura menor mas discal que el anterior. Se le da un punto de tracción y se comienza la resección submucosa del tumor con apertura de la pared posterior del estómago. Para su cierre se sutura con V-lock la mencionada abertura gástrica. Hemostasia. Cierre con puntos de seda los orificios de los trocates gástricos. Drenaje perigástrico

AP: Tumor gastrointestinal, con inmunofenotipo c-kit, dog-1, CD34, y vimentina positivos, GIST de bajo grado (3 mitosis /50CGA).

La paciente evolucionó favorablemente, dándose de alta al sexto día postoperatorio, sin complicaciones.

Discusión: Aunque la resección intragástrica laparoscópica para el GIST, y para el cáncer gástrico precoz es una técnica factible y segura, hay que tener recursos ante adversidades durante la técnica quirúrgica. El posicionamiento de los trocates es fundamental, pero aún más la localización del tumor. No obstante, si en este caso se hubiera abandonado la idea de realizar la exéresis intragástrica, probablemente a la paciente se le hubiera realizado una gastrectomía total abierta con la morbimortalidad que supone, y para un tumor

de bajo grado. En nuestro centro, seguiremos intentando mejorar la técnica y seguir las recomendaciones de la literatura.

220057. HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE METÁSTASIS INTESTINALES DE CÁNCER PRIMARIO DE PULMÓN

A Ortega Martínez, JM Cabrera Bermón, E Corrales Valero, JL Cuba Castro

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

Introducción: Las metástasis intestinales de cáncer primario de pulmón son raras y según la literatura se hallan entre el 2 y el 11% en series autópsicas.

La manifestación clínica de las metástasis intestinales es debida mayoritariamente a una complicación de estas, como son la perforación, obstrucción o sangrado activo. La presencia de estas determina un peor pronóstico de la enfermedad de base y requiere tratamiento quirúrgico urgente.

Caso clínico: Varón de 73 años que acude en varias ocasiones a urgencias por cuadro de melenas y rectorragia anemizante requiriendo transfusión sanguínea. Se realizan estudios endoscópicos en los que no se objetiva lesión. Se realiza tomografía computarizada de tórax y abdomen (TC) en los que se objetiva una masa pulmonar en lóbulo inferior derecho sugestiva de neoplasia, así como una tumoración en yeyuno proximal sugestiva de neoplasia sincrónica (Imagen 1), que no parecen guardar relación en un primer momento.

Una vez que se realiza el diagnóstico, se plantea la cirugía programada de la lesión en yeyuno. Sin embargo, el paciente vuelve a acudir al servicio de urgencias por nuevo episodio de sangrado digestivo que no se puede controlar con medidas farmacológicas, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. Previo a la intervención se realiza nueva TC en la que se observa otra lesión de nueva aparición en yeyuno, aparte de la ya conocida previamente.

Se realiza laparotomía exploradora urgente encontrando dos lesiones dependientes de yeyuno, de unos 6 y 8 cm respectivamente, a 40cm del ángulo de Treitz. Se realiza una resección de aproximadamente 100cm de intestino delgado, ya que las lesiones englobaban varias asas. Se realizó una anastomosis primaria laterolateral.

El paciente evoluciona bien en la planta, sin volver a presentar sangrado digestivo. Es dado de alta al 5º día postoperatorio.

La anatomía patológica confirma que se trata de metástasis intestinal de carcinoma no microcítico de pulmón.

Discusión: Las metástasis intestinales del cáncer de pulmón, además de ser infrecuentes, cuando se diagnostican, suele ser por una complicación local de las mismas. Cuando esto ocurre, requieren intervención quirúrgica urgente siendo el procedimiento de elección la resección del segmento que involucra las lesiones seguido de una anastomosis primaria.

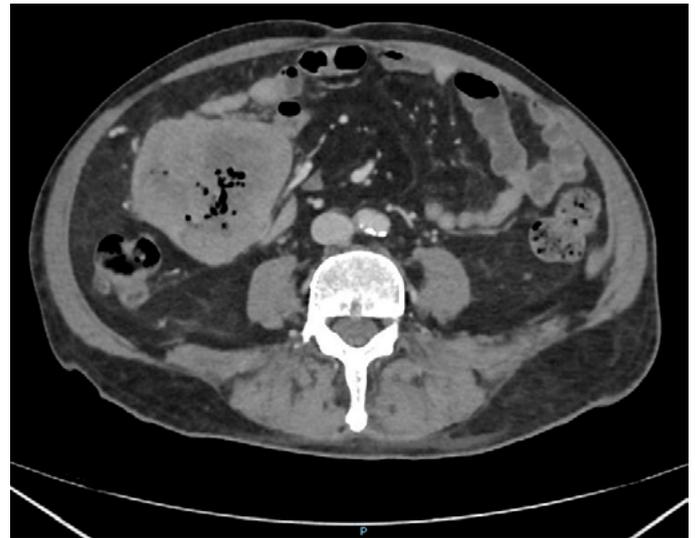


Figura 1

Metástasis intestinal en tomografía computarizada de abdomen.

Además, indican un estadio avanzado de la enfermedad, asociándose a un peor pronóstico. Es muy infrecuente diagnosticar la existencia de metástasis intestinal previamente al desarrollo de su clínica.

Ante un paciente diagnosticado de un tumor primario de pulmón que comience con clínica digestiva hay que sospechar que pueda presentar metástasis intestinales.

220058. ABSCESO INTRAABDOMINAL POR STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

M García-Redondo, J Ruiz-Pardo, D Cabaño Muñoz, E Vidaña Márquez, R Belda Lozano, M Ferrer-Marquez, PA Sánchez-Fuentes, D González-Sánchez, AJ Reina-Duarte

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

Introducción: Streptococcus Constellatus es un coco Gram positivo comensal frecuente de la flora orofaríngea. Forma parte del grupo Streptococcus Anginosus (anteriormente conocido como S. Milleri), asociado frecuentemente a infecciones del tracto respiratorio. Streptococcus Constellatus tiene especial predisposición a crear abscesos en diferentes localizaciones del organismo, especialmente en pacientes inmunocomprometidos, como hepatópatas, diabéticos y pacientes con infección por VIH.

Caso clínico: Mujer de 33 años entre cuyos antecedentes personales destacaban: tabaquismo, un bypass gástrico de una anastomosis hace 2 años y una peritonitis secundaria a perforación en el asa biliopancreática en la proximidad de la anastomosis hace un mes, que se suturó mediante abordaje laparoscópico. La paciente estuvo ingresada 15 días en tratamiento empírico con Piperacilina-Tazobactam a dosis de 4 gramos cada 8 horas y fluconazol 200 mg cada 12 horas.

Quince días después de recibir el alta acudió a urgencias por presentar dolor abdominal y fiebre de 40 °C. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal y pélvica que evidenció una colección pélvica multiloculada, de paredes engrosadas e hipercaptantes (**figura 1**). Debido a que el drenaje de la colección no fue posible mediante abordaje percutáneo, se decidió drenar la colección mediante laparotomía media, obteniendo gran cantidad de contenido purulento. El cultivo del líquido purulento fue positivo para *Streptococcus constellatus* multisensible (sensibilidad a cefalosporinas, penicilinas, carbapenémicos y quinolonas). La paciente recibió tratamiento antibiótico con meropenem 1 gramo cada 8 horas y recibió el alta al décimo día postoperatorio.



Figura 1

Imagen de la colección vista en TAC.

Discusión: La infección intraabdominal por *streptococcus constellatus* es una manifestación extremadamente rara en pacientes inmunocompetentes. En pacientes inmunocomprometidos tiene un potencial patogénico capaz de producir abscesos purulentos y empiemas que requieran desbridamiento quirúrgico. Los factores de riesgo para desarrollar una infección por esta bacteria son: género masculino, tabaquismo, alcoholismo, enfermedad neoplásica, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad periodontal, diabetes mellitus, hepatitis e infección por VIH. Además, también hay que destacar que el género *Streptococcus* es más frecuente en la microbiota intestinal de pacientes obesos, sobre todo aquellos con hígado graso no alcohólico.

220059. POSTOPERATORIO DE BYPASS GASTRICO DE UNA ANASTOMOSIS (BAGUA). EVENTRACION ESTRANGULADA ATRAVES DE TROCAR DE LAPAROSCOPIA

M García-Redondo, M Ferrer-Márquez, R Belda Lozano, E Vidaña Marquez, F Rubio-Gil, B Estébanez-Ferrero, I Teruel-Lillo, C Gras-Gómez, D González-Sánchez, AJ Reina Duarte

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

Introducción: La hernia a través del orificio del trocar es una complicación normalmente infravalorada en la cirugía laparoscópica. Si repasamos la literatura, la incidencia de este tipo de hernia

es variable, oscilando entre el 0,3% en algunas series hasta el 30% aproximadamente, en otras. Esto se explica por el auge de nuevas técnicas como el puerto único, la cual utiliza un diámetro mayor. Respecto a la hernia a través del trocar umbilical en cirugía laparoscopia convencional la literatura arroja una incidencia alrededor del 1%.

Caso clínico: Mujer de 59 años con IMC de 53 kg/cm³. Entre sus antecedentes personales destacan diabetes mellitus tipo 2, síndrome de apnea del sueño e hipertensión. Respecto a sus antecedentes quirúrgicos destaca la realización de una gastrectomía vertical laparoscópica en 2019, la cual se complica con la aparición de una fístula proximal, resuelta satisfactoriamente de manera conservadora.

Tras más de 12 meses de la intervención la paciente presenta reflujo gastroesofágico con síndrome emético persistente asociado. Se decide reconversión a bypass gástrico laparoscópico.

En marzo de 2021 se realiza la conversión a bypass gástrico mediante laparoscopia, de manera satisfactoria. La paciente es dada de alta debido a su buena evolución clínica.

Una semana después, acude al servicio de urgencias por taquicardia e hipotensión, acompañada además de sensación nauseosa y mareo. A la exploración física destaca una tumoración

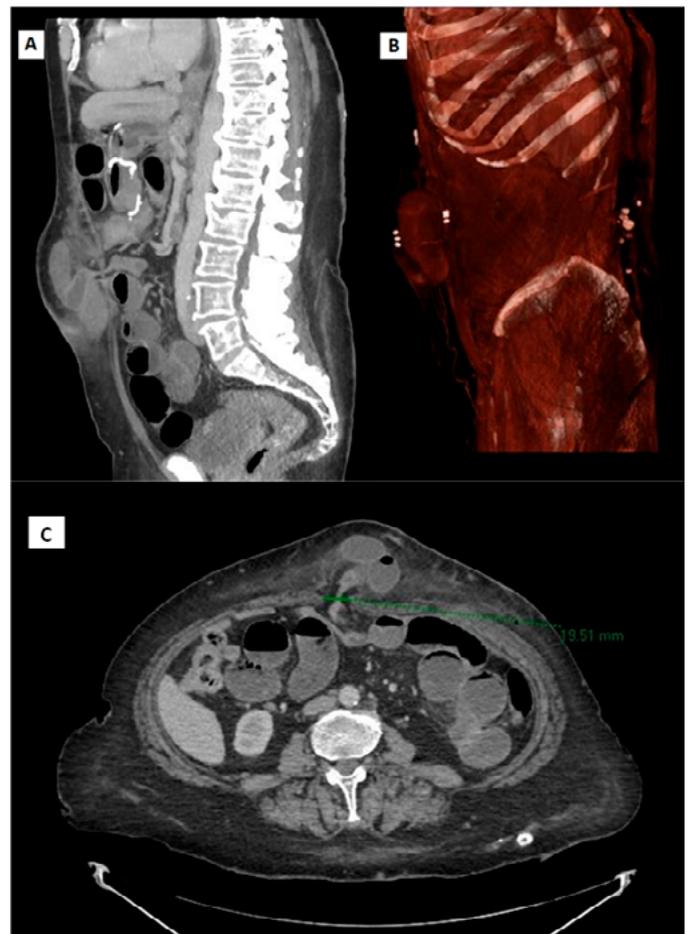


Figura 1

A-Corte sagital. B-Reconstrucción 3D de corte sagital. C-Corte axial de TAC.



Figura 2
Imagen intraoperatoria.

supraumbilical, de unos 8 centímetros de diámetro, no reductible, dolorosa a la palpación. Compatible con hernia incisional encarcerada. En la analítica urgente destaca un aumento de los reactantes de fase aguda sin leucocitosis. Se realiza TAC abdominal urgente que observa hernia encarcerada supraumbilical, con dilatación retrógrada de asas de intestino delgado.

De acuerdo con la historia clínica del paciente y los hallazgos de las pruebas de imagen, se decide intervención quirúrgica urgente. Intraoperatoriamente se evidencia una eventración estrangulada a través de orificio de trocar supraumbilical. Se realiza resección del segmento con compromiso vascular y anastomosis, posterior reparación de pared.

Discusión: La presencia de taquicardia durante el postoperatorio de un paciente intervenido de cirugía bariátrica supone el signo de alarma más importante ante una posible complicación. La hernia a través del orificio del trocar es una entidad poco frecuente, y menos aún la estrangulación de esta. Su incidencia aumenta en pacientes con presión intraabdominal aumentada, como en la obesidad y en pacientes diabéticos. La longitud de la incisión y la infección de sitio quirúrgico son los factores locales que más propician este tipo de eventración.

220060. QUIROFANO DE CIRUGIA LOCAL. HALLAZGO DE LETALIDE COMO PRIMERA EXPRESION DE ADENOCARCINOMA DE PULMON.

M García-Redondo, M Rodríguez-Perdomo, B Estébanez-Ferrero, I Teruel-Lillo, C Gras Gómez, D González-Sánchez

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

Introducción: Los quirófanos de cirugía local de nuestros hospitales suelen ser lugares donde se trata patología benigna, de manera rápida y sin implicación pronóstica para el paciente. La mayoría de las tumoraciones son englobadas por el quiste epidermoide y el lipoma. Ambos tienen un aspecto, consistencia y clínica claras para su diagnóstico y una característica común, la no adherencia a planos profundos. Sin embargo, hay ocasiones en las que lesiones clasificadas en primer lugar como patología benigna no cumplen todas las características. En esos casos el examen anatomopatológico es importante para el diagnóstico. Se expone el caso de una paciente diagnosticada de adenocarcinoma pulmonar tras el resultado anatomopatológico de una lesión que podría parecer benigna.

Caso clínico: Mujer de 66 años, sin antecedentes personales de interés, salvo fumadora de 20 cigarrillos diarios. Acude a nuestro quirófano programada para escisión de tumoración a nivel infraescapular derecho. La paciente había consultado recientemente con cirugía vascular debido a linfedema doloroso de miembro inferior izquierdo, en la exploración encuentran lo que podría ser un conglomerado adenopático inguinal. Utilizando anestésico local realizamos la escisión de la tumoración. Se envía a anatomía patológica una pieza de 5x3 centímetros en superficie y 3 de espesor. El informe final describe metástasis de adenocarcinoma pulmonar, con invasión linfovascular y perineural y extensión tumoral hasta dermis papilar. A la espera de resultado de marcadores específicos, se realizó un TAC torácico que confirma la enfermedad metastásica diseminada, carcinoma no microcítico de pulmón en lóbulo superior izquierdo, estadio IVB.

Discusión: Las metástasis cutáneas en el cáncer de pulmón aparecen en el 2,8-8,7% de los casos, principalmente en casos de enfermedad avanzada. Siendo este el cáncer con mayor tendencia a la siembra cutánea en los varones, siendo superado por el cáncer de mama en el sexo femenino. Los pacientes con cáncer de pulmón desarrollan metástasis cutáneas entre el 1-12% de los casos, siendo más frecuentes en el carcinoma de células grandes, seguido del adenocarcinoma y, finalmente el microcítico y escamoso. En el cáncer de pulmón esta infiltración cutánea suele ocurrir por extensión directa, y series de casos han observado correlación entre tumores localizados en lóbulos superiores y la afectación cutánea.

220061. OBSTRUCCION Y PERFORACION CAUSADA POR MELANOMA AMELANOTICO INTESTINAL

M García-Redondo, Z Gómez-Carmona, I Blesa-Sierra, B Estébanez-Ferrero, I Teruel-Lillo, C Gras-Gómez, D González-Sánchez

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

Introducción: El melanoma amelanótico es un subtipo de melanoma maligno (MM) que se caracteriza por la ausencia de gránulos de melanina en la tinción. El melanoma amelanótico representa aproximadamente el 2% del MM, suele aparecer durante el curso o el tratamiento de otra enfermedad, sobre todo neoplasias o enfermedades autoinmunes. Cuando aparece un MM en mucosa, entre un 30% y un 50% será un melanoma amelanótico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 78 años, intervenido en diciembre de 2018, realizando escisión de melanoma nodular. La anatomía patológica posterior demostró que se trataba de un estadio IIC (pT4bN0M0) con BRAF nativo. En el PET-TAC de enero de 2019 se demuestra ausencia de enfermedad metastásica. Comenzó tratamiento inmunoterápico con Nivolumab, los posteriores controles con PET-TAC fueron negativos para progresión de la enfermedad.

Tres años después, en febrero de 2021, aparecieron nuevos focos ganglionares abdominales y dudosos hepáticos, se añadió quimioterapia complementaria a la inmunoterapia. Acudió a nuestro centro tres meses después por aparición de dolor abdominal súbito, en el servicio de urgencias se le realizó una TAC urgente que demostró una perforación de víscera hueca secundaria a obstrucción de intestino delgado.

Se intervino de forma urgente, en la intervención se observó una peritonitis generalizada causada por una perforación de yeyuno, distal a la perforación se observó una tumoración de aspecto cerebroide que ocupaba la luz intestinal causando el cuadro obstructivo e infiltraba la pared intestinal, fijando el segmento al peritoneo parietal. No se observaron más lesiones en cavidad abdominal.

Se realizó una resección segmentaria del segmento afecto, la anatomía patológica de la pieza arrojó el resultado de melanoma amelanótico, que infiltra difusamente todo el espesor hasta subserosa y en algunas zonas infiltra grasa periintestinal. Dicho tumor abarcaba el 80% de la luz intestinal.



Figura 1

Imagen de pieza quirúrgica.



Figura 2

TAC que muestra tumoración abdominal causando obstrucción.

Discusión: El melanoma intestinal representa el 1-3% de las neoplasias del tracto gastrointestinal. Cuando la lesión es única orienta a melanoma intestinal primario, en caso de ser metastásico se produce una siembra generalizada. Según origen, el melanoma de mucosa intestinal representa el 0,30% del MM, de ese, el 1% se

encuentra en intestino delgado. El MM amelanótico intestinal tiene una supervivencia menor al 1% al año. Tiene escasa respuesta a inmunoterapia. Estudios recientes proponen la relación de la aparición de MM Amelanotico agresivo durante el tratamiento con inmunoterapia. Hasta la fecha solamente se ha descrito un caso que relaciona el melanoma maligno amelanótico con el tratamiento previo con Nivolumab.

220064. MANEJO ENDOSCÓPICO DE LA FUGA GÁSTRICA TARDÍA TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

JA Aragón Encina, Á Ortiz Sánchez, A Maestu Fonseca, A Fierro Aguilar, S Cerrato Delgado, CM María Dolores, JM Pacheco García

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

Introducción: La duodenopancreatoma cefálica (DPC) es el procedimiento de elección en neoplasias reseccables periampulares y de la cabeza de páncreas. Se trata de una de las intervenciones quirúrgicas abdominales más complejas, con una mortalidad inferior al 5%, aunque sigue manteniendo una alta morbilidad. La fuga de la anastomosis gastro-yeyunal es una de las complicaciones postquirúrgicas descritas, que, aunque poco frecuente, requiere de un diagnóstico precoz y reparación temprana. En la mayoría de casos, es necesaria una nueva intervención quirúrgica. El cierre endoscópico es una opción en aquellos pacientes susceptibles de una reparación menos invasiva, con buenos resultados descritos en la bibliografía.

Caso clínico: Paciente mujer de 56 años con antecedentes de carcinoma papilar de tiroides y linfoma cutáneo de células B, ambos tratados quirúrgicamente, que fue intervenida de un adenocarcinoma de tipo biliar bien diferenciado en colédoco medio, realizándose una DPC con reconstrucción clásica de Child y bordes quirúrgicos libres. Fue dada de alta sin incidencias al noveno día.

Tras mes y medio de la intervención la paciente reingresó debido a la presencia de drenaje purulento-gástrico a través de la herida quirúrgica y elevación de reactantes de fase aguda. Se realizó tomografía axial computarizada (TAC), que informó de fuga de la anastomosis gastro-yeyunal, presentando colecciones en región subhepática fistulizadas hacia pared abdominal con medidas de 2,8 x 14 cm de diámetro craneocaudal. Dicha colección también se extendía hacia espacio parietocólico derecho y región subcapsular hepática. Durante el ingreso se realizó esofagogastroduodenoscopia y tránsito intestinal con bario que confirmó la fuga a nivel de la anastomosis gástrica.

Ante los hallazgos se optó por tratamiento endoscópico de sellado, aplicando pegamento de fibrina sobre línea de grapas y posteriormente sobreclip Ovesco. En los días siguientes se consiguió una disminución del débito de la fístula hasta 20 cc. A los 40 días de ingreso fue dada de alta indicando seguimiento en consultas.

Discusión: Las fístulas enterales son una complicación de difícil manejo debido a las comorbilidades, mal estado nutricional y dificultades anatómicas relacionadas con múltiples intervenciones en estos pacientes. Clásicamente el manejo ha sido quirúrgico. Sin embargo, el uso de métodos de sellado endoscópicos como opción

220065. LINFANGIOMA QUÍSTICO MESENTÉRICO EN EL ADULTO. RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA

JA Aragón Encina¹, Á Ortiz Sánchez¹, T Gómez Sánchez¹, F Romero Aceituno¹, EM Sancho Maraver², JM Pacheco García¹

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

Introducción: El linfangioma quístico es una patología congénita y adquirida de los vasos linfáticos, poco frecuente, de carácter benigno y con mayor incidencia en la infancia. Se presenta principalmente en tejido subcutáneo de cabeza y cuello, siendo la localización intraabdominal poco frecuente.

Caso clínico: Varón de 49 años estudiado en consulta de urología por episodios de cólicos renoureterales de reciente aparición en el que se realiza TAC abdominal, observándose una lesión exofítica de 2'2 x 2'5 x 2'3 cm dependiente de yeyuno proximal. La enterorresonancia confirmó los hallazgos, dando como posibles diagnósticos pólipo fibroso inflamatorio, GIST o tumor carcinoide.

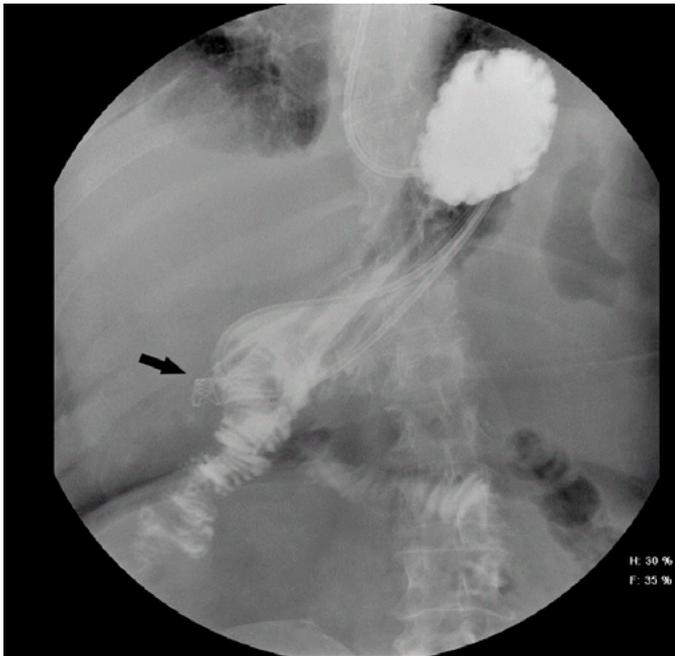


Figura 1

Tránsito baritado visualizando salida de contraste de forma filiforme e irregular en la porción superior de la anastomosis compatible con fuga gástrica.



Figura 2

Tránsito intestinal visualizando presencia de sonda nasogastro-yeyunal, imagen de cuerpo extraño en relación a Ovesco y sin apreciarse fuga de contraste.

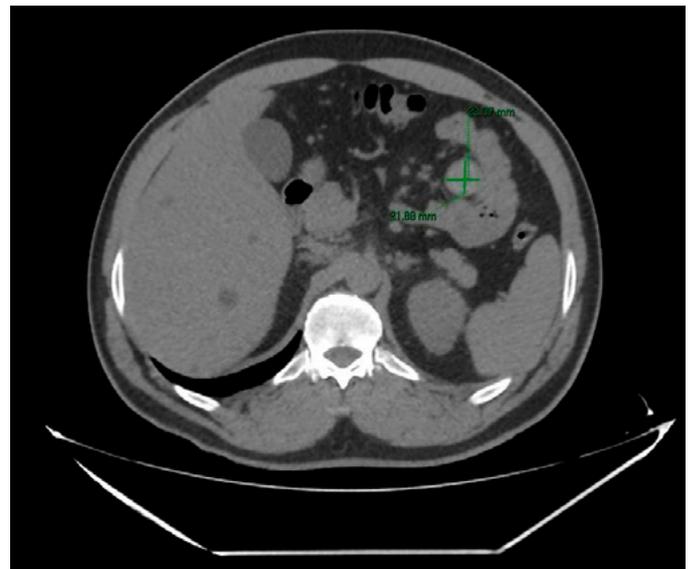


Figura 1

TAC de lesión redondeada de 22x 22x 25 mm que parece depender de la pared de un asa de yeyuno proximal.

Se realizó una resección yeyunal con anastomosis yeyuno-yeyunal latero-lateral anisoperistáltica. Como hallazgo destacó la presencia de una masa yeyuno mesentérica de consistencia pétreo. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo dado de alta al 4º día postoperatorio. El resultado de anatomía patológica fue de linfangioma quístico intraabdominal de 2'5 cm que no alcanzaba los márgenes de resección.

Discusión: El diagnóstico del linfangioma quístico en el adulto y la localización intraabdominal es poco frecuente, no existiendo un cuadro clínico típico. Su presentación puede ser asintomática y corresponderse a un hallazgo casual o producir síntomas por compresión de estructuras adyacentes derivando en dolor abdominal u obstrucción intestinal entre otros síntomas. La ecografía y la TC

de abordaje no quirúrgico está incrementando debido a los buenos resultados obtenidos en determinados pacientes. Entre ellos el sistema Ovesco (acrónimo del inglés, over the scope clip), aplicable para el tratamiento de hemorragias digestivas, fístulas, fallos de anastomosis y en la cirugía bariátrica.



Figura 2

Visualización de linfangioma quístico intraoperatorio.



Figura 3

Tránsito baritado visualizando salida de contraste de forma filiforme e irregular en la porción superior de la anastomosis compatible con fuga gástrica.

abdominal son las principales pruebas diagnósticas, pudiéndose completar el estudio con la RMN. El tratamiento es quirúrgico con necesidad de resección completa para evitar recidivas. Hay descritas otras opciones terapéuticas que incluyen la aspiración, el drenaje y la escleroterapia, según la localización. El diagnóstico definitivo lo aporta el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

220066. QUISTE LINFOEPITELIAL PANCREÁTICO

JA Aragón Encina¹, A Valverde Martínez¹, MJ Castro Santiago², A Camacho Ramírez¹, MD Casado Maestre¹, JM Pacheco García¹

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

Introducción: El quiste linfoepitelial pancreático es una lesión benigna e infrecuente, cuya patogenia aún es desconocida. Esta patología se asemeja morfológicamente a las neoplasias quísticas, dificultando así su diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Varón de 48 años sin antecedentes de interés, en estudio por dolor cólico abdominal inespecífico. Se realiza ecografía abdominal que identifica pólipo vesicular y se completa con RMN que diagnostica incidentalmente una lesión ocupante de espacio en cuerpo pancreático de 33x22 mm, heterogénea, hipovascular y sin comunicación con conducto pancreático principal. La lesión es sugestiva de pseudoquiste o neoplasia papilar.

El TAC evidencia lesión ya conocida, extrapancreática, hipodensa que no condiciona dilatación ductal ni atrofia pancreática, sugiriendo como primera posibilidad pseudoquiste pancreático. Entre otros diagnósticos se encuentra el quiste hidatídico, neoplasia mucinosa papilar intraductal o el cistoadenoma mucinoso. Se completa estudio con ecoendoscopia que confirma lesión entre cuerpo pancreático y cavidad gástrica, independiente, isoecoica y de aspecto sólido, tomándose biopsia con material insuficiente para estudio. Una segunda punción guiada por TAC informa de material compatible con contenido quístico. En cuanto a la analítica destacar marcadores tumorales normales

Al tratarse de una lesión solido-quística menor de 2.5 cm, edad inferior a 50 años y sintomática, se decide realizar cirugía laparoscópica programada. En quirófano se identifica una lesión quística extraparenquimatosa, integrada sobre el borde superior pancreático y el origen de la arteria esplénica. En la disección, se produce apertura del mismo, obteniéndose material blanquecino con estudio intraoperatorio que descarta malignidad. Se extirpó por completo el quiste con plano de separación y sin comunicación con conducto pancreático ni estructuras adyacentes.

El paciente evoluciona de forma favorable y dado de alta al quinto día postoperatorio. La anatomía patológica informa de quiste linfoepitelial.

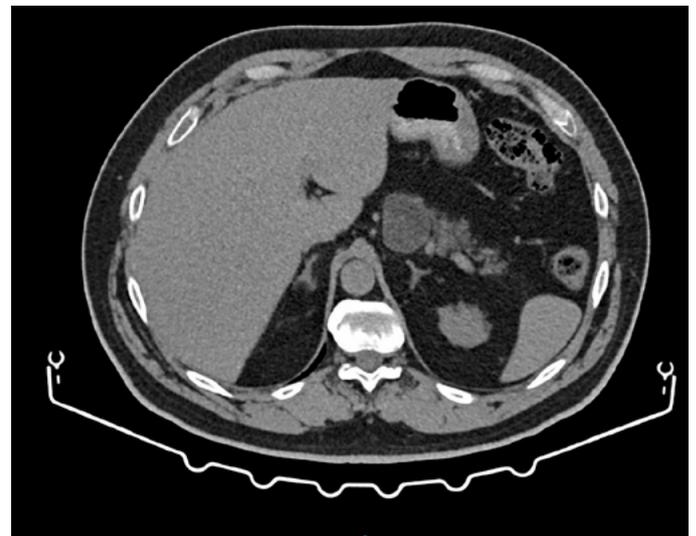


Figura 1

TAC de abdomen en el que se visualiza lesión hipodensa extrapancreática.

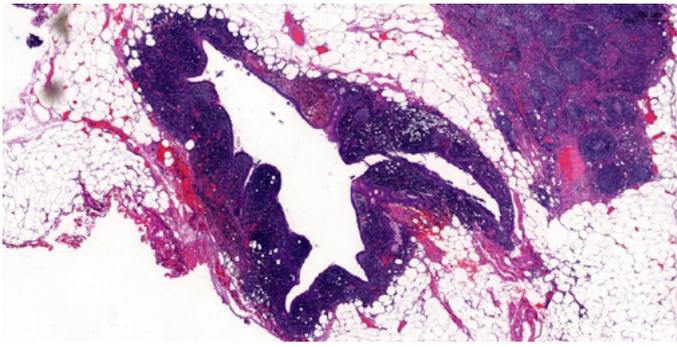


Figura 2

Corte histológico con tinción hematoxilina-eosina de quiste linfoepitelial, con epitelio escamoso estratificado y queratinizado, que asienta sobre tejido fibroadiposo, sin evidencia de malignidad.

Discusión: El quiste linfoepitelial es un quiste verdadero de comportamiento benigno que suele asentarse sobre glándulas salivares. La localización pancreática es extremadamente rara, representando aproximadamente el 0,5% de las lesiones quísticas pancreáticas. Es más frecuentes en varones, manifestándose de forma asintomática o con molestias abdominales inespecíficas.

El tratamiento quirúrgico suele ser de elección debido a la dificultad en el diagnóstico diferencial con otras lesiones quísticas con potencial de malignizar, sin embargo, no hay documentada recurrencias ni progresión maligna. Por ello, ante un diagnóstico claro de quiste linfoepitelial, se puede aceptar el manejo conservador.

220067. LINFANGIOMA QUÍSTICO EN EL ADULTO A PROPÓSITO DE UN CASO

E Corrales Valero, R Soler Humanes, LT Ocaña Whilhelmi, FJ Fernandez García, R Luna Díaz

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

Introducción: Los linfangiomas quísticos (LQ) son tumores raros. Generalmente se desarrollan en edad pediátrica (90%) y el desarrollo en adultos se ha relacionado con una proliferación retardada de restos celulares, predominantemente en región cervicofacial (75 %) y axila (20 %).

Se presenta con un crecimiento progresivo e indoloro, obligando al diagnóstico diferencial con hematoma, lipoma, absceso, sarcomas de partes blandas o tumoración mamaria

Presentamos un caso que inicialmente se valoró en unidad de mama por tumoración en la región axilar, donde se inició el proceso diagnóstico

Caso clínico: Mujer de 66 años que acude a consulta de unidad de mama por aparición de una lesión axilar, valorada previamente por radiología e informada como quistes con PAAF negativa para células atípicas. Tras el drenaje inicial la paciente acude nuevamente a consulta de revisión con una masa palpable axilar izquierda, así

como masa supraclavicular, sugestivas a la exploración clínica de adenopatías en dos regiones por lo que se solicita mamografía y estudio de extensión con TC. El resultado del TC confirma extensa lesión quística multitabcada vs numerosas lesiones quísticas confluentes que se extienden desde el hueco supraclavicular izquierdo al espacio axilar izquierdo.

Se completa el estudio con RM dirigida apreciando gran tumoración de aspecto quístico con zonas sólidas que captan contraste, no pudiendo descartar etiología neurogénica vs. agresiva de tipo sarcomatosa. por lo que se vuelven a realizar nuevas biopsias y confirmar la no malignidad de la lesión.

Además, previo a plantear tratamiento se realiza linfoangiograma donde se informa como implicado el conducto principal de drenaje linfático. Ante estos hallazgos, el hecho de que la paciente no presenta clínica incapacitante ni crecimiento en los últimos meses, así como la comorbilidad asociada (esclerosis múltiple, IRC en paciente nefrectomizada por ca.renal, HTA...); se decidió en el comité de tumores finalmente no realizar intervención y continuar con seguimiento de la misma manteniendo la posibilidad de realizar inyección percutánea intralesional de agentes esclerosantes en caso de que fuese necesario en el futuro.

Discusión: El LQ es una patología infrecuente y de difícil diagnóstico diferencial. El tratamiento no está del todo estandarizado. La aspiración simple del quiste no es efectiva y la extirpación quirúrgica sigue siendo el patrón estándar para su tratamiento. En casos en los que la enfermedad recurrente o en aquellos casos en que el LQ infiltra importantes estructuras vasculares o nerviosas como es nuestro caso, la inyección percutánea intralesional de agentes esclerosantes (OK-432, picibanil, y bleomicina) se ha propuesto como tratamiento.

220069. TRAUMATISMO PANCREÁTICO CERRADO AISLADO

E Corrales Valero, R Gomez Perez, J Roldán de la Rúa, LC Hinojosa Arco, LT Ocaña Whilhelmi, R Luna Díaz

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

Introducción: La lesión del páncreas secundaria a un traumatismo abdominal cerrado es relativamente infrecuente y aún es más infrecuente de forma aislada, ya que habitualmente se asocia a lesión en hígado, bazo o víscera hueca. La morbimortalidad del trauma pancreático está condicionada por varios factores: mecanismo lesional, existencia de lesiones asociadas, lesión del conducto principal y tiempo transcurrido hasta establecer el diagnóstico.

Presentamos un caso de trauma abdominal cerrado con traumatismo pancreático aislado grado II de la AAST.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 33 años que sufre caída accidental de bicicleta participando en una carrera, a unos 60 km/h. Ha sufrido un golpe con el manillar en la región

epigástrica y es trasladado al hospital donde llega con dolor en HCD y epigastrio, estable hemodinamicamente.

Se realiza body-TC con contraste con hallazgos de desestructuración con leve aumento de tamaño de la cabeza, proceso uncinado y cuello pancreáticos existiendo aquí varias líneas hipodensas confluentes entre sí compatibles con fracturas/laceraciones pancreáticas que recorren en la parte más anterior y lateral derecha de cabeza y cuello todo el espesor pancreático. Existencia de moderada cantidad de líquido libre denso en el hilio hepático plantea descartar rotura de coledoco/conducto pancreático principal. Wirsung y colédoco no dilatados. Edema periportal difuso. Leve cantidad de líquido libre en pelvis.

Dado la estabilidad se decide actitud conservadora con ingreso inicial en UCI donde presenta buena evolución clínica, y analítica con pico de amilasa al 4º día hasta 3350.

En TC de control se aprecia mejoría descartando la afectación de conducto pancreático principal, por lo que se inicia tolerancia y el paciente es dado de alta al 10 día de ingreso

Discusión: Las lesiones pancreáticas traumáticas tienen una elevada morbimortalidad. Como consecuencia de la lesión pancreática es frecuente la aparición de diversas complicaciones, destacando sobre todo la fistula pancreática que presenta una incidencia del 7%-20% y que habitualmente es de bajo débito y resolución espontánea. La sospecha diagnóstica en función del mecanismo lesional es fundamental en traumatismos cerrados para realizar un diagnóstico precoz y correcto manejo de estos pacientes.

220070. NECESIDAD DE TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO TRAS HEMITIROIDECTOMÍA. ¿ES TAN INFRECUENTE CÓMO PENSAMOS?

C Murube Algarra, A Díez Núñez, J Salas Álvarez, A Hendelmeier, JL Arroyo Vélez, M Barrionuevo Gálvez, C Mestre Ponce, V Vega Ruiz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real

Introducción: Analizar la necesidad de tratamiento hormonal sustitutivo tras hemitiroidectomía programada en nuestro medio.

Material y métodos: Realizamos estudio retrospectivo durante el periodo comprendido entre enero 2014-2022, de un total de 230 pacientes que fueron intervenidos de forma programada por patología tiroidea, realizándose hemitiroidectomía según técnica habitual.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron pacientes del área sanitaria, en seguimiento por Endocrinología con sospecha de patología tiroidea confirmada mediante ecografía tiroidea y PAAF, que derivan para tratamiento quirúrgico con indicación de hemitiroidectomía, y su seguimiento posoperatorio para detectar cuáles precisan tratamiento hormonal sustitutivo. En este estudio se recogen un total de 23 ítems para el análisis de resultados.

Resultados: Nuestro paciente estándar fue sexo femenino (78%) de 49 años de media, con sobrepeso u obesidad grado I (69%), sin antecedentes personales de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo y clasificación ASA II (58%).

Durante el estudio por Endocrinología se realiza ecografía tiroidea en todos los pacientes y asocian PAAF en el 82,85%.

Los resultados de la PAAF fueron, dentro de la clasificación de Bethesda: I (no diagnóstico o insatisfactorio) 17%; II (benigno) 49%; III-IV (AUS/FLUS) 28% y Bethesda VI (maligno) 0,5%. Analizando estudio hormonal de forma preoperatoria, encontramos cifras de TSH en rango de normalidad en el 84% de la muestra, un 7% en rango de hipotiroidismo y un 8% en hipertiroidismo.

Analizando la técnica quirúrgica, se observan un 54% de hemitiroidectomías derechas y un 44% de izquierdas.

En el análisis global, objetivamos que un 40% del total de nuestra serie precisan tratamiento hormonal sustitutivo con dosis que oscilan en un rango de entre 25 mcg/día y 150 mcg/día (87,5 mcg/día de media y 50 mcg/día de moda).

Aunque no existen antecedentes personales que impliquen la necesidad directa de tratamiento hormonal sustitutivo tras hemitiroidectomía, en nuestra serie objetivamos que esta necesidad es más frecuente en mujeres de unos 45-55 años con IMC 25-35, no fumadora, con diagnóstico de bocio nodular, Bethesda III-IV y a las que se les ha realizado hemitiroidectomía derecha.

Conclusiones: Aunque tradicionalmente no valoramos la necesidad de tratamiento hormonal sustitutivo tras hemitiroidectomía clásica, lo que hemos objetivado en nuestra serie es que, un porcentaje no desdeñable de pacientes lo precisan a lo largo de su seguimiento posoperatorio. Pese a que no hemos identificado factores de riesgo estadísticamente significativos en nuestra serie, abogamos por estudios con mayor tamaño muestral y una interpretación razonable de los mismos.

220072. OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO POR LEIOMIOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

C Mestre Ponce, FJ Campos Martínez, MC de la Vega Olías, M Domínguez Segovia, A Hendelmeier, JL Arroyo Vélez, M Barrionuevo Gálvez, C Murube Algarra, V Vega Ruiz

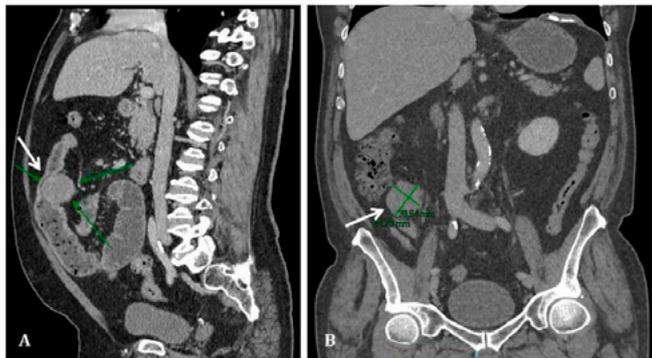
Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: Cirugía urgente en paciente con cuadro de obstrucción intestinal secundario a dos neoformaciones sincrónicas en intestino delgado cuyo estudio anatomopatológico informa de leiomiomas.

Caso clínico: Varón de 64 años (sin antecedentes quirúrgicos) que consulta en Urgencias Hospitalarias por dolor abdominal mesogástrico y disminución del ritmo deposicional de dos semanas de evolución. En TAC urgente (**Figura 1**) se objetivan dos tumoraciones sólidas con densidad partes blandas: una pericecal, que condiciona dilatación retrógrada de asas de íleon y yeyuno, y otra dependiente de asa de delgado en mesogastrio (compatibles con GIST intestinal multifocal como primera opción diagnóstica). Se cursa ingreso en Medicina Interna, se realiza BAG y, tras su estabilización, el paciente es dado de alta a la espera de los resultados anatomopatológicos.

Dos días después, acude de nuevo a Urgencias por distensión, dolor abdominal difuso y vómitos de contenido alimentario de horas de evolución, con última deposición esa mañana y tránsito intestinal a gas conservado. Se ingresa en Cirugía y se inicia tratamiento conservador. Al día siguiente, ante empeoramiento clínico, se procede a la intervención quirúrgica urgente. Iniciamos tiempo laparoscópico pero, ante imposibilidad de gestos quirúrgicos seguros, se decide conversión a laparotomía. Objetivamos tumoración en yeyuno medio, con estenosis completa de la luz intestinal; y otra en ciego, no estenosante pero que retrae vasos gonadales y uréter derecho (ambas aparentemente compatibles con GIST). Finalmente, se completa hemicolectomía derecha y resección yeyunal con anastomosis.

Evolución postoperatoria favorable, con tolerancia oral progresiva y tránsito intestinal a gas y heces. El estudio anatomopatológico de la BAG no proporciona resultados definitivos. El análisis microscópico e inmunohistoquímico de la pieza quirúrgica informa de leiomiomas submucosos con márgenes de resección libres.



A: Masa en intestino delgado. B: Masa pericecal.

Figura 1

TAC de abdomen en el que se visualiza lesión hipodensa extrapancreática.

Discusión: Los tumores de intestino delgado son muy poco frecuentes, representando menos del 5% de todos los tumores del tracto gastrointestinal y con una incidencia de entre 1.1 y 2.3 casos/100.000 habitantes. Dentro de las neoplasias mesenquimales, los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los más comunes en el tubo digestivo, mientras que los leiomiomas son mucho menos frecuentes.

Cuando estos tumores benignos de músculo liso afectan al intestino delgado, suelen diagnosticarse en pacientes de edad avanzada con clínica de obstrucción intestinal dado que, a diferencia de los GIST, presentan típicamente un crecimiento endoluminal. En este contexto, suele procederse a la intervención quirúrgica para la resección de la lesión, siendo el estudio anatomopatológico de la pieza lo que nos proporcionará el diagnóstico definitivo.

220073. RESECCIÓN DE TUMORES RECTALES Y RETRORECTALES MEDIANTE ABORDAJE DE KRASKE

C Murube Algarra, J Falckenheiner Soria, A Calvo Durán, A Hendelmeier, V Vega Ruiz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real

Introducción: Los tumores retrorrectales tanto benignos como malignos son tumores poco usuales, con una incidencia de 0,0025-0,014% en adultos en su mayoría asintomáticos. El diagnóstico se basa en la clínica y exploración, con apoyo de pruebas de imagen como el TAC, la RMN y la ecografía endoanal. Tras el diagnóstico la opción terapéutica dependerá de los síntomas del paciente, así como de la morfología, el tamaño y sospecha de la estirpe tumoral.

Caso clínico: Mujer de 33 años, sin antecedentes de interés, que cursa con cuadro de dolor crónico lumbo sacro irradiado hacia cara posterior de miembro inferior derecho requiriendo de medicación y seguimiento por la Unidad del dolor.

En el TAC del estudio del dolor lumbar se identifica de forma incidental una masa pre sacra de 5 cm compatible con Hamartoma retro rectal. Se completa el estudio con una RMN ano-rectal donde se observa una lesión de localización retro-rectal de 40 x 41,9 mm multiquística, separada por tabiques finos que no infiltra estructuras adyacentes.

A la exploración ano rectal presenta una lesión posterior móvil a 6 cm del MAE no adherida a planos profundos.

Se interviene mediante abordaje de Krasken, objetivando una lesión retrorrectal de aproximadamente 4 cm localizada entre ligamento anococcígeo y elevadores del ano. Se realiza exéresis de la lesión sin incidencias.

La paciente evoluciona favorablemente, sin dolor, con tolerancia progresiva y tránsito intestinal normalizado. Es dada de alta al 2º día posoperatorio.

En la revisión se evidencia desaparición completa de la lumbalgia y de la irradiación hacia miembros inferiores.

La anatomía patológica fue: hallazgos histológicos compatibles con hamartoma quístico retrorrectal/ "quiste tailgut"

Discusión: Existen 4 abordajes para las tumoraciones retro rectales: abdominal, perineal, posterior o kraske y combinado (abdominosacro). La elección de uno de ellos va a depender de la posición del tumor con respecto a S3, la naturaleza de la lesión y su invasión a estructuras vecinas.

En el caso de la técnica de Kraske el paciente se coloca en decúbito prono, con las caderas elevadas respecto del cuerpo y se flexiona la mesa al nivel de la cadera, bajando abdomen y extremidades inferiores. Para una mejor exposición es necesario la sección del ligamento anococcígeo y/o la coccigectomía asociada.

Se suele utilizar para la exéresis de tumoraciones posteriores en consonancia con el recto medio o inferior ofreciéndonos una baja

morbilidad del paciente siempre que el cirujano conozca bien la anatomía de esta región.

220074. DIVERTICULITIS DERECHA DIAGNOSTICADA COMO UNA APENDICITIS AGUDA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

JL Arroyo Vélez¹, MC de la Vega Olías¹, JF Alija Castro², A Hendelmeier³, C Mestre Ponce¹, M Barrionuevo Gálvez¹, C Murube Algarra¹, V Vega Ruiz¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real. ²Servicio Radiodiagnóstico. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real. ³Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica más común en el mundo, con un riesgo de padecerla de 6.9-8.6 hombres y mujeres. La prevalencia de diverticulosis es 35-50% en la población general, el 4% presentaran algún episodio de DA. La DA del colon derecho corresponde a 1-5%. Ambos pacientes aquejaron dolor en cuadrante inferior derecho, con o sin defensa, y signo de rebote positivo. Puede presentar una masa palpable en el 20% de los casos.

Caso clínico: Mujer de 45 años con dolor en FID 3 días de evolución, sin otra sintomatología. Plastrón palpable a este nivel. Analíticamente PCR: 50.3 mg/L, leucocitos: $13.14 \times 10^3/\mu\text{L}$ y neutrófilos: $9.97 \times 10^3/\mu\text{L}$. TAC limitado por escasa cantidad de grasa abdominal, se visualiza plastrón inflamatorio en FID con pequeña asa en su interior que depende de ciego y termina en fondo de saco, que podría corresponder al apéndice cecal, engrosado y aumentado de calibre (15mm), aunque de difícil caracterización. Recibió tratamiento antibiótico con piperacilina/tazobactam, desapareciendo la sintomatología, normalizando RFA y leucocitosis. Ecografía de control al 5º día: Apéndice cecal con aumento del calibre en su extremo distal, mala definición de su pared. Ante la ausencia total de clínica se decidió alta de la paciente al 6to día de ingreso con amoxicilina/clavulánico. Al mes la paciente mencionaba molestias en FID, exploración normal. Se solicitó nuevo TAC donde no se apreciaban hallazgos patológicos, sin embargo, al reevaluar el caso y compararlo con estudio previo, el radiólogo objetivó que se trataba de un divertículo cecal con

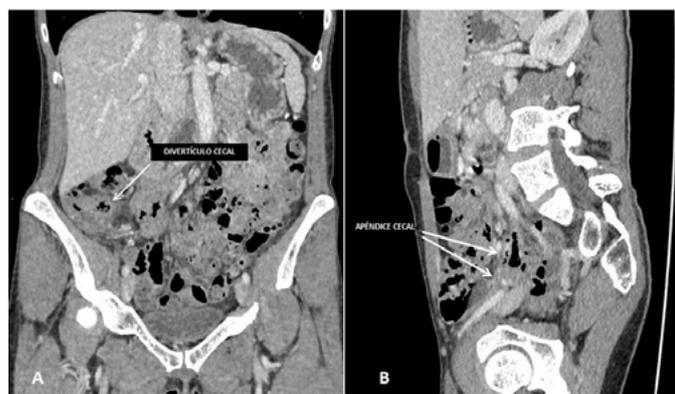


Figura 1
Imágenes de TAC .

contenido fecal. La paciente fue informada de este hallazgo y, ante la remisión completa del cuadro, es dada de alta de la consulta.

Discusión: Aunque los hallazgos clínicos y analíticos de una AG y una DA derecha pueden ser superponibles, las pruebas de imagen suelen ser el medio para realizar el diagnóstico diferencial. La orientación clínica que se le dio a la paciente, aunada a la limitación del tiempo que tienen los radiólogos para procesar los estudios urgentes y la “mala suerte” de presentar durante el proceso agudo unas imágenes similares a una apendicitis aguda, llevó al diagnóstico erróneo del caso. El diagnóstico definitivo fue resultado de una revisión de dichas pruebas realizada por un radiólogo experto comparando las imágenes de la fase aguda y del control, en el planteamiento de una apendicectomía reglada. Afortunadamente el manejo llevado a cabo es efectivo para ambas patologías, resultando en la remisión completa del cuadro sin precisar tratamiento quirúrgico.

220076. EXTRACCIÓN DE TELEFONO MÓVIL DE ESTOMAGO, REPORTE DE UN CASO

JL Arroyo Vélez, JE Falckenheiner Soria, C Mestre Ponce, A Hendelmeier, M Barrionuevo Gálvez, C Murube Algarra, V Vega Ruiz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real

Introducción: En adultos la ingesta de cuerpos extraños está relacionada con la comida en el 95% de los casos. Son más comunes en ancianos, enfermos psiquiátricos, presos, y con el propósito de tráfico de drogas. 80-90% resuelven sin ayuda, 10-20% requieren endoscopia y solo el 1% son sometidos a cirugía. En los centros penitenciarios hay una política de restricción de entrada de objetos muy estricta, dentro de los que se enumeran drogas, productos alimenticios, dinero de curso legal y cualquier tipo de aparato electrónico, incluyendo a los teléfonos móviles; por lo que los reclusos idean múltiples formas de esquivar los controles, entre ellos su ingesta.

Caso clínico: Varón de 22 años recluso, derivado por ingesta de un teléfono móvil de 2 días de evolución, sin sintomatología acompañante. Exploración normal. Se realizaron serie de radiografías contrastadas donde se evidencio un cuerpo extraño en estómago, con forma de prisma rectangular, que no interfiere con el adecuado vaciamiento gástrico. Ante la poca probabilidad de paso del objeto por el píloro, y la no disponibilidad de endoscopia urgente en ese momento, se decidió la intervención quirúrgica. Se accedió al estómago por una laparotomía media y se realizó una gastrotomía de unos 5 cm aproximadamente, por donde se extrajo un objeto en forma de prisma rectangular, de unos 7.5x2.5x1.7 cm, que se encontraba envuelto en papel y film plástico, procediendo a entregarlo a las autoridades policiales después de su aclarado. El paciente presento una adecuada evolución postoperatoria. Fue dado de alta al cuarto día postoperatorio.

Discusión: La mayoría de los cuerpos extraños en el estómago pasaran en unos 4-6 días, sin embargo, objetos mayores de 2-2.5 cm de diámetro no pasaran por el píloro, y los de longitud mayor a 5-6 cm no pasaran por la curvatura duodenal. En caso de objetos punzocortantes, objetos mayores de 5 cm o imanes, se debe realizar una endoscopia en las primeras 24 horas, y 72 horas en caso de objetos mayores de 2 cm o baterías. La intervención quirúrgica se

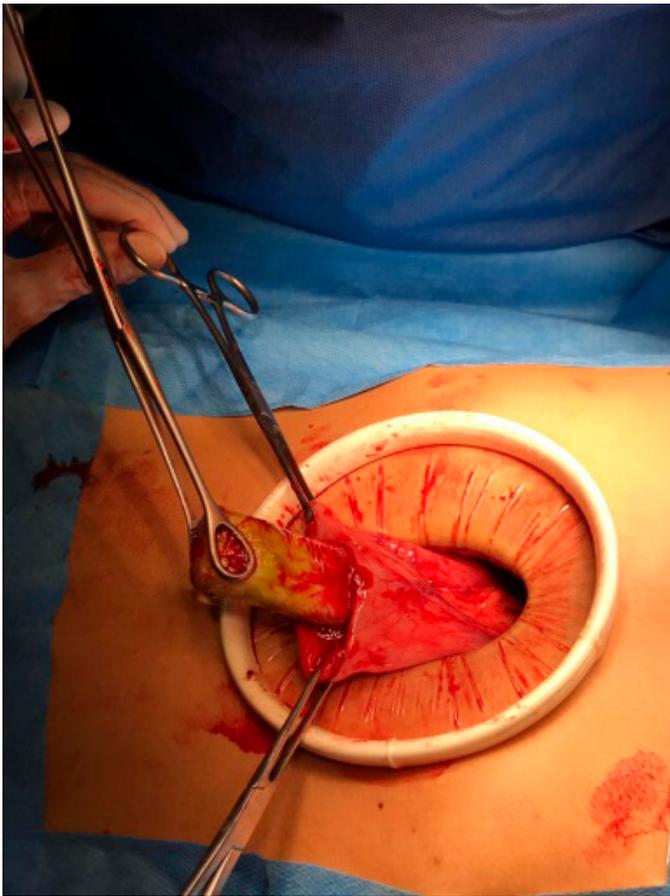


Figura 1
Extracción de teléfono móvil.

de dismotilidad intestinal, alto contenido de fibra) o quirúrgicos (zonas de mayor laxitud secundarias a disecciones quirúrgicas). Suele presentarse con clínica compatible con obstrucción incluyendo dolor abdominal, náuseas, vómitos y distensión. Es habitual llegar al diagnóstico a través de una prueba radiológica como la radiografía o el TAC. El tratamiento quirúrgico depende de la viabilidad del intestino y la estabilidad del paciente. Si el intestino no es viable, la resección es obligatoria con formación de ostomía o anastomosis primaria. Para el intestino viable, existen más opciones, como la detorsión manual seguida de una resección electiva con anastomosis primaria o tardía o exteriorización del ángulo esplénico.

Caso clínico: Varón de 68 años con antecedentes quirúrgicos de gastrectomía total con esófago-yeyunostomía transmesocólica en Y de Roux y esplenectomía 7 años atrás por adenocarcinoma gástrico pT4aN2M0. Actualmente sin progresión de la enfermedad con tratamiento quimioterápico. Acudió a Urgencias por cuadro obstructivo de días de evolución y la Rx abdomen muestra gran dilatación colónica sin claro signo radiológico característico de "grano de café" (ImagenA). En TAC abdomen con contraste intravenoso se evidenciaron, además de gran dilatación de colon ascendente y transverso con unas dimensiones de 9.5 cm este último, otros signos radiológicos característicos tales como "pico de pájaro" (ImagenB) y signo del "remolino" (ImagenD), sugerentes de vólvulo de colon ascendente y transverso que implica rotación del asa transmesocólica esófago-yeyunal (ImagenC). Se realizó laparotomía urgente, objetivándose colon ascendente y transverso rotado 360º en sentido horario (ImagenE), implicando el asa transmesocólica esófago-yeyunal, sin causa objetivable. Se realizó hemicolectomía derecha ampliada con anastomosis ileocólica, respetando asa esófago-yeyunal viable. Alta el 8º día postoperatorio sin complicaciones.

planteará en caso de fallo del tratamiento endoscópico o alguna complicación derivada del objeto. En el caso presentado el paciente era candidato a realizar una endoscopia para intentar extraer el objeto ya que media unos 3x7 cm. Sin embargo, en nuestro centro no contamos con endoscopista de guardia por lo que se decidió la intervención quirúrgica.

220078. "VÓLVULO ESPONTÁNEO DE COLON ASCENDENTE Y COLON TRANSVERSO QUE IMPLICA ASA ESÓFAGO-YEYUNAL TRANSMESOCÓLICA EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE GASTRECTOMÍA TOTAL"

I Capitán del Río¹, V Ruíz García², JM Capitán Vallvey²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Juan de Dios de Sevilla, Sevilla. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Introducción: El vólvulo espontáneo de colon ascendente y colon transverso, incluyendo ángulo hepático del colon, es una patología extremadamente infrecuente. Los factores de riesgo se clasifican en congénitos (rotación anormal y fijación anormal), anatómicos (falta de fijación y redundancia intestinal), mecánicos (adherencias y obstrucción del intestino distal por malignidad o estenosis), fisiológicos (antecedentes de estreñimiento, problemas

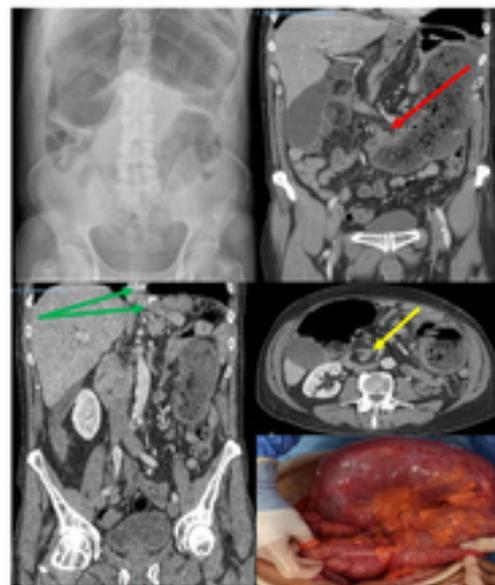


Figura 1
A) Radiografía convencional de abdomen que muestra importante dilatación de colon ascendente y trasverso volvulado. B) Corte coronal de TAC abdominal con contraste intravenoso que evidencia signo radiológico característico de "pico de pájaro" (flecha roja). C) corte coronal de TAC abdominal con contraste intravenoso que muestra anastomosis esófago-yeyunal mecánica y asa yeyunal... D) Corte axial de TAC abdominal que muestra signo del "remolino".

Discusión: El vólvulo de colon ascendente y colon transversal es una causa muy infrecuente de obstrucción intestinal. Además, en este caso estaba implicada el asa esófago-yeyunal transmesocólica de la intervención previa en dicha volvulación. A pesar de que algunos antecedentes quirúrgicos pueden ser posibles factores etiológicos de esta entidad, en nuestro caso la intervención realizada años atrás no implicó gestos quirúrgicos que añadieran laxitud al marco colónico, lo que añadió dificultad diagnóstica, y convierte éste en un caso excepcional.

220079. COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA: EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

C Mestre Ponce, M Domínguez Segovia, M Barrionuevo Gálvez, JL Arroyo Vélez, A Hendelmeier, C Murube Algarra, MC de la Vega Olías, V Vega Ruiz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: La causa más frecuente de colecistitis aguda es colelitiasis (90%). El tratamiento de elección es la colecistectomía. La colecistostomía percutánea está indicada como tratamiento inicial de pacientes sépticos/críticos (grado III) de alto riesgo quirúrgico (ASA>II o Índice de Comorbilidad de Charlson>3) o aquellos con factores negativos (disfunción neurológica, respiratoria, renal y cardiovascular refractarias o bilirrubina total>2). En los grados I y II puede optarse por la colecistostomía ante la ausencia de mejoría clínica o evolución desfavorable tras 48-72h de manejo solo con antibioterapia en pacientes con CCI>5 o ASA>II.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional descriptivo en un Hospital de Especialidades entre 2016-2021, incluyendo todos los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda litiasica tratados con colecistostomía (en cualquier servicio).

Resultados: 99 pacientes, 39 mujeres y 60 hombres, con 75 años de edad promedio (31-91). El diagnóstico principal es colecistitis aguda litiasica en el 100%, asociando colangitis en un 7.1% (dos de estos pacientes, además, con pancreatitis). 69.4% Tokyo I y II con CCI>5 en el 29.4%; 30.6% Tokyo III con CCI>3 en el 80%.

El promedio de días de hospitalización previos al intervencionismo es de 4; manteniéndose el catéter una media de 30 días hasta su retirada, efectuada en su mayoría tras el alta con colangiografía transcatéter previa en el 15.2% o colangiografía en el mismo porcentaje.

La media de tiempo de hospitalización es de 14 días, con tasa de reingreso del 27.3%. En un caso se realiza cirugía de urgencia, en el 16.2% se realizan cirugías diferidas con 6.67 meses de demora en promedio.

Mortalidad del 10.1%.

Conclusiones: En los últimos años hemos objetivado en nuestro centro un aumento de las colecistostomías, naciendo así nuestra inquietud por conocer cuáles son las indicaciones, el manejo y los resultados de dicho procedimiento. Es una iniciativa congruente con

la crítica constructiva y la búsqueda de áreas de mejora, apoyada en la Medicina Basada en la Evidencia.

De los pacientes sometidos a colecistostomías clasificados como Tokyo I y II, 70.6% presentan CCI<5. Por su parte, se está comenzando a protocolizar en este centro el uso de la conlangiografía transcatéter previa a la retirada del mismo.

Los problemas de la práctica actual son una mayor estancia hospitalaria y un riesgo no despreciable de recurrencias (con una tasa de reingreso>25%). Así, en base a la evidencia científica actual, debemos hacer especial hincapié en la indicación del procedimiento y en la realización de pruebas complementarias previas a la retirada del catéter.

220080. "ENDOMETRIOSIS INTESTINAL: CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL"

I Capitán del Río¹, D Rodríguez Morillas², AL Romera López²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada.

Introducción: La endometriosis representa una condición benigna descrita hasta en el 15% de las mujeres premenopáusicas y se caracteriza por la presencia de tejido endometrial extrauterino. La afectación intestinal por endometriosis tiene una incidencia del 5-15%. Sin embargo, tan sólo el 0.7% de los casos requiere resección intestinal por obstrucción. La localización más frecuente es el recto-sigma, siendo inusual la afectación aislada de intestino delgado(ID) con una incidencia del 1-7%.

Afecta las capas serosa y muscular y se presenta como lesiones grises brillantes menores de 2 cm. Los mecanismos más comúnmente involucrados que conducen a la aparición de obstrucción intestinal consisten en fibrosis y engrosamiento de la capa muscular. En raras ocasiones se ha reportado afectación transmural completa de la pared digestiva. Los síntomas inespecíficos son generalmente cíclicos. El diagnóstico preoperatorio es complejo por la ausencia de hallazgos radiológicos patognomónicos y la presentación clínica inespecífica. Por tanto, sólo puede confirmarse mediante el examen histopatológico de la pieza resecada quirúrgicamente.

Caso clínico: Mujer de 45 años con antecedentes de dolor abdominal cíclico tipo cólico no filiado y ausencia de antecedentes quirúrgicos previos. Consulta a Urgencias por cuadro obstructivo y el TAC abdominal con contraste intravenoso evidencia dilatación de asas de ID sin causa aparente, que sugiere como primera posibilidad de cuadro adherencial (ImagenA). Tras 48 horas de tratamiento conservador fallido, se realiza laparotomía exploradora urgente que muestra obstrucción intestinal secundaria a implantes intestinales sugerentes de endometriosis que conforman ovillo de asas entre ciego, apéndice ileocecal e íleon distal. Tras descartar otros posibles focos de endometriosis en la cavidad abdominal, se realizó ileocequostomía y anastomosis ileocólica manual. El resultado anatomopatológico informó de endometriosis mural en íleon terminal que afecta las capas muscular propia y serosa intestinal produciendo estenosis luminal focal e importante proceso adherencial entre asas

(ImagenB). La paciente es dada de alta el 8º día postoperatorio sin complicaciones.

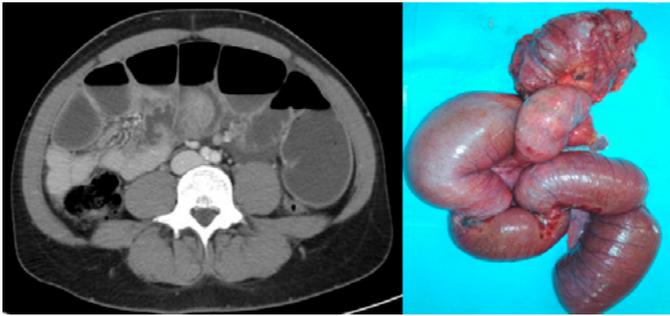


Figura 1

Discusión: A pesar de tratarse de una causa muy infrecuente de obstrucción intestinal, se requiere un alto índice de sospecha diagnóstica, especialmente en mujeres premenopáusicas con antecedentes de dolor abdominal cíclico. Deben extirparse todos los nódulos posibles y para alcanzar este objetivo es indispensable una exploración cuidadosa de la cavidad abdominal, ya que las lesiones en íleon terminal se asocian frecuentemente a otras localizaciones intestinales, en especial a afectación rectosigmoidea, y no se evidencian en pruebas de imagen. Si hay una lesión intestinal principal, se recomienda margen de resección mayor de 2 cm.

220081. CIRUGÍA PARATIROIDEA EN RÉGIMEN DE CMA. IMPLANTANDO UN PROGRAMA. PRESENTACIÓN DE NUESTROS DATOS.

R Soler Humanes, D Morales Garcia, JL Fernandez Serrano, L Ocaña Wilhelmi, R Luna Díaz

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

Introducción: Presentar los resultados del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en cirugía paratiroidea, de reciente implantación en nuestro centro.

Material y métodos: Desde febrero de 2019 se incluyeron pacientes con diagnóstico de hiperparatiroidismo primario (HPT1º) por adenoma de paratiroides, con dos pruebas de localización positivas, edades entre 18 y 80 años, una valoración preanestésica ASA I, II o III, que vivan a menos de una hora del centro hospitalario, dispongan de un teléfono de contacto y estén acompañados. Los pacientes acuden a primera hora de la mañana, estando en ayunas desde las doce de la noche del día anterior. Durante la cirugía se realiza confirmación histológica mediante biopsia intraoperatoria, así como determinaciones de PTH según los criterios de Miami. Tras la intervención, los pacientes pasan a la zona de recuperación postanestésica y readaptación al medio. Si la tolerancia es correcta, el dolor postoperatorio está controlado y no existen datos de hipocalcemia clínica son dados de alta. A la mañana siguiente se les realiza una llamada telefónica para confirmar que se encuentran bien y solucionar alguna duda que les pueda surgir. Posteriormente realizarán su revisión al mes en consulta externa.

Resultados: Desde el inicio del programa en febrero de 2019, hasta abril de 2022, se han intervenido 90 pacientes con diagnóstico de HPT1º y de ellos 43 se han realizado en régimen de CMA, de las cuales 16 eran hombres y 27 mujeres, con una edad media de 61 años (rango 35-78 años). El tiempo medio de cirugía fue de 40 minutos \pm 15 minutos, en función sobre todo de resultados de anatomía patológica intraoperatoria y PTH intraoperatoria para criterios de Miami. El tiempo de permanencia en la unidad desde el ingreso a primera hora de la mañana hasta el alta fue de 10 \pm 2 horas, sin mortalidad ni reingreso y con un alto grado de satisfacción por parte de los pacientes. En cuanto a las complicaciones, tan sólo un caso de hipocalcemia sintomática a las 48 horas, que precisó perfusión de calcio intravenoso en el área de observación de urgencias y un seroma de herida.

Conclusiones: La cirugía del HPT1º, con una correcta selección de pacientes y en manos expertas, puede realizarse en régimen de CMA con seguridad. Las complicaciones potenciales que pueden surgir como el sangrado, habitualmente se manifiestan en las primeras 6 horas postoperatorias, es decir, antes del alta del paciente, así como la hipocalcemia, para lo cual se realizan las determinaciones de PTH, que van a servir como predictoras de la misma.

220083. RECONSTRUCCIÓN PERINEAL MEDIANTE COLGAJO MIOCUTÁNEO TRAS AMPUTACION ABDOMINOPERINEAL POR CÁNCER ANAL

M Ortega Castán, JM Cabrera Bermón, JL Cuba Castro, N Tapia Durán, A Del Fresno Asensio

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

Introducción: Actualmente, la técnica de amputación abdominoperineal (AAP) en el cáncer de canal anal está indicada únicamente en los casos de enfermedad residual o progresión de la enfermedad tras el tratamiento de elección, la quimioterapia (QT) y radioterapia (RT) concomitantes. Esta técnica presenta una tasa de curación a los 5 años del 50-70%, sin embargo, asocia una elevada morbilidad, entre ellas, las complicaciones de la herida perineal.

Caso clínico: Varón de 35 años, fumador y VIH +, con diagnóstico incidental, tras cirugía de gangrena de Fournier, de carcinoma escamoso de canal anal estadio IIIC (T4N1aM0). Inició tratamiento con QT(5-fluorouracilo) y RT(50-60 Gray) concomitante y fue reevaluado a las 12semanas presentando persistencia de la enfermedad en la Resonancia Magnética pélvica (RM). En el comité multidisciplinar colorrectal se decide cirugía: amputación abdominoperineal (AAP). Dado los antecedentes de cirugía y RT perianal previas, presenta una evolución tórpida de la herida perineal que desemboca en una dehiscencia profunda no susceptible de cierre por segunda intención. Ante esta situación, nos planteamos, junto con el equipo de Cirugía Plástica, la realización de un colgajo miocutáneo, concretamente, un colgajo vertical del músculo recto del abdomen (colgajo VRAM). A pesar de tener una piel radiada, se obtuvo una cicatrización e integración del colgajo muy satisfactoria.

Discusión: La reconstrucción de los defectos perineales con colgajos miocutáneos permite solventar las complicaciones de la herida perineal ya que rellenan espacios muertos y facilitan la

cicatrización. Existen diferentes tipos de colgajos miocutáneos, entre ellos, el de músculo recto, el de músculo glúteo o el de músculo gracilis. La elección de uno u otro será individualizada según las características del paciente y la experiencia del equipo quirúrgico.



Figura 1

Colgajo VRAM.

En nuestro caso, se optó por el colgajo VRAM por el amplio defecto perineal, la ausencia de intervenciones abdominales previas y la calidad de la musculatura abdominal. Esta técnica fue descrita en 1984 por Shukla y Hughes y consiste en realizar una incisión elíptica amplia en los dos tercios superiores del abdomen englobando piel, tejido celular subcutáneo, fascia anterior y músculo recto del abdomen con sus arterias perforantes preservando la fascia posterior para el cierre abdominal. Una vez confeccionado el colgajo se transfiere hacia el periné por vía transabdominal basculando sobre su pedículo vascular, los vasos epigástricos inferiores. Por último, se fija el colgajo al periné y se fortalece la pared abdominal con una malla sintética.

220084. CRISIS TIROTÓXICA, UNA EMERGENCIA MÉDICA CON SOLUCIÓN QUIRÚRGICA

M Ortega Castán, R Soler Humanes, N Tapia Durán, JL Fernández Serrano, DJ Morales García, LT Ocaña Wilhelmi

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

Introducción: La crisis tirotóxica o tormenta tiroidea es la manifestación clínica más extrema del hipertiroidismo. Constituye una emergencia médica, requiriendo un diagnóstico y tratamiento intensivo precoz que permita disminuir su mortalidad que actualmente ronda en torno al 10%.

Caso clínico: Mujer de 37 años, fumadora, sin patología tiroidea diagnosticada previamente, acude al Servicio de Urgencias por disnea y tos progresiva de semanas de evolución que en las últimas horas asocia fiebre, nerviosismo e inquietud. A la exploración, llama la atención un bocio grado 3 según la clasificación de la OMS, exoftalmos bilateral, disnea en reposo y tiraje respiratorio con SatO₂ 90% y taquiarritmia sinusal a 160 lpm. Ante la mala tolerancia clínica de la paciente, se procede a la cardioversión farmacológica, que

fracasa y requiere cardioversión eléctrica, tras la cual, se deteriora respiratoriamente requiriendo intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva con estancia en UCI. Los hallazgos en la exploración física, asociado a los resultados analíticos, con TSH totalmente suprimida (TSH <0,008) y una hormona tiroidea elevada (T4L 132), determinan el diagnóstico de crisis tirotóxica. Además, en la radiografía de tórax se aprecia un foco neumónico, el cual habría contribuido a desencadenar la crisis. La paciente permanece en UCI durante tres días recibiendo como tratamiento betabloqueantes (propranolol), corticoides (hidrocortisona), anti-tiroideos (propiltiouracilo), lugol y antibioterapia empírica, tras los cuales consigue ser extubada y estabilizada hemodinámicamente. En planta se normaliza la función tiroidea, mejorando el exoftalmos y siendo dada de alta con tiamazol y con una cirugía tiroidea programada. Se intervino mediante tiroidectomía total al mes del ingreso. Durante la cirugía, se objetivó una glándula tiroidea aumentada de tamaño, de consistencia pétreo y muy vascularizada. No presentó complicaciones en el postoperatorio. El resultado de anatomía patológica es compatible con hiperplasia nodular difusa.



Figura 1

Exoftalmos. Bocio.

Discusión: La crisis tirotóxica es un desafío diagnóstico y su tratamiento es todo un reto. La cirugía cobra un papel esencial en el tratamiento definitivo de forma urgente, si el tratamiento médico no controla la función tiroidea, o de forma diferida, como se presenta en nuestro caso clínico, para evitar futuras crisis tirotóxicas.

220086. MICROBIOMA Y VALORACIÓN DE LA ANTI-BIOTERAPIA EN LA COLECISTITIS AGUDA EN NUESTRO CENTRO HOSPITALARIO

M Ortega Castán, P González Rojo, N Bregoli Rodríguez, LC Hinojosa Arco, R de Luna Díaz

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

Introducción: La colecistitis aguda es una de las patologías más prevalentes dentro de la cirugía de urgencias. Presentamos un estudio con el objetivo de determinar el microbioma biliar de los pacientes

intervenidos de colecistitis aguda en nuestro centro hospitalario, así como analizar el tratamiento antibiótico empleado.

Material y métodos: Estudio descriptivo incluyendo 41 pacientes operados por colecistitis aguda. En todos los casos se tomó muestra de líquido biliar del interior de la vesícula. Se analizó el resultado de los cultivos de líquido biliar, los antibióticos empleados y la evolución clínica.

Resultados: Todos los casos fueron tratados mediante colecistectomía laparoscópica. La media de edad fue 60 años, con un ligero predominio del sexo femenino (51%). Según la clasificación de la gravedad de la colecistitis por las guías Tokyo 2018, el 46% se trataron de colecistitis grado I, el 49% grado II y el 5% grado III.

La información microbiológica de los cultivos de bilis se resume en la figura adjunta. Destacar una incidencia de *Escherichia coli* en el 30%, *Klebsiella pneumoniae* en el 27%, *Enterobacter cloacae* en el 8% y *Enterococcus spp* en el 11% de los casos. En el 70% se aisló un único microorganismo, mientras que en el 30% se aisló una combinación polimicrobiana. Como hallazgo de interés, en el 40% de los casos no se aisló ningún microorganismo en el cultivo biliar.

Respecto a la antibioterapia, en el 93% se empleó un único antibiótico, destacando el uso de Piperacilina-Tazobactam (73%). Según las recomendaciones de las guías de Tokyo 2018, en más de un tercio de los casos (38%) se está utilizando un antibiótico demasiado potente lo que podría propiciar la aparición de resistencias. Por otro lado, indicar que en el 92% de los casos los microorganismos fueron cubiertos en su totalidad por la antibioterapia empleada.

Por último, la estancia media y mediana fue de 4 días y la tasa de complicaciones infecciosas del 15.4%, destacando la infección del sitio quirúrgico y fiebre en el postoperatorio. En todos los casos se resolvieron de forma conservadora mediante antibioterapia.

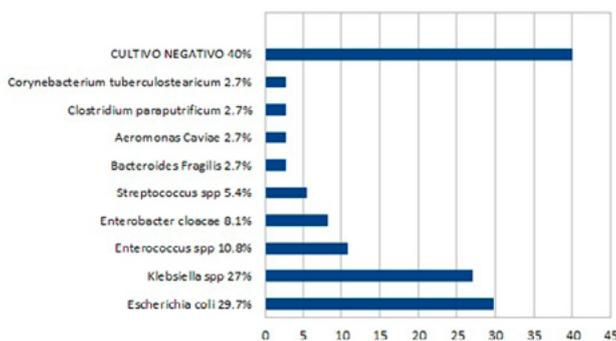


Figura 1

Microbioma.

Conclusiones: La antibioterapia perioperatoria tiene un papel destacado en el manejo de la colecistitis aguda. Su correcta elección es fundamental para prevenir la aparición de complicaciones infecciosas y, por otro lado, evitar el desarrollo de resistencias bacterianas. A pesar de nuestros buenos resultados respecto a morbilidad y estancia hospitalaria, debemos revisar la elección de antibióticos con el objetivo de realizar un uso racional de los mismos.

220087. EXPLORACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN PERIANAL TRAS TRAUMATISMO DE ALTO IMPACTO

I Lorence Tomé, FJ del Río Lafuente, A Curado Soriano, JC Gómez Rosado

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

Introducción: Las heridas traumáticas de la región anal son extremadamente raras (1-2 casos/100.000 habitantes/año), predominando las lesiones accidentales (tráfico, caídas, heridas por asta de toro, etc.), las iatrogénicas y los cuerpos extraños. Deben ser evaluadas y enfocadas en la identificación de lesiones concomitantes genitourinarias, ya que el retraso en el diagnóstico aumenta la morbilidad y mortalidad. El diagnóstico se basa en una alta sospecha clínica, el tacto rectal, la rectosigmoidoscopia y la tomografía.

Aunque el tratamiento ha evolucionado sustancialmente en las últimas décadas, sigue sin haber

un consenso claro sobre las estrategias quirúrgicas más adecuadas.

Presentamos el caso de un paciente con lesión perianal, glútea y escrotal extensas, secundaria a traumatismo de alto impacto.

Caso clínico: Varón, 31 años, sin antecedentes, trasladado a nuestro hospital en helicóptero desde centro periférico por herida en región perianal, glútea y escrotal tras ser atropellado. A su llegada a Urgencias, se encontraba hemodinámicamente estable. En prueba de imagen realizada, se descartaron líneas de fractura y se identificó un hematoma de 3.8x5.4cm en fosa isquiorrectal derecha, sin signos de neumoperitoneo ni líquido intraabdominal. A la exploración, presentaba extensa herida inciso-contusa desde región perianal hacia periné y escroto, superior a 10 cm de longitud, con afectación de planos profundos hasta glúteo derecho (grado I de Flint/ grado I de la AAST).

El paciente fue trasladado a quirófano para realización, bajo anestesia, de rectosigmoidoscopia, sin evidencia lesiones rectales, y tacto rectal, con tono esfinteriano conservado. Tras realizar un amplio desbridamiento y lavado profuso de la herida, se procedió a la reconstrucción del tejido sano y al cierre por planos tanto a nivel perianal como glúteo y escrotal. Se dejó un drenaje penrose en zona presacra.

El paciente presentó una buena evolución postoperatoria, buen restablecimiento del tránsito y mantenimiento del tono esfinteriano, siendo dado de alta a los 15 días de la intervención.

Discusión: En la evaluación inicial de un paciente con traumatismo anal debemos seguir las recomendaciones básicas para el manejo de todo paciente traumatizado, con el fin de descartar y tratar rápidamente las lesiones que pongan en riesgo la vida. En estos traumatismos, los síntomas son poco precisos, según la localización de la lesión, la causa y el tiempo transcurrido, pudiendo llegar a situaciones graves, como peritonitis y/o sepsis.

El tratamiento óptimo no es universal, por lo que debemos realizar el máximo esfuerzo por brindar una atención individualizada.

220088. TRATAMIENTO CONSERVADOR EN EL TRAUMATISMO ESPLÉNICO GRAVE

M Ortega Castán, G Plata Pérez, MS Álvarez Escribano, LC Hinojosa Arco, R de Luna Díaz

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

Introducción: El bazo es el órgano sólido lesionado con mayor frecuencia en los traumatismos abdominales cerrados, con una prevalencia del 30%. El mecanismo lesional más frecuente en nuestro medio es el accidente de tráfico seguido de la precipitación.

El creciente conocimiento de la función inmunológica del bazo y las complicaciones de la esplenectomía, como el temido síndrome de sepsis grave postesplenectomía, ha cambiado en las últimas décadas el manejo del traumatismo esplénico hacia un abordaje más conservador.

Caso clínico: Se presentan dos casos clínicos de traumatismo esplénico grave con manejo conservador en nuestro centro hospitalario.

En primer lugar, un varón de 35 años que tras un accidente de tráfico sufre una laceración esplénica grado III. Se mantiene estable hemodinámicamente pero se evidencian en la tomografía computarizada de abdomen con contraste bifásico signos de extravasación por lo que se realiza embolización esplénica distal urgente.

En segundo lugar, un varón de 83 años que tras una caída en motocicleta sufre una laceración esplénica grado V. Pese a que en la prueba de imagen no se evidencian signos de sangrado activo, ante el tipo de lesión esplénica, la estabilidad hemodinámica y la anemia progresiva se decide embolización al sexto día del traumatismo.

En ambos casos, la evolución tras la embolización es favorable, sin requerir intervención quirúrgica durante la hospitalización. No se evidencian complicaciones en las pruebas de imagen durante el seguimiento ambulatorio.

Discusión: El manejo conservador de la lesión esplénica comprende la observación clínica y radiológica, con o sin embolización. Es el tratamiento de elección en pacientes hemodinámicamente estables, independientemente del grado de lesión esplénica. Tiene una tasa de éxito del 90%.

Las ventajas del manejo conservador son preservación de la función esplénica, menor número de laparotomías no terapéuticas, menor tasa de complicaciones intraabdominales y transfusión sanguínea, menor coste hospitalario, y en general, menor morbimortalidad.

La mayoría de los casos fracasan en los primeros 4 días por resangrado esplénico. Los factores predictores de fracaso son: edad superior a los 55 años, lesiones esplénicas grado III-V según la clasificación de la AAST, hemoperitoneo superior a 500cc, lesión de órgano sólido concomitante y anomalías vasculares (extravasación de contraste, pseudoaneurisma, fistula arteriovenosa).



Figura 1

Traumatismo de alto impacto en región perianal, glútea, periné y escroto, con afectación de planos profundos.



Figura 1

Cierre por planos, reconstrucción y colocación de drenaje penrose presacro.

Hoy en día, el avance en el campo de la radiología intervencionista mediante la embolización esplénica aumenta la tasa de éxito del manejo conservador, y desplaza a la esplenectomía a un segundo plano en pacientes estables hemodinámicamente.

220090. TRAUMATISMO HEPÁTICO PENETRANTE COMO CAUSA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA

M Pérez Reyes, B Sánchez Pérez, L Romacho López, M Neuhaus Nevado, BG Francisco, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Los traumatismos hepáticos pueden crear comunicaciones traumáticas entre ramas de la arteria hepática, porta y vena suprahepática, produciéndose así las fistulas arteriovenosas.

Caso clínico: Paciente de 54 años con antecedentes de HTA, EPOC y síndrome depresivo.

Acude a urgencias a un hospital comarcal por intento de autolisis con arma blanca.

En la exploración física presentaba estabilidad hemodinámica, y el abdomen con 4 heridas incisas en epigastrio y una herida perforante con exposición intestinal.

Se realizó un TAC abdominal que mostró abundante líquido libre, neumoperitoneo y dos trayectos secundarios al arma blanca en el segmento IV. En la analítica de sangre destacaba una hemoglobina de 11,6g/dL. Se decidió laparotomía urgente, objetivando 800cc de hemoperitoneo y una herida penetrante en el segmento II hepático con sangrado pulsátil no controlable. Se decidió colocar un packing hepático y un sistema VAC-Abhtera para traslado a nuestro centro.

A su llegada, estable hemodinámicamente. Se realizó angio-TC que describió irregularidad en la arteria hepática izquierda entre los segmentos II-IVa continuándose en la fase arterial con la vena suprahepática izquierda y con la rama lateral de la porta izquierda, hallazgos sugestivos de fistula arteriovenosa postraumática. Se realizó arteriografía confirmándose la fistula de la arteria hepática izquierda con la vena suprahepática y porta izquierda y se procedió a embolizar la arteria hepática izquierda con coils, con abolición del flujo en el control.

A las 48 horas se revisó en quirófano, se retiró el VAC y se objetivó una lesión penetrante en el segmento IV sin sangrado activo y áreas parcheadas isquémicas en el lóbulo hepático izquierdo en relación con la embolización. Al alta presentó buena evolución clínica y analítica, normalizando el perfil hepático.

Discusión: La incidencia de lesiones hepáticas vasculares es más frecuente con lesiones penetrantes que con traumatismo abdominal cerrado. Las fistulas arterio-portales son más frecuentes, en cambio, las conexiones con las venas hepáticas son muy raras. El angio-TC es muy útil para la planificación antes de la arteriografía.

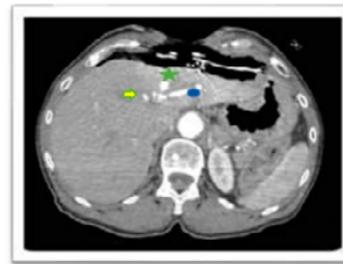


Fig. 1a Angio-TC abdomen

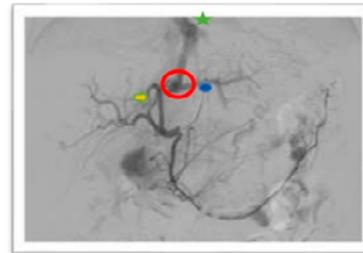


Fig. 1b Arteriografía

Figura 1

Fístula Arteriovenosa. Fig 1a ANGIOTC Abdomen Fig 1b Arteriografía. En el TAC se observa la arteria hepática izquierda (fecha amarilla) que se continúa en la fase arterial con la vena suprahepática izquierda (estrella verde) y con la rama lateral de la porta izquierda (círculo azul). Estos hallazgos sugieren lesión vascular tipo fistula arteriovenosa postraumática en el lecho de las lesiones parenquimatosas.

La arteriografía confirma la fístula arteriovenosa (círculo rojo) de la arteria hepática izquierda (fecha amarilla) con vena suprahepática (estrella verde) y porta (círculo azul).

220091. APENDICITIS AGUDA POR ENTEROBIUS VERMICULARIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

A Hendelmeier, MC De la Vega Olías, JM Salas Alvarez, FJ Campos Martínez, JL Arroyo Velez, V Vega Ruiz

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: La apendicitis aguda es un cuadro clínico muy frecuente cuyo manejo es bien conocido en el ámbito hospitalario. La causa más frecuente de la apendicitis aguda es obstrucción en asa cerrada de la luz apendicular por estasis fecal y fecalitos que contribuye al sobrecrecimiento bacteriano y secreción continua de moco, produciendo distensión intraluminal y aumento de la presión de la pared apendicular con el consiguiente compromiso del drenaje linfático y venoso, abocando en una isquemia de la mucosa. Otras causas para mencionar son la hiperplasia linfoide, neoplasias, restos de fruta y material vegetal, bario ingerido y parásitos

Caso clínico: Paciente de 14 años que acude por dolor abdominal intenso a nivel de fosa ilíaca derecha de 24 horas de evolución asociando náuseas, sin fiebre.

A la exploración presenta regular estado general, posición antiálgica. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación con plastrón a nivel de fosa ilíaca derecha que se extiende hasta hipogastrio con defensa. Analítica sin reactantes de fase aguda.

Se realiza ecografía de abdomen donde se evidencia importante cantidad de líquido ascítico en pelvis y fosa iliaca derecha y se observa plastrón inflamatorio de unos 6 cm en cuyo seno parece apreciarse una imagen tubular de unos 15 cm con un apendicolito en su interior, sugestivo de apendicitis aguda complicada.

Se decide intervención quirúrgica por laparoscopia con conversión a cirugía abierta por masa cecal de aspecto tumoral no desplazable. Se objetivan lesiones quísticas a nivel de FID dependientes de peritoneo. Anejos sin hallazgos. Realizamos resección ileocecal con anastomosis L-L manual.



Figura 1
Anatomía Patológica.



Figura 2
Anatomía patológica.

La anatomía patológica describe:

- Quistes mesoteliales sin evidencia de malignidad.

- Apendicitis granulomatosa transmural con extensión a fondo de saco cecal e íleon terminal, de posible origen infeccioso (visualizando *Enterobius Vermicularis*), sin evidencia de malignidad (no se puede descartar que se trate de una EII).

Al mes del alta presenta buena evolución desde el punto de vista quirúrgico. Niega prurito anal, ha iniciado tratamiento con Albendazol. Valorada por el servicio de Digestivo que inicia estudio de enfermedad inflamatoria intestinal.

Discusión: La enterobiasis puede ser causa de apendicitis aguda al permitir la infiltración bacteriana de la pared apendicular o favoreciendo la producción y retención de apendicolitos en la luz apendicular, aunque es poco frecuente.

220092. PERFORACIÓN DE INTESTINO DELGADO TRAS LITOTRICIA EXTRACORPÓREA

MS Carranque Romero, F Lucena Navarro, Y Mokachir Mohsenin, I Pérez Mesa, S Ahumada Etchepareborda, Y Sánchez Rodríguez, N Gándara Adán

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

Introducción: La litotricia extracorpórea con ondas de choque (LEOC) es un procedimiento no invasivo ampliamente utilizado para el tratamiento de litiasis renales y ureterales no expulsables. No está exenta de riesgos y, aunque en la mayoría de las ocasiones aparecen complicaciones leves, se han descrito casos en la literatura con complicaciones más importantes como septicemia, arritmias cardíacas, hematomas viscerales, perforación intestinal, etc.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 55 años con antecedentes de cólico renoureteral derecho de repetición, motivo por el cual se indicó litotricia. Tras el procedimiento, inicia cuadro de dolor abdominal en flanco derecho acompañado de náuseas e ingresa como nuevo episodio de cólico renoureteral y analítica con leucocitosis de $23.67 \times 10^3/\mu\text{l}$ y proteína C reactiva de 9.3 mg/L . Durante su estancia hospitalaria, persiste el dolor abdominal haciéndose generalizado, acompañado de vómitos y diarrea. Se realiza URO-TC donde se apreciaron signos sugerentes de perforación apendicular (**Figuras 1 y 2**). El paciente mantenía leucocitosis elevada y una PCR de $353,6 \text{ mg/L}$. Tras estos hallazgos, el estado clínico y la exploración física se decidió intervención quirúrgica urgente.

Se inició la misma vía laparoscópica, apreciando peritonitis focalizada en fosa iliaca derecha con plastrón inflamatorio y dilatación de asas de intestino delgado. Se movilizó y se drenó de forma espontánea una colección compuesta por líquido intestinal. Tras practicar desbridamiento del plastrón sin identificación del apéndice, se decidió conversión a vía abierta. Al continuar con la adhesiolisis se observó perforación puntiforme a nivel de íleo terminal realizando sutura con puntos sueltos de Vicryl 3/0. Llamó la atención el aspecto macroscópico del meso intestinal que imitaba un patrón empedrado desde íleon terminal hasta yeyuno con abundante vascularización.

Tras la intervención, el paciente evolucionó de forma favorable, siendo dado de alta sin incidencias.

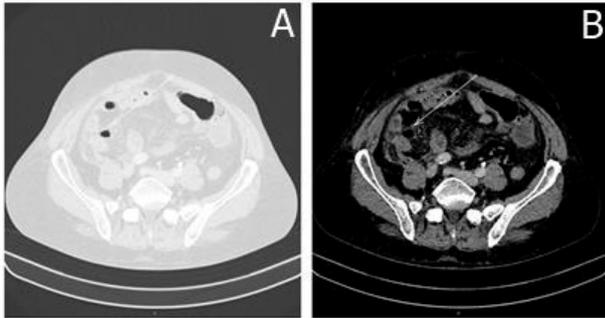


Figura 1

Imágenes en cortes axiales, en ventana de pulmón (A) y ventana de partes blandas (B). Se señala una burbuja aérea extraluminal en fosa ilíaca derecha (FID).

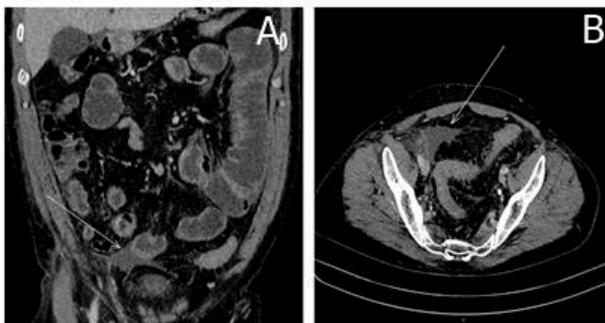


Figura 2

Imágenes en corte coronal (A) y axial (B). Se observa colección líquida en FID y alteración de la grasa adyacente. No se identifica el apéndice cecal. Los hallazgos sugerían perforación apendicular.

Discusión: Las complicaciones tras LEOC que involucran el aparato digestivo son infrecuentes, pero potencialmente graves. No se conoce el mecanismo exacto por el que se producen perforaciones, pero existe evidencia de erosiones en controles endoscópicos antes y después del procedimiento, considerándose como factores de riesgo la posición en decúbito prono y una alta frecuencia de ondas de choque (frecuencia óptima 1-1,5 Hz). Así mismo, es posible que pacientes con antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal o cirugías abdominales previas tengan mayor riesgo de desarrollar complicaciones intestinales.

En conclusión, ante todo paciente que haya recibido litotricia días previos a la aparición de dolor abdominal agudo debemos tener presente la posibilidad de perforación intestinal u otras complicaciones sobre el tracto gastrointestinal.

220094. NUESTRA EXPERIENCIA EN LA SEPARACIÓN DE COMPONENTES CON LIBERACIÓN DEL MÚSCULO TRANSVERSO (TAR)

Al Aguilar Márquez, A Curado Soriano, Y Lara Fernández, MC Infantes Ormad, JR Naranjo Fernández

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

Introducción: Los grandes defectos de la pared abdominal suponen un desafío para el cirujano. La liberación del músculo transverso usando el plano de Rossen es un recurso que permite medializar los músculos rectos en grandes defectos herniarios y, asociado a mallas de gran tamaño, permite solucionar eventraciones complejas con gran retracción de los bordes aponeuróticos. Presentamos nuestra experiencia en la separación posterior de componentes con liberación del transverso.

Material y métodos: Estudio retrospectivo desde 2016 hasta la actualidad. Analizamos 59 pacientes con grandes eventraciones (línea media y laterales) todas con defectos mayores de 10 cm. Realizamos los pasos como una reparación de Rives, accediendo al espacio de Rossen mediante la técnica de down to up descrita por Prof. García Ureña. Usamos como prótesis dos mallas, una biodegradable y otra de polipropileno de baja densidad.

Resultados: Presentamos 59 pacientes, con una edad media de 61 años, 38 hombres (64,40%) y 21 mujeres (35,60%). El IMC promedio es 32,05 Kg/m². La estancia media postoperatoria fue de 7 días. En 39 pacientes se realizó la técnica de forma bilateral y en los 20 restantes de forma unilateral. La malla se colocó a nivel retromuscular en 56 casos y preperitoneal en 4. En un caso el abordaje fue endoscópico (e-TEP). Reintervenciones en 4 (6,78%) pacientes, dos por complicaciones mayores por perforación inadvertida de asas, en un caso intestino delgado y en otro ciego, no existiendo otras complicaciones mayores, y dos para desbridamiento de la herida quirúrgica. Como complicaciones menores, 8 (13,56%) infecciones de herida (3 de ellas manejadas con sistema de presión negativa), 9 (15,25%) seromas de herida, 7 (11,86%) pacientes con dolor crónico con manejo conservado, 1 (1,69%) isquemia de bordes y 1 (1,69%) sinus de herida. Reingresos 4 pacientes (6,78%), 2 por colecciones intraabdominales con manejo conservador, 1 por cuadro de hipotensión secundario a retención aguda de orina y 1 por colección de pared abdominal. Seguimiento promedio de 24 meses sin detectar recidiva en ninguno de los pacientes.

Conclusiones: La TAR es una técnica compleja que, aun en equipos experimentados, no está exenta de complicaciones y morbimortalidad; por tanto, la indicación debe ser individualizada y con el fin de que sea definitiva, ya que, una vez remodelada la pared de este modo, las opciones quirúrgicas que nos quedan son escasas. En nuestra serie hemos obtenido buenos resultados en cuanto a recidiva y restauración de las propiedades fisiológicas de la pared abdominal.

220096. LINFANGIOMA EN EL ADULTO

N Tapia Duran, P Gonzalez Rojo, G Plata Perez, M Ortega Castán, JM Cabrera Bermón

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

Introducción: Los linfangiomas son tumores que se producen por anomalías congénitas o adquiridas de los vasos linfáticos y aparecen mayoritariamente en la infancia, siendo muy raros en adultos.

Se presentan como grandes masas, siendo más frecuentes a nivel cervical (75%) o en región axilar (20%).

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de linfangioma quístico axilar en el adulto con resultado favorable tras la exéresis quirúrgica.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 61 años, fumadora, diabética y dislipémica, en estudio por medicina interna por presentar gran tumoración de unos dos años de evolución en la zona inferior axilar derecha de unos 12 cm, indolora a la palpación y no adherida a planos profundos.

Se realiza primeramente una ecografía con evidencia de una lesión quística hipocóica y una PAAF de la lesión que es negativa para malignidad, con frotis con evidencia de abundantes linfocitos sugestivo de linfangioma quístico, siendo entonces remitida a cirugía para exéresis de ésta.

Previo a la intervención quirúrgica se realizó un TC cervicotorácico para delimitar la lesión y su relación con estructuras vecinas.

La cirugía se realizó bajo anestesia general, en régimen de cirugía mayor ambulatoria, dándose de alta la paciente sin incidencias con un drenaje aspirativo (que se mantuvo varios días)



Figura 1 Linfangioma donde se aprecia el gran tamaño de la lesión.

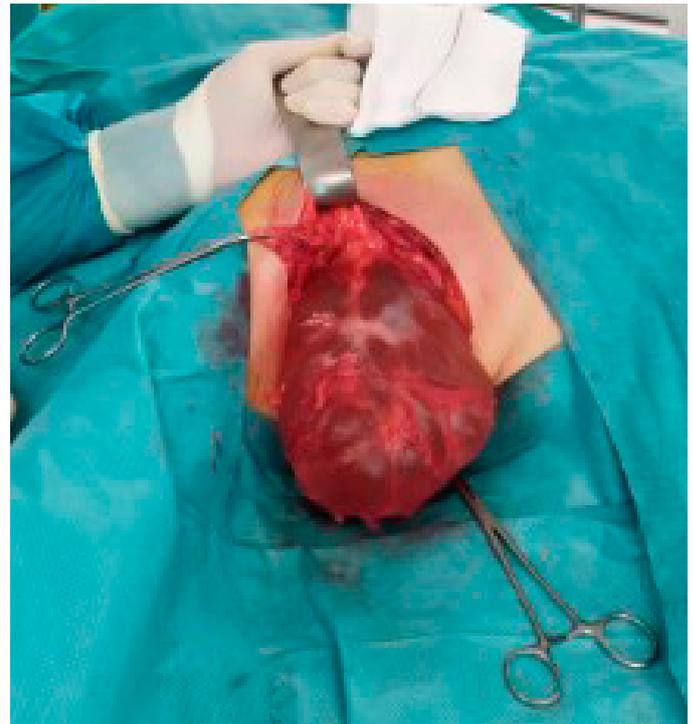


Figura 2 Linfangioma quístico (antes de la exéresis completa).

Finalmente, el resultado anatomopatológico confirma la sospecha diagnóstica teniendo la tumoración un tamaño de 19,5 x 12cm.

Discusión: Es preciso considerar el linfangioma quístico ante cualquier masa de tejidos blandos, de gran tamaño, indolora, con crecimiento progresivo principalmente a nivel cervical o axilar.

El estudio citológico puede ayudar en el diagnóstico diferencial, pero el diagnóstico definitivo se consigue tras la resección quirúrgica.

220097. ISQUEMIA INTESTINAL SECUNDARIA A TROMBOSIS DE LA VENA MESENTÉRICA SUPERIOR Y SUS RAMAS.

VD Briceño Agüero, A Villanueva Moure, G Jiménez Riera, P Parra Membrives, JP Roldán Aviña

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: La trombosis venosa mesentérica (TVM) representa menos del 10 % de los casos de isquemia mesentérica. La trombosis se atribuye a una combinación de la tríada de Virchow, es decir, disminución del flujo sanguíneo, hipercoagulabilidad e inflamación vascular, pero aproximadamente el 20% son idiopáticas. Aunque la TVM es una condición relativamente rara, la mortalidad sigue siendo alta debido a síntomas inespecíficos y un diagnóstico tardío.

Caso clínico: Varón, 70 años de edad, con antecedentes de epilepsia, controlada con levetiracetam y prostatectomía laparoscópica en 2016 por cáncer de próstata, acude a urgencias por dolor abdominal difuso tipo cólico de 72 horas de evolución que se exacerba en las últimas

24 horas, asociado a náuseas, sin vómitos. En la analítica destaca una marcada leucocitosis $19,20 \times 10^3/\mu\text{L}$ con neutrofilia y una Proteína C reactiva 190 mg/dL.

Se realizó TC de abdomen con contraste IV, describiendo trombo en la vena mesentérica superior y sus ramas, las asas intestinales localizadas a nivel de la región umbilical y fosa ilíaca derecha con datos de isquemia venosa intestinal, así como líquido libre intraabdominal. (Figuras 1 y 2). Seguidamente, se realizó laparoscopia exploradora urgente, visualizándose un segmento de yeyuno medio con datos de isquemia venosa (Figuras 3 y 4) y resto del paquete intestinal normal. Se decide convertir y se realiza una laparotomía media con resección de 80 cm de yeyuno y anastomosis manual yeyuno-yeyunal latero-lateral isoperistáltica. Valorado por Hematología recomendando anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y estudio de trombofilia. El postoperatorio cursa sin incidencias y el paciente fue dado de alta a los 5 días de la intervención.

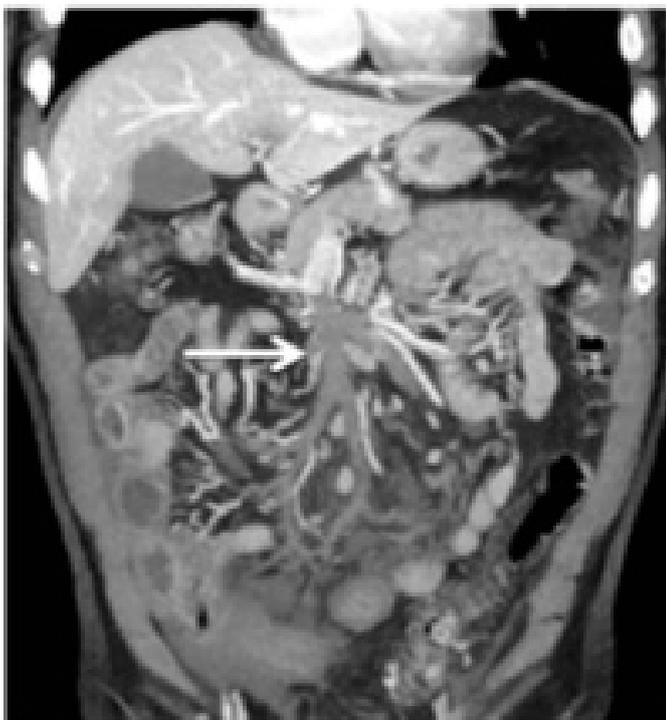


Figura 1

TC de abdomen con contraste corte coronal, se observa trombosis de la vena mesentérica superior y sus ramas (flecha).

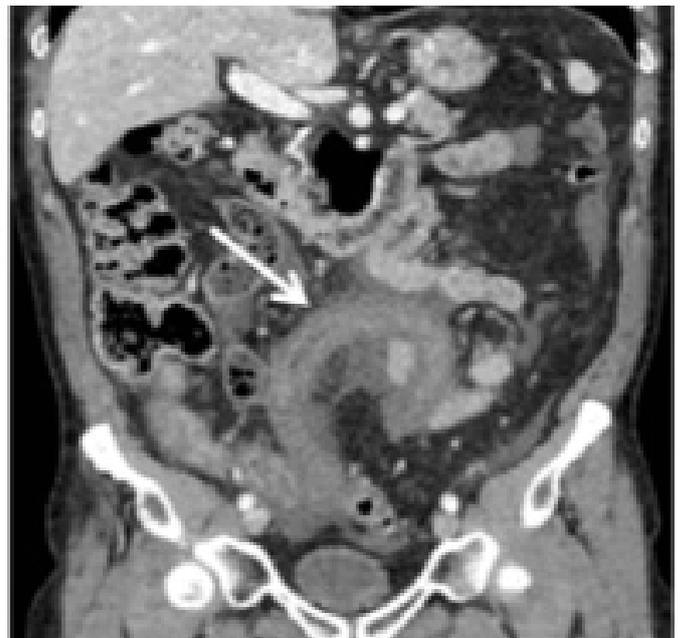


Figura 2

TC de abdomen con contraste corte coronal, se observa edema submucoso, engrosamiento e hipodensidad de las paredes de yeyuno, hallazgos en relación con isquemia venosa intestinal (flecha).

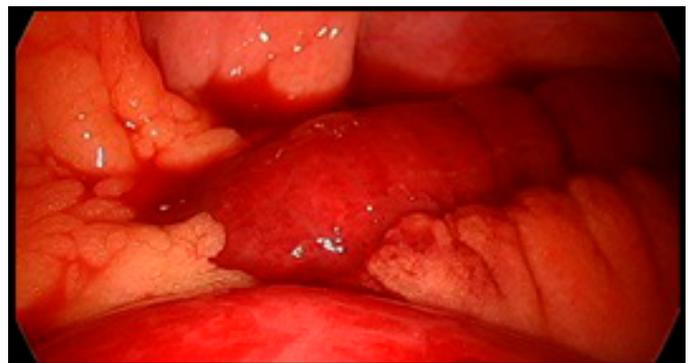


Figura 3

Segmento de yeyuno medio con datos de isquemia venosa y líquido libre entre asas.

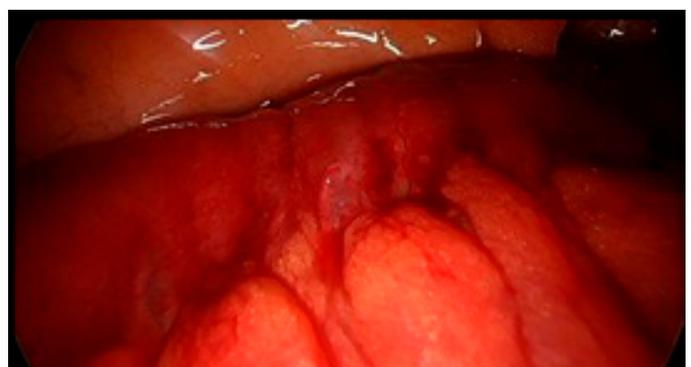


Figura 4

Segmento de yeyuno medio con datos de isquemia venosa y líquido libre entre asas.

Discusión: La TVM ocasiona reducción en el retorno venoso, edema de pared intestinal, alteración en la perfusión microvascular, distensión intestinal e infarto segmentario o total.

Habitualmente es secundario a otros estados patológicos, los más comunes son los síndromes de hipercoagulabilidad y las neoplasias ocultas. Otras enfermedades que pueden ocasionar TVM incluyen: cirrosis hepática, neoplasias mieloproliferativas, condiciones inflamatorias intraabdominales (diverticulitis, pancreatitis, etc.), cirugía previa y trauma. Hasta un 20% de TVM en los pacientes tiene un origen idiopático. El diagnóstico de la TVM es muchas veces tardío y se fundamenta en la sospecha clínica y la TC con contraste intravenoso, cuyos hallazgos se correlacionan con la gravedad del proceso.

El tratamiento de elección es la anticoagulación temprana, estando la cirugía indicada en aquellos casos con sospecha clínica o radiológica de isquemia intestinal.

220098. COLECCIÓN EN FLANCO IZQUIERDO SECUNDARIA A PERFORACIÓN INTESTINAL POR CUERPO EXTRAÑO

N Tapia Duran, A Ortega Martínez, E Corrales Valero, MS Alvarez Escribano, G Plata Perez, R Gómez Pérez

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

Introducción: La ingestión de cuerpos extraños con la dieta (principalmente espinas de pescado o huesos de pollo) es frecuente pero habitualmente no producen ninguna complicación. En caso de producirse alguna, el TC es la técnica de elección para su diagnóstico.

En el caso de una perforación intestinal secundaria a cuerpo extraño, el diagnóstico más habitual es intraoperatorio (hasta en un 90% de los casos).

El objetivo de este trabajo es concienciar sobre la importancia de la investigación del antecedente dietético para la sospecha tanto clínica como radiológica, permitiendo así un manejo adecuado.

Caso clínico: Se presenta un varón de 80 años, independiente, hipertenso e intervenido de hernioplastia inguinal izquierda, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de una semana de evolución en flanco izquierdo sin fiebre ni alteraciones del tránsito intestinal. Refiere ingesta habitual de pescado en su dieta.

A la exploración presenta distensión y timpanismo abdominal con dolor y defensa en flanco izquierdo con sensación de masa, tumefacción y celulitis asociada a ese nivel.

Análiticamente destaca leucocitosis leve y una PCR de 165.

En el TC abdominal se objetiva una colección en flanco izquierdo de 5x5cm con un cuerpo extraño lineal de alta densidad (posiblemente calcio) de 18 mm que asocia cambios inflamatorios en colon izquierdo y grasa mesentérica adyacente, así como en pared abdominal lateral ipsilateral, con la que contacta ampliamente presentar un claro punto de perforación intestinal.

Dada la estabilidad del paciente, se decide ingreso con tratamiento conservador, siendo favorable con antibiótico de amplio espectro y drenaje percutáneo de la colección.

El paciente es dado de alta el 11º día de ingreso con mejoría clínico-radiológica, y tras retirada de drenaje y valoración en consulta al mes del alta, se encuentra asintomático.

Discusión: La ingestión accidental de cuerpos extraños no suele causar complicaciones, pero debemos tener la sospecha ante un paciente con cuadro abdominal agudo y el antecedente dietético.

En caso de objetivarse una colección abdominal por TC, secundaria a una perforación por cuerpo extraño, puede ser tratada

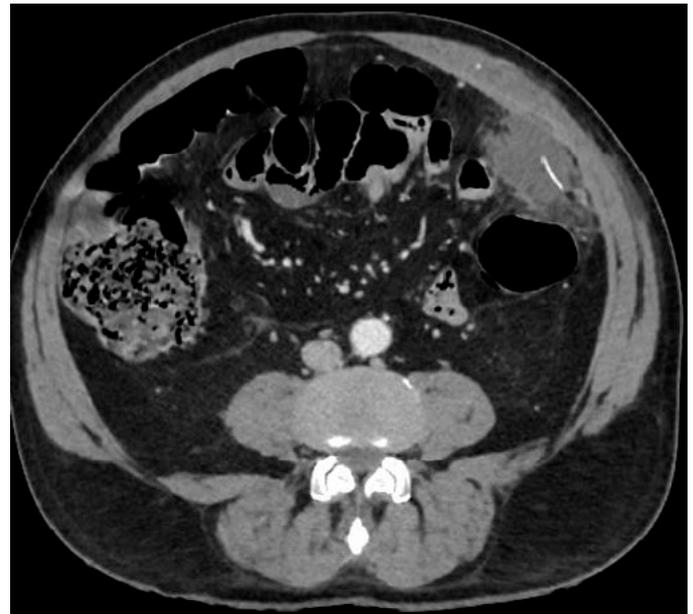


Figura 1
TC abdominal donde se objetiva la colección en flanco izquierdo.

de forma conservadora con seguridad siempre que el estado clínico del paciente lo permita.

220100. FÍSTULA GASTROCÓLICA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO DE UNA INUSUAL COMPLICACIÓN TARDÍA DEL BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO.

M Martínez Carrillo, S Delgado Carrasco, C Ruíz Macías, T Gallart Aragón, B Mirón Pozo

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

Introducción: El bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux se considera una de las cirugías bariátricas de elección, siendo la más frecuente realizada en el mundo, por su efecto combinado de restricción y malabsorción. Las complicaciones perioperatorias tempranas incluyen fugas anastomóticas, hemorragia, TVP y complicaciones cardiovasculares. Las complicaciones tardías (> 30 días), incluyen estenosis estomal, úlceras marginales, síndrome de intestino corto, coledocitis, fístulas gastrogástricas y trastornos metabólicos entre otros.

Caso clínico: Varón de 64 años intervenido de bypass gástrico laparoscópico por obesidad mórbida y diabetes en 2019. A los 7 meses de la cirugía, comienza con abundantes deposiciones líquidas que conllevan una marcada pérdida de peso y desnutrición severa. Acude a Urgencias por dolor abdominal intenso asociado a diarrea, se realiza TC que informa de moderada cantidad de líquido libre intraabdominal en lecho quirúrgico con abundantes burbujas sugestivas de neumoperitoneo. Ante empeoramiento clínico y hemodinámico del paciente, se decide intervención urgente, realizándose laparotomía media. Se visualiza abundante cantidad de líquido purulento en piso supramesocólico y perforación de anastomosis gastroyeyunal con fístula gastrocólica. Se decide resección del segmento de colon transversal fistulizado con anastomosis colocolica termino-terminal

mecánica. Se secciona la anastomosis G-Y antigua y se realiza de nuevo con CEEA 25. El paciente fue dado de alta a los 10 días con corrección de la desnutrición y comprobación con tránsito baritado de la ausencia de fístula.

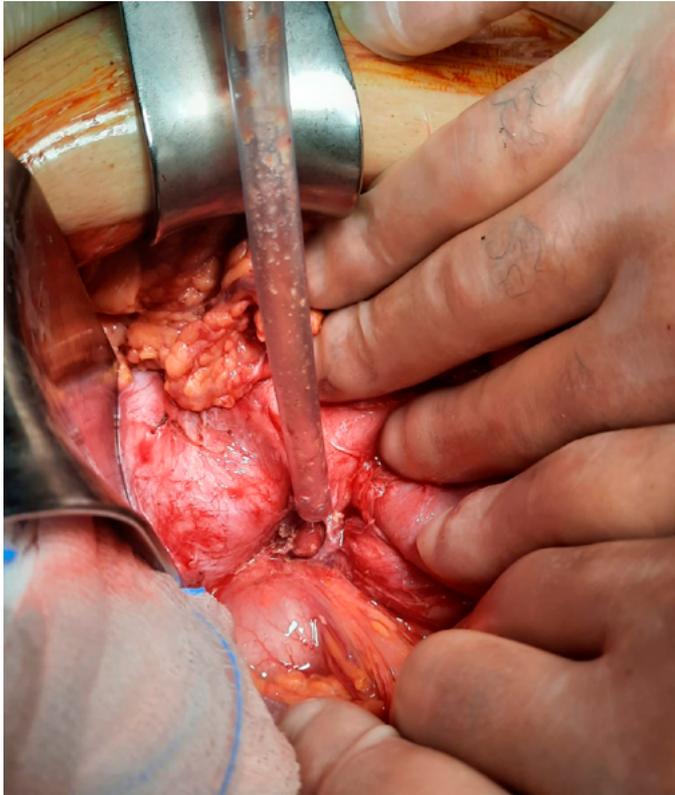


Figura 1
Fístula gastrocólica.

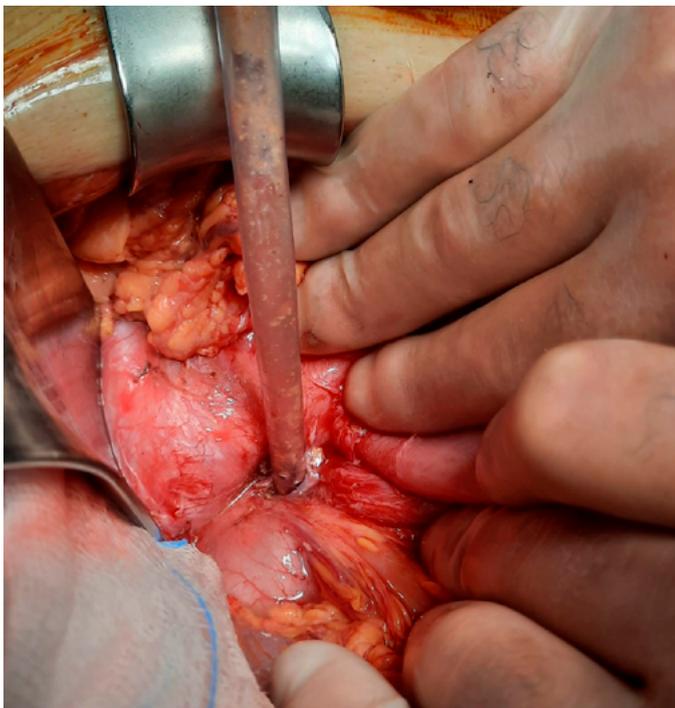


Figura 2
Fístula gástrica.

Discusión: La fístula gastrocólica es una complicación rara y tardía (> 30 días) de la cirugía gástrica con elevada morbimortalidad. Además, la mayoría de los casos se encuentran relacionados con gastrectomías tubulares (0,7-5%) y no con reconstrucciones en Y de Roux como es el caso. Puede ser consecuencia de tumores malignos de estómago o colon, enfermedad ulcerosa péptica, pancreatitis crónica, diverticulitis o por complicaciones quirúrgicas.

Se suele manifestar como diarrea crónica con dolor abdominal asociado, pérdida de peso y vómitos fecales. Los hallazgos de laboratorio más frecuentes son anemia, leucocitosis, trastornos electrolítico e hipoalbuminemia. Se han descrito múltiples factores de riesgo como el tabaco, AINES, tipo de material de sutura, H. Pylori, DM, enfermedad cardiovascular, corticoides. El diagnóstico se puede realizar con enema de bario, endoscopia o TC con contraste intravenoso y oral. El tratamiento para este tipo de complicación es quirúrgico, realizando una resección gastrocólica en un tiempo (aunque también se pueden realizar intervenciones en 2 o 3 etapas), con anastomosis primaria corrigiendo previamente las alteraciones metabólicas si es posible.

220101. TRAUMATISMO CONTUSO SOBRE HERNIA INGUINAL COMO MECANISMO LESIONAL DE UNA PERITONITIS FECALOIDEA GENERALIZADA

N Tapia Duran, R Gómez Pérez, E Corrales Valero, A Ortega Martínez, G Plata Perez, R Toscano Méndez

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

Introducción: El objetivo de este trabajo es exponer un caso de perforación intestinal con peritonitis fecaloidea generalizada secundaria a un traumatismo sobre una hernia inguinal conocida por la infrecuencia del mismo y mecanismo lesional subyacente.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 63 años, hipertenso, sin cirugías previas, que acude al servicio de urgencias tras caída accidental con contusión inguinal derecha, sobre hernia conocida sin episodios de incarceration.

A su llegada, regular estado general con dolor intenso y defensa en hemiabdomen inferior, con hernia no complicada.

Análiticamente destaca leucocitosis de 25000 con PCR de 6 y TC abdominal que informa de neumoperitoneo y sospecha de perforación intestinal con peritonitis secundaria a

perforación a nivel de herniación de asa intestinal (posiblemente íleon) con líquido libre en pelvis, interasas y gotiera parietocólica derecha. Describe a su vez una hernia inguinal derecha de 6.5 x 3.8 cm con contenido ileal con aire y líquido libre en su interior.

Ante estos datos, se lleva al paciente a quirófano y se realiza una exploración laparoscópica apreciando una importante peritonitis fecaloidea, por lo que se decide realizar una laparotomía media infraumbilical evidenciando una perforación intestinal de 1-2 cm a 20 cm de la válvula ileocecal, concordante con asa de intestino delgado herniada a través de la hernia inguinal derecha descrita previamente.

Se realiza sutura primaria de la perforación intestinal con lavado de la cavidad y hernioplastia tipo Lichtenstein dejando 2 drenajes (a nivel subfrénico derecho y en pelvis).

El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta al 7º día postoperatorio tolerando dieta, con tránsito intestinal presente, sin drenajes ni infección de sitio quirúrgico.

Actualmente, tras varios meses de la cirugía, se encuentra asintomático y sin evidencia de recidiva herniaria.



Figura 1 Tc abdominal donde se aprecian los hallazgos referidos.

Discusión: En antecedente de un traumatismo sobre una hernia inguinal (aunque a la exploración sea reductible), en un paciente con clínica abdominal, debe ponernos en alerta sobre una posible complicación a ese nivel.

La hernioplastia en intervenciones quirúrgicas de urgencia puede ser segura en casos seleccionados de peritonitis fecaloidea.

220102. ANÁLISIS DE RESULTADOS TRAS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN EL CARCINOMA DE PARATIROIDES

E Antonaya Rubia, CM Ruíz Marín, R González Sendra, MA Rodríguez Cano, A Cózar Ibáñez

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

Introducción: El carcinoma de paratiroides es una entidad poco frecuente, según las series se estima una incidencia de entre el 0,5 y el 2,1%. Puede aparecer de manera aislada o en el contexto de síndrome neoplásico endocrino múltiple (MEN 1), siendo en este caso más infrecuente (0,28% - 0,8%). El único tratamiento curativo es la cirugía, considerándose el gold standard la paratiroidectomía con hemitiroidectomía ipsilateral. Algunos autores además abogan por la realización de linfadenectomía lateral cervical, aunque es un aspecto controvertido ya que en la actualidad no existe evidencia

que demuestre mayor grado de remisión en exéresis ganglionares extensas. Por el contrario, la bibliografía actual defiende cirugías cada vez más conservadoras reseccando únicamente la paratiroides afecta. En el presente estudio revisamos de manera retrospectiva nuestros resultados en el tratamiento de esta patología.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye un total de 14 paciente recogidos desde 2009 (13 años) con diagnóstico histopatológico de carcinoma de paratiroides.

Resultados: Como principales características epidemiológicas observamos en nuestra muestra un 57.14% de mujeres y un 42.85% de hombres, con una edad media de 63.42 años. La estancia hospitalaria no sobrepasó en ningún caso de las 72 horas, sin complicaciones descritas en el postoperatorio inmediato. En 10 de los 14 pacientes la paratiroides patológica se encontraba en el lado izquierdo y en 4 en el derecho. En 13 pacientes, la sospecha diagnóstica inicial era de adenoma paratiroideo, realizándose en el 61.5% únicamente paratiroidectomía y precisando el 38.46 % restante hemitiroidectomía ipsilateral por sospecha intraoperatoria de invasión. En ningún caso el estudio histológico confirmó dichos hallazgos y tampoco se realizó ninguna linfadenectomía cervical central ni lateral. Únicamente 1 paciente se intervino con diagnóstico establecido de carcinoma paratiroideo, precisando tiroidectomía total por existencia de BMN simultáneo.

En los 8 pacientes en los que únicamente se extirpó la paratiroides afecta no se completó la cirugía, presentando los 14 pacientes de nuestra muestra curación completa.

Conclusiones: El carcinoma de paratiroides es una entidad poco frecuente cuyo manejo es controvertido dada la escasa bibliografía disponible. La tendencia actual es a realizar cirugías cada vez más conservadoras ya que esto no parece afectar a la tasa de curación de este tipo de neoplasia. Nuestros datos se encuentran en concordancia con esta tendencia y consideramos óptimo el tratamiento únicamente mediante paratiroidectomía, sin precisar completar posteriormente la resección, siempre que no se evidencie invasión franca del tejido tiroideo intraoperatoriamente

220103. AGENESIA VESICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

CM Ruíz Marín, E Antonaya Rubia, N Palomino Peinado, MA Rodríguez Cano, A Cózar Ibáñez

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

Introducción: La agenesia de la vesícula biliar es la malformación menos frecuente de las vías biliares. Se calcula que la incidencia es de 0.01-0.04%. Pese a su baja frecuencia, su hallazgo intraoperatorio puede suponer un reto para el cirujano que se encuentre realizando la intervención.

Presenta sintomatología en el 23-50% de los casos, indistinguibles de cuadros de cólicos biliares, conduciendo la mayoría de las veces a intervenciones innecesarias y con alto riesgo iatrogénico

Caso clínico: Mujer de 38 años que acude al servicio de Urgencias por dolor epigástrico de 24h de evolución irradiado a hipocondrio derecho y acompañado de vómitos biliosos y sensación distérmica. Refería episodios previos similares que cedían espontáneamente.

Presenta analítica con ligera elevación de bilirrubina (1.7) y ecografía que informa de vesícula biliar no distendida apreciando artefacto en lecho por atenuación sónica siendo de vesícula ocupada por material litiasico.

Ante estos hallazgos y no mejoría de la clínica se indica colecistectomía laparoscópica por cólico biliar resistente a tratamiento médico.

Se realiza laparoscopia exploradora sin evidenciar vesícula biliar ni zonas de fibrosis, únicamente algunas adherencias a lecho hepático que se liberan (por lo que se sospecha agenesia vesicular). Se identifica vía biliar hasta su entrada en duodeno. Ante hallazgos se da por concluida intervención.

El postoperatorio en planta es satisfactorio remitiendo clínica de dolor (en la mayoría de los pacientes reportados en la literatura ceden los síntomas tras la cirugía, incluso si la intervención no fue terapéutica como en nuestro caso. La explicación aceptada es probablemente por la lisis de las adherencias periportaes y del hipocondrio derecho que se realizan en la búsqueda de la vesícula).

Tras la cirugía se realiza ColangioRMN que confirma agenesia vesicular.

Actualmente en seguimiento por Digestivo por detección en el estudio de H.pylori positivo

Discusión: La agenesia vesicular es una entidad rara cuyo diagnóstico se realiza en la mayoría de los casos intraoperatoriamente y se confirma en el postoperatorio con técnicas de imagen.

La ecografía preoperatoria suele interpretarse como una vesícula contraída y con cálculos y la TC abdominal puede dar como diagnóstico erróneo una colecistitis alitiásica. Se postula que la colangio RM permite una visualización excepcional de la vía biliar, pudiendo considerarse el gold standard diagnóstico en la agenesia vesicular.

Si durante el acto quirúrgico se realiza el diagnóstico de agenesia de vesícula biliar la conducta debe dirigirse a descartar las localizaciones ectópicas de la vesícula sin otros procedimientos invasivos y dar por finalizada la intervención evitando lesiones iatrogénicas.

220104. NUESTRA SERIE EN EL ABORDAJE URGENTE DE LA HERNIA INGUINAL CON ABORDAJE LAPAROSCÓPICO TRANSABDOMINAL (TAPP).

AI Aguilar Márquez, MC Infantes Ormad, A Scammon Duran, M Retamar Gentil, JA López Ruiz

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

Introducción: La hernia inguinal complicada es una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes. El abordaje laparoscópico está ganando relevancia, debido a que ofrece la posibilidad de evaluar el asa encarcerada mientras se repara el defecto herniario. En este trabajo mostramos nuestra experiencia con el abordaje vía TAPP de la hernia inguinal complicada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo con un total de 19 pacientes con tratamiento urgente de la hernia inguinal vía laparoscópica desde 2016 hasta la actualidad en nuestro centro. La técnica se realizó con tres trócares, uno de 11 mm y dos de 5 mm. Se reduce contenido herniario y se valora el estado del asa encarcerada. Se realiza flap peritoneal e identificación y disección de los elementos del cordón y saco herniario para colocación de malla de polipropileno preperitoneal que, a veces se fija a espina pública. Finalmente, cierre del peritoneo con suturas helicoidales o sutura barbada continua.

Resultados: 19 pacientes, siendo el 57,89% mujeres, con edad media de 69 años. 11 pacientes presentaron una hernia inguinal complicada (3 recidivadas), y los 8 restantes, hernias crurales primarias complicadas. Se realizó abordaje vía TAPP, con recuperación del asa en todos los casos, excepto en dos: uno de ellos requirió laparotomía de asistencia para realizar la resección y anastomosis intestinal, finalizando la reparación herniaria por laparoscopia; el otro se convirtió y finalizó por vía abierta posterior. Se utilizaron mallas de polipropileno, fijadas con suturas helicoidales, 13 preformadas para laparoscopia. En 15 pacientes se cerró el flap peritoneal con sutura barbada continua, en dos casos se utilizaron suturas helicoidales y en el que requirió conversión con monofilamento de reabsorción lenta del 00. La estancia media es de 3 días. Intraoperatoriamente, se obtuvieron dos sangrados de trocar (10,52%) y una apertura accidental de la vejiga. En cuanto a las complicaciones menores: 4 seromas (21,05%), un hematoma (5,88%) y 2 infecciones de herida quirúrgica (10,52%). Ningún caso requirió reintervención, pero sí un reingreso.

Actualmente, 17 pacientes han completado el seguimiento a dos años, con solo una recidiva herniaria (5,26%).

Conclusiones: El abordaje transabdominal permite evaluar el asa y nos ofrece varias opciones si fuese necesaria la resección intestinal: laparoscopia, laparotomía de asistencia o abordaje anterior aislando los dos campos si existe vertido importante. Superada la curva de aprendizaje no hay diferencias significativas en la recidiva, sangrado o infección, aportando las ventajas del abordaje laparoscópico, siendo un procedimiento seguro y reproducible.

220107. CIRUGÍA RADICAL PARA EXÉRESIS DE LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE

F Botello García, FJ León Díaz, M Pérez Reyes, JL Fernández Aguilar, P Fernández Galeano, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Los liposarcomas son tumores de origen mesenquimal de escasa prevalencia, aunque suponen el sarcoma más frecuente que afecta al retroperitoneo. Su crecimiento suele ser lento y expansivo, comprometiendo órganos vecinos en la mayoría de los casos. La presentación clínica más frecuente es la masa

abdominal palpable, asociado a molestias abdominales difusas y distensión progresiva. Tiene baja tendencia a producir metástasis y la resección quirúrgica completa es el único tratamiento que mejora la supervivencia y consigue el control local de la enfermedad, pese a lo cual presenta una alta tasa de recidiva y un pronóstico muy pobre.

Caso clínico: Paciente de 54 años, sin antecedentes, que presenta cuadro de meses de evolución marcado por astenia, pérdida de peso y distensión abdominal progresiva, motivo por el que se le solicita un TC de abdomen para estudio. En él se observa una extensa lesión retroperitoneal de densidad grasa, con importante componente sólido, sugestiva de liposarcoma, de 32x26x42 cm, que condiciona efecto de masa desplazando estructuras abdominales anteriormente y a la derecha.

Se decide intervenir quirúrgicamente, evidenciando que tanto colon transverso, descendente, sigma y riñón izquierdo se encuentran englobados por la masa, y que todo el paquete intestinal se encuentra desplazado hacia hemiabdomen derecho. Para conseguir una cirugía de resección adecuada precisó de una colectomía izquierda ampliada con posterior anastomosis colorrectal, nefrectomía izquierda y orquiectomía izquierda, dado que los vasos gonadales izquierdos se encontraban afectados por el tumor.

Como incidencias postoperatorias, presentó un fracaso renal agudo anúrico secundario a uropatía obstructiva por disfunción del doble J del uréter derecho precisando la recolocación del mismo, mejorando de forma inmediata, y un íleo postoperatorio resuelto de forma conservadora. Fue dado de alta al 18 día postoperatorio.

La anatomía patológica de la pieza informó como un liposarcoma dediferenciado de 14 kg de peso, con márgenes quirúrgicos microscópicamente afectados.

Se decidió seguimiento posterior sin necesidad de tratamiento adyuvante. A los 6 meses de la cirugía, no presenta evidencia de recidiva de la enfermedad y se encuentra clínicamente mantenido.

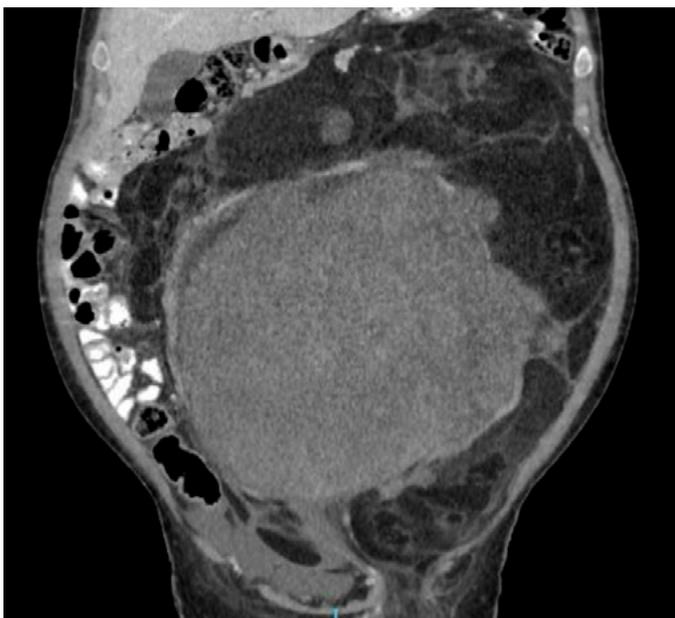


Figura 1

TC Abdomen preoperatorio (corte coronal).



Figura 2

Tc Abdomen preoperatorio (corte transversal).

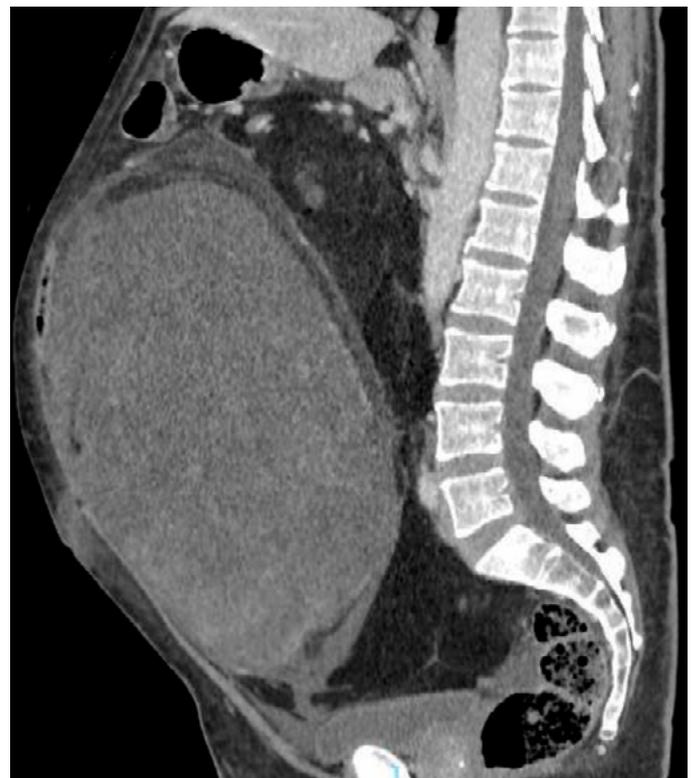


Figura 3

TC Abdomen preoperatorio (corte sagital).

Discusión: La resección quirúrgica completa con la consecución de márgenes libres de tumor constituye la única opción terapéutica curativa. Dado que este tipo de tumores suelen presentar un gran tamaño y afectar con frecuencia órganos vecinos, los conocimientos anatómicos exhaustivos y una destreza quirúrgica avanzada son fundamentales para conseguir que la cirugía sea efectiva y segura.

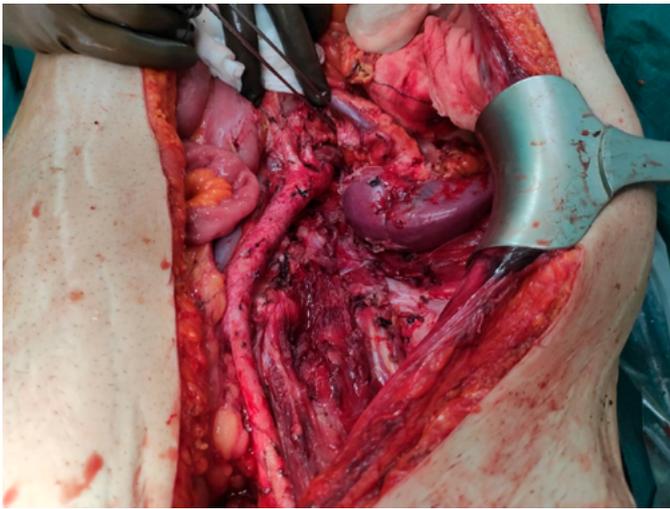


Figura 4

Exposición de vasos retroperitoneales postexéresis tumoral.



Figura 5

Pieza quirúrgica.



Figura 6

Pieza quirúrgica postexéresis (2).

220108. HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO Y PSICOSIS ¿TIENE CABIDA LA CIRUGÍA?

N Tapia Duran, R Soler Humanes, JL Fernández Serrano, D Morales García, M Ortega Castán, LT Ocaña Wilhelmi

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

Introducción: El hiperparatiroidismo secundario (HPTS) es una enfermedad producida por la hiperproducción de hormona paratiroidea por las glándulas paratiroides en respuesta a la hipocalcemia mantenida.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de un HPTS con debut clínico como cuadro psicótico. Destacar además la importancia de tener la sospecha clínica de una hipercalcemia ante un paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) y patología neurológica.

Caso clínico: Varón de 58 años, hipertenso, en seguimiento por salud mental desde 2016 por trastorno de ideas delirantes, con nefropatía IgA e IRC terminal, que acude a urgencias por alteraciones de conducta y desorientación de varios días de evolución, coincidiendo con inicio de hemodiálisis. Tras descartar organicidad se ingresa finalmente y de forma prolongada en neurología sin clara filiación del cuadro. Además, presenta un HPTS severo con hipercalcemia mantenida resistente a tratamiento farmacológico con calcimimético a dosis plenas, con cifras de calcio corregido de hasta >16 mg/dL y PTH > 800 pg/mL.

Durante dicho ingreso se valora a paciente con realización de pruebas complementarias (Eco cervical, Gammagrafía paratiroidea, SPECT-TC) que orientan a adenoma paratiroideo bilateral vs hiperplasia (inferior derecha y superior izquierda)

Ante este cuadro clínico se decide intervención quirúrgica con realización de una exploración cervical con evidencia de gran hiperplasia de las 4 glándulas paratiroides llevando a cabo una paratiroidectomía subtotal de 3 glándulas y media.

Se confirma la sospecha diagnóstica de hiperplasia anatomopatológicamente.

Tras la cirugía se consigue descenso rápido de calcemia y PTH siendo dado de alta de cirugía y encontrándose estable psicopatológicamente.

Discusión: La hipercalcemia severa (Calcio/sangre >12 mg/dL) puede cursar con afectación de los sistemas digestivo, renal, cardiovascular o musculo-esquelético y es una causa conocida de alteración neuropsiquiátrica con labilidad emocional o deterioro cognitivo, siendo la psicosis aguda una manifestación rara.

El hiperparatiroidismo secundario en un paciente con factores de riesgo, debe ser considerado como causa potencial y curable de cuadros psicóticos o neurológicos agudos.

La paratiroidectomía subtotal está indicada ante un fracaso del tratamiento médico o refractariedad de los síntomas inducidos por la hipercalcemia

220109. MESO DIVERTICULAR DE MECKEL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN ASA CERRADA.

F Aguilar del Castillo¹, S Borrego Canovaca¹, E Perea del Pozo², D Aparicio Sánchez², VM Durán Muñoz-Cruzado², F Pareja Ciuró²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla. ²Unidad Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: El divertículo de Meckel constituye la anomalía congénita gastrointestinal más frecuente. Su presentación clínica es variada, siendo la obstrucción intestinal la complicación más prevalente en adultos.

Caso clínico: Varón de 40 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos de 48h de evolución, asociado a cese de tránsito intestinal.

A la exploración, presenta un abdomen ligeramente distendido, doloroso y con defensa abdominal de forma generalizada.

Desde el punto de vista analítico, presenta elevación de reactantes de fase aguda como 29x10³/microL leucocitos y PCR de 196.

Se diagnosticó de abdomen agudo, y dada la estabilidad hemodinámica, se realizó TAC de abdomen. La prueba de imagen evidenció la presencia de obstrucción intestinal en asa cerrada en íleon con signos de sufrimiento, la causa aparente era una brida en paciente sin antecedentes quirúrgicos.

Se indicó necesidad de intervención quirúrgica urgente. Se observó la presencia de obstrucción en asas cerrada en íleon causada por el cuello de divertículo de Meckel. El asa presentaba signos de sufrimiento y compromiso de vascularización con lo cual se realizó resección intestinal englobando la base del divertículo y anastomosis íleo-ileal.

El paciente presentó buena evolución en el postoperatorio. Fue dado de alta al tercer día postoperatorio sin incidencias a destacar.

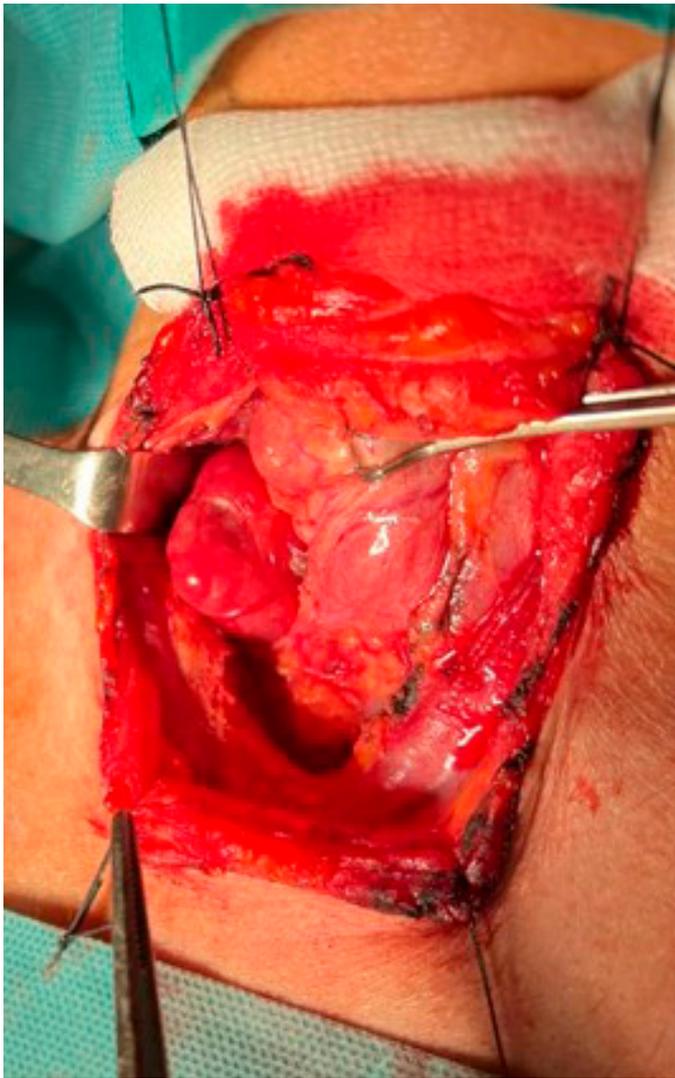


Figura 1

Foto donde se aprecia la gran hiperplasia glandular.



Figura 2

Foto donde se representa la magnitud y localización tras la exéresis glandular.



Figura 1

Corte axial de TAC donde se observa obstrucción intestinal.

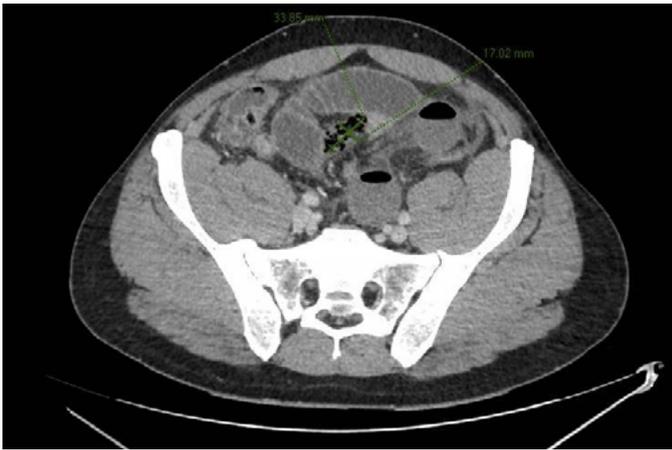


Figura 2

Corte axial de TAC donde se observa obstrucción en asa cerrada.

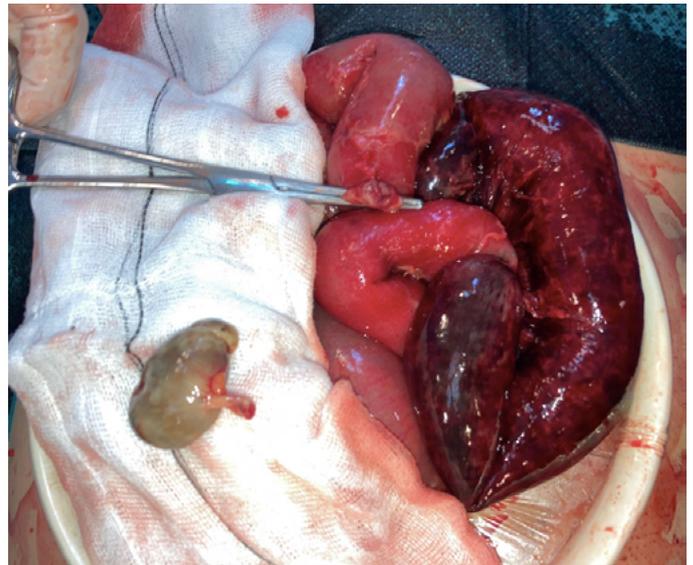


Figura 5

Imagen intraoperatoria tras la resección del cuello del divertículo de Meckel.



Figura 3

Imagen intraoperatoria donde se observa asa cerrada con signos de sufrimiento.

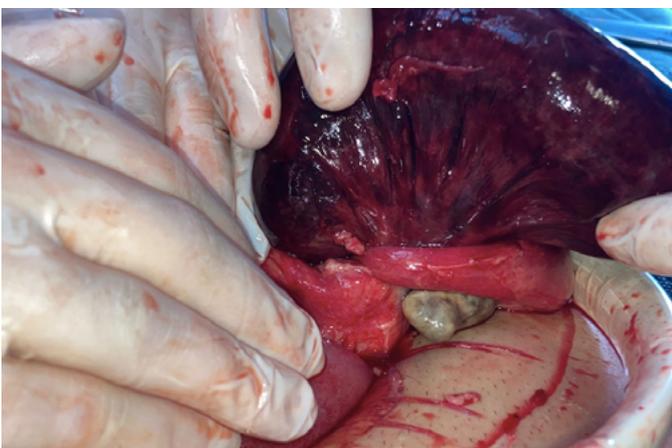


Figura 4

Imagen intraoperatoria donde se observa obstrucción en asa cerrada por cuello de divertículo de Meckel.

Discusión: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita gastrointestinal más frecuente. Es un verdadero divertículo ya que contiene todas las capas de la pared intestinal. Se forma durante la embriogénesis por falta de obliteración del conducto onfalomesentérico. Está presente en el 0.3-3% de la población.

Se localiza en el borde antimesentérico del intestino delgado y suele presentarse a 45-90cm de la válvula ileocecal.

La mayor parte de los divertículos de Meckel son asintomáticos y el diagnóstico suele ser incidental.

El Meckel sintomático es más frecuente en el sexo masculino durante la infancia y suele debutar como hemorragia digestiva baja. En jóvenes se puede manifestar como oclusión intestinal (47%), hemorragia (25.3%), diverticulitis (19,5%) y perforación (10%). En la edad adulta, la forma de presentación más frecuente es la oclusión (35,6%), diverticulitis (29,4%) y hemorragia (27,3%). En los casos encontrados en la bibliografía, la oclusión se ha producido en todos ellos por invaginación intestinal, no encontrando casos de estrangulación por el propio cuello del divertículo.

El tratamiento del divertículo de Meckel sintomático es la cirugía. Hay varias opciones quirúrgicas, desde una diverticulectomía hasta una resección en cuña o resección de un segmento intestinal.

220110. CÁNCER DE MAMA CON METÁSTASIS ANORECTAL A LOS 20 AÑOS DEL DIAGNÓSTICO INICIAL

N Tapia Duran, JM Cabrera Bermon, M Ortega Castán, M Jiménez Campillo, R Gómez Perez

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

Introducción: En el cáncer de mama (CM) avanzado, es frecuente la afectación de múltiples órganos simultáneamente, diferenciándose patrones de diseminación según el fenotipo ductal o lobulillar.

Las metástasis gastrointestinales (MGI) del CM son inusuales (8-35% en autopsias de pacientes con CM avanzado) siendo la gástrica la más frecuente y la rectal casi extraordinaria. La mediana de aparición de éstas desde el diagnóstico inicial es de unos 7 años.

El CM lobulillar de tipo luminal está más relacionado con las MGI (4,5%) mientras que el ductal supone sólo un 0,2% de ellas.

Particularmente en el recto, un engrosamiento mural concéntrico en la RM está más relacionado con afectación metastásica por CM, mientras que si es excéntrico y con clara invasión del margen circunferencial es más concordante con un origen rectal primario.

En muchas ocasiones no es suficiente con las biopsias superficiales tomadas endoscópicamente, por lo que la cirugía tiene un papel fundamental en el diagnóstico.

El objetivo de este trabajo es exponer un caso de metástasis anorrectal a los 20 años del diagnóstico de cáncer de mama.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 70 años con antecedente de mastectomía y linfadenectomía axilar izquierda por carcinoma lobulillar infiltrante Luminal A en 2002 (con adyuvancia posterior) en seguimiento por oncología hasta 2016. Un año antes, refiere traumatismo coccígeo con proctalgiya mantenida hasta que en el año 2021 comienza el proceso diagnóstico tras asociar persistencia de sintomatología perianal junto a alteración defecatoria. Se realiza un test con sangre oculta en heces negativa, dos colonoscopias que evidencian lesión en canal anal estenosante, mamelonada, siendo varias biopsias negativas para malignidad y con pruebas de imagen (TC, RM pélvica, PET-TC, y gammagrafía) concordantes con un engrosamiento ano-rectal sugestivo de neoplasia primaria con extensión perineal y múltiples lesiones óseas vertebrales sugestivas de metástasis.

Ante estos hallazgos, se lleva a cabo una mucosectomía trasanal con resultado de infiltración mucosa por metástasis de carcinoma lobulillar de mama. Tras ello, se confirma recurrencia de enfermedad mamaria y deriva a oncología. Actualmente, la paciente se encuentra en tratamiento con hormonoterapia paliativa.

Discusión: Las MGI (y especialmente las rectales) secundarias al CM son infrecuentes. No obstante, deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes con histología lobulillar y sintomatología digestiva. Como en nuestro caso, la biopsia quirúrgica puede ser precisa para confirmar el diagnóstico histológico-inmunoquímico y evitar demoras diagnósticas o manejos incorrectos.

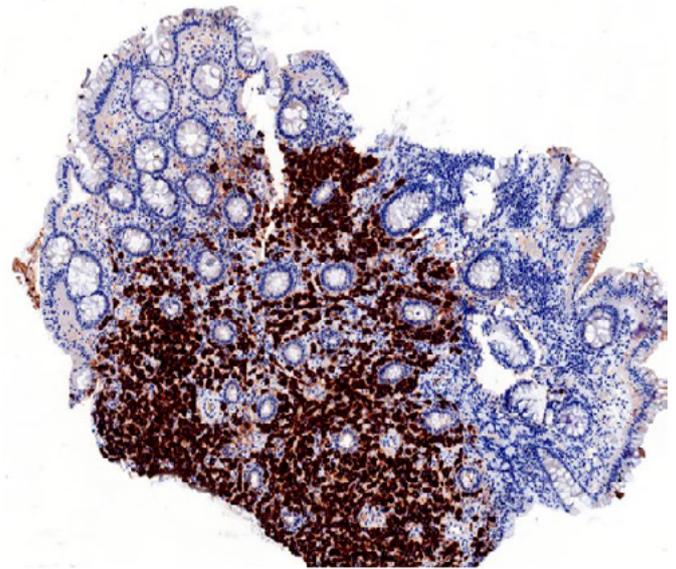


Figura 1

Inmuntinción GATA 3. Se observa la morfología colónica (con células tumorales de origen mamario teñidas de color marrónáceo).

220113. MANEJO DEL PLASTRÓN APENDICULAR EN UN HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES

A Hendelmeier, C Murube Algarra, JL Arroyo Vélez, M Barrionuevo Gálvez, C Mestre Ponce, V Vega Ruiz

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: La apendicitis aguda es un cuadro clínico muy frecuente cuyo manejo es bien conocido en el ámbito hospitalario. Pudiendo presentarse como apendicitis complicada en forma de absceso o plastrón debido a una perforación encubierta del apéndice.

El objetivo de este artículo es revisar los datos de las apendicitis agudas ingresados en nuestro servicio desde enero de 2018 hasta diciembre de 2021 y con ello analizar la incidencia, el diagnóstico y el manejo de los plastrones apendiculares en dicho periodo.

Material y métodos: Base de datos filtrada por: "apendicitis aguda" y "plastrón apendicular" por la Unidad de Documentación Clínica. Se analizaron estas variables: clínica y tiempo de evolución, diagnóstico radiológico, sexo, edad, tipo de manejo, hallazgos intraoperatorios, días de estancia y seguimiento, entre otros.

Resultados: Durante el periodo descrito se ingresaron un total de 503 pacientes con diagnóstico clínico y radiológico (mediante ecografía o TAC de abdomen) de apendicitis aguda. Se recogen un total de 59 plastrones apendiculares de los cuales 24 se describían como hallazgo radiológico y los 35 restantes fueron diagnósticos intraoperatorios. 35 mujeres y 24 hombres. Clínicamente predomina dolor abdominal y el tiempo de la sintomatología se dividió en tres rangos: 24 pacientes presentaron síntomas menos de 3 días, 17 pacientes entre 3 y 7 días, 18 pacientes durante más de 7 días.

Se manejó de forma conservadora a 15 pacientes, 4 de ellos se intervinieron durante el ingreso por mala evolución clínica realizándose apendicectomía laparoscópica.

Durante el seguimiento al alta se realizó un TAC de abdomen y en mayores de 40 años colonoscopia de control. De los 11 pacientes no operados, se intervinieron 2 pacientes de manera programada y una paciente reingresó a los 9 meses por nuevo cuadro de apendicitis aguda interviniéndose en dicho ingreso.

Conclusiones: El manejo del plastrón apendicular es complejo puesto que no siempre tenemos una confirmación radiológica previa a la intervención quirúrgica. Esto lleva, en ocasiones, a la necesidad de realizar resecciones intestinales, conversión a cirugía abierta o apendicectomías incompletas aumentando las posibles complicaciones postquirúrgicas y por tanto la morbimortalidad. Según la literatura, como norma general, se aboga por un manejo conservador del plastrón apendicular si la situación clínica del paciente lo permite. La revisión de nuestros resultados nos permite elaborar un protocolo del manejo de los plastrones apendiculares basándonos en la evidencia.

220114. ICTERICIA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A METÁSTASIS DE MELANOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A Hendelmeier¹, M Arteaga Ledesma², M Moya Muñoz², A Palomeque Jiménez², A Calvo Duran¹, V Vega Ruiz¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real. ²UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada.

Introducción: El melanoma representa el 3-5% de todos los cánceres de la piel. La mayoría son de origen cutáneo, aunque también pueden originarse en la mucosa del sistema respiratorio, urogenital o gastrointestinal, siendo estos últimos de índole más agresiva. En general se conoce el tumor primario, pero el diagnóstico puede realizarse a partir de una lesión metastásica.

El melanoma produce metástasis en el tracto gastrointestinal de forma frecuente, siendo el intestino delgado la localización más común. En aproximadamente 60% de los pacientes fallecidos por esta enfermedad se objetivan metástasis gastrointestinales, pero solo el 5% de ellas son diagnosticadas en vida. Generalmente cursan de manera asintomática, siendo la clínica más frecuente el sangrado y la obstrucción en forma de invaginación. Las metástasis duodenales y pancreáticas son extremadamente infrecuentes.

Caso clínico: Paciente de 37 años diagnosticado de una lesión sólida testicular que es intervenida realizándose orquiectomía cuya anatomía patológica informa de metástasis de melanoma con BRAF mutado. Tras la cirugía recibió tratamiento adyuvante (Dabrafenib + Trametinib) con respuesta parcial.

Al año, en un PET-TAC, se objetiva lesión sospechosa de malignidad a nivel de duodeno. Tras ello inicia tratamiento con Pembrolizumab + Lenvatinib dentro de un ensayo clínico, que finalmente tiene que abandonar por toxicidad hepática grado IV.

El paciente, ya sin tratamiento adyuvante, es derivado a nuestro centro por dolor abdominal, vómitos, ictericia y fiebre. Se realiza una TAC objetivándose una lesión tumoral a nivel de duodeno (6,7 x 5,8 cm) que infiltra la cabeza pancreática y provoca una obstrucción intestinal asociando dilatación secundaria de la vía biliar y del conducto pancreático principal.

Se realiza drenaje biliar interno-externo y se decide intervención quirúrgica. En ésta se objetiva gran masa tumoral que engloba duodeno y cabeza de páncreas junto a una perforación en la cara posterior del duodeno, por lo que se realiza duodenopancreatectomía cefálica.

La anatomía patológica confirma la presencia de metástasis de melanoma de 8,7 cm con márgenes de resección libres y ganglios no afectados.

Discusión: Se ha de pensar en la posibilidad de metástasis de melanoma a nivel gastrointestinal en pacientes con antecedente de melanoma tratado que presenten anemia, datos de sangrado intestinal o clínica de obstrucción. Nuestro caso es una forma excepcional de presentación. En esta etapa la cirugía está reservada a pacientes con enfermedad localizada y tiene una intención más bien paliativa con el fin mejorar la calidad de vida del paciente sin una clara evidencia de que mejore la supervivencia.



Figura 1

Metástasis.

220115. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA OBTURATRIZ

J González Cano, R García Martín, R Pérez Rodríguez, L Romacho López, AI Fernández Sánchez, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La hernia obturatriz es una patología poco frecuente, sobre todo en mujeres delgadas a partir de 70 años de edad. Suele diagnosticarse de urgencia en el contexto de cuadro obstructivo y retrasándose a menudo por su baja incidencia y la ausencia de una tumoración que nos haga sospechar su aparición, condicionando una elevada tasa de resección intestinal y mortalidad postoperatoria.

Caso clínico: Varón de 65 años, fumador severo y EPOC enfisematoso grave. Acude a urgencias por tres días de dolor y distensión abdominal, vómitos y ausencia de tránsito.

Destaca marcada caquexia, desnutrición severa y un abdomen distendido y timpánico, con molestias difusas sin irritación. Ambas regiones inguinales sin evidencia de patología herniaria. En la analítica destaca una PCR de 100 y en la radiografía de abdomen una dilatación de asas. El TC de abdomen muestra una dilatación de intestino delgado con cambio de calibre secundario a hernia obturatriz izquierda, decidiéndose cirugía urgente.

Se realiza una laparotomía media, identificando una hernia obturatriz izquierda con un segmento de intestino delgado encarcerado que condiciona isquemia intestinal de 10cm. Se realiza la reducción y resección del segmento afecto y anastomosis intestinal. Para reparar el defecto se realizó un despegamiento peritoneal, se colocó un tapón en el conducto obturador y se suturó el peritoneo.

A las 24h el paciente desarrolla insuficiencia respiratoria que persiste tras oxigenoterapia con reservorio y tratamiento por Neumología, falleciendo a las 48h.



Figura 1

TC axial.

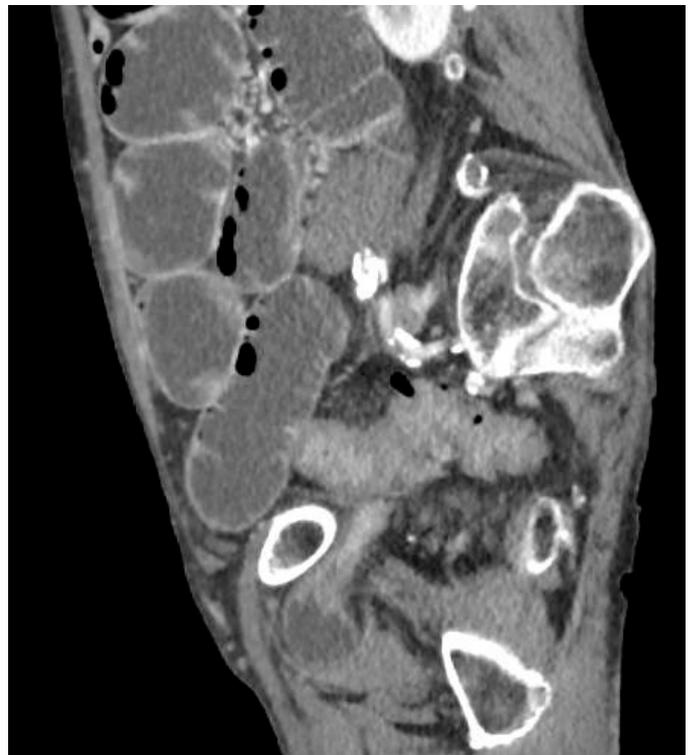


Figura 1

TC sagital.



Figura 1

TC coronal.

Discusión: El orificio obturador, localizado debajo del acetábulo y limitado por pubis e isquion, está cubierto por la membrana obturatriz, dejando en la parte superior un espacio libre donde se localiza el conducto obturador, que contiene una almohadilla adiposa. Su atrofia en pacientes muy delgados favorece la formación de esta hernia, siendo factores predisponentes la desnutrición,

insuficiencia respiratoria o estreñimiento crónico. La ausencia de una tumoración palpable retrasa el diagnóstico, que suele darse en el seno de una obstrucción intestinal por encarceración, requiriendo frecuentemente una resección intestinal por isquemia. Los pacientes refieren dolor irradiado desde la ingle a la zona medial del muslo por compresión del nervio obturatriz, agravado con la extensión y abducción de la cadera (signo de Howship-Romberg). Un tacto vaginal puede evidenciar una tumoración dolorosa en la región obturatriz. En casos electivos, la vía laparoscópica totalmente extraperitoneal es la vía de elección, mientras que la laparotomía media infraumbilical lo es en un contexto urgente. Asocian una elevada morbimortalidad debido a las características del paciente tipo y al retraso diagnóstico que suelen presentar.

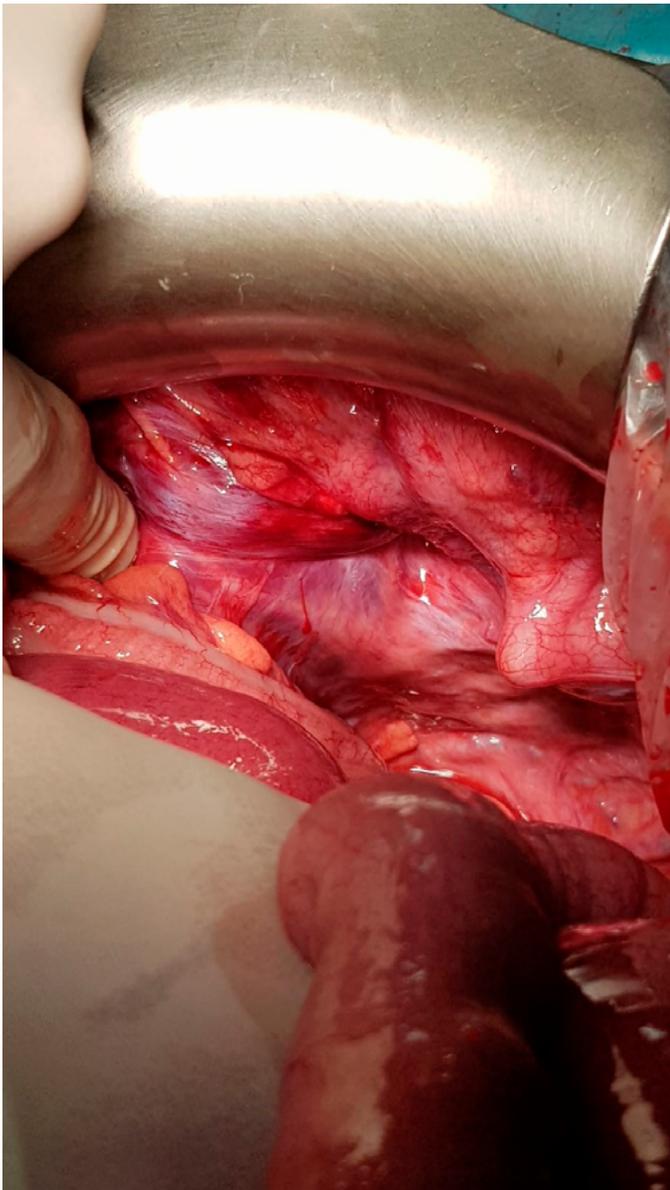


Figura 1

Campo quirúrgico tras reducción de hernia obturatriz complicada.

220116. NEUMOPERITONEO A TENSIÓN SECUNDARIO A BAROTRAUMA.

A Hendelmeier, DA Bernal Moreno, MI Marin Herrero, JL Arroyo Vélez, M Barrionuevo Gálvez, V Vega Ruiz

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real

Introducción: La existencia de aire extraluminal en la cavidad peritoneal se define como neumoperitoneo, siendo el primer diagnóstico de sospecha la perforación de víscera hueca por múltiples causas. En el 10-15% de los casos se produce el denominado neumoperitoneo primario, idiopático o benigno, el cual no es causado por lesiones intraabdominales. Presentamos un caso poco frecuente de perforación gástrica.

Caso clínico: Varón de 64 años, trasladado al servicio de urgencias por shock anafiláctico con fallo respiratorio tras toma de antibiótico oral por odinofagia. Durante su traslado en ambulancia se realizaron varios intentos de intubación orotraqueal sin éxito por edema de glotis severo. A su llegada a urgencias se iniciaron maniobras de RCP avanzada, sospechando intubación orofaríngea al observar aumento progresivo del perímetro abdominal acompañado de shock hemodinámico, coma y fracaso ventilatorio. Ante esta situación se realizó traqueostomía percutánea urgente.

En la exploración física presentaba cianosis generalizada, Glasgow 3/15, SatO₂ 60%, FC 110 lpm, TA 120/60 mmHg con perfusión de noradrenalina.

En la auscultación: murmullo vesicular abolido de manera generalizada.

Abdomen: muy distendido y timpanizado, a tensión. No valorables signos de irritación peritoneal.

Se realiza TAC de abdomen urgente donde se evidencia neumoperitoneo masivo, con probable solución de continuidad en cámara gástrica con predominio de burbujas áreas a nivel de curvatura menor.

Tras hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente donde se evidencia gran cantidad de neumoperitoneo y perforación de unos 2 centímetros en curvatura menor a unos 4 centímetros de la unión esofagogástrica. Se realiza cierre simple con puntos entrecortados de seda y epiploplastia, comprobándose estanqueidad del cierre.

El paciente es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos donde a pesar de las maniobras de reanimación fallece en situación de shock refractario con fallo multiorgánico en el postoperatorio inmediato.



Figura 1

Perforación gástrica.

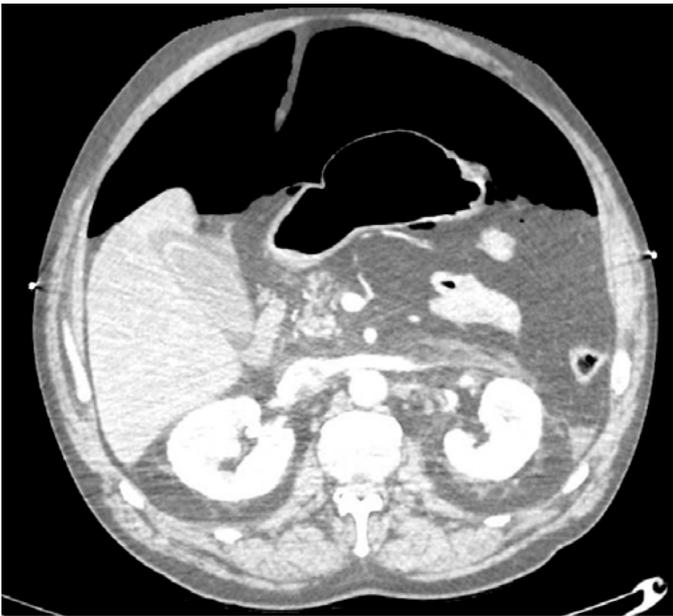


Figura 2

Neumoperitoneo a tensión.

Discusión: El neumoperitoneo a tensión por barotrauma secundario a ventilación mecánica invasiva es una entidad poco frecuente y potencialmente evitable. Hemos de pensar en esta entidad en pacientes con abdomen agudo tras maniobras de soporte vital avanzado sin clínica digestiva previa.

220117. HERNIA DE LITRÉ INCARCERADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

G Plata Pérez, A Ortega Martínez, MS Álvarez Escribano, T Sánchez Víguera, R De luna Díaz

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

Introducción: La hernia de Littré es la protrusión de un divertículo de Meckel a través de cualquier orificio herniario. El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más común del tracto gastrointestinal. Consiste en la persistencia del conducto onfalomesentérico en el borde antimesentérico del íleon.

La incidencia de la hernia de Littré es del 1%, con pocos casos descritos en la literatura. Su localización más habitual es crural (39%), seguida de inguinal (34%) y umbilical. Su diagnóstico suele ser incidental durante la cirugía.

La incidencia del divertículo de Meckel es del 2% y suele ser asintomático, siendo la principal manifestación el sangrado digestivo. Puede producir diverticulitis, simulando un cuadro de apendicitis aguda, o bien obstrucción intestinal, por adherencias o por la presencia de una hernia de Littré.

Caso clínico: Paciente mujer de 72 años, sin antecedentes personales de interés. Acude a urgencias por dolor abdominal en mesogastrio de 24 horas de evolución, náuseas y vómitos, asociado a tumoración en región crural derecha. A la exploración, masa crural derecha irreductible y dolorosa, compatible con hernia crural derecha incarcerada.

Se realiza analítica de sangre y radiografía simple de abdomen sin alteraciones (**Figura 1**).

Ante la sospecha clínica se decide intervención quirúrgica urgente.

Se realiza incisión sobre región crural derecha, identificándose tras apertura de saco herniario una estructura sacular compatible con divertículo de Meckel (**Figura 2**). Se realiza resección del divertículo y hernioplastia con malla cónica de polipropileno en orificio crural.



Figura 1

Radiografía de abdomen.

La anatomía patológica confirma un divertículo de Meckel sin mucosa ectópica.

Discusión: Las complicaciones de la hernia de Littré pueden ser la incarceration, estrangulación, necrosis y perforación. La presentación clínica más frecuente es la incarceration.

Su presentación clínica es similar a cualquier otra hernia, siendo su diagnóstico preoperatorio un gran desafío. Sin embargo, los antecedentes de hemorragia digestiva baja y reducción manual incompleta de la hernia deben alertar al cirujano sobre esta posibilidad. La ecografía y la tomografía computarizada podrían ayudar en el diagnóstico preoperatorio.

La cirugía es el tratamiento de elección de la hernia de Littré urgente o electiva. Inicialmente se realiza la resección en cuña simple del divertículo. Sin embargo, la resección ileal segmentaria con anastomosis puede ser necesaria en casos en los que los



Figura 2
Divertículo de Meckel.

cambios inflamatorios isquémicos alcanzan la base del divertículo. Posteriormente realizaremos hernioplastia o herniorrafia.

Hay que destacar la importancia de sospechar la hernia de Littré para un diagnóstico temprano e intervención oportuna, evitando el riesgo de complicaciones.

220118. VÓLVULO GÁSTRICO AGUDO COMO CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO.

JR Córdoba López, JJ Pereira Grillo, SC Alonso García, SF Calzado Baeza

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

Introducción: El vólvulo gástrico es un trastorno poco frecuente. La torsión se produce en torno al eje longitudinal del estómago (organoaxial) en aproximadamente dos tercios de los casos y a lo largo del eje vertical (mesenteroaxial) en un tercio. Habitualmente, el vólvulo gástrico organoaxial es agudo y se asocia a un defecto diafragmático, mientras que el vólvulo gástrico mesenteroaxial es parcial, recidivante, no asociado a defecto diafragmático.

Caso clínico: Varón de 84 años que acude urgencias por dolor abdominal de varios días de evolución. Exploración: Abdomen blando, depresible, con timpanismo en hipocondrio izquierdo. Analítica: Leucocitos 14270 con 75% Neutrófilos. El TC que informa de dilatación de cavidad gástrica con estómago de retención por vólvulo gástrico organoaxial. Tras 14 días de ingreso se programa la intervención donde se aprecia gran hernia de hiato con la totalidad de estómago en cavidad torácica, realizándose cierre de los pilares

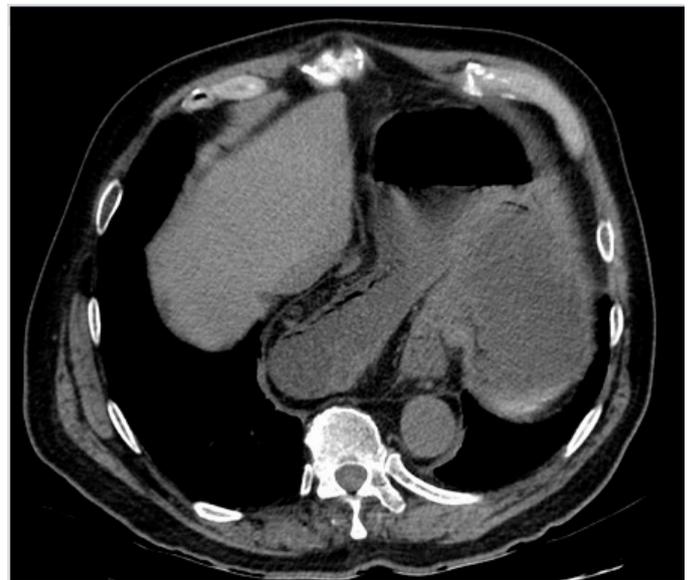


Figura 1
TC axial del primer caso.

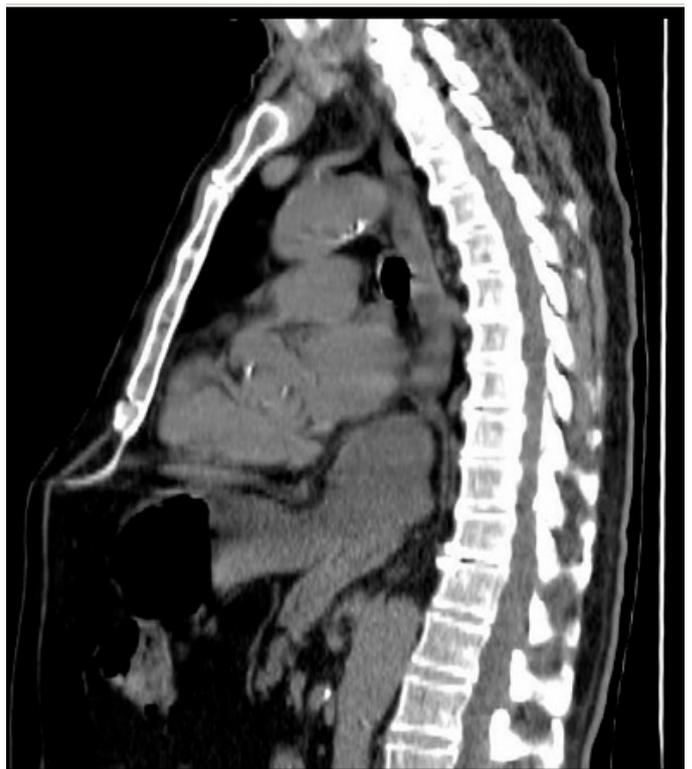


Figura 2
TC sagital del primer caso.

diafragmáticos y gastropexia. Se da el alta a los 5 días sin incidencias en el postoperatorio.

Mujer de 67 años que acude por molestias abdominales y episodios de vómitos y hematemesis de tres días de evolución. Exploración: Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación sin defensa ni peritonismo. Analítica: Leucocitos 17310 con 87.9% Neutrófilos. En

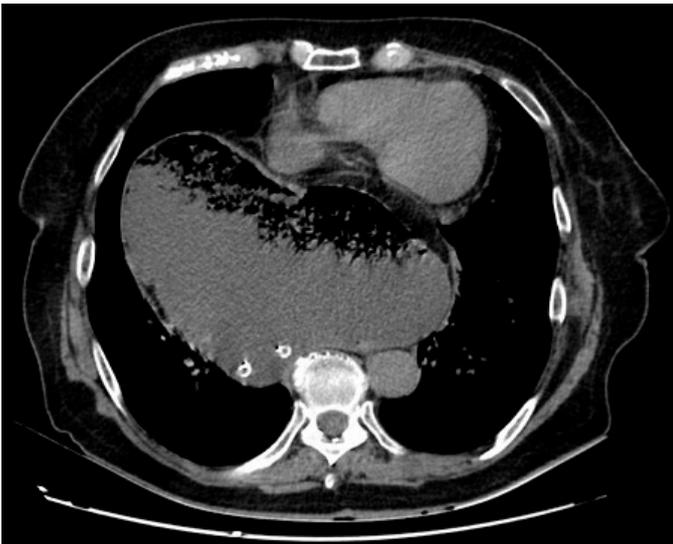


Figura 3

TC axial del segundo caso.

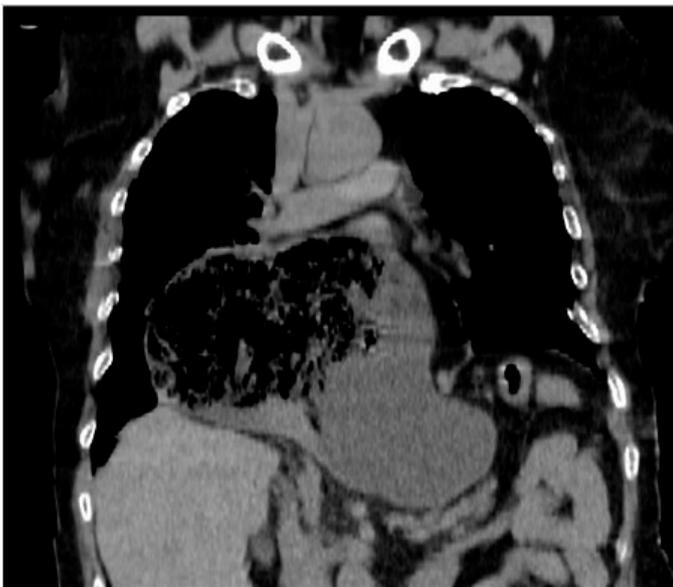


Figura 4

TC coronal del segundo caso.

urgencias presenta mal estado general, presión arterial indetectable, taquicardia y saturación de oxígeno del 79%. Se ingresa en UCI previa a la intervención para estabilización hemodinámica. Se interviene de urgencias realizándose una cardioplastia y funduplicatura de Nissen. Posteriormente, vuelve a ingresar en la UCI para su estabilización durante 7 días. Se traslada a la unidad de Cirugía, dándose de alta tras 16 días de ingreso hospitalario sin incidencias durante su estancia en planta.

Discusión: El vólvulo agudo es una urgencia quirúrgica. El comienzo súbito de un dolor en el abdomen superior intenso, con arcadas recurrentes con producción de vómito escaso abdominal y con imposibilidad de introducción de una sonda nasogástrica, constituye la denominada tríada de Borchardt. La técnica radiológica de elección

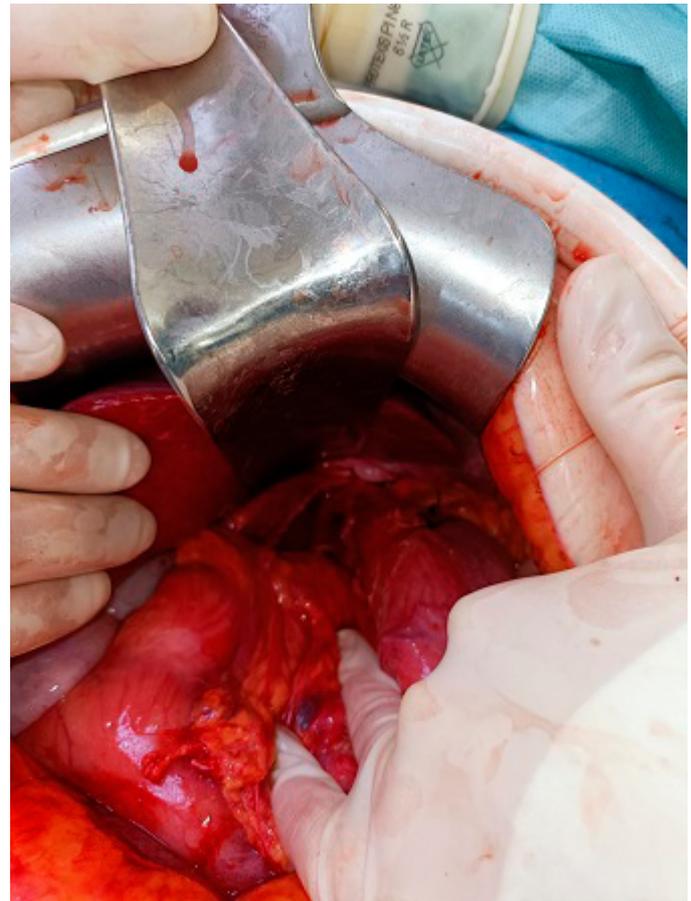


Figura 5

Imagen durante la intervención de segundo caso.

para su diagnóstico es la tomografía computarizada (TC). El abordaje laparoscópico es una opción quirúrgica alternativa y segura en el tratamiento del vólvulo gástrico, donde se añaden las ventajas de la cirugía laparoscópica en cuanto a morbilidad, estancia y recuperación respecto a la cirugía abierta. Sin embargo, la indicación de cirugía abierta la determina la presencia de perforación, shock, hipotensión o sepsis grave. Presentamos dos casos como causa infrecuente de dolor abdominal en el área de urgencias.

220119. PERFORACIÓN ESOFÁGICA ESPONTÁNEA: UNA URGENCIA INFRECUENTE

G Plata Pérez, A Ortega Martínez, P González Rojo, B Florenciano Lajusticia, M Ramos Fernández

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

Introducción: La perforación esofágica es una patología grave con baja incidencia, pero alta tasa de morbimortalidad (4-40%). Puede ocurrir en esófago cervical, torácico o abdominal. La mayoría ocurre a nivel cervical distal izquierdo por desprotección de las estructuras circundantes.

Existen múltiples posibles causas: iatrogénicas en procedimientos endoscópicos, ruptura espontánea (síndrome de Boerhaave), ingesta de cáusticos o procesos inflamatorios.

Caso clínico: Paciente varón de 75 años, fumador, intervenido de perforación gástrica en 2015. Acude a urgencias por disnea súbita asociada a dolor abdominal en epigastrio. A su llegada presenta inestabilidad hemodinámica, dificultad respiratoria y tiraje abdominal. Presenta hipofonesis en hemitórax derecho a la auscultación, objetivándose derrame pleural severo en radiografía simple de tórax (**Figura 1**). Se realiza drenaje torácico con salida de líquido purulento.



Figura 1

TC axial del primer caso.

Se objetiva en tomografía computarizada tóraco-abdominal (TC): colección de 4 cm de diámetro mayor, neumoperitoneo y rarefacción de la grasa adyacente, compatible con perforación en unión esofagogástrica sobre hernia de hiato ya conocida (**Figura 2**).

Ante los hallazgos clínicos y radiológicos, se decide intervención quirúrgica urgente.



Figura 1

TC axial del primer caso.

Se realiza abordaje por vía laparotómica, apreciándose perforación en cara anterolateral derecha de esófago distal de 3 cm de diámetro mayor con reacción fibrótica, mediastinitis y empiema pleural derecho. Se libera el hígado izquierdo para abordar el mediastino mediante la vía de Pinotti. Se realiza resección esofágica distal, gastrectomía polar superior, junto a yeyunostomía de alimentación y gastrostomía.

En la anatomía patológica se describe inflamación crónica en mucosa de unión esofagogástrica con focos de metaplasia intestinal sin displasia.

Desde su ingreso en UCI evolución tórpida con procesos sépticos concomitantes. Finalmente, éxitus al mes del ingreso por shock séptico y disfunción multiorgánica.

Discusión: La presentación clínica de la perforación esofágica es muy variable, lo que dificulta el diagnóstico temprano. Lo más frecuente es el dolor tóraco-abdominal, que junto a vómitos y enfisema subcutáneo constituyen la triada de Mackler.

Para el diagnóstico es útil la radiografía de tórax, la TC, revelando extravasación de contraste, colecciones y neumoperitoneo. La esofagoscopia flexible se usa cuando las imágenes radiológicas no son concluyentes.

El tratamiento debe ser, primero, de soporte vital (antibióterapia de amplio espectro, nutrición parenteral, tubo torácico) y, en segundo lugar, de la enfermedad subyacente.

Las perforaciones esofágicas abdominales deben tratarse generalmente de forma quirúrgica por la peritonitis abdominal asociada.

En conclusión, la perforación esofágica es una entidad infrecuente con alta morbimortalidad. El diagnóstico y tratamiento precoz por un equipo experimentado son de suma importancia.

220120. RADICAL EVOLUCIÓN DE COLITIS NEUTROPÉNICA ASOCIADA A CLOSTRIDIUM SEPTICUM EN UN PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE INTERÉS

Y Mokachir Mohsenin, F Medina Cano, Y Sánchez Rodríguez, C Lara Pameró, L Arrebola Luque, I Pérez Mesa, N Gándara Adán

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

Introducción: La enterocolitis neutropénica (EN) es una entidad poco frecuente que aparece en pacientes con algún tipo de inmunosupresión, como trasplantados, VIH, leucemia o con tratamientos quimioterápicos. Esta entidad asociada a Clostridium-Septicum presenta alta mortalidad.

A continuación, presentamos un caso con diagnóstico de EN asociada a Clostridium-Septicum con evolución tórpida que precisó cirugía urgente.

Caso clínico: Varón de 44 años sin antecedentes de interés, remitido por dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha,

fiebre y náuseas, observándose en el TAC abdominal signos de colitis inflamatoria derecha. Permanece estable hemodinámicamente y horas después sufre brusco empeoramiento clínico con hipotensión, obnubilación, importante neutropenia ($0,79 \times 10^3/\mu\text{l}$) y alteración de la coagulación; ante la sospecha de perforación intestinal se solicita nuevo TAC, confirmándose perforación a nivel de ciego, líquido libre y mio-necrosis de la musculatura abdominal anterior y oblicua.

En la intervención se observó abundante líquido libre de sufrimiento, perforación en ciego y una necrosis parcheada de íleon terminal, yeyuno distal y colon derecho, realizándose hemicolectomía derecha más resección de 120cm de intestino delgado. Los hemocultivos y cultivos del líquido fueron positivos para Clostridium-Septicum sensible a la antibioterapia pautada.

Durante la estancia en UCI, presenta mala evolución clínica con necesidad de altas dosis de vasopresores, hemofiltración y ventilación mecánica, con respuesta refractaria a estas medidas, fracaso multiorgánico y éxitus.

Discusión: Las infecciones por Clostridium-Septicum se asocian

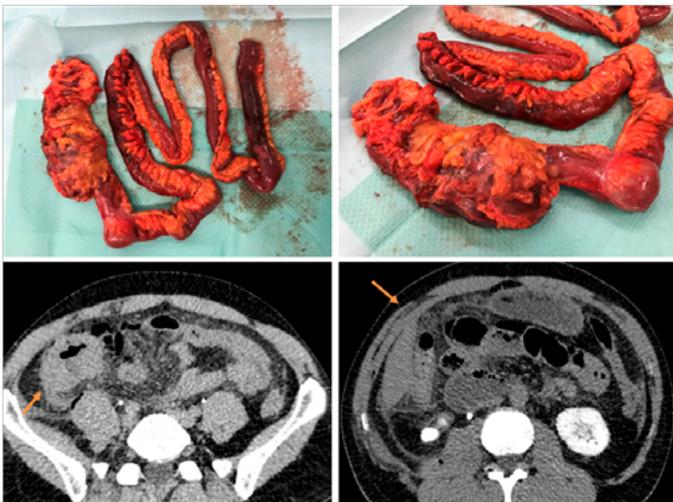


Figura 1
 Imagen 1 y 2. Necrosis parcheada de colon derecho y 120 cm de intestino delgado. Imagen 3 y 4. TAC abdominal (axial). Perforación colónica y mio-necrosis de musculatura abdominal (flecha larga).

a una mortalidad del 68% y deben tratarse como una urgencia médico-quirúrgica. Este, es un bacilo Gram-positivo, anaerobio, formador de exotoxinas. Su actividad conduce a la agregación de plaquetas y leucocitos, que conlleva una necrosis isquémica y rápida diseminación de la infección. Es un agente común de mio-necrosis en el contexto de una enfermedad maligna, informándose con frecuencia una asociación entre Clostridium-Septicum y cáncer de colon. Sin embargo, en este caso no hubo descripción en la anatomía patológica de necrosis colónica atribuible a un proceso maligno.

El diagnóstico de EN sigue siendo un reto ya que los síntomas son inespecíficos. La mayoría de pacientes se benefician de un tratamiento conservador siendo la intervención quirúrgica infrecuente, limitándose a los casos que evolucionan a perforación intestinal, peritonitis o hemorragia. Las causas más reportadas son los accidentes traumáticos y complicaciones post-quirúrgicas, pero el

10% están asociadas a ciertas enfermedades crónicas.

Por tanto, consideramos importante nuestro caso debido a que el paciente no presenta ningún antecedente personal de interés, siendo algo novedoso, ya que la mayoría de bibliografía relacionada con esta entidad destaca su asociación en pacientes inmunodeprimidos.

220121. RESULTADOS DEL MANEJO CONSERVADOR DE LA DIVERTICULITIS AGUDA CON ABSCESO PERICÓLICO (IB Y IIA DE LA WSES)

G Plata Pérez, P González Rojo, N Tapia Durán, LC Hinojosa Arco, R De Luna Díaz

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

Introducción: La diverticulitis aguda es una de las entidades más frecuentes dentro de la patología digestiva urgente. Aunque la mayoría de los casos pueden tratarse de forma conservadora, en ocasiones es necesario recurrir a medidas intervencionistas como drenaje percutáneo o cirugía.

Dentro de los distintos grados de afectación, la diverticulitis con absceso pericólico asociado (grados IB y IIA de la WSES 2020) permite gran variabilidad de tratamientos. Entre los factores que influyen en la decisión se encuentran el estado general del paciente, las características del absceso (tamaño, situación o posibilidad de abordaje para tratamiento percutáneo) y la presencia de complicaciones asociadas (sepsis, obstrucción, etc.).

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, presentamos un trabajo con el objetivo de analizar el manejo y evolución de pacientes con diverticulitis IB y IIA.

Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se analiza la evolución clínica de una muestra de 28 pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda con absceso pericólico atendidos en nuestro centro hospitalario.

Resultados: La edad media fue 61 años (rango 36-88), con igual distribución por sexos. El 58% presentó absceso ≤ 4 cm (WSES IB) y el 42% restante > 4 cm (WSES IIA). El 48% había presentado episodios previos de diverticulitis aguda.

El 92% fue tratado de inicio de forma conservadora, aunque finalmente solo el 82% mejoró sin necesidad de tratamiento intervencionista.

El 18% necesitó tratamiento intervencionista: de ellos, en un 20% se realizó drenaje percutáneo y en el 80% restante intervención quirúrgica. La indicación de cirugía vino marcada por la presencia de fístula colovesical, sospecha de neoplasia subyacente y clínica de obstrucción concomitante. Se realizó intervención de Hartmann en un 50% y sigmoidectomía con anastomosis primaria en otro 50% (con dehiscencia y necesidad de reintervención en un 25%). (**Figuras 1,2**)

La estancia hospitalaria media fue de 10.7 días y la mediana de 7 días. Se produjo éxitus en un 7% de los pacientes, siendo pluripatológicos y con edad superior a 75 años.

Tratamiento inicial



Figura 1

Tratamiento inicial.

Tratamiento definitivo

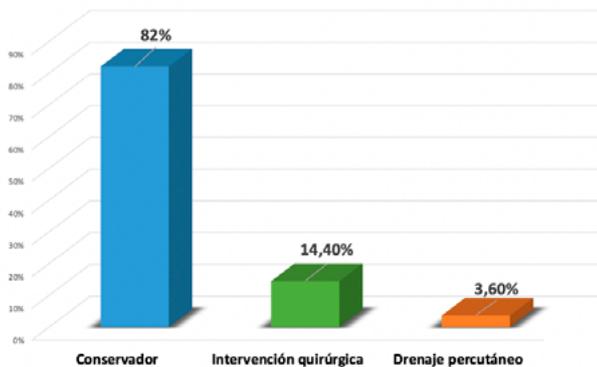


Figura 2

Tratamiento definitivo.

En relación con la antibioterapia utilizada destacar: 75% piperacilina-tazobactam, 10% ciprofloxacino + metronidazol, 10% carbapenémicos y 5% amoxicilina-clavulánico.

Conclusiones: El tratamiento conservador de la diverticulitis aguda con absceso pericólico es una práctica segura que ofrece buenos resultados respecto a la resolución del episodio a pesar de los antecedentes de los pacientes.

Sin embargo, se debe considerar la posibilidad de abordaje intervencionista, en el que debe prevalecer el drenaje percutáneo. La indicación quirúrgica debe ser individualizada por la morbilidad asociada a la misma.

220122. APENDICITIS AGUDA COMO MANIFESTACIÓN INUSUAL DE ENFERMEDAD DE CROHN.

JR Córdoba López, SC Alonso García, SF Calzado Baeza

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

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba una amplia variedad de manifestaciones clínicas cuya manifestación común es la inflamación crónica del tubo digestivo en diferentes localizaciones. Actualmente la EII que afecta al colon incluye varias entidades: la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn colónica. La cronicidad en el curso clínico de la EII consiste en alternar periodos de quiescencia con periodos de actividad clínica de diferente intensidad que se denominan brotes o recidivas.

Caso clínico: Varón de 30 años intervenido en octubre de 2021 de apéndice epiploico. Acude a urgencias por dolor abdominal de cuatro días de evolución, asociado a náuseas. Fiebre termometrada de hasta 38°C. Exploración: Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha (FID). Analítica: Leucocitos 9180 con 83.9% de Neutrófilos, PCR 154.4. El TC abdominal informa de engrosamiento parietal de íleon terminal y ciego y estructura tubular con origen en ciego y trayecto ascendente hacia el receso subhepático. Se interviene observándose plastrón inflamatorio en FID que engloba colon ascendente, epiplón mayor e íleon terminal, y se realiza apendicectomía. Durante su ingreso posterior presentó una fuga del muñón apendicular con colección intraabdominal precisó de antibioterapia y drenaje. Tras la mejoría, se da el alta. Posteriormente acude de nuevo a urgencias por episodio de fiebre de 39°C y exudado purulento por el orificio de drenaje. Se realiza colonoscopia tomándose biopsias de las aftas halladas y de región estenótica. La Anatomía Patológica informa de hallazgos de inflamación crónica y presencia de microabscesos. Los hallazgos anatomopatológicos, endoscópicos y clínicos llevan al diagnóstico de enfermedad de Crohn.



Figura 1

TC axial tras acudir a urgencias por apendicitis aguda donde se observa el engrosamiento parietal.

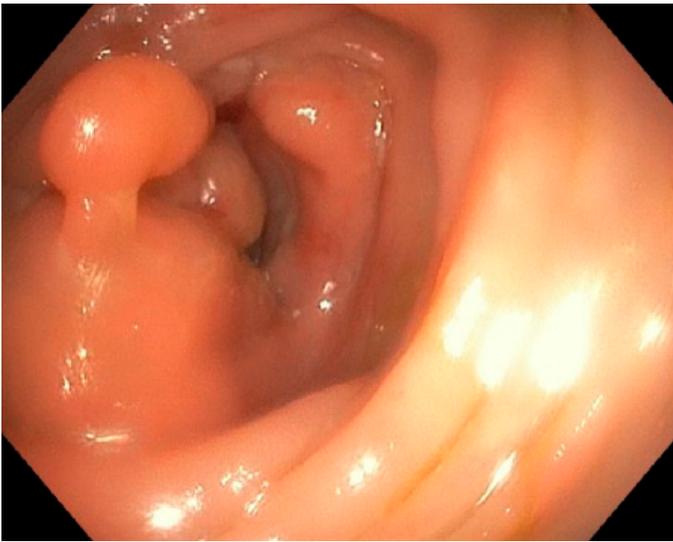


Figura 2
Colonoscopia realizada durante el ingreso donde se aprecia zona estenótica.

Discusión: En el caso de la enfermedad de Crohn, un 20-25% de los pacientes presentarán una afectación del colon exclusivamente, que se conoce colitis granulomatosa. En esta localización es tan frecuente la presencia de fístulas, abscesos y estenosis como en otras localizaciones y su curso suele ser más larvado. La enfermedad limitada al apéndice cecal es muy rara, con una incidencia de 0,2-0,55% y suele manifestarse clínicamente como si se tratara de una apendicitis aguda. El diagnóstico de la colitis de Crohn se basa en una combinación de datos clínicos, endoscópicos y radiológicos. El diagnóstico prequirúrgico de apendicitis secundaria a Crohn es difícil, pero debe ser considerado en adolescentes y adultos jóvenes donde se alcanza una incidencia entre el 0,2 y 0,5%. En la enfermedad localizada al apéndice es difícil establecer el diagnóstico preoperatorio debido a que su clínica es similar a la apendicitis aguda, interviniéndose frecuentemente de urgencias.

220126. INVAGINACIÓN INTESTINAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

JR Córdoba López, JJ Pereira Grillo, SF Calzado Baeza

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

Introducción: La invaginación es un cuadro causado cuando un segmento del intestino (intususseptum) se introduce en el segmento distal adyacente del intestino (intususciens), siendo la causa más frecuente de obstrucción intestinal en niños < 5 años. Por el contrario, en el adulto es una patología infrecuente ya que representa sólo el 5% de todos los casos y el 1-5% de las causas de obstrucción intestinal del adulto. Entre las posibles etiologías de las invaginaciones enteroentéricas destacan procesos inflamatorios como pancreatitis aguda, colecistitis, apendicitis, adherencias, enfermedad de Crohn, etc.

Caso clínico: Varón de 33 años, que acude a urgencias tras ingreso reciente en Medicina Interna por estudio de enfermedad inflamatoria intestinal, con cuadro de dolor abdominal en FII de 5 horas de evolución, con sensación distérmica. Niega diarrea ni vómitos. Exploración: buen estado general, hemodinámicamente estable. Abdomen doloroso a la palpación en FII con defensa y peritonismo acompañado de dolor difuso en hipogastrio. Analítica: Sodio 129, Potasio 4.4, Leucocitos 12810 con 88% Neutrófilos. Se realiza TC de abdomen que informa de hallazgos sugerentes de invaginación ileoileal con signos de sufrimiento mural y distensión de asas de yeyuno proximales. Líquido peritoneal libre. Se lleva a cabo la intervención quirúrgica donde además de la invaginación se aprecia tumoración intraluminal en borde antimesentérico de íleon de 3cm de diámetro, proximal a la invaginación, que no está incluida en la misma. Se realiza resección de aproximadamente 60cm de intestino delgado incluyendo invaginación y tumoración descritas, con anastomosis latero-lateral mecánica con EndoGIA 60mm. El resultado Anatómico Patológico del segmento de intestino delgado informa de nódulo fibroso pseudotumoral ulcerado. El paciente es dado de alta a los 4 días sin incidencias en el postoperatorio.



Figura 1
TC axial donde se aprecia la invaginación intestinal.

Discusión: La presentación clínica de las invaginaciones es muy diversa, siendo el síntoma más frecuente el dolor abdominal seguido de obstrucción y masa palpable. El TC abdominal es la prueba de elección permitiendo no solo el diagnóstico sino también conocer la ubicación de la invaginación. Las indicaciones quirúrgicas en adultos son debido al riesgo de isquemia intestinal y la posible malignidad de la cabeza de invaginación. En pacientes con enfermedad de Crohn, la invaginación intestinal es una posible complicación, aunque rara.



Figura 2

TC sagital donde se aprecia la invaginación intestinal.



Figura 4

Imagen de la pieza quirúrgica tras la resección.

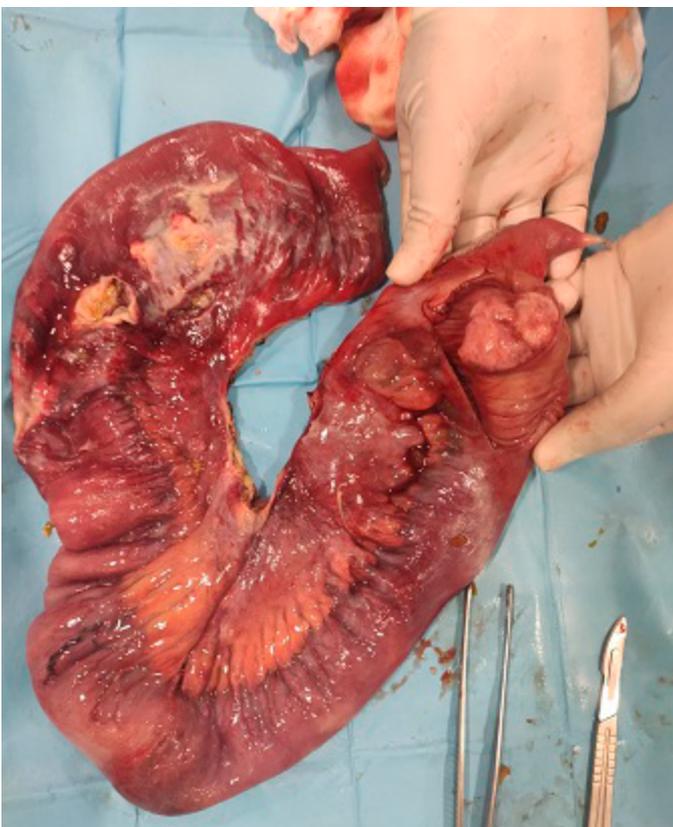


Figura 3

Imagen tomada durante la intervención.

220128. TERATOMA OVÁRICO TORSIONADO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

G Plata Pérez¹, A Ortega Martínez¹, EM García Pastor², JL Cuba Castro¹, R Toscano Méndez¹

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 teratoma ovárico maduro o quiste dermoide es el más frecuente de los tumores de células germinales del ovario. Se trata de un tumor benigno, que afecta a mujeres en edad fértil, compuesto por diferentes tejidos.

Habitualmente se presentan de forma asintomática. Son de crecimiento lento, pudiendo alcanzar gran tamaño. Cuando producen síntomas, provocan dolor abdominal, síntomas por compresión, metrorragia o infertilidad.

Su diagnóstico suele ser un hallazgo casual durante un control rutinario o una intervención quirúrgica.

El tratamiento de elección es la cirugía, generalmente laparoscópica. Es importante preservar en la medida de lo posible la función ovárica de la mujer.

Caso clínico: Mujer de 35 años con gestación a término reciente. Acude a urgencias por dolor abdominal en epigastrio irradiado a fosa iliaca derecha (FID), de 24 horas de evolución, asociado a náuseas y vómitos. A la exploración presenta dolor a la palpación y defensa en FID.

Se realiza ecografía abdominal y tomografía computarizada donde se observa apéndice retrocecal con calibre de 10 mm compatible con apendicitis aguda. Así mismo, se aprecia en ovario izquierdo una masa de 6,5x5 cm con densidad grasa y en ovario derecho otra masa de 7x6 cm con densidad grasa, líquida en su porción declive, y calcificaciones en su pared, ambas compatibles con teratomas ováricos maduros (**Figura 1**).



Figura 1
Tomografía computarizada abdomen: teratomas ováricos maduros.

Ante los hallazgos clínicos y radiológicos se decide intervención quirúrgica urgente.

Se objetiva en ovario derecho una tumoración torsionada de aspecto necrótico sin respetar parénquima sano (**Figura 2**). Ante la inviabilidad del tejido tras la destorsión se decide anexectomía

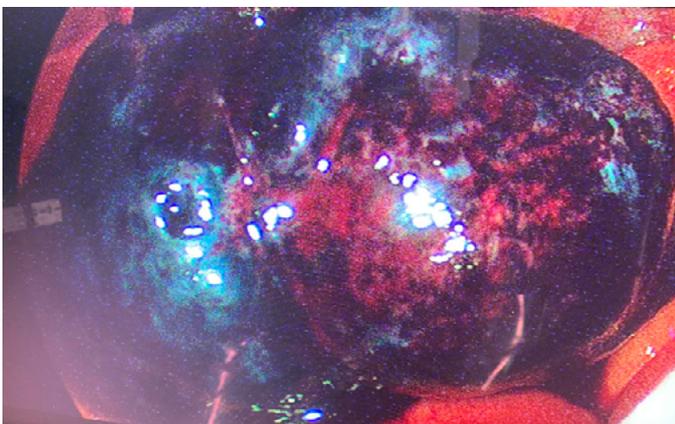


Figura 2
Tumoración torsionada en ovario derecho.

derecha junto a apendicectomía laparoscópica. Se respeta el ovario izquierdo ante viabilidad del tejido y deseo gestacional de la paciente.

En la anatomía patológica se objetiva teratoma ovárico maduro formado por tejidos óseos, cartilaginosos, dérmicos, etc (**Figura 3**).

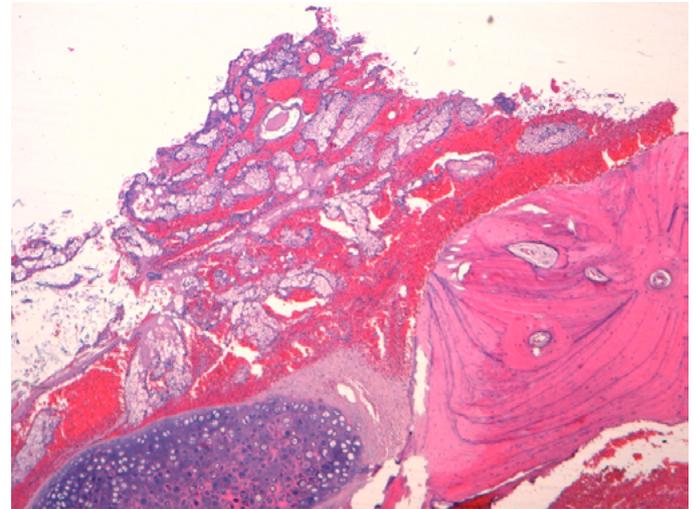


Figura 3
Anatomía patológica: teratoma ovárico maduro compuesto por tejido óseo, cartilaginoso y dérmico.

Discusión: La torsión de un teratoma ovárico es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo. Se produce generalmente durante el puerperio, predispuesto por la laxitud ligamentosa durante la regresión uterina.

La presentación clínica suele ser dolor abdominal en ambas fosas ilíacas. La TC es una prueba de imagen útil para detectar la grasa y calcificaciones intratumorales. Para confirmar el diagnóstico de benignidad es necesario un análisis anatomo-patológico.

El tratamiento de elección es quirúrgico y consiste en la resección del teratoma y la conservación del resto del anejo si es posible.

Ante un dolor abdominal agudo en una mujer en edad fértil debemos pensar en la posibilidad de una torsión ovárica.

220129. HERNIA INGUINOESCROTAL COMO DEBUT DE LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL

JR Córdoba López, SF Calzado Baeza

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

Introducción: Los sarcomas de partes blandas retroperitoneales y pélvicos son un grupo de tumores infrecuentes y heterogéneos, pues solo representan el 0.15-0.2% de todos los sarcomas. Se originan en tejidos mesenquimales del retroperitoneo como la grasa, el tejido muscular, los nervios o los vasos sanguíneos entre otros. Su diagnóstico y tratamiento requieren una valoración por equipos multidisciplinares.

Caso clínico: Varón de 76 años que se interviene de forma programada de hernia inguinoescrotal izquierda gigante. El TC informaba de voluminosa hernia inguinoescrotal izquierda con contenido en grasa del espacio extraperitoneal pélvico izquierdo, con moderados cambios inflamatorios y edema. En los hallazgos intraoperatorios se observa una importante herniación de la grasa retroperitoneal y una tumoración en teste izquierdo de 12 cm. Se realiza disección de la grasa y exéresis del test izquierdo. Se toma biopsia de dicha grasa que informa de liposarcoma bien diferenciado. Posteriormente se vuelve a intervenir de forma programada para resección de tumoración lipomatosa polilobulada en retroperitoneo izquierdo. El paciente es dado de alta a los 4 días sin incidencias en el postoperatorio. Se encuentra en seguimiento por Oncología.



Figura 1

Imagen de TC axial.

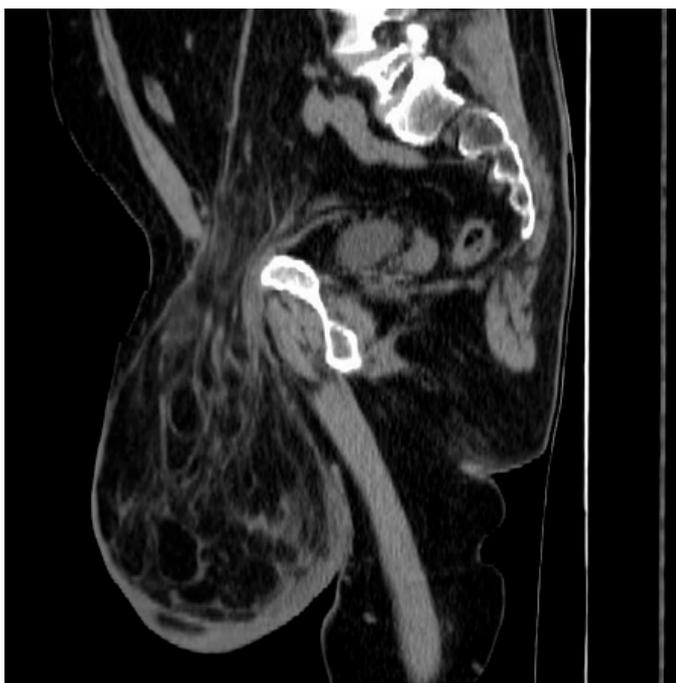


Figura 2

Imagen de TC sagital.



Figura 3

Imagen de la pieza quirúrgica durante la intervención.

Discusión: Dentro de los sarcomas de partes blandas, los subtipos más frecuentes son los liposarcomas bien diferenciados y los liposarcomas desdiferenciados que en conjunto representan el 46% del total. Se comportan como masas abdominales asintomáticas, descubiertas en exploraciones radiológicas frente a una sintomatología inespecífica de dolor abdominales y/o lumbares. La evaluación radiológica preoperatoria de los sarcomas de partes blandas y pélvicos se basa en la TC toracoabdominopélvica. La resección quirúrgica completa es el único tratamiento potencialmente curativo y se ha observado que la calidad de la cirugía inicial determina el pronóstico del paciente. Existe una clara diferencia entre los tumores menos agresivos, pero con mayor índice de recidiva local como es el liposarcoma bien diferenciado y aquellos que son más agresivos como los liposarcomas desdiferenciados. En nuestro caso, debutó como herniación de la grasa retroperitoneal, siendo la única sintomatología que presentaba el paciente. El interés del caso que presentamos radica en la rareza de la localización de un liposarcoma formando parte del contenido de una hernia inguinoescrotal.

220132. A PROPÓSITO DE UN CASO: INFARTO OMENTAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO.

M Martínez Carrillo, G Cabello Calle, P Dabán López, I Lendínez Romero, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: El infarto omental es una causa poco frecuente de dolor abdominal agudo cuyo diagnóstico se basa actualmente en hallazgos intraoperatorios o radiológicos. Afecta, en general, a la porción derecha omental por lo que el diagnóstico a menudo se realiza en el quirófano por una sospecha diagnóstica de apendicitis o colecistitis. En el caso del diagnóstico preoperatorio por técnicas radiológicas, su manejo posterior es controvertido.

Caso clínico: Varón de 62 años con antecedentes de fibrilación auricular e insuficiencia bivalvular, que acude a Urgencias por dolor localizado en flanco, hipocondrio y fosa iliaca derecha de 36h de evolución. A la exploración, temperatura de 37.9°C y palpación dolorosa en hemiabdomen derecho, aunque sin signos de peritonismo. Analíticamente, PCR de 87, sin leucocitosis ni neutrofilia. En Urgencias se realiza TAC abdominal que informa de un área focal de aumento de la densidad de la grasa centroabdominal-umbilical anterior al colon transversal de unos 14cm, que se acompaña de líquido libre sugestiva de infarto omental. Se decide ingreso para tratamiento conservador. Tras 48h de ingreso se produce empeoramiento clínico y analítico, por lo que se decide laparoscopia exploradora urgente evidenciando segmento de omento de 6x13cm necrótico localizado a nivel de hipocondrio derecho apreciando en su pedículo cierta rotación que podría ser el origen del cuadro. Se realiza resección de dicho segmento. El paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta a las 36h sin incidencias.



Figura 1

Infarto omental.

Discusión: El infarto omental es un cuadro poco frecuente. El diagnóstico clínico es difícil por la ausencia de pruebas complementarias y la similitud clínica con otras causas de dolor abdominal agudo como colecistitis, apendicitis o diverticulitis, lo que lleva a que en ocasiones su diagnóstico sea intraoperatorio. El infarto omental puede ocurrir por dos mecanismos fisiopatológicos principales: como consecuencia de una torsión de su pedículo vascular sobre su propio eje o debido a situaciones que predispongan a la trombosis como los estados de hipercoagulabilidad o las anomalías vasculares. En consecuencia, en ambas circunstancias se ve comprometida la vascularización, resultando en una extravasación hemorrágica, con producción de líquido sanguinolento, necrosis y formación de adherencias.

Aunque es considerada una patología benigna y de naturaleza autolimitada que puede ser tratada de una forma conservadora con excelentes resultados algunos autores propugnan la exploración quirúrgica de entrada incluso con diagnóstico tomográfico basándose en la rápida resolución del cuadro doloroso, una menor estancia hospitalaria y una pronta reincorporación a la vida evitando complicaciones como la formación de colecciones y adherencias.

220133. MANEJO CONSERVADOR Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PERFORACIONES ESOFÁGICAS DE URGENCIAH

C Rubio Castellanos, C Hurtado de Rojas Grau, B Marengo de la Cuadra, JM Cáceres Salazar, A Dominguez Amodeo, E Dominguez-Adame Lanuza

Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocio, Sevilla.

Introducción: Las perforaciones esofágicas son condiciones poco frecuentes, de difícil diagnóstico, tratamiento controvertido y elevada mortalidad, oscilando entre el 10-20% cuando el tratamiento se retrasa más de 24 horas. La causa más frecuente es la iatrogenia, sospechándolas en paciente sometidos a procedimientos endoscópicos.

Caso clínico: El primer caso corresponde a un paciente sin antecedentes de interés al que se realiza una endoscopia por impactación de un comprimido de paracetamol, el cual, tras ello, comienza con dolor centrotorácico y crepitantes cervicales, objetivándose en TC neumomediastino que diseca en dirección ascendente los planos cervicales hasta la base del cráneo y en dirección descendente hasta abdomen superior rodeando estómago y retroperitoneo con posible origen de la perforación en la pared posterior del tercio medio esofágico y sin presencia de colecciones ni cámara de neumotórax. Dada la estabilidad clínica del paciente y las características de la perforación se decide ingreso en UCI para control estrecho e inicio de tratamiento conservador con antibioterapia y terapia antifúngica, reposición de líquidos e inicio de nutrición parenteral.

El segundo caso corresponde a una paciente sin antecedentes de interés que sufre impactación de bolo alimenticio realizándose una endoscopia con imposibilidad para extraer el bolo, comenzando con dolor centrotorácico y realizándose TC en el que se observa neumomediastino severo, neumotórax derecho, neumoretroperitoneo periaórtico y perirrenal, en lado derecho, alcanzando la hemipelvis derecha, gas disecando las paredes del fundus y del cuerpo gástrico y gas disecando la pared del esófago distal, con mala tolerancia de estos por la paciente y con persistencia de bolo alimenticio en esófago distal imposible de tratar endoscópicamente, por lo que se decide intervención quirúrgica laparoscópica urgente con cierre primario del defecto en dos planos junto con gastrostomía para extracción de restos alimenticios impactados y posterior cierre de esta en dos capas.

Discusión: El tratamiento conservador es factible en pacientes sin signos de sepsis o mediastinitis, perforaciones contenidas por estructuras circundantes, buena tolerancia de la contaminación pleural o mediastínica con el drenaje apropiado y en ausencia de patología esofágica previa con control estrecho 24 horas, iniciándose nutrición parenteral, reanimación con líquidos, antibioterapia de amplio espectro, cobertura antimicótica y traslado a unidad de cuidados intensivos para realizar monitorización. Si no cumple estos criterios se indicará cirugía urgente pudiéndose realizar cierre primario con sutura en dos planos, con puntos sueltos de material reabsorbible en la capa mucosa y puntos sueltos con sutura no absorbible en la capa muscular y yeyunostomía de alimentación.



Figura 1

caso 1 perforación.

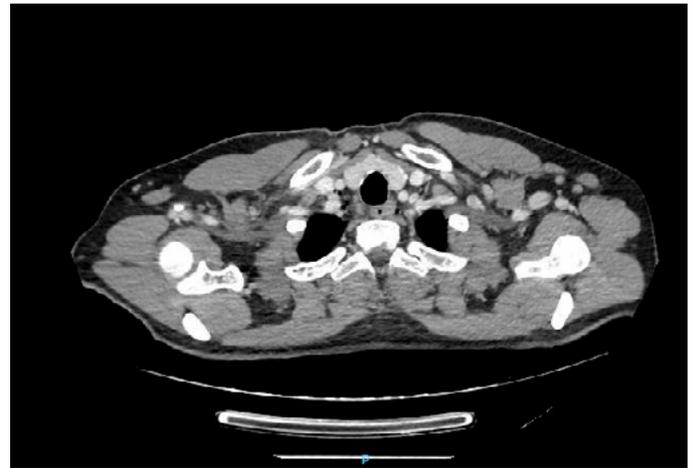


Figura 1

Caso 2 resolución.

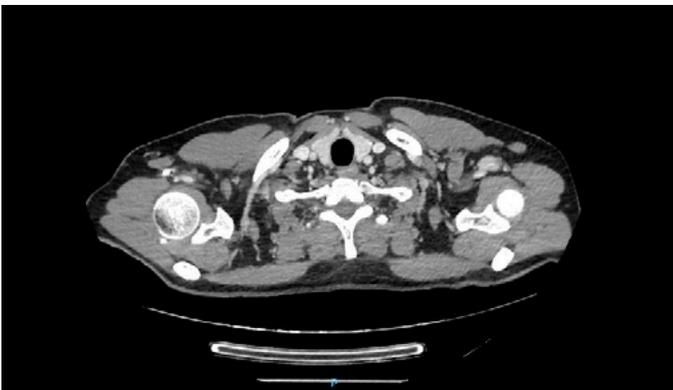


Figura 2

Caso 1 resolución.

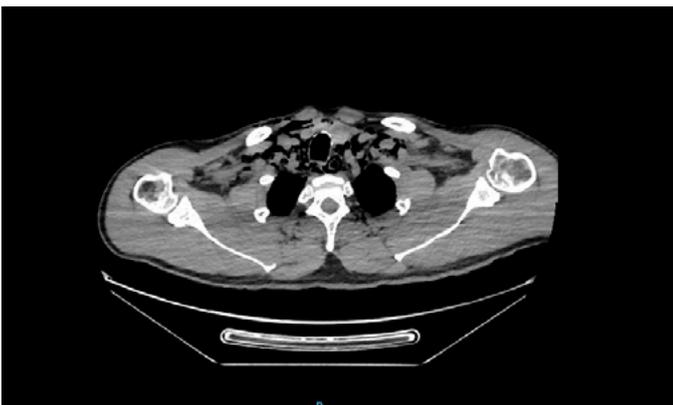


Figura 3

Caso 2 perforación

220134. EVISCERACION POR ORIFICIO DEL TROCAR TRAS CIRUGIA LAPAROSCÓPICA URGENTE

C Rubio Castellanos, L Sobrino Brenes, MA Gil-olarte, AI Aguilar Marquez, JA Lopez Ruiz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocio, Sevilla.

Introducción: La hernia post-trocar y la evisceración son complicaciones infrecuentes tras procedimientos laparoscópicos, con una incidencia en torno al 1%. Ambos representan una complicación potencialmente grave, ya que pueden requerir una intervención quirúrgica urgente para su resolución, con el consiguiente aumento de la morbilidad para el paciente.

Caso clínico: Mujer de 31 años que ingresa en ginecología por cuadro de torsión ovárica derecho secundario a cuerpo lúteo hemorrágico, indicándose laparoscopia exploratoria urgente. Se realizaron cuatro incisiones con trocar: dos incisiones de 11 mm en fosa ilíaca izquierda y ombligo y dos incisiones de 5 mm en fosa ilíaca derecha y suprapúbica. Se realizó anexectomía derecha y se amplió la incisión de fosa ilíaca izquierda para la extracción de la pieza. El cierre de ambos trocares de 11 mm se realizó con sutura trenzada 0. Al tercer día postoperatorio comenzó con vómitos y dolor abdominal. Debido a la sintomatología de la paciente y ante la sospecha de cuadro de obstrucción postoperatoria se realiza TAC que confirma obstrucción intestinal secundaria a asa de intestino delgado atrapada a nivel del orificio del trocar de fosa ilíaca izquierda. Se indicó nueva cirugía bajo anestesia general. Se amplió la incisión quirúrgica en fosa ilíaca izquierda, encontrando asa de intestino delgado herniada con sufrimiento reversible de la pared. Se reintrodujo el intestino en la cavidad y se reparó la pared abdominal con una malla circular de polipropileno/ePTFE. La paciente presentó evolución postoperatoria favorable y fue dado de alta a las 72 horas.

Discusión: No existe consenso sobre el cierre de los orificios de los trocares laparoscópicos, siendo el método más extendido el cierre con sutura simple, especialmente en trocares > 10 mm. En los casos de hernias post-trocar no hay unanimidad: algunos autores optan por el cierre con sutura simple y otros por la reparación con malla.



Figura 1

TC.



Figura 2

TC2.

220135. MANEJO DE LA FISTULA QUILOSA TRAS CIRUGIA CERVICAL

C Rubio Castellanos, M López-Cantarero García-Cervantes, M Díaz García, C Sacristan Pérez, C Marín Velarde

Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocio, Sevilla.

Introducción: A pesar que la lesión del nervio laríngeo recurrente y la hipocalcemia siguen siendo las complicaciones más comunes después de una tiroidectomía, la fistula quilosa por lesión del conducto torácico o uno de sus afluentes tras la disección y linfadenectomía cervical es una complicación infrecuente pero que no debe ser subestimada. Su incidencia oscila entre el 0,5% y el 8,3% y se asocia a disecciones ganglionares amplias.

Caso clínico: Mujer de 24 años con antecedentes de tiroidectomía total con vaciamiento central y disección radical modificada derecha acude a consulta por presencia de tumoración en cuello de meses de evolución. Se realiza ecografía cervical donde se objetiva extensa enfermedad metastásica ganglionar cervical y en mediastino superior. La paciente es intervenida por nuestro equipo completándose la tiroidectomía total, ya que quedaban restos tiroideos de la cirugía previa, junto con vaciamiento ganglionar central bilateral y laterocervical funcional bilateral. Al segundo día postoperatorio el drenaje comienza a presentar cambios en el aspecto convirtiéndose este en líquido lechoso y aumento de su cuantía hasta los 100 centímetros cúbicos. Dadas las características clínicas se deja a la paciente en dieta absoluta, con control de débito y aspecto del drenaje y se manda muestra a microbiología y bioquímica, confirmando una cuantía mayor de 100 miligramos/decilitros de triglicéridos en dicha muestra. El cuarto día postoperatorio se decide retirada de drenaje e inicio de tolerancia a dieta blanda exenta en grasas. En este caso la buena evolución de la paciente hizo innecesario el uso de nutrición parenteral u octeotrida.

Dada la buena evolución clínica se decide alta hospitalaria el octavo día postoperatorio con posterior control en consultas externas de endocrinología para control dietético y de cirugía general.

Discusión: La buena práctica clínica recomienda el tratamiento conservador en fístulas de bajo débito (menor de 500 cm³/día), que no porten drenaje o fístulas de aparición tardía, mediante el uso de vendajes compresivos, punciones evacuadoras, dieta absoluta y posterior sustitución de ácidos grasos de cadena larga por cadena media y en casos que no responden iniciar nutrición parenteral junto con octreotida subcutánea a dosis 0,1ug cada ocho horas. Si se realiza tratamiento quirúrgico por fracaso del tratamiento conservador o en casos de fístulas de alto débito o fístulas precoces, es preferible la realización de microanastomosis venosas del conducto torácico realizándose una reparación funcional, aunque actualmente el tratamiento quirúrgico más realizado es la sutura simple del propio conducto.

220136. CUERPO EXTRAÑO DESCUBIERTO DURANTE HERNIOPLASTIA INGUINAL URGENTE

A Díaz Granados, A Nania, MB Cano Pina, C González Puga, B Mirón Pozo

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

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños en adultos es accidental en el 95% de las ocasiones, ocurriendo con más frecuencia en personas de avanzada edad. Hasta el 90% de los mismos, pasan por el tracto digestivo sin causar complicaciones y sin necesidad de intervención, requiriéndose esta en menos del 1% de las ocasiones. Cuando el cuerpo extraño logra penetrar la mucosa digestiva, genera reacciones inflamatorias, áreas fibróticas o perforaciones digestivas con distinto grado de diseminación (granuloma, peritonitis localizada, sepsis...).

Caso clínico: Paciente de 82 años, con diagnóstico de hernia inguinal derecha y a la espera de intervención quirúrgica programada, que acude al servicio de urgencias al presentar molestias abdominales de 24h de evolución dependientes de una tumoración en región inguinal derecha que ha aumentado de tamaño. No presenta alteraciones del tránsito intestinal, vómitos ni fiebre.

A la exploración se palpa una tumoración de unos 5cm, eritematosa, indurada, dolorosa e irreductible con maniobra de Taxis. El resto del abdomen presenta molestias inespecíficas y sin signos de irritación peritoneal.

Analíticamente destacan 10240 leucocitos con 79% de neutrofilia, PCR en 104.9. La radiografía no presenta signos de obstrucción intestinal ni dilatación de asas.

Se decide intervención quirúrgica de urgencias ante la sospecha de hernia inguinal derecha encarcerada. En el intraoperatorio, con la apertura de piel y tejido celular subcutáneo, se aprecia salida de abundante material purulento procedente de una colección preherniaria de 3x3 cm con paredes fibróticas y granulomatosas (**Figura 1 y 2**). En su interior encontramos un cuerpo extraño que impresiona de raspa de pescado (**Figura 3**), que protruye desde el saco herniario creando un trayecto de 1 mm de diámetro. El saco herniario, de 3x3cm, contiene epiplón con un área cicatricial y estigmas de inflamación crónica. Se realiza desbridamiento de la cavidad, extirpación de tejido cicatricial y reparación de la hernia directa con colocación de malla de polipropileno.

Pautamos tratamiento antibiótico y el paciente evoluciona de forma favorable, presentando como complicación un hematoma de herida que es correctamente drenado y cicatriza adecuadamente en la revisión del mes.

Discusión: Un cuerpo extraño ingerido es capaz de atravesar la pared intestinal, siendo el sitio con mayor frecuencia de perforación el área de ileocecal, ocasionando cuadros larvados con formación de granulomas, deteniendo así la diseminación de la infección intraabdominal.

En los grupos de pacientes con mayor riesgo de ingestas de cuerpos extraños, es adecuado plantear dicho diagnóstico diferencial en cuadros de patología abdominal quirúrgica urgente.

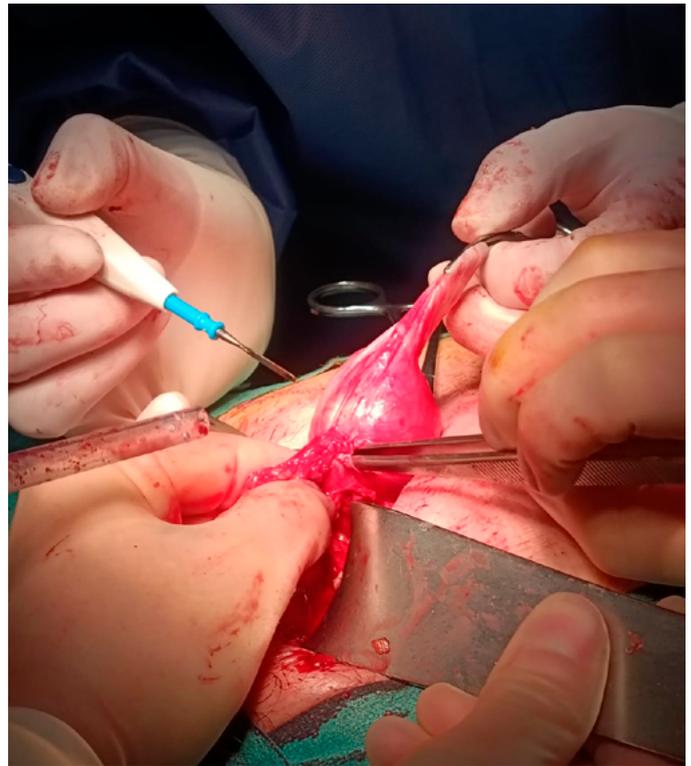


Figura 1
Diseción de saco herniario.

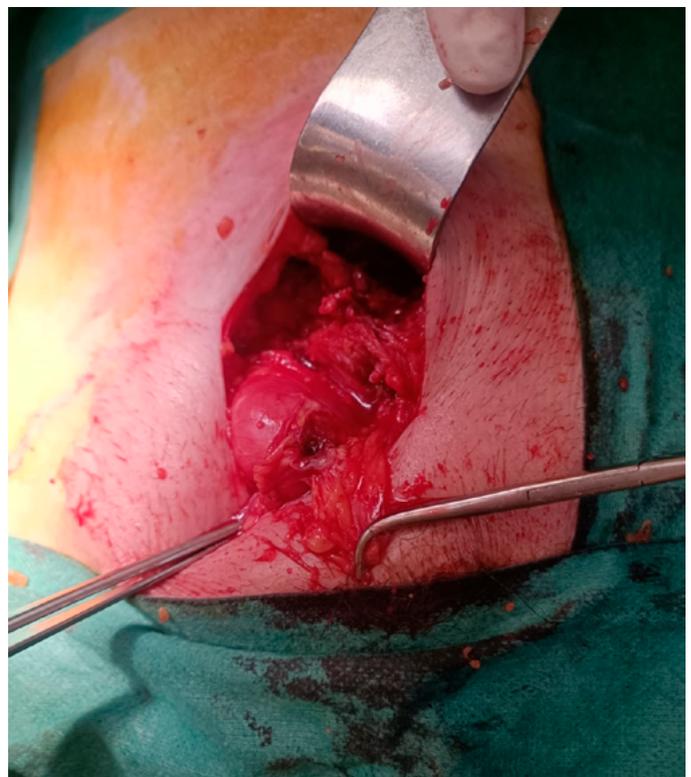


Figura 2
Orificio de salida de raspa desde saco herniario y cavidad granulomatosa abscesificada medial.



Figura 3

Cuerpo extraño: raspa de pescado.



Figura 1

Herida quirúrgica.



Figura 2

Herida.

220137. SÍNDROME DE INTESTINO CORTO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN TRAS RESECCION INTESTINAL MASIVA

M Marin Herrero, A Hendelmeier, MC de la Vega Olías, JL Arroyo Velez, M Barrionuevo Galvez, V Vega Ruiz

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: El síndrome de intestino corto es una entidad compleja, que condiciona graves alteraciones metabólicas y nutricionales al reducirse la superficie absortiva intestinal efectiva. Los accidentes vasculares mesentéricos, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y la enteritis rádica son las principales causas. La resección intestinal amplia, frecuente en los pacientes con EII, ocasiona una alteración nutricional que va a requerir soporte especializado. Las medidas básicas de tratamiento, con fluidos y electrolitos, así como la instauración de soporte nutricional enteral, son el principal factor estimulador de la adaptación del intestino remanente.

Caso clínico: Mujer de 73 años con enfermedad de Crohn estenosante de ileon, intervenida en dos ocasiones (hemicolecotomía derecha y ampliación posterior de 15 cm de ileon terminal). Ingres por brote severo de enfermedad de Crohn estenosante-fistulizante corticorresistente. Preciso resección de 70 cm de ileon- yeyuno y colon, quedando un remanente de 84 cm de yeyuno desde ángulo de Treitz. Yeyunostomía con fístula mucosa. En el postoperatorio, se instauró nutrición parenteral con vitaminas y oligoelementos,

combinada con nutrición enteral polimérica sin residuos y probióticos. Presentó alto débito por yeyunostomía, con emaciación y necesidad de alto aporte hídrico y electrolítico, asociando insuficiencia renal. Inició nutrición enteral por SNG gota a gota con bomba de infusión y fórmula hipoosmolar, disminuyendo drásticamente el débito por

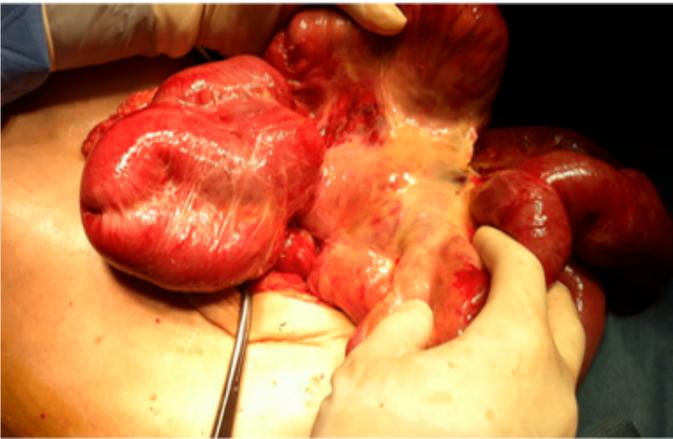


Figura 3



Figura 4

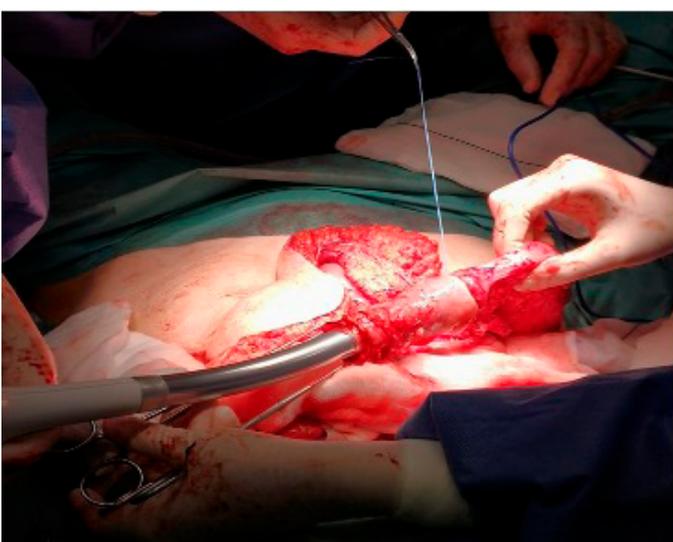


Figura 5

la yeyunostomía con normalización de función renal. A los 100 días, fue intervenida para reconstrucción intestinal con anastomosis yeyuno-colónica. Se inició progresiva ingesta oral con líquidos claros y retirada de SNG al octavo día. Al alta dieta triturada/ blanda, baja en grasas, alimentos fibrosos o ricos en oxalatos, suplementos hiperproteicos, con vitaminas A y C, vitamina B12 y probióticos. A los 3 años, la alimentación se adapta a los hábitos de la paciente con suplementos de vitamina B12 y ácido fólico.

La relevancia de este caso radica en la adaptación del escaso remanente intestinal. La suplementación enteral gota a gota tuvo un rol fundamental en su recuperación.

Discusión: Pacientes con resecciones intestinales múltiples se caracterizan por la malabsorción intestinal, que origina pérdida de líquidos, macro y micronutrientes. El tratamiento nutricional fue fundamental en la recuperación de la paciente. El aumento de la incidencia de colelitiasis y nefrolitiasis en estos pacientes se debe al aumento de hiperoxaluria, por lo que una dieta baja en oxalatos previene de estas complicaciones. El tratamiento multidisciplinar conjunto con el servicio de nutrición fue la clave del éxito en nuestro caso.

220139. USO DE AGENTES HEMOSTÁTICOS EN LAS PERFORACIONES POR COLONOSCOPIA

M Martínez Carrillo, CC Gabriel, FJ Jurado Prieto, T Gallart Aragón

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: Las perforaciones iatrogénicas tras realización de colonoscopia son una complicación grave que puede ocurrir tanto en procedimientos diagnósticos como terapéuticos y están asociadas a una alta morbilidad y mortalidad. Hay tres principales opciones terapéuticas para dichas perforaciones: reparación endoscópica, manejo conservador y cirugía.

Caso clínico: Varón de 72 años con antecedentes personales de hernioplastia umbilical, que se diagnostica mediante TC abdominal de perforación puntiforme a nivel de colon descendente tras colonoscopia solicitada para estudio por hemorragia digestiva baja.

Se intervino de urgencias realizándose laparotomía exploradora realizándose cierre simple de la perforación y colocación de Tachosil para refuerzo de la sutura y prevención de fuga. El paciente fue dado de alta al décimo día postoperatorio sin complicaciones, con buena tolerancia oral y tránsito intestinal conservado.

Discusión: La cirugía en el tratamiento de las perforaciones de intestino grueso tras colonoscopia está indicada como primera opción en aquellos pacientes con signos de sepsis, peritonitis o perforaciones difusas y en aquellos casos en los que ha fallado el tratamiento conservador. En general, los hallazgos intraoperatorios determinan la mejor técnica a realizar acorde a los diferentes escenarios, entre las que se han descrito la sutura primaria, resecciones en cuña, colostomía con exteriorización de la perforación y resección colónica con o sin anastomosis primaria o estoma. Pocos estudios han demostrado evidencia del uso de agentes hemostáticos en el tratamiento de las perforaciones intestinales puntiformes en el que el estado sistémico del paciente y en el que la situación

abdominal nos permita realizar una sutura primaria. En algunos casos el uso de hemostáticos podría ser útil en la prevención de una posible dehiscencia en este tipo de tratamientos, y podría ser una línea de investigación en un futuro.

220140. USO DEL VERDE DE INDOCIAMINA EN CIRUGÍA DE URGENCIAS

AA Maestu Fonseca, A Ortiz Sanchez, E Sancho Maraver, F Romero Aceituno, MD Casado Maestre, JM Pacheco García

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

Introducción: Descripción de un caso intervenido de isquemia intestinal de forma urgente en el que se uso el verde de indocianina para comprobar la viabilidad de los tejidos.

Caso clínico: Mujer de 54 años, con antecedentes de poliquistosis hepatorrenal. Ingresó para nefrectomía derecha pretransplante de forma programada. En dicha cirugía se describe un ileon terminal de aspecto isquémico por efecto masa del riñón derecho, el cual recupera coloración y funcionalidad tras la nefrectomía, la cual transcurre sin complicaciones.

En el postoperatorio fue tórpido, decidiéndose reintervención urgente ante la sospecha de shock hipovolémico.

Se realiza laparotomía media suprainfradiaphragmática. Los hallazgos son de isquemia intestinal que afecta a colon ascendente y parte del intestino delgado, cuyo meso se encuentra rotado. Se disecciona arteria mesentérica superior en la cual se palpa un defecto sugerente de trombo. Se realiza arteriotomía de la arteria mesentérica superior y trombectomía con catéter de fogarty, recuperándose parcialmente la vascularización de intestino delgado.

Se decide inyección de verde de indocianina y utilizando óptica de robot DaVinci se objetiva una adecuada vascularización de parte del intestino delgado. Se realiza hemicolectomía derecha y resección del ileón por la zona demarcada por el verde de indocianina y se realiza ileostomía.

Se decide dejar abdomen abierto para second look. A las 24 horas se reexplora en quirófano encontrándose isquémicos los últimos 15 cm distales de intestino delgado. Se realiza nueva resección y se rehace ileostomía. No se objetivan cambios isquémicos en intestino grueso.

A pesar de esto, la paciente presenta mala evolución durante el postoperatorio presentando varios episodios de melenas y hematemesis que se trató mediante endoscopias orales en repetidas ocasiones. Finalmente la paciente fue exitus a los 63 días del ingreso.

Discusión: El verde de indocianina es una nueva herramienta que presenta una amplia gama de aplicaciones en la cirugía programada. En la cirugía urgente tiene también un papel importante ya que puede servir de gran ayuda a la hora de tomar decisiones acerca de la viabilidad de los tejidos pudiendo conllevar menores resecciones. Así

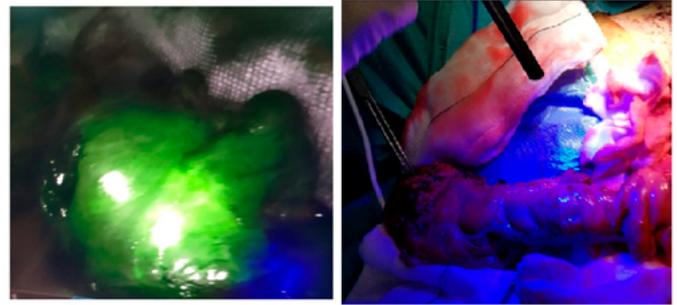


Figura 1

Imagen del tejido marcado con el verde de indocianina.

mismo la combinación con una estrategia de control de años puede suponer una buena herramienta en las cirugías de urgencias.

220141. ABDOMEN AGUDO POR SINDROME DE BOERHAAVE EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO. POCA FRECUENCIA PERO ALTA MORBILIDAD.

AA Maestu Fonseca¹, A Ortiz Sánchez², T Gómez Sanchez¹, JA Aragon Encina¹, F Romero Aceituno¹, JM Pacheco García¹

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

Introducción: El síndrome de Boerhaave es una patología urgente poco frecuente con elevada mortalidad, de hasta un 75%. Los factores pronósticos son el retraso terapéutico, las comorbilidades del paciente y el tamaño y localización de la lesión. La presentación clásica es la triada de Mackler (dolor torácico intenso, vómitos y enfisema subcutáneo) pero es inconstante por lo que se puede retrasar el diagnóstico.

Caso clínico: Varón de 64 años ex fumador, con artritis reumatoide severa en tratamiento con corticoides e inmunosupresores, gammopatía monoclonal IgG lambda y tuberculosis pulmonar con granulomas calcificados, que acude a urgencias con epigastalgia severa tras episodio de vómitos, de 5 horas de evolución. A la exploración se encuentra taquicárdico y taquipneico, con TA dentro de los parámetros de la normalidad. En la analítica destaca una discreta leucocitosis con neutrofilia y aumento de PCR. La TC Toracoabdominal revela un neumomediastino que se extiende desde esófago inferior hasta cervical, con derrame pleural izquierdo asociado, y una solución de continuidad en la cara anterolateral izquierda del esófago. Se decide realizar una laparotomía exploradora y se evidencia un desgarramiento en tercio inferior del esófago de 4cm aproximadamente en dirección craneal con necrosis de la muscular del tercio inferior del esófago y exudado sanguinolento/détritus. Se realiza lavado de mediastino, cierre simple del desgarramiento y hemifunduplicatura de Dor. Tras la cirugía, el paciente es trasladado a UCI para cuidados postoperatorios y fallece tras 13 días de ingreso.

Discusión: El manejo inicial del síndrome de Boerhaave consiste en la reanimación intensiva del paciente y antibioterapia de amplio espectro. En casos de diagnóstico precoz y ausencia de contaminación puede optarse por manejo conservador, con colocación de

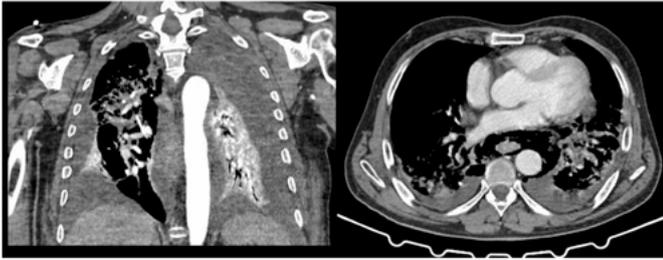


Figura 1

TAC de tórax en el que se observa extenso neumomediastino.

Caso clínico: Paciente de 64 años diagnosticado de enfermedad de Paget perianal, decidiéndose exéresis local de la lesión.

Dada la amplitud de la misma, abarcando los 180 ° de la hemicircunferencia perianal posterior, se procede a realizar un colgajo de avance V-Y para reparar el amplio defecto resultante tras la resección. La evolución postoperatoria fue favorable, con pequeña dehiscencia del colgajo que se resolvió con manejo conservador.

La anatomía patológica definitiva fue adenocarcinoma intraepitelial tipo enfermedad de Paget extramamaria perianal.

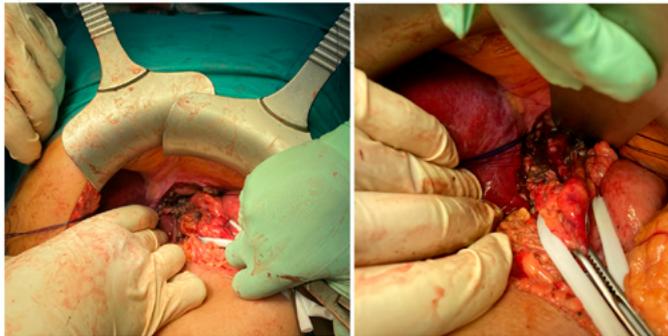


Figura 2

Se observan hallazgos intraoperatorios. Realización de rafia esofágica.



Figura 1



Figura 2

Discusión: La reparación de los defectos residuales tras la escisión de lesiones perianales amplias supone un reto.

El colgajo V-Y es una buena opción para el tratamiento de defectos demasiado grandes como para cerrar por primera intención.

En lesiones muy posteriores o muy extensas es preferible la posición en decúbito prono, siendo muy meticulosos en la técnica, especialmente en la sutura perianal.

No existe evidencia de la utilidad del drenaje aspirativo ni una clara indicación de realizar ileostomía de protección.

A pesar de ser una buena técnica para defectos perianales amplios, pero no lo suficientemente grandes como para utilizar un colgajo miocutáneo, no está exenta de morbilidad postoperatoria.

endoprótesis. El tratamiento quirúrgico de elección puede realizarse por vía abdominal o torácica (abierto o videotoroscopia), y consiste en un cierre primario y refuerzo del fundus. En pacientes evolucionados, con tejidos edematosos y desvitalizados, debe valorarse la realización de un esofagostoma con colocación de sonda de gastrostomía y realizar un desbridamiento y lavado del mediastino.

220144. COLGAJO V-Y; UNA ALTERNATIVA EN LA REPARACIÓN DE DEFECTOS PERIANALES DE GRAN TAMAÑO

JM Hernández González, M Pitarch Martínez, T Prieto-Puga Arjona, FJ Pérez Lara

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Antequera, Antequera.

Introducción: La enfermedad de Paget perianal representa menos del 1 % de las patologías anales, considerándose una lesión premaligna que puede degenerar en adenocarcinoma con capacidad de infiltración y diseminación.

El diagnóstico en clínico y la confirmación histológica es necesaria, descartando la presencia de transformación maligna.

Si no hay datos que sugieran malignidad, el tratamiento recomendado es la resección local, con márgenes de 1 cm, lo cual conlleva a veces dejar grandes defectos difíciles de cubrir.

220149. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIA A AFECTACIÓN TRAQUEAL POR CÁNCER DE TIROIDES

F Botello García¹, I Pulido Roa², C Jiménez Mazure², C Rodríguez Silva², F Ramos Muñoz², J Santoyo Santoyo²

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

Introducción: La afectación traqueal del carcinoma tiroideo no es infrecuente, y en ocasiones se presenta como un hallazgo intraoperatorio en pacientes asintomáticos. Supone la principal causa de muerte por carcinoma de tiroides al condicionar una obstrucción traqueal.

Caso clínico: Mujer de 83 años, en estudio por bocio, que tras intervención programada de cataratas sufre episodio de insuficiencia respiratoria aguda encontrándose estuporosa, taquicárdica, saturando basal 53%, cianótica y con trabajo respiratorio, precisando de intubación emergente. Se palpa masa pétreo en lóbulo tiroideo izquierdo, adherida a planos profundos.

Se solicita TC cervical donde se evidencia una masa en lóbulo tiroideo izquierdo, de 54x56x59 mm, con realce heterogéneo y calcificación parietal, que sugiere malignidad y parece invadir tráquea, comprimiendo y desplazando su luz.

Se decide realizar tiroidectomía total previa fibrobroncoscopia que aprecia integridad de mucosa. Intraoperatoriamente, se objetiva tumoración en lóbulo tiroideo izquierdo que infiltra tráquea, realizándose una tiroidectomía total reglada, dejando una pastilla tumoral en cara anterior traqueal. Ante estos hallazgos se ejecuta nueva fibroscopia intraoperatoria, evidenciando tejido patológico intraluminal, biopsiándose. No se realiza traqueostomía ante necesidad de hacerla transtumoral.

En el postoperatorio inmediato presenta dificultad para la extubación, realizándose nueva broncoscopia, que evidencia dos orificios milimétricos en cara anterior traqueal, sugestivos de perforación. Finalizado el procedimiento, inicia deterioro hemodinámico, con hipotensión y detección de FA rápida. Dado el mal estado de la paciente y el pronóstico infausto, se consensua con la familia iniciar medidas de confort, falleciendo esa misma tarde.

La anatomía patológica definitiva informaba de carcinoma papilar, variante de células altas, de 4.7 cm de diámetro máximo y con invasión linfática y vascular; mientras que la muestra endotraqueal fue negativa para neoplasia.

Discusión: La insuficiencia respiratoria aguda secundaria a afectación traqueal por un cáncer de tiroides es un cuadro de presentación excepcional, con una elevada mortalidad que requiere de un diagnóstico y tratamiento precoz, de ahí el interés de este caso.



Figura 3



Figura 4

220150. QUISTE HIDATÍDICO MESENTÉRICO FISTULIZADO A ÍLEON
F Hinojosa Ramírez, D Aparicio Sánchez, E Perea del Pozo, V Duran Muñoz-Cruzado, F Pareja Ciuró, FJ Padillo Ruíz

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

Introducción: El quiste hidatídico se produce por las larvas del *Echinococcus granulosus* que habitan en el intestino delgado de los cánidos. El hombre es un huésped intermediario. Los órganos más frecuentemente infectados son el hígado (65-70%) y el pulmón (25%). Otras localizaciones menos habituales serían: el bazo, las vértebras o los riñones. El quiste mesentérico primario es muy raro, sólo el 2% de los casos. La hidatidosis es habitualmente una enfermedad silente, pero sus complicaciones se asocian a una elevada morbimortalidad. Las complicaciones más habituales son el shock anafiláctico, la sobreinfección del quiste generalmente por fistulización hacia la vía biliar o la ruptura del mismo.

Nuestro objetivo es presentar el abordaje de un caso extremadamente raro de quiste hidatídico mesentérico con fistulización a íleon terminal.

Caso clínico: Paciente de 58 años originario de Rumania y sin antecedentes de interés, salvo IAMCEST en 2011 y en seguimiento por quistes hidatídicos peritoneales vs pseudomixoma peritoneal. Acude a Urgencias por dolor abdominal generalizado de 48h de evolución, sin otra sintomatología. A la exploración, el abdomen es blando y depresible, doloroso a la palpación y sin signos de peritonismo. Se palpa masa dura no reductible que se extiende desde flanco derecho hacia flanco e hipocondrio izquierdo.

La analítica presentaba como únicas alteraciones destacables: 28000 leucocitos/ μ L y PCR de 400 mg/L. Se realizó TAC abdominal donde se objetivó una lesión quística previamente conocida de 27x18,5 x 15 cms en flanco derecho que no dependía de las asas intestinales ni de otros órganos intraabdominales, compatible con quiste hidatídico y que perdía plano de clivaje con el íleon terminal por lo que no podía descartar una fístula hacia el mismo.

Se indicó laparotomía exploradora donde se evidenció un quiste gigante en raíz de mesenterio que involucraba desde 1 metro del ángulo de Treitz hasta la válvula ileocecal la cual fistulizaba. Se realizó quistectomía total junto con ileocequectomía, resección de 1m de intestino delgado por isquemia del mismo y anastomosis ileocólica anisoperistáltica mecánica.

Discusión: El quiste hidatídico mesentérico primario es una causa de masa abdominal poco común, aunque debe de formar parte del diagnóstico diferencial una vez descartados las causas más comunes, ya que sus complicaciones pueden conllevar elevada morbimortalidad.

220151. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA PERIANAL
A Scammon Duran, Z Valera Sanchez, N Montemuiño Chulian, A Curado Soriano, L Sanchez Moreno, R Perez Huertas, M Flores Cortes, R Jurado Marchena, JR Naranjo Fernandez

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

Introducción: La enfermedad de Paget extramamaria es muy infrecuente. Se localiza principalmente en la vulva, pero también en la zona anal, ingle y muslos. Se caracteriza por ser una lesión premaligna que requiere confirmación histológica, una resección con márgenes libres y seguimiento estrecho del paciente por su capacidad de recidiva local.

Caso clínico: Mujer de 45 años sin antecedentes patológicos de interés derivada desde atención primaria para valoración de proctalgia de cuatro meses de evolución. Se observa nódulo hemorroidal grado III en rafe anterior que prolapsa con valsalva y presenta aspecto dérmico tipo liquen. Se indica cirugía y se realiza hemorroidectomía programada con estudio histológico de enfermedad de Paget, márgenes libres pero el más cercano a menos de 1 mm de borde de resección sin signos de malignidad. Valorado en Comité de tumores, dermatología y oncología descartan necesidad de tratamiento adyuvante y ampliación de estudios. Se plantea ampliación de márgenes, realizándose resección de cicatriz y tejido circundante, sin objetivarse enfermedad en la pieza de exéresis, revisiones posteriores sin hallazgos de sospecha.

Discusión: La enfermedad de Paget extramamaria es una entidad que resulta de la proliferación intraepidérmica de células malignas de origen glandular fuera de la areola mamaria con localización más frecuentemente en la vulva, pero también en periné, escroto, axila, ingle y muslos. Es una displasia intraepitelial de alto grado que puede dar lugar a un adenocarcinoma. Clínicamente la localización perianal debuta con proctalgia, prurito anal, lesiones verrugosas, dérmicas, etc. Para su diagnóstico es necesario confirmación anatomopatológica. Dado que puede degenerar en adenocarcinoma con capacidad de diseminación y una tasa elevada de recurrencia local la extirpación de la lesión requiere márgenes libres de enfermedad significativos y un seguimiento exhaustivo del paciente.

Conclusión: La enfermedad de Paget extramamaria es infrecuente y la localización perianal es una rareza, caracterizada por ser una lesión premaligna que requiere de un diagnóstico anatomopatológico de confirmación complementado con inmunohistoquímica, tratamiento mediante resección con márgenes libres de enfermedad, 1cm de margen para lesiones con bordes bien definidos y 2cm si la lesión no está bien delimitada, seguimiento estrecho pues las recidivas locales son frecuentes a pesar de la extirpación con márgenes amplios y pueden ser tardías, presentándose tras más de 10 años del tratamiento, precisando un seguimiento a largo plazo.

220153. ANGIOMIXOMA EN CONDUCTO INGUINAL DE UN VARÓN

A Scammon Duran, Z Valera Sanchez, A Curado Soriano, L Sanchez Moreno, R Perez Huertas, M Infantes Ormad, L Romero Perez, JR Naranjo Fernandez

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

Introducción: El angiomixoma es un tumor mesenquimal mixoide raro que se suele localizar a nivel de la pelvis y periné. Es más frecuente en mujeres que en hombres, siendo 6 veces más prevalente en mujeres. Es un tumor benigno pero peculiar debido a su alta tasa de infiltración local y de recidiva. En los varones pueden presentarse como una hernia inguinal o bien como distintas masas testiculares.

Caso clínico: Varón de 35 años hipertenso, es derivado desde su Médico de Atención Primaria por tumoración dolorosa a nivel de la ingle izquierda. El paciente refiere que lleva varios meses con dolor inguinal izquierdo palpándose tumoración. A la exploración se palpa tumoración de consistencia blanda que protruye con maniobras de valsalva. Se diagnostica como hernia inguinal izquierda L1P y se realiza hernioplastia inguinal visualizándose una masa quística adherida al conducto inguinal que se extirpa y remite a anatomía patológica caracterizándose como angiomixoma profundo con células estromales inmunoreactivas al marcador CD34. Se completa estudio con una resonancia magnética (RM) con contraste que descarta restos tumorales en el lecho quirúrgico. Se le hace un seguimiento anual repitiendo las RM descartando recidiva del tumor. El paciente actualmente se encuentra asintomático en su quinto año de revisión.

Discusión: El angiomixoma es un tumor mesenquimal poco frecuente que aunque tenga una alta tasa de infiltración local y de recidiva, se considera un tumor benigno. En los hombres es muy infrecuente, siendo la proporción mujer:varón de 6:1. Tiene un pico de incidencia en la edad reproductiva, entre los 11 y 70 años.

Estos tumores suelen diagnosticarse de forma incidental ya que la clínica que da depende del tejido que infiltra y su localización. Suele localizarse más frecuentemente en la región pélvica y en el periné.

El tratamiento de dichas lesiones es quirúrgico. Debido a su alta tasa de recidiva local es necesario realizar un seguimiento a largo plazo mediante ecografía, tomografía axial computerizada o RM. La alta tasa de recurrencia puede ser debido a restos tumorales que no se extirparon durante la cirugía, por no presentar una cápsula o bien por su naturaleza infiltrativa.

Conclusión: los angiomixomas en varones son muy raros, se trata de una neoplasia mesenquimal benigna de comportamiento local agresivo, que se origina en los tejidos blandos profundas de la región pélvico-perineal, precisan su resección quirúrgica completa y es necesario un seguimiento anual a largo plazo por su gran capacidad de recurrencia local.

220155. ABSCESO INTRAPERITONEAL POR LITIASIS RESIDUAL TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

S Mac Mathuna, W Sánchez Bautista, J Gavilan Parras, D Raposo Puglia, N Perez Hernandez, E Gutierrez Cafranga

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

Introducción: La salida accidental de litiasis del interior de la vesícula durante una colecistectomía laparoscópica es un evento frecuente, con una incidencia que varía entre un 5 y un 19%.

El abandono de litiasis dentro de la cavidad peritoneal puede ser inocuo, pero en ocasiones puede provocar un absceso o sepsis asociado. Los abscesos subdiafrámicos por cálculos abandonados accidentalmente en la cavidad abdominal son una complicación poco frecuente pero potencialmente grave de la colecistectomía laparoscópica. Presentamos el caso de un paciente con un absceso complicado por litiasis residual

Caso clínico: Paciente de 77 años, intervenido de colecistectomía laparoscópica urgente por colecistitis aguda, con apertura accidental de vesícula durante la intervención. Evolución postoperatoria tórpida por persistencia de dolor leve en hipocondrio derecho y febrícula. La ecografía de abdomen mostró una colección subhepática derecha asociada a pequeño derrame pleural homolateral y en el TAC de abdomen se visualizaba pequeña cantidad de líquido perihepático y litiasis residuales en espacio de Morrison. El paciente fue tratado de forma conservadora con cobertura antibiótica y fue alta al undécimo día postoperatorio.

Acude a urgencias dos meses tras el alta con cuadro de fiebre y dolor intenso en hipocondrio derecho. El TAC de abdomen muestra una gran colección abscesificada asociada a las litiasis residuales en el espacio de Morrison. Se realiza re-laparoscopia urgente con drenaje/desbridamiento del absceso, lavado de cavidad y extracción de varias litiasis (9 concretamente). Evolución posterior satisfactoria, con alta domiciliaria cinco días después.

Discusión: La salida de cálculos a la cavidad peritoneal en colecistectomías laparoscópicas puede provocar complicaciones potencialmente graves por lo que es fundamental prevenirla y cuando se produce, recuperar los cálculos vertidos.

Es estimado que se llega a perforar un 18% de vesículas durante la colecistectomía, de ellos en un 40% no se recuperarán todos los cálculos vertidos. Aun así, sólo se presentarán complicaciones derivadas de litiasis residuales entre un 0,1 y 0,5% de todas las colecistectomías laparoscópicas realizadas. El abandono de litiasis peritoneales se relaciona con la habilidad y experiencia del cirujano, así como con la presencia de colecistitis aguda durante la colecistectomía. Es fundamental realizar una búsqueda cuidadosa de litiasis vertidas, especialmente en el espacio perihepático y en el espacio de Morrison

La aparición de un absceso secundario a litiasis residual exige su desbridamiento y drenaje quirúrgico con extracción del cálculo e instauración de tratamiento antibiótico. El drenaje percutáneo tiene una elevada tasa de recidiva y solo debería considerarse en pacientes de alto riesgo quirúrgico.



Figura 1

Litiasis residual.

220158. SHOCK HIPOVOLÉMICO POR HEMORRAGÍA TRAS ADMINISTRACIÓN DE ENOXAPARINA EN RECTO DE ABDOMEN

S Mac Mathuna, R Escalera Perez, J Gavilan Parras, E Muñoz Caracuel, N Perez Hernandez, E Gutierrez Cafranga

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

Introducción: Las Heparinas de bajo peso molecular son un pilar fundamental en el tratamiento y la prevención del tromboembolismo venoso en pacientes encamados, postquirúrgicas o con arritmias trombogénicas como la fibrilación auricular. Un efecto secundario infrecuente de su uso es el sangrado importante, que puede conllevar una morbi-mortalidad significativa. Presentamos un caso de shock hipovolémico mortal por sangrado masivo preperitoneal tras la administración de enoxaparina subcutánea a nivel de recto anterior izquierdo.

Caso clínico: Varón de 75 años con antecedentes de fibrilación auricular anticoagulado con rivaroxaban. Ingresa en nuestro hospital con cuadro de neumonia bilateral. Durante su ingreso es anticoagulado con enoxaparina 60mg/12h. Previa a alta, se administra una dosis de 60mg de enoxaparina en area de recto abdominal izquierdo, a nivel paraumbilical. Posteriormente el paciente presenta deterioro brusco e importante del estado general, con signos de shock hipovolémico, llegando a presentar una parada cardiorrespiratoria durante unos 10 minutos. A la exploración se aprecia una tumoración llamativa asociada al sitio de punción de la enoxaparina.

En TAC de abdomen se aprecia hematomas importantes en espesor de recto abdominal izquierda (60x45x200mm) y en espacio de Retzius(130x90x135mm), con signos de isquemia de asas intetianles y colapso de vena cava inferior.

Se realiza laparotomía urgente, identificando sangrado activo de arteria epigastrica izquierda, desestructuración del musculo con sangrado en varios puntos y un hematoma grande en espacion de Retzius, sin datos de sangrado intraperitoneal. Se realiza ligadura de los vasos sangrantes, evacuación de hematomas y packing preperitoneal.

Se realiza second lookb 48h más tarde, retirando el packing, sin apreciar sangrado activo ni colecciones/hematomas nuevos.

A pesar de nuestra actuación el paciente falleció 10 días después por las consecuencias funcionales orgánicas de parada cardiorrespiratoria.

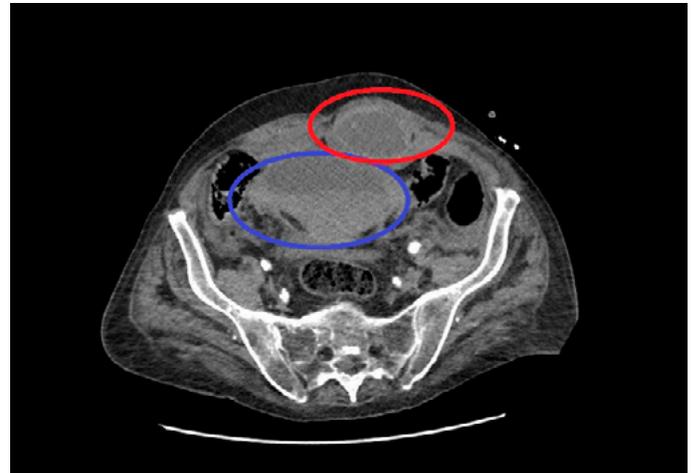


Figura 1

Hematoma en recto de abdomen y espacio de Retzius.

Discusión: La enoxaparina es una heparina de bajo peso molecular (HBPM) frecuentemente utilizada en el tratamiento y prevencion detrombosis venoso profunda. En estudios de meta-analisis se ha objetivado que las HBPM tienen una incidencia menor de hemorragia catalogada como "mayor" comparado con heparina IV/heparina subcutanea no fraccionada. Se considera una hemorragia mayor si se localiza en el retroperitoneo, el craneo o si requiere transfusión, hospitalización o finalmente conduce a la muerte. La clínica es la derivada de la hipovolemia, y la confirmación diagnóstica es normalmente con TAC/AngioTAC. El tratameinto incluye administración de fluidos, transfusiones de hemoderivados y la suspensión de la anticoagulación. Si el tratamiento conservador falla, se puede requerir embolización del vaso involucrado o una intervención quirúrgica.

220159. ABDOMEN AGUDA POR PERFORACIÓN DE MUÑÓN CIEGO DE ANASTOMOSIS ILEO-CÓLICA

S Mac Mathuna, E Muñoz Caracuel, J Gavilan Parras, D Raposo Puglia, N Perez Hernandez, E Gutierrez Cafranga

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

Introducción: El síndrome de asa ciega tras una anastomosis latero-lateral ileocólico es una entidad bien reconocida, aunque su incidencia y tasa de complicaciones no están claramente definidas. La dilatación del fondo de saco ileal conlleva a una estasis y sobrecrecimiento bacteriana que puede llegar a la ulceración de la mucosa y hasta una perforación transmural. Presentamos el caso de una perforación del muñón distendido en una anastomosis íleo-cólica.

Caso clínico: Varón de 69 años intervenido en 2020 de hemicolectomía derecha por cáncer de colon ascendente, realizando una anastomosis íleo-cólica isoperistáltica mecánica con EndoGIA.

Acude a urgencias 16 meses después de la intervención con cuadro de dolor intenso en hipocondrio derecha y epigastrio, sin fiebre ni náuseas. En TAC de abdomen se aprecia neumoperitoneo alrededor de la anastomosis y líquido libre intraperitoneal.

Se realizó una laparotomía urgente, apreciando el muñón ileal de la anastomosis alargado (unos 13cm), con una perforación en el extremo, no relacionado con la línea de grapas, además de peritonitis fecaloide parcialmente contenido por tejido epiploico.

Se realizó una sección de los últimos 7cm del muñón con EndoGIA y lavados más aspiración de la cavidad peritoneal.

La evolución posterior fue satisfactoria, con alta al séptimo día postoperatoria.

Discusión: Hoy en día la realización de una anastomosis mecánica latero-lateral ileo-cólica después de hemicolectomía derecha es una práctica muy frecuente debido a su sencillez y rapidez. Este tipo de anastomosis puede presentar un riesgo de la formación de un "pouch" ciego en el fondo de saco de parte del íleon que queda distal a la anastomosis a largo tiempo.

El pouch ciego causa peristalsis anormal, provocando el llenado en vez del vaciamiento del pouch. Esta estasis predispone al sobrecrecimiento bacteriana, que puede llegar a inducir inflamación mucosal o transmural en la pared intestinal, y hasta una perforación en el fondo de saco, como en nuestro paciente. Se debe tener en cuenta en casos de dolor abdominal agudo en pacientes en quienes previamente se ha realizada una hemicolectomía derecha.

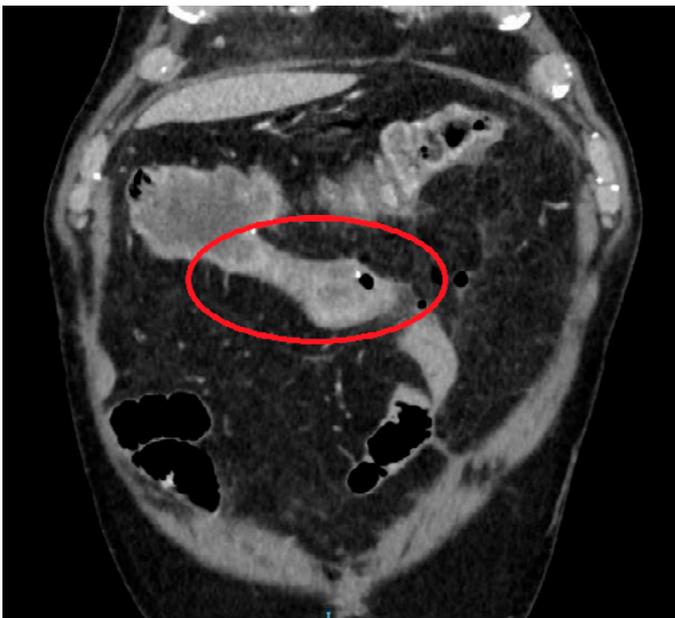


Figura 1

Muñón ileal ciego de la anastomosis alargado, con neumoperitoneo asociado.

220160. ANESTESIA REGIONAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL DE URGENCIA

C Hurtado de Rojas Grau¹, C Rubio Castellanos¹, A García Reyes¹, E Perea Del Pozo², B Marengo De la Cuadra¹, MA Gil Olarte¹, A Scammon Duran¹

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

Introducción: La cirugía de urgencia se caracteriza clásicamente por intervenciones rápidas, con grandes incisiones realizadas mediante anestesia general. Al igual que la cirugía mínimamente invasiva ha encontrado su adaptación en este tipo de cirugía, el objetivo de este trabajo es ver si la anestesia regional podría indicarse en estas situaciones especiales.

Caso clínico: Paciente mujer de 67 años que acude a urgencias por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho de 15 días de evolución que ha aumentado en las últimas horas acompañado de vómitos y estreñimiento. Como antecedentes personales presenta sarcoidosis grado 3 y SAHS. En la TC se observó una imagen de hernia interna con dilatación de asas y signos de sufrimiento intestinal; por lo que se decidió cirugía urgente: se realizó laparotomía media exploradora bajo anestesia raquídea debido al alto riesgo anestésico que presenta por su patología pulmonar de base. El postoperatorio fue lento, pero presentó una evolución favorable, y fue dada de alta a los 10 días de la intervención.



Figura 1

Discusión: La anestesia raquídea puede ser una buena elección en cirugía de urgencias en pacientes con patología cardiorrespiratoria, ya que la probabilidad de que sobrevivan a una anestesia general es baja. Este tema está siendo más estudiado en la actualidad debido a la pandemia, ya que se ha aumentado la realización de intervenciones bajo este tipo de anestesia, en pacientes con infección covid. Pero, además, esta técnica ha permitido realizar cirugías necesarias en pacientes frágiles sin necesidad de ingreso en unidades de cuidados intensivos (UCI). Por lo que deberíamos plantearnos realizar esta técnica no solo en cirugía de urgencias en pacientes con patología

cardiorrespiratoria, sino también en intervenciones no prorrogables en pacientes frágiles, puesto que disminuye su morbilidad, evita la estancia en UCI y se ahorran recursos hospitalarios.



Figura 2

220161. VALORACIÓN QUIRÚRGICA DE LAS HERNIAS PARAESTOMALES

A Scammon Duran, A Curado Soriano, M Infantes Ormad, Z Valera Sanchez, L Sanchez Moreno, R Perez Huertas, L Romero Perez, JR Naranjo Fernandez

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

Introducción: Las hernias paraestomales son un grupo complejo de hernias ya que hay que cerrar un orificio que tiene que quedarse abierto para que funcione el estoma. Existen varias técnicas para su corrección, aunque presentan una tasa elevada de recidivas que aumenta a medida que pasa el tiempo de seguimiento.

Caso clínico: Mujer de 60 años con antecedentes de proctocolectomía total e ileostomía por colitis ulcerosa en 2010. Reintervenida en 2016 para una hernioplastia periestomal tipo Keyhole y eventroplastia tipo RIVES. Una segunda reintervención en 2017 con transposición de ileostomía a fosa iliaca izquierda e inserción de malla polipropileno preperitoneal profiláctica en antiguo estoma. Acude en varias ocasiones a urgencias por cuadros suboclusivos tratándose con manejo conservador por lo que se decide intervención

quirúrgica programada. Se realiza TAC sin contraste donde se visualiza una hernia paraestomal tipo IV en fosa iliaca izquierda que contiene grasa mental y asas intestinales con defecto de la pared de unos 62 x 33 mm. En la última intervención se coloca una malla Bio A 20 x 30 cm y una malla Optilene 30 x 30 cm. Tras una evolución favorable postquirúrgico se da el alta con faja abdominal y revisión en consultas.

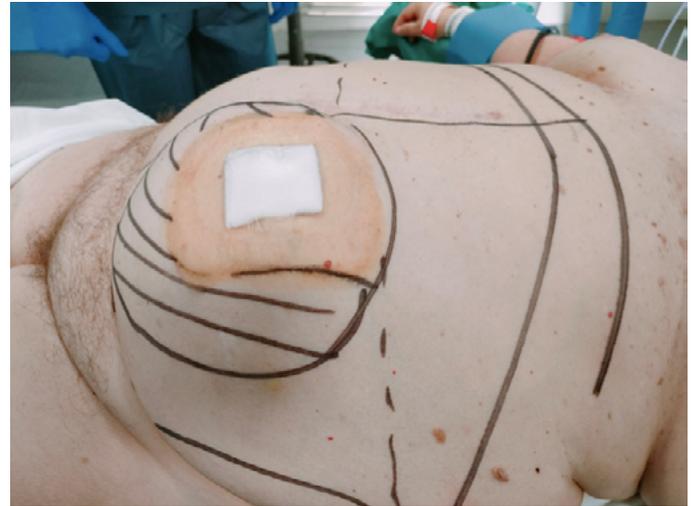


Figura 1

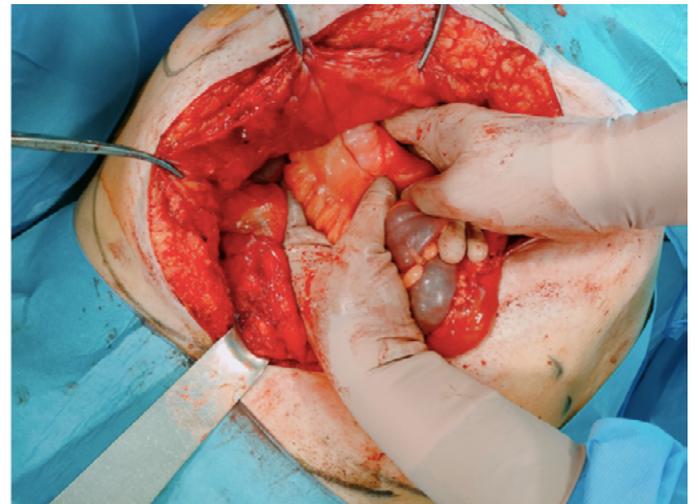


Figura 2

Discusión: Lo dificultoso del tratamiento de las hernias paraestomales es conseguir que se mantengan en el tiempo y evitar las recidivas. Hay dos técnicas fundamentales: el Keyhole que se realiza durante la ostomía para la prevención de dichas hernias, y el Sugarbaker que es para la reparación. A pesar del tratamiento profiláctico, los pacientes siguen desarrollando hernias paraestomales y la reparación mediante Sugarbaker aumenta las recidivas.

En este caso, se decidió que la mejor técnica era la corrección de Pauli colocando una malla retromuscular y lateralizando la colostomía. Para esta cirugía se requiere un conocimiento anatómico exhaustivo dado su complejidad.

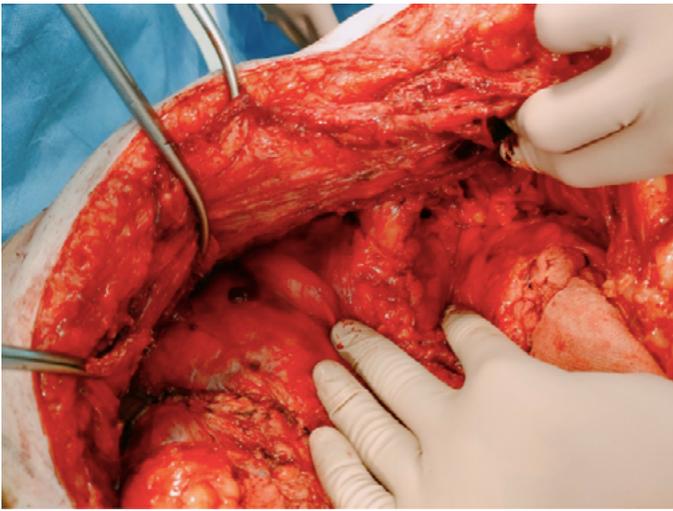


Figura 3

En conclusión, ante una hernia paraestomal hay que valorar si la cirugía aporta mayor calidad de vida que la que tendría con su hernia además de los riesgos y beneficios. Para esto es importante tener un protocolo de indicaciones precisas para el planteamiento quirúrgico de estos pacientes.

220162. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN ADULTOS: LA IMPORTANCIA DEL DIVERTICULO DE MECKEL

G Gómez Dueñas, FJ Cejas Arjona, I Gómez Luque, A Moreno Navas, FJ Briceño Delgado

Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El divertículo de Meckel es la malformación congénita más común del tracto gastrointestinal, su presentación clínica es más frecuente en niños, siendo un diagnóstico raro en adultos. Entre las complicaciones más comunes en edad adulta, se encuentra la obstrucción intestinal. Su diagnóstico es complejo debido a su clínica asintomática y a la poca especificidad que presentan las pruebas radiológicas. La cirugía es el tratamiento adecuado para las complicaciones del divertículo de Meckel

Caso clínico: Varón de 42 años sin antecedentes médicos de interés acude al servicio de urgencias por un cuadro de dolor abdominal generalizado de 24 horas de evolución asociado a cese de ventoseo, deposiciones y vómitos de contenido bilioso.

En la radiografía abdominal se objetiva una dilatación generalizada de asas de intestino delgado por lo que se realizó un TAC Abdominal donde se observa un cambio de calibre a nivel de íleon terminal provocando una notable dilatación retrógrada de asas.

Se decide realizar intervención quirúrgica urgente realizándose laparotomía exploradora observando líquido de sufrimiento intestinal junto a una dilatación intestinal generalizada. Tras revisar la cavidad abdominal se objetivó la presencia de un divertículo de Meckel en el borde antimesentérico de íleon terminal coincidiendo con un cambio de calibre. Se realizó diverticulectomía mediante endograpadora de 60mm.

El paciente en el postoperatorio inmediato presentó un íleo paralítico con buena evolución dándose de alta tras 10 días de hospitalización con tránsito intestinal conservado.

En el análisis patológico se observó divertículo intestinal verdadero sin signos de metaplasia y ausencia de tejido ectópico gástrico ni pancreático

Discusión: La obstrucción intestinal representa el 21,8% de las emergencias quirúrgicas. Las adherencias postoperatorias son la principal causa de obstrucción de intestino delgado (60-85%) seguidas de neoplasias y hernias. Las hernias internas representan el 5% de las causadas por hernias, siendo la mayoría por malformación congénita, como en el caso presentado. El divertículo de Meckel puede ser asintomático toda la vida pero del 15 al 25% de los pacientes presentarán complicaciones teniendo que ser sometidos a cirugía.

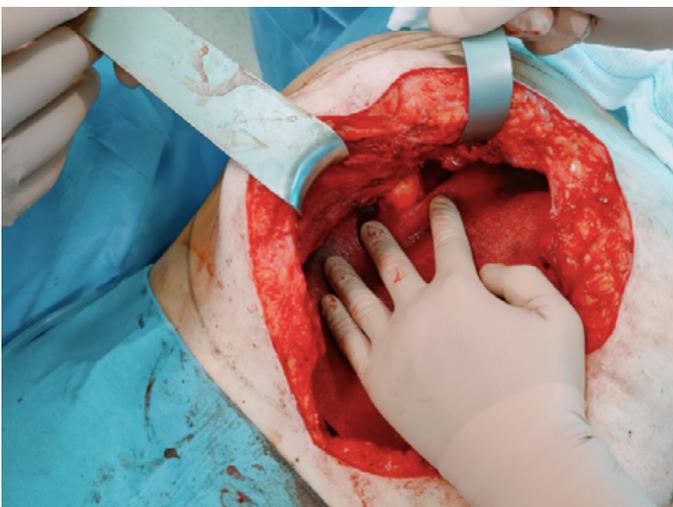


Figura 4

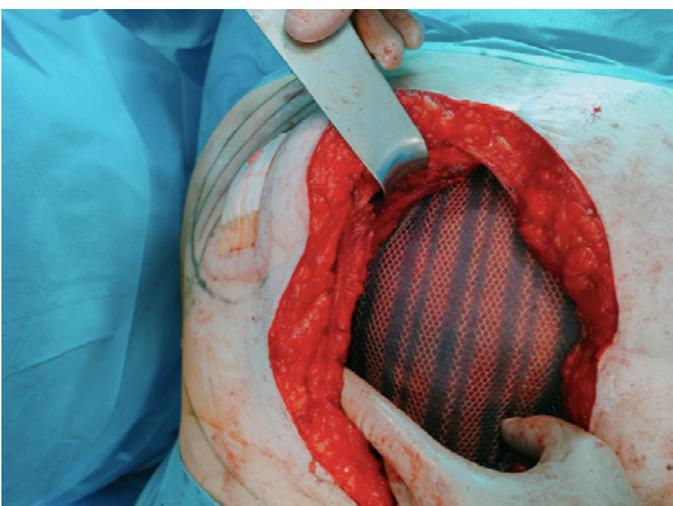


Figura 5



Figura 1

Radiografía de abdomen al ingreso.

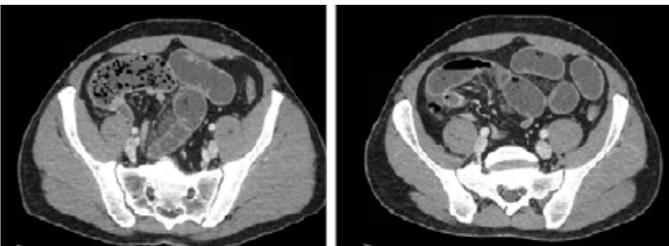


Figura 2

Imágenes en corte sagital del nivel de obstrucción intestinal. Falsa imagen de obstrucción en íleon por lesión intraluminal.

El tratamiento de elección ante un divertículo de Meckel sintomático es la resección quirúrgica, esta incluye diverticulectomía, resección en cuña o resección intestinal segmentaria dependiendo de la integridad de la base del divertículo, el íleon adyacente y la presencia de tejido ectópico dentro del divertículo.

El pronóstico de estos pacientes es generalmente bueno, y la supervivencia esta basada en la evaluación de los signos clínicos como tránsito, temperatura y exploración física.



Figura 3

Imagen quirúrgica donde se observa el divertículo de Meckel provocando un cambio de calibre a nivel de íleon distal.

220163. INTUSUSCEPCIÓN ILEOCECAL SECUNADRIA A LIPOMA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

MP Chas Garibaldi, A Cisneros Ramirez, T Vergara Morante, D Rodriguez Morillas

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

Introducción: La invaginación intestinal es una entidad frecuente en niños y su etiología suele ser idiopática, pero en adultos, con una incidencia de 3 casos por millón de habitantes al año, suele existir una patología subyacente. Se presenta caso de paciente con obstrucción intestinal secundaria a invaginación ileocecólica debida a lipoma ileal.

Caso clínico: Paciente mujer de 84 años que acude a urgencias por dolor abdominal en FID de un día de evolución, aunque refería molestias abdominales difusas en los últimos cuatro meses. Asociaba ingesta escasa y pérdida de peso. No presentaba náuseas ni vómitos, aunque si ausencia del tránsito intestinal en los últimos días. Se le realiza un TC con hallazgos de invaginación ileocecólica de un segmento largo de íleon terminal secundaria a lipoma ileal de unos 23 mm asociando suboclusión intestinal secundaria. Se decide realizar laparotomía exploradora observándose íleon distal invaginado en ciego, presentando signos de sufrimiento en las asas. Ante los hallazgos se decide realizar ileocequectomía con confección de anastomosis latero-lateral manual isoperistáltica. La anatomía patológica confirma el lipoma como causa de la invaginación sin observarse otras alteraciones en la pieza.

Discusión: La intususcepción o invaginación intestinal hace referencia a la penetración de un segmento del tubo digestivo en otro situado distalmente, pudiendo ocasionar cuadros de obstrucción o estrangulación intestinal. En el 70-90% de los casos de invaginaciones en adultos se encuentra una lesión orgánica subyacente, frecuentemente un tumor maligno. A pesar de que el lipoma es el tercer tumor benigno más frecuente en colon, no deja de ser infrecuente, con una incidencia entre el 0.2-4%. Los lipomas cuando son grandes pueden ocasionar síntomas como la obstrucción

o el sangrado o bien hacer de punto guía de una intususcepción, como en nuestro caso. La presentación clínica en adultos es inespecífica y a menudo sugiere un cuadro de obstrucción intestinal, aunque es habitual también la presencia de crisis recurrentes de dolor abdominal. La prueba diagnóstica de elección es la ecografía, visualizándose la imagen característica en “donut” aunque muchas veces es necesario realizar un TC si se sospecha sufrimiento de asas, isquemia o malignidad. La intervención quirúrgica con resección intestinal es la norma de tratamiento dada la probabilidad de lesión maligna subyacente o de necrosis y perforación del asa invaginada. No existe evidencia actual para contraindicar la desinvaginación, ya que además puede facilitar la exposición para la resección, aunque no siempre es posible, como en nuestro caso.

220168. INDICACIÓN EXCEPCIONAL DE TRASPLANTE HEPÁTICO: SÍNDROME CHANARIN-DORFMAN.

B Sánchez Pérez¹, C Sanchez Gonzalez¹, M Perez Reyez¹, MA Suarez Muñoz², JA Perez Daga¹, J Santoyo Santoyo¹

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

El Sd Chanarin Dorfman (SchD) es un trastorno metabólico autosómico recesivo, por la mutación del gen ABHD5 del cromosoma 3, caracterizado por la acumulación de lípidos neutros en los granulocitos de varios órganos como: músculos, hígado, ojos, oídos, sistema nervioso central y médula ósea. Los hallazgos clínicos son ictiosis (100%) y hepatomegalia(60%) seguidos de ectropión bilateral, catarata, sordera neurosensorial y esplenomegalia. Aproximadamente el 10% de los pacientes llegan a presentar cirrosis, pero la necesidad de trasplante es un hecho excepcional.

Paciente 45 años, diagnosticada de SchD en la infancia y en seguimiento por cirrosis hepática. Exploración física: ictiocitosis laminar, ectropión e hipoacusia mixta bilateral. Analíticamente leve elevación de las enzimas de citolisis y colestasis, TP66%, plaquetopenia. TAC ABD: cirrosis hepática con signos de HTP y ascitis moderada. En el último año presentó descompensación edematoascítica y tres episodios de hematemesis por rotura de varices. MELD/MELD_{NA}12/16. Fue incluida en lista de espera por indicación especial:HDA recidivante. Se realizó trasplante hepático sin incidencias, siendo alta el 14 díaPO. La anatomía patológica mostró cirrosis macronodular y micronodular con esteatosis (20%). Actualmente la paciente ha normalizado los parámetros analíticos, ausencia de ascitis y no ha presentado recidiva de su enfermedad metabólica en el injerto.

Discusión: El diagnóstico de SchD se basa en ictiosis y gotas lipídicas intracitoplasmáticas (anomalía de Jordan). En los 147 casos publicados, el 100% presentaban ictiocitosis y el 86% lesión hepática. La esteatohepatitis, es la afectación más frecuente, pero un 10% de los pacientes acaban desarrollando cirrosis. La dieta baja en grasas con triglicéridos de cadena media en combinación con ácido ursodesoxicólico y vitamina E de forma mantenida puede normalizar las enzimas hepáticas, reducir el tamaño y la fibrosis hepática. El trasplante puede ser el tratamiento adecuado para una cirrosis descompensada, además no existen datos de recidiva metabólica en el injerto.

220172. CIRUGÍA PREFERENTE Y DIFERIDA, LOS GRANDES DAMNIFICADOS DE LA PANDEMIA COVID-19. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Q Arroyo Martinez, C Domínguez Sánchez, L Gil Alonso, V Sojo Rodríguez, B de Soto Cardenal, JA Guerra Bautista, JL Muñoz Boo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Merced, Osuna.

Introducción: Valorar el impacto que tuvo la pandemia SARS CoV-2 (COVID-19) sobre la cirugía catalogada como "Preferente" y "Diferida" en un Hospital Comarcal.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de CA y a los que se les realizó una ostomía urgente entre los años 2018-2021. 3 Grupos: 1) Prepandemia, 2) EA COVID y 3) Post-EA COVID-19. En el grupo “Colecistitis” se analizaron el número de pacientes a los que se les realizó una colecistectomía diferida. En el Grupo “Reconstrucción del Tránsito Intestinal”, se analizó el número de pacientes a los que, e les reconstruyó el T.I. de forma programada.

Resultados: Se estudiaron 1791 pacientes. 309 CA y 114 con ostomía intestinal urgente. Las causas más frecuentes de ostomía intestinal fueron el CCR (44,7%), la diverticulitis aguda (17,5%) y la isquemia intestinal segmentaria (10,5%). Hubo 154 (49,8%) pacientes con CA en los que se decidió tto conservador inicial. En el Grupo 1 hubo 87, a 32 (32%) se les realizó una colecistectomía diferida, en una media de 118 días; en el Grupo 2, 40 pacientes, 8 (20%) operados de forma diferida a los 172 días; en el Grupo, 27 pacientes, 8 (29%) fueron operados en una media de 67 días. Respecto a la RTI, en el Grupo 1 se reconstruyeron 42 (68.58%), en una media de 361 días; en el Grupo 2 se reconstruyeron 10 (27%) en una media de 373 días, en el Grupo 3 se reconstruyó 1 paciente, a los 60 días.

Tras el Estado de Alarma COVID-19, los ingresos quirúrgicos urgentes han aumentado aproximadamente un 30%.

Conclusiones: La pandemia COVID-19 tuvo -y sigue teniendo- un impacto muy negativo en lo que al abordaje de la patología preferente diferida se refiere. En lo relativo a la colecistitis aguda, a día de hoy solo un 20% de los pacientes tratados de forma conservadora han sido intervenidos de forma diferida. Respecto a las ostomías intestinales urgentes, en el estado de alarma creció de forma muy importante el número de CCR obstructivo que requirió ostomía derivativa, de estos, sólo el 27% se ha reconstruido. La situación empeora en el post-EA, con solo el 6,2% de los pacientes reconstruidos. El que este bajo porcentaje de pacientes intervenidos de forma diferida se haya mantenido en el estado post-EA, puede ser reflejo de cómo las subsecuentes olas de contagios por COVID-19 han afectado de forma muy importante la logística y la dinámica hospitalaria normal.

220175. COLGAJO EPIGÁSTRICO LATERAL PARA COBERTURA EN PACIENTE CON DESHISCENCIA DE HERIDA CUTÁTEA TRAS MASTECTOMIA POR RECIVIDA DE CÁNCER DE MAMA

R Gómez Pérez, E Corrales Valero, P González Rojo, N Tapia Durán, FJ Fernández García, R De Luna Díaz

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

Introducción: Según el Sistema Europeo de Información del Cáncer en 2020 se diagnosticaron un total de 34.088 nuevos casos de cáncer de mama en España, siendo éste el más frecuente entre las mujeres en nuestro país por delante del cáncer colorrectal, útero, pulmón y ovario. Se estima una incidencia de 132 casos/100.000 habitantes. 1 de cada 8 mujeres desarrollará uno a lo largo de su vida. Aproximadamente el 30% de los cánceres diagnosticados en mujeres se originan en la mama. La franja de edad de mayor afectación es entre los 45 y 65 años. La supervivencia dependerá del tipo histológico y del estadio al diagnóstico. Entre el 4-26% de las pacientes tendrán una recidiva locorregional, hasta un 30% diagnosticadas en un estadio precoz tendrán una recaída a distancia. Gran parte de esas pacientes habrán sido tratadas localmente con cirugía conservadora de la mama y posterior Radioterapia. Se plantea el problema de como volver a tratar la recidiva local con esa piel radiada.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 62 años con antecedentes de cáncer de mama derecha (2 focos CDI Luminal A T1N0M0) tratada con cirugía conservadora y RDT intraoperatoria en EEUU en 2006. Posterior mastectomía bilateral con expansor en MD y recambio por prótesis en 2011 en otro centro. Acudió por nódulo de 1.8cm en mama derecha CDI + DCIS GII Luminal A. Se decidió mastectomía simple y retirada de prótesis a petición de la paciente. Se produce necrosis de piel y dehiscencia. Se realizó Friedrich y nuevo cierre que fracasó produciéndose infección y un gran defecto de piel, con pectoral mayor completamente expuesto. En nuestro centro no se realiza cirugía oncoplástica por el momento y la paciente no deseaba un colgajo de dorsal ancho en un centro con Cirugía Plástica. Se realizó un colgajo de rotación epigástrico lateral (Figuras 1 y 2) para cubrir dicho defecto tras ingreso para realizar curas adecuadas y tratamiento antibiótico intravenoso. La evolución de la herida fue exitosa, con piel bien perfundida (Figuras 3). Siendo dada de alta el tercer día. Desarrolló seroma al mes de la retirada del drenaje, en curso de quimioterapia, que se ha tratado con punción aspiración del mismo (Figuras 4 y 5).

Discusión: Creemos que la formación y el desarrollo de la cirugía oncoplástica de la mama es ya fundamental en todos los centros en los que se trate el cáncer de mama; pero debemos tener otros recursos que cualquier cirujano general puede llevar a cabo teniendo las nociones básicas sobre colgajos de rotación para cobertura.



Figura 1

Diseño del colgajo de rotación epigástrico lateral.



Figura 2

Colgajo suturado: Subcutaneo con polisorb 3/0 para quitar tensión. Piel con 2 suturas (superior e inferior) con V-loc 4/0 reforzada con puntos sueltos de seda. Drenaje aspirativo tipo exudrain.



Figura 3

Primer día P.O.



Figura 4

7º día P.O.



Figura 5

Herida al mes de la intervención.

220176. URGENCIA SEMIDIFERIDA EN DEBUT DE GRAVES BASEDOW

F Ramos Muñoz, C Rodríguez Silva, JM Carolina, PR Isabel, SS Julio

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

Introducción: La tormenta tiroidea se define como un estado agudo y descompensado de hipermetabolismo grave inducido por hormonas tiroideas que involucra a múltiples sistemas constituyendo el estado más extremo de tirotoxicosis.

Caso clínico: Varón de 40 años que ingresa en UCI por crisis de tirotoxicosis severa con fallo multiorgánico asociado. Refiere aumento del perímetro cervical de un mes de evolución y disnea de rápida evolución. Durante la exploración física se objetiva importante exoftalmos y bocio de gran tamaño con incremento de la trama vascular cervical superficial. Se realiza ecografía/TAC cervical con hallazgos sugestivos de tiroiditis. Debido a que precisa traqueostomía se contacta con nuestro Servicio para valorar tiroidectomía asociada. Tras optimización preoperatoria con Lugol, se realiza tiroidectomía total reglada, con un sangrado intraoperatorio de aproximadamente 500 cc y neuromonitorización nerviosa conservada. La anatomía patológica informó de hiperplasia difusa. La evolución postoperatoria fue tórpida, condicionada por un lento avance en el destete del respirador, tetraparesia del paciente crítico y neumonía por BLEE, precisando ingreso en UCI durante 2 meses. Posteriormente presentó buena evolución, motivo por el cual se traslada a centro periférico para continuar rehabilitación.

Discusión: Conclusión

La tormenta tiroidea puede tener una presentación clínica variada, pudiendo conducir a un shock hiperdinámico. El abordaje quirúrgico de la tormenta tiroidea es similar al de la enfermedad de Graves e implica una tiroidectomía total. Los pacientes que requieren una intervención quirúrgica urgente se dividen esencialmente en 3 categorías: pacientes que se deterioran clínicamente o no mejoran dentro de 24 a 48 horas a pesar del tratamiento médico intensivo, desarrollan efectos secundarios al tratamiento o necesitan una resolución rápida de su hipertiroidismo debido a una lesión subyacente grave, comorbilidades cardíacas o pulmonares.

220177. POLIEMBOLOCOILOMANIA Y NEUMOPERITONEO. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Al Fernández Sánchez, R Pérez Rodriguez, C Rodriguez Silva, R García Martín, AN Jose Manuel, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: El cuerpo extraño rectal es un problema clínico que determina un desafío importante para los cirujanos que trabajan en los servicios de urgencia. La poliembolocoilomanía representa un amplio grupo de trastornos caracterizados por la autoinserción de objetos en los orificios del cuerpo causados por una serie de condiciones psicosociales y psicológicas, siendo frecuente

en personas con antecedentes de autolesiones, trastornos de personalidad, esquizofrenia o alcoholismo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 70 años sin antecedentes previos de interés que acude a urgencias por dolor abdominal de 2 semanas de evolución asociado a hipotensión arterial, evidenciando en Rx simple de abdomen un cuerpo extraño endoanal, que el paciente reconoce haberse introducido como práctica sexual, confirmándose mediante TC abdominal, en el que se asocia neumoperitoneo y líquido libre, así como el hallazgo incidental de un cuerpo extraño en uretra prostática.

Analíticamente destaca PCR 55 y leucocitosis de 350.000 junto con alteración del resto de la serie blanca.

Dada la inestabilidad hemodinámica del paciente, así como los hallazgos mencionados se decide laparotomía exploradora, objetivando moderada cantidad de líquido ascítico no maloliente y gran dilatación de todo el marco cólico hasta sigma, donde se evidencia cuerpo extraño con integridad y viabilidad de la pared cólica. Se toman muestras para cultivo y se realiza extracción manual por vía anal. Dada la imposibilidad para la extracción transuretral del cuerpo extraño uretral se decide realización de talla suprapúbica y posterior cirugía urológica.

Buena evolución postoperatoria pasando a cargo de Servicio de Hematología para diagnóstico y tratamiento durante ingreso de Leucemia linfática crónica.

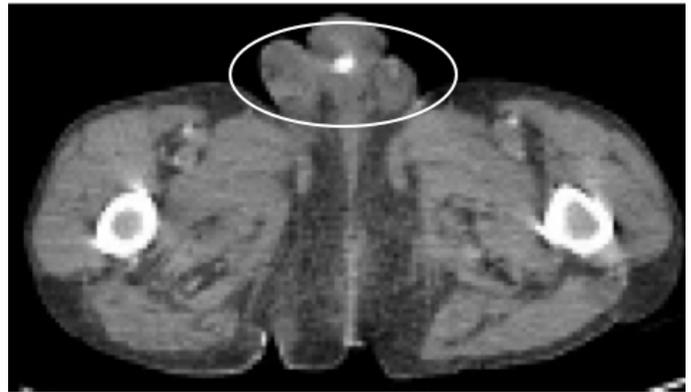


Figura 2

Cuerpo extraño uretral.

Discusión: En pacientes que presentan dolor abdominal agudo con o sin antecedentes psiquiátricos, los cuerpos extraños siempre deben formar parte del diagnóstico diferencial. En casos de sospecha de perforación y/o peritonitis se recomienda realizar TC abdomen. Cuando la revisión del paquete intestinal sea necesaria por los hallazgos en las pruebas de imagen o la clínica del paciente, es preferible el abordaje laparoscópico llevado a cabo por cirujanos expertos debido a las ventajas que aporta. Ante un paciente inestable o una peritonitis establecida, la laparotomía media es el abordaje de elección vía endoanal. Una anestesia raquídea o general consigue la relajación de aparato esfinteriano, facilitando la extracción del objeto, dejando la colotomía como última opción en caso de fracaso.

220180. EVISCERACIÓN TRAUMÁTICA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO

NM Rodríguez Loring, A Ortega Martínez, R Toscano Méndez, JL Fernández Serrano

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

Introducción: El traumatismo abdominal cerrado representa el 80% de las lesiones abdominales observadas en los servicios de urgencias. Presenta tasas de morbilidad y mortalidad elevadas, siendo los accidentes de tráfico la causa más frecuente.

La evisceración del contenido intrabdominal tras un traumatismo cerrado es una entidad muy poco frecuente. El principal mecanismo de lesión es un traumatismo de alta energía que produce una solución de continuidad en la pared abdominal, dando lugar a la evisceración. El tiempo transcurrido, desde el traumatismo hasta su intervención, es un factor muy importante relacionado la mortalidad del paciente.

Caso clínico: Mujer de 76 años que acude a urgencias tras sufrir accidente de tráfico. Presenta traumatismo abdominal cerrado secundario a cinturón de seguridad.

A la exploración física se aprecia tumoración de partes blandas infraumbilical de 4x5cm, no reductible y muy dolorosa a la palpación, sin apreciarse solución de continuidad de la piel. La paciente no presentaba hernias de la pared abdominal.

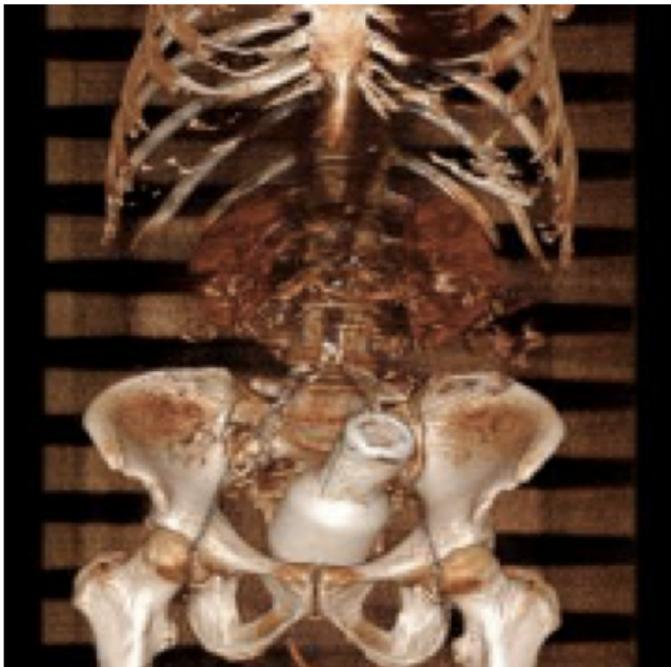


Figura 1

Tc abdominal reconstrucción 3D cuerpo extraño rectal.

220181. TUMOR PHYLLODES AGRESIVO DE MAMA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

NM Rodríguez Loring, E Corrales Valero, R Gómez Pérez, FJ Fernández García

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

Introducción: El tumor phyllodes de mama es un tumor fibroepitelial raro que ocupa un 0.9% de los tumores de mama, siendo la estirpe maligna alrededor del 10-30%. Suele aparecer en mujeres jóvenes con una evolución muy agresiva hacia la recidiva local y la metástasis. El rápido diagnóstico y tratamiento efectivo es crucial para controlar dicha evolución siendo la mastectomía radical con o sin vaciamiento axilar ipsilateral en función de afectación o no de la misma y quimioterapia y radioterapia adyuvante.

Caso clínico: Mujer de 46 años diagnosticada de nódulo en mama izquierda que se toma muestra de biopsia para valorar inicio de quimioterapia previa, pero presenta una evolución tórpida con aparición de masa ulcerada y sangrante de gran tamaño acudiendo a urgencias por sangrado y anemia de casi 3 puntos de Hb precisando trasfusión de hemoderivados.

Ante dicha situación se decide intervención quirúrgica urgente mediante mastectomía simple con cierre primario siendo dada de alta al día siguiente sin incidencias.

En el estudio se observa tumor phyllodes maligno con componente de sarcoma de alto grado, presentándose en comité y decidiéndose quimioterapia y radioterapia adyuvante con buena respuesta sin recidiva actual y sin progresión de la enfermedad.

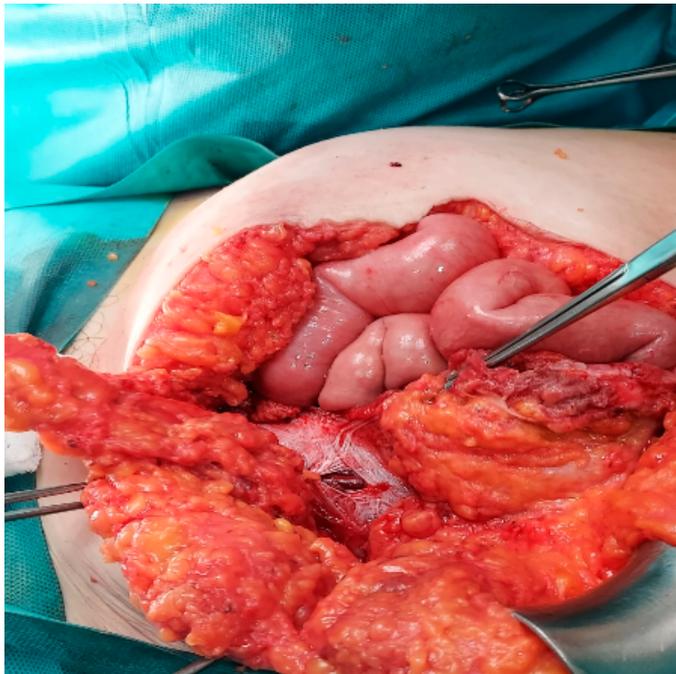


Figura 1
Pared abdominal desestructurada.

Se realiza Tomografía computarizada (TC) de abdomen con contraste intravenoso observando evisceración aguda contenida postraumática a nivel centroabdominal que compromete asas de intestino delgado con cambio de calibre a dicho nivel.

Ante hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente, apreciándose evisceración de asas de intestino delgado sin lesiones asociadas, por lo que se reducen a cavidad abdominal. Se revisa todo el contenido abdominal sin encontrar más hallazgos patológicos. La pared abdominal se encuentra desestructurada debido a la sección de todos los planos aponeuróticos y musculares.

La reparación de la pared se llevó a cabo mediante la técnica de Chrevrel, siendo necesaria, la colocación de una malla supraaponeurótica de polipropileno.

La paciente precisó de estancia en cuidados intensivos, con necesidad de drogas vasoactivas y ventilación mecánica durante 6 días. Posteriormente fue dada de alta a planta, con buena evolución, siendo dada de alta a domicilio tras 19 días de ingreso.

Discusión: La evisceración traumática es un evento infrecuente, que requiere intervención quirúrgica rápida para su reparación. Se debe considerar la laparotomía exploradora para valorar lesiones asociadas que no hayan sido detectadas previamente.

El cierre primario de la pared abdominal no siempre es posible pues, en muchas ocasiones, existe una pérdida de los componentes de la pared, por lo que la reparación del defecto de la pared abdominal se debe completar en la mayoría de los casos, con el uso de mallas.

La evisceración debe ser considerada como una enfermedad grave, ya que se asocia con una alta morbimortalidad.



Figura 1
Caso 1.



Figura 2

Caso 1.

Mujer de 34 años que acude a urgencias por aumento de tamaño y alteraciones cutáneas (ulceración, sangrado...) de la mama izquierda a raíz de tumoración conocida de larga data, siendo valorada por Cirugía que realiza biopsia.

El resultado es proliferación mesenquimal fusocelular maligna, tipo sarcoma por lo que se presenta en comité y se decide intervención quirúrgica.

Al realizar la mastectomía se aprecia un defecto cutáneo tan grande que se decide colocación de sistema VAC para cierre por segunda intención.



Figura 3

Caso 2.



Figura 4

Caso 2.

En la consulta de revisión a los 10 días se aprecia progresión local por lo que se decide tratamiento con QMT y RT

Tras 5 meses de seguimiento, la paciente fallece presentada progresión local y a distancia de la enfermedad.

Discusión: El tumor phyllodes maligno mamario es una entidad con una evolución muy agresiva y rápida en la que el diagnóstico y tratamiento precoz es muy importante. Aunque aún no existe un esquema terapéutico establecido, la realización de mastectomía radical con o sin vaciamiento axilar es necesario.

La pandemia debida al Covid19 ha supuesto el retraso en el diagnóstico de diferentes entidades como consecuencia se han observado casos de pacientes como los expuestos anteriormente, por lo que recuperar los circuitos de diagnóstico de enfermedades prevalente es de vital importancia.

220182. INVAGINACION SIGMA: CAUSA INFRECUENTE DE NEOPLASIA DE COLON

NM Rodríguez Loring, A Ortega Martínez, M Ramos Fernández, B Florenciano Lajusticia

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

Introducción: La invaginación intestinal es una patología infrecuente en el adulto, siendo la mayoría de casos en edades pediátricas. Dentro del abanico de invaginación, aquella que ocurre a nivel del sigma es aún más infrecuente, siendo las neoplasias la causa más frecuente.

La forma de presentarse habitualmente es como una obstrucción intestinal con alternancia del tránsito intestinal y múltiples visitas en el servicio de Urgencias.

El tratamiento de elección en estos casos sería la resección y anastomosis primaria en la medida de lo posible de forma urgente.

Caso clínico: Mujer de 51 años que acude a urgencias por cuadro de disminución del tránsito intestinal, rectorragia franca y dolor abdominal. A la exploración presenta buen estado general con dolor a la palpación en hipogastrio. En la analítica de sangre realizada no se encuentran hallazgos de interés mientras que en la radiografía de abdomen se aprecia gran dilatación de todo el marco cólico con ciego de hasta 8cm de diámetro.

Se realiza Tc de abdomen con contraste objetivándose dicha dilatación del marco cólico e invaginación sigma-colónica de unos 120mm de longitud.

Se decidió intervención quirúrgica urgente con hallazgo intraoperatorio de invaginación a nivel de sigma secundario a tumoración umbilicada transmural. Resto de cavidad sin hallazgos a destacar.

Se realizó sigmoidectomía con anastomosis primaria.

La paciente fue dada de alta a los 4 días con muy buena evolución presentado tránsito intestinal y tolerando dieta sin alteración.

En el resultado de Anatomía Patológica se diagnostica de adenocarcinoma moderadamente diferenciado sin afectación de márgenes quirúrgicos.

En el estudio de extensión no se vio enfermedad a distancia por lo que en comité se decidió seguimiento en consultas externas de Cirugía sin necesidad de tratamiento adyuvante.



Figura 1

Imagen radiológica.



Figura 2

Pieza quirúrgica.

Discusión: La invaginación de sigma es una entidad muy poco frecuente que se manifiesta como obstrucción intestinal y generalmente en el servicio de urgencia. La laparotomía exploratoria debe ser considerada debido a que las causas del cuadro la mayoría de ocasiones es tumoral y así se pueden evitar complicaciones que nos lleven a situaciones de difícil manejo.

La resección y anastomosis primaria debe valorarse como primera opción terapéutica y valorar en comité oncológico la necesidad de tratamiento adyuvante.

220183. INVAGINACIÓN DEL APÉNDICE CECAL COMO DEBUT DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M Barrionuevo Gálvez, J Álvarez Medialdea, DA Bernal Moreno, A Hendelmeier, JL Arroyo Vélez, C Mestre Ponce, C Murube Algarra, MC de la Vega Olias, V Vega Ruíz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: El diagnóstico diferencial del dolor en fosa ilíaca derecha (FID) abarca multitud de patologías. Cuando además se asocia a un plastrón en pruebas de imagen este suele reducirse a un proceso apendicular avanzado o a un origen neoplásico. No hay que olvidar que pueden existir otras causas menos frecuentes como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de predominio ileocecal, los implantes de endometriosis o los tumores apendiculares cuyo diagnóstico suele ser post-quirúrgico.

Caso clínico: Mujer de 43 años, sin antecedentes de interés o cirugía previa. Niega antecedentes familiares de EII. Acude a urgencias por dolor en FID de una semana de evolución que en las últimas 48 horas

asocia además sensación distérmica y náuseas. Sin alteraciones del tránsito o productos patológicos en heces. En estudio de urgencias destacan leve leucocitosis y elevación de reactivantes de fase aguda. En TC abdominal con contraste describen apéndice cecal engrosado con su tercio proximal invaginado dentro de ciego y marcados cambios inflamatorios pericecales, líquido libre, adenopatías reactivas y engrosamiento e hipercaptación de la mucosa de ciego e íleon terminal.



Figura 1

TAC abdominal con contraste, corte axial. Flecha: Plastrón ileocecal con apéndice invaginado.

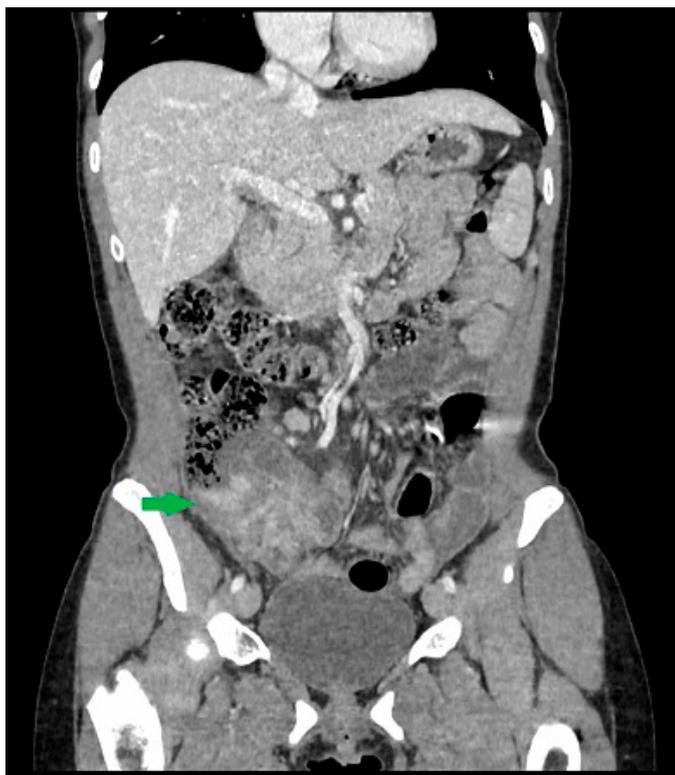


Figura 2

TAC abdominal con contraste, corte coronal. Flecha: Plastrón ileocecal con apéndice invaginado y cambios inflamatorios circundantes.

Ante los hallazgos se decide laparotomía exploradora en la que se objetiva una tumoración dependiente de la luz del ciego de unos 7x5x4 cm, que involucra al apéndice el cual no puede identificarse en

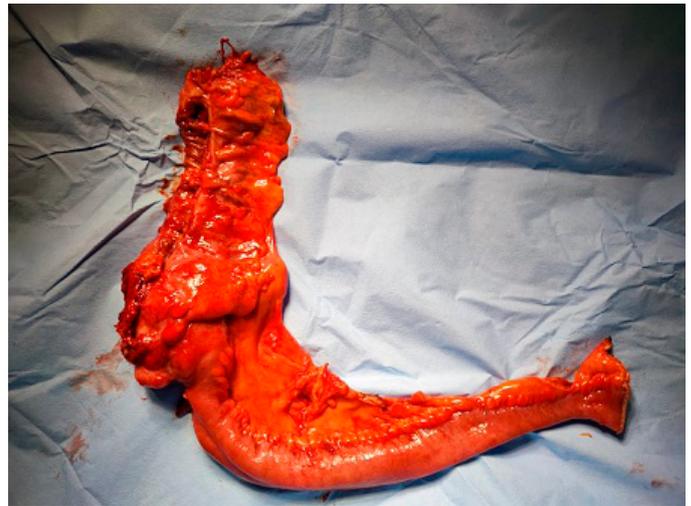


Figura 3

Pieza quirúrgica. Visión general, tumoración cecal.

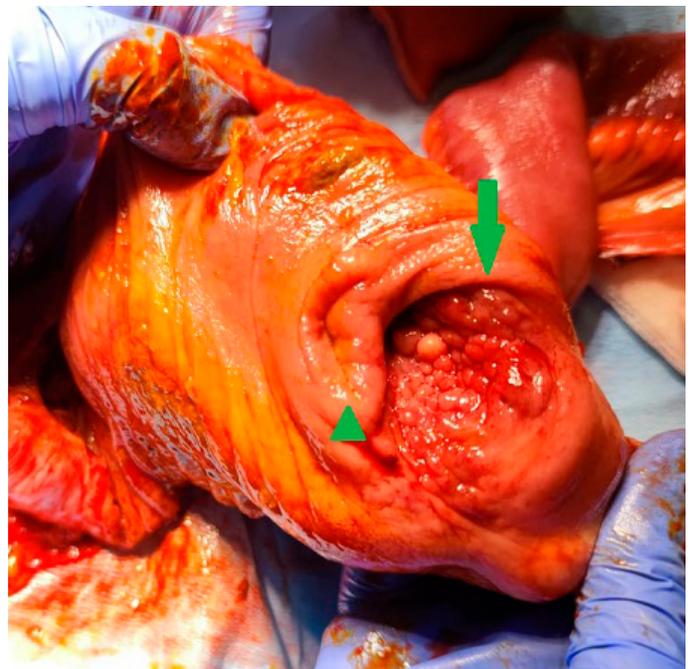


Figura 4

Pieza quirúrgica. Detalle, Cabeza de flecha: válvula ileocecal. Flecha: Lesión empedrada protruyendo a través de la fosa apendicular.

su totalidad, epiplón mayor e íleon terminal los cuales retrae. Además de numerosas adenopatías centimétricas. Ante el aspecto sospechoso de malignidad se decide realizar una hemicolectomía derecha.

Discusión: El análisis histológico de la pieza reveló mucosa indurada con aspecto en empedrado con cambios inflamatorios hasta la serosa del apéndice. Microscópicamente de aspecto crónico y transmural con fístulas y abscesos en submucosa y ocasionales granulomas compatibles con actividad inflamatoria severa tipo enfermedad de Crohn. Se descartó la presencia de parásitos o displasia epitelial en la mucosa íleo-colo-cecal.

Tanto la enfermedad de Crohn primaria del apéndice como la apendicitis granulomatosa son entidades raras. Sin embargo, es necesario tenerlas en cuenta para el manejo del síndrome de FID y sobre todo en su seguimiento posterior. Ya que en el caso de la granulomatosis se debe descartar la infección por Yersinia o parasitosis y en la EEII la búsqueda de otras lesiones en el resto del tubo digestivo, así como la aparición de otros síntomas a largo plazo.

Otros diagnósticos diferenciales posibles son la endometriosis, cuyos implantes pueden causar invaginación o plastrón de la región ileocecal con sintomatología cíclica coincidiendo con la menstruación sobre todo en mujeres jóvenes.

220184. GANGRENA DE FOURNIER COMO DÉBUT DE CÁNCER DE RECTO

FM Carbajo Barbosa, C Acosta Gallardo, I Segura Jiménez, M Ibáñez Rubio, JL Díez Vigil, JT Torres Alcalá

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

Introducción: La gangrena de Fournier (GF) es una patología infecciosa grave. Descrita como una infección de partes blandas de la región perineal y perianal que afecta a los tejidos en profundidad, con una rápida progresión hacia la necrosis, asociando microtrombosis de los vasos sanguíneos. El diagnóstico es complicado dado que inicialmente se presenta como una zona edematosa y dolorosa, pero que sin tratamiento avanza hacia una situación crítica de necrosis tisular, provocando un shock séptico y en ocasiones hasta la muerte del paciente.

La GF en múltiples ocasiones es el debut clínico de otra enfermedad subyacente, como la diabetes mellitus o patología colorrectal.

La sospecha diagnóstica es esencial en esta patología, y con ello su tratamiento: desbridamiento quirúrgico agresivo, antibioterapia de amplio espectro y soporte nutricional e hídrico del paciente.

Caso clínico: Varón de 70 años, diabético tipo 2, que acude a servicio de urgencias por proctalgiya de una semana de evolución que se ha ido incrementando en intensidad y localización hasta afectar a toda la zona perineal. Tratado inicialmente en domicilio con cremas antihemorroidales. En el momento de su recepción en urgencias presenta estabilidad hemodinámica, febril e hiperglucemia. A la exploración, presenta edematización de zona testicular y perianal con placas de necrosis en escroto. En el tacto rectal se palpa tumoración dura en margen anal.

Se decide intervención quirúrgica urgente en colaboración con el servicio de urología, realizándose desbridamiento de toda la zona necrótica con salida de abundante material purulento. Además, en la anuscopia se visualiza tumoración en margen anal sugerente de neoplasia de la que se toma biopsia.

El paciente requirió de múltiples curas en quirófano para el control de la infección, así como de realización de colostomía terminal. Posteriormente con los resultados histológicos de la masa, adenocarcinoma de recto, se realizó amputación abdominoperineal.



Figura 1

Necrosis Gangrena de Fournier.



Figura 2

Desbridamiento quirúrgico.

El postoperatorio cursó sin incidencias, además se realizó injertos de piel en las zonas con pérdida de sustancia.

Discusión: La GF es una infección grave cuyo pronóstico depende de su diagnóstico y tratamiento a tiempo. La asociación de GF y cáncer colorrectal es infrecuente, aunque su incidencia en los últimos años está aumentando, por lo que ante un paciente con GF se debe descartar patología subyacente.



Figura 3

Postoperatorio Gangrena de Fournier.

220185. INTRODUCCIÓN DEL CEDAR COMO HERRAMIENTA PREDICTORA DEL RIESGO DE INFECCIÓN DE HERIDAS Y MEDIDAS A TOMAR EN CUENTA PREVIO A LA CIRUGÍA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA HERNIARIA.

FM Carbajo Barbosa, P Díaz Ríos, M Domínguez Bastante, R Rejón López, AM Sánchez Arco, A Mansilla Rosello

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

Introducción: Las reparaciones de pared abdominal se encuentran entre las operaciones más comunes realizadas en el mundo. La cirugía compleja de la pared abdominal supone a veces una intervención difícil y la tasa de éxito depende en gran medida del estado general de salud del paciente. Una de las principales preocupaciones del cirujano de pared abdominal son los problemas relacionados con la herida quirúrgica y, sobre todo, la infección del sitio quirúrgico. Nuestro objetivo es utilizar escalas o variables que nos ayuden a prevenir las complicaciones de la herida estableciendo cambios preoperatorios.

Material y métodos: Hemos aplicado a nuestros pacientes intervenidos de eventroplastia de 2018 a 2021 la escala CeDAR, o Ecuación de Carolinas para Determinar Riesgos Asociados, contenida en una aplicación gratuita creada para predecir los riesgos y costos financieros de los problemas asociados a la herida.

Consiste en responder ocho preguntas sobre el paciente caso: ¿tiene diabetes no controlada?, ¿usa productos de tabaco?, ¿ha tenido una reparación previa de hernia?, ¿algún otro procedimiento causará entrada en tracto gastrointestinal o porta estoma?, ¿padece infección abdominal activa?, ¿debe tener colgajos concomitantes de piel y avance subcutáneo?, ¿debe tener separación concomitante de componentes?, ¿cuál es la altura y peso (IMC)? Tras ello, se calcula

el porcentaje de probabilidad que tiene el caso en cuestión de desarrollar complicaciones postquirúrgicas específicas que requieran tratamiento, junto con el costo correspondiente de este último.

Resultados: Se aplicó CeDAR a 292 pacientes que se someterían a reparación de pared abdominal. El valor medio fue del 20,8% DS±14,777 (rango entre 0 y 92), mediana 16%.

La aplicación del CEDAR evidenció que en el total de las eventraciones los pacientes sin complicaciones de la herida (n=229) presentaron un valor CEDAR medio del 19,67% DS±13,718 con respecto al 24,94% DS±17,63 de los pacientes con complicaciones de la herida (n=63), presentando dicha comparación significación estadística (p=0,031).

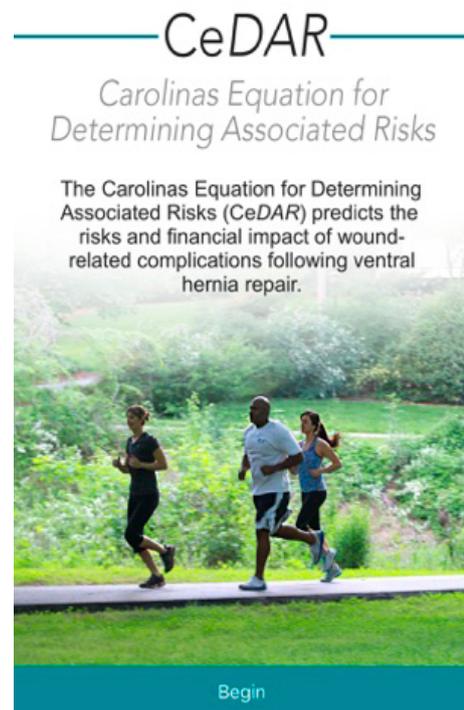


Figura 1

Aplicación CeDAR.

Conclusiones: Los resultados obtenidos de CeDAR permiten discutir el riesgo de un paciente concreto para presentar complicaciones tras la intervención quirúrgica. De esta manera médico y paciente pueden debatir cambios en el estilo de vida antes de la cirugía, como la obesidad, la diabetes no controlada, el hábito tabáquico y las infecciones previas de heridas, de manera que se optimizaría la salud general del paciente con el objetivo de aumentar las posibilidades de reparación exitosa y duradera de la hernia.

220186. DRENAJE AXILAR CONTRALATERAL EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE CIRUGÍA MAMARIA

FJ Almoguera González, MF Hinojosa Ramirez, JM Sousa, JM de León

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

Introducción: La BSGC es la técnica de estadificación axilar de elección en cáncer de mama cuando la axila es clínica y ecográficamente negativa. Infrecuentemente se observa drenaje linfático hacia la axila contralateral. Este hecho está relacionado con flujo retrógrado linfático por obstrucción tumoral de vasos linfáticos aferentes y con antecedentes de cirugía o radioterapia previas sobre mama o axila. El hallazgo de metástasis en ganglios de axila contralateral se considera enfermedad avanzada según las guías actuales de AJCC.

Caso clínico: Mujer de 68 años intervenida 5 años atrás de carcinoma ductal in situ (CDIS) sobre mama derecha, diagnosticado a través de Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama, tratado este último con segmentectomía, Radioterapia y BSGC. Intraoperatoriamente se escindieron dos ganglios hipercaptantes que fueron enviados a Anatomía Patológica para estudio, que informó de una micrometástasis de 400 copias de ARN de Citoqueratina 19 (CK19) según técnica One Step Nucleic Acid amplification (OSNA). Posteriormente la paciente recibió tratamiento con tamoxifeno.

La paciente acude a consulta refiriendo induración a nivel de unión de cuadrantes superiores (UCS) de mama derecha. El informe anatomopatológico fue de Carcinoma Infiltrante subtipo no especial Luminal A- like HER-2 negativo. Se decide mastectomía + BSGC. Tras la inyección intradérmica peritumoral de 3mCi de Tc-99m nanocoloide la linfogammagrafía no evidenció drenaje del trazador, por lo que se reinyectó a la paciente y se le realizó un SPECT-TC que evidenció la aparición de un ganglio centinela en región axilar izquierda.

Se realiza mastectomía y en el abordaje de la axila izquierda se identifican dos ganglios teñidos e hipercaptantes informados intraoperatoriamente se detecta una amplificación de 1.400.000 copias de ARNm de CK19 según OSNA. Se decidió no realizar linfadenectomía por considerarse metástasis por tratarse de estadio M1 según AJCC y ser tributaria de quimioterapia sistémica y RT axilar.

Discusión: En la linfogammagrafía se evidencia drenaje linfático ectópico de la mama hacia ganglios de la cadena mamaria interna o la axila contralateral. Lo más frecuente es que este hallazgo se encuentre en relación con la existencia de cirugía mamaria o radioterapia previas que hayan provocado una distorsión de las vías linfáticas fisiológicas, y existan rutas alternativas de drenaje linfático o por propia invasión tumoral.

La linfogammagrafía es la prueba capaz de evidenciar el drenaje linfático ectópico del tumor primario, ya que utilizar aisladamente el trazador azul de metileno no nos alentaría sobre drenaje linfático contralateral⁵⁻⁹. En este sentido, el SPECT-TC también podría considerarse una prueba válida

220187. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN EL SANGRADO DE UNA ANASTOMOSIS. CASO CLÍNICO

C Monje Salazar, P González Rojo, JL Cuba Castro, R Luna Díaz

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

Introducción: El sangrado digestivo bajo con origen en una anastomosis intestinal alcanza un 5.4% de los casos y suele tratarse de sangrados autolimitados que permiten un manejo conservador.

Aunque su presentación clínica es la misma que la de cualquier sangrado digestivo de otro origen, en caso de sangrado grave, su manejo es particular ante el mayor riesgo de isquemia o de dehiscencia de la anastomosis.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 84 años, hipertenso, diabético, con insuficiencia renal crónica en diálisis, que acude a urgencias por dolor abdominal intenso en flanco/fosa iliaca derecha, con defensa en hemiabdomen derecho a la exploración, y un TAC de abdomen con sospecha de proceso inflamatorio/isquémico en región ileocólica con neumatosis de la pared en íleon terminal.

Se decide intervención quirúrgica urgente, evidenciando isquemia de íleon terminal, por lo que se procede a resección ileocecal con confección de anastomosis ileocólica manual latero-lateral.

El 10º día postoperatorio el paciente comienza con melenas progresivas que llegan a causar anemia severa (Hb 5.6g/dl) y repercusión hemodinámica que se recupera tras transfusión. Se solicita angioTC urgente resultando negativo, aunque el paciente continúa con melenas, por lo que se avisa a Digestivo de guardia para intentar colonoscopia.

En la colonoscopia se evidencia úlcera fibrinada en tabique de anastomosis látero-lateral, y úlcera con coágulo adherido en fondo de saco (muñón del íleon), que se esclerosa con adrenalina, consiguiendo control del sangrado.

Discusión: El abordaje para la localización y el manejo del sangrado en las anastomosis intestinales se discute actualmente. Existen múltiples opciones terapéuticas: reintervención y reconfección de anastomosis, embolización, esclerosis, terapia endoscópica múltiple (esclerosis, clips...), sin evidencia clínica en la actualidad que apoye ninguna como la mejor opción.

Existe poca literatura que haga referencia al manejo del sangrado de la anastomosis, en especial en hemicolectomías derechas. Parece ser que la anastomosis mecánica latero-terminal asocia tasas más altas de sangrado postoperatorio, en especial en pacientes de edad avanzada.

Cualquier técnica disponible para el manejo del sangrado digestivo bajo es aplicable en los casos de sangrado de anastomosis intestinal, por lo que parece razonable tenerlas en cuenta en caso de fracaso del tratamiento conservador, y adaptarlas a las circunstancias concretas de estos pacientes.

220190. PERFORACIÓN INTESTINAL EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS Y PRUEBA DE IMAGEN SUGERENTE DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL

C Gras Gomez, J Torres Melero, MJ Rodríguez Perdomo, J Ruiz Pardo, B Estébanez Ferrero, I Teruel Lillo, A Reina Duarte

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

Introducción: La Tuberculosis Pulmonar (TBC) ha aumentado en España en los últimos años debido a múltiples factores, como la infección por VIH y terapias inmunosupresoras. La Tuberculosis

Peritoneal (TP) representa la sexta causa de tuberculosis extrapulmonar, suponiendo el 11% de los casos de tuberculosis. Puede cursar con una sintomatología silente presentándose múltiples diagnósticos diferenciales, entre ellos la carcinomatosis primaria. Esto también hace importante tenerla presente en una urgencia quirúrgica con una prueba de imagen compatible con carcinomatosis, ya que nuestra técnica quirúrgica, tratamiento y pronóstico difieren.

Caso clínico: Paciente varón de 28 años procedente de Mali, acude por cuadro de dolor abdominal y fiebre de dos días de evolución. Presenta hipotensión y taquicardia. En la exploración abdominal, abdomen distendido con irritación peritoneal generalizada y timpanismo. Se le realiza un TC abdominoperineal donde se informa de neumoperitoneo, abundante líquido libre, engrosamiento de la pared de las asas de intestino delgado y colon. Engrosamiento del peritoneo con múltiples imágenes nodulares subcentrímetras y múltiples formaciones nodulares distribuidas por todo el abdomen (**Figura 1**).

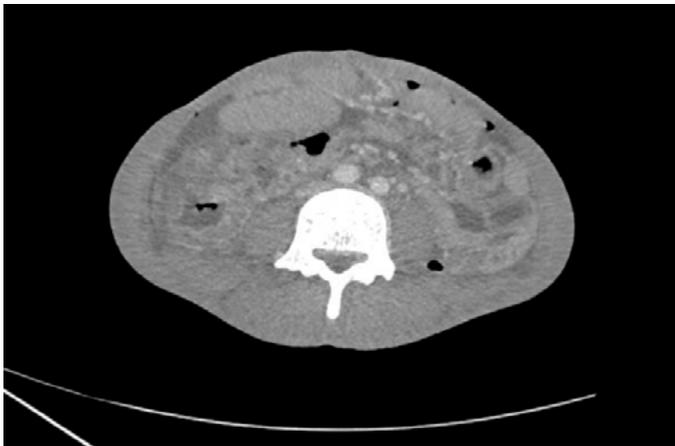


Figura 1

TC abdominal.

Se realiza una laparotomía media objetivando una peritonitis fecaloidea difusa, siembra miliar en epiplon y peritoneo tanto parietal como visceral. Gran nódulo necrosado en mesenterio adyacente a colon derecho y perforación ileal a 12 cm de la válvula ileocecal (**Figura 2**).

Se realiza hemicolectomía derecha con lavado profuso con toma de biopsias. En el postoperatorio requiere ampliación de estudio con TC de tórax objetivando en LSD consolidación

alveolar espiculada asociada a micronódulos satélites. Tras dichos hallazgos y sospechando TBC activa se inicia tratamiento con tuberculoestáticos.

El paciente progresó adecuadamente. Con técnicas histoquímicas se detectaron bacilos ácido-alcohol resistentes confirmando la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* en la pieza de resección intestinal (**Figura 3**). Tras 52 días de ingreso hospitalario fue dado de alta con seguimiento.

Discusión: Plantear un paciente con una perforación de víscera hueca con una carcinomatosis o bien con una tuberculosis peritoneal, supone una actitud quirúrgica por nuestra parte muy diferente, ya

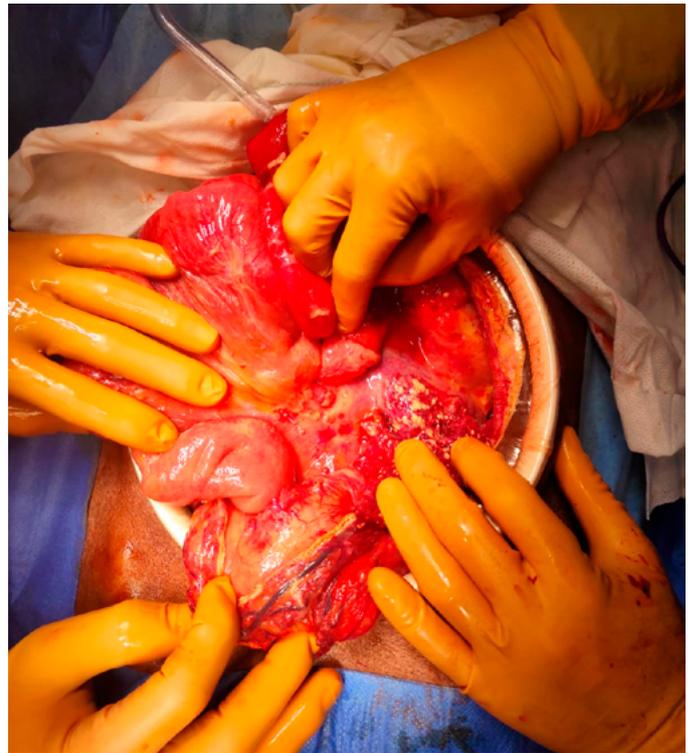


Figura 2

Nódulos peritoneales.



Figura 3

Anatomía patológica macro.

que, ante un paciente con carcinomatosis, nuestro enfoque debe ser realizar el mínimo gesto quirúrgico para evitar la diseminación tumoral y realizar un PCI intraoperatorio para poder plantear un plan terapéutico adecuado en su postoperatorio, "mirar mucho y hacer poco". En un paciente con una patología no neoplásica, podemos realizar una técnica quirúrgica amplia y compleja acompañada siempre de una valoración exhaustiva intraoperatoria, sin el temor de una diseminación neoplásica.

220191. NEUMOMEDIASTINO POR CONSUMO DE COCAÍNA ESNIFADA.

C Gras Gomez¹, E Yague Martin², MM Rico Morales², I Teruel Lillo², B Estébanes Ferrero², J Ruiz Pardo², A Reina Duarte²

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

Introducción: La cocaína es una de las sustancias tóxicas de mayor consumo tras la marihuana. Su consumo produce complicaciones como la tos, neumotórax, hemoptisis y hemotórax. Menos frecuentes el barotrauma, hemorragia pulmonar, bronquiolitis obliterativa y el neumomediastino, descritas sobre todo en la inhalación de crack.

Debido a su infrecuencia se presenta un caso de paciente que acude a urgencias con neumomediastino secundario al consumo de cocaína esnifada.

Caso clínico: Paciente de 23 años consumidor habitual de cocaína esnifada, acude con dolor cervical lateral derecho de inicio súbito que se extiende hacia pared torácica derecha. Presenta estabilidad hemodinámica. En la exploración encontramos enfisema subcutáneo a nivel cervical.

En la radiografía de tórax presenta neumomediastino (Figura 1). El TC informa de abundante presencia de gas ectópico de distribución difusa en compartimentos mediastínicos, en relación con neumomediastino, y presencia del gas en espacio visceral cervical, alrededor de la periferia anterior del tiroides y en torno al esófago cervical (Figura 2 y 3). Al paciente se le realiza un tránsito esofago-gástrico descartando perforación esofágica. Tras descartar complicaciones graves, se manejó de manera conservadora. El paciente permaneció 5 días hospitalizado y recibió el alta sin incidencias.

Discusión: El abuso de drogas se ha incrementado en los últimos años de una forma dramática siendo la cocaína la segunda más consumida tras el cannabis.

Su administración puede ser tanto esnifada, la forma más común de administración, como inhalada en forma de crack. Las causas de mortalidad más frecuentes asociadas al uso de cocaína son las El abuso de drogas se ha incrementado en los últimos años de una forma dramática siendo la cocaína la segunda más consumida tras el cannabis. Su administración puede ser tanto esnifada, la forma más común de administración, como inhalada en forma de crack. Las causas de mortalidad más frecuentes asociadas al uso de cocaína son las En nuestro caso, dada la sospecha de perforación esofágica inicial se inició tratamiento con antibioterapia empírica y una vez

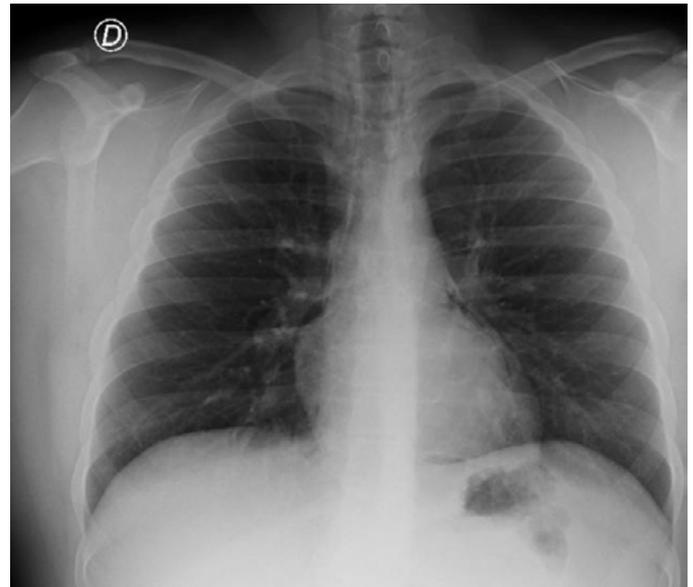


Figura 1

Rx PA.



Figura 2

TC corte transversal.

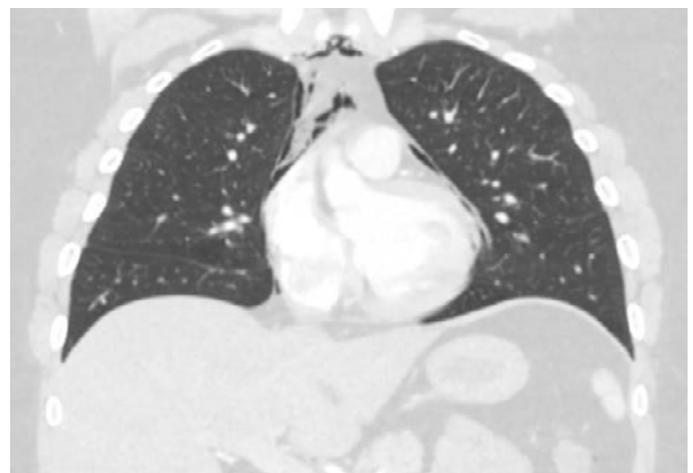


Figura 3

TC corte coronal.

descartada dicha complicación se manejó con vigilancia estrecha y tratamiento analgésico. La evolución del neumomediastino fue la reabsorción espontánea hasta desaparecer en su totalidad.

220194. EVENTRACIÓN PERINEAL: UNA RARA COMPLICACIÓN DE LAS AMPUTACIONES ABDOMINOPERINEALES

AM Sánchez Arco, M Arteaga Ledesma, P Díaz Ríos, R Conde Muiño, C Pérez Durán, JT Torres Alcalá

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

Introducción: La amputación abdominoperineal de recto (AAPR) es una cirugía que se realiza frecuentemente con intención curativa en pacientes con cáncer de recto. Esta cirugía puede presentar múltiples complicaciones a nivel perineal, algunas de ellas muy frecuentes, como la infección de herida (hasta en un 50% de los pacientes), y otras tan raras que afectan a menos del 1% de los pacientes, como las eventraciones perineales, que se definen como la protrusión de contenido intraabdominal a través de un defecto en el suelo pélvico secundario a cirugía. Con este trabajo pretendemos ilustrar un ejemplo de esta rara entidad.

Caso clínico: Varón de 86 años diagnosticado en 2018 de neoplasia de recto a 5cm del margen anal, por lo que se trató con radioterapia neoadyuvante y posteriormente amputación abdominoperineal con escisión extraelevadora sin complicaciones en el postoperatorio. En los últimos 18 meses el paciente aquejaba tumoración perineal muy dolorosa que limitaba su buena calidad de vida, siendo diagnosticado de eventración perineal con varios episodios de incarceration, por lo que se decidió cirugía. Se realizó una eventroplastia por abordaje perineal, reseccándose el saco herniario, tras lo que se colocó una malla titanizada fijada mediante sutura continua al plano de los elevadores. Tras 6 meses el paciente no presenta recidiva de la eventración y dice haber recuperado su calidad de vida.

Discusión: Las eventraciones perineales son una complicación de las AAPR que pueden verse favorecidas por múltiples factores, como son las AAPR con escisión de musculatura del suelo pélvico, la radioterapia de la zona (ambas presentes en nuestro caso), cierre de la herida perineal por segunda intención, las infecciones de la misma, pelvis anchas... Aunque antes eran una complicación extremadamente rara, cada vez es más frecuente verlas por la realización de AAPR extendidas.

El manejo de las mismas depende de su presentación clínica, ya que en pacientes asintomáticos no se recomienda la cirugía por no haber demostrado esta una disminución en el riesgo de incarceration.

Por otro lado, la cirugía está indicada en pacientes con síntomas (dolor, dificultad para la micción, obstrucción intestinal, episodios de incarceration o incluso hernias estranguladas), aunque por su escasa prevalencia no hay consenso respecto a la técnica quirúrgica de elección, pero suelen preferirse los abordajes abdominales (por permitir una mejor visualización del contenido del saco herniario, reduciendo el riesgo de lesión intestinal) así como la colocación de malla, que parece reducir el número de recidivas.



Figura 1

Eventración perineal: corte sagital de TC abdominopélvico de control.

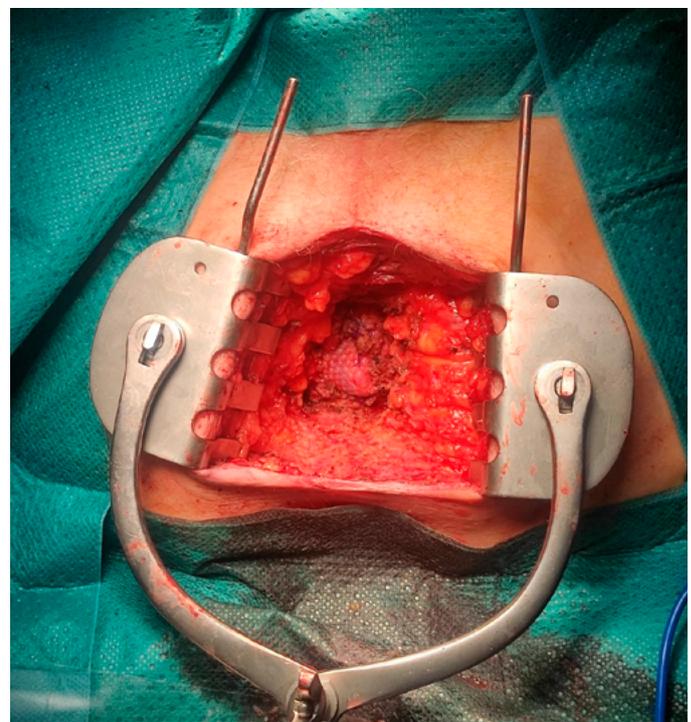


Figura 2

Exéresis del saco herniario durante la reparación de la eventración.

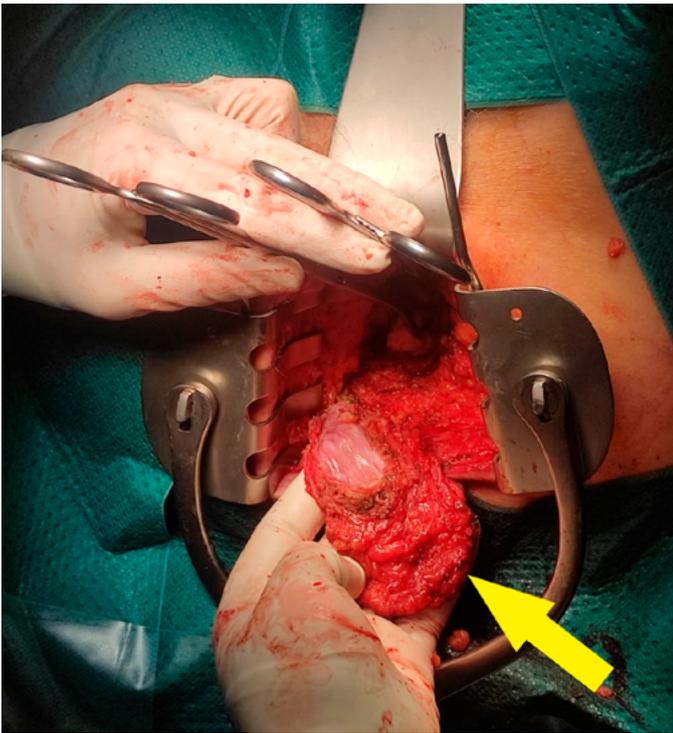


Figura 3

Eventroplastia perineal con colocación de malla titanizada intraabdominal fijada mediante sutura continua.

220195. COLOCACIÓN DE PRÓTESIS ARQUÍMEDES COMO PROFILAXIS DE LAS COMPLICACIONES DE LA ANASTOMOSIS BILIAR EN EL TRASPLANTE

M Neuhaus Nevado, E Ferre Ruiz, M Pérez Reyes, B Sánchez Pérez, JA Pérez Daga, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Las prótesis biodegradables han supuesto un avance en el tratamiento de las estenosis de la vía biliar ante diversas patologías, pues disminuye el coste, la morbilidad y las tasas de complicaciones al eliminar un segundo procedimiento para la extracción de ésta.

Presentamos un caso de implantación de prótesis Archimedes intraoperatoriamente como medida profiláctica de complicación biliar ante la discordancia de tamaño de las vías biliares del donante y receptor.

Caso clínico: Mujer de 64 años con antecedente de cirrosis de origen enólico (Child-Pugh A5, MELD 8) con debut en 2019 en forma de insuficiencia hepática con MELD 20, descompensación edematoascítica con necesidad de paracentesis frecuentes y síndrome hepatorenal. Se decide implantación de TIPS con mejoría clínica.

Se realizó trasplante hepático con injerto procedente de donante en muerte encefálica con hallazgos de hígado cirrótico sin ascitis. Realización de shunt porto-cava. Maniobra de Piggy back. Ante discordancia entre vía biliar de donante (3mm) y del receptor (7mm) se decide realizar anastomosis colédoco-colédoco con puntos sueltos

tutorizada con prótesis Archimedes. Tiempo de isquemia fría: 160 m. Trasfusión de un concentrado de hemáties.

El postoperatorio cursa sin complicaciones, con alteración del perfil hepático al 4ºdpo, con angioTC y colangioRMN que descartan complicación biliar o vascular, correspondiente a rechazo agudo que mejora con el aumento de la inmunosupresión. Fue dada de alta al 16 dpo y durante el seguimiento en consulta no se han identificado complicaciones biliares.

Discusión: Las complicaciones biliares siguen siendo el talón de Aquiles del trasplante hepático. Éstas tienen una incidencia de 5-25%. La discordancia de los diámetros entre la vía biliar del donante y del receptor supone un reto para los cirujanos de trasplantes. Puede ser origen de una estenosis de la anastomosis a medio-largo plazo. Ésta se solía solventar con la colocación de tubo de Kehr, el cual no está exento de complicaciones, pues son causantes de fístulas biliares, peritonitis biliar tras su retirada y la colangitis por su manipulación inadecuada. Las prótesis biodegradables son una alternativa a los stents clásicos pues su tiempo de degradación es aproximadamente de 6 meses y no es necesario un nuevo procedimiento para su extracción. La colocación de una prótesis biodegradable intraoperatoriamente ante discordancia de las vías biliares, puede ser una ayuda para evitar las fístulas o estenosis de la anastomosis, evitar también la necesidad de una CPRE que no deja de ser un procedimiento exento de complicaciones y evitar las complicaciones relacionadas con el tubo de Kehr.

220196. ICTERICIA SECUNDARIA A METÁSTASIS DUODENAL Y PANCREÁTICA DE MELANOMA PRIMARIO OCULTO: UNA RARA ENTIDAD

AM Sánchez Arco, M Arteaga Ledesma, MÁ Moya Ramírez, AJ Pérez Alonso, A Palomeque Jiménez, MT Villegas Herrera

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

Introducción: El melanoma es un tumor cuya incidencia y mortalidad están en aumento.

Su principal origen es cutáneo, aunque también puede originarse en áreas mucosas, siendo estos más agresivos.

Se considera uno de los tumores que más frecuentemente producen metástasis en el tracto gastrointestinal; si bien, la metastatización al duodeno y páncreas es extremadamente infrecuente.

Presentamos el caso de un paciente con metástasis pancreatoduodenales de melanoma primario oculto con el objetivo de documentar esta rara entidad.

Caso clínico: Varón de 35 años con antecedentes de tabaquismo y enfermedad de Crohn ileal fistulizante. Es diagnosticado de melanoma tras orquiectomía derecha por lesión de características malignas. La anatomía patológica informó de metástasis de melanoma con BRAF mutado, por lo que recibió tratamiento adyuvante (Dabrafenib + Trametinib) con respuesta parcial.

Tras doce meses, en la prueba de imagen de control se objetivó progresión a nivel linfático, muscular y gastrointestinal, con engrosamiento de la pared duodenal e infiltración de la cabeza pancreática, por lo que comenzó una nueva línea de tratamiento inmunoterápico (Pembrolizumab +Levatinib).

Tras un año de tratamiento y con la enfermedad aparentemente estable, el paciente acudió a Urgencias por ictericia y dolor abdominal. Se realizó una tomografía computarizada (TC) urgente con hallazgo de obstrucción intestinal secundaria a lesión tumoral duodenal (6,7x5,8 cm) con infiltración de la cabeza pancreática y dilatación de la vía biliar y conducto pancreático principal.

Se decidió tratamiento mediante drenaje biliar interno-externo y posteriormente cirugía. Intraoperatoriamente se objetivó una gran masa en segunda y tercera porción duodenal y cabeza pancreática, así como absceso secundario a perforación de tercera porción duodenal. Se realizó duodenopancreatectomía cefálica y linfadenectomía; siendo el resultado anatomopatológico de metástasis de melanoma con márgenes de resección libres y ganglios no afectados.

Discusión: La ictericia obstructiva secundaria a melanoma metastásico es una forma excepcional de presentación de dicho tumor y aunque en más del 90% de los casos se conoce el tumor primario, en una minoría se diagnostica primero la afectación metastásica.

Generalmente las metástasis de melanoma oculto cursan de manera asintomática, siendo la clínica más frecuente la obstrucción intestinal y el sangrado.

El papel de la cirugía en el tratamiento de estos casos está reservado a pacientes con enfermedad localizada. Aunque no existe clara evidencia de mejoría en la supervivencia (< 10% en 5 años), el tratamiento quirúrgico puede ser una opción para mejorar la calidad de vida en ciertos pacientes.

220197. METASTASIS INTESTINAL DE MELANOMA CUTÁNEO: EL TUMOR SILENTE

AM Sánchez Arco, P Díaz Ríos, M Fernández Baeza, M Mogollón González, C Plata Illescas, MJ Álvarez Martín

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

Introducción: El melanoma es la forma más agresiva de cáncer cutáneo ya que tiene el potencial de metastatizar por extensión directa, vía linfática o sanguínea. Por ello, es la causa más frecuente de metástasis en el tracto gastrointestinal (TGI), sobre todo en intestino delgado, siendo en la mayoría de los casos asintomáticas, lo cual dificulta su diagnóstico precoz.

Presentamos un caso de enfermedad metastásica digestiva de curso silente y diagnóstico tardío.

Caso clínico: Varón de 70 años intervenido en 2010 por un melanoma torácico con índice de Breslow 0,97mm, no ulcerado y con ganglio centinela negativo, que recidivó en 2018 en forma de satelitosis en la cicatriz, motivo por el que el paciente se encontraba en seguimiento por oncología médica.

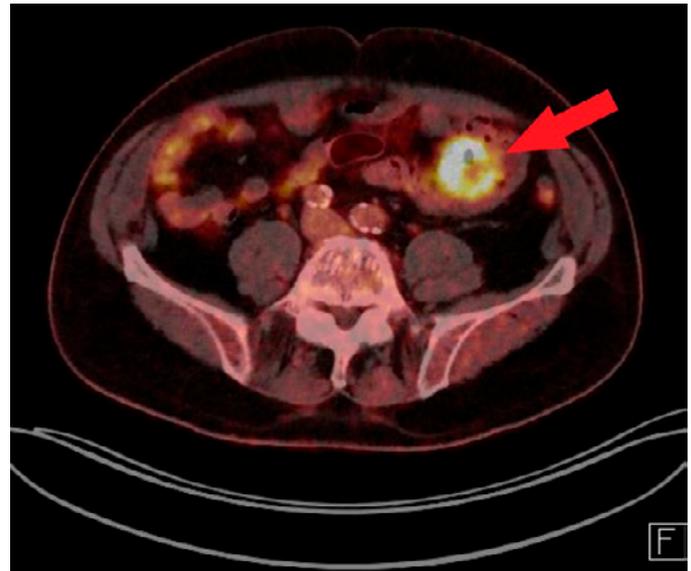


Figura 1

Imagen fusión PET-TC 1: masa hipercaptante a sobre asas de yeyuno.

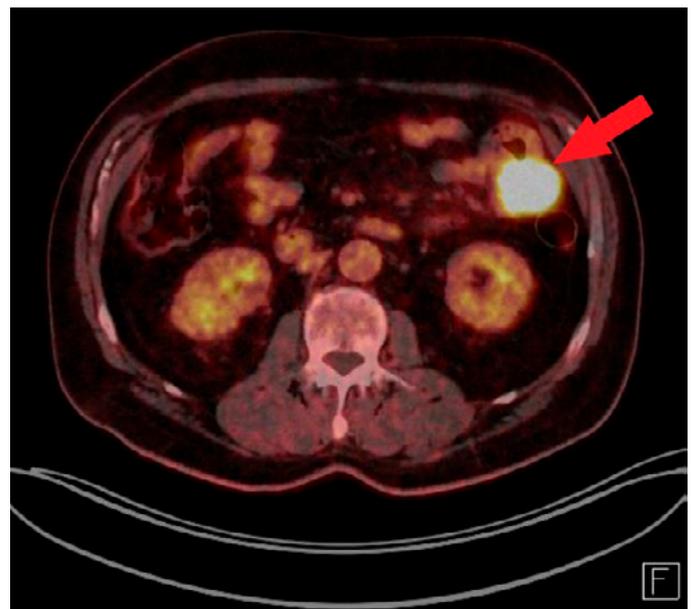


Figura 2

Imagen fusión PET-TC 2: masa hipercaptante sobre asas de yeyuno.

Durante el seguimiento, y encontrándose el paciente asintomático, se objetivaron en la tomografía computarizada con emisión de positrones (PET-TC) de control dos hipercaptaciones a nivel intestinal de apariencia benigna. Seis meses después, el nuevo PET-TC de control informaba estas zonas hipercaptantes como sugerentes de metástasis por el aumento del tamaño y la captación que habían sufrido con respecto al previo, por lo que se le propuso cirugía.

Se realizó una laparotomía exploradora en la que se constataron dos grandes nódulos melanóticos excrecentes de más de 5cm de



Figura 3

PET cuerpo completo: se objetivan dos masas hipercaptantes de gran tamaño asentadas en hemiabdomen izquierdo.



Figura 4

Dos lesiones melanóticas excrecentes de gran tamaño sobre asas de intestino delgado.



Figura 5

Pieza de unos 70 centímetros de yeyuno sobre la que asentaban las metástasis del melanoma.

diámetro cada uno en yeyuno, realizándose una resección de un segmento de unos 70cm de intestino delgado.

Discusión: Las pruebas de imagen que suelen realizarse para la evaluación de las metástasis a nivel intestinal suelen ser la tomografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica, el PET-TAC, la enteroclisia y las endoscopias digestivas. Sin embargo, éstas no se realizan sistemáticamente, estando indicadas en pacientes que presentan sintomatología compatible con enfermedad a dicho nivel, pese a que la mayoría de los pacientes son asintomáticos, lo cual puede demorar el diagnóstico.

No hay estudios que se decanten claramente por una prueba para el diagnóstico de las metástasis a nivel intestinal, ya que, aunque el

PET-TAC parece ser el más preciso, a nivel del TGI este puede verse alterado por la administración de ciertos tratamientos médicos, lo que dificulta una adecuada interpretación.

Por ello, deberemos tener un alto nivel de sospecha ante cualquier alteración en las pruebas de imagen, ya que esto puede agilizar el diagnóstico y marcar una diferencia en el pronóstico de estos pacientes.

220199. INDICACIONES ESPECIALES DE TRASPLANTE HEPÁTICO: GLUCOGENOSIS TIPO 3

M Neuhaus nevado, E Ferre Ruiz, M Pérez Reyes, B Sánchez Pérez, JA Pérez Daga, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La glucogenosis tipo III, es una enfermedad hereditaria metabólica que provoca la acumulación de glucógeno a nivel hepático y muscular (IIIa-85%) o sólo hepática (IIIb-15%). Es causada por la deficiencia de actividad de la enzima desramificante del glucógeno. La incidencia es de 1 caso por 50.000-80.000 personas. casos. La cirrosis hepática sintomática es más habitual en los pacientes adultos y pueden llegar a desarrollar hasta en un 10% hepatocarcinoma (HC) El trasplante en este escenario se muestra como la adecuada opción terapéutica.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 45 años que tras hipertransaminasemia en la infancia se diagnosticó de glucogenosis tipo III. Desde los 15 años seguimiento por Servicio de Digestivo. Asoció miocardiopatía hipertrófica. En 2016 se confirmó cirrosis hepática. En 2021 aparición de dos HC por lo que se presentó en Comité de Trasplante de nuestro hospital siendo incluido para trasplante. Fue tratado mediante RF durante su estancia en lista de espera.

Se realizó trasplante hepático con injerto procedente de donante en asistolia con ECMO. Hallazgos: hígado cirrótico sin ascitis. Realización de shunt porto-cava. Maniobra de Piggy back. Anastomosis biliar sin tutor termino-terminal. Tiempo de isquemia fría: 280 m. No necesidad de transfusión.

Estancia en UCI de 14 días marcado por fracaso renal multifactorial con necesidad de diálisis, ascitis con necesidad de drenaje percutáneo. Se realizó eco-doppler de control con buenos flujos venosos y arteriales. Una vez en planta, buena evolución del injerto y control de la ascitis con tratamiento médico. Es alta a los 24 días. AP: Dos nódulos necróticos. Fibrosis con tendencia a la nodulación. Hepatocitos glucogenados. Tras 6 meses de seguimiento funcionamiento hepático adecuado y estabilidad de su enfermedad metabólica.

Discusión: La glucogenosis tipo III se caracteriza por episodios de convulsiones, hipoglucemia y cetoacidosis durante la infancia, y complicaciones tardías (hepáticas) en la edad adulta. Estas complicaciones pueden ser desde hepatomegalia, fibrosis periportal, cirrosis micronodular, que a su vez puede desarrollar hepatocarcinomas. El tratamiento inicialmente se basa en intervenciones dietéticas: prevención de hipoglucemias con almidón

de maíz para aportar una fuente sostenida de glucosa, control de aporte de azúcares simples y alto aporte de proteínas para estimular la neogluco Génesis.

Tras el hallazgo de afectación hepática es necesario un seguimiento especializado para vigilar la evolución a cirrosis y el desarrollo de tumores, donde el trasplante hepático puede constituir un pilar fundamental en el tratamiento ya que elimina los hepatocitos glucogenados y así la fuente de estos tumores.

220200. TRASPLANTE HEPÁTICO: FACTOR V COMO MARCADOR PRECOZ DE LA DISFUNCIÓN PRIMARIA DE INJERTO

C Sanchez Gonzalez¹, JL Fernandez Aguilar¹, B Sanchez Perez¹, MA Suarez Muñoz², JA Perez Daga¹, C Montiel Casado¹, JM Aranda Narvaez¹, M Perez Reyes¹, E Ferre Ruiz¹, J Santoyo Santoyo¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga. ²UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. Área: Hepatolobiliopancreática y trasplantes.

Introducción: En este estudio se propone el Factor V como marcador en los tres primeros días postoperatorios de la disfunción primaria de injerto.

Material y métodos: De 500 pacientes trasplantados se seleccionaron 27 con pérdida de injerto en los primeros 90 días, y se controlaron con un grupo de 54 pacientes formado por el trasplante inmediatamente anterior y posterior. Se estudia el poder discriminativo del Factor V (FV) y de los valores máximos de GPT en los tres primeros días postoperatorios (POD) mediante curvas ROC calculando el área bajo la curva (AUC) para cada una. El mejor punto de corte se estableció según el Índice de Youden.

Resultados: El FV fue significativamente mayor en los controles, siendo el 2 POD el más discriminativo (AUC=0,893). Así mismo, un FV de 37,50 demostró un 91% de especificidad y 70% de sensibilidad para predecir la pérdida del injerto en los primeros 3 meses. La GPT mostró menor validez con un AUC = 0,77, y su valor de 1539 obtuvo un 82% de especificidad y 67% de sensibilidad. Se alcanzó un 98% de especificidad y 55% de sensibilidad al combinar FV1539.

Conclusiones: El FV podría postularse como marcador precoz de la disfunción primaria de injerto debido a que, a pesar de que no tiene una alta sensibilidad, presenta una alta especificidad en el segundo POD. Con la asociación de FV y GPT se alcanza la máxima especificidad en la pérdida del injerto en los 3 primeros meses, siendo un parámetro prometedor para analizar en un próximo estudio.

220203. COLITIS NEUTROPÉNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

R Pérez Rodríguez, I Miron Fernandez, AI Fernández Sánchez, E Ferre Ruiz, C Sánchez González, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La colitis neutropénica es una patología grave que presenta una mortalidad de entre 30-50%. Su patogenia exacta no se conoce, aunque parece que se debe a la lesión de la mucosa intestinal en pacientes con un sistema inmunitario debilitado. Estas condiciones producen edema intestinal, congestión vascular y alteración mucosa, que se vuelve más vulnerable a la invasión intramural bacteriana. Los fármacos quimioterapéuticos pueden causar mucositis o predisponer a distensión intestinal, favoreciendo el daño mucoso.

Caso clínico: Paciente de 55 años, sin antecedentes de interés, con diagnóstico reciente de Leucemia Mieloide Aguda, que recibe inducción quimioterápica con Idurubicina-Citarabina-Gentuzumab-Ozogamicina y se encuentra en fase de recuperación hemoperiférica, aún dependiente de soporte transfusional.

En día +17 tras la inducción, presenta fiebre y dolor abdominal. Se realiza TC-abdominal (imagen 1), con signos de enterocolitis. Se inicia dieta absoluta, sondaje nasogástrico y antibioterapia (Meropenem y Vancomicina, que se modifica a Ceftazidima/avibactam por *Klebsiella pneumoniae* OXA-48).

Mala evolución, repitiendo a las 24h TC abdominal (imagen 2), que muestra empeoramiento radiológico.

El paciente sufre deterioro clínico, con irritación peritoneal y fallo hemodinámico, por lo que se indica intervención quirúrgica urgente, pese al estado hemoperiférico del paciente. Analíticamente, destaca plaquetas 22x10⁹/L (tras transfusión de 3 pool de plaquetas), Hb 8.6 g/dl, leucocitos 11.40x10⁹/L con neutrófilos 8.76x10⁹/L y TP 34%.

En quirófano se objetivan signos de pancolitis, siendo el colon ascendente la zona más afectada, así como peritonitis secundaria a perforación de plastrón inflamatorio en ciego. Se realiza hemicolectomía derecha no oncológica con ileostomía, siendo el procedimiento dificultoso y hemorrágico (AP enterocolitis necrotizante). Precisa politransfusión de concentrados de hemáties, plaquetas y Prothromplex.

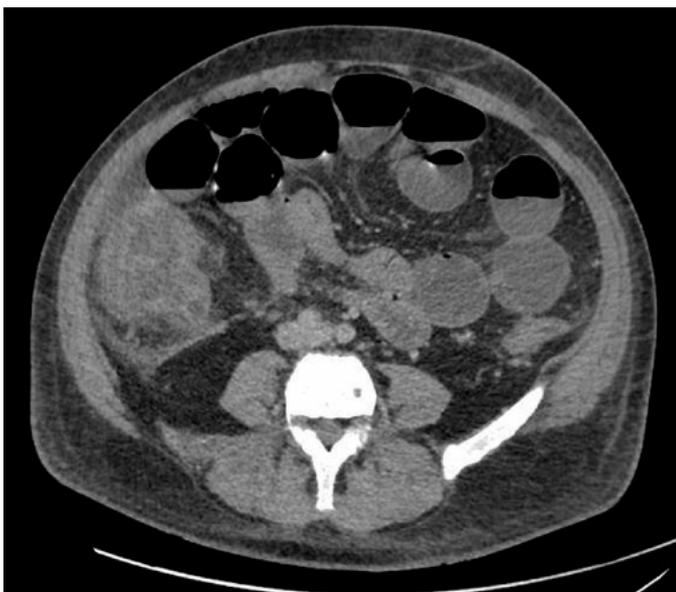


Figura 1 Engrosamiento parietal e hiperrealce mucoso del marco cólico, más acentuado a nivel de ciego.

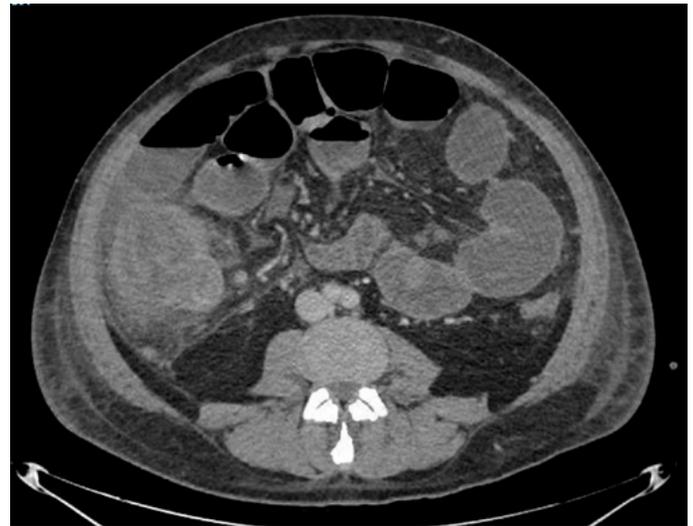


Figura 2 Mayor hiperemia, trabeculación grasa y aumento de líquido libre de predominio en pelvis.

Postoperatorio sin incidencias. Necesidad inicial de estancia en UCI 3 días. Alta en día +9postoperatorio.

Discusión: El tratamiento conservador es el primer paso en el tratamiento de la colitis neutropénica. Consiste en reanimación con líquidos, corrección del desequilibrio electrolítico, reposo intestinal, descompresión abdominal y antibióticos de amplio espectro. Los pacientes que tienen recuperación de la leucopenia tienden a presentar una evolución más favorable. La resolución de la enfermedad dependerá de la recuperación de la neutropenia y del control de la infección.

Las indicaciones actuales de cirugía son la evidencia de perforación intestinal, el sangrado no controlado después de la corrección analítica o el fracaso del manejo conservador.

En la cirugía, el intestino perforado o necrótico debe ser resecado. No se recomienda la anastomosis primaria debido al deterioro de la cicatrización en estos pacientes. El drenaje sin resección parece ser insuficiente.

220204. PERFORACIÓN POR PALILLO DE DIENTES. A PROPÓSITO DE UN CASO

R Pérez Rodríguez, M Pérez Reyes, A Sánchez Díaz, P Fernández Galeano, J González Cano, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños es un problema clínico frecuente, especialmente en población pediátrica. Sin embargo, no es habitual entre la población adulta sana y suele deberse a ingesta accidental.

La perforación del intestino grueso es una urgencia abdominal, que requiere un diagnóstico rápido. El TC es útil para el diagnóstico

y para valorar las posibles complicaciones asociadas. El tratamiento endoscópico puede ser un tratamiento eficaz en este escenario.

Caso clínico: Varón de 63 años, con antecedente personal de HTA, DM-II, obesidad e insuficiencia renal crónica, consulta en urgencias por dolor en fosa iliaca derecha que se irradia hacia espalda de una semana de evolución, asociado a fiebre.

Análiticamente destaca leucocitos $17.06 \times 10^9/L$ y PCR elevada (177mg/L). Se realiza TC-abdominal, objetivando plastrón inflamatorio en colon ascendente, secundario a perforación por cuerpo extraño lineal de unos 7cm, que queda alojado en íntimo contacto con vena cava inferior (**Figura 1**).

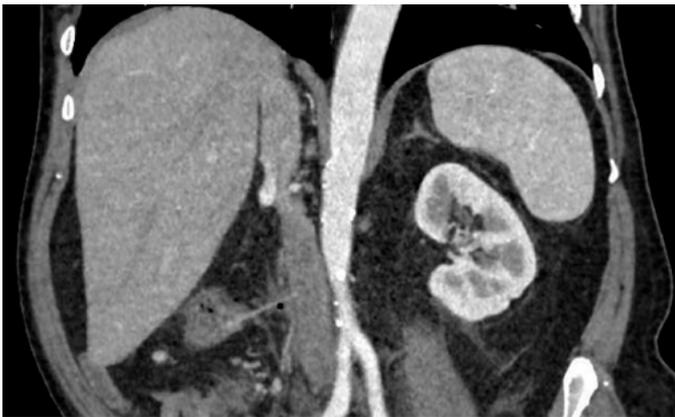


Figura 1 Engrosamiento parietal e hiperrealce mucoso del marco cólico, más acentuado a nivel de ciego.

Ingresa a cargo de Cirugía Digestiva. Se trata con antibioterapia empírica (piperacilina-tazobactam) y se realiza colonoscopia durante la hospitalización. En la endoscopia se visualiza un cuerpo extraño compatible con palillo de dientes que perfora la pared del colon, y que presenta 15mm endoluminales. Se logra extraer con asa y se colocan dos hemoclips en orificio fistuloso (**Figura 2**). La evolución tras el procedimiento es favorable, pudiendo ser alta en día +4 tras la endoscopia.

Discusión: La perforación del intestino grueso es una urgencia abdominal con múltiples etiologías. La mayoría de los cuerpos extraños que alcanzan el tracto gastrointestinal pasarán espontáneamente, aunque la perforación puede ocurrir, especialmente en zonas de estrechez anatómica (esfínter esofágico superior, esfínter esofágico inferior, píloro o válvula ileocecal, entre otras).

Es más probable que los cuerpos extraños largos y puntiagudos, como palillos de dientes o espinas de pescado, requieran extracción quirúrgica o endoscópica.

En ausencia de signos de irritación peritoneal o inestabilidad clínica, un abordaje mínimamente invasivo por endoscopia puede ser un medio seguro y eficaz para extraer objetos punzantes y evitar así la cirugía.

Nuestro paciente presentaba buen estado general, ausencia de neumoperitoneo a distancia, líquido libre intraabdominal ni otros

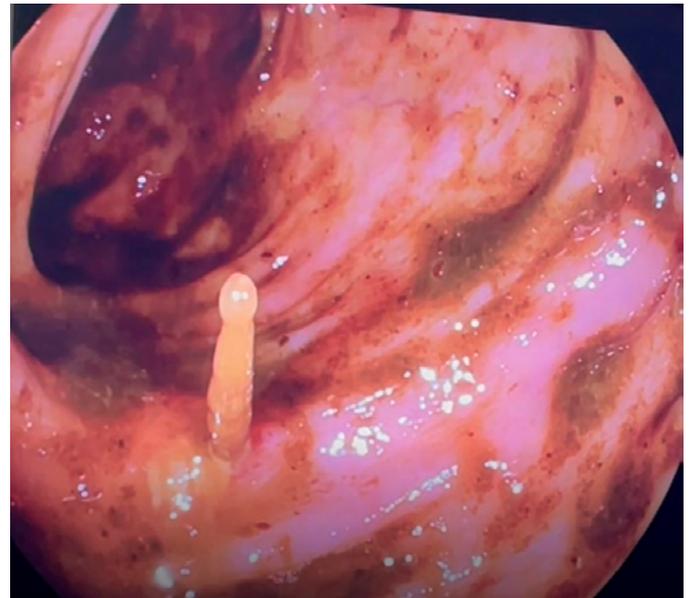


Figura 2 Cuerpo extraño con extremo de unos 15mm endoluminal.

datos de peritonitis. Dada la localización del cuerpo extraño en contacto con la vena cava inferior, el procedimiento se realizó en quirófano, bajo anestesia general y con presencia de cirujanos.

Como resultado de los avances en las técnicas endoscópicas, el manejo endoscópico se ha convertido en una opción factible para el manejo de la perforación en estos casos.

220205. TRAUMATISMO EN LA REGIÓN INGUINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

C Monje Salazar, NM Rodríguez Loring, JM Cabrera Bermón, R Luna Diaz

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

Introducción: El traumatismo como complicación de hernia inguinal es poco frecuente, pero con consecuencias graves para el paciente que lo padece.

Presentamos el caso de un varón de 73 años que tras sufrir cox de caballo sobre una hernia inguinal derecha grande con contenido intestinal, presenta complicación por perforación de segmento de intestino.

Caso clínico: El paciente acude con un abdomen distendido, doloroso, con defensa generalizada. Presenta taquicardia y taquipnea y a la exploración se evidencia hematoma en zona inguinal derecha y raíz de muslo derecho.

Ante la sospecha de complicación de la hernia inguinal ya conocida, se realiza TAC de abdomen urgente en el que se evidencia neumoperitoneo, engrosamiento parietal de asas ileales en fosa iliaca derecha, y líquido libre intraabdominal. Destaca burbuja de neumoperitoneo en bolsa escrotal/canal inguinal derecha.

La perforación intestinal por estallido como consecuencia del traumatismo sobre asa intestinal contenida en saco herniario fue nuestro diagnóstico de sospecha inicial.

Al tratarse de traumatismo de alta energía, podríamos encontrarnos una perforación intestinal secundaria a isquemia del asa contenida en la hernia por lesión del meso (lesión por desgarro o lesión en asa de balde).

Se decide laparotomía urgente, identificando perforación en íleon terminal y peritonitis fecal generalizada asociada. Se realizó cierre simple de la perforación y lavado de cavidad.

Discusión: Existen tres tipos de lesión intestinal por traumatismo abdominal cerrado de alta energía: aplastamiento, desgarro o estallido. La perforación por estallido secundario a traumatismo directo sobre hernia inguinal con contenido intestinal, donde se produce un gran aumento de presión sobre un segmento de intestino relleno de líquido, es una circunstancia extremadamente poco frecuente, habiendo reportados en la literatura poco más de 6 casos.

La presencia de una hernia inguinal como aspecto agravante en el contexto de un politraumatismo como es una cox de caballo, no debe interferir en la cirugía de control de daños como abordaje prioritario. La reparación herniaria en el mismo acto quirúrgico está condicionada por el grado de peritonitis y la situación hemodinámica del paciente, siendo desfavorable en nuestro caso.

220206. COLITIS ISQUÉMICA CON AFECTACIÓN TRANSMURAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

C Monje Salazar, G Plata Pérez, N Martos Rojas, R Luna Díaz

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

Introducción: La colitis isquémica es la forma más frecuente de isquemia intestinal (60-70%), casi siempre de curso favorable (85%) y buena respuesta a tratamiento médico. Sin embargo, las formas gangrenosas que requieren cirugía, presentan altas tasas de morbimortalidad, por lo que es importante una adecuada estratificación del riesgo y un diagnóstico precoz.

Caso clínico: Varón de 75 años, hipertenso, diabético, antecedente de ictus isquémico y estenosis carotídea, que consulta por dolor abdominal intenso y síncope, con sospecha de isquemia intestinal.

Presenta abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación, con defensa en hipogastrio. Destaca hipotensión mantenida y muy mal control del dolor. Se realiza TAC de abdomen en el que se objetivan signos de colitis izquierda, infecciosa vs isquémica, sin líquido libre ni signos de sufrimiento intestinal.

A las 8 horas, continúa con dolor abdominal intenso pese a analgesia e hipotensión mantenida, y asocia empeoramiento analítico con elevación de LDH, CK y lactato. Repetimos TAC, que describe signos de neumatosis intestinal en colon derecho y recto de nueva aparición, líquido libre, ateromatosis difusa sin oclusión de ramas viscerales, y ausencia de neumoperitoneo.

Se decide intervención quirúrgica urgente por sospecha de colitis isquémica con afectación transmural. Se confirmó colitis isquémica con afectación de todo marco cólico con parches de necrosis, sin perforación intestinal. Se realizó colectomía subtotal con colostomía terminal en flanco izquierdo. El paciente presentó buena evolución, sin complicaciones, con alta domiciliaria al sexto día postoperatorio.

Discusión: El manejo de la colitis isquémica debe ser multidisciplinar entre gastroenterólogos y cirujanos, para un diagnóstico precoz. El tratamiento varía según la gravedad de su presentación, así como de la presencia o ausencia de factores de mal pronóstico. La prueba inicial debe ser el TAC de abdomen con contraste, ya que los hallazgos en la colonoscopia presentan escasa correlación con la severidad del cuadro.

La estratificación del riesgo se basa en la identificación de factores predisponentes de cirugía urgente como el sexo masculino, insuficiencia renal previa, fibrilación auricular, peritonitis en la exploración abdominal, ausencia de sangrado rectal, afectación de colon derecho, presencia de líquido libre en TAC o elevación de lactato.

En nuestro caso, la presencia de enfermedad arterioesclerótica avanzada, el mal control del dolor y la inestabilidad hemodinámica justificaron la repetición de pruebas complementarias, permitiendo un abordaje quirúrgico a tiempo, con buenos resultados postoperatorios, a pesar de la extensión de la afectación.

220207. PERITONITIS MILIAR: CASO CLÍNICO

C Hurtado de Rojas Grau, A Scammon Durán, J Reguera Rosal, MA Gil Olarte, C Rubio Castellanos

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

Introducción: La tuberculosis peritoneal es una patología rara que tiene una incidencia del 0,5% a nivel mundial, y esta presenta en el 3-4% de los casos de tuberculosis. Esta enfermedad es una variedad de tuberculosis extrapulmonar que afecta tanto al peritoneo parietal como al visceral. Su diagnóstico puede ser difícil debido a que en muchas ocasiones se presenta de forma asintomática y puede diagnosticarse de forma incidental durante una cirugía. A continuación, presentamos un caso de tuberculosis peritoneal.

Caso clínico: Paciente varón de 25 años de procedente del norte de África, sin antecedentes de interés, que acude por dolor abdominal mesogástrico irradiado hacia fosa iliaca derecha de 48 h de evolución acompañado de fiebre. A la exploración presenta dolor abdominal en FID con signo de Blumberg positivo. Analíticamente no presenta alteraciones, y en la ecografía muestra un aumento del calibre del apéndice compatible con apendicitis aguda.

Le realiza una laparoscopia donde se observan múltiples implantes peritoneales y adherencias siendo la imagen compatible con una peritonitis miliar. Al localizar el apéndice se ve inflamado por lo que se realiza una apendicectomía y se toma muestra de biopsia peritoneal. El paciente fue llevado a aislamiento respiratorio hasta descartar tuberculosis respiratoria. Evolucionó favorablemente en el postoperatorio y fue dado de alta a las 48h, presentando seguimiento

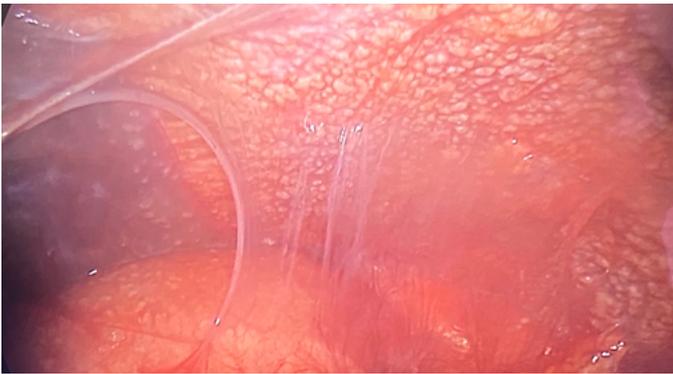


Figura 1
Peritonitis miliar.

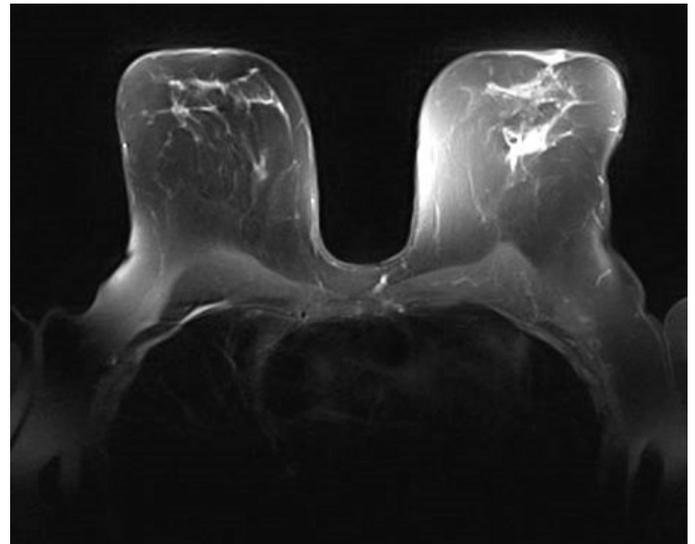


Figura 1
RNM post-neoadyuvancia. Lesión de mama izquierda, no se objetivan imágenes sospechosas en cadenas ganglionares axilares o intramamarias.

por infecciosas. El resultado de la anatomía patológica tanto del apéndice como de la biopsia peritoneal ha dado como resultado proceso inflamatorio crónico granulomatoso epiteloide con células gigantes tipo Langhans, aunque el cultivo continúa aún pendiente de resultados.

Discusión: La tuberculosis peritoneal representa la sexta causa de tuberculosis extrapulmonar. Aunque no es la forma más frecuente de tuberculosis, presenta una importante morbimortalidad. La manifestación más frecuente de esta patología es el dolor abdominal y la anorexia, y hasta en la mitad de los casos puede estar acompañado de fiebre. Esta patología presenta un diagnóstico difícil mediante las pruebas analíticas y pruebas de imagen de rutina, puesto que los resultados suelen ser inespecíficos, y en muchos casos lleva a un diagnóstico erróneo. Las pruebas que nos pueden ayudar a un diagnóstico temprano, y con ello a un tratamiento más precoz, ante una sospecha de tuberculosis peritoneal, son el estudio histopatológico y el cultivo de micobacterias.

220208. METÁSTASIS EN GANGLIO INTRAMAMARIO COMO HALLAZGO INTRAOPERATORIO TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE TRAZADOR EN UNA PACIENTE CON CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE ESTADIO CLÍNICO IA

M Barrionuevo Gálvez¹, L García-Berbel Molina², DA Utor Fernandez², M Carrasco Rodríguez², R Campillo Campaña³

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real. ²Unidad Patología Mamaria. Hospital Universitario de Puerta del Mar, Cádiz. ³Servicio Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital Universitario de Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El hallazgo clínico o radiológico de ganglios linfáticos intramamarios con metástasis de cáncer de mama es poco frecuente. Sobre todo cuando la axila está libre de enfermedad. La literatura disponible lo considera un factor pronóstico independiente, pero el manejo de este tipo de pacientes sigue siendo un tema controvertido.

Caso clínico: Mujer de 67 años que consulta por aparición de nódulo palpable en mama izquierda de menos de un mes de evolución. Sin otra sintomatología asociada y sin antecedentes familiares de alto riesgo. Se solicita estudio de imagen en el que se identifica una lesión



Figura 2
Marcaje con arpón de la lesión para tumorectomía.

220209. RECTORRAGIA EN POSTOPERATORIO INMEDIATO TRAS SIGMOIDECTOMIA RESUELTA POR COLONOSCOPIA TERAPÉUTICA PRECOZ

A Vallejo Lesmes, A Moreno Navas, R Calleja Lozano, C Diaz Lopez, J Briceño Delgado

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofia, Córdoba.

Introducción: El sangrado postoperatorio es una de las complicaciones más temidas, aunque no suele ser habitual. Es importante la sospecha clínica, el diagnóstico inmediato, así como el tratamiento del mismo.

Caso clínico: Paciente de 58 años con antecedentes de apendicectomía que, tras someterse a screening de cáncer colorrectal con sangre oculta en heces positiva, se realiza colonoscopia en septiembre 2021 diagnosticándose de neoplasia de sigma a 25cm del margen anal. El estudio de extensión fue negativo. Se sometió en noviembre del 2021 a sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis mecánica termino terminal con endograpadora ILS 29 y extracción de pieza mediante Pfannestiel sin incidencias.

En el postoperatorio inmediato el paciente presenta rectorragias con progresiva anemia de dos puntos (14.3-12g/dl) durante las primeras horas sin repercusión hemodinámica. Se solicita angioTC objetivando extravasación de contraste hacia el interior del recto a nivel de la anastomosis colorrectal en relación a sangrado activo. Se realiza colonoscopia terapéutica inmediata objetivando sangrado en jet a nivel de anastomosis donde se aplican 6cc de adrenalina 1:10000 y se colocan cinco hemoclips sobre línea de grapas, deteniendo sangrado activo. Posteriormente el paciente evoluciona favorablemente sin nueva anemia, estabilidad hemodinámica, con tránsito y correcta tolerancia oral.



Figura 1

Sangrado evidenciado por angioTC.

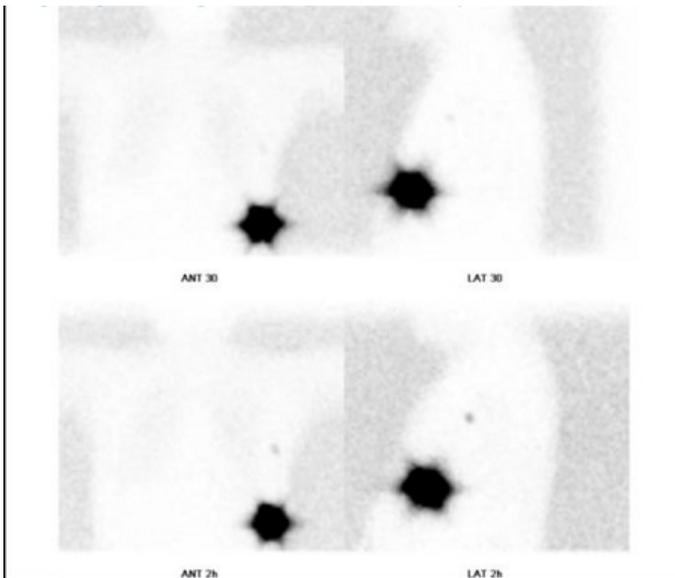


Figura 3

Gammagrafía con Tc99. Protocolo de radiotrazador para biopsia del ganglio centinela en la que no se aprecia captación del nódulo intramamario.

nodular en unión de cuadrantes superiores de la mama izquierda con datos de malignidad (BIRADS 5) del que se realiza biopsia con aguja gruesa (BAG). El estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico reveló un carcinoma ductal infiltrante pobremente diferenciado Her2-Neu positivo puro con índice de proliferación bajo (Ki-67 4%).

En comité multidisciplinar se le propone neoadyuvancia con paclitaxel y trastuzumab. Tras completar tratamiento tuvo una respuesta parcial concéntrica. En ninguna de las pruebas de imagen se objetivaron datos de enfermedad en axila o linfáticos intramamarios. Se realizó cirugía conservadora con biopsia del ganglio centinela (BSGC). Tras la administración de trazador intraoperatorio (azul de metileno) se objetivo tinción de ganglio palpable en surco inframamario sin actividad radiológica (Tc99 negativo). El cual se resecó como tumorectomía independiente.

El análisis patológico definitivo de las piezas quirúrgicas reveló un carcinoma ductal infiltrante de 1.6 cm con márgenes de resección libres, ganglio centinela libre de metástasis y ganglio intramamario con metástasis de carcinoma ductal.

Discusión: La presencia de metástasis en nódulos intramamarios por sí solos son un factor pronóstico independiente con impacto en la supervivencia y periodo libre de enfermedad. Asociándose con cánceres más agresivos e invasivos. También están asociados con la diseminación de la enfermedad hacia ganglios axilares. Siendo rara su positividad aislada.

Aunque la evidencia disponible es aún escasa y la toma de decisiones en este tipo de pacientes continúa siendo un tema controvertido. Los autores de las series más voluminosas describen una fuerte asociación entre este hallazgo y la enfermedad metastásica axilar y por lo tanto recomiendan la exploración de la axila de forma sistemática en estos casos. Quedando la decisión de linfadenectomía condicionada a los resultados de la BSGC como factor pronóstico de mayor peso.

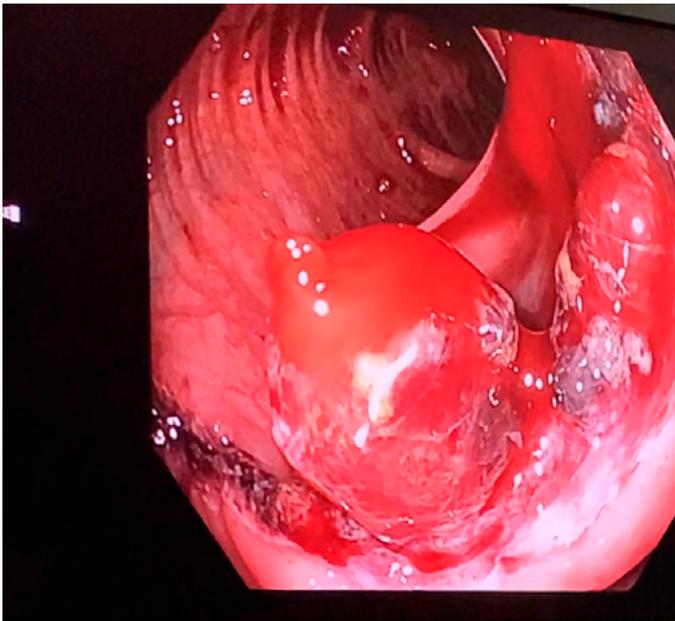


Figura 2

Sangrado objetivado durante la colonoscopia.

Discusión: Ante una anemia rápida es fundamental sospechar sangrado activo, así como realizar la prueba de imagen pertinente de cara al diagnóstico. No siempre el tratamiento es la reintervención y debemos valorar la colonoscopia terapéutica establecida como un tratamiento seguro y eficaz frente al sangrado a nivel de la anastomosis sin estar contraindicada por realizarse dentro del postoperatorio inmediato.

220210. APENDICITIS AGUDA COMO MANIFESTACIÓN DE ENDOMETRIOSIS: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

BA Ruiz García¹, F Aguilar del Castillo¹, JM Bonilla Seara², A Senent Boza¹, D Aparicio Sánchez¹, FJ Padillo Ruiz¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla. ²Servicio Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La endometriosis se define como la presencia fuera de la cavidad uterina de glándulas y estroma endometrial.

Es una enfermedad prevalente que afecta al 5-15% de las mujeres en edad reproductiva.

Las lesiones endometriósicas más frecuentemente se localizan en la pelvis, fundamentalmente en ovarios. Existen localizaciones extrapelvianas que son poco prevalentes e incluso excepcionales como el tracto gastrointestinal.

Caso clínico: Paciente de 43 años, con antecedente de endometriosis ovárica en tratamiento con desogestrel, que acude a Urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución junto con náuseas y vómitos. El cuadro clínico se acompañaba de fiebre y

anorexia. No refería alteración del tránsito intestinal ni sintomatología urinaria.

A la exploración, la paciente se encontraba con buen estado general y estable hemodinámicamente. Desde el punto abdominal, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha. No presentaba defensa abdominal ni peritonismo generalizado. Signo de Blumberg positivo.

Desde el punto de vista analítico presentaba proteína C reactiva elevada sin leucocitosis ni neutrofilia.

Dada la estabilidad de la paciente y riesgo intermedio de apendicitis aguda (7 puntos en la Escala de Alvarado) se realiza ecografía de abdomen, que objetiva hallazgos compatibles con apendicitis aguda no complicada.

Se indica intervención quirúrgica urgente, realizándose apendicectomía laparoscópica sin incidencias. La paciente es dada de alta a las 24 horas de la cirugía tras un postoperatorio favorable.

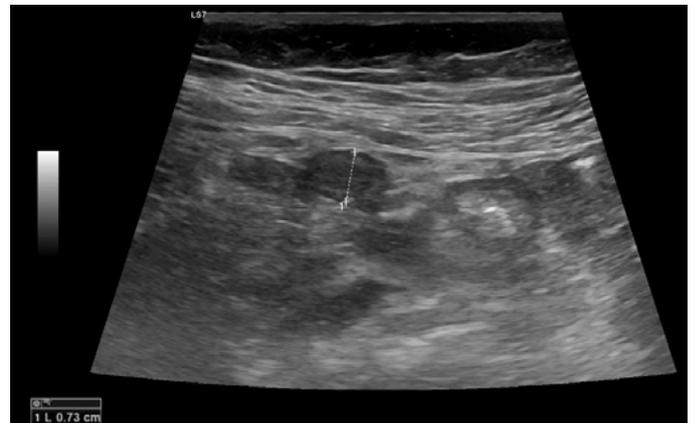


Figura 1

Ecografía de abdomen. Apéndice cecal con cambios inflamatorios en la estructura mural perdiendo su morfología en tercio medio (diámetro axial máximo de 8mm), asociado a hiperecogenicidad de la grasa.

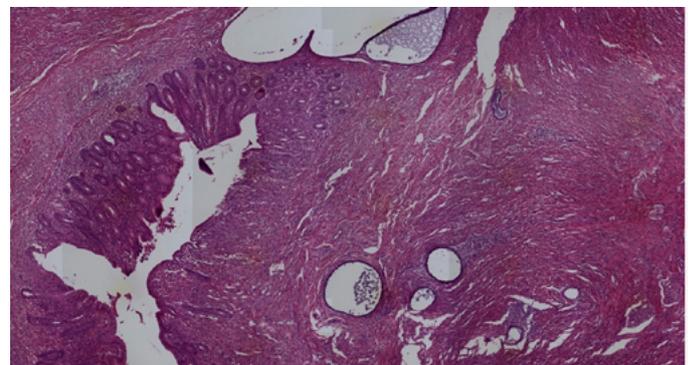


Figura 2

Imagen microscópica de la pieza con tinción de hematoxilina-eosina donde se observan glándulas endometriales creciendo en el estroma del apéndice.



Figura 3

Imagen microscópica de la pieza con estudio inmunohistoquímico de receptores de estrógenos.



Figura 4

Imagen microscópica de la pieza con estudio inmunohistoquímico de receptores CD10 presentes en tejido endometrial y en células linfoides.

El resultado histopatológico de la pieza extraída muestra la presencia de endometriosis apendicular con signos de apendicitis aguda.

Discusión: La endometriosis localizada dentro del tracto gastrointestinal es poco habitual (3-15%), por orden de frecuencia se localiza en recto-sigma (72%), tabique recto-vaginal (13%), intestino delgado (7%), ciego (3,6%) y apéndice (3%).

La endometriosis apendicular es asintomática en la mayoría de los casos, pero puede manifestarse como apendicitis aguda, dolor pélvico, perforación intestinal, invaginación intestinal o hemorragia digestiva baja.

La presentación de esta patología ginecológica como apendicitis aguda es extremadamente rara y constituye menos del 1% de todas las patologías del apéndice.

La apendicitis por un endometrioma suele manifestarse con el cuadro clínico típico de patología apendicular aguda, con dolor en fosa iliaca derecha acompañado de vómitos y fiebre, por lo que es difícil reconocerla antes de la intervención quirúrgica. Por este motivo, el diagnóstico definitivo se realiza en el postoperatorio con los resultados anatomopatológicos, como en el caso presentado.

220211. TRAUMATISMO TORÁCICO POR ARMA DE FUEGO, ¿Y AHORA QUÉ?: EXPOSICIÓN DE UN CASO.

P Díaz Ríos, MA Herrero Torres, AM Sánchez Arco, S Ercoreca Tejada, AB Vico Arias, R Conde Muiño

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

Introducción: Los traumatismos torácicos por arma de fuego suponen alrededor de un 10% de los traumatismos torácicos, sin embargo, son cada vez más frecuentes en nuestro medio y presentan una mayor mortalidad que los traumatismos torácicos por arma blanca debido a la multiplicidad y a la gravedad de las lesiones asociadas, tanto torácicas como extratorácicas.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 42 años que es trasladado a Urgencias tras agresión con arma de fuego en tórax con orificio de entrada en hemitórax izquierdo sin apreciarse orificio de salida. El paciente llegó consciente y orientado, con GCS 15/15, sin focalidad neurológica, estable hemodinámicamente y saturando adecuadamente con gafas nasales a 4 litros.

Se realizó TAC toracoabdominal en la que se evidenció el trayecto de la bala con entrada en hemitórax izquierdo, cruzando posterior al corazón y anterior al esófago hasta alojarse en hemitórax derecho, asociando un derrame pleural derecho hemático (donde se aloja la bala). También se apreció un engrosamiento mural del esófago distal, sin poder descartarse perforación asociada.

Se contactó con Cirugía Torácica para colocación de tubo de tórax ante los hallazgos descritos en la TAC, con evacuación de exudado hemático.

A las 12 horas presentó empeoramiento clínico con mal control del dolor y cortejo vegetativo asociado por lo que se decidió intubación orotraqueal y repetir TAC con contraste diluido por sonda orofaríngea para valoración de posible lesión esofágica, sin evidenciarse finalmente fuga que sugiriera perforación esofágica por lo que se mantuvo actitud expectante.

El paciente presentó una evolución favorable desde su ingreso, siendo dado de alta a planta tras 15 días de estancia en UCI.

Discusión: El traumatismo esofágico es una lesión poco frecuente cuya etiología puede ser traumática o no traumática (más frecuentes estos últimos). La incidencia de lesiones esofágicas por arma de fuego es baja (alrededor del 1%) sin embargo, presentan una alta morbilidad y mortalidad. No tienen una sintomatología específica lo que dificulta su diagnóstico precoz.

Si el paciente se encuentra estable es imprescindible realizar pruebas de imagen, siendo de elección el esofagograma con contraste hidrosoluble o la endoscopia; mientras que en aquellos pacientes con inestabilidad hemodinámica o con signos de hemorragia activa se optará por el manejo quirúrgico inmediato.



Figura 1

TAC tórax en el que se evidencia engrosamiento parietal de esófago distal junto a signos de hemorragia alveolar siguiendo el trayecto de la bala, cruzando posterior al corazón y anterior al esófago.

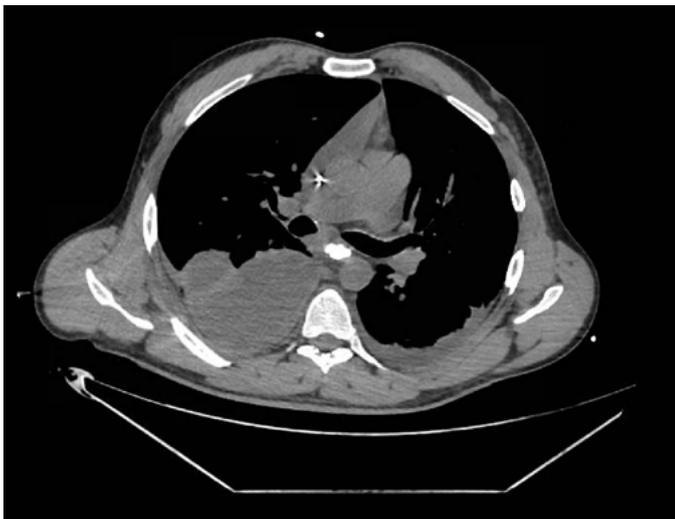


Figura 2

TAC tórax tras administración de contraste hidrosoluble a través de sonda orofaríngea sin evidenciarse fuga que sugiera perforación esofágica.

220212. PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR SECUNDARIO COMO CAUSA DE INVAGINACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

P Lara Romero¹, B Bascuas Rodrigo², R Martínez Mojarro¹, JA González Minchón¹, R Balongo García¹

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

²Servicio Cirugía General. Hospital Comarcal Infanta Elena, Huelva.

Introducción: El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia maligna hematológica en la que se produce una proliferación clonal anormal de células plasmáticas en la médula ósea. La enfermedad extramedular se conoce como plasmocitoma extramedular secundario y se presenta en el 6-20% de los casos. La afectación gastrointestinal es infrecuente, pudiendo ocasionar invaginación intestinal en un pequeño porcentaje de los casos.

La invaginación intestinal es una entidad clínica caracterizada por un cuadro de obstrucción intestinal secundario al deslizamiento de un segmento de intestino dentro de otro. Su incidencia en el adulto es baja, en torno al 5%, y su etiología diversa, existiendo lesión subyacente en el 90% de los casos. Suele presentarse de forma subaguda o crónica, con crisis recurrentes de dolor abdominal y, menos frecuentemente, con pérdida de peso y hemorragia digestiva. El diagnóstico se realiza mediante ecografía o TAC, si bien en algunos casos la confirmación es intraoperatoria.

Caso clínico: Paciente de 47 años, diagnosticado de mieloma MM IgA con metástasis hepáticas, esqueléticas y ganglionares, que acude a urgencias por dolor abdominal, estreñimiento, náuseas y vómitos de días de evolución. Se realiza TAC abdominal objetivándose obstrucción intestinal sin causa mecánica. Inicialmente se manejó de forma conservadora, con resolución del cuadro a las 48 horas del ingreso.

Al quinto día presenta recidiva clínica, por lo que se realiza nuevo TAC que describe obstrucción intestinal secundaria a invaginación intestinal íleo-ileal.

Se realiza laparotomía exploradora encontrándose invaginación intestinal a nivel de íleon distal con implante de proceso hematológico como cabeza de invaginación. Se realizó resección ileocecal e ileostomía terminal.

Tras la intervención, el paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones reseñables siendo dado de alta el sexto día postoperatorio.

El diagnóstico anatomopatológico confirma el diagnóstico de plasmocitoma como causa del cuadro obstructivo.

Actualmente se encuentra en seguimiento por Hematología en tratamiento quimioterápico a la espera de autotrasplante de progenitores hematopoyéticos.

Discusión: La afectación del intestino delgado en el contexto de MM es rara. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor abdominal, hemorragia digestiva y obstrucción intestinal, entre otras. Únicamente se han descrito seis casos en la literatura, cinco de los cuales condicionaban invaginación intestinal.

Actualmente no existen directrices claras sobre el manejo del plasmocitoma extramedular a nivel intraabdominal, aunque en las series publicadas se considera la quimioterapia sistémica como gold standard. Sin embargo, ante la existencia de complicaciones locales derivadas del plasmocitoma, el tratamiento inicial es la resección quirúrgica de la lesión y el segmento intestinal afecto.

220214. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A CUADRO ADHERENCIAL MÚLTIPLE

A Díaz Granados, B Alejandro Ovejero, P De Castro Monedero, B Mirón Pozo

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

Introducción: La formación de adherencias es la principal complicación de la cirugía abdominal, ocurriendo en el 95% de las mismas, y pudiendo generar cuadros de obstrucción intestinal y dolor abdominal crónico. Las adherencias postquirúrgicas, son una respuesta normal a la agresión peritoneal que aportan beneficios para la regeneración tisular y fijación de estructuras; pero a cambio, ocasionan un importante aumento de la morbilidad. El síndrome adherencial supone hasta el 25% de los ingresos de un Servicio de Cirugía General.

Caso clínico: Mujer de 35 años, intervenida hace 30 años de forma urgente ante sospecha de apendicitis aguda, donde se evidencia tumoración vesical y se lleva a cabo cistectomía parcial y apendicectomía; requiriendo conversión del abordaje por incisión de Mc Burney a laparotomía media supra-infraumbilical. Acude al Servicio de Urgencias al presentar cuadro de dolor de dos días de evolución, con molestias a nivel centro-abdominal, asociando vómitos. Última deposición hace 24 horas. Refiere episodios de dolor similares desde hace años por los que ha consultado en otras ocasiones. Presenta un abdomen distendido, timpánico, pero blando y depresible, con molestias a la palpación en hemiabdomen derecho y sin signos de irritación peritoneal. La SNG presenta un débito de 300cc fecaloideo.

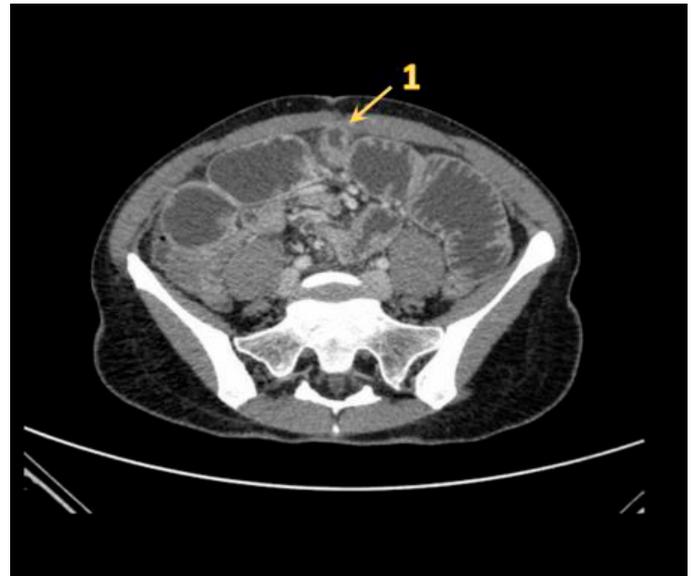


Figura 2

Imagen de TC: adherencia a línea media.

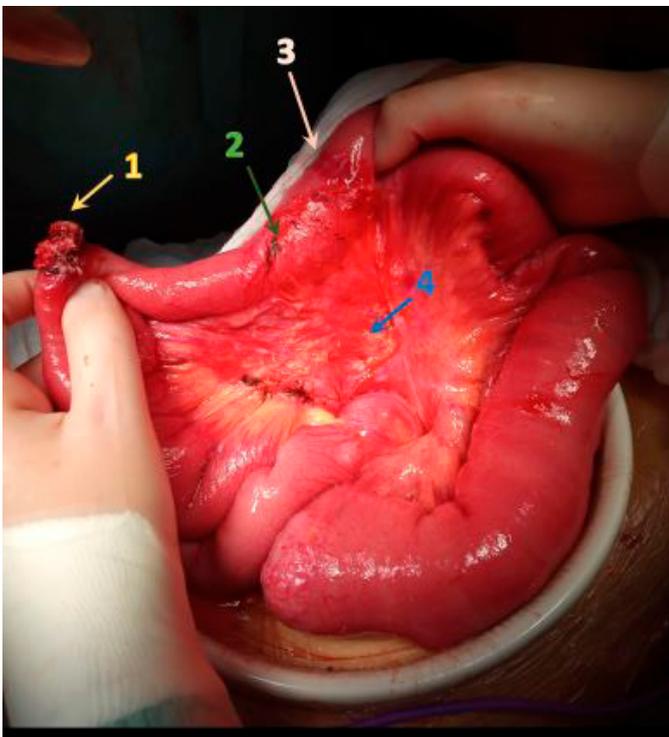


Figura 1

Adherencias y anillo de constricción.

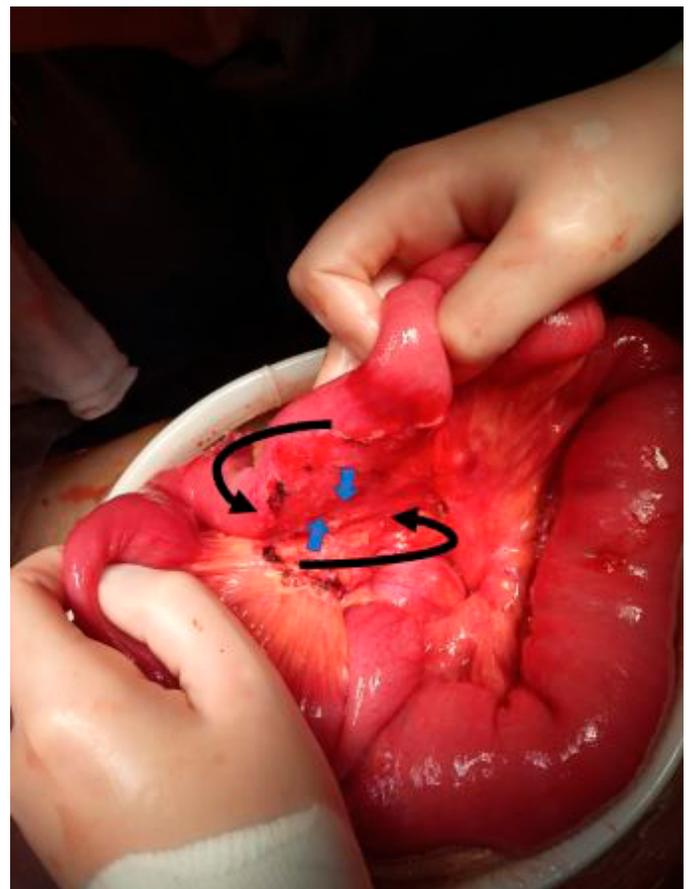


Figura 3

Esquema de volvulación de asa y adherencias de mesenterio.

Analíticamente destaca PCR de 20, leucocitosis de 12.110 con neutrofilia, LDH y ácido láctico en rango. La TC abdominal con contraste iv. describe una obstrucción de intestino delgado, con imagen de alteración de la disposición de las asas que podría sugerir hernia interna VS síndrome adherencial con malrotación de asas de intestino.

Se decide intervención quirúrgica urgente, realizándose laparotomía media exploradora. Se evidencia una adherencia firme de asa de íleon proximal a cicatriz de laparotomía previa y distal a ésta, región de mesenterio plegada con adherencias entre sí que ocasiona una volvulación del asa comprometida y fijándose a la cicatriz de McBurney creando un anillo de constricción. Se realiza adhesiolisis con electrocauterio de las adherencias y disección del plano mesentérico. El intestino delgado presenta adecuada vascularización y aspecto, no precisando resección parcial.

Discusión: El síndrome adherencial, y la obstrucción intestinal secundaria al mismo, supone una importante complicación para el sistema sanitario y el paciente en cuanto a morbilidad del mismo, dificultad para sucesivas intervenciones y aumento de número y duración de hospitalizaciones. La investigación en dicho ámbito es fundamental para el desarrollo y mejora de la asistencia del paciente quirúrgico.

220218. ABSCESO DE PSOAS. UNA ENTIDAD TODAVIA MISTERIOSA.

JL Fernandez Serrano, D Morales García, R Soler Humanes, G Plata Pérez, L Ocaña Wilhelmi, R de Luna Díaz

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

Introducción: El absceso de psoas representa una entidad poco habitual. Las formas primarias son muy infrecuentes en nuestro medio y parecen asociarse a bacteriemias desde un foco oculto que se acantonan en un área anatómica previamente alterada. Se presenta el caso de un absceso de psoas primario que se resolvió espontáneamente casi un año después de su diagnóstico en un paciente joven con múltiples factores de riesgo, sin que ninguno de ellos pueda explicar por sí mismo su origen.

Caso clínico: Paciente varón de 30 años con antecedentes de diabetes, tumor cerebeloso benigno operado con válvula de derivación ventrículo peritoneal, orquiectomía izquierda 8 años atrás por teratoma maligno mixto tratado con QT y cirugía y posterior recidiva en 2017, tratada quirúrgicamente por vía laparoscópica, sin signos de recidiva y con marcadores tumorales negativos. Cuadro de dolor en miembro inferior izquierdo, fiebre, leucocitosis y hemocultivos negativos. Se inició tto antibiótico con ceftazidima, metronidazol y vancomicina y se realizó tomografía axial computarizada (TAC) que objetiva colección que se extiende a lo largo de psoas izquierdo, sin burbujas, de 5,7cmsx6,1cmsx16,6cms, (se adjunta iconografía) que se punciona sin obtener a penas contenido y con cultivos de la colección estériles. Buena evolución siendo dado de alta afebril, con mejoría del dolor, seis días después del ingreso. El paciente ha permanecido asintomático y seis meses después, se repitió TAC que observa la misma colección, la cual se resuelve de manera espontánea a los nueve meses de su diagnóstico, desapareciendo prácticamente

en su totalidad la colección en las pruebas de imagen y estando asintomático el paciente y sin signos clínicos o analíticos de recidiva tumoral en la actualidad.

Discusión: Los abscesos de psoas siguen representando un reto para el cirujano. A pesar de los avances en su manejo diagnóstico y terapéutico, en ocasiones, su etiología permanece incierta y la actitud terapéutica debe de adaptarse a la situación clínica del paciente.

220221. ANGULACION DEL COLEDOCO MENOR DE 145º POSIBLE CAUSA DE COLEDOCOLITIASIS SECUNDARIA RECURRENTE

D Gonzalez Sanchez, O Fuentes Porcel, D Cabaño Muñoz, B Estébanez Ferrero, I Teruel Lillo, C Gras Gómez, M García Redondo, A Reina Duarte

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

Introducción: En ocasiones en un número considerable, después de una colecistectomía por colelitiasis sintomática, puede producirse una coledocolitiasis de repetición. A su vez, se ha observado que uno de los factores asociados a la coledocolitiasis recurrente en pacientes colecistectomizados es la angulación del colédoco menor de 145º, ya que favorece la ectasia biliar. El objetivo de este trabajo es documentar un caso clínico de una paciente colecistectomizada con coledocolitiasis de repetición y una angulación del colédoco menor de 145º.

Caso clínico: Mujer de 75 años, entre cuyos antecedentes personales destaca una colecistectomía laparoscópica por colecistitis sintomática hace 14 años. Posteriormente, ha presentado varios episodios de coledocolitiasis y colangitis de repetición, realizando varias colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas (CPRE) para su tratamiento.

Durante el seguimiento, en las colangio-RM realizadas se aprecia una dilatación de la vía biliar intrahepática, del remanente del

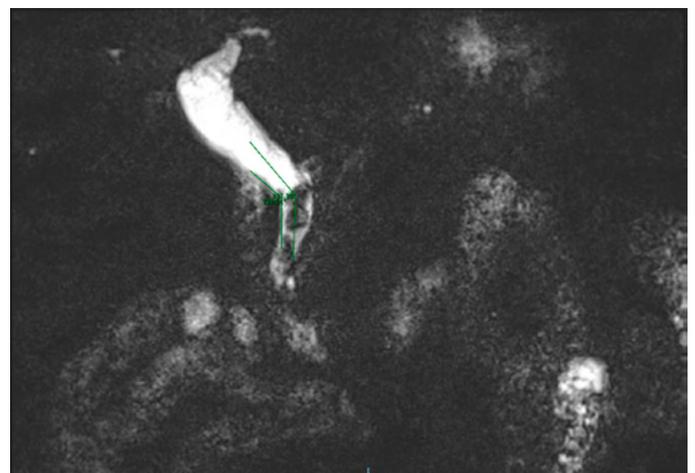


Figura 1

Angulación Colédoco <145º.

conducto cístico, y a nivel de la vía biliar extrahepática presenta colédoco de paredes regulares, con múltiples defectos de repleción intraluminal, sugerentes de coledocolitiasis. Además, a nivel coledociano se podía apreciar una llamativa angulación de 135º (figura) cercana a la unión con el conducto cístico remanente.

Discusión: El ángulo del colédoco menor de 145º podría ser una causa de coledocolitiasis de repetición. Si bien esta causa de coledocolitiasis recurrente se ha documentado en la literatura científica, se necesitarán más estudios que pudieran aportar más evidencia científica.

220222. LESIONES NODULARES HIPERCAPTANTES EN METASTASIS DE CARCINOMA DE CELULAS RENALES EN PANCREAS

D Gonzalez Sanchez, G Lopez Ordoño, J Ruiz Pardo, B Estébanez Ferrero, I Teruel Lillo, C Gras Gómez, M García Redondo, A Reina Duarte

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

Introducción: Las metástasis pancreáticas suponen el 2-5% de las lesiones pancreáticas, siendo las de carcinoma de células renales unas de las más frecuentes. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de metástasis pancreáticas de carcinoma de células renales.

Caso clínico: Varón de 62 años, entre cuyos antecedentes personales destacaban: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, diverticulosis con episodios de diverticulitis, esteatosis hepática, aneurisma de aorta abdominal y nefrectomía parcial por carcinoma de células renales en 2007.

El paciente se realizó una Angio-TC para control de su aneurisma de aorta abdominal no presentando sintomatología alguna a los 13 años de la nefrectomía, encontrando como hallazgo incidental una lesión en cuerpo de páncreas con hiperrealce vascular sospechosa de tumor neuroendocrino. Tras realizar una ecoendoscopia con biopsia de la lesión y sin un diagnóstico histopatológico concluyente, se decidió realizar una pancreatomecтомía distal y esplenectomía. El análisis histopatológico definitivo puso de manifiesto la presencia de una metástasis pancreática de carcinoma de células renales.

Tras 5 meses de la pancreatomecтомía y en seguimiento el paciente se encuentra asintomático y sin nuevos datos de metástasis de carcinoma de células renales

Discusión: Las metástasis pancreáticas de carcinoma de células renales suponen el 62.5-70% de las lesiones metastásicas en el páncreas. Una de las características del carcinoma de células renales es su capacidad de metastatizar en el páncreas tras un largo intervalo libre de enfermedad, y que su diagnóstico puede ser confundido con otras entidades patológicas que asientan en el páncreas.

En conclusión, hay que tener en cuenta este tipo de lesión y practicar seguimiento a largo plazo del carcinoma de células renales, ya que un diagnóstico temprano de sus metástasis en el páncreas permite un



Figura 1
Nódulo hipercaptante.

220224. LESION HEPATICA NODULAR; PECOMA

D González Sánchez¹, MM Rico Morales¹, O Fuentes Porcel¹, B Estébanez Ferrero¹, I Teruel Lillo¹, C Grás Gómez¹, M García Redondo¹, A Reina Duarte²

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

²Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería

Introducción: El pecoma es una lesión poco frecuente de carácter benigno de origen mesenquimal caracterizada histológicamente por la proliferación de células epitelioides perivasculares.

Con este caso quiere dar a conocer la forma de presentación y el transcurso de su estudio y su tratamiento.

Caso clínico: Mujer de 36 años, sin alergias conocidas, no antecedentes personales de interés que acude en varias ocasiones a urgencias por presentar fiebre y pérdida ponderal de 4 kg durante un mes. Fue estudiada por el servicio de Medicina Interna realizándose diversos estudios analíticos y serológicos descartando prácticamente patología infecciosa, marcadores tumorales negativos, presentaba elevación discreta de reactante de fase aguda y más específicamente hipereosinofilia y elevación sérica de IgG4. Se realizaron diversos estudios de imagen donde se observaba gran LOE hepática 70,8 mm (AP) x 93,2 mm (RL) x 67,2 mm (CC) en seg-VII, muy hipermetabólica y relativamente homogénea, radiológicamente es hipodensa y con límites bien definido (Figura). Se decidió biopsia para obtener una aproximación diagnóstica con resultado pseudotumor inflamatorio/tumor miofibroblástico.

A la paciente se le realizó seguimiento de la lesión durante tanto de manera analítica como con pruebas de imagen, donde presentaba discreta disminución de tamaño.

Ante no presentar un diagnóstico claro y la no resolución de la lesión se intervino quirúrgicamente practicándose una hepatectomía derecha.

La paciente presentó buena evolución y continúa en seguimiento en consultas de cirugía después de 7 meses. Los resultados definitivos de la lesión son: Neoplasia mesenquimal con evidente diferenciación miomelanocítica benigna de la familia de los Pecomas (tumores derivados de células epitelioides perivasculares) de buen pronóstico. El subtipo histológico inflamatorio es excepcional con solo 14 casos publicados y bien documentados hasta el año 2020.



Figura 1

Pecoma.

Discusión: El pecoma es un tipo de lesión poco común y el subtipo inflamatorio solo este documentado con 14 casos publicados hasta 2020. La forma de presentación es ambigua pudiendo confundirse con cuadros de otras etiologías. A raíz de este caso se quiere dar a conocer unas de sus formas de presentación menos comunes

220225. MACROLITIASIS ECTÓPICA INCIDENTAL EN EL CONTEXTO DE ÍLEO BILIAR

I Teruel Lillo, P Moya Forcén, C Gras Gómez, B Estébanez Ferrero

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

Introducción: El íleo biliar es una causa rara de obstrucción intestinal, siendo la etiología de menos del 1% de los casos de obstrucción. Es más frecuente en mujeres y pacientes ancianos. Se produce por la impactación de una gran litiasis en el íleon tras pasar al tubo digestivo por una fístula bilioentérica. Presentamos aquí un caso de íleo biliar en el que se objetivó una macrolitiasis vesicular ectópica

Caso clínico: Paciente de 75 años hipertensa, diabética y dislipémica que acude a urgencias por cuadro de obstrucción intestinal de tres días de evolución. Niega episodios previos similares. Se realiza TAC abdominal sin contraste (a), por afectación de la función renal, donde se observa gran cálculo impactado en yeyuno distal, aerobilia e imagen densa en segmento V de difícil caracterización (litiasis en divertículo, fístula...).

Se interviene a la paciente de urgencia realizando enterotomía con extracción del cálculo sin incidencias. La paciente presentó un postoperatorio sin incidencias.

Durante el ingreso se realizó Tac con contraste (b) para mejor valoración de la lesión en lecho hepático: lesión nodular de 40x36x33mm yuxtahepática que impronta sobre superficie del segmento V, hipodensa con anillo concéntrico periférico calcificado, en íntimo contacto con la pared vesicular, la pared de 2ª porción duodenal y con tracto vesículo-duodenal, sin clara comunicación con éste.

Se amplió el estudio de forma ambulatoria a los cuatro meses con una colangio-RM (b y c) donde no se evidencia fístula colecistoduodenal y se descarta alteración del árbol biliar.

La paciente se ha mantenido asintomática en domicilio y ha rechazado intervención quirúrgica definitiva.

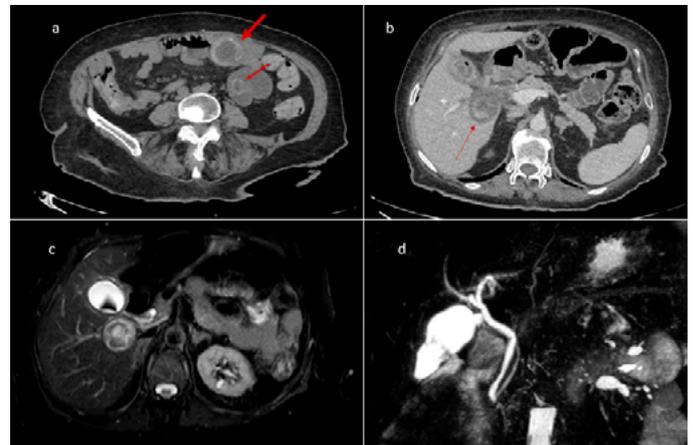


Figura 1

a) TAC sin contraste: cálculo en yeyuno distal, aerobilia, imagen densa en SV b) TAC con contraste: lesión hipodensa, sospecha de trayecto colecisto-duodenal c y d) RM: no se evidencia fístula

Discusión: El tratamiento del íleo biliar puede ser en uno o dos tiempos, dependiendo principalmente del estado del paciente, la gravedad del cuadro y su riesgo quirúrgico. En el primer caso se aborda en la misma intervención de urgencias la litiasis intestinal, la fístula enterobiliar y la vesícula. En el segundo escenario se realizaría una intervención de urgencia para solucionar el cuadro obstructivo y en un segundo tiempo se abordaría la fístula y vesícula. En nuestro caso se descartó actuar sobre la región biliar por la falta de caracterización de la fístula y la lesión adyacente al segmento V.

220227. TRATAMIENTO DE LA PERFORACIÓN ESOFÁGICA DE FORMA CONSERVADORA: ¿ES POSIBLE?

M Roldón Golet, F Ramos Muñoz, L Elmalaki, J Moreno Ruiz, CP Ramírez Plaza

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Quirón, Málaga.

Introducción: El síndrome de de Boerhaave es la ruptura esofágica espontánea debida al incremento brusco de la presión intraesofágica,

debida a la contracción de la musculatura abdominal causada por el vómito. Es una patología poco frecuente y con elevada mortalidad; pero en casos individualizados con diagnóstico precoz, es posible el tratamiento conservador.

Caso clínico: Varón de 16 años que consulta en urgencias por dolor torácico e inflamación en la región cervical a raíz de un cuadro de náuseas y vómitos de 2 días de evolución. Analítica de sangre sin alteraciones y rx de tórax con neumomediastino (**figura 1**). TAC Abdominal con gastrografín: sin observar hallazgos de extravasación del contraste ni derrame pleural, pero que confirma el neumomediastino, acompañado de un enfisema subcutáneo cervical (**figura 2 y 3**). Con estos hallazgos se diagnostica de perforación esofágica por síndrome de Boerhaave.

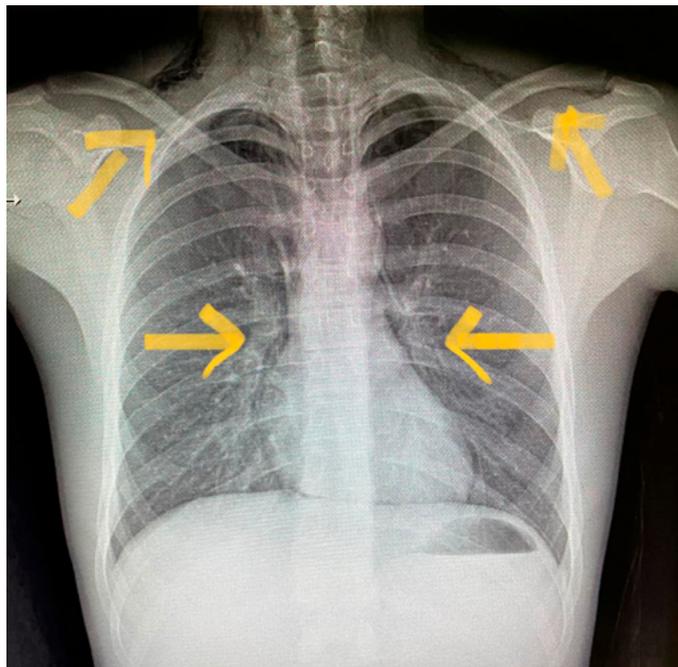


Figura 1

Rx de tórax con neumomediastino.

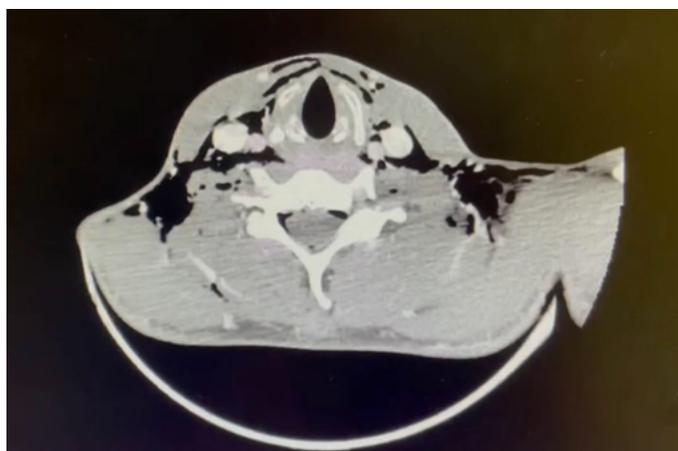


Figura 2

Enfisema subcutáneo cervical.

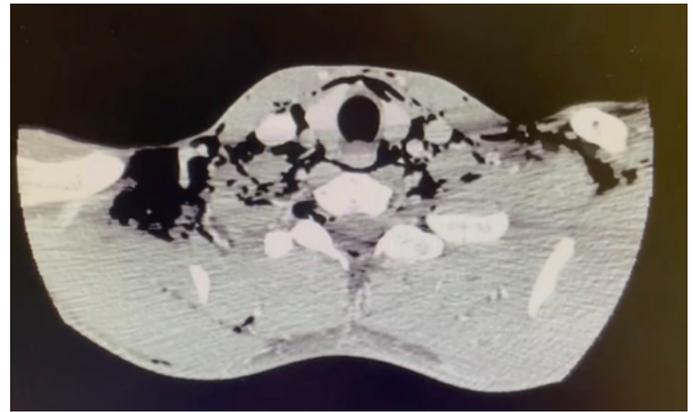


Figura 3

Enfisema subcutáneo cervical.

Discusión: El tratamiento de la perforación esofágica puede ser tanto conservador como quirúrgico. La decisión debe ser individualizada, teniendo en cuenta los criterios descritos por las guías de la WSES para el tratamiento conservador:

1. <24h desde perforación o inicio de síntomas.
2. Clínicos: estabilidad hemodinámica.
3. Radiológicos: perforación cervical o torácica, no extravasación de contraste ni afectación de órganos vecinos.
4. No antecedentes de patología esofágica.
5. Hospital con posibilidad de vigilancia, UCI y cirujano de guardia.

Si se lleva a cabo este tipo de tratamiento es indispensable ingresar al paciente en una unidad donde esté monitorizado, administrar antibioterapia de amplio espectro, bomba de inhibidores de la bomba de protones y nutrición parenteral.

En este caso, dada la estabilidad hemodinámica del paciente, no presentar patologías previas y con una perforación contenida, se trató de forma conservadora, con vigilancia estrecha y buena evolución hasta la resolución del cuadro.

220228.ADENOCARCINOMAPULMONAR METASTIZADO A VESÍCULA BILIAR

I Teruel Lillo¹, B Estébanez Ferrero¹, MM Rico Morales¹, C Gras Gómez¹, FJ Velasco Albendea²

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

Introducción: Las metástasis en vesícula biliar resultan ser extremadamente raras y se acompañan de un pronóstico infausto. El melanoma es el tumor que más frecuentemente metastatiza en la vesícula biliar. Presentamos aquí un caso de metástasis en vesícula biliar de un cáncer de pulmón.

Caso clínico: Mujer de 59 años, gran fumadora, con adenocarcinoma de pulmón en estadio T3N2M0 a los 57 años. Tras 15 días del diagnóstico, presenta ictericia secundaria a coledocolitiasis, resuelta con CPRE. Posteriormente, recibe quimioterapia y radioterapia.

El PET-TAC (Figura 1) muestra respuesta metabólica casi completa de la lesión pulmonar y las adenopatías, con un foco hipermetabólico sobre la vesícula biliar pudiendo estar en relación con actividad inflamatoria sin poder descartar otra etiología. Los marcadores tumorales resultaron negativos.

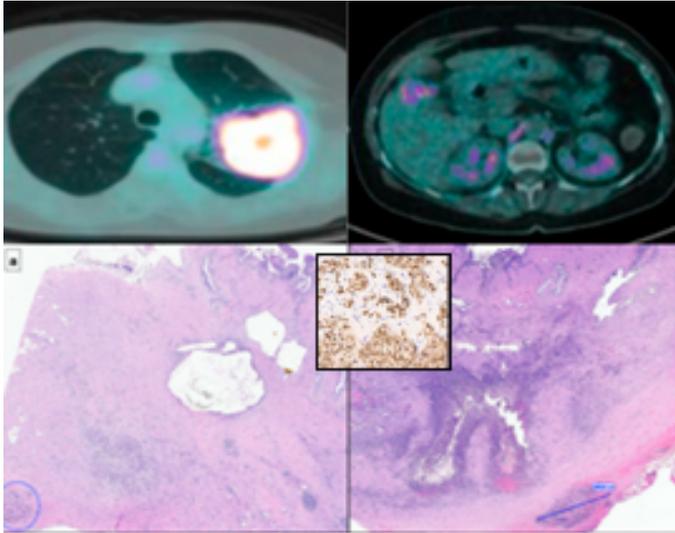


Figura 1

PET-TAC: foco hipermetabólico sobre vesícula. Cortes histológicos con los focos de células neoplásicas, positivas para TTF1.

Se realiza una colecistectomía laparoscópica y la revisión anatomopatológica intraoperatoria descarta patología neoplásica en los cortes estudiados. Sin embargo, en el estudio definitivo se evidencian tres implantes metastásicos de adenocarcinoma concordante con el primario pulmonar dado que presentan positividad para TTF1 (marcador de organoespecificidad pulmonar) en la población celular tumoral. También presenta colecistitis crónica litiásica.

Al mes de la intervención, se objetiva recidiva cerebral, ósea, ganglionar y pulmonar, mostrando una supervivencia de 2,5 meses tras la cirugía.

Discusión: Resulta complejo discernir entre carcinoma primario de vesícula y lesión metastásica. El primario suele acontecer en mujeres con coledocolitiasis, en cambio, una vesícula alitiásica parece ser más consistente con metástasis. Para su diagnóstico, el PET/TAC F-18FDG se ha mostrado como una herramienta útil.

220229. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN URGENCIAS DE HERNIA INTERNA POR URETEROSTOMÍA CUTÁNEA

S Borrego Canovaca, E Perea del Pozo, F Aguilar del Castillo, D Aparicio Sánchez, I Martínez Casas, F Pareja Cíuró

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

Introducción: La técnica laparoscópica realizada en el ámbito de cirugía urgente presenta un alto nivel de evidencia con respecto a la cirugía abierta en cuanto a disminución de morbilidad quirúrgica, dolor postoperatorio y tiempo de estancia hospitalaria, por lo que es la técnica de elección en casos favorables.

Caso clínico: En este caso se nos presenta un cuadro obstructivo de más de 48h de evolución no resuelta tras manejo conservador debido a una adherencia a nivel de íleon terminal en el contexto del lecho de ureterostomía derecha previa actualmente no funcionante. Se decide realización de laparoscopia exploradora urgente como primer abordaje.

Se realiza laparoscopia exploradora mediante la introducción de un primer trócar óptico supraumbilical de 11mm mediante la reducción de saco herniario de hernia M2W1; colocación de resto de trócares bajo visión directa 5 mm en FII y el último de 5 mm en vacío izquierdo evitando la ureterostomía izquierda. Durante este proceso se realiza un estudio exhaustivo de todo el intestino delgado hasta alcanzar el cambio de calibre hallándose una torsión intestinal a ese nivel debido a una adherencia del intestino a uréter. Procedemos a punto de refuerzo en serosa de asa liberada y tras consenso junto a Urología se decide resección del uréter derecho junto a adhesiolisis. Se continua el resto del estudio con comprobación de hemostasia y adecuada vascularización de intestino comprometido.

El paciente es dado de alta a las 48 h de la intervención con tránsito a heces y tolerando dieta oral.



Figura 1

Adherencia ileal a ureterostoma derecho.

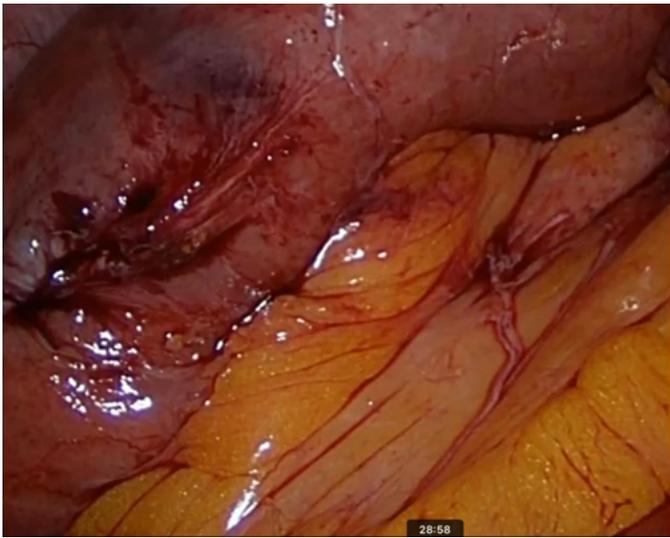


Figura 2

Sutura de deserosamiento en segmento ileal adherido previamente a ureterostoma.

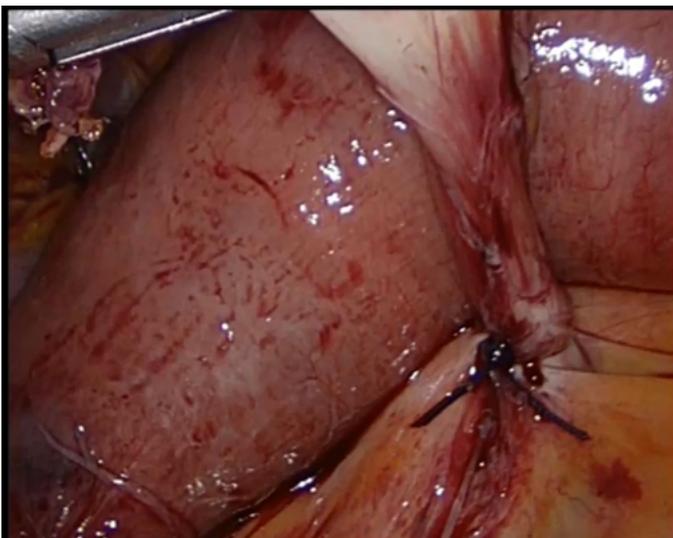


Figura 3

Sección de base retroperitoneal de uréter derecho con endoloop.

220230. MANEJO QUIRÚRGICO DE LA DEHISCENCIA DE LA SUTURA PRIMARIA TRAS ÚLCERA PILÓRICA PERFORADA

M Roldón Golet, L Elmalaki, F Ramos Muñoz, A Del Fresno Asensio, J Moreno Ruiz, CP Ramírez Plaza

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Quirón, Málaga.

Introducción: Varón de 52 años que presenta un cuadro de dolor abdominal intenso y vómitos de 3 días de evolución y un TC abdominal con neumoperitoneo, líquido perihepático y un engrosamiento del antro gástrico, sugerente de perforación.

Se decide intervención quirúrgica urgente, hallando una úlcera yuxtapiórica, sobre la cual se realiza sutura primaria y epiploplastia por vía laparoscópica.

Caso clínico: En el 5º día postoperatorio presenta absceso subfrénico de 10 cm objetivado por TAC asociado a fiebre, que se drena de forma percutánea. En el análisis de débito del drenaje aparecen valores de amilasa y bilirrubina elevados, por lo que se sospecha de un fallo de la sutura primaria.

Se decide reintervención mediante laparotomía, hallando una dehiscencia de más del 50% de la circunferencia del estómago. Tras comprobar la imposibilidad de un nuevo cierre, se lleva a cabo una antrectomía con reconstrucción en "Y de Roux" y cierre del muñón duodenal con sutura manual reforzada de doble capa.

Durante el postoperatorio el paciente presenta al 9º día postoperatorio una fístula del muñón duodenal recogida por un drenaje derecho y tratada de forma conservadora.

Discusión: Según lo recogido en la literatura, la prevalencia de la dehiscencia de la sutura primaria en la de perforación por úlcera yuxtapiórica ocurre en el 10% de los casos. Los factores relacionados con esta complicación son:

- Más de 2 puntos para el cierre de la úlcera
- Duración de la cirugía >75min
- Paciente >45 años

Al tratarse de un entorno inflamatorio y con fibrosis, el tratamiento conservador es muy poco eficaz (antibioterapia, sonda nasogástrica y drenaje de la colección), por lo que la reintervención quirúrgica es la opción más adecuada.

En la cirugía, al encontrar una úlcera que ocupaba más del 50% de la circunferencia del estómago, en el contexto de una peritonitis biliar, se consideró imposible la realización de un nuevo cierre. Es por eso que se llevó a cabo una antrectomía con reconstrucción en "Y de Roux" como técnica que asegurara la resolución completa de la complicación. Como hallazgo casual se objetivó un conducto pancreático accesorio (**figura 1**) insertándose en el duodeno, que hizo más complejo el cierre del muñón.

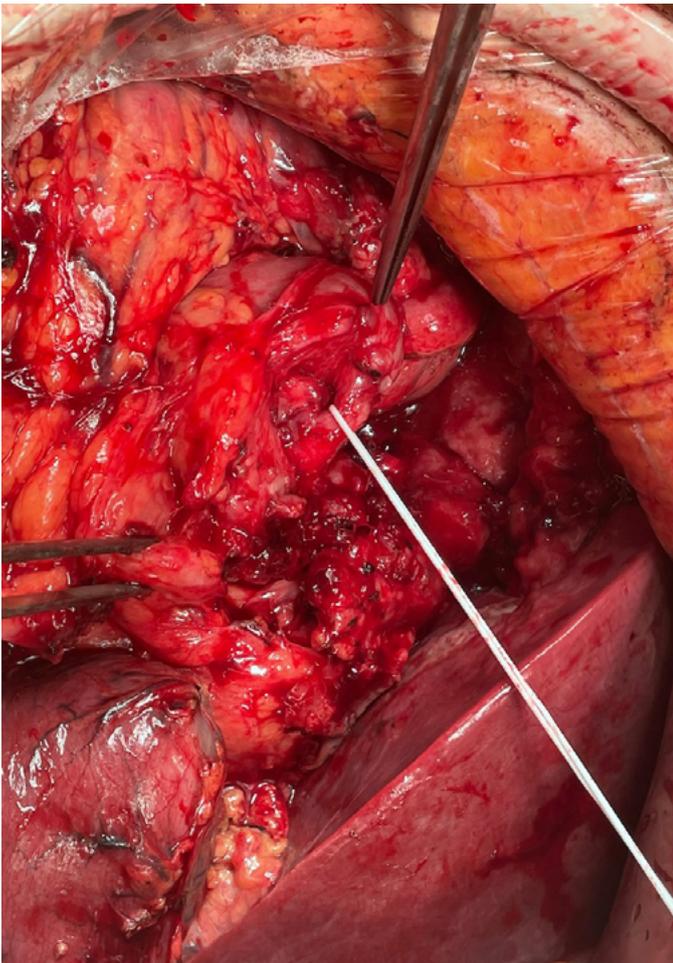


Figura 1

Conducto pancreático accesorio.

La antrectomía con reconstrucción en “Y de Roux” se trata de una técnica adecuada de rescate y resolución definitiva en casos de dehiscencia de sutura primaria de úlcera pilórica.

220231. HERNIA DIAFRAGMÁTICA TIPO IV EN EL CONTEXTO DE COLECISTITIS AGUDA

I Teruel Lillo, J Ruiz Pardo, C Gras Gómez, P Sánchez Fuentes

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

Introducción: Las hernias de hiato son un hallazgo frecuente de radiólogos y gastroenterólogos. Se pueden clasificar en dos grupos: por deslizamiento y paraesofágicas. Las primeras se caracterizan por el desplazamiento de la unión gastroesofágica por encima del diafragma, manteniéndose el fundus por debajo de la unión. El segundo tipo se trata de hernias en las que el fundus gástrico se ha desplazado a tórax por un defecto de la membrana frenoesofágica. A su vez, éstas se pueden clasificar en tres subtipos.

Caso clínico: A pesar de que las hernias de hiato son una patología frecuente, aunque no siempre sintomáticas, las paraesofágicas suponen aproximadamente un 5% de las mismas. Las hernias tipo IV,

son aquellas en las que se observa un defecto mayor de membrana frenoesofágica y nos encontramos con otros órganos abdominales en su interior, como el caso de nuestro paciente. Paciente de 83 años hipertenso, con insuficiencia renal leve y antecedente de infarto agudo de miocardio, que acude por epigastralgia de 24 horas de evolución, sin relacionarse con la ingesta, y que irradia a hipocondrio derecho, tipo cólico. El dolor no se ha acompañado de náuseas ni vómitos. En la analítica únicamente destaca una leve leucocitosis con neutrofilia. Se realiza TAC abdominal de urgencias donde se objetiva además de signos compatibles con colecistitis una gran hernia de hiato con estómago, colon y parte de cabeza de páncreas en su interior con tracción de mesos y vasos. No se objetiva ninguna complicación asociada a la hernia y el paciente niega sintomatología previa de pirosis o intolerancia oral.

El paciente precisó de drenaje percutáneo de la vesícula por mala evolución, descartándose intervención quirúrgica por sus comorbilidades. Tras la colecistostomía presentó evolución favorable pudiendo ser dado de alta al décimo día tras ingreso.

En la revisión ambulatoria el paciente se mantenía asintomático por lo que no se propuso reparación de la hernia de hiato.

A pesar de que las hernias de hiato son una patología frecuente, aunque no siempre sintomáticas, las paraesofágicas suponen aproximadamente un 5% de las mismas. Las hernias tipo IV, son aquellas en las que se observa un defecto mayor de membrana frenoesofágica y nos encontramos con otros órganos abdominales en su interior, como el caso de nuestro paciente.

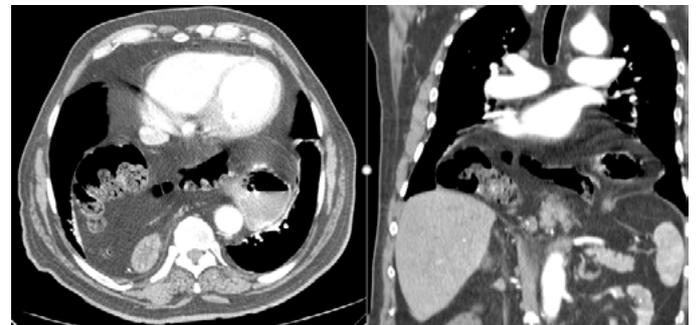


Figura 1

Hernia paraesofágica con colon, estómago y páncreas en su interior.

220232. FÍSTULA ANASTOMÓTICA TARDÍA TRAS NEOPLASIA DE RECTO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

M Fernández Baeza¹, R Conde Muíño¹, JL Díez Vigil², A Carrillo Acosta¹, C Pérez Duran¹, I Segura Jiménez², F Huertas Peña¹, T Torres Alcalá¹

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: La fistula anastomótica tardía es una entidad rara que puede aparecer en pacientes intervenidos de resecciones anteriores bajas de recto que han sido tratados con radioterapia perioperatoria. El objetivo del presente trabajo es determinar las características de los pacientes que se han visto afectados por esta patología tratados en nuestro centro, así como posibles factores predisponentes.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes diagnosticados de fistula anastomótica tardía entre 2012 y 2019 tras cirugía por neoplasia de recto.

Se recogieron datos demográficos como el sexo y la edad, presentación clínica, tratamiento y datos relacionados con la radioterapia.

Se calcularon medidas de frecuencia absoluta y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables numéricas. Los datos fueron analizados mediante el software IBM SPSS Statistics 21.

Resultados: Se recogieron 6 pacientes, de los cuales 1 fue una mujer y 5 hombres. La edad media de presentación fue de 57 años.

En cuanto al cuadro clínico, dos de ellos fueron diagnosticados por fiebre y proctalgia, otros dos de los casos debutaron con fecaluria e infecciones de orina de repetición y otros dos pacientes lo hicieron con una gangrena de Fournier.

El tratamiento de dichos pacientes fue amputación abdominoperineal en 3 de ellos (50%), colostomía de descarga en otros dos de los pacientes (33,3%) y otro caso (16,7%) fue tratado mediante drenaje y colocación de endoSponge (Tabla 1).

Clínica		Tratamiento	
Fiebre y proctalgia	2 (33,3%)	Amputación abdominoperineal	3 (50%)
Fecaluria e infecciones de orina	2 (33,3%)	Colostomía de descarga	2 (33,3%)
Gangrena de Fournier	2 (33,3%)	Drenaje y EndoSponge	1 (16,7%)

Tabla 2
Presentación clínica y tratamiento de la dehiscencia anastomótica tardía.

De los pacientes estudiados, 5 (83,3%) recibieron radioterapia neoadyuvante, mientras que 1 de ellos (16,7%) recibió radioterapia adyuvante. De los 6 pacientes, 5 recibieron una dosis total de radioterapia de 50,4 Gy, mientras que en uno de ellos no se pudo completar la última sesión por anemia, administrándose en este caso 46,8 Gy (Tabla 2).

El tiempo medio de presentación la fistula anastomótica fue de 33 meses tras la administración de la última dosis de radioterapia neoadyuvante y de 21 meses en el caso de radioterapia adyuvante.

Radioterapia			
Neoadyuvante	Adyuvante	Dosis	
		50.4 Gy	46.8 Gy
5 (83,3%)	1 (16,7%)	5 (83,3%)	1 (16,7%)

Tabla 2
Tipo de radioterapia y dosis recibida.

Conclusiones: La fistula anastomótica tardía es una entidad que puede implicar una importante de morbimortalidad así como un deterioro de la calidad de vida de estos pacientes y un posible retraso de la terapia adyuvante. En nuestro centro, es de destacar que todos habían recibido radioterapia, por lo que a pesar de que la muestra es pequeña, lo podemos considerar un factor de riesgo para la aparición de dicha patología.

220233. VÓLVULO COLÓNICO SECUNDARIO A DILATACIÓN GÁSTRICA MASIVA

M López-Cantarero García-Cervantes, L Sobrino Brenes, J Cintas Catena, M Retamar Gentil, JA López Ruíz

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

Introducción: La dilatación gástrica aguda se ha relacionado con los trastornos de alimentación como son la anorexia o bulimia nerviosa, entre otras muchas causas. Esta rara complicación de dichos trastornos es una condición grave, que amenaza la vida del paciente. En la mayoría de los casos reportados, la dilatación gástrica masiva sucede tras los llamados atracones.

La indicación quirúrgica de estos pacientes viene dada por la prevención o tratamiento de la rotura gástrica secundaria a la dilatación masiva, entre otros. Presentamos un caso atípico en el que la dilatación gástrica masiva causa una rotación del colon ascendente sobre su eje mesentérico o vólvulo de ciego.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 38 años con antecedentes de trastorno de alimentación tipo bulimia y amenorrea secundaria, que acude a urgencias por dolor abdominal intenso y distensión generalizada de todo el abdomen, sin náuseas, vómitos o alteraciones del tránsito intestinal. El TC informa de dilatación de esófago y cámara gástrica con neumatosis en la curvatura menor, junto con dilatación de colon ascendente y ciego, el cual muestra neumatosis en su pared. El resto del colon se encuentra colapsado.

Se realiza acceso mediante laparotomía media, apreciándose gran dilatación gástrica y del colon ascendente con disrupción de la serosa cecal sin signos macroscópicos de isquemia, causado por una torsión sobre su eje mesentérico en sentido anti horario o vólvulo de ciego tipo II. Se realiza detorsión y sección mediante hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica manual. Seguidamente se lleva a cabo gastrotomía para aspiración del contenido. Por último, se realiza cierre de gastrotomía y de laparotomía.



Figura 1

Rx. abdomen.



Figura 2

TC abdomen.

Tras 15 días de estancia en hospitalización, en valoración conjunta multidisciplinaria, la paciente es dada de alta, con única complicación de infección de laparotomía que se maneja de manera conservadora.

Discusión: No se ha encontrado en la literatura ningún caso de dilatación gástrica que cause una volvulación de cecal. Este es el primer caso publicado en la literatura de distensión gástrica aguda en paciente con trastorno alimentario, que provoca una volvulación del colon ascendente y ciego con compromiso intestinal. El manejo de estos pacientes se basa en una alta sospecha y diagnóstico rápido, descompresión temprana gástrica mediante SNG y/o gastrotomía, vigilando que el estómago no presente ningún signo de isquemia, y resección del segmento ileocólico afecto mediante resección y anastomosis, siempre y cuando el paciente esté hemodinámicamente estable.

220234. PERIHEPATITIS Y PERITONITIS POR NEISSERIA GONORROHAEAE

E Ferre Ruiz, M Pérez Reyes, M Neuhaus Nevado, MP Gutiérrez Delgado, J Carrasco Campos, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es una infección aguda del tracto ginecológico superior (teoría del ascenso), que afecta a estructuras vecinas por contigüidad, pudiendo generar complicaciones como la peritonitis pélvica/abdominal o la perihepatitis, que son bastante infrecuentes. En la actualidad, su primera causa es la infección por *Chlamydia trachomatis*, seguida de *Neisseria gonorrhoeae*.

Caso clínico: Mujer de 34 años, apendicectomizada, sin otros antecedentes. Acude a Urgencias por dolor en hemiabdomen inferior de 3 días de evolución, sin otra clínica asociada. Refiere haber mantenido relaciones sexuales de riesgo las 2 semanas previas. A su llegada presentaba aceptable estado general, afebril, con tendencia a la hipotensión, pero sin repercusión clínica. La exploración mostraba un abdomen distendido y timpánico, con irritación en hemiabdomen inferior.

Análiticamente se evidenció una PCR de 222mg/L, leucocitosis de $58.650 \cdot 10^9/L$ con desviación a la izquierda y una alteración de la coagulación (TP 58.5%, INR 1.34). Se realiza un TC con contraste intravenoso abomino-pélvico, el cual informan como posible EPI, sin evidenciar absceso a nivel tubo-ovárico. La exploración ginecológica reglada fue normal.

Ante el empeoramiento clínico se decide revisión en quirófano, donde se evidencia una placa de fibrina sobre útero y anejos, que se encuentran edematosos. Asimismo, se encuentra moderada cantidad de líquido purulento en Douglas (se tomaron cultivos) y a nivel de hipocondrio derecho e izquierdo. Se realizó un lavado profuso y se colocó un drenaje intrabdominal. Los cultivos fueron positivos para *Neisseria gonorrhoeae*.

En el postoperatorio inmediato tuvo un íleo paralítico que se resolvió con medidas conservadoras. Al 7º día postoperatorio comienza con edemas en ambos miembros inferiores sin causa

aparente, por lo que se solicita un nuevo TC, que muestra un hígado con atenuación heterogénea, junto con edema periportal, en relación con posible perihepatitis (Figura 1). Al 9º día postoperatorio, tras mejoría clínica y analítica, fue dada de alta con antibioterapia.



Figura 1
Hígado con atenuación heterogénea, en mosaico. Imagen pseudonodular hipodensa en segmento VII. Edema periportal.

Discusión: El reto diagnóstico de la peritonitis y la perihepatitis gonocócica se debe al solapamiento clínico de diferentes enfermedades que cursan con abdomen agudo, como la apendicitis o colecistitis, que tienen una mayor incidencia en nuestro medio. Todo ello, sumado a que en ocasiones la ecografía transvaginal no muestra alteraciones ginecológicas. Por ello, es necesario tener en cuenta la posibilidad de una infección de transmisión sexual ante un cuadro clínico de dolor abdominal en mujeres jóvenes sexualmente activas, siendo fundamental el estudio microbiológico para llevar a cabo un correcto tratamiento.

220235. INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A EN HERNIAS INGUINALES GIGANTES

A de Laguno de Luna¹, L Arrebola Luque², I Pérez Mesa², G Salguero Seguí², L Valdés Vílchez³, N Gándara Adán²

¹Departamento Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²Departamento Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospital Costa del Sol, Marbella. ³Departamento Investigación. Complejo Hospital Costa del Sol, Marbella

Introducción: La reparación de hernias complejas de gran tamaño con pérdida de derecho a domicilio supone un reto quirúrgico. Para alcanzar el cierre sin tensión disponemos de diversas técnicas como la inyección de toxina botulínica tipo A (TBA) en el preoperatorio: una neurotoxina producida por Clostridium botulinum que causa denervación funcional de los músculos bloqueando el neurotransmisor de acetilcolina consiguiendo una parálisis flácida con una elongación y relajación muscular que facilita la reparación.

Caso clínico: Presentamos dos pacientes varones de 72 años que consultaron por hernia inguino-escrotal derecha gigante, sin antecedentes de interés. Los pacientes referían clínica de dolor local y dificultad para la deambulación, sin síntomas de complicación.

Se realizó TC abdomino-pélvico previo calculando un diámetro de saco de 16,5x20x28 y 14x17x25cm respectivamente, el resto de valores se exponen en la **tabla 1**.

	Caso 1	Caso 2
Volumen saco	38,43	36,57
Volumen cavidad abdominal	40,75	38,64
Ratio	1,06	1,16
Diámetros saco	16,5 x 20 x 28	14 x 17 x 25 cm
Diámetros cavidad abdominal	12 x 24 x 34,5	10 x 21 x 31

Tabla 1
Medidas en TC en valsalva previo a cirugía.

Se llevó a cabo infiltración ecoguiada de TBA 6 semanas antes de la cirugía, en régimen ambulatorio, inyectándose 600 unidades y 400 unidades respectivamente, en 5 puntos bilateralmente: línea axilar media en reborde costal, cresta iliaca y línea axilar anterior en oblicuo externo, oblicuo interno y transverso.



Figura 1
Caso 2.

Posteriormente se procedió a la reparación quirúrgica por vía anterior. En el primer caso con resección parcial del saco herniario y malla de polipropileno macroporosa; y en el segundo caso (Figura 1) con malla bicapa intraperitoneal y malla de Polipropileno subaponeurótica. Durante el postoperatorio el caso 1 no presentó complicaciones y fue dado de alta a las 24 horas; el caso 2 presentó hematoma postquirúrgico tratado de forma conservadora y fue dado de alta el 6º día postoperatorio. En el seguimiento la evolución es satisfactoria sin evidencia de recidiva herniaria.

Discusión: Previo a la inyección de TBA se requiere la realización de TC en valsalva calculando el volumen del saco herniario, el volumen de la cavidad abdominal y el ratio entre ambos.

Un ratio de 0,5 indica que 1/3 del total del volumen visceral está fuera de la cavidad abdominal, un ratio de 1 indicaría que la ½ del volumen se encuentra en la hernia. La aplicación de TBA está indicada en casos con un diámetro de saco herniario >13cm o un ratio <20%.

Se recomienda estudio por parte de neumología y fisioterapia respiratoria perioperatoria.

Se trata de una técnica segura, que permite aumentar el volumen de la cavidad abdominal alcanzando el cierre aponeurótico en un porcentaje significativamente mayor que en los casos en los que no se aplica y disminuyendo el riesgo de síndrome compartimental.



Figura 1

220237. MIGRACIÓN INTRALUMINAL DE MALLA TRAS EVENTROPLASTIA: A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

AM Sánchez Díaz, C Rodríguez Silva, E Ferre Ruiz, J Rivas Becerra, R García Martín, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La fístula enterocutánea es una patología poco frecuente. Hasta en el 90% de los casos se desarrollan después de una cirugía y cuando se producen, suponen un gran reto para los cirujanos debido a su gran complejidad. Esta patología requiere un tratamiento multidisciplinar e individualizado.

Caso clínico: Varón de 71 años intervenido de eventración abdominal (M1M3W1) en tres ocasiones, llevándose a cabo la colocación de los siguientes tipos de malla: Kugel intraperitoneal (2011), malla proceed intraperitoneal (2012) y malla Optilene onlay (2014).

Consulta en 2021 por drenaje de material purulento fétido a través de cicatriz. En TAC abdominal se identifica fístula enterocutánea (Figura 1).



Figura 2

Se realiza laparotomía exploradora identificando plastrón inflamatorio que implica 60cm de yeyuno y que fistuliza hacia la cicatriz previa. Se realiza resección en bloque, objetivando la inclusión completa de malla intraperitoneal en la luz intestinal (Figura 2). Se realiza eventroplastia Rives-Stopppa con malla Optilene Silver retromuscular. Evolución postoperatoria satisfactoria.

Discusión: La migración hacia intestino de la malla colocada en plano intraperitoneal para la reparación de una hernia/eventración es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave, pudiendo producir desde dolor abdominal crónico, cuadros oclusivos/suboclusivos, hasta cuadros graves de perforación intestinal.

La colocación de malla intraperitoneal puede ser una técnica útil en algunos pacientes, teniendo en cuenta que la malla que se coloque en contacto con las vísceras, debe ser de material antiadherente, sin embargo, para evitar este tipo de complicación se debería tener en cuenta otras técnicas con buenos resultados como es la colocación de malla preperitoneal, retrorrectal o supraponeurotica.

220238. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA INGUINAL DE URGENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

P González Rojo, JL Cuba Castro, JM Cabrera Bermón

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

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva de la hernia inguinal es en la actualidad una práctica ampliamente consolidada. La evidencia científica demuestra que, en manos expertas, ofrece resultados similares a la vía anterior abierta en cuanto a tiempo operatorio, complicaciones y tasa de recurrencia. Puede llegar a ser superior en términos de tiempo de recuperación y dolor postoperatorio. Sin embargo, no existen en la actualidad estudios multicéntricos sobre el abordaje laparoscópico de la hernia inguinal en el ámbito de la cirugía de urgencias.

El objetivo de la presente comunicación es exponer un caso de hernia inguinal estrangulada con isquemia intestinal tratado mediante TAPP laparoscópico en nuestro centro.

Caso clínico: Mujer de 81 años, normoconstituída y con buena calidad de vida, con hernia inguinal primaria derecha de larga evolución sin episodios de encarceración previos. Consultó por tumoración dolorosa de unas 10 horas de evolución que a la exploración se constató irreductible, asociando clínica obstructiva. Es diagnosticada de hernia inguinal complicada y se plantea intervención quirúrgica urgente, optando por un abordaje transabdomino-preperitoneal laparoscópico.

Cirugía:

Neumoperitoneo bajo visión directa. A la exploración de la cavidad abdominal se apreció defecto inguinal directo M2 con herniación de asa de íleon. Tras quelotomía, se reduce con maniobras de taxis el contenido con facilidad, objetivándose segmento intestinal necrótico. Reparación con malla macroporosa de polipropileno y cierre del flap peritoneal. En un segundo tiempo, se amplió el orificio de trocar umbilical hasta conformar una mini laparotomía media, exteriorizando el intestino afecto. Se realizó resección del mismo y anastomosis mecánica.

Durante el postoperatorio la paciente presentó una evolución satisfactoria, siendo dada de alta al tercer día con buena tolerancia a dieta y deambulando.

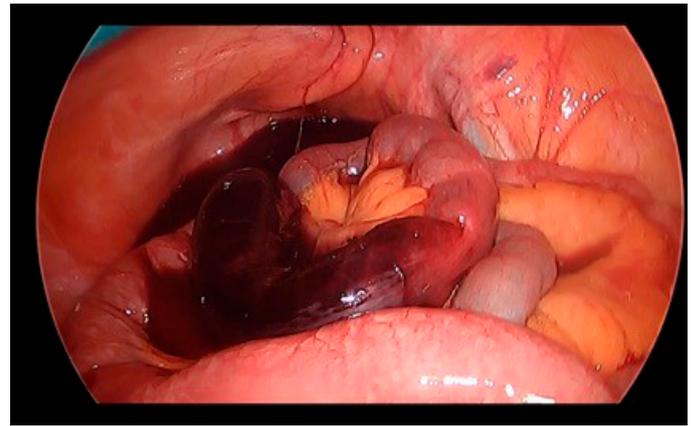


Figura 1

Asa de íleon necrótica contenida en el saco herniario.

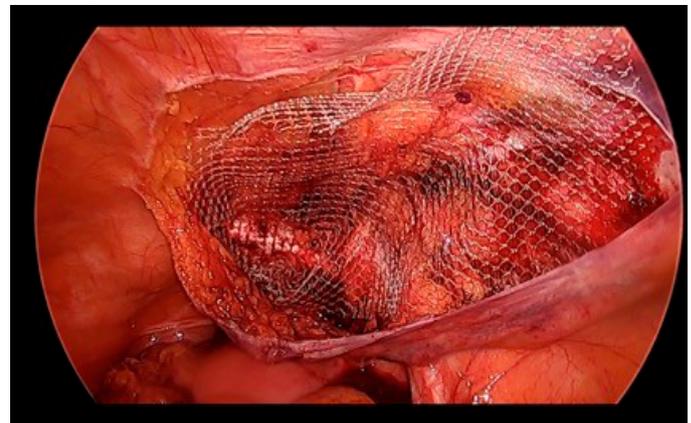


Figura 2

Colocación de malla.

Discusión: Tal y como refleja la Guía internacional, no existe en la actualidad una técnica gold-standard en el tratamiento de la hernia inguinal complicada. La tendencia actual es el abordaje abierto por vía posterior y la implementación del abordaje laparoscópico en grupos expertos en pared abdominal.

Cabe destacar la morbilidad de la hernia inguino-crural en mujeres, con mayor frecuencia de complicación y morbilidad. Así, en mujeres se recomienda siempre el abordaje posterior para el adecuado control de todo el orificio miopectíneo. En este punto es interesante la ventaja que proporciona la laparoscopia para evaluar la viabilidad intestinal.

Como conclusión: aunque la evidencia es escasa, las primeras series de pacientes reclutadas para estudios multicéntricos indican que la cirugía endoscópica de la hernia inguinal complicada es posible, segura y eficaz en manos expertas.

220240. EVOLUCIÓN DE LA HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA EN NUESTRA UNIDAD DE CMA: DESDE 2015 A LA ACTUALIDAD

AM Sánchez Díaz, C Rodríguez Silva, C González Sánchez, J Rivas Becerra, F Ramos Muñoz, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Evaluar de la evolución de la cirugía laparoscópica aplicada a la hernioplastia inguinal, así como conocer la tasa de recidiva y complicaciones en nuestra unidad de CMA.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de las hernioplastias inguinales laparoscópicas realizadas desde enero de 2015 a diciembre de 2021 en nuestra unidad.

Resultados: Se intervinieron un total de 263 pacientes entre enero de 2015 y diciembre de 2021. El 92,8% de los pacientes hombres, con una media de edad de 52 años. El 55,9% de los pacientes presentaban un ASA II, el 39,2% ASA I y solo el 1,5% ASA III.

La técnica mayoritaria fue el TEP (85,6%). Solo en el 14,4% de los pacientes se llevó a cabo la técnica TAPP, en aquellos que fueron intervenidos de colecistectomía laparoscópica en el mismo acto, mujeres o con antecedentes de cirugía previa abdominal.

En los pacientes intervenidos de hernioplastia bilateral el tiempo medio de cirugía fue de 107 minutos, mientras que en los pacientes con hernia inguinal unilateral el tiempo medio fue de 93 minutos.

En el primer periodo (2015-2018) se intervinieron 118 pacientes, el 63,1% de estos fueron intervenidos en régimen de CMA. El 17,2% de los pacientes presentaron ningún tipo de complicación: se produjeron 4 recidivas (3,39%), 1,6% de los pacientes presentaron dolor postoperatorio con necesidad de seguimiento, el 5% de los pacientes presentaron dolor testicular/orquitis. No se produjo ninguna hernia por trócar.

En el segundo periodo (2019-2021) se intervinieron 139 pacientes, el 89,4% fueron intervenidos en régimen de CMA, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). En este periodo el 16,3% presentaron complicación: 2 recidivas (1,4%), el 3,5% presentaron dolor (dos de ellos ya presente en el preoperatorio), 2,8% molestias testiculares/orquitis y 2 casos presentaron hernia por trócar (1,4%).

En cuanto a las complicaciones, analizando ambos grupos, no existen diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: La hernioplastia inguinal laparoscópica es una técnica segura y con una baja tasa de recidiva en pacientes seleccionados. Presenta un porcentaje bajo de complicaciones y supone grandes ventajas para el paciente sobre todo en una unidad con cirujanos experimentados en esta técnica, que requiere de una curva de aprendizaje mayor que la hernioplastia inguinal por vía abierta.

220241. USO DE BANDA ELÁSTICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES ¿SE PUEDE EVITAR LA HEMORROIDECTOMIA?

AM Sánchez Díaz, C Sanchez González, A Cruz Muñoz, C Rodriguez Silva, A Cabello Burgos, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Conocer los resultados del empleo de la banda elástica en nuestro servicio en el tratamiento de la patología hemorroidal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes tratados con banda elástica en nuestra unidad desde 2017 hasta la actualidad. Se ha estudiado variables epidemiológicas, escala EVA, consultas a urgencias, resultados clínicos y complicaciones. Se ha empleado el programa SPSS para el tratamiento estadístico de los datos.

Resultados: En nuestro centro, fueron tratados 142 pacientes con hemorroides grado II/III en el periodo indicado en la consulta externa de cirugía, 85 hombres y 56 mujeres siendo la edad media de los pacientes 55.3 años. El principal motivo de consulta fue rectorragia en el 55.6% de los pacientes.

Más del 80% de los pacientes no presentaron complicaciones tras la colocación de la banda. En los pacientes que presentaron algún tipo de complicación, la más frecuente fue el dolor, siendo este moderado/severo en 14 casos (9.9%) seguida del sangrado anal en 6 pacientes (4.2%). 5 pacientes (3.5%) acudieron a urgencias en el mes siguiente al procedimiento por dolor y sangrado anal. Un paciente fue motivo de ingreso por sangrado. 5 pacientes (3,5%) presentaron recidiva hemorroidal que se incluyeron en LEQ para posterior hemorroidectomía.

Conclusiones: La banda elástica es una técnica eficaz en el tratamiento de las hemorroides grado II/III. Puede realizarse en consulta externa sin anestesia, tiene escasa morbilidad y evita en la mayoría de los casos la hemorroidectomía.

220243. RAMPS POSTERIOR COMO ABORDAJE IDEAL PARA LA NEOPLASIA DEL CUERPO Y COLA DE PÁNCREAS

M Roldón Golet, F Ramos Muñoz, L Elmalaki, JA Pérez Daga, CP Ramírez Plaza

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Quirón, Málaga.

Introducción: La pancreatoesplenectomía radical modular anterógrada posterior (RAMPS) es una técnica quirúrgica que ofrece mayor radicalidad oncológica para el tratamiento quirúrgico de las neoplasias de cuerpo y cola de páncreas.

Caso clínico: Mujer de 44 años con antecedentes de neoplasia de cuerpo y cola de páncreas con trombosis de la vena esplénica e infiltración de la arteria esplénica (**Figura 1**), además de dos metástasis hepáticas en el estudio de extensión y un marcador de CA19-9 elevado. Tras 10 ciclos de quimioterapia con Folfirinox, había

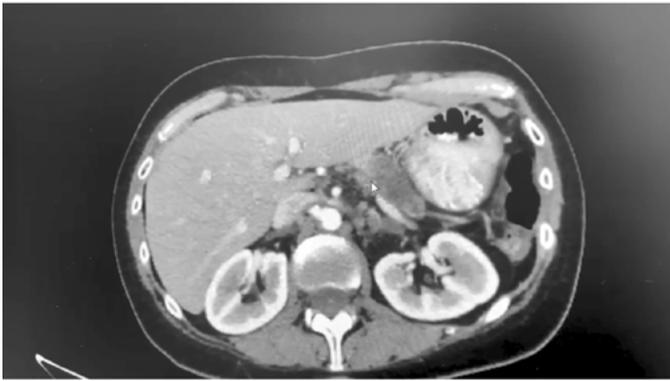


Figura 1

TAC Abdominal estudio de extensión inicial.

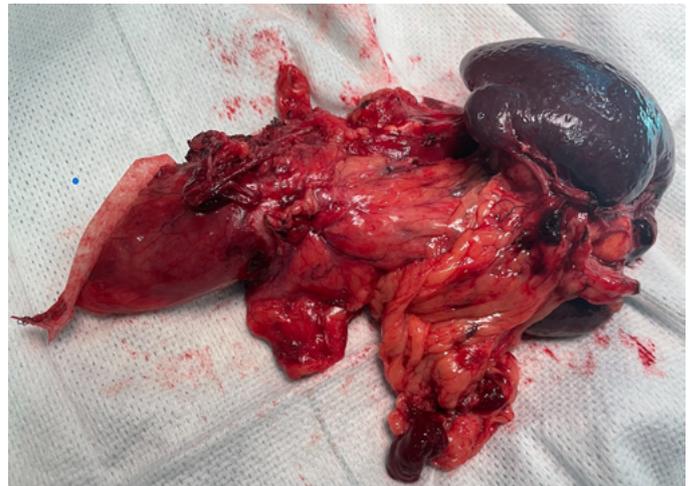


Figura 3

Pieza quirúrgica de resección.

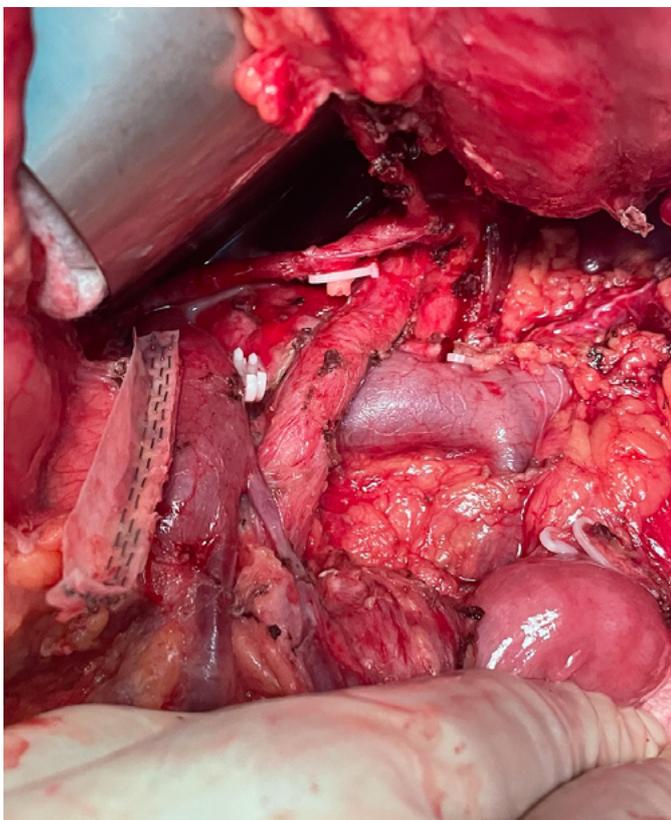


Figura 2

Campo quirúrgico tras realización del RAMPS Posterior.

La técnica quirúrgica consiste en:

1. Pancreatectomía corpo-caudal asociado a esplenectomía.
2. Resección de la fascia perirrenal anterior
3. Resección del tejido linfo-graso que existe sobre la vena renal izquierda
4. Resección de la glándula suprarrenal derecha (lo que le da el subnombre de posterior)

Se confirmó con ecografía intraoperatoria que las dos metástasis hepáticas habían desaparecido tras la quimioterapia, no suponiendo una contraindicación para la cirugía.

220244. MALLA DE POLI-4-HIDROXIBUTIRATO EN EVENTROPLASTIA CON CAMPO QUIRÚRGICO CONTAMINADO: POSIBLE SOLUCIÓN A LA INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

R Rejón López, M Domínguez Bastante, P Díaz Ríos, FM Carbajo Barbosa, JL Díez Vigil, A Mansilla Roselló

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

Introducción: En los últimos años, se ha implementado el uso de malla de monofilamento de poli-4-hidroxibutirato (P4HB) (Phasix™), derivado biosintético totalmente reabsorbible, en la reparación de eventraciones asociadas a infección crónica de la malla y/o infección del sitio quirúrgico (ISQ). Diseñada para ser dotada de la resistencia de reparación de una malla sintética junto con las características de remodelado de un injerto biológico, e indicada para su uso en campos quirúrgicos contaminados, buscaremos objetivar en este estudio si el empleo de dicha malla en pacientes subsidiarios de eventroplastia en campos quirúrgicos contaminados realmente aporta beneficio en cuanto a la solución de infección de la herida quirúrgica.

presentado respuesta analítica y radiológica, con desaparición de metástasis hepáticas y reducción 30% del tumor primario. Se decide en comité de tumores cirugía del tumor primario pancreático y la exploración del hígado con ecografía intraoperatoria.

Discusión: La estrategia quirúrgica fue una pancreatoesplenectomía radical modular anterógrada (RAMPS) posterior con el objetivo de realizar una cirugía oncológica lo más radical, incluyendo el tejido peripancreático, asociando la linfoadenectomía locorregional amplia correspondiente: hilio hepático, tronco celíaco y arteria mesentérica superior.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo un estudio observacional retrospectivo durante un periodo de 21 meses (enero 2020-septiembre de 2021), empleando como muestra los casos intervenidos en nuestro servicio en los que se realizó eventroplastia con malla de monofilamento de poli-4-hidroxibutirato (Phasix™) en eventraciones acompañadas de infección crónica de malla y/o infección del sitio quirúrgico (ISQ). Se ha realizado un seguimiento de los pacientes durante un periodo medio de 19 meses (12-27). Se emplearon medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas. Los datos se analizaron con el software IBM SPSS 19.0.

Resultados: Se empleó dicha malla en un total de 6 pacientes con infección crónica de malla y/o ISQ, cuyas características clínicas y demográficas se describen en la **tabla 1**.

Durante su evolución, el desarrollo de complicaciones fue el que se refleja en la **tabla 2**.

Edad	69 +/- 6.63 años
IMC	27.43 +/- 10.03 Kg/m2
CeDAR	59 ± 16%
Patología asociada a la infección (eventración, fistula entero-cutánea u otra)	Eventración M2M3M4W3R1
	Eventración M2M3W3R2
	Eventración M1M2M3M4M5W3R2
	Eventración M2M3M4W3R2
	Fístula enterocutánea
	Eventración M2M3W1R y fistula enterocutánea

Figura 1

Relacionadas con el acto quirúrgico	Infección de la herida quirúrgica	66,7 % (4) *
	Explantación/retirada de la malla	0 %
	Recidiva de la eventración	0 %
	Infección en el momento actual	0 %
No relacionadas con el acto quirúrgico	Éxito por causa no relacionada con la intervención	16.7 % (1)

Figura 2

* 1 caso precisó reintervención quirúrgica.

Conclusiones: Si bien disponemos de una serie pequeña de casos, según nuestra experiencia tras el empleo de malla Phasix™, estas ofrecen un resultado favorable en cuanto a la solución de la infección de la herida quirúrgica tras la reparación de eventraciones asociadas a infección crónica de la malla y/o ISQ, pues tan solo uno de nuestros seis casos precisó de reintervención quirúrgica posterior, pese a presentar un considerable riesgo preoperatorio de complicación según el índice CeDAR. A su vez, los casos con persistencia de ISQ evolucionaron la mayoría de ellos de forma favorable con curas locales de la herida, apoyadas en el empleo de dispositivos de terapia de presión negativa en algunos casos, no encontrándose, en

el momento actual, signos de recidiva de la eventración ni infección de la herida quirúrgica en ninguno de nuestros pacientes.

220246. TUMOR DEL NERVIU RECURRENTE: UN HALLAZGO INFRECIENTE

CP Ramírez Plaza, M Roldón Golet, F Ramos Muñoz, L Elmalaki, JA Perez Daga

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Quirón, Málaga.

Introducción: Los schwannomas, también llamados neurilemomas o neurinomas, son tumores de origen neuroectodérmico, encapsulados, originados en los nervios periféricos a partir de las vainas neurales.

Caso clínico: Mujer de 50 años en estudio por cefalea y dolor cervical. Se realiza ecografía que objetiva un nódulo quístico en el polo tiroideo superior derecho y otra lesión adyacente al polo inferior, que no parece depender de la glándula. RMN cervical: hallando el mismo nódulo de 2 cm, extratiroideo, localizado en el surco traqueoesofágico (**Figura 1**). Las hormonas tiroideas y la PTH son normales, y se realiza una BAG que informa de material mesenquimal neurogénico.

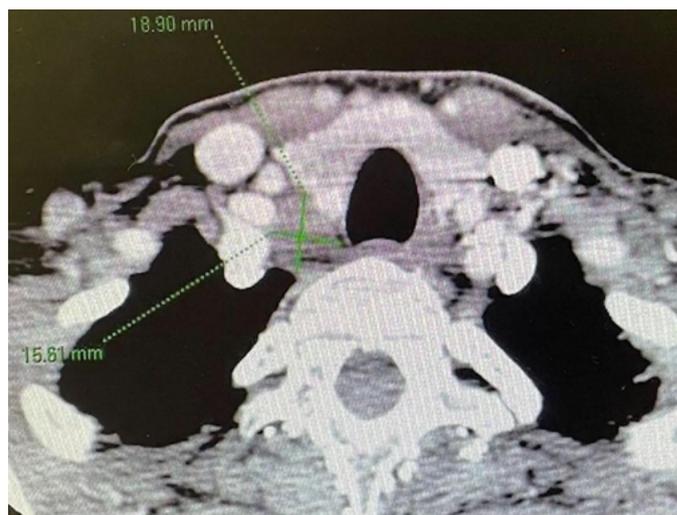


Figura 1

Prueba de imagen: hallazgo de nódulo cervical en el surco traqueoesofágico.

Estudios complementarios: gastroscopia y laringoscopia indirecta sin hallazgos patológicos.

Se realiza una hemitiroidectomía derecha asociada a istmectomía con resección en bloque de la tumoración, que depende del nervio recurrente izquierdo y se apoya en la región del tronco innominado derecho (**Figura 2**) y la arteria carótida interna derecha.

Postoperatorio sin incidencias, con buena fonación y sin disfgia ni clínica respiratoria. En la laringoscopia de control apareció una alteración funcional de la cuerda vocal derecha sin repercusión clínica. El análisis de la anatomía patológica confirmó el diagnóstico de schwannoma del nervio recurrente.

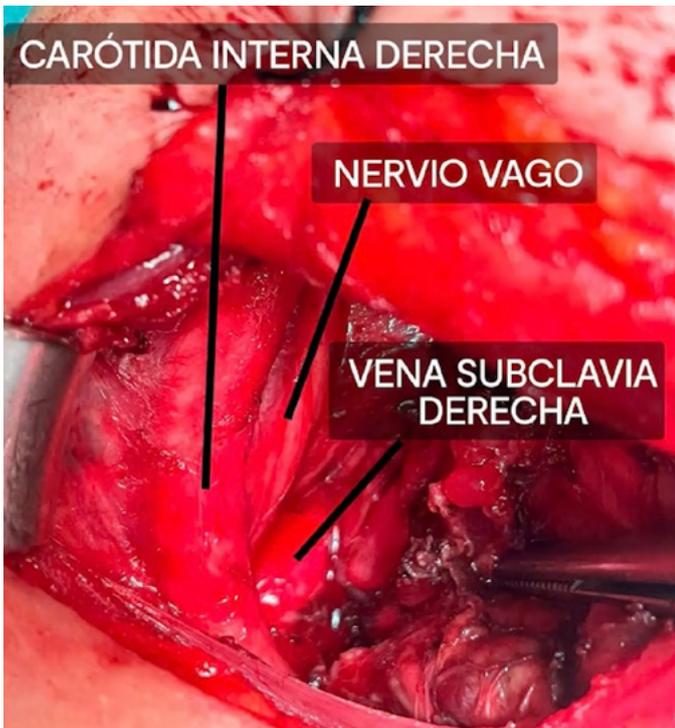


Figura 2

Lecho quirúrgico sobre el que estaba apoyada la lesión: región del tronco innominado derecho y la arteria carótida interna derecha.



Figura 3

Prueba de imagen: hallazgo de nódulo cervical en el surco traqueoesofágico.

Discusión: Los schwannomas son tumores benignos, que generalmente aparecen como una masa laterocervical asintomática de crecimiento lento. Es infrecuente que aparezcan asociados al nervio recurrente, por lo que hay muy pocos casos descritos. Son lesiones de diagnóstico difícil, cuyo tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica completa.

220247. PSEUDOANEURISMA ANASTOMÓTICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA TUMORACIÓN INGUINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

I Pérez Mesa, Y Mokachir Mohsenin, MS Carranque Romero, YM Sánchez Rodríguez, AA Fontalva Pico, N Gándara Adán

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

Introducción: La tumoración inguinal es una manifestación común a diversas entidades, tales como: hernias, criptorquidia, teste retráctil, hidrocele, endometriosis inguinal, neoplasias, adenopatías, lipomas, hematomas, dilataciones varicosas, aneurismas y pseudoaneurismas arteriales, procesos inflamatorio-infecciosos de la articulación coxofemoral, entre otros. A continuación, presentamos un caso de tumoración inguinal de etiología poco frecuente y tratamiento urgente.

Caso clínico: Paciente varón de 83 años con antecedentes de obesidad, diabetes, hipertensión, insuficiencia renal crónica grado III, disfunción ventricular izquierda, claudicación, bypass safena femoral común y poplítea derecha. Sigue tratamiento con clopidogrel, apixaban, sacubitril-valsartan, empaglifocina, insulina, carvedilol, rosuvastatina.

Acude a urgencias por tumoración inguinal bilateral, dolorosa en lado izquierdo de 1 semana de evolución. Niega fiebre o clínica digestiva. Consultan a Cirugía por sospecha de hernia inguinal bilateral encarcerada.

En la exploración: Abdomen sin signos de irritación peritoneal. Masa inguinal bilateral, pulsátil y dolorosa izquierda. Hematoma suprapúbico. Pulsos en miembros inferiores conservados. Tras palpar la masa pulsátil y ante la sospecha de complicación postquirúrgica vascular dados los antecedentes del paciente, se decide realizar TC con contraste intravenoso en fase arterial:

Oclusión de iliaca común desde el origen, con falta de repleción del lecho vascular distal iliaco izquierdo. Prótesis suprapúbica entre ambas femorales comunes permeable. Fuga tipo III de prótesis entre ambas femorales comunes en la unión entre la prótesis y la femoral común izquierda, con extravasación de contraste. Gran hematoma peri prótesis.

Se comunica el caso al Servicio de Cirugía Vascular del hospital de referencia, donde es trasladado, diagnosticándose de pseudoaneurisma femoral izquierdo anastomótico estable. Pasados 5 días, tras la suspensión de tratamiento anticoagulante y antiagregante, fue sometido a intervención quirúrgica: Reparación y drenaje de pseudoaneurisma femoral izquierdo. Extracción parcial de bypass de dacron previo, desde región suprapúbica hasta ingle izquierda. Bypass con prótesis de omniflow desde arteria femoral

profunda, a prótesis de dacrón. Reimplante de arteria femoral superficial izquierda.

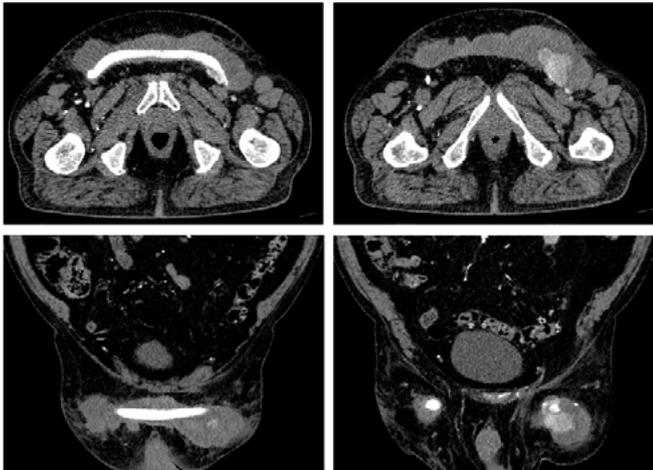


Figura 1

TC con contraste.

Discusión: El pseudoaneurisma anastomótico se trata de una dilatación de la pared arterial perianastomosis, que puede conllevar la rotura de la misma, suponiendo un riesgo vital. Se presenta como una masa dolorosa y pulsátil. Supone una complicación de hasta el 4% de las anastomosis quirúrgicas. Hemos de tener en cuenta esta entidad ante la aparición de una tumoración inguinal dolorosa, para poder llevar a cabo una terapéutica segura y adecuada. Se recomienda la realización de técnicas de imagen tales como la ecografía Doppler o el angioTAC.

220248. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DEBIDA A FÍSTULA AORTO-DUODENAL PRIMARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

FJ Espada Fuentes, E Perea del Pozo, FJ Almoguera González, DF Aparicio Sánchez, I Martínez Casas, F Pareja Ciuró

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

Introducción: La fístula aorto-entérica (FAE) es una causa rara de hemorragia digestiva alta (HDA). Se divide en FAE primarias, como consecuencia de aneurismas arterioscleróticos, inflamatorios o infecciosos, y FAE secundarias a intervencionismo. La tríada clásica de una FAE consiste en dolor abdominal, masa abdominal palpable y sangrado gastrointestinal. Esto sólo aparece en una minoría de pacientes y por tanto es necesario un alto índice de sospecha para su correcto diagnóstico y tratamiento precoz.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 57 años con antecedentes de fumador y cardiopatía isquémica revascularizada, que acudió a Urgencias por episodio sincopal y HDA en forma de hematemesis que se había precedido de cuadros presincoales y melenas en los 5 días previos. A su llegada se encontraba hemodinámicamente inestable y con una hemoglobina de 10.4 g/dL. Tras resucitación con fluidoterapia intensiva, se realizó endoscopia



Figura 1

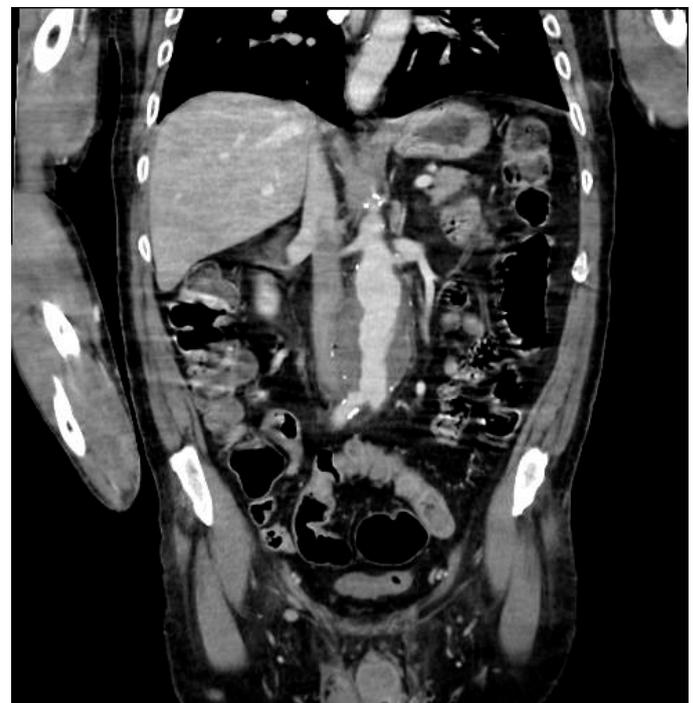


Figura 2

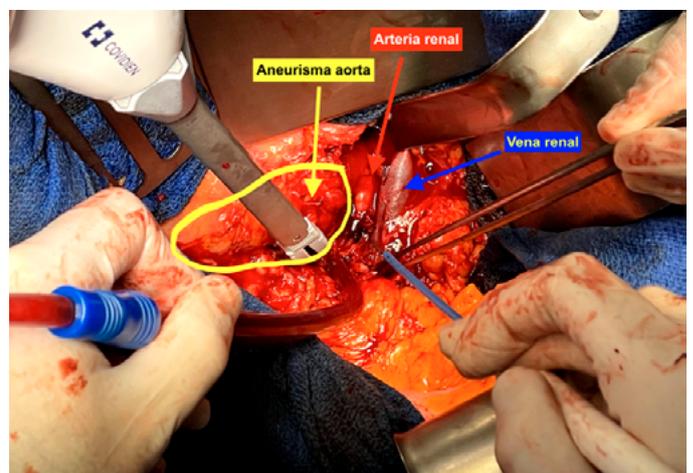


Figura 3

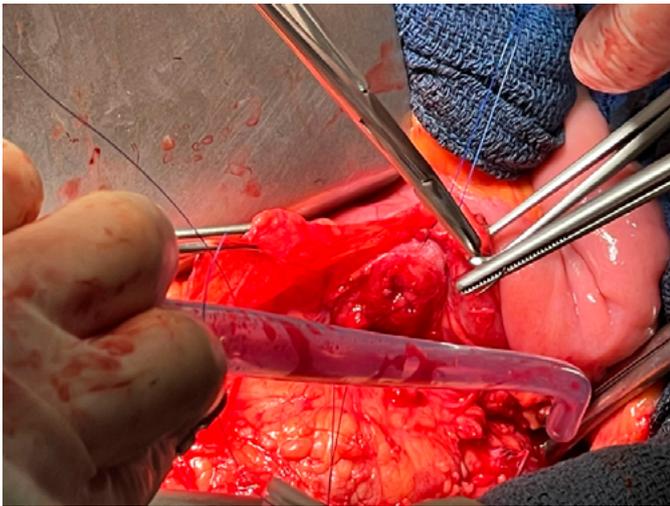


Figura 4

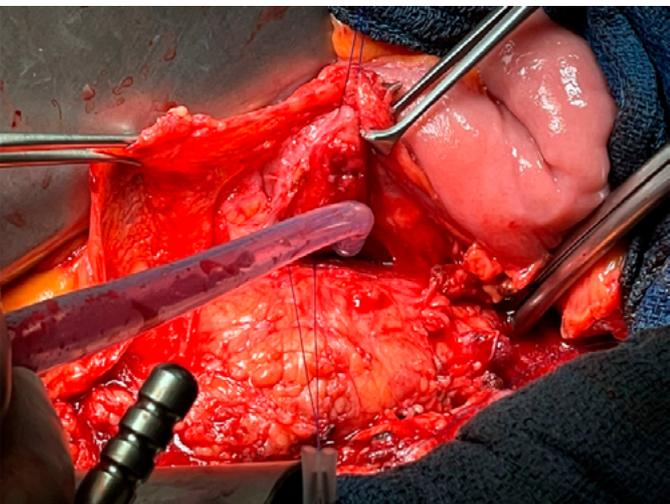


Figura 5

alcanzándose 3ª porción duodenal en donde se objetivó una gran ulceración de 2,5 cm con un orificio que se abría al insuflar sugestivo de posible perforación o comunicación fistulosa.

Ante los hallazgos, se desestimó el manejo endoscópico, se trasladó al paciente a la unidad de sangrantes y se solicitó TAC en la que se evidenció la presencia de un aneurisma de aorta infrarrenal con signos indirectos de rotura contenida y una fístula aorto-duodenal sin signos de sangrado activo.

Dados los hallazgos se decidió manejo quirúrgico combinado por parte de los equipos de cirugía general y cirugía vascular. Se realizó en un primer tiempo un bypass axilo bifemoral protésico, tras lo cual, a través de una laparotomía media, se procedió a la ligadura aórtica y exclusión aneurismática. Esto permitió realizar con seguridad el cierre del defecto en duodeno y la exclusión duodenal con reconstrucción digestiva en Y de Roux.

Tras la intervención quedó ingresado en UCI durante 7 días sin incidencias que destacar, iniciándose ingesta oral, sedestación y reestableciéndose el tránsito digestivo. Es dado de alta desde planta de hospitalización al 13er desde la cirugía.

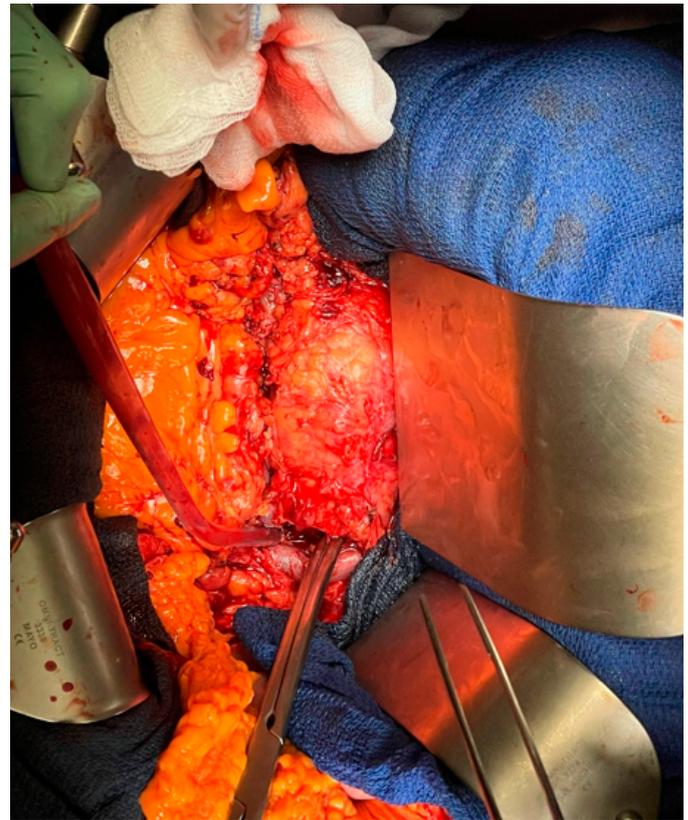


Figura 6

Discusión: Aunque se trate de una causa infrecuente, ante un paciente con HDA en los que se haya descartado endoscópicamente otras etiologías más prevalentes debemos tener presente la posibilidad de una fístula aorto-duodenal. En estos casos se debe solicitar una TAC urgente y, tras estabilización inicial del paciente, solventar quirúrgicamente la situación antes de que se produzcan nuevos episodios que pudiesen comprometer la vida del paciente.

220249. "SÍNDROME DE LA COLELITIASIS PERDIDA": A PROPÓSITO DE UN CASO

M Roldón Golet, F Ramos Muñoz, L Elmalaki, J Moreno Ruiz, CP Ramírez Plaza

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Quirón, Málaga.

Introducción: Varón de 58 años con diagnóstico hace 9 meses de tumor neuroendocrino de origen apendicular (hallazgo incidental tras apendicectomía). Anatomía patológica: carcinoma neuroendocrino de alto grado, G3, Ki67 90% (Estadio pT3).

Se completó la cirugía con hemicolectomía derecha laparoscópica + adyuvancia con 6 ciclos de quimioterapia (carboplatino/etopósido).

Caso clínico: Durante revisión en consulta presenta en el PET/TAC abdominal de control un nódulo en el espacio pararrenal anterior derecho, metabólicamente activo, con una captación de Suv máxima de 7.8 (Figura 1).

Estos hallazgos son sugestivos de enfermedad metastásica, de forma que se plantea: Cirugía citorreductora del espacio pararrenal

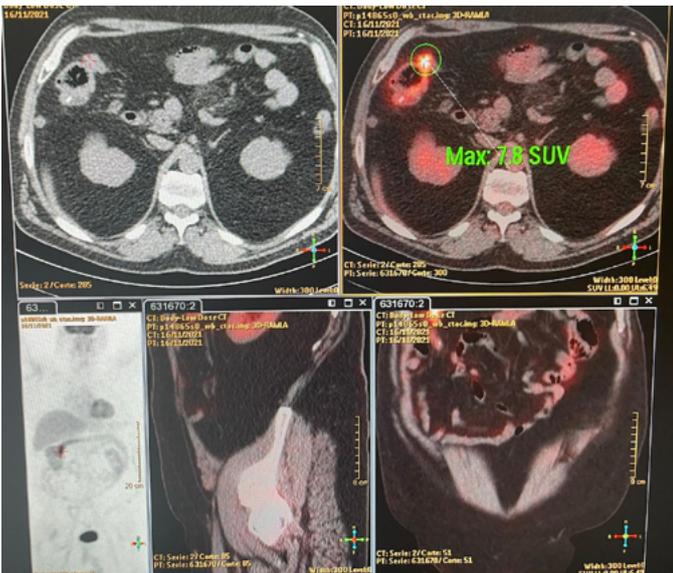


Figura 1

PET/TAC: nódulo en el espacio pararenal anterior derecho, metabólicamente activo.



Figura 2

Hallazgo de colelitiasis.



Figura 3

Aspecto macroscópico.

derecho + HIPEC (carboplatino), debido alto riesgo de recidiva locorregional.

Se realiza una laparotomía supraumbilical y exploración abdominal hallando un nódulo en el espacio prerenal derecho (correspondiendo con las pruebas de imagen) de 1 cm de tamaño y de consistencia blanda; y otros nódulos en epilón mayor y adyacente al hilio hepático, de la misma consistencia. Todos ellos con aspecto macroscópico de litiasis. Esta sospecha se confirmó con la anatomía patológica, diagnosticando la simulación producida por las litiasis perdidas post colecistectomía (Figura 2 y 3).

Discusión: La simulación de las litiasis perdidas es infrecuente, pero hay casos descritos en la literatura y asociada a algunas complicaciones:

- Abscesos intraabdominales (pélvicos o perihepáticos)
- Abscesos retroperitoneales, de pared abdominal y fístulas intestinales
- Simulación de tumores retroperitoneales o implantes de carcinomatosis peritoneal (como ocurre en este caso).

Se han descrito una serie de factores de riesgo: el antecedente de colecistectomía por colecistitis aguda, piedras pigmentadas (por mayor colonización bacteriana), la presencia de múltiples colelitiasis (más de 15) o el tamaño mayor de 1,5 cm.

Ante el diagnóstico de un paciente oncológico, es necesario revisar si existe una colecistectomía previa ante la sospecha de implantes peritoneales.

220250. REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL GIGANTE CON TÉCNICA DE CHEVREL + ABDOMINOPLASTIA

M Roldón Golet, L Elmalaki, F Ramos Muñoz, J Doblas Fernández, J Moreno Ruiz, CP Ramírez Plaza

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Quirón, Málaga.

Introducción: La eventroplastia anterior de Chevrel permite un cierre completo y reforzado de la pared abdominal, por lo que está indicada en eventraciones de línea media de gran tamaño.

Caso clínico: Mujer de 56 años con antecedentes de histerectomía, que acude a consulta por dolor, distensión abdominal y sensación de pesadez debido a una hernia incisional infraumbilical gigante. Exploración: hernia incisional de toda la laparotomía media y diástasis de rectos (Figura 1). TAC Abdominal: saco herniario de 15x12x5cm asociado de una diástasis de rectos de hasta 14 cm de eje transversal.

La técnica quirúrgica elegida, debido al tamaño y las características de la eventración, fue la eventroplastia anterior de Chevrel con abdominoplastia asociada, con tres objetivos:

- Reparación funcional de la eventración abdominal.
- Corrección de la diástasis de rectos: el anclaje de la malla en la región craneal va a condicionar una correcta reparación de la pared

abdominal (figura 2).

- Tratamiento de la dermoacalasia secundaria (figura 3).



Figura 1

Exploración .



Figura 3

Técnica quirúrgica: abdominoplastia.



Figura 2

Técnica quirúrgica: Eventroplastia anterior de Chevrel.



Figura 4

Resultado final.

El postoperatorio cursó de forma satisfactoria y la paciente se fue de alta portando un drenaje aspirativo y una faja abdominal.

Esta técnica quirúrgica de la Eventroplastia anterior de Chevrel con abdominoplastia asociada, consta de varios puntos clave:

1. Resección del saco herniario y cierre primario de peritoneo.
2. Incisión y desdoblamiento de la vaina de los rectos.
3. Sutura de las mismas en línea media con doble sutura.
4. Colocación de malla supra-aponeurótica xifopubiana sobre la zona de sección de la vaina de los rectos.
5. Realización de dermolipectomía.

El objetivo de la cirugía de reparación de la pared abdominal de defectos grandes, como en este caso, no solo es el resultado estético, sino el de resolver los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

220251. CARCINOMA EPIDERMOIDE EN FÍSTULA PERIANAL DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

R Rejón López¹, C Acosta Gallardo¹, A Becerra Massare¹, FM Carbajo Barbosa¹, JL Díez Vigil², T Torres Alcalá¹

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

Introducción: En pacientes que presentan fístula perianal crónica, si bien es una complicación muy infrecuente, puede darse la degeneración maligna de la misma, por lo que es considerada una lesión premaligna por numerosos autores.

Generalmente, dicha complicación se ha descrito en pacientes que han presentado una fístula perianal de larga data, superando los 10 años de evolución en la gran mayoría de casos.

En esta ocasión, presentaremos el caso de un paciente que desarrolló un carcinoma epidermoide en el seno de una fístula perianal de reciente diagnóstico.

Caso clínico: Paciente varón de 75 años sin antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias por proctalgiya de un mes de evolución. A la exploración, presenta tumoración perianal fluctuante con múltiples orificios fistulosos en margen anal posterior. Sin apreciar otras lesiones en canal anal al tacto rectal.

Se realiza intervención quirúrgica urgente, donde se drena la colección y se toma biopsia de la lesión. El estudio histológico concluyó como carcinoma epidermoide. Se realizó estudio de extensión sin evidenciar enfermedad a distancia, con estado IIB.

Se presentó en comité multidisciplinar de tumores, decidiéndose por tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Actualmente el paciente se encuentra en tratamiento activo con buena respuesta.



Figura 1



Figura 2

Discusión: La fístula perianal, si bien es común en nuestro medio, puede ser el origen de procesos neoplásicos malignos, por lo que no se debe restar importancia a dicha patología.

De esta forma, ante pacientes con fístula perianal debemos realizar siempre una exploración minuciosa, con seguimiento en el tiempo, así como, valorar el estudio histológico en los casos en los que la presentación o evolución clínica no sea la usual.

220252. LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA DE HERIDA POR ARMA BLANCA EN PACIENTE ESTABLE

I Cañizares Jorva, M López-Cantarero García-Cervantes, M Retamar Gentil, JA López Ruiz

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

Introducción: El papel de la laparoscopia diagnóstica tras una lesión traumática ha seguido evolucionando en la última década. Como modalidad diagnóstica, fue vista inicialmente con escepticismo debido a la preocupación por las lesiones inadvertidas y la falta de consenso sobre sus indicaciones. Sin embargo, se está aplicando cada vez más en la evaluación de las lesiones penetrantes, dado el creciente número de publicaciones que demuestran su eficacia y precisión.

Caso clínico: Varón de 69 años, con antecedentes de HTA, cardiopatía isquémica y SAOS, que acude al servicio de urgencias por herida múltiple de arma blanca a nivel de hipocondrio derecho, una de ellas (superior) con el arma aún a través de esta. El paciente permanece estable en todo momento, desde la llegada de los Servicios de Emergencia hasta la recepción en las Urgencias Hospitalarias. Analíticamente tanto la serie blanca, roja y plaquetarias son normales, con coagulación en rango. Dados los hallazgos, se decide realizar laparoscopia diagnóstica.



Figura 1

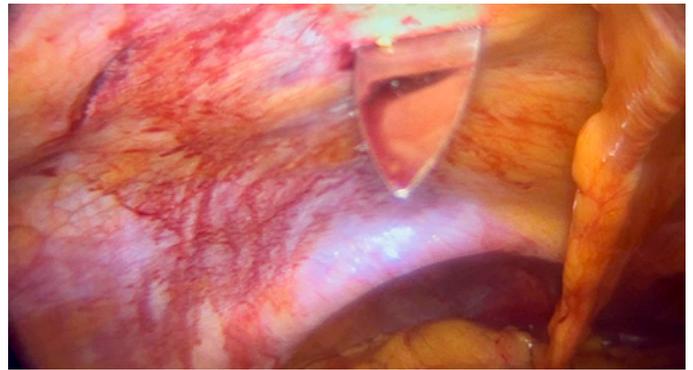


Figura 2

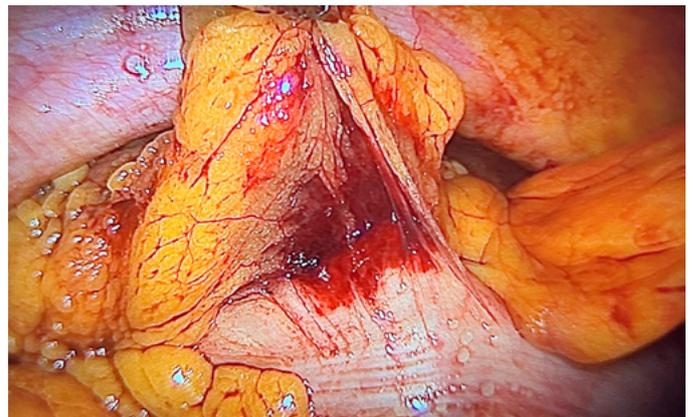


Figura 3

Tras colocación de trócares se evidencia hematoma en epiplón mayor, junto en su inserción con el colon transverso, junto a hemoperitoneo de pequeña cuantía perihepático. No signos de sangrado activo ni vertido de contenido intestinal en cavidad. No lesión visible en víscera hueca ni sólida, no imagen de hematoma de retroperitoneal. Se exploran puntos de entrada, sin evidencia de sangrado, y se realiza exteriorización de arma blanda bajo visión directa, la cual se introducía en cavidad unos 5cm. Se aspira pequeña cantidad de sangre libre, se revisa abdomen por cuadrantes, exploración de cavidad gástrica, paquete intestinal completo desde íleon a Treitz y colon. Dados los hallazgos, se decide terminar la intervención previa coagulación con electrobisturí de hematoma en epiplón mayor, y colocación de drenaje.

Tras la intervención, el paciente pasa a UCI con evolución favorable y pase a planta, con alta hospitalaria al 5º día sin incidencias.

Discusión: La laparoscopia diagnóstica parece ser un método fiable para identificar inicialmente las lesiones en los pacientes heridos por arma blanca. La evaluación inicial con laparoscopia también puede reducir la estancia en el hospital de estos pacientes. Aunque la laparoscopia diagnóstica parece ser una herramienta de diagnóstico precisa, su utilidad para la intervención terapéutica sigue dependiendo del cirujano.

220253. ¿CANCER DE COLON NO RESECABLE?

M Roldón Golet, F Ramos Muñoz, L Elmalaki, A Del Fresno Asensio, CP Ramírez Plaza

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Quirón, Málaga.

Introducción: Ante un paciente con un tumor de colon localmente avanzado, es necesario tener claro, como cirujanos, los criterios de resecabilidad para planificar una cirugía oncológica adecuada.

Objetivo: Presentación de un caso clínico detallando los criterios de resecabilidad quirúrgica en la evaluación de un tumor de colon localmente avanzado.

Caso clínico: Paciente mujer de 60 años que acude a consulta refiriendo aumento del perímetro abdominal en los últimos meses, presentando actualmente una masa palpable de 20 cm. Analítica de sangre con hemoglobina de 7g/dl, habiendo presentado durante este periodo necesidad de varias transfusiones por anemia.

En los estudios de imagen se objetiva una tumoración de gran tamaño dependiente del colon derecho, muy expansiva dentro de la cavidad abdominal, pero sin objetivar metástasis hepáticas, pulmonares o peritoneales. En la biopsia tomada en la colonoscopia confirma que se trata de un adenocarcinoma.

La paciente acude para solicitar una segunda opinión, ya que en su hospital de origen la habían considerado como un caso irresecable y le había propuesto tratamiento con quimioterapia sistémica.

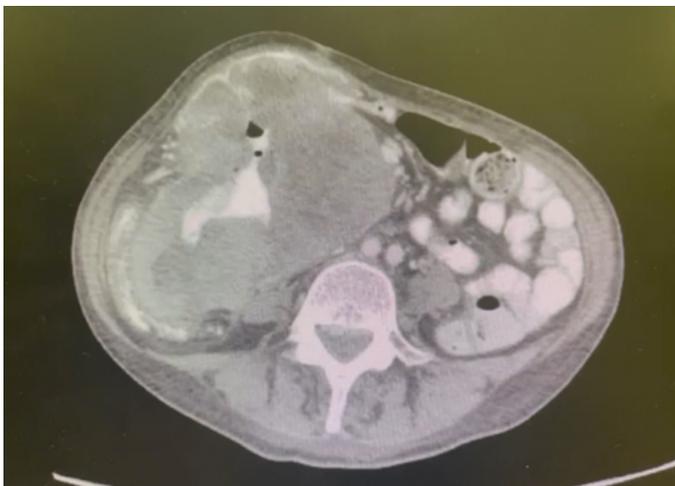


Figura 1

Tac abdominal. Neoplasia dependiente de colon derecho.

Discusión: Se estudia en los siguientes puntos la resecabilidad del tumor para considerar el tratamiento quirúrgico:

- No existe enfermedad a distancia
- No presenta ascitis: muy frecuente cuando existe enfermedad peritoneal en tumores avanzados



Figura 2

Tac abdominal.

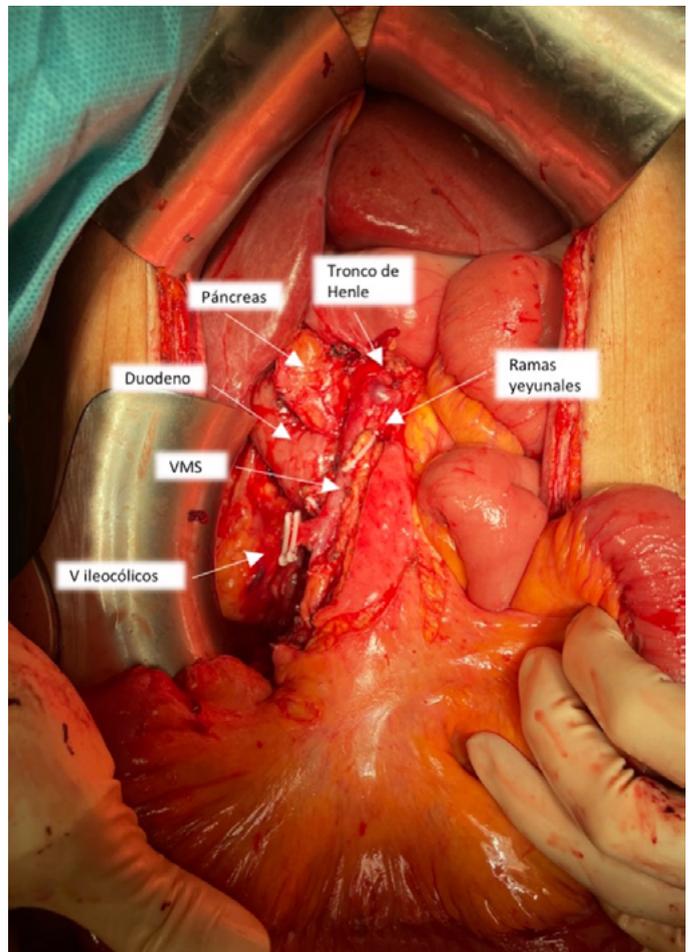


Figura 3

Lecho quirúrgico.

- No ectasia pielocalicial ni clínica obstructiva intestinal: lo que implica que se trata de una masa que es más expansiva que invasiva.



Figura 4
Pieza quirúrgica.

- Páncreas y duodeno libres: aunque este no sería criterio de irresecabilidad, ya que se podría asociar una Duodenopancreatectomía, lo que, sin embargo, si le añade complejidad y morbilidad a la cirugía.

- Afectación a la pared abdominal: pudiendo reseca la región afectada por el mismo si es necesario.

- Adenopatías positivas en el Tronco de Henle (N3): que la realización de una linfadenectomía D3.

- Vena Porta y eje espleno-mesaraico libres.

- Arteria Mesentérica superior libre, con ramas yeyunales libre e ileales incluidas en el tumor: lo que precisará una ampliación del segmento de íleon a reseca.

Por lo tanto, al tratarse de una paciente operable y tumor reseca, se decide realizar cirugía oncológica con intención curativa: hemicolectomía derecha ampliada con linfadenectomía radical D3 + resección extra de un metro intestino delgado por afectación vascular de las ramas ileales. No fue necesario actuar sobre la pared abdominal, ya que solo estaba desplazada.

La paciente fue dada de alta con criterios de tratamiento con quimioterapia adyuvante, con intención curativa.

220255. ADENOMA DE PEZON

T Prieto -Puga Arjona, M Pitarch, T Galeote

Grupo Cirugía General. Hospital Comarcal de Antequera, Antequera.

Introducción: El adenoma de pezón se trata de una lesión benigna rara originaria en los ductos del pezón, aunque clínicamente puede ser asintomático a veces aparece telorrea, prurito, eritema, erosión o nodularidad, Su importancia radica en que puede ser confundido

clínica e histológicamente con otras enfermedades pudiendo dar lugar a tratamiento innecesarios más agresivos, como es la enfermedad de Paget

Caso clínico: Presentamos un caso clínico de una mujer de 24 años que consulta por la autoexploración de una lesión en el pezón sin otra clínica acompañante, de la cual se toma un punch que informan de adenoma de pezón, completándose el estudio con una ecografía que solo observa una mínima ectasia ductal por lo que se programa para una exéresis del pezón con postoperatorio sin incidencias.

Discusión: El adenoma de pezón o papilomatosis florida, papilomatosis subareolar, adenomatosis erosiva, adenoma intraductal benigno, adenoma papilar o adenomatosis papilar superficial; tiene una frecuencia del 1-2 %. Es una lesión casi siempre unilateral, puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente entre 30-40 años. Clínicamente se manifiesta como una lesión subcentimétrica que suele asociar secreción serosa, serosanginolenta o hemorrágica. Es un tumor de crecimiento lento por lo que las pacientes suelen referir síntomas de años de evolución.

Desde el punto de vista anatomopatológico se caracteriza por hiperplasia epitelial florida que nace en los conductos galactóforos y por un crecimiento papilar y/o adenomatoso. La presencia de células mioepiteliales es fundamental para diferenciarlo de un carcinoma por lo que es imprescindible en el diagnóstico histológico el uso de marcadores mioepiteliales. Está relacionado con la mastopatía fibroquística, pero su relación es dudosa con el cáncer de mama. El diagnóstico puede sugerirse mediante citología, PAAF o BAG pero la exéresis completa es necesaria para un estudio histológico correcto; siendo importante realizar un diagnóstico diferencial con la enfermedad de Paget, carcinoma ductal in situ de bajo grado, carcinoma tubular, adenoma siringomatoso infiltrante y papiloma subareolar solitario.

El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica, que normalmente implica la extirpación del pezón, aunque podría plantearse microcirugía de Mohs para ser más conservador, el problema de esta técnica es la duración de la misma al tener que valorar todos los márgenes con biopsias intraoperatorias; otras opciones descritas son la crioterapia.

220256. EVISCERACIÓN INTESTINAL TRANSVAGINAL EN PACIENTE CON HISTERECTOMÍA PREVIA

Y Mokachir Mohsenin, M Carranque Romero, I Pérez Mesa, L Arrebola Luque, D Legupin Tubio, N Gándara Adán

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

Introducción: El prolapso uterino es un proceso secundario a la debilidad de la musculatura y tejidos del suelo pélvico. Se ve favorecido en pacientes obesas, multíparas, añosas o tras una histerectomía. Su reparación puede ocasionar complicaciones postquirúrgicas como infecciones urinarias, alteraciones miccionales o complicaciones correspondientes al uso de prótesis, si se utilizan. La evisceración transvaginal es una complicación rara catalogada como emergencia quirúrgica y son pocos los casos descritos en la literatura. Nuestro objetivo es presentar el caso de una paciente que

presenta un cuadro de abdomen agudo debido a evisceración del intestino delgado secundario a histerectomía vaginal hace 9 años.

Caso clínico: Mujer de 58 años con antecedentes de prolapso uterino grado IV, intervenida hace 9 años mediante histerectomía vaginal sin anexectomía más colocación de malla anterior. Acude a Urgencias por tumoración en genitales externos y dolor abdominal intenso. A la exploración física se observa a nivel genital evisceración intestinal, presentando asas de intestino delgado de aspecto congestivo, junto con dolor intenso a la palpación abdominal, defensa muscular y signos de irritación peritoneal. Tras valoración por Ginecología se contacta con Cirugía, indicándose intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía para la correcta valoración del paquete intestinal completo. Durante la intervención quirúrgica no se observa líquido libre, ni signos de sufrimiento ni isquemia intestinal. Se procede a la reducción de asas intestinales a cavidad y cierre de cúpula vaginal con sutura continua reabsorbible. Durante el postoperatorio no se presentaron complicaciones, siendo dada de alta al 6º día tras intervención quirúrgica.



Figura 1

Evisceración vaginal de asas de intestino delgado.

Discusión: La dehiscencia de la cicatriz en cúpula vaginal es una complicación poco frecuente, pero potencialmente grave tras una histerectomía total. Las pacientes suelen presentar dolor abdominal y sensación de pesadez pélvica asociada. La evisceración transvaginal se puede presentar de manera espontánea, sin embargo, en la mujer pre-menopáusicas el evento precipitante más frecuente es reanudar las relaciones sexuales y en la mujer post-menopáusicas el principal evento desencadenante es el incremento en la presión intrabdominal, asociado a prolapso pélvico o cirugía vaginal previa. La evisceración transvaginal es una urgencia quirúrgica, por lo que debemos tener presente esta complicación, aunque haya transcurrido tiempo desde la intervención primaria puesto que su detección temprana y la intervención quirúrgica son decisivas para prevenir la isquemia intestinal y la sepsis abdominal secundaria.

220261. BILOMA INTRAHEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN TRAS TRAUMATISMO ABDOMINAL

P Díaz Ríos, C Acosta Gallardo, M Santidrián Zurbano, N Zambudio Carroll, C Plata Illescas, B Espadas Padial

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

Introducción: El biloma es una colección encapsulada de bilis intra o extrahepática debido a un traumatismo, iatrogenia o perforación espontánea del árbol biliar o de la vesícula biliar. La clínica es muy variable e inespecífica, pudiendo manifestarse con síntomas compresivos sobre estructuras vecinas.

El diagnóstico se realiza a través de la ecografía o de la tomografía axial computerizada (TAC). Su apariencia radiológica es la de una lesión quística focal homogénea y bien delimitada sin septos ni calcificaciones en su interior. En cuanto al tratamiento existen varias posibilidades, siendo el drenaje percutáneo guiado por imagen el de primera elección, aunque en algunos casos es necesaria la intervención quirúrgica.

Caso clínico: Paciente mujer de 18 años que acudió al Servicio de Urgencias por dolor en hemiabdomen derecho tras herida punzante en hipocondrio derecho 48 horas antes con aumento progresivo de la intensidad y de la extensión del dolor. Asociaba pérdida de apetito y episodios de vómitos tras la ingesta. A la exploración, dolor generalizado a la palpación con signo de Murphy positivo y herida de 1 mm de diámetro sin supuración ni sangrado activo en hipocondrio derecho. Analíticamente, destacaba leucocitosis y neutrofilia.

Tras valoración radiológica, se evidenciaron hallazgos sugerentes de colecistitis aguda.



Figura 1

Corte coronal de TAC abdominal en el que se observa imagen focal hipercaptante intramural adyacente a arteria cística.

Se ingresó a la paciente iniciando tratamiento conservador con antibioterapia, con mala respuesta clínica, por lo que precisó de intervención quirúrgica urgente. Se realizó laparoscopia exploradora, evidenciando un coleperitoneo y una imagen puntiforme en

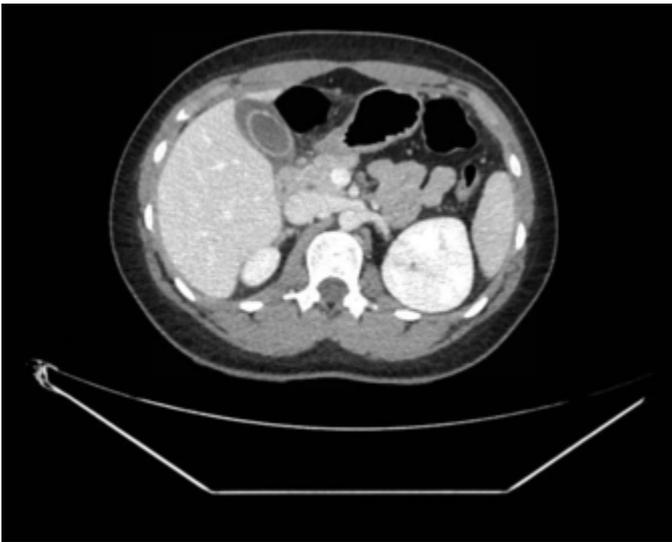


Figura 2

Corte axial de TAC abdominal en el que se evidencia engrosamiento parietal de la vesícula biliar con material intramural compatible con colecistitis aguda.



Figura 3

Abombamiento del parénquima hepático adyacente a lesión puntiforme compatible con biloma.

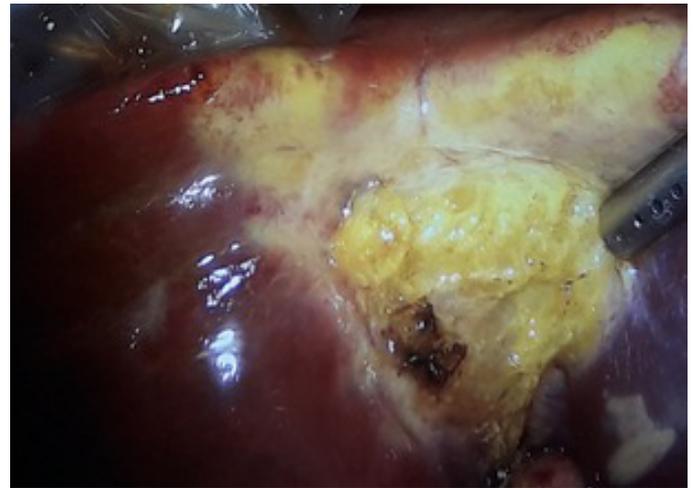


Figura 4

Biloma intrahepático.

El drenaje percutáneo guiado por imagen es el tratamiento de primera elección, siendo también la cirugía o el tratamiento conservador opciones válidas. En nuestra paciente se optó por la cirugía debido al empeoramiento del estado general y a los hallazgos en la exploración.

220264. TUMOR DESMOIDE GIGANTE DE PARED ABDOMINAL EN EL ANCIANO, ¿DEBEMOS INTERVENIR?

P Díaz Ríos, M Domínguez Bastante, R Rejón López, FM Carbajo Barbosa, A Mansilla Roselló

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

Introducción: El tumor desmoide es un tumor histológicamente benigno, pero localmente agresivo, tendente a la recidiva y a infiltrar estructuras vecinas, de etiología desconocida, lento crecimiento e indoloro. Suponen un 3% de los tumores de partes blandas y afectan sobre todo a mujeres jóvenes. La mayoría aparecen de forma espontánea o se asocian al Síndrome de Gardner. El diagnóstico se establece mediante el estudio anatomopatológico, no existiendo características radiológicas que permitan distinguirlo de un sarcoma.

El tratamiento abarca desde la observación hasta al tratamiento sistémico o la cirugía, siendo la resección completa del tumor con márgenes libres la técnica más efectiva, pudiendo asociar técnicas de reconstrucción de pared abdominal.

Caso clínico: Paciente de 85 años con tumoración indolora en flanco derecho de cuatro meses de evolución con crecimiento rápido y progresivo. Aportaba ecografía en la que se evidencia dicha masa con características compatibles con sarcoma.

En la TAC de abdomen se observaron hallazgos sugerentes de sarcoma en el espesor del músculo recto abdominal derecho que contacta con últimos cartílagos costales y que desplaza hígado, duodeno, grasa intraabdominal y colon ascendente.

segmento VI hepático junto a un abombamiento del parénquima hepático contiguo, compatible con biloma intrahepático. Se realizó colecistectomía y lavado profuso de la cavidad, con posterior colocación de drenaje a nivel subhepático.

Finalmente, la paciente presentó un postoperatorio sin incidencias, pudiendo ser dada de alta al quinto día postoperatorio.

Discusión: A pesar de la gran cantidad de causas que pueden ocasionar un biloma, es una complicación rara, siendo la etiología postquirúrgica la más frecuente, especialmente tras una colecistectomía. Aunque la ecografía abdominal es útil para su diagnóstico, la TAC abdominal con contraste es la prueba de elección ya que permite controlar su evolución.



Figura 1

Corte axial del TC en el que se evidencia gran masa en el espesor del músculo recto abdominal derecho.



Figura 2

Tumoración abdominal que ocupa la práctica totalidad del hemiabdomen derecho.

Tras presentar caso en Comité de Tumores se decide tratamiento con Tamoxifeno, optándose finalmente por la cirugía debido al aumento progresivo de tamaño. Se realizó resección de toda la tumoración incluyendo peritoneo parietal derecho. Se realizó separación posterior de componentes (TAR) bilateral y se procedió a la reconstrucción con doble malla, biosintética reabsorbible y de polipropileno fijada a diafragma y a ligamentos de Cooper.

El estudio anatomopatológico concluyó con fibromatosis tipo desmoide de pared abdominal.



Figura 3

Proceso de resección de la tumoración.



Figura 4

Reconstrucción de pared abdominal con colocación de malla biosintética y reabsorbible y, sobre esta, malla de polipropileno.



Figura 4

Pieza de resección quirúrgica.

La evolución fue favorable, siendo dada de alta al séptimo día postoperatorio, sin signos de recidiva tras seis meses de seguimiento.

Discusión: El tumor desmoide es un tumor poco frecuente que debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en masas de pared abdominal, especialmente en mujeres fértiles o con antecedentes de embarazo o cirugías abdominales. Es importante descartar Poliposis Adenomatosa Familiar en estos pacientes. Necesitan un abordaje multidisciplinar, no existiendo marcadores que puedan predecir su evolución. Por esta razón, se ha observado un reciente cambio hacia el manejo conservador, aunque la cirugía radical con márgenes libres continúa siendo el tratamiento más efectivo.

Por nuestra experiencia, a pesar de las características de la paciente y de optarse en primera instancia por un tratamiento menos invasivo, el empeoramiento clínico y de la calidad de vida nos orientan a valorar la opción quirúrgica, con resultados favorables tras ésta.

220265. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO URGENTE DE INVAGINACIÓN COLOCÓLICA

S Borrego Canovaca, F Aguilar del Castillo, D Aparicio Sánchez, C Martín Jiménez, E Perea del Pozo, F Pareja Ciuró

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

La invaginación intestinal en el adulto es una patología infrecuente y a diferencia de la población pediátrica suele estar asociada a una causa orgánica. La localización más frecuente es el intestino delgado produciendo obstrucción intestinal de debut siendo más rara la afectación colónica. Las lesiones asociadas son tumores malignos en el colon y benignos en el intestino delgado. Entre los procesos benignos más comunes se encuentran pólipos y los lipomas.

Caso clínico: Mujer de 48 años que consulta por dolor abdominal de localización imprecisa de un mes de evolución asociado a clínica obstructiva en las últimas semanas. En las pruebas complementarias destaca una analítica sanguínea normal y TC de abdomen donde se visualiza la imagen clave en diana diagnóstica de invaginación colocolónica a nivel de colon transverso, secundario a lipoma colónico.

Se decide la necesidad de intervención quirúrgica urgente optándose por un abordaje laparoscópico mediante 4 puertos: 11 mm periumbilical para una óptica de 30º y 10mm, 12 mm en Fosa Iliaca Izquierda y 5 mm suprapúbico como puertos de trabajo y un accesorio de 5 mm en Hipocondrio Izquierdo.

Inicialmente se identifica el segmento de colon transverso invaginado de unos 10 cm de largo. Se procede a la liberación del colon transverso mediante la sección completa de ligamento gastrocólico hasta el ángulo esplénico del colon. Posteriormente extraemos el colon afecto mediante incisión transversa subcostal izquierda y procedemos a la resección segmentaria con márgenes de 5 cm y del mesocolon hasta el origen de la rama izquierda de la Arteria cólica media. Se realiza una anastomosis colocolónica laterolateral mecánica.

Se realiza posteriormente el estudio anatomopatológico resultando finalmente un lipoma subseroso de 5x5 cm.



Figura 1

Segmento de invaginación colocolónica visión frontal.

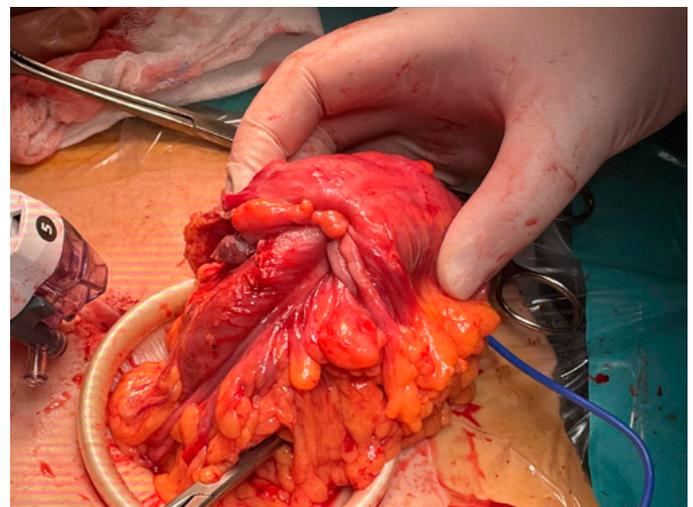


Figura 2

Segmento de invaginación colocolónica visión frontal.



Figura 3

Segmento de invaginación colocolónica visión lateral.

Discusión: En la invaginación intestinal que debuta con un cuadro de obstrucción intestinal se debe plantear el manejo quirúrgico. La vía de abordaje laparoscópica puede considerarse en pacientes seleccionados en los que no exista una distensión de asas de delgado que dificulte la visualización.

La causa más frecuente de invaginación son tumores benignos como este caso, por ello las resecciones segmentarias de colon pueden ser una opción como tratamiento definitivo por presentar menor morbimortalidad. A pesar de ello hay un bajo riesgo de que la invaginación se produzca por tumores malignos lo cual obligaría a realizar una segunda intervención siendo así discutible la realización de una cirugía oncológica inicial en su lugar. Sería necesarios estudios con mayor evidencia para poder recomendar cual es la técnica más adecuada.

220268. RESULTADOS EN CIRUGÍA ENDOCRINA COMO PUNTO DE PARTIDA PARA LA ACREDITACIÓN DE NUESTRA UNIDAD DE CIRUGÍA ENDOCRINA.

F Ramos Muñoz, I Pulido Roa, I Jimenez Mazure, C Rodriguez Silva, R Perez Rodriguez, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La acreditación de Unidades de Cirugía Endocrina tiene como objetivo la asistencia de procesos complejos que se benefician de la concentración de casos y una alta especialización.

Material y métodos: La AEC ha establecido unos criterios de investigación, asistenciales, y de docencia para la acreditación de Unidades Quirúrgicas Especializadas. Presentamos el resultado de nuestra unidad de cirugía endocrina en 2021 como punto de partida para iniciar el proceso de acreditación.

Resultados: Nuestra unidad de cirugía endocrina se compone de 4 cirujanos. En 2021 se intervinieron 131 pacientes de cirugía tiroidea y paratiroidea, con un volumen de intervenciones por cirujano de 50 (38%), 36 (28%), 41 (31%) y 4 (3%). Se realizaron 83 tiroidectomías (64%), 3 vaciamientos por recidiva (2%), 38 paratiroidectomías (29%) y 7 cirugías combinadas tiroideas y paratiroides (5%). Respecto a la patología tiroidea, 38 fueron neoplasias malignas (43%) 50 benignas (57%). En la patología paratiroidea y combinada, 98% fueron benignas y el 2% malignas.

En cirugía tiroidea, la neuromonitorización del NLR se practicó en el 98,8% de los pacientes. 78 pacientes (88,7%) no presentaron disfonía, 10 disfonía transitoria (11,3%) y ninguno permante (0%). Un paciente presentó hipoparatiroidismo definitivo (1,2%) y 12 transitorio (14,1%). La tasa de lesión recurrencial bilateral, hematoma asfíctico y exitus fue del 0%. La mediana de estancia en días de 1 para hemitiroidectomía (0-2), 2 para tiroidectomía total (1-8) y 3 para vaciamiento (2-5). En cirugía paratiroidea, la neuromonitorización del NLR se realizó en el 100% de los pacientes. La PTH intraoperatoria se practicó en el 75,6% según los criterios de Viena. La mediana de estancia fue de 1 día (0-4). La tasa de curación de hiperparatiroidismo fue del 76,7%, y la persistencia fue del 13,3% (6 pacientes). La tasa de lesión recurrencial uni y bilateral, hematoma asfíctico, y exitus fue del 0%.

Conclusiones: Existe una amplia evidencia científica del beneficio entre el número de procedimientos quirúrgicos complejos realizados por centro y cirujano, y la morbilidad de los mismos (hipoparatiroidismo o lesión de recurrences en cirugía tiroidea, estancia hospitalaria), y así como en resultados a medio y largo plazo (recidiva, persistencia, márgenes afectos o reintervenciones).

El análisis de la actividad con los indicadores de procedimiento y resultados recomendados por el sistema de acreditación de la AEC es uno de los criterios más importantes para evaluar la calidad de una unidad especializada.

220269. DOBLE EVENTRACIÓN PARAESTOMAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M Fernández Baeza, MC Montes Osuna, M Domínguez Bastante, AM Sánchez Arco, A Vélchez Rabelo, JD Turiño Luque, A Mansilla Roselló

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

Introducción: La eventración paraestomal es la hernia incisional a través del defecto aponeurótico creado en un estoma. Constituye la complicación tardía más frecuente tras su realización, con una incidencia estimada entre el 10-50%. Sin embargo, la doble eventración paraestomal es una patología poco descrita en la literatura.

Presentamos dos casos clínicos de doble eventración paraestomal de nuestro centro.

Caso clínico: Varón de 77 años con colostomía terminal y urostoma por fistula rectovesical secundaria a radioterapia. Presentaba eventración paraestomal bilateral tipo IV (19x12x16 cm y 12x7.5x12 cm) con eventración M3M4M5W3R0, no complicadas.

Debutó con obstrucción intestinal. Se realizó TC de abdomen (**Figura 1 y 2**) que concluía como suboclusión de intestino delgado, hernia parastomal bilateral y lesiones hepáticas compatibles con metástasis, no conocidas; índice de Tanaka del 29%.

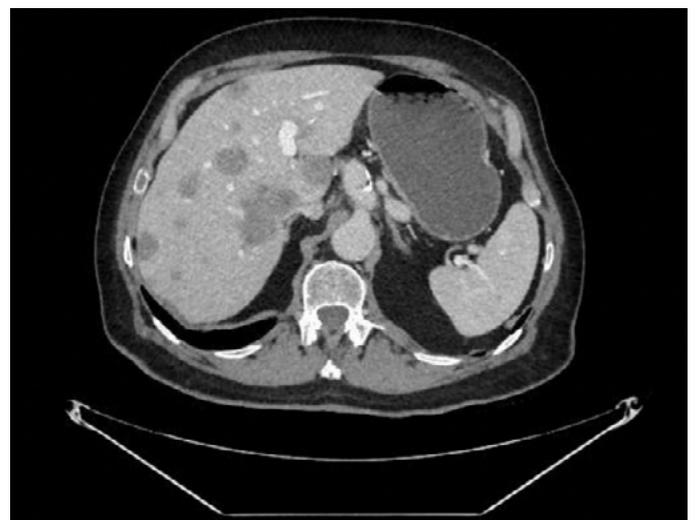


Figura 1

TAC abdominal con lesiones hepáticas.



Figura 2

TAC abdominal con eventración paraestomal bilateral.

Tras manejo conservador del cuadro, se completó estudio con diagnóstico de neoplasia de colon derecho estadio IV.

Se intervino previa preparación de la pared abdominal con toxina botulínica tipo A y neumoperitoneo progresivo, realizándose hemicolectomía derecha, eventroplastia Rives-Stoppa con malla de polipropileno y cierre de defectos aponeuríticos de estomas, colocando mallas titanizadas intraabdominales mediante técnica Keyhole (Figura 3).

Presentó buena evolución, con alta hospitalaria el octavo día postoperatorio.

Varón de 62 años con ileostomía de protección y colostomía terminal por neoplasia de recto que ingresó por cuadro suboclusivo.



Figura 3

TAC abdominal con eventración paraestomal bilateral.

Presentaba eventración paraestomal bilateral tipo IV (20x11x19.5 cm y 20x9.4x16.6 cm) con eventración M3W2R0, no complicadas.

Se realizó TC de abdomen (Figura 4 y 5) que concluía como hernias bilaterales en orificios de ileostomía y colostomía y eventración M3W2; índice de Tanaka del 29%. El cuadro fue resuelto de manera conservadora.



Figura 4

TAC con eventración paraestomal bilateral.



Figura 5

TAC con eventración paraestomal bilateral y de línea media.

Se intervino previa administración de toxina botulínica tipo A y neumoperitoneo progresivo, realizándose cierre de ileostomía, recolocación de la colostomía y eventroplastia Rives-Stoppa con colocación de mallas de BioA y PVDF.

Presentó buena evolución, con alta hospitalaria el décimo día postoperatorio.

Discusión: La doble eventración paraestomal es una patología poco estudiada, sin estar incluida en las clasificaciones actuales, con una incidencia no establecida. Puede debutar como cuadros de suboclusión o bien pasar desapercibida hasta la incarceration, con un importante aumento de la morbimortalidad. Además, no existe una técnica de reparación quirúrgica establecida específicamente. Por ello, siempre que sea posible, se debería intentar diferir la cirugía para preparar la pared del paciente y ser intervenido por un equipo especializado en la pared abdominal.

220272. EMERGENCIA HIPERTENSIVA COMO DEBÚT DE PARANGLIOMA PARAAÓRTICO

MP Chas Garibaldi, MB Cano Pina, T Vergara Morante, B Mirón Pozo

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

Introducción: Los paragangliomas son tumoraciones infrecuentes con origen en el tejido cromafín embrionario no involucionado derivado de la cresta neural. Su incidencia es de 0,2-0,5/100.000 habitantes año. El 80% presentan localización adrenal, son únicos y preferentemente derechos; el 10% son bilaterales y el otro 10% presentan localización extraadrenal como en nuestra paciente.

Caso clínico: Se presenta caso de mujer de 36 años con antecedentes de intervención en 1987 por estenosis pulmonar valvular severa, con posterior recambio valvular en 2015 e implantación de DAI por arritmias. La paciente presentaba también HTA de años de evolución controlada con tratamiento y acudió a urgencias por dolor torácico irradiado a espalda. A la exploración se observó ausencia de pulso radial izquierdo y TA de 190/110. Ingresa en UCI por emergencia hipertensiva y se realiza Angio-TC con hallazgos de lesión retroperitoneal paraaórtica izquierda en probable relación con paraganglioma retroperitoneal que se confirma con SPECT y catecolaminas en orina. Tras optimización de la paciente y alfa y beta-bloqueo, se decide realizar embolización de las principales ramas arteriales nutricias del paraganglioma e inmediatamente después laparoscopia exploradora. Se observó tumoración de unos 5cm íntimamente adherida a aorta abdominal, que se extendía desde la raíz de la AMI hasta la salida de la arteria renal izquierda. Se realizó resección de la tumoración y la biopsia confirmó un paraganglioma.

Discusión: Los paraganglioma se clasifican en adrenales (feocromocitomas) y extraadrenales; también pueden dividirse en cromafines, asociados al simpático y generalmente funcionantes y en no cromafines, asociados al parasimpático y frecuentemente no funcionantes. Los retroperitoneales asientan en el sistema paragangliónico paraaórtico y son generalmente únicos (80-85%), siendo su localización más frecuente la infrarrenal (42%). Es más frecuente en varones y su incidencia máxima es entre la 3-5ª década de vida. Pueden asociarse a síndromes como el de MEN, neurofibromatosis o Von Hippel-Lindau. La clínica está determinada por la capacidad que tienen algunos de ellos para secretar catecolaminas, hormonas y péptidos. La hipertensión es el síntoma más común (0,1-1%). Otros síntomas son las palpitaciones, cefalea, diaforesis, temblor y crisis miccionales. En el diagnóstico es esencial la determinación en orina de metanefrinas y catecolaminas plasmáticas y es necesario la realización de pruebas de imágenes para su localización y estudio gammagráfico con ¹³¹I- MIBG. Los paragangliomas retroperitoneales presentan con frecuencia un comportamiento maligno (20-42%) por lo

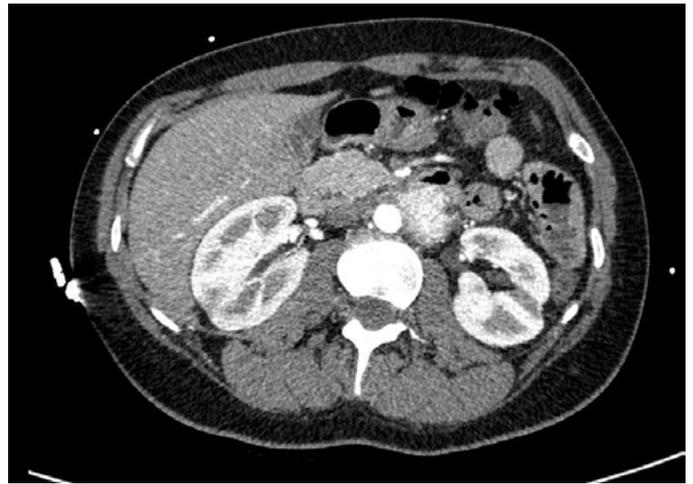


Figura 1

Imagen TC paraganglioma paraaórtico izquierdo.

que el tratamiento de elección es la exéresis radical de la tumoración como se realizó en nuestra paciente.

220274. "SÍNDROME DE LA INUNDACIÓN ASCÍTICA", UN RETO AÑADIDO AL MANEJO DE LAS HERNIAS UMBILICALES EN PACIENTES CIRRÓTICOS

AM Sanchez Arco, C Acosta Gallardo, JL Díez Vígil, M Dominguez Bastante, A Vílchez Rabelo, A Mansilla Rosello

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

Introducción: El "flood syndrome" o síndrome de inundación ascítica es una complicación muy infrecuente y potencialmente mortal que se da en pacientes con cirrosis hepática y ascitis de larga data que presentan una hernia umbilical. Consiste en la ruptura espontánea de la pared abdominal del paciente a nivel de la hernia con salida abundante de líquido ascítico.

El tratamiento de esta patología no está bien definido, lo que hace muy complejo su abordaje, aunque algunas series describen que las tasas de mortalidad son más bajas tras reparación quirúrgica urgente (6%-20%) que tras el manejo conservador (60%-80%).

El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en el manejo de un caso de esta inusual complicación.

Caso clínico: Varón de 65 años con cirrosis hepática secundaria a trombosis portal con cavernomatosis por trombocitemia esencial y hernia umbilical de larga data.

Acudió a urgencias por salida de abundante líquido ascítico a través de una solución de continuidad en la piel de la hernia umbilical, tomándose cultivo de la herida, que fue positivo para Staphylococcus aureus, por lo que se decidió intervención urgente, realizándose paracentesis quirúrgica (con salida de 5 litros de ascitis) y herniorrafia umbilical, quedando la pared abdominal estanca.

A pesar de la buena evolución desde el punto de vista quirúrgico, en el postoperatorio desarrolló una descompensación edematoascítica de su cirrosis con posterior hemorragia digestiva alta masiva secundaria a rotura de variz esofágica.

Finalmente, el paciente fue éxitus en el octavo día postoperatorio debido a su descompensación hepática.

Discusión: Las hernias umbilicales en pacientes cirróticos son una patología muy frecuente (20%), mientras que su rotura espontánea es una complicación muy rara y que presenta una alta tasa de mortalidad, siendo esta mayor cuando se opta por un manejo conservador en comparación al quirúrgico. Dentro del manejo operatorio, se prefiere la herniorrafia sobre la hernioplastia con colocación de malla, ya que con esta última hay mayor riesgo de infección.

A pesar de esta evidencia, la fragilidad de base de estos pacientes hace que el manejo quirúrgico de su patología sea muy controvertido. El estrés que supone la cirugía puede romper el equilibrio en el que se encuentran, dando lugar a descompensaciones de difícil manejo.

Es por ello que consideramos necesaria una optimización intensiva del paciente preoperatoriamente, siempre que la urgencia de la patología lo permita, para así disminuir la morbimortalidad.