

Comunicaciones pósteres

250006. UNA RARA CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: ADENOCARCINOMA DE INTESTINO DELGADO

C Mestre Ponce, MI Marín Herrero, MDC De La Vega Olías, C Murube Algarra, L Martínez Ruiz, V Vega Ruiz

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

Introducción: Los tumores del intestino delgado representan menos del 5% de las neoplasias malignas del tracto gastrointestinal y el 0.6% de todos los cánceres, siendo el adenocarcinoma el tipo histológico más frecuente.

Presentamos el caso de una paciente con cuadro suboclusivo de meses de evolución secundario a un adenocarcinoma de yeyuno.

Caso clínico: Paciente mujer (40 años), con antecedente de hernioplastia inguinal derecha, que presenta síndrome emético y epigastralgia de 5 meses de evolución. Experimenta episodios de vómitos diarios sin clara relación con la ingesta, dolor epigástrico y pérdida ponderal marcada, con tránsito intestinal conservado a heces de consistencia blanda. El test de *Helicobacter Pylori* resulta positivo, por lo que la paciente completa el tratamiento erradicador, sin mejoría clínica. Se realiza gastroscopia, colonoscopia y ecografía abdominal, sin hallazgos patológicos significativos salvo litiasis vesiculares múltiples.

Con diagnóstico de colelitiasis sintomática es intervenida mediante colecistectomía laparoscópica. El postoperatorio cursa sin complicaciones pero, tras el alta, la paciente mantiene la misma sintomatología. Consulta en múltiples ocasiones en Urgencias Hospitalarias, siendo dada de alta con analítica normal y exploración sin datos de alarma. En su última consulta urgente, presenta hipopotasemia y fallo renal agudo prerrenal, además de notable deterioro de su estado general.

Ingresa para manejo conservador y completar estudio, solicitándose TAC de abdomen con hallazgo de dilatación de asas de intestino delgado secundaria a cambio de calibre en yeyuno, con engrosamiento parietal e hiperrealce mucoso. Para una mejor caracterización de la lesión solicitan enteroRM, que no puede realizarse ante empeoramiento de la paciente por evolución a obstrucción intestinal completa. Se decide laparoscopia exploradora urgente y se objetiva estenosis de aspecto maligno en yeyuno y adenopatías mesentéricas subcentimétricas. Se realiza resección intestinal segmentaria con anastomosis yeyuno-yeyunal y linfadenectomía. El informe anatomopatológico de la pieza es compatible con adenocarcinoma infiltrante bien diferenciado de intestino delgado pT2N0.

Discusión: Dada a la infrecuencia de los cánceres de intestino delgado y la naturaleza inespecífica y variable de sus signos y síntomas, el diagnóstico suele ser difícil y puede verse retrasado. En aras de evitar el descubrimiento de la enfermedad en una fase tardía, resulta fundamental un alto índice de sospecha y un adecuado diagnóstico diferencial.

250007. COLITIS SEGMENTARIA ASOCIADA A DIVERTICULOSIS Y MALACOPLAQUIA HEPÁTICA: DOS ENTIDADES INFRECIENTES.

C Mestre Ponce, CM Pérez Alberca, MDC De La Vega Olías, R Noriega Mel, A Callejo Piosa, V Vega Ruiz

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

Introducción: Presentamos el caso de una paciente con diagnósticos concomitantes de colitis segmentaria asociada a diverticulosis (SCAD) y malacoplaquia hepática.

Caso clínico: Paciente mujer (76 años), con antecedentes de EPOC y apendicectomía, en estudio por metrorragia postmenopáusica, realizándose biopsia endometrial. Acude a Urgencias un mes después de la histeroscopia refiriendo deposiciones diarreicas diarias desde entonces y dolor abdominal en las últimas 24 horas. Con una exploración abdominal dolorosa en flanco izquierdo, destacan la elevación de reactantes de fase aguda y los hallazgos en TAC urgente de cambios pélvicos secundarios a neoplasia de sigma o diverticulitis complicada, con fístulas colocólicas y colouterinas, y LOE hepática que podría corresponder con metástasis o absceso.

Durante el ingreso comienza con evacuación de restos fecales por vía vaginal. Se detecta elevación de CA125 y la colonoscopia objetiva divertículos en sigma no complicados y un engrosamiento parietal con marcada resistencia al paso del endoscopio, que obliga a detener la prueba por riesgo de iatrogenia. La RMN pélvica pone de manifiesto una colección líquida de 8cm y trayectos fistulosos entre sigma y útero. La RMN hepática no esclarece la naturaleza de la LOE, por lo que se realiza biopsia con aguja gruesa con resultado histológico compatible con malacoplaquia.

Sin diagnóstico claro se decide intervenir a la paciente de forma programada, objetivándose un plastrón inflamatorio pélvico con colon sigmoide de aspecto fibrótico y los trayectos fistulosos descritos. Se realiza resección anterior de recto con anastomosis colorrectal e histerectomía subtotal y anexectomía derecha. El informe anatomopatológico definitivo concluye SCAD patrón "Crohn-like".

Discusión: SCAD es una entidad altamente infrecuente y de etiopatogenia incierta, con un espectro de hallazgos en pruebas de imagen y endoscopia que obliga a su diagnóstico diferencial con diverticulitis aguda, neoplasia, otras colitis, ... El escenario más habitual es su diagnóstico mediante colonoscopia por estudio de diarrea crónica, objetivándose en la biopsia signos inflamatorios crónicos en la mucosa interdiverticular sin alteración de los orificios diverticulares. Afecta característicamente al sigma y respeta típicamente al recto.

En el caso de la malacoplaquia, se trata de una condición pseudotumoral inflamatoria granulomatosa crónica muy poco común que suele aparecer en pacientes con inmunodeficiencia. Se cree secundaria a una alteración en el sistema fagocítico y compromete más frecuentemente al tracto urinario. Los casos confinados al hígado son muy raros. Histológicamente se caracteriza por un infiltrado difuso de histiocitos o células de Hansemann con inclusiones de Michaelis-Gutmann.

250009. TRIPLE NEUMO DEBIDO A PERFORACION COLONICA POR DIVERTICULITIS

A Bastidas Rodriguez, C Gómez Egea, MP Ruiz Frias, SC Cardenas Crespo, R Molina Barea, A Ramiro Sanchez, A Cózar Ibáñez

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

Introducción: El neumoperitoneo es la imagen aérea anormal más habitual en la exploración radiológica de pacientes con perforación espontánea o instrumental del colon, ocasionalmente este gas intestinal puede tener una localización extraperitoneal que puede entorpecer el diagnóstico.

Se presenta un paciente con una perforación espontánea de un divertículo del colon que se manifestó como neumotórax, neumomediastino y neumoperitoneo

Caso clínico: Mujer de 59 años que acude a Urgencias por dolor abdominal agudo de varias unos 5 días de evolución que ese día aumenta de intensidad. Como antecedentes personales destaca carcinoma endometrioide intervenido en 2022, actualmente ca de orofaringe intervenido 4 meses antes estadio III con tratamiento adyuvante ultima dosis 7 sem antes, portadora de SNG para alimentación, exploración abdomen doloroso con signos de irritación

Se completa el estudio con TC abdomen donde se objetiva importante neumoperitoneo en toda la cavidad abdominal, objetivando una mayor cantidad de aire extraluminal en mesosigma y en mesocolon izquierdo, importante neumomediastino que asocia discreto neumotórax derecho.

Por tanto, se indica intervención quirúrgica urgente. Encontrándose Plastrón inflamatorio a nivel del sigma con absceso realizándose una resección del sigma y colostomía tipo Hartmann, la AP definitiva confirmo el diagnostico de Diverticulitis con Perforación y peritonitis focal

Discusión: La localización extraperitoneal del gas, en presencia o ausencia de neumoperitoneo, puede situarse tanto en la cavidad

pleural o pericárdica como en el tejido subcutáneo y/o en el espacio mediastínico o retroperitoneal. El mecanismo que explica la localización anormal del aire extraperitoneal en la perforación del colon es semejante (pero con recorrido inverso) al utilizado para justificar la presencia de aire extratorácico en el barotrauma pulmonar durante la ventilación mecánica.

En el caso presentado, el divertículo del colon pudo perforarse a la cavidad abdominal, lo que llevó a la formación neumoperitoneo. Posteriormente, este aire a tensión pudo entrar en el tórax directamente a través de defectos pleuroperitoneales del diafragma o a través del espacio periesofágico, lo que culminó en la formación de un neumomediastino y neumotórax



Figura 1
Neumoperitoneo en el TAC.

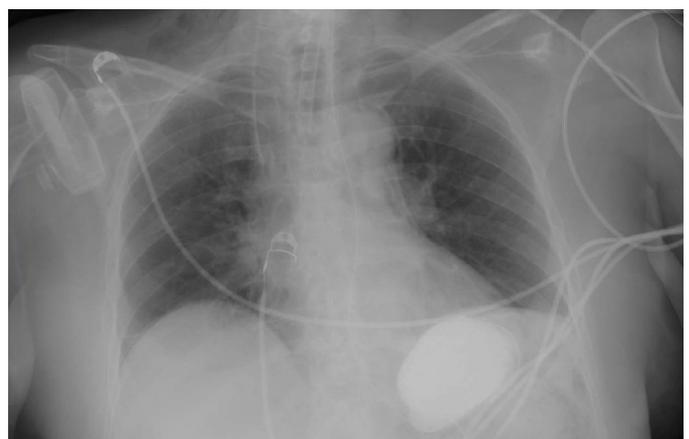


Figura 2
Neumomediastino en la Rx de Tórax.

250016. FASCITIS NODULAR, UNA RARA ENTIDAD MAMARIA. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

R Ávila Figueroa, A Martínez Rodríguez, L González Garrido, L Candil Valero, A Pareja López, JM Rodríguez Alonso

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

Introducción: La Fascitis Nodular es una afección benigna que simula un sarcoma, caracterizada por la proliferación rápida de fibroblastos. Las lesiones son pequeñas y solitarias, comúnmente en extremidades superiores. Raramente afecta a la mama, donde puede imitar al cáncer mamario. Un diagnóstico preciso es crucial para evitar tratamientos innecesarios.

Caso clínico: Una mujer de 41 años consultó por un nódulo en la mama izquierda de un mes de evolución. En la exploración física, las mamas estaban bien conformadas sin deformidades y sin adenopatías axilares palpables.

Las pruebas diagnósticas, incluyendo mamografía y ecografía mamaria bilateral, revelaron un nódulo sólido de 11 mm con bordes irregulares en la mama izquierda, clasificado como BIRADS 5, sugiriendo malignidad. La resonancia magnética mostró un realce nodular precoz en el cuadrante supero-externo (CSE) de la mama izquierda, también clasificado como BIRADS 5. Ante la sospecha de malignidad, se realizó una biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía, que resultó compatible con Fascitis Nodular. La paciente fue intervenida con una tumorectomía guiada por arpón de la lesión, sin biopsia selectiva del ganglio centinela debido a la ausencia de adenopatías sospechosas. El diagnóstico anatomopatológico confirmó Fascitis Nodular de 13 mm, siendo positiva para actina y desmina, y negativa para varios marcadores como B-catenina y citoqueratina AE1/AE3.



Figura 1
Ecografía de lesión mamaria.

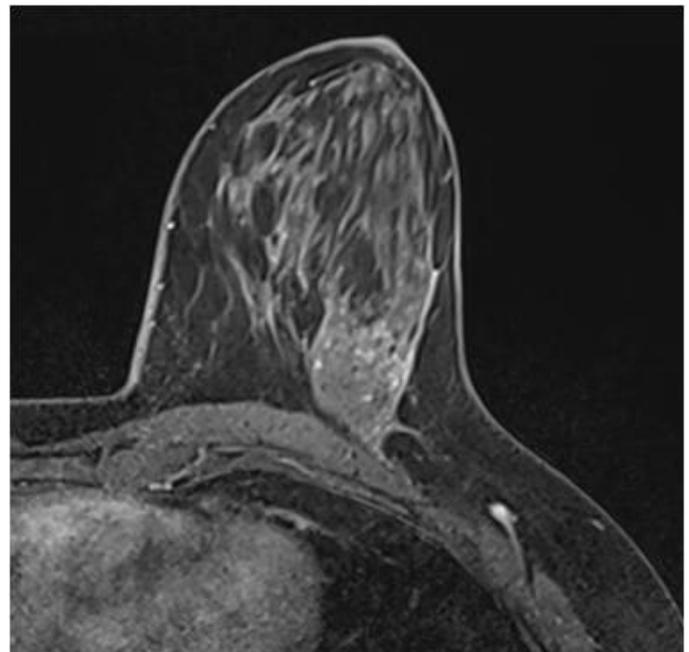


Figura 2
RMN de mama izquierda.

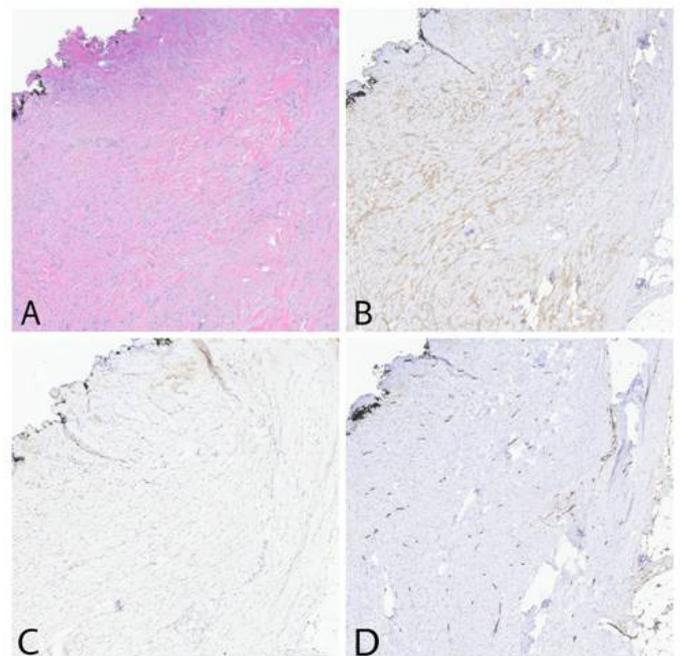


Figura 3
Sección de tumorectomía simple de mama. Fascitis Nodular. A: Proliferación benigna de células fusiformes compatibles con fibroblastos/miofibroblastos B: Inmunoexpresión nuclear negativa para B-catenina. C: Inmunoexpresión negativa para p63. D: Inmunoexpresión negativa para CD34.

Discusión: La Fascitis Nodular en la mama es una afección rara, clasificada como un tumor mamario benigno de origen mesenquimal, con mayor prevalencia en mujeres de mediana edad. Clínicamente, se presenta como un nódulo pequeño, firme, indoloro (aunque puede

ser doloroso), con evolución rápida y localización predominante en el cuadrante supero-externo. A la palpación, es un nódulo bien definido y móvil.

Las principales pruebas diagnósticas son la mamografía y la ecografía. En la mamografía, se observa un nódulo denso, irregular o espiculado con márgenes mal definidos y pocas calcificaciones. Ecográficamente, se caracteriza por una lesión hipocóica, con márgenes irregulares y baja o nula vascularización. La biopsia escisional es el procedimiento diagnóstico más común, mostrando fibroblastos estrellados en un patrón fascicular o estoriforme. A nivel inmunohistoquímico, presenta positividad para actina y negatividad para CK y p63, con una translocación t(17;22)(p13;q13), fusionando MYH9-USP6.

En algunos casos, el tratamiento puede ser conservador, dada la alta tasa de resolución espontánea. Sin embargo, si no se cumplen ciertos criterios clínicos, se opta por una biopsia escisional o ecoguiada. La recurrencia es rara, y el pronóstico de la patología es generalmente favorable.

250023. PROCTITIS SIFILITICA SIMULANDO NEOPLASIA RECTAL. UN DIAGNÓSTICO INUSUAL.

AJ Serran Perea¹, V Vera Flores¹, KD Sarango Torres¹, I Cordero Ferreira¹, D Palomo Torrero¹, M Moreno Diaz¹, M López Zurera¹, F Grasa González¹, S Ruz Portero²

¹Departamento Cirugía General y Digestiva Hospital Comarcal de la Serranía. Ronda, Málaga. ²Departamento Anatomía Patológica Hospital Comarcal de la Serranía. Ronda, Málaga.

Introducción: La proctitis, definida como una inflamación del revestimiento del recto puede causar con dolor, sangrado, diarrea y secreción purulenta. Las principales causas son la enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, clamidias, herpes, radioterapia y algunos fármacos).

La proctitis sifilítica, presente tan sólo en el 1-4% de las sífilis secundarias, más frecuente en varones homosexuales, carece de clínica específica por lo que el diagnóstico y tratamiento suele ser inadecuado y tardío.

Caso clínico: Varón de 77 años sin antecedentes médicos de interés salvo HTA, exhábito tabáquico y enólico y prostatectomía.

Tras diagnóstico de sangre oculta en heces en cribado de cáncer de colon se evidencia en tacto rectal, lesión indurada con bordes sobreelevados a 4-5cm de margen anal, que se confirma en colonoscopia como lesión mamelonada, polilobulada y ulcerada, a 5 cm de margen anal que ocupaba toda la circunferencia rectal sin estenosis completa. La biopsia mostró patrón inflamatorio con ausencia de malignidad.

Se completa estudio de extensión con TC tórax y abdomen donde se evidenció adenopatías axilares e inguinales, además de discreto engrosamiento de pared en recto bajo. La RMN de pelvis mostró la sospecha diagnóstica de neoplasia de recto bajo localmente avanzada (T3a-b)N1Mx con imágenes sugestivas de infiltración linfovascular.

Los marcadores tumorales CEA de 0.87 y AFP de 2.5, en rango de la normalidad.

Tras nueva biopsia quirúrgica se establece resultado anatomopatológico fue de intenso infiltrado inflamatorio de predominio linfoplasmocitario, y ausencia de malignidad. Observaron microorganismos con morfología de espiroquetas. Que fue confirmado por serología en sangre.

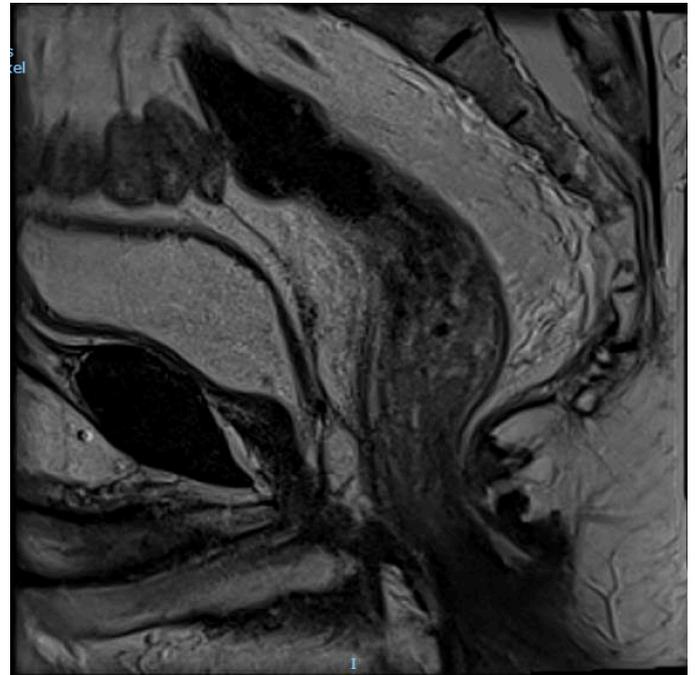


Figura 1
 RMN Recto corte sagital.

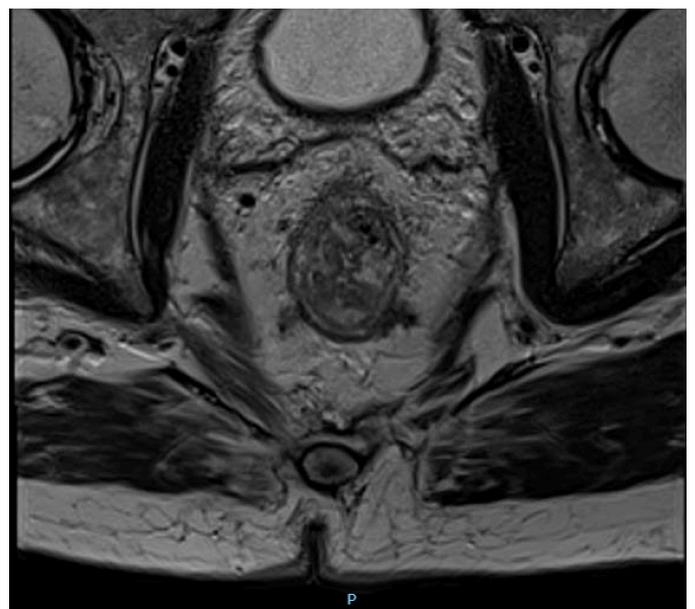


Figura 2
 RMN pelvis corte axial.

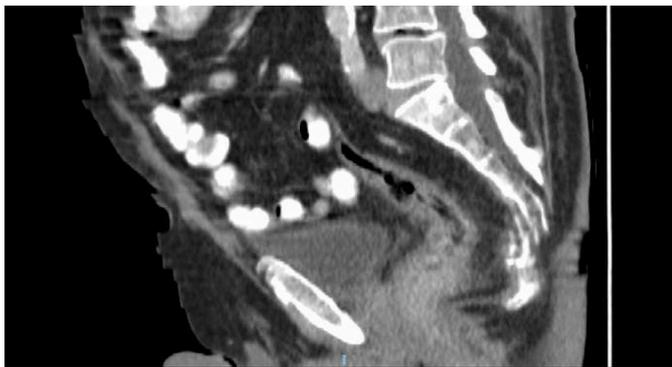


Figura 3

TC pelvis sagital.

Tras tratamiento antibiótico con 3 dosis de penicilina. Se resolvió el cuadro de proctitis y se evidenció la desaparición de la tumoración rectal.

Discusión: En los últimos años se ha producido un incremento en la incidencia de enfermedades venéreas. Las lesiones anales y genitales producidas por la sífilis son las más comunes, pero existen manifestaciones poco frecuentes de la sífilis secundaria, como la sífilis rectal, especialmente en varones homosexuales.

La sífilis rectal se manifiesta con úlceras, fisuras, proctitis y pseudotumores en el recto incluso simulando lesiones neoplásicas. Puede ser asintomática o con síntomas difíciles de diferenciar de otras causas de proctitis y masas tumorales rectales, por lo que la sospecha diagnóstica debe ser alta.

250024. ÍLEO BILIAR COLÓNICO

R Molina Barea, ÁJ Ramiro Sánchez, A Cózar Ibáñez, P Latorre Ruiz, IM Muñoz Núñez, B Sánchez Andújar

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

Introducción: El íleo biliar es una complicación que se presenta en el 0,3-0,5% de los pacientes con coledolitiasis como consecuencia del paso de un cálculo biliar desde los conductos biliares o vesícula biliar hacia la luz intestinal ocasionando una obstrucción intestinal mecánica, pudiendo obstruir cualquier parte de tubo digestivo. Esto es debido a la existencia de algún tipo de fístula; la más frecuente es la fístula colecistoduodenal (85%).

BMujer de 67 años con antecedentes de coledolitiasis e ingreso el año pasado por colecistitis aguda tratada con manejo conservador con antibióticos que acude a urgencias por dolor abdominal generalizado asociado a cuadro de estreñimiento de 8 días. También refiere vómitos biliosos. A la exploración destaca un abdomen doloroso en hipocondrio derecho. Posteriormente se realizaron pruebas complementarias con una analítica anodina y radiografía de abdomen (**Figura 1**) donde se observa neumobilia y niveles hidroaéreos por lo que se decide realizar TC abdomino-pélvico (**Figura 2 y 3**) visualizándose fístula entre la vesícula biliar con el

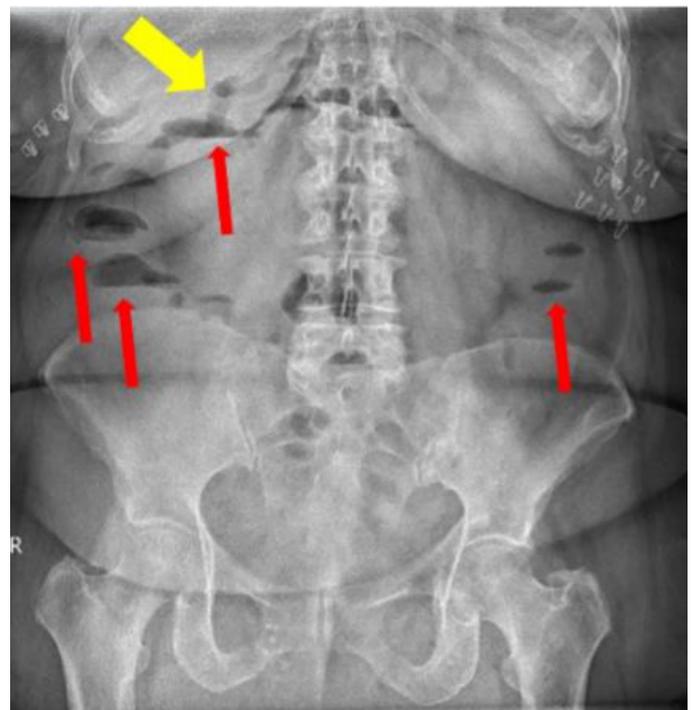


Figura 1

Radiografía abdomen supino. Flecha amarilla indica neumobilia. Flechas rojas señalan múltiples niveles hidroaéreos.

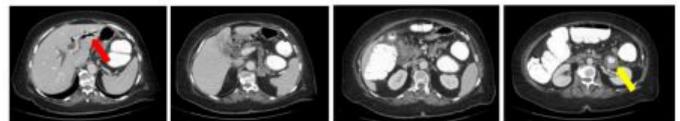


Figura 2

TC abdomino-pélvico, múltiples cortes transversales. Flecha roja señala la neumobilia. Flecha amarilla señala el cálculo biliar en colon descendente.

bulbo duodenal y el ángulo hepático del colon, neumobilia y litiasis ectópica en colon descendente.

Se decide intervención quirúrgica urgente y se explora todo el paquete intestinal hallando zona de obstrucción en colon descendente, se realizan maniobras de propulsión siendo imposible progresión del cálculo por lo que se realiza colotomía y extracción de un cálculo de 8 cm (**Figura 4**). Finalmente, la paciente presenta una evolución favorable sin incidencias siendo dada de alta a los 3 días.

Discusión: La fístula colecistocolónica es la segunda fístula colecistoentérica más común después de la colecistoduodenal, se trata de una complicación tardía de la litiasis biliar crónica y afecta principalmente a mujeres de entre la sexta y la séptima década de la vida. Dentro de las complicaciones de inicio agudo de las fístulas colecistocólicas la más frecuente es el íleo biliar siendo el lugar de impactación más frecuente el sigma. Importante tener en cuenta la posible asociación con alguna otra anomalía, habitualmente la fístula colecistoduodenal.



Figura 3

TC abdomino-pélvico corte coronal. Se observa cálculo en colon descendente, neumbilia y fistula entre vesícula biliar y ángulo hepático colon.



Figura 4

Litiasis biliar de 8 cm.

La cirugía puede realizarse en uno o dos tiempos.

-Enterolitotomía como único tratamiento, la más empleada, con posterior exploración del resto del paquete intestinal.

-Cirugía integral en un solo tiempo: colecistectomía o colecistostomía, cierre de la fistula y enterolitotomía en pacientes altamente seleccionados y reanimados adecuadamente.

-Cirugía en dos tiempos: enterolitotomía y posteriormente colecistectomía de intervalo y reparación de la fistula.

250027. ASCITIS DE ORIGEN DESCONOCIDO COMO SÍNTOMA DE DEBUT DEL MESOTELIOMA PERITONEAL MALIGNO

A Verdugo Luque¹, R Olmo Gacía¹, Á Arjona Sánchez², B Rufián Andújar¹, FJ Briceño Delgado¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía. Córdoba. ²UGC Cirugía General Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: El mesotelioma peritoneal maligno es una neoplasia primaria poco frecuente, con una evolución natural agresiva, caracterizado por su rápida propagación por toda la cavidad abdominal. La cirugía citorreductora seguida de HIPEC se han convertido en el tratamiento de elección, pues la combinación de ambos ha demostrado aumentar la supervivencia libre de progresión y la supervivencia global de estos pacientes

Caso clínico: Paciente de 39 años que consulta en urgencias por dolor, distensión abdominal y síndrome constitucional de semanas de evolución. En ecografía se evidencia abundante ascitis, por lo que ingresa para estudio, siendo finalmente diagnosticado de mesotelioma epitelioide tras realización de laparoscopia exploradora para toma de biopsias.

Tras caracterización de tumor primario y, una vez descartada la existencia de enfermedad a distancia, se presenta en SCTD, decidiéndose neoadyuvancia y posterior traslado a nuestro centro para realizar cirugía.

Se interviene de manera programada el 22 de enero de 2025. Se realiza una citorreducción CC1- + HIPEC con doxorubicina + cisplatino 60 min a 42°C. Tras 13 días de ingreso y sin complicaciones postoperatorias, es dado de alta para continuar seguimiento en su centro de origen, estando en la actualidad libre de enfermedad y pendiente de reconstruir el tránsito.

Discusión: El MPM es un proceso neoplásico que surge de las membranas serosas que recubren la cavidad peritoneal, y constituye casi el 20% de todos los diagnósticos de mesotelioma. Se presenta entre la segunda y la séptima década de la vida, siendo la edad media los 53 años, con una distribución similar entre sexos.

En muchos pacientes, se la forma de presentación es ascitis difusa y dolor abdominal leve, con masas omentales o peritoneales asociadas. Con menor frecuencia, puede manifestarse como una

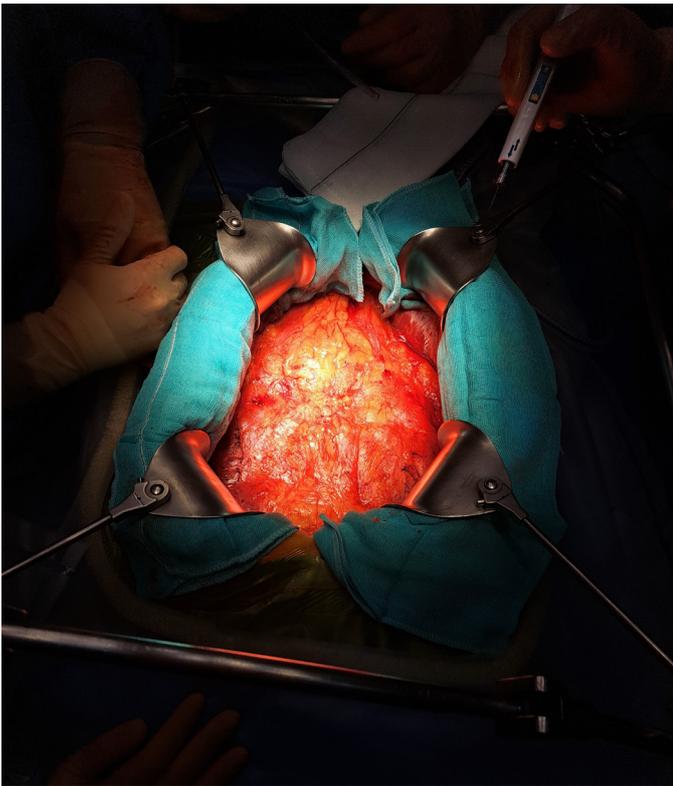


Figura 1

Engrosamiento peritoneal difuso encontrado al abrir la pared abdominal.

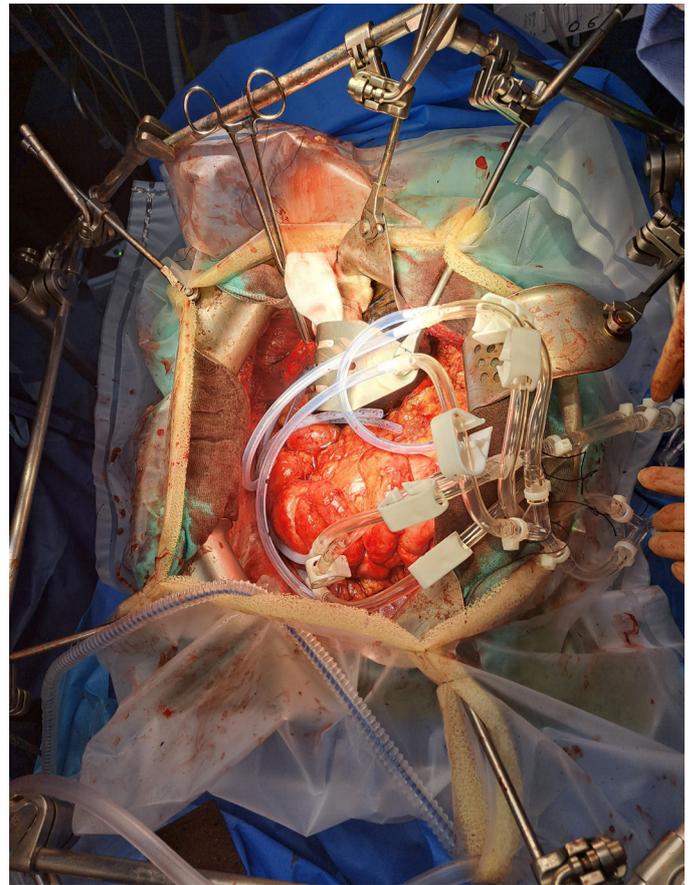


Figura 3

HIPEC.

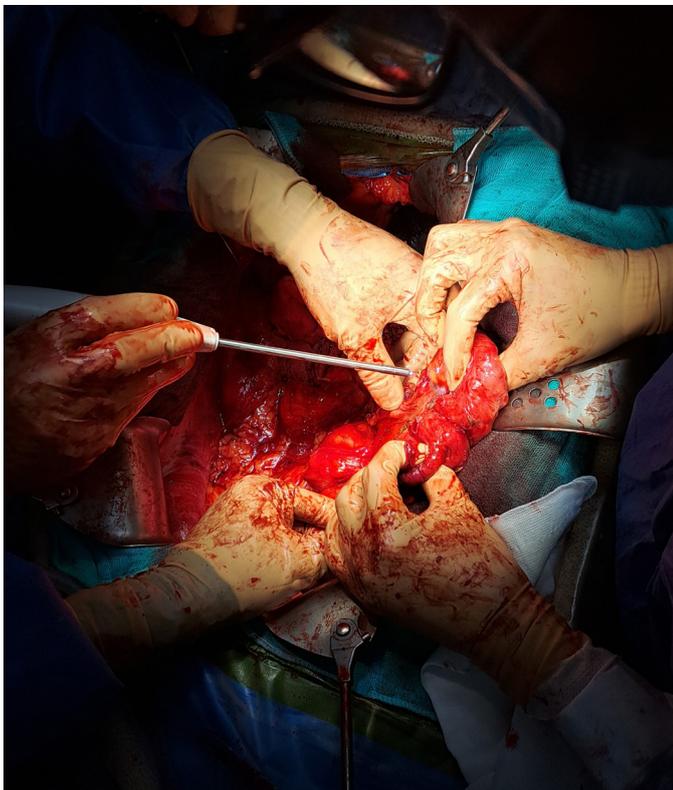


Figura 2

Electrofulguración de implantes en mesenterio con Plasmajet durante la cirugía de citorreducción.

obstrucción intestinal, siendo éste de peor pronóstico, por no ser normalmente susceptible de tratamiento quirúrgico.

El diagnóstico definitivo se realiza en base a criterios histopatológicos del tejido obtenido mediante biopsia, normalmente realizada durante una laparoscopia exploradora, que también es útil para calcular el PCI. Los principales factores pronósticos son las características histológicas del tumor, la puntuación de la citorreducción y la afectación ganglionar.

El tratamiento de elección para estos pacientes, es la combinación de cirugía citorreductora seguida de HIPEC, pues se asocia con una mayor supervivencia libre de progresión, así como una mayor supervivencia global. De modo que, estos pacientes podrían alcanzar una mediana de supervivencia global de 50 meses, obteniendo en algunos estudios retrospectivos, supervivencias del 61% a cinco años.

250030. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIO A INGESTA ALIMENTARIA

A Alberca Páramo, N Palomino Peinado, P Ruiz Frías, A Carmona, E Antonaya Rubia, A Rodríguez Cano, C Gómez Egea, A Cozar Ibáñez

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

Introducción: El bezoar es un conglomerado de material extraño ingerido que tras formarse se localiza a nivel gástrico o intestinal. Es poco frecuente, siendo el más frecuente el fitobezoar (compuesto por fibras vegetales). Se asocia a paciente con alteración en el vaciamiento gástrico (gastroparesia diabética, neuropatía alcohólica).

Caso clínico: Paciente varón de 83 años de edad con antecedentes personales de EPOC, HBP y anticoagulado por TVP de repetición. Acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos. Afebril, hemodinámicamente estable.

Abdomen distendido, con masa palpable en epigastrio.

Analítica con leucocitosis.

TC abdominal con sospecha de obstrucción intestinal por probable bezoar (4,8 x 2,6 cm) en íleon distal

Ante empeoramiento clínico tras el ingreso se decide intervención quirúrgica urgente, realizándose laparotomía media suprainfraumbilical en la cual se objetivó en íleon proximal contenido blando que no se puede fragmentar, por lo que se realiza enterotomía para extracción de pieza (berenjena). Cierre de enterotomía con puntos sueltos. Se realiza evacuación de contenido gástrico y duodenal de forma retrógrada (hasta 4l de material fecaloideo espeso).

Postoperatorio tórpido con necesidad de reintervención 6º DPO neumoperitoneo en TC. En dicha reintervención se objetivó peritonitis fecaloidea generalizada y se realizó resección de íleon con anastomosis.



Figura 1

Enterotomía para extracción de pieza alimenticia.

En planta, requiere valoración por Neumología por descompensación de EPOC de base, requiriendo broncoscopia y BIPAP, sin éxito, produciéndose finalmente éxitus del paciente.

Discusión: La etiología del fitobezoar pueden ser: cirugía gástrica previa (vagotomía, piloroplastia), gastroparesia diabética, neuropatía alcohólica, masticación insuficiente, hipoclorhidria y la motilidad inadecuada del antro.

En nuestro caso, se trata de un paciente con ingesta abundante e insuficiente masticación.

Una de las complicaciones más comunes del bezoar es la obstrucción intestinal. El diagnóstico de elección es la TC abdominal, donde se podrá apreciar una masa intraluminal con patrón moteado de gas y partes blandas, asociada a dilatación del tracto intestinal proximal a la masa y colapso del intestino distal, la cual es patognomónica.

El tratamiento se basa en la disolución química, extracción del mismo por endoscopia o cirugía (enterostomía o resección intestinal). Se puede prevenir su aparición disminuyendo el uso de fibra vegetal no digerible en la dieta habitual. Se recomienda ingesta hídrica abundante, disminuir el consumo de grasas y fraccionar la ingesta en 4-5 por día de menor volumen. Debemos evitar el tabaco y el alcohol y fármacos que retrasen el vaciamiento gástrico. Los procinéticos como la metoclopramida y la domperidona pueden ser útiles en dichos episodios.

250031. GANGLIONEUROBLASTOMA RETROPERITONEAL EN ADULTO JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO

R Olmo García, S González Sánchez, A Arjona Sánchez, JM Sánchez Hidalgo, L Rodríguez Ortiz, B Rufián Andújar, FJ Briceño Delgado

UGC Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: El ganglioneuroblastoma representa un subgrupo dentro de los tumores neuroblásticos, que son tumores de la cresta neural, y más del 90% de casos se dan en niños. Su localización más frecuente es en glándula suprarrenal, mediastino posterior o retroperitoneo.

Caso clínico: Varón de 20 años que, tras accidente de tráfico, acude a urgencias por dolor en hemiabdomen derecho. A la exploración se palpa masa en hemiabdomen izquierdo, que el paciente refiere notarse desde la infancia.

Se realiza tomografía computarizada (TC) de abdomen con hallazgo incidental de una masa retroperitoneal izquierda de 20cm de diámetro. Posteriormente se completa estudio con resonancia magnética (RM) y biopsia de aguja gruesa (BAG) con diagnóstico de ganglioneuroma.

Se realiza cirugía de forma programada, evidenciando una masa de unos 25cm de diámetro que se fija sobre la fascia anterior de las vértebras lumbares y espacio psoas-iliaco izquierdo, y que rodea vasos ilíacos, uréter e hilio renal izquierdos.

Se consigue una citorreducción completa R0 con preservación de colon descendente, riñón y vasos ilíacos izquierdos tras control vascular retroperitoneal.

El paciente presenta una evolución favorable tras la cirugía, con alta hospitalaria tras 4 días de ingreso.

En la revisión al mes, se encontraba bien, con un TC de control sin signos claros de tumor residual. Se informa de los resultados de Anatomía Patológica, con diagnóstico definitivo de ganglioneuroblastoma de tipo mixto.

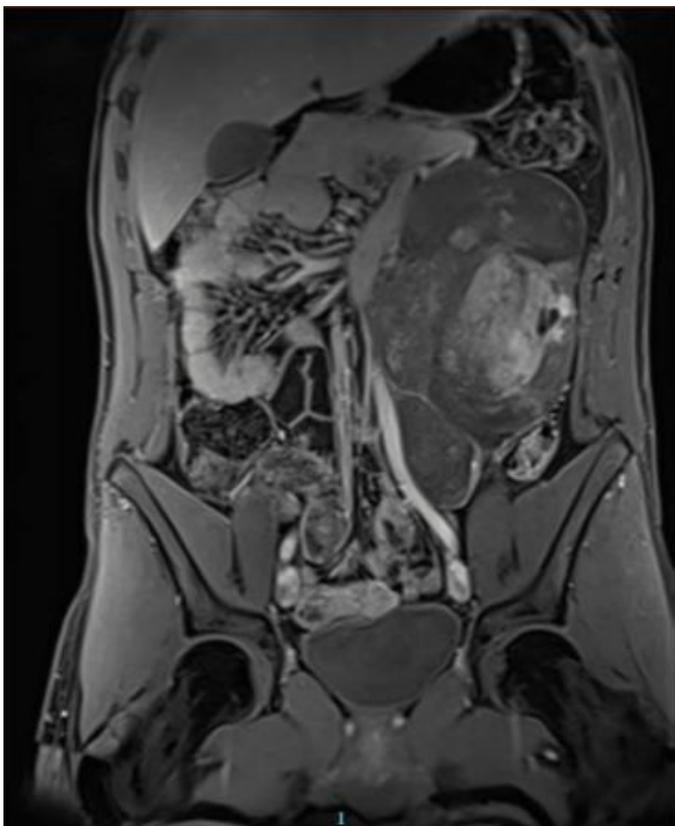


Figura 1
Resonancia Magnética.

Discusión: Los ganglioneuroblastomas de tipo mixto se consideraban malignos en el pasado, sin embargo, se ha visto que la progresión postquirúrgica tras una resección incompleta es bastante improbable.

El tratamiento quimioterápico es ineficaz en este tipo de tumores, por lo que la resección quirúrgica es el único tratamiento posible. Si la resección completa implica una cirugía muy agresiva, se acepta y recomienda una resección incompleta del tumor.

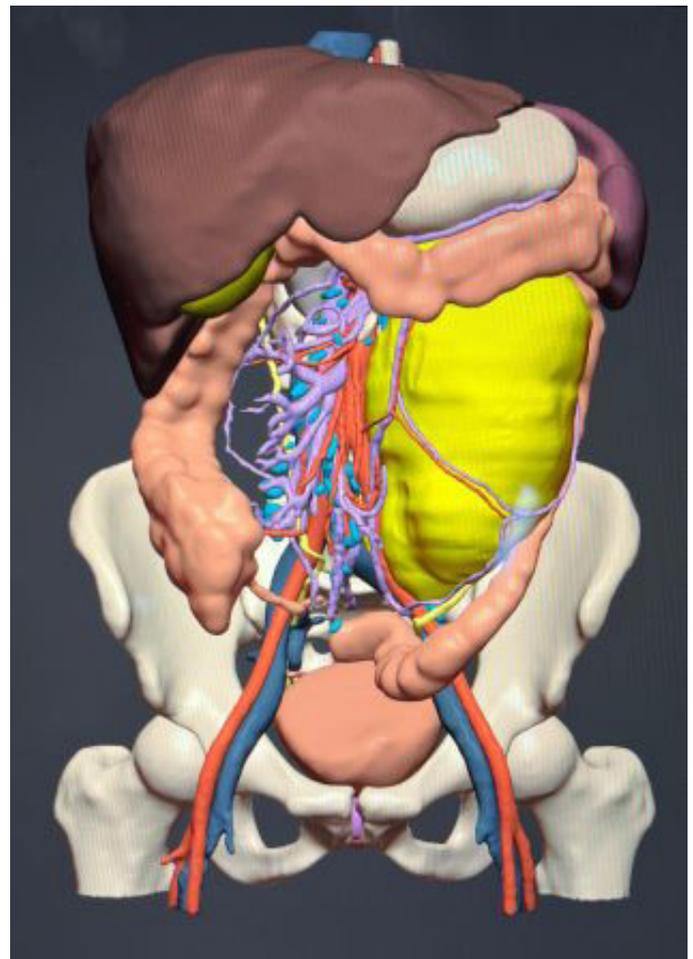


Figura 2
Reconstrucción 3D.

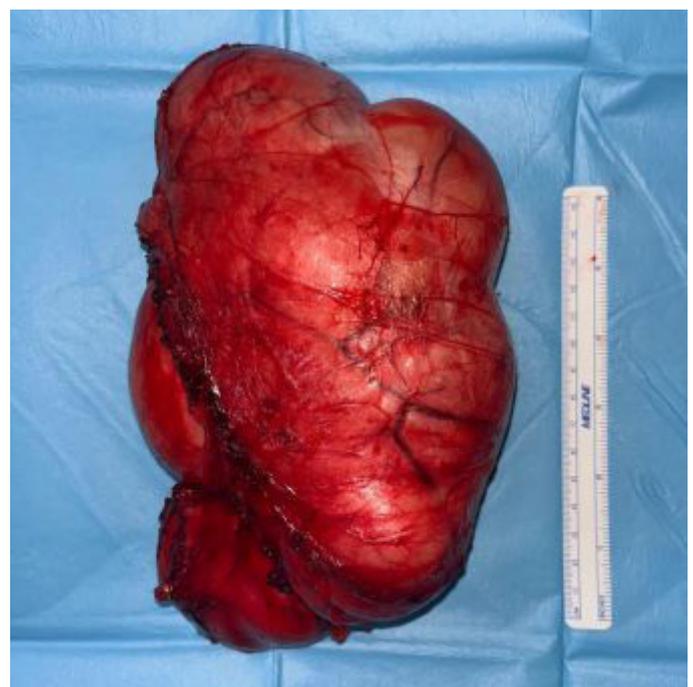


Figura 3
Pieza quirúrgica.

250033. RECIDIVA LOCORREGIONAL DE CANCER DE RECTO: TRATTAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE RESECCIÓN SACRA

D Franco Berraondo, J Carrasco Campos, S Mera Velasco, P Gutierrez Delgado, I González Poveda, JA Toval Mata

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

Introducción: El tratamiento quirúrgico de los tumores rectales recurrentes es un desafío para los cirujanos, ya que suelen considerarse inoperables por su alto riesgo de complicaciones.

Caso clínico: Varón de 65 años diagnosticado en 2022 de neoplasia de recto cT3bN1 tratado con neoadyuvancia con quimioterapia y radioterapia de ciclo largo. Se interviene realizándose resección anterior baja con ileostomía de protección. La anatomía patológica evidencia margen de resección afecto, por lo que se opera nuevamente realizándose cierre de ileostomía y amputación abdominoperineal.

Durante el seguimiento se detecta elevación de Ca19.9. Se realiza tomografía de emisión de positrones que muestra una lesión de partes blandas sugestiva de recidiva en contacto con hueso sacro a nivel S4-S5. Se decide resección quirúrgica. En la cirugía se objetiva un asa de intestino delgado íntimamente adherida a zona de recidiva ósea que se reseca. Por parte del equipo de traumatología se realiza abordaje posterior en línea media sacra, con exposición de sacro y laminectomía completa con osteotomía respetando S3, disección de fascia presacra y posterior exéresis de S4-S5 y cóccix. Se coloca malla Proceed sobre defecto óseo-muscular. Actualmente continúa sin evidencia de recidiva.

Discusión: La recurrencia local de los tumores de recto ha disminuido en los últimos años, llegando al 5-10%, gracias a los nuevos tratamientos. El 20%-50% de estos pacientes presentan únicamente recurrencia local sin metástasis a distancia, lo que permite optar a tratamiento quirúrgico. La recurrencia presacra es el subtipo con peor pronóstico, ya que suelen considerarse inoperables debido al alto riesgo de complicaciones. Sin embargo, cuando se logra un margen de resección negativo, puede aumentar la tasa de supervivencia.

La sacrectomía distal se realiza por debajo de la articulación sacroilíaca y no requiere reconstrucción de los huesos pélvicos ni de la columna lumbar, reduciendo la morbilidad de la cirugía.

250038. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: APENDICITIS AGUDA VS DIVERTICULITIS DE MECKEL

Á Cortés Guerrero, PJ Madroñal Escribano, E Moreno Fernández, A Serantes Gómez

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

Introducción: El divertículo de Meckel constituye la malformación congénita del tracto gastrointestinal más frecuente, con mayor incidencia en hombres, siendo esta del 2%. Resultando de la persistencia del conducto onfalomesentérico, puede manifestarse mediante complicaciones como hemorragia, obstrucción intestinal o diverticulitis. Esta última debe incluirse en el diagnóstico diferencial

de la apendicitis aguda, ya que puede cursar con dolor abdominal, fiebre y vómitos. Las complicaciones ocurren con mayor frecuencia en pacientes menores de 2 años.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 24 años que refiere dolor en hipogastrio y fosa ilíaca derecha de 48 horas de evolución, sin náuseas, vómitos ni fiebre. La analítica resultó anodina y el TC abdominal evidenció un proceso inflamatorio con absceso asociado en fosa ilíaca derecha, originado en una estructura sacular que planteaba el diagnóstico diferencial entre apendicitis y diverticulitis de Meckel. Se realizó laparoscopia exploradora en la que se observó diverticulitis de Meckel adherido a la pared posterior de la vejiga con absceso en punta. Se realizó diverticulectomía en base con endograpadora y se completó la cirugía con una apendicectomía laparoscópica. El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de diverticulitis de tipo crónico con área de abcesificación perforada con signos de peritonitis y de apéndice sin hallazgos inflamatorios. La paciente evolucionó favorablemente en planta, siendo dada de alta en su cuarto día postoperatorio.

Discusión: La diverticulitis de Meckel es una entidad poco frecuente. El apoyo en pruebas de imagen, acompañado de una correcta exploración quirúrgica, es fundamental para su diagnóstico. Como en nuestro caso, la resección del divertículo junto con la apendicectomía profiláctica suele ser la conducta recomendada. No así en el caso de hallazgo incidental de un divertículo de Meckel, donde la decisión de resecarlo debe considerarse valorando el balance entre los riesgos quirúrgicos y el potencial de complicaciones futuras; según sexo, edad y aspecto macroscópico. Dada su variabilidad clínica, se requiere un alto índice de sospecha, ya que lo que no se sospecha, no se diagnostica.

250039. MANEJO CONSERVADOR DEL TRAUMATISMO PANCREÁTICO CERRADO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

E Navarro García, L Sobrino Brenes, F Hinojosa Ramirez, FJ Almoguera Gonzalez, JA Lopez Ruiz, S Morales-Conde

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

Introducción: El traumatismo pancreático es una lesión poco frecuente, presente en menos del 5% de los traumatismos abdominales cerrados. Suele producirse por mecanismos de alta energía. Su diagnóstico es complejo debido a su localización retroperitoneal y a la inespecificidad clínica, lo que puede retrasar su detección y aumentar las complicaciones.

Caso clínico: Presentamos un caso de un varón de 29 años, sin antecedentes médicos relevantes, que ingresa en el Servicio de Urgencias tras una precipitación desde 3 metros con intención autolítica. A su llegada, se encuentra hemodinámicamente estable, con Glasgow 15/15, y presenta como única lesión una herida en calota.

El Body-TAC muestra desestructuración de la cabeza y parte del cuerpo pancreático sin evidencia de lesión ductal, compatible con una lesión pancreática tipo II. Se observa un hematoma pancreático/peripancreático y retroperitoneal, junto con un foco hiperdenso milimétrico sugerente de sangrado activo. Ante estos hallazgos y la estabilidad hemodinámica del paciente, se decide un manejo conservador. El paciente ingresa en UCI y se repite el TAC

abdominal a las 24 horas, donde no se identifica el foco de sangrado previamente descrito. Permanece en seguimiento estrecho, con nutrición parenteral y controles analíticos y radiológicos periódicos. Como incidencia a destacar durante la hospitalización, desarrolla una pancreatitis aguda postraumática, manejada también de forma conservadora.

La evolución es favorable, iniciando tolerancia a los 24 días de hospitalización tras la mejoría progresiva de los niveles de amilasa, de la clínica y de las imágenes radiológicas. El paciente es dado de alta tras 27 días de ingreso, sin complicaciones hasta el momento actual.

Discusión: El manejo conservador del traumatismo pancreático cerrado es seguro y eficaz en casos seleccionados. Se debe considerar en pacientes hemodinámicamente estables, sin afectación ductal o en lesiones proximales del páncreas, sin otras lesiones asociadas que requieran intervención urgente. La vigilancia estrecha debe llevarse a cabo en centros especializados que garanticen diferentes modalidades de tratamiento para las posibles complicaciones, incluida la intervención quirúrgica.

250047. CÁNCER DE MAMA BILATERAL EN VARÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MDV Parejo De Soto, S Melero Brenes, D Raposo Puglia, N Pérez Hernández

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

Introducción: El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en mujeres, sin embargo, es muy infrecuente en varones, representado menos del 1% del total de cánceres de mama diagnosticados. Algunos factores que aumentan el riesgo son: tabaco, obesidad, historia familiar de cáncer de mama y ovario y mutación genética BRCA2. Se suele diagnosticar en estadios más avanzados y el tratamiento habitual es la mastectomía.

Caso clínico: Paciente varón 52 años con antecedentes familiares de tías paternas fallecidas por cáncer de mama con diagnóstico a los 40 y 45 años.

Año 2020

Valorado por palpase nódulo en mama derecha que a la exploración se encuentra en unión de cuadrantes internos, de 2-3 cm, mal definido, con bordes irregulares y sufusión hemorrágica.

Se completó estudio con ecografía, mamografía bilateral y biopsia con aguja gruesa (BAG) con diagnóstico de carcinoma ducal infiltrante (CDI) luminal A.

Se decidió realizar mastectomía radical con biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) intraoperatorio que resultó negativo por lo que no se realizó linfadenectomía axilar (LA).

En anatomía patológica (AP) definitiva: CDI con un ganglio con macrometástasis e invasión linfovascular, pT1cN1a.

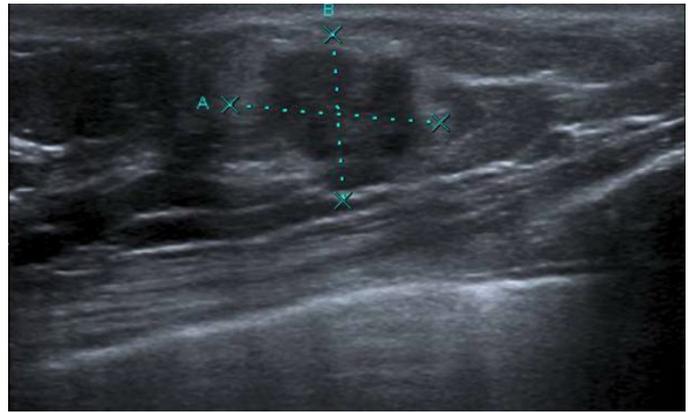


Figura 1

Ecografía mama derecha. Año 2020.

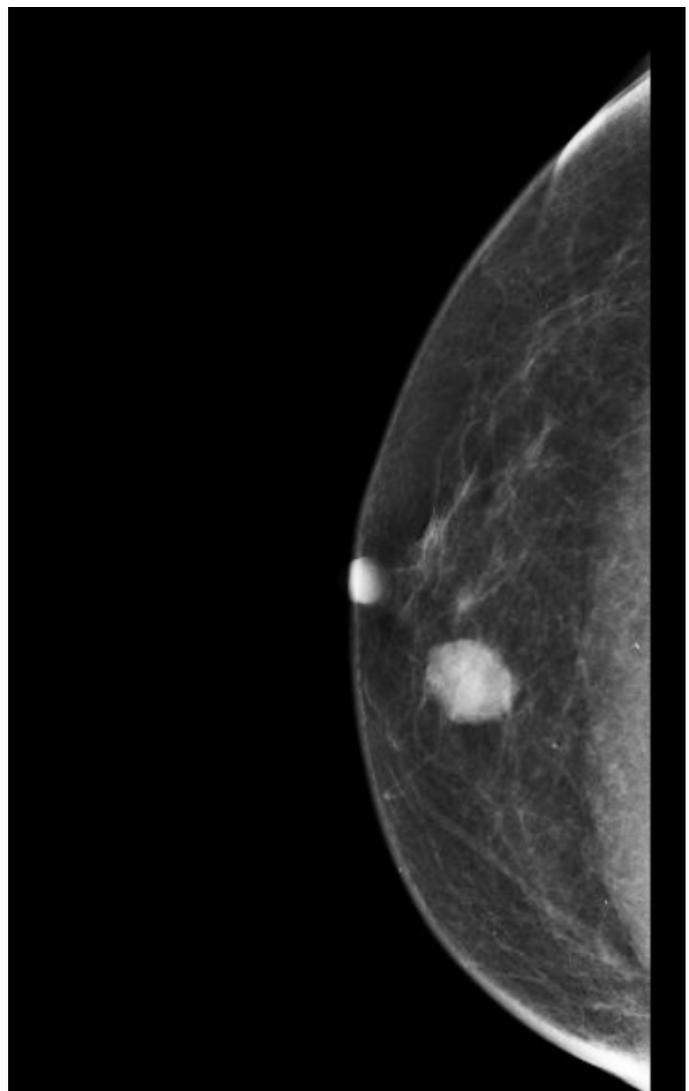


Figura 2

Mamografía mama derecha. Año 2020.

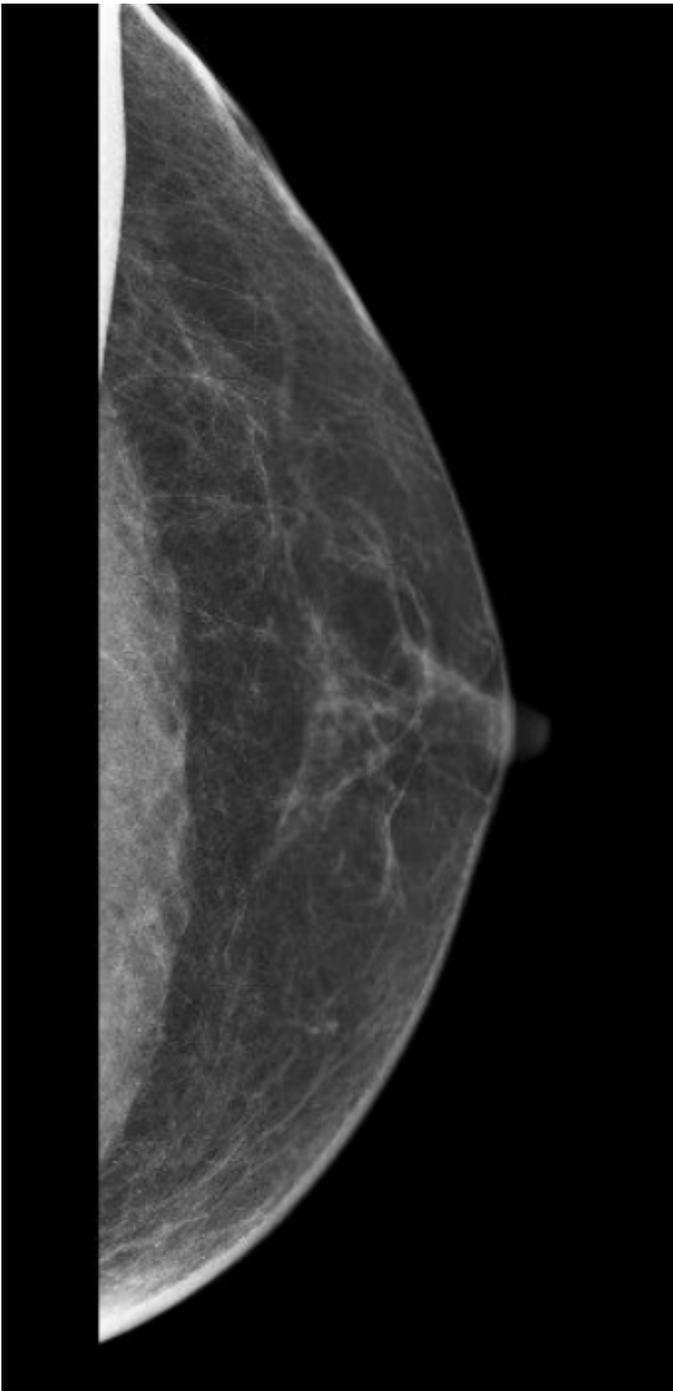


Figura 3

Mamografía mama izquierda. Año 2020.

Recibió tratamiento adyuvante con radioterapia, quimioterapia AC- Taxol y hormonoterapia con tamoxifeno.

Se realizó TAC de extensión sin evidencia de enfermedad y estudio genético negativo.

Año 2024

En el curso de su seguimiento, se diagnostica nódulo en cuadrante inferointerno/unión de cuadrantes internos de mama izquierda correspondiente a carcinoma invasivo no especial luminal A.

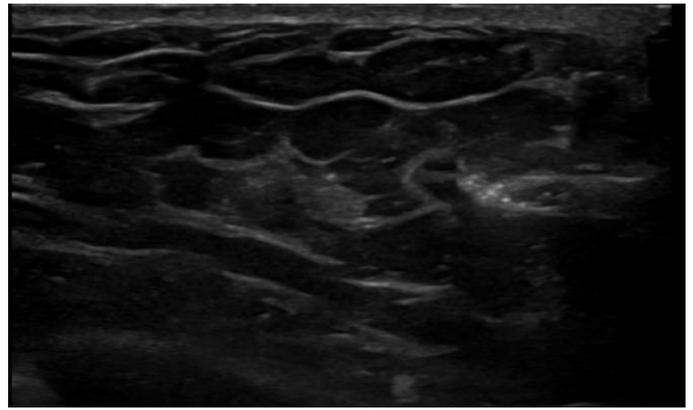


Figura 4

Ecografía mama izquierda. Año 2024.



Figura 5

Mamografía mama izquierda. Año 2024.

Se decidió misma actitud terapéutica con resultado de BSGC intraoperatorio negativa y no se realizó LA.

En AP: Cl no especial, pT(m)1bN0.

Se inició tratamiento hormonal con goserelina + letrozol.

Actualmente continúa en seguimiento por Oncología.

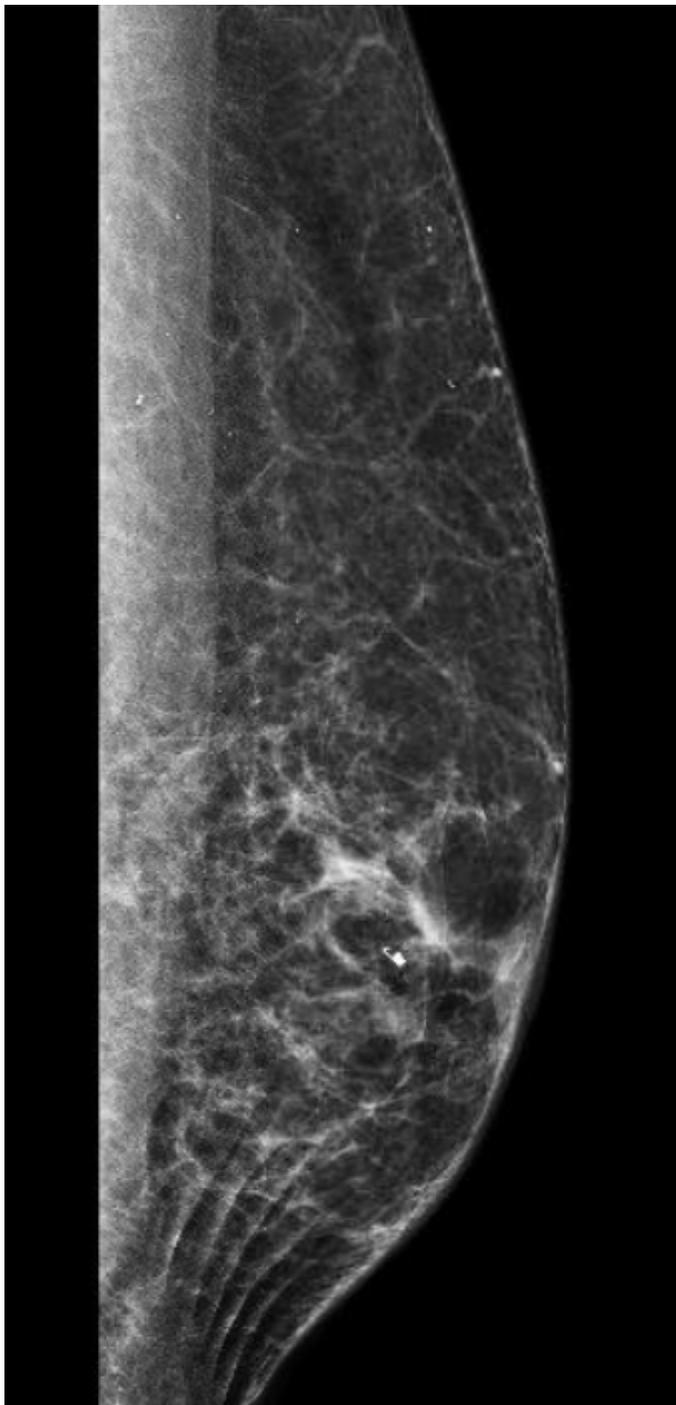


Figura 6

Mamografía mama izquierda. Año 2024.

Discusión: El cáncer de mama en varones es una entidad poco frecuente y suele diagnosticarse en estadios más avanzados lo que puede asociarse a peor pronóstico.

Se debe tener una alta sospecha clínica para evitar retrasos en el diagnóstico y el tratamiento.

La estrategia diagnóstico terapéutica es similar a la de las mujeres, aunque no se recomienda la realización de cribado en varones y todavía faltan más estudios y recomendaciones específicas para el varón.

250050. PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA DERECHA TRAS COLECISTECTOMÍA URGENTE EN PACIENTE CON TROMBOSIS PORTAL PARCIAL: UN RETO TERAPÉUTICO

L Salvador Ordoño, AB Vico Arias

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

Introducción: El pseudoaneurisma de arteria hepática derecha (PAAHD) postcolecistectomía es una rara pero grave complicación de la colecistectomía. Su manifestación clínica más frecuente es como hemorragia digestiva alta (HDA).

Presentamos el caso de un paciente que desarrolló esta complicación tras cirugía urgente por colecistitis y que además presentó en el postoperatorio una trombosis parcial de la porta derecha, que condicionó el manejo terapéutico.

Caso Clínico: Varón de 58 años con antecedentes de tromboembolismo pulmonar en tratamiento anticoagulante y enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, intervenido de forma urgente por colecistitis aguda, realizándose colecistec-tomía abierta.

Ante elevación de colestasis, se realiza colangioRMN que confirma la sospecha de lesión de vía biliar, siendo reintervenido al 6º día POP, hallando lesión tipo E2 de Strassberg, realizándose hepaticoyeyunostomía. Duran-te el seguimiento, se constata en TAC de control trombosis parcial del pedículo portal anterior derecho con lo que se anticoagula a dosis terapéuticas.

Discusión: En este contexto presenta HDA con anemia, inestabilización y necesidad de traslado a UCI, con hallazgo en angio-TAC, de pseudoaneurisma en arteria hepática derecha. Tras valoración con radiología intervencionis-ta y por el antecedente de trombosis portal se decide tratamiento endovascular mediante la implantación de endoprótesis cubierta siendo el intento infructuoso con trombosis de arteria hepática propia. Posteriormente el paciente desarrolla colección abscesificada en segmento VIII hepático que fue tratado con drenaje percutáneo con buena evolución posterior, siendo dado de alta al 43º día POP.

El paciente continúa revisiones en consulta, manteniendo buena función hepática, y flujo arterial intrahepático conservado con índices de resistencia en el límite inferior de la normalidad, medidos por ecodoppler.

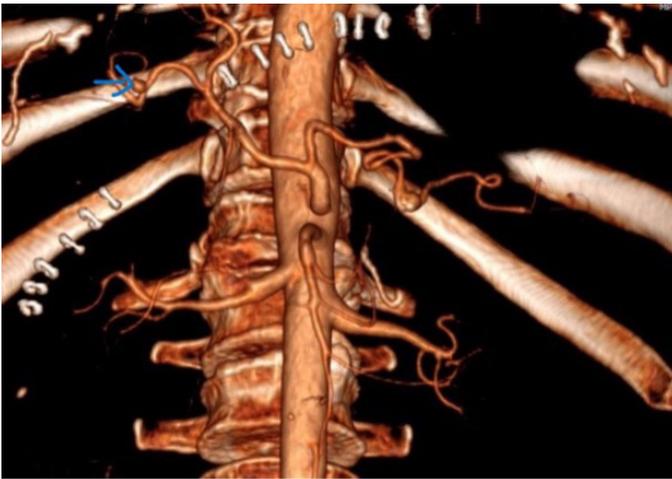


Figura 1

AngioTc abdominopélvico. (PAAHD) flecha.

Discusión: El PAAHD es una complicación infrecuente relacionada con lesiones tras cirugía laparoscópica de la AH, con una incidencia en torno al 0,03-0,8 %. La sospecha clínica debe establecerse ante una HDA en el postoperatorio.

El diagnóstico se establece mediante ecografía Doppler, angio-TAC y arteriografía que es el gold standard, permitiendo identificar de forma precisa el vaso donante y el cuello de la lesión, así como la posibilidad de tratamiento en el mismo acto.

La actitud expectante se desaconseja debido a la gran morbimortalidad que supone el riesgo de ruptura. La embolización transarterial es el tratamiento ideal en la mayoría de casos. Una alternativa a la embolización cuando no es posible es la colocación de stent endovascular, con buenos resultados en los casos publicados, aunque se requieren estudios adicionales para evaluar la seguridad y los resultados a largo plazo.

250054. HERNIOPLASTIA INCISIONAL CON SISTEMA DE TRACCIÓN FASCIAL (FASCIOTENS): A PROPÓSITO DE UN CASO.

S Alba Ruiz, R Olmo García, ME Espinosa Redondo, MC Pérez Manrique, F Valenzuela Molina, A Naranjo Torres, J Briceño Delgado

UGC Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La hernia incisional presenta una incidencia de hasta el 20% en el primer año tras la realización de cirugía abdominal. Entre los principales factores de riesgo que predisponen a su aparición se incluyen un cierre inadecuado de la pared abdominal, la infección de la herida quirúrgica o la obesidad entre otras.

Un recurso quirúrgico poco utilizado en España hasta el momento, para la reparación de hernia incisional de gran tamaño con dificultad para cierre del defecto a pesar del precondicionamiento de la pared abdominal, es el uso de un dispositivo de tracción fascial (Fasciotens), que permite aproximar de forma progresiva la fascia muscular para conseguir el cierre definitivo en un tiempo quirúrgico.

Caso clínico: Se trata de un varón de 58 años, con antecedentes de bypass ilio-femoral derecho que precisó abordaje abdominal. Acude a consulta por hernia incisional M2-M3 W3, con un defecto de 12cm.

Tras valoración con estudio preoperatorio mediante TC abdominal, se decidió realizar precondicionamiento de la pared abdominal, infiltrándose 300UI de toxina botulínica en musculatura oblicua interna bilateral del abdomen, guiada por ecografía.

A las cuatro semanas, se llevó a cabo la hernioplastia mediante "transversus abdominis release" (TAR) bilateral lo que permitió el cierre de la fascia posterior con sutura de absorción lenta monofilamento 2/0. Se implantó una malla de polipropileno macroporosa de 30x30 cm fijada con adhesivo quirúrgico en el plano posterior. A continuación, se procedió a la colocación de Fasciotens sobre la fascia anterior durante 46 minutos con una presión de 14mmHg, lo que permitió el cierre completo de la misma sin tensión utilizando una sutura de absorción lenta monofilamento del 1.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El paciente fue dado de alta hospitalaria al séptimo día postcirugía sin presentar complicaciones inmediatas o precoces.



Figura 1

TC preoperatorio.

Discusión: El uso de dispositivos de tracción fascial para el abordaje de hernias incisionales de gran tamaño es una opción quirúrgica prometedora. Ofrece resultados favorables, facilitando el cierre primario de defectos amplios, minimizando la tensión sobre la línea media y, en consecuencia, optimizando la recuperación funcional y reduciendo el índice de complicaciones y de recidiva.

Los resultados observados en el presente caso y en la literatura apoyan el potencial de la técnica de tracción fascial como parte del tratamiento integral en hernias incisionales complejas.



Figura 2

Precondicionamiento con toxina botulínica.

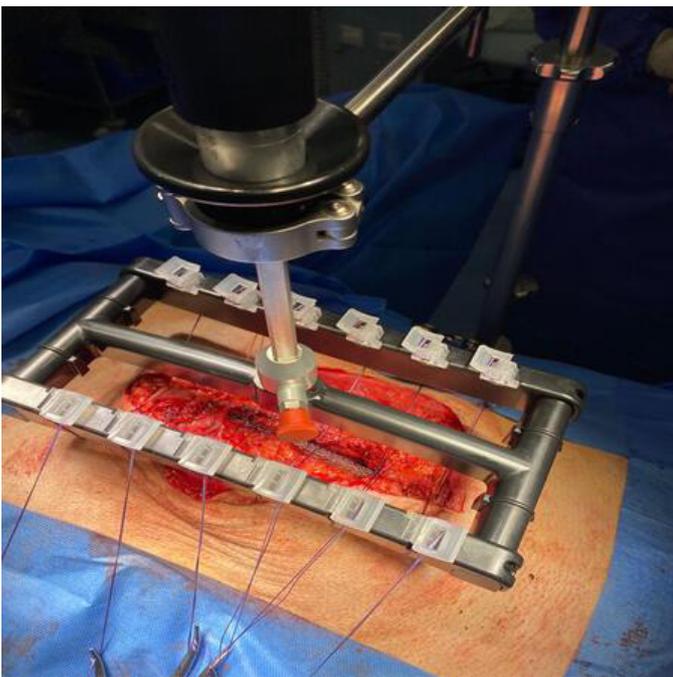


Figura 3

Dispositivo de tracción fascial.

250059. CÁNCER DE MAMA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DEL SÍNDROME DE LI FRAUMENI

P Latorre Ruiz, M Torres Lorite, IM Muñóz Núñez, AI Fábregues Olea, A Gómez Ortega

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

Introducción: La mayoría de los cánceres de mama se desarrollan en mujeres sin antecedentes familiares.

Menos del 10 % de todos los cánceres de mama están asociados a una mutación de la línea germinal en genes de herencia autosómica dominante como son el BRCA1 y el BRCA 2 y menos común el síndrome de Li Fraumeni o el síndrome de Lynch.

Caso clínico: Mujer de 26 años en estudio por nódulo en mama izquierda con rápido crecimiento en 5 meses, se realiza BAG con resultado de carcinoma intraductal de alto grado en mama izquierda. Como único antecedente familiar madre con cáncer de mama a los 50 años. Dada la edad de la paciente se decidió completar el estudio con resonancia magnética (Figura 1) y test genético que resultó positivo para mutación en TP53 de novo.

Se decide realizar mastectomía con reconstrucción inmediata bilateral y biopsia selectiva de ganglio centinela los cuales fueron negativos para metástasis según método OSNA. Posteriormente los resultados de la anatomía patológica fueron de carcinoma ductal in situ receptores de estrógeno, progesterona y HER-2 negativo.

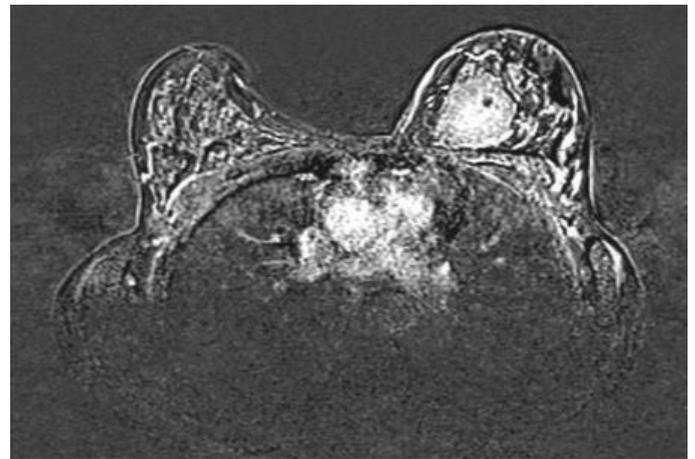


Figura 1

RM corte transversal, se aprecia tumoración en mama izquierda.

Discusión: El Síndrome de Li Fraumeni se trata de un síndrome de predisposición al cáncer a una edad inusualmente temprana causado por una mutación de la línea germinal del gen TP53.

El cáncer de mama, en estos pacientes presentan un riesgo del 80-90% y usualmente son ductales con receptores de estrógenos y progesterona positivos y HER-2 amplificado y presentan tasas más altas de cáncer de mama ipsilateral con cirugía conservadora de mama y de mama contralateral y tasas más bajas de supervivencia sin recaída por lo tanto en estas pacientes se recomienda mastectomía bilateral para reducir el riesgo de un segundo cáncer de mama primario y evitar la radioterapia debido al riesgo de neoplasias malignas secundarias.

Para su diagnóstico disponemos de múltiples herramientas como son los criterios clásicos o los criterios de Chompret en los que ante una persona con cáncer de mama antes de los 31 años debemos de sospechar de un síndrome de Li Fraumeni.

Por otro lado, ante un paciente con este síndrome será recomendable realizar pruebas genéticas a los padres que en caso de ser ambos negativos podría tratarse una variante patogénica de novo (frecuencia entre un 7% y 20%) o heredó una variante patógena de un progenitor con mosaicismo gonadal.

250060. QUISTE PARATUBÁRICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE QUISTE MESENTÉRICO

P Latorre Ruiz, R Molina Barea, ?J Ramiro Sánchez, A Cózar Ibáñez

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

Introducción: La dispepsia es un motivo de consulta frecuente, muchas de estas su causa es funcional, aunque que tener siempre presente que un porcentaje tienen una base orgánica, entre ellas los quistes intraabdominales gigantes que comprimen las estructuras vecinas llegando a causar dicha sintomatología y cuyo origen a veces puede ser difícil de determinar debido a su tamaño.

Caso clínico: Paciente mujer de 25 años que acude a urgencias en varias ocasiones por náuseas y dolor abdominal en ambos flancos, como antecedentes personales solo destaca síndrome de ovario poliquístico. Se realizaron ecografía abdominal y transvaginal y TC abdomino-pélvico (Figura 1) donde se visualizaba una gran lesión quística sin poder identificar su organodependencia con diagnóstico diferencial quiste mesentérico u ovárico entre otros.



Figura 1 ~~~~~

TC abdomino-pélvico corte sagital. Se observa gran quiste intrabdominal de 27 x 34 x 9,6 cm.

Tras persistencia de la sintomatología de la paciente se decidió intervención quirúrgica urgente evidenciándose un gran quiste en probable dependencia con anejo derecho (Figura 2) realizándose, por parte de Ginecología, salpinguectomía derecha. La evolución posoperatoria fue favorable con alta domiciliaria a los 3 días.

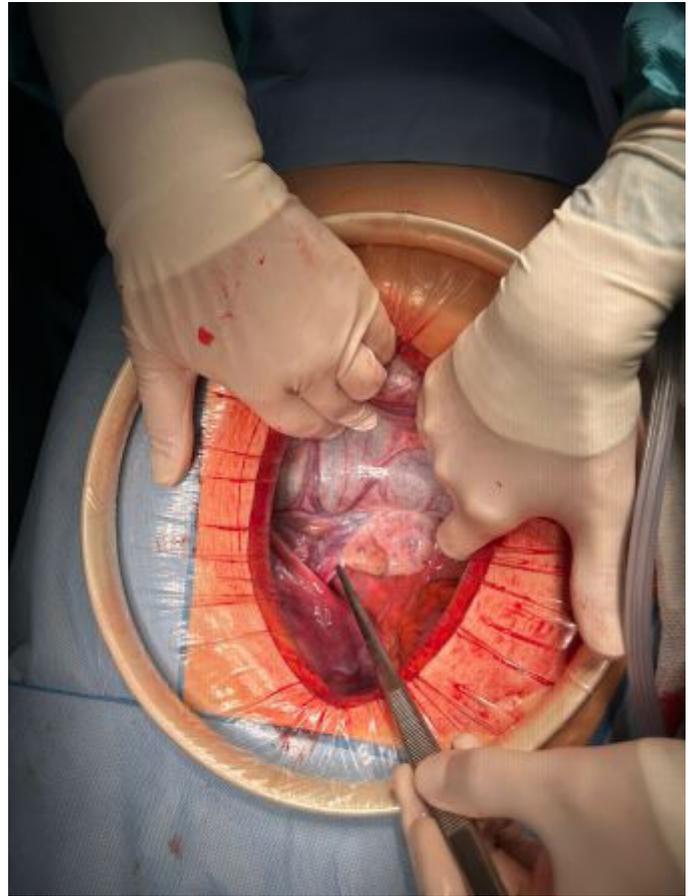


Figura 2 ~~~~~

Gran lesión quística dependiente de anejo derecho.

Posteriormente los resultados de la Anatomía Patológica fueron de quiste paratubárico de 29 x 28 x 12 cm (Figura 3) sin lesiones histológicas significativas.

Discusión: Los quistes mesentéricos son tumoraciones benignas muy poco frecuentes con mayor frecuencia en mujeres en edad adulta que pueden aparecer en cualquier lugar del mesenterio con una presentación clínica diversa desde asintomáticos hasta dolor abdominal intermitente, distensión abdominal, diarrea o masa abdominal palpable, cuadros de abdomen agudo o de obstrucción intestinal, los cuales se encuentran directamente relacionados con el tamaño de la lesión.

Por otro lado, el quiste paratubárico también se trata de una lesión benigna situada en el ligamento ancho, frecuente en mujeres en edad reproductiva y representa alrededor del 10% de todas las masas anexiales. La sintomatología en estos casos también depende del tamaño del quiste, desde asintomáticas hasta síntomas por compresión de estructuras vecinas, frecuentemente inicia como un dolor pélvico unilateral sordo.

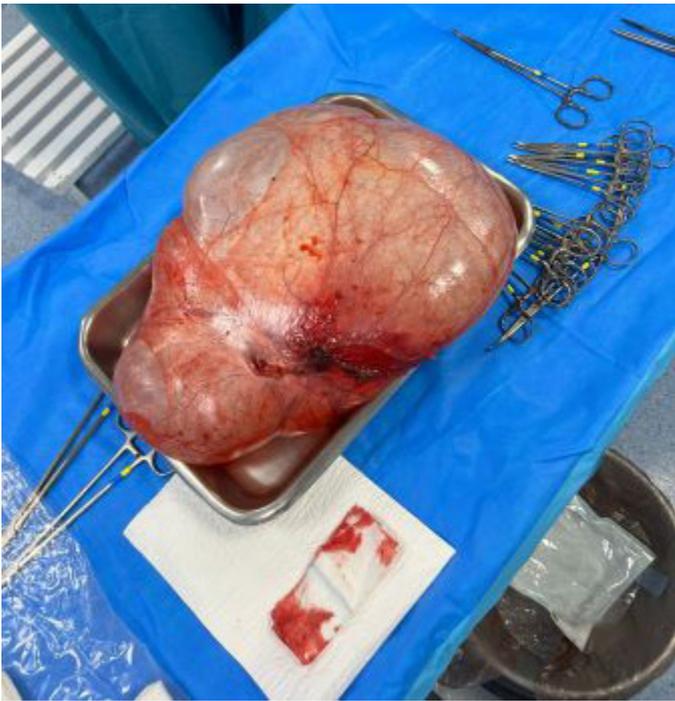


Figura 3

Gran lesión quística resecada en quirófano.

Ambos tienen clínica y presentación similar por lo que será importante preguntar sobre antecedentes menstruales, características del dolor, relaciones sexuales, presencia o no de infertilidad entre otras y un examen pélvico completo.

Es importante hacer un correcto diagnóstico diferencial ya que los quistes mesentéricos tienen indicación quirúrgica incluso cuando son asintomáticos debido a la elevada tasa de crecimiento sintomático o complicaciones graves y evita la recurrencia y la transformación maligna; sin embargo, los quistes paratubáricos cuando son asintomáticos su tratamiento es expectante.

250061. RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL TRAS EVISCERACIÓN TRAUMÁTICA POR SIERRA RADIAL

AM Moya Ferre, A Ortega Martinez, CM Arrieta Martinez, Jr Cordoba López, P Vazquez Barros

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

Introducción: El trauma abdominal abierto representa una urgencia quirúrgica potencialmente letal, especialmente cuando hay evisceración y lesiones viscerales. Este tipo de trauma, generalmente secundario a heridas penetrantes o accidentes con objetos cortantes, puede comprometer órganos vitales y estructuras de la pared abdominal. Su manejo inicial debe centrarse en la evaluación hemodinámica rápida, control del sangrado y planificación quirúrgica inmediata. La reconstrucción de la pared abdominal cobra especial relevancia en lesiones extensas, no sólo para preservar la funcionalidad, sino también para prevenir complicaciones como hernias o infecciones. Se presenta un caso de evisceración secundaria a trauma con sierra radial y su abordaje quirúrgico.

Caso clínico: Paciente varón de 70 años, sin antecedentes relevantes, trasladado a urgencias tras sufrir una lesión abdominal con una sierra radial en su domicilio. Presentaba herida incisa extensa en flanco derecho, mesogastrio, flanco izquierdo e hipogastrio, con evisceración intestinal evidente. A su ingreso se encontraba hemodinámicamente estable y fue trasladado de forma inmediata al quirófano. Bajo anestesia general, se identificó una herida de aproximadamente 40 cm. Se realizó laparotomía exploradora, encontrando tres perforaciones puntiformes en íleon y sección completa del músculo recto anterior derecho, además de lesión parcial del izquierdo. Se repararon las perforaciones con puntos sueltos de Vycril 3/0. Posteriormente, se efectuó cierre primario de la fascia posterior de rectos con Vycril 0 en hemisuturas continuas, y aponeurosis anterior con Biosyn 1 en sutura continua. El postoperatorio cursó con íleo paralítico autolimitado en 72 horas e infección superficial de herida tratada con curas y antibióticos. No presentó dehiscencia ni hernia durante el seguimiento.



Figura 1

Evisceración Traumática por Sierra Radial.

Discusión: El manejo del trauma abdominal con evisceración debe ser rápido y enfocado en la preservación de la vida y la función abdominal. Las heridas extensas requieren ampliación quirúrgica para facilitar la evaluación y reparación de órganos lesionados, así como la reconstrucción anatómica adecuada de la pared. La utilización de suturas absorbibles permite un cierre funcional con buenos resultados en casos seleccionados. Por otra parte, dado el riesgo de infección en este tipo de heridas, se debe evitar el uso de mallas sintéticas. La profilaxis antibiótica, junto al cuidado de las vísceras

expuestas mediante apósitos estériles, es fundamental para reducir el riesgo de infección. La evolución favorable en este caso destaca la importancia de un abordaje quirúrgico oportuno y personalizado.



Figura 2

Reparación de pared abdominal.

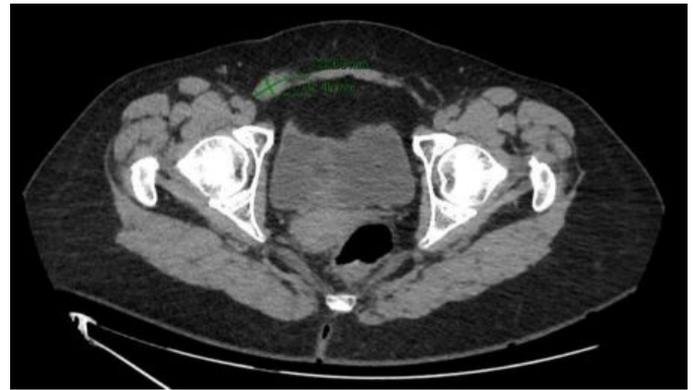


Figura 1

TC abdomino-pélvico corte transversal. En la cruz verde indica estructura densidad de partes blandas de 19 mm que parece contactar con estructura tubular dependiente del útero.

En quirófano se observó una hernia inguinal indirecta derecha con saco herniario que incluía en su interior una estructura fibrilar que termina en un fragmento ovoide que impresiona de ovario derecho, se realiza liberación de saco herniario sin conseguir reducir dicha estructura por lo que se decide resección de dicha estructura, finalmente se realiza hernioplastia tipo Lichtenstein. Los resultados de Anatomía Patológica fueron de leiomioma ovárico y endometriosis.

Discusión: Los componentes ginecológicos, como los ovarios, las trompas de Falopio, los ligamentos y el útero, rara vez se encuentran dentro de los sacos herniarios. La aparición de hernias inguinales que contienen elementos de los genitales femeninos no está bien documentada, siendo estos hallazgos más comunes en lactantes y niñas pequeñas y se asocian con un desarrollo anormal del tracto genital. Se informa con menos frecuencia en mujeres en edad reproductiva en las cuales será importante realizar un examen exhaustivo para evitar complicaciones como torsión o daño ovárico.

Por otro lado, tenemos el diagnóstico de un foco de endometriosis que consiste en el asentamiento de células endometriales fuera de la cavidad uterina. En la región inguinal, la enfermedad puede progresar a través del ligamento redondo hacia el orificio inguinal superficial, acompañando o no a un saco herniario, o al conducto de Nuck. Por lo que en mujeres con hernias inguinales será esencial realizar una buena anamnesis y exploración ginecológica.

Finalmente, añadir que el leiomioma ovárico se trata de un tumor sólido benigno que se diagnostican de forma accidental que se produce con mayor frecuencia en mujeres en edad reproductiva cuyo diagnóstico definitivo será el anatomopatológico e inmunohistoquímico por lo que su tratamiento será quirúrgico debido a su difícil diagnóstico diferencial con otros tumores anexiales.

250062. HERNIA INGUINAL INDIRECTA CON OVARIO EN MUJER MENOPÁUSICA

P Latorre Ruiz, MÁ Madero Morales, R Molina Barea, ÁJ Ramiro Sánchez, A Cózar Ibáñez

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

Introducción: La hernia inguinal se define como la protrusión de un órgano abdominal o tejido adiposo preperitoneal a través del canal inguinal. Estas hernias representan una afección quirúrgica frecuente y representan el 75% de todas las hernias de la pared abdominal. En las mujeres, las hernias inguinales son poco frecuentes, representando solo el 5%.

Caso clínico: Paciente mujer de 56 años menopáusica con antecedentes de estudio en Digestivo por abdominal crónico que acude a urgencias por dolor en FID sin evidenciarse protusión herniaria realizándose ecografía abdominal y TC abdomino-pélvico (Figura 1) hallándose hernia inguinal derecha que incluye ovario, ante la estabilidad clínica de la paciente y ausencia de signos de complicación se decide intervención quirúrgica programada.

250063. EVENTRACION ABDOMINAL COMPLEJA EN PACIENTE DE ALTO RIESGO QUIRURGICO

VJ Ovejero¹, MV Bermudez¹, GE Canal¹, P Dominguez¹, C Roman², G Plata², MI Cañones², D Morales²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria. ²Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: La incidencia de eventración asociada a cirugía abdominal se sitúa en torno al 15% con variaciones inherentes al tipo de abordaje quirúrgico, técnica de cierre y condiciones del paciente. En casos de alto riesgo por su comorbilidad basal la reparación quirúrgica resulta un desafío debido a una probabilidad aumentada de complicaciones y elevada tasa de recurrencia. Exponemos nuestra experiencia en un caso con diversos factores de riesgo y una serie de consideraciones prácticas que pueden contribuir a su reparación.

Caso clínico: Varón de 59 años fumador de 30 cigarrillos al día y bebedor de 80 gramos de etanol diarios con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, hipertriglicerinemias, hiperhomocisteinemia, hipovitaminosis D, úlcus péptico, enfisema centroacinar, hepatopatía alcohólica con estigmas de hipertensión portal (Child-Pugh A) y angor pectoris sobre lesión coronaria bívase que fue sometido a endarterectomía aórtica, by-pass aortofemoral y femoropoplíteo derecho por vasculopatía isquémica. Refiere aparición de una tumoración en el postoperatorio inmediato con crecimiento progresivo y limitación funcional diaria.

El examen físico identificó una cicatriz media hipertrófica sobre la que se producía un abombamiento espontáneo a la simple bipedestación por un defecto de línea media xifo-periumbilical que asociaba una retracción lateral de la musculatura rectal de unos 8 centímetros. El estudio se completó con una TC de pared abdominal que confirmó los hallazgos descritos e identificó importante circulación venosa colateral epiploica y contenido intestinal en el defecto incisional. Fue intervenido para eventroplastia de Rives apoyada en una separación posterior de componentes en el contexto de una pared abdominal laxa y gran atrofia muscular. La evolución postquirúrgica ha sido satisfactoria sin signos de recurrencia en los doce meses siguientes.

Discusión: El tratamiento quirúrgico de la eventración compleja en ciertos pacientes de riesgo puede ser una opción factible y segura considerando la morbimortalidad asociada a las complicaciones de un manejo conservador. Su abordaje incluye técnicas agresivas que obliga a una selección apropiada de candidatos.

La actitud terapéutica debe ser individualizada con apoyo en estudios funcionales ajustados a su patología basal y la participación de un equipo multidisciplinar. Resulta esencial la realización de un acondicionamiento preoperatorio y una buena adherencia del paciente a las recomendaciones perioperatorias. La hepatopatía hipertensiva exige un control apropiado de la ascitis, coagulabilidad y estado nutricional. Estos pacientes deberían ser tratados en Centros especializados en pared abdominal con capacidad para asumir descompensaciones postoperatorias graves.

250065. TECNICA QUIRURGICA DE REPARACION EN EVENTRACIONES LATERALES

VJ Ovejero¹, MV Bermudez¹, R Perea¹, N Bregoli², G Plata², MI Cañones², C Roman², D Morales²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria. ²Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: La reparación de las eventraciones laterales constituye un desafío quirúrgico debido a la dificultad de acceso anatómico y la debilidad de la musculatura implicada. Presentan escasa incidencia pero alta tasa de recidiva y complicaciones postoperatorias.

Su abordaje quirúrgico requiere una planificación meticulosa a fin de lograr una reconstrucción estructural y funcional de la pared. Exponemos una perspectiva crítica sobre la aportación de la eventroplastia abierta y robótica.

Caso clínico: Se presentan dos mujeres de 71 y 57 años con diagnóstico de eventración lateral. La primera refería asma y artrodesis vertebral instrumentada con osteosíntesis posterior por escoliosis degenerativa del adulto. Fue remitida por una tumoración lumbar sobre la cicatriz quirúrgica, al tercer año de la intervención vertebral, y crecimiento progresivo que achacó a la necesidad de adaptación funcional después de implante protésico total en rodilla derecha.

El examen físico apreció obesidad ginecoide y una asimetría en flanco derecho, con abombamiento llamativo a las maniobras de Valsalva, limitada cranealmente por el arco costal. Un estudio tomográfico visualizó un adelgazamiento de la musculatura local, un anillo herniario de 9 centímetros y un saco peritoneal amplio con contenido visceral, sugerente de eventración costolumbar. Se realizó una eventroplastia abierta con prótesis preperitoneal e intermuscular sin presentar complicaciones postoperatorias ni signos de recurrencia en los dos años posteriores.

El segundo caso, con antecedente de apendicectomía e hysterectomía, consultó por una tumoración dolorosa sobre una incisión laparoscópica en flanco lateral izquierdo derivada de una suprarrenalectomía por adenoma. La exploración física mostró un abombamiento blando y reductible con un anillo de 4 centímetros. Una TC evidenció el defecto descrito sin variaciones con las maniobras de Valsalva. Fue intervenida para eventroplastiaretromuscular robótica causando alta sin complicaciones al día siguiente. Actualmente no muestra signos de recidiva ventral.

Discusión: La técnica quirúrgica abierta presenta vigencia actual debido a la disponibilidad limitada, elevado coste económico y curva de aprendizaje prolongada de la cirugía robótica. Sus mayores diferencias radican en la morbilidad generada y tiempo de recuperación funcional.

La eventroplastia abierta podría ofrecer ventajas en defectos con anillos de gran diámetro y contraindicación robótica, asociando mayor registro de complicaciones y estancia hospitalaria.

El abordaje robótico aporta comodidad ergonómica y una precisión en la disección basada en una visión tridimensional que reduce el trauma quirúrgico y genera menos dolor postoperatorio. Su indicación está sujeta a factores institucionales y del paciente precisando estudios comparativos de recidiva a largo plazo.

250066. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO DEBUT DE MELANOMA MALIGNO METASTÁSICO CON PRIMARIO DESCONOCIDO

A Ortiz Sánchez, A Fernandez Jimenez, A Fierro Aguilar, V Camacho Marente, JM Pacheco García

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

Introducción: El melanoma maligno es una enfermedad derivada de la degeneración de los melanocitos del cuerpo humano, que se caracteriza por la alta capacidad metastásica y mal pronóstico a los 5 años (9-13% de supervivencia global). La localización más frecuente de sus metástasis es el intestino delgado, siendo generalmente silentes y produciendo clínica en un 1-4% de los casos. La obstrucción intestinal debida a una intususcepción ileal es un síntoma de debut, precisando de cirugía y del estudio anatomopatológico para su diagnóstico.

Caso clínico: Varón de 56 años sin antecedentes, ingresado por cuadro de vómitos de días de evolución, distensión abdominal y ausencia de tránsito intestinal. La tomografía abdominal computerizada objetivó hallazgos sugestivos de invaginación intestinal y neoplasia primaria intestinal subyacente en yeyuno distal-íleon proximal junto a adenopatías en el meso adyacente, que condicionaban cuadro obstructivo (Figura 1).

Se realizó una laparotomía exploradora, donde se evidenció una invaginación intestinal a unos 40cm del ángulo de Treitz, secundaria a una neoplasia de yeyuno proximal que infiltraba un segmento contiguo de asa ileal y que ocasionaba una dilatación retrógrada del intestino proximal. Se realizó una doble resección y anastomosis yeyuno-yeyunal e ileo-ileal junto al meso subyacente. El paciente fue alta al séptimo día postoperatorio.

El resultado anatomopatológico fue de melanoma maligno de 3.5cm, que a su vez infiltraba un segmento de intestino delgado. Tres de los nueve ganglios extirpados fueron positivos, estando los bordes quirúrgicos respetados. El paciente fue derivado para estudio y seguimiento por parte de dermatología.

Discusión: El melanoma maligno es el tumor que metastatiza con mayor frecuencia al tracto gastrointestinal, seguido del cáncer de mama y pulmón. Estas lesiones suelen ser silentes, y solo en un 1% presentará sintomatología asociada, siendo diagnosticadas una vez se produce la complicación aguda. La cirugía urgente resectiva es mandatoria y facilitará el diagnóstico anatomopatológico de la lesión. Si la detección se realiza de forma ambulatoria, la cirugía programada es el tratamiento de elección, aunque el pronóstico postoperatorio es malo. Una resección incompleta del tumor lleva a la aparición de múltiples metástasis en el periodo posterior a la cirugía, con una disminución de la supervivencia global. En nuestro caso, se realizó una extirpación completa de la lesión y un tratamiento posterior con inmunoterapia, encontrándose actualmente el paciente libre de

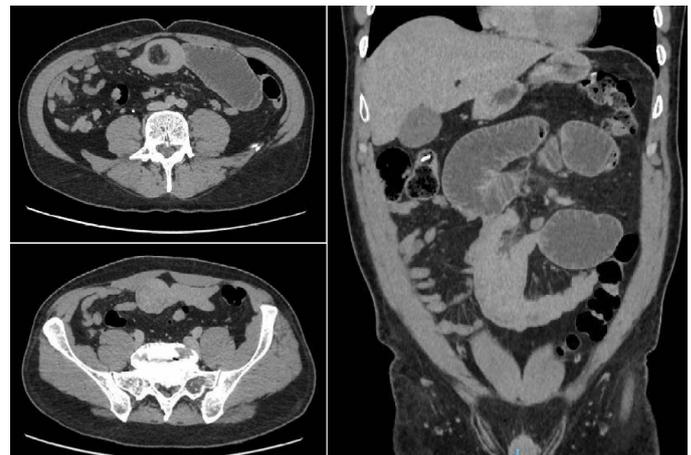


Figura 1

Imágenes de TAC en las que se observa la invaginación intestinal y neoplasia primaria intestinal subyacente en yeyuno distal-íleon proximal.

enfermedad. Estos resultados apoyan lo recogido en la literatura, corroborando un tratamiento integral y completo puede proporcionar un beneficio importante en la supervivencia.

250067. DEL SHOCK SÉPTICO A LA COLITIS POR DERIVACIÓN: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR Y TERAPÉUTICO

A Alberca Páramo, AJ Ramiro Sánchez, A Cózar Ibáñez, I Gámiz Oleaga, R Molina Barea

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

Introducción: La colitis por derivación (CD) se caracteriza por la inflamación de la mucosa en el segmento desfuncionalizado del colon tras una colostomía/ileostomía. Su frecuencia de aparición oscila entre un 70%-74% en pacientes sin enfermedad inflamatoria intestinal (EII) preexistente y del 91% en pacientes con EII preexistente, comenzando entre los 3-36 meses tras la confección del estoma. Los casos sintomáticos comprenden aproximadamente el 30% de todos los diagnosticados mediante endoscopia.

Los mecanismos básicos de la CD son difusos. El sobrecrecimiento bacteriano, la presencia de deficiencias nutricionales o alteraciones en la relación simbiótica entre bacterias luminales y la capa mucosa, se han planteado como posibles hipótesis de su patogenia.

Caso clínico: Varón de 74 años con ingreso previo en 2022 por cólico biliar complicado. Acude a Urgencias por nuevo episodio de cólico biliar con elevación de enzimas pancreáticas y bilirrubina total de hasta 9mg/dl, decidiendo ingreso en Digestivo con diagnóstico de colecisto-pancreatitis BISAP 3.

Posterior desarrollo de shock séptico con traslado a UCI e intervención quirúrgica urgente, realizándose colecistectomía y dejando sistema Abthera. Posteriormente, sufre colitis isquémica aguda derecha por bajo gasto, desembocando en hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica que, al 5º día, fuga, optándose por abocar ileostomía terminal en su reintervención.

En planta, cuadro de colitis por derivación y megacolon asociado de hasta 11.5cm de diámetro, condicionando episodios severos de hipopotasemia manejados de forma conservadora sin éxito. Finalmente, se opta por realizar colectomía total abierta, con resolución de síntomas. Tras traslado a hospital de crónicos, el paciente fallece por desnutrición secundaria a claudicación vital.



Figura 1

Megacolon 11.5cm.



Figura 2

Recto-colonoscopia observando contenido mucoide en colon descendente..

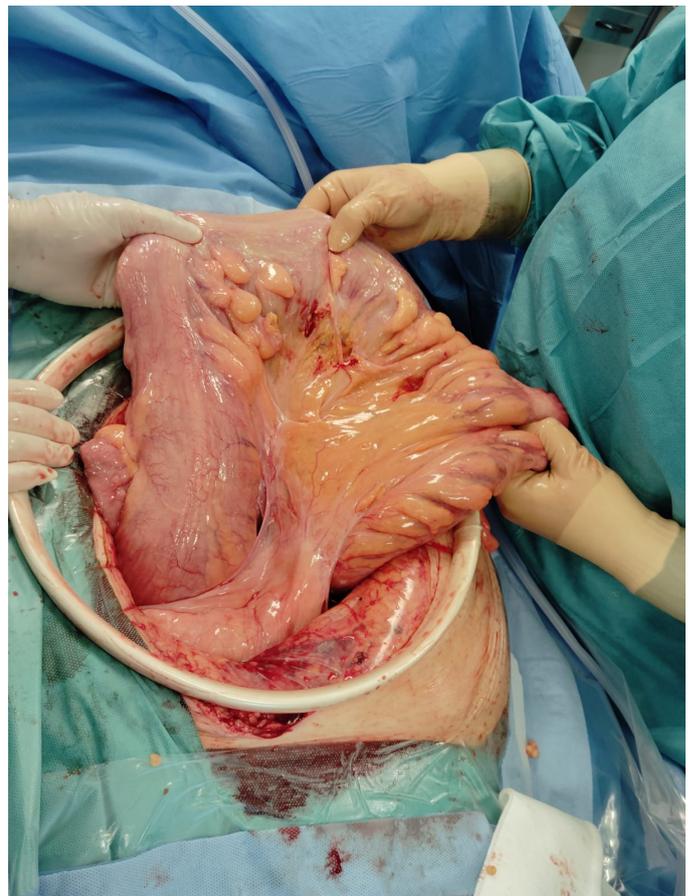


Figura 3

Imagen intraoperatoria de megacolon.

250071. TUMOR RETROPERITONEAL NEUROENDOCRINO

MT Robles Quesada, D Melo Moreno, B García Gómez, J Granados García

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

Introducción: Los tumores retroperitoneales primarios son una entidad de muy baja incidencia, que según las series representan entre el 0,16%-0,20%. Frecuentemente son tumores que forman parte de un síndrome linfoproliferativo, neoplasias de tejido blandos o tumores de células germinales.

En cuando a los tumores neuroendocrinos primarios aparecen normalmente en la cavidad abdominal, siendo extremadamente raros en el retroperitoneo.

Se presenta un caso de un tumor neuroendocrino retroperitoneal resecado por laparoscopia.

Caso clínico: Paciente de 45 años con hallazgo incidental de masa retroperitoneal pélvica tras ECO en centro privado en el contexto de estudio de estreñimiento. Se completa estudio por medicina interna con TC abdomino-pélvico, RM pélvica, PET-TC, y dado que no se puede descartar malignidad, se recomienda extirpación para filiación de la masa.

Se realiza laparoscopia exploradora mediante tres puertitas laparoscópicas, objetivando tumoración de 5 cm en región retroperitoneal pélvica que desplaza uréter izquierdo lateralmente. Se extirpa la masa previa ligadura de pedículo vascular.

En la Anatomía patológica: tumor neuroendocrino bien diferenciado con patrón trabecular y sólido menos de 2 mitosis/2mm² e índice proliferativo inferior a 3% (grado G1). Ausencia de necrosis y /o invasión vasculo-linfática

Vista la anatomía patológica, se solicita colonoscopia para descartar un tumor colorrectal primario, en la que no se evidencian lesiones.

Actualmente en seguimiento y control por oncología médica.

Discusión: La cirugía es la vía, en multitud de casos, para llegar al diagnóstico de tumoraciones en la que las pruebas complementarias no pueden confirmar la benignidad o malignidad de las mismas.

Los tumores neuroendocrinos encontrados en el retroperitoneo, son principalmente metastásicos, por ello, ante el diagnóstico de este tumor debe completarse el estudio para descartar un tumor primario. Dada la anatomía patológica y la colonoscopia posterior se puede mantener que este caso se trata un tumor neuroendocrino retroperitoneal primario.



Figura 1 Masa de 5 cm pelvica-retroperitoneal.

250072. ADENOCARCINOMA MEDULAR DE COLON, UN SUBTIPO POCO FRECUENTE DE CARCINOMA COLORRECTAL

AM Sánchez Díaz, M Navarro Ortiz, J Carrasco Campos, MP Gutierrez Delgado, I González Poveda, S Mera Velasco

Departamento Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional de Málaga. Málaga.

Introducción: El carcinoma medular de colon es un subtipo de carcinoma de colon poco frecuente que representa menos del 1% de los casos de todos los cánceres colorrectales (0,03%). Presenta una

incidencia de 3,47 tumores por cada 10 millones de personas al año. Sus características clínico-patológicas suelen hacerlo indistinguible de los adenocarcinomas y otras variantes histológicas y puede ser incorrectamente clasificado como adenocarcinoma pobremente diferenciado o indiferenciado.

Caso clínico: Mujer de 78 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular y virus hepatitis C tratado. Intervenido previamente de sigmoidectomía por adenocarcinoma de sigma invasivo moderadamente diferenciado (T3N0) que debutó con cuadro de oclusión intestinal. Recibió Capecitabina adyuvante tras ser presentada en Comité de Tumores. Al año siguiente, es diagnosticada de neoplasia de ángulo hepático en colonoscopia de seguimiento. El estudio de extensión es negativo y los marcadores tumorales normales.

La paciente es sometida a hemicolectomía derecha ampliada de forma programada con buena evolución postoperatoria. En el estudio anatomopatológico informan de Adenocarcinoma Medular de 4cm sin afectación ganglionar, T3N0.

En Comité de Tumores se decide seguimiento sin adyuvancia. En el estudio de la pieza se identifica inestabilidad de microsatélites con BRAF nativo, por lo que actualmente se encuentra pendiente de Consulta de Consejo Genético.

Discusión: El carcinoma medular de colon afecta casi exclusivamente al colon derecho, sobre todo a nivel del ciego y válvula ileocecal. Habitualmente presentan un patrón de crecimiento intraluminal vegetante y suelen ser tumores de gran tamaño, aun así, la afectación ganglionar es poco frecuente. Es más frecuente en mujeres por encima de 65 años de edad (pico de edad a los 70 años).

Este subtipo de tumores suele estar asociado a un pronóstico favorable en comparación con otros cánceres colorrectales poco diferenciados o indiferenciados de grado similar y suelen asociarse a deficiencia de reparación de genes de desajuste.

Al tratarse de un subtipo histológico poco frecuente, la literatura es limitada, por lo que podría ser interesante el reporte de casos para facilitar el estudio de posibles vías de tratamiento.

250073. OBSTRUCCIÓN POR CUERPO EXTRAÑO EN ANASTOMOSIS ILEOCÓLICA: HALLAZGO INCIDENTAL DE RECIDIVA TUMORAL.

M Moreno Díaz, I Cordero Ferreira, F Grasa Gozález, LJ Bollici Martínez, D Palomo Torrero

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

Introducción: La obstrucción intestinal secundaria a la impactación de cuerpos extraños en pacientes con cirugía colónica previa es una causa infrecuente de abdomen agudo, con una prevalencia del 1%. Las anastomosis intestinales pueden desarrollar estenosis por múltiples causas, incluyendo fibrosis, enfermedad inflamatoria o recidiva tumoral, pudiendo actuar como sitios de impactación.

Este tipo de presentación clínica no solo plantea un reto diagnóstico, sino que puede ser la primera manifestación de

complicaciones más graves, como la recidiva tumoral.

Caso clínico: Mujer de 74 años con antecedente de hemicolectomía derecha por adenocarcinoma infiltrante ulcerado con áreas de diferenciación mucinosa en colon ascendente T3N1bM0 intervenida hace 2 años.

Acude a Urgencias por cuadro obstructivo de varias semanas de evolución. Estudio analítico muestra leucocitosis, con linfocitosis, neutrofilia y elevación reactantes fase aguda y en estudio radiológico mediante TAC se evidencia obstrucción por cuerpo extraño en anastomosis ileocólica.

Se plantea inicialmente realizar enterotomía y extracción de cuerpo extraño visible en TAC (almeja) pero intraoperatoriamente se evidencia gran proceso inflamatorio perianastomótico que englobaba 3 asas de íleon, por lo que no es posible descartar origen tumoral. Ante los hallazgos se decide resección intestinal en bloque de asas ileales implicadas y anastomosis ileocólica.

El resultado anatomopatológico confirmó la presencia de recidiva tumoral con 3 focos de adenocarcinoma mucinoso de bajo grado a nivel de la anastomosis de cirugía previa coincidiendo con la zona de impactación del cuerpo extraño (almeja).



Figura 1
TC transversal.



Figura 2
Cuerpo extraño.



Figura 1
TC abdominal.

Discusión: La obstrucción intestinal por cuerpo extraño en una anastomosis colónica es una causa infrecuente de abdomen agudo, pero debe considerarse en pacientes con antecedentes quirúrgicos.

La presencia de estenosis en anastomosis digestivas, aunque poco frecuente, puede ser producida por diversas causas, entre las que podemos destacar, problemas técnicos como fibrosis, dehiscencias

anastomóticas... y médicas como la presencia de enfermedad inflamatoria intestinal o la recidiva tumoral anastomótica.

La obstrucción intestinal en pacientes postquirúrgicos suele relacionarse con procesos adherenciales, como las bridas, pero no debemos olvidar incluir en el diagnóstico diferencial la recidiva tumoral de anastomosis como posible origen de esta.

250074. ABLACIÓN INTRAOPERATORIA DE METÁSTASIS HEPÁTICAS. UNA ALTERNATIVA EN LA CIRUGÍA PRESERVADORA DE PARÉNQUIMA.

A Martínez Rodríguez¹, R Ávila Figueroa², M García Redondo², D Cabañó Muñoz², H Mohamed Hamed¹, A Fuentes Zaplana¹, R Fernández Muñoz¹, L González Garrido¹, M Ruiz García³, D González Sánchez¹, L Candil Valero¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería. ²Sección Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería. ³Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Introducción: La ablación térmica intraoperatoria mediante radiofrecuencia o microondas constituye una alternativa terapéutica eficaz y mínimamente invasiva en el tratamiento de lesiones intraparenquimatosas hepáticas, especialmente en pacientes con imposibilidad técnica de ablación percutánea o combinado con cirugía resectiva. Ambas técnicas inducen necrosis coagulativa del tejido tumoral, preservando el parénquima hepático sano circundante.

Material y métodos: Se presenta una serie de cuatro casos, tres de ellos intervenidos mediante abordaje laparoscópico y uno por laparotomía.

Resultados: Caso 1: Mujer de 63 años con metástasis hepática única de origen colorrectal (segmento VIII, en íntimo contacto con vena suprahepática derecha). Radiología intervencionista desestima ablación percutánea por dificultad técnica. Se realiza termoablación por radiofrecuencia del segmento VIII por vía laparoscópica. No se evidenciaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias, ni hay evidencia de recidiva en el seguimiento.



Figura 1

Caso 1: Pre-intervención. Imagen TC abdominal con hallazgo de lesión hepática en segmento VIII compatible con metástasis hepática de origen colorrectal.

Caso 2: Mujer de 64 años con 2 metástasis hepáticas de origen colorrectal (segmentos III y IV). Se lleva a cabo termoablación por radiofrecuencia del segmento IV y resección limitada del segmento III. No se evidenciaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias, ni hay evidencia de recidiva en el seguimiento.

Caso 3: Mujer de 42 años con 4 metástasis hepáticas de origen colorrectal (segmentos II, VI, VII y VIII). La lesión del segmento VII se encuentra localizada en profundidad dentro del parénquima hepático y en vecindad a la VSH derecha, por lo que se realiza resección limitada de tres de las lesiones y ablación por microondas de la lesión del segmento VII. No se evidenciaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias, ni hay evidencia de recidiva en el seguimiento.



Figura 2

Caso 3: Pre-intervención. Imagen TC abdominal con hallazgo de lesión hepática en segmento VII compatible con metástasis hepática de origen colorrectal.



Figura 3

Caso 3: Post-intervención. Imagen TC abdominal de control tras ablación por microondas de lesión en segmento VII.

Caso 4: Hombre de 87 años con adenocarcinoma de colon transverso en ángulo hepático y metástasis hepática sincrónica (segmento V). Se realiza abordaje mediante laparotomía (debido a dificultades anestésicas) para hemicolectomía derecha y termoablación por microondas del segmento V. No se evidenciaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias.



Figura 4

Caso 4: Imagen TC abdominal con hallazgo de lesión hepática en segmento V compatible con metástasis hepática de origen colorrectal.

Conclusiones: La ablación por radiofrecuencia o microondas, asistida por ecografía intraoperatoria, permite un abordaje seguro, preciso y efectivo en el tratamiento de metástasis hepáticas colorrectales. Esta estrategia minimiza la morbilidad, optimiza la preservación parenquimatosa y ofrece un adecuado control local de la enfermedad en pacientes seleccionados. Constituye una alternativa válida o complementaria para evitar hepatectomías mayores en lesiones de pequeño tamaño, en pacientes sometidos a cirugía resectiva con múltiples lesiones bilobares o en aquellos casos no subsidiarios de abordaje percutáneo.

250075. LO QUE EL BISTURÍ NO VE: ADENOMA SERRADO Y PARASITOSIS APENDICULAR DETECTADOS POR HISTOPATOLOGÍA.

C Gómez Egea, AI Fábregues Olea, A Bastidas Rodríguez, R Molina Barea, A Ramiro Sánchez, A Cózár Ibáñez

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

Introducción: La apendicitis aguda se produce habitualmente por la obstrucción luminal del apéndice cecal, siendo la hiperplasia linfoide (60%) y los fecalitos (35%) sus principales causas. Aunque estas son las más comunes, no deben pasarse por alto otras etiologías como el mucocele, el carcinoma apendicular o parasitosis intestinales.

Caso clínico: Se exponen dos casos: una mujer de 79 años y un varón de 19, ambos atendidos en Urgencias por cuadros clínicos compatibles con apendicitis aguda. En ambos se realizó apendicectomía laparoscópica sin incidencias intraoperatorias.

En la primera paciente, el estudio anatomopatológico reveló una lesión adenomatosa serrada sésil con displasia de bajo grado. En el segundo paciente, se identificó la presencia de *Enterobius vermicularis* en la pieza quirúrgica, por lo que fue necesario el tratamiento con Mebendazol, también a su entorno conviviente.

Discusión: Los hallazgos de adenoma serrado y *Enterobius vermicularis* en piezas de apendicectomía son poco frecuentes, pero clínicamente relevantes. Los adenomas serrados, aunque inusuales en el apéndice, son lesiones preneoplásicas vinculadas a la vía serrada de carcinogénesis colorrectal. El tratamiento en estos casos consiste en la resección completa, lograda con la apendicectomía, y seguimiento mediante colonoscopia trienal.

Por otro lado, la identificación de *E. vermicularis* resalta la necesidad de considerar las parasitosis en el diagnóstico diferencial de la apendicitis, especialmente en pacientes pediátricos y adolescentes con síntomas como prurito anal o dolor abdominal recurrente. El tratamiento recomendado es Mebendazol 100 mg en

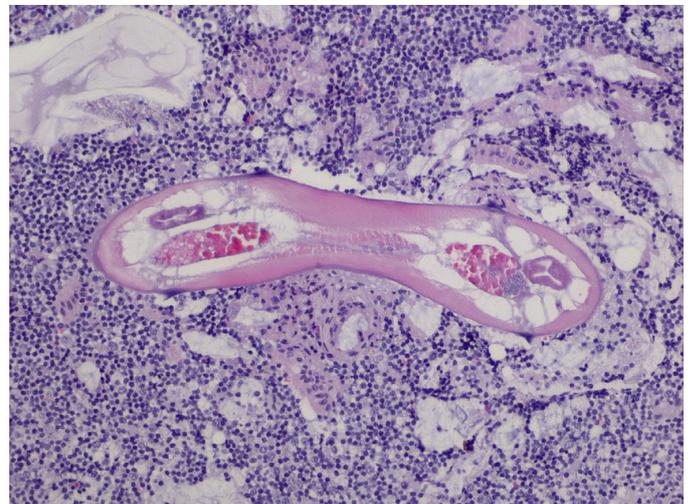


Figura 1

E. Vermicularis en tejido apendicular, corte longitudinal.

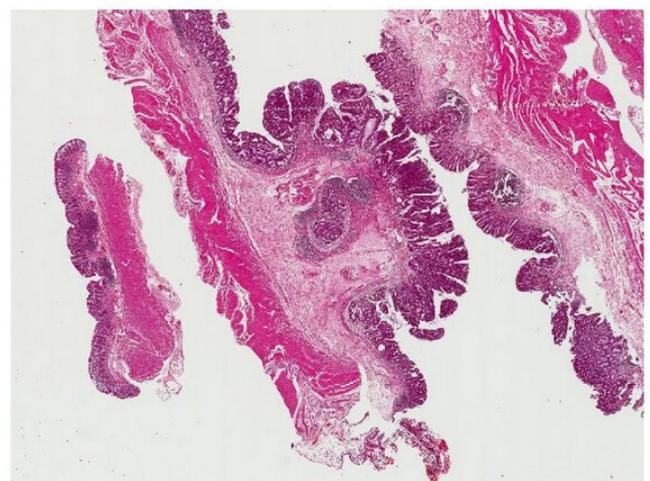


Figura 2

Adenoma serrado apendicular tinción hematosxilina-eosina.

dosis única, repitiendo a las dos semanas, incluyendo a convivientes cercanos.

Estos casos subrayan la importancia de revisar los informes histopatológicos tras la cirugía, ya que el tratamiento puede no concluir en el acto quirúrgico.

250076. QUISTE DE NUCK, TUMORACIÓN INGUINAL EXCEPCIONAL. SERIE DE CASOS.

AM Moya Ferre, DS Julia Amparo, A Ortega Martinez, CM Arrieta Martinez, P Vázquez Barros

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

Introducción: El quiste de Nuck es una patología infrecuente que consiste en una masa inguinal en mujeres, causada por la persistencia del conducto de Nuck, una extensión del peritoneo que normalmente se cierra en el desarrollo fetal. Su presentación clínica puede confundirse con una hernia inguinal, por lo que es crucial diferenciar ambas para evitar errores diagnósticos o quirúrgicos.

El diagnóstico se basa en historia clínica, exploración física y estudios por imagen como ecografía o resonancia magnética, que confirman la conexión con el peritoneo y sin defecto de pared abdominal.

Caso clínico: Paciente de 27 años sin antecedentes de interés que acude por tumoración inguinal que protruye con valsalva diagnosticada mediante ecografía abdominal de quiste de nuck de 52 x 11 mm. Se intervino realizando una disección, sección y ligadura del extremo distal y proximal del quiste y cierre del orificio inguinal con puntos entrecortados. En el postoperatorio, la paciente evolucionó sin complicaciones y se confirmó mediante anatomía patológica que se trataba de un quiste revestido de mesotelio compatible con quiste del canal de nuck.

Paciente de 60 años sin antecedentes de interés derivada por tumoración inguinal derecha de meses de evolución en región inguinal. Mediante ecografía se evidencia lesión quística de 2 cm sugerente de quiste de nuck completándose con RMN confirmando quiste de 24 x 31 x 17 mm. Fue intervenida de la misma forma con la diferencia de colocación de malla progrid. Postoperatorio sin complicaciones y confirmado con anatomía patológica de quiste de nuck.

Paciente de 39 años sin antecedentes de interés con tumoración inguinal izquierda reductible, intervenida sin realizar prueba de imagen por sospecha de hernia. Durante la intervención, se encuentra lesión quística en saco herniario que se reseca y se coloca malla progrid en pared posterior. Sin complicaciones postoperatorias y se confirma quiste del canal de nuck por anatomía patológica.

Por último, paciente de 57 años diagnosticada mediante ecografía por cuadro de dolor inguinal izquierdo de quiste de nuck de 44 x 13 mm. Pendiente de cirugía.

Discusión: El tratamiento del quiste de Nuck es quirúrgico, siendo la extirpación completa el abordaje ideal. Es fundamental cerrar la comunicación con el peritoneo para evitar recurrencias.

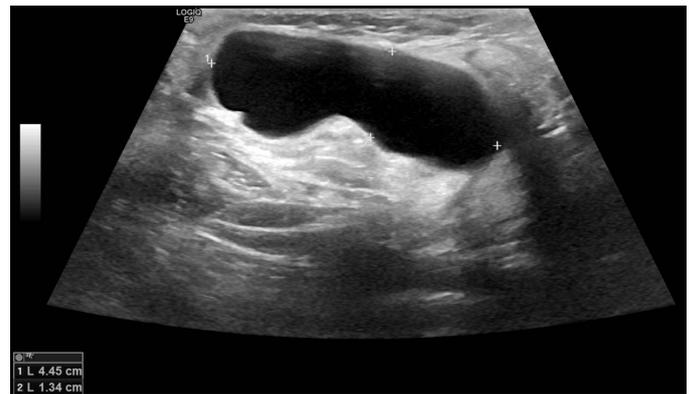


Figura 1
 Ecografía quiste de Nuck.

Distinguirlo de una hernia inguinal es clave para evitar cirugías inapropiadas, ya que esta última requiere reparación de la pared abdominal. En cambio, el quiste de Nuck necesita resección y corrección anatómica. El seguimiento postoperatorio garantiza una buena evolución y previene complicaciones.

250077. HERNIA OBTURATRIZ. CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EXCEPCIONAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

AM Moya Ferre, JA Delgado Sánchez, A Ortega Martínez, AM Rivera García, P Vázquez Barros

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

Introducción: La hernia obturatriz es una entidad poco frecuente, representando menos del 1% de todas las hernias abdominales. Es más prevalente en mujeres ancianas, delgadas y multíparas, debido a la laxitud de los tejidos y a un canal obturador más amplio. Su presentación clínica suele ser inespecífica, destacando el dolor abdominal asociado a signos de obstrucción intestinal, y en algunos casos, el signo de Howship-Romberg.

El diagnóstico es clínico es complejo y frecuentemente se realiza en etapas avanzadas, cuando ya hay complicaciones como la estrangulación intestinal. La tomografía computarizada ha demostrado ser la herramienta más efectiva para su identificación preoperatoria. El tratamiento es quirúrgico, y la tendencia actual favorece técnicas laparoscópicas y el uso de malla para minimizar recurrencias. Esta comunicación presenta un caso clínico de obstrucción intestinal secundaria a hernia obturatriz.

Caso clínico: Mujer de 84 años multípara con antecedente quirúrgico de Histerectomía con doble anexectomía que acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos oscuros y malolientes sin tránsito de 3 días de evolución. A la exploración, sólo presenta dolor en flanco izquierdo sin evidencia de otros signos. Analíticamente presentaba leucocitosis sin otros reactantes de fase aguda elevados. Se realizó un TC que confirmaba un cuadro compatible con obstrucción intestinal en relación a hernia obturatriz izquierda sin sufrimiento de asas por lo que fue ingresada para tratamiento quirúrgico urgente.

Se abordó mediante laparotomía media infraumbilical, protegiendo la herida con alexis y localizando y reduciendo el asa intestinal encarcerada de manera manual. Se confeccionó un flap peritoneal sobrepasando el orificio obturatriz, colocando malla dipromed y fijandola con pegamento de la misma manera que el flap.

El curso postoperatorio discurrió sin complicaciones dándose de alta a la paciente 4 días después.

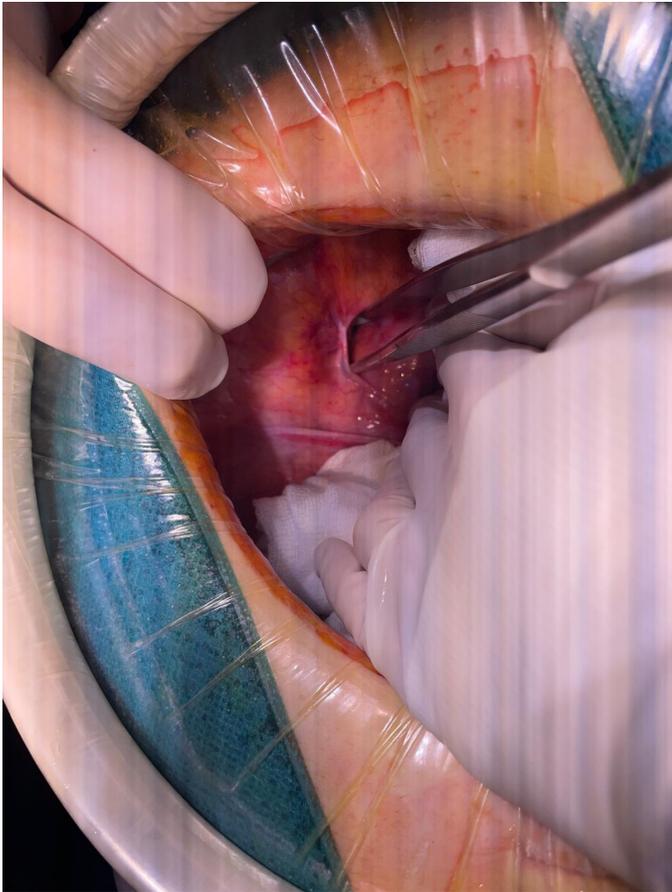


Figura 1
Hernia Obturatriz.

Discusión: El manejo actual de la hernia obturatriz se apoya en el diagnóstico precoz mediante tomografía y en el abordaje quirúrgico oportuno. La técnica de elección es la laparoscópica, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, por sus beneficios en visualización, menor dolor postoperatorio y rápida recuperación. El uso de malla, ya sea en abordajes abiertos o mínimamente invasivos, reduce las tasas de recurrencia sin aumentar significativamente las complicaciones. Además, en pacientes con compromiso intestinal, se debe evaluar la viabilidad del segmento afectado. En definitiva, la identificación temprana de esta patología mejora el pronóstico y reduce la mortalidad asociada.

250078. PERFORACION DE SIGMA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE CARCINOMA SEROSO DE OVARIO: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DIVERTICULITIS AGUDA GRADO IV WSES.

L González Garrido, L Candil Valero, R Torres Fernández, M García Redondo, AM Fuentes Zaplana, A Reina Duarte

Departamento Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería.

Introducción: El carcinoma seroso de ovario suele diagnosticarse en estadios avanzados. Normalmente se presentan de forma insidiosa, produciendo una clínica inespecífica. En lo que respecta a la sintomatología digestiva, puede producir síntomas gastrointestinales subagudos, requiriendo raramente cirugía urgente, siendo la causa más frecuente la obstrucción intestinal.

Caso clínico: Paciente de 67 años que acudió a urgencias por dolor abdominal de 12 horas de evolución sin pérdida de peso ni rectorragia. A la exploración, la paciente se encontraba febril, estable hemodinámicamente y con dolor abdominal generalizado. En la analítica de sangre, presentó RFA elevados (PCR 298.5mg/L y Procalcitonina 6,86ng/mL). La TAC describió una posible diverticulitis grado IV WSES con colecciones asociadas, sin identificar masas anexiales. Se decidió intervención urgente, identificando una masa en sigma perforada y firmemente adherido a un mioma y trompa izquierda. Se realizó una sigmoidectomía oncológica y anastomosis primaria, también se reseco el mioma mencionado anteriormente. El postoperatorio fue favorable y la paciente fue dada de alta al quinto día postoperatorio. El informe de anatomía patológica describió una infiltración de origen metastásico tanto de pared de sigma como del mioma por carcinoma seroso ovárico de alto grado.

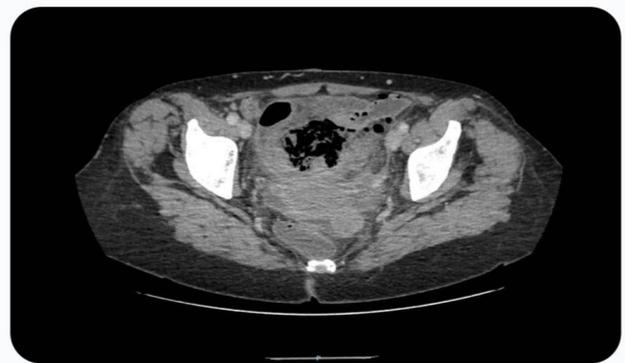


Figura 1
Corte sagital de tomografía computarizada urgente realizada. Se objetiva perforación de sigma, con formación de colecciones adyacentes y asas de intestino delgado adheridas, con sospecha inicial de neoplasia o diverticulitis perforada.

Discusión: El carcinoma seroso de ovario suele tener un curso indolente hasta diagnosticarse en estadios avanzados. La perforación de sigma por infiltración directa del tumor primario puede darse en contexto de una masa pélvica de gran tamaño. En cambio, el debut de esta enfermedad con una perforación de sigma debido a una metástasis sin primario identificado es un hallazgo extremadamente infrecuente.

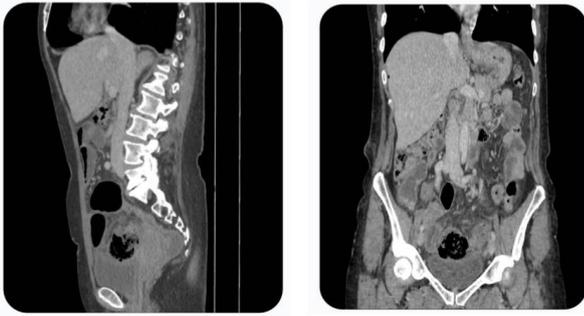


Figura 2

Cortes sagital y coronal de tomografía computarizada realizada. Colecciones adyacentes a segmento de colon sigmoide perforado, así como gas a distancia a nivel subfrénico.

250082. BANDAS DE LADD SINTOMÁTICAS EN PACIENTE ADULTA: REPORTE Y REFLEXIÓN TERAPÉUTICA

C Pérez Muñoz, M López-Cantarero García-Cervantes, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: Las bandas de Ladd son unas bandas fibróticas de peritoneo que ocasionan una malrotación intestinal. Es una malformación que se produce durante la embriogénesis intestinal en la etapa fetal y debuta con mayor frecuencia durante la infancia con un cuadro agudo de obstrucción intestinal, cuyo manejo suele ser quirúrgico. En el caso de los adultos suele ser un hallazgo casual asintomático. Presentamos un caso de obstrucción intestinal en adulto secundario a existencia de bandas de Ladd que fue manejado de forma conservadora.

Caso clínico: Mujer de 40 años, tetrapléjica por lesión medular cervical y totalmente dependiente para actividades básicas de vida diaria, acudió por dolor abdominal difuso, vómitos y 12 h sin tránsito. Abdomen distendido, blando, sin signos peritoneales; analítica sin leucocitosis ni acidosis. Tomografía computarizada: asa duodenal pre-mesentérica, vasos mesentéricos invertidos y punto de cierre compatible con banda de Ladd, sin neumatosis ni engrosamiento mural. Se colocó sonda nasogástrica (3 L de débito inicial) y se administraron 100 mL de Gastrografin® oral. A las 8 h el contraste alcanzó el colon y el débito disminuyó, iniciándose dieta líquida; a las 48 h toleraba dieta blanda con tránsito normal. Fue dada de alta al 4.º día. La paciente sigue en seguimiento estrecho en consultas.

Discusión: Las bandas de Ladd son una causa de malrotación intestinal. Se estima que su incidencia se encuentra en adultos en un 0.2%. Aunque el tratamiento quirúrgico es el estándar ante riesgo de vólvulo o isquemia, el manejo conservador podría ser una opción. La ausencia de signos tomográficos de isquemia y la rápida mejoría clínica sustentaron la actitud conservadora, siempre bajo vigilancia estricta y con disponibilidad de cirugía de rescate.

En adultos estables, sin evidencia de volvulación o necrosis, la obstrucción por bandas de Ladd puede resolverse médicamente,

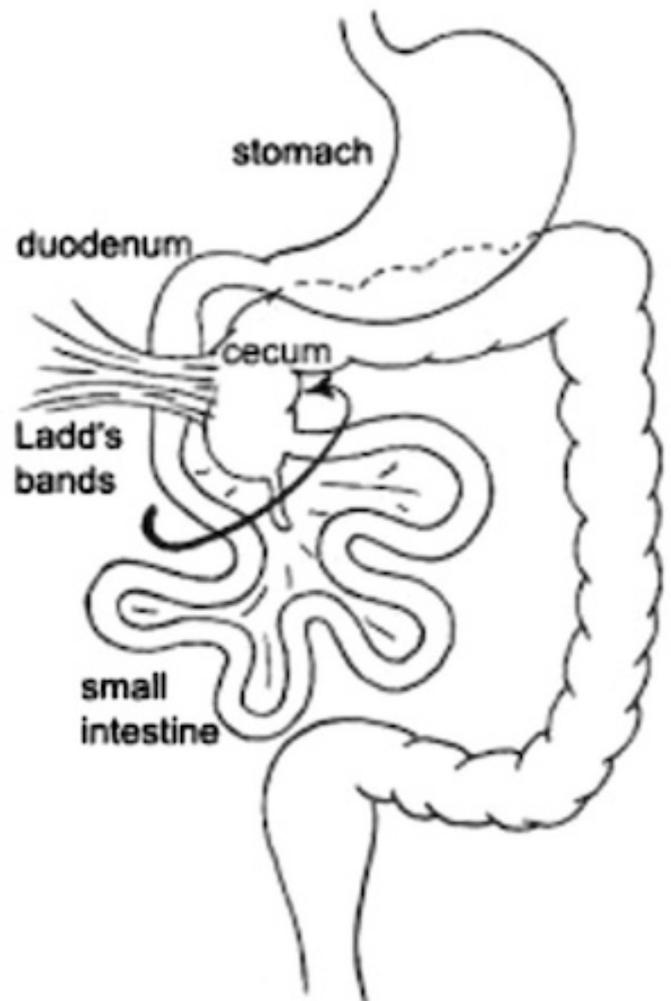


Figura 1

Distribución anatómica intestinal secundaria a bandas de Ladd.



Figura 2

Corte axial: gran dilatación de cámara gástrica.

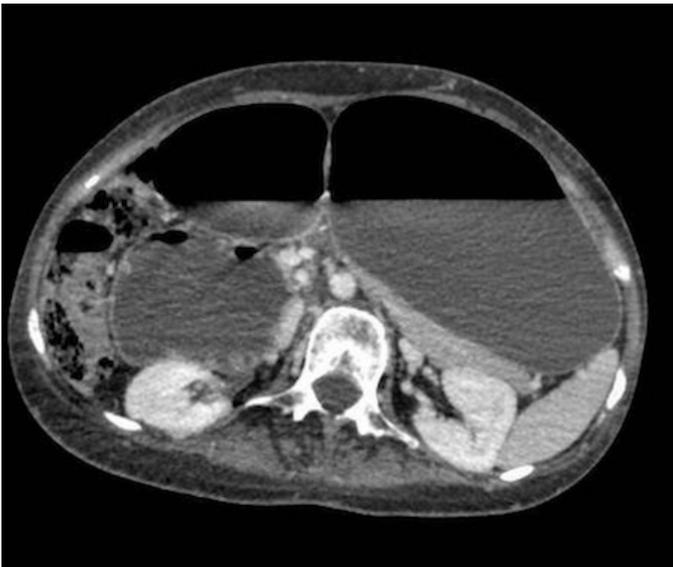


Figura 3

Corte axial TC: dilatación asas intestino delgado.



Figura 4

Corte coronal TC: verticalidad de duodeno por bandas de Ladd.

250083. SÍNDROME DE ROSAI-DORFMAN Y CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES, ¿UNA COINCIDENCIA DESAFORTUNADA?

Á Cortés Guerrero, MJ Alonso Sebastián, E Moreno Fernández, R Rejón López, I Roldán Ortiz, N Muñoz Pérez, JM Villar Del Moral

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

Introducción: El síndrome de Rosai-Dorfman (SRD) es una enfermedad rara caracterizada por linfadenopatías cervicales bilaterales, fiebre intermitente y aumento en la concentración de leucocitos. Su etiología no está completamente comprendida, pero se postula una proliferación anormal de histiocitos. Por otro lado, el carcinoma papilar de tiroides (CPT) es el tipo más común de cáncer de tiroides, con una presentación clínica variable que incluye la aparición de un nódulos a nivel cervical.

La coexistencia de ambos trastornos en un mismo paciente es extremadamente infrecuente y plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos, dado que la afectación ganglionar es una característica clave tanto del SRD como del CPT. Presentamos el caso de un paciente de 17 años con ambas patologías.

Caso clínico: Paciente de 17 años, en seguimiento por oncología pediátrica por SRD, que consultó por adenopatías cervicales y nódulos tiroideos, no palpables en la exploración clínica. En la ecografía cervical se apreciaron microcalcificaciones múltiples en LTI, un nódulo TIRADS 4 en lóbulo derecho, de 0,67 x 0,31 x 0,56 cm; y dos adenopatías, de 1,7 x 3,5 mm y 9 x 2,5 mm, en el compartimento central izquierdo, heterogéneas y con microcalcificaciones.

Se realizó punción-aspiración con aguja fina (PAAF) del LTD, con resultado citológico de CPT, Bethesda VI. Para discernir si las adenopatías tenían relación con su enfermedad de base o la patología tiroidea, también se realizó citología por PAAF ecoguiada de los ganglios, que reveló histiocitosis sinusal con características compatibles con SRD.

Se decidió realizar tiroidectomía total y biopsia intraoperatoria de las adenopatías del compartimento central izquierdo, informada como metástasis ganglionar de CPT, completando el vaciamiento central terapéutico. El informe definitivo de anatomía patológica fue de carcinoma papilar de tiroides, con metástasis en 5 de los 8 ganglios extirpados. El paciente recibió tratamiento posterior con 150 mCi de 131I.

Se encuentra libre de enfermedad a los 12 meses, con tiroglobulina indetectable, anticuerpos antitiroglobulina de 89,7 y ecografía sin hallazgos patológicos.

Discusión: La asociación entre el SRD y el CPT es poco común y plantea desafíos diagnósticos. La linfadenopatía cervical en pacientes con SRD puede enmascarar la existencia de metástasis ganglionares de un cáncer de tiroides. La coordinación multidisciplinar entre patólogos, radiólogos y cirujanos es esencial para un diagnóstico preciso y un manejo óptimo de estos casos. Se necesitan más estudios para comprender la relación entre ambas condiciones y su impacto en el manejo clínico.

evitando la laparotomía. la decisión de tratamiento definitiva se tomará dependiendo de las características de cada paciente y la situación clínica.

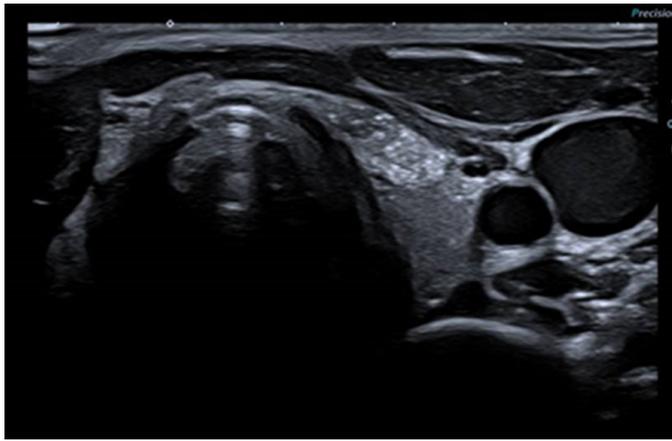


Figura 1
Ecografía cervical: Se aprecian múltiples microcalcificaciones en un nódulo situado en el lóbulo tiroideo izquierdo.

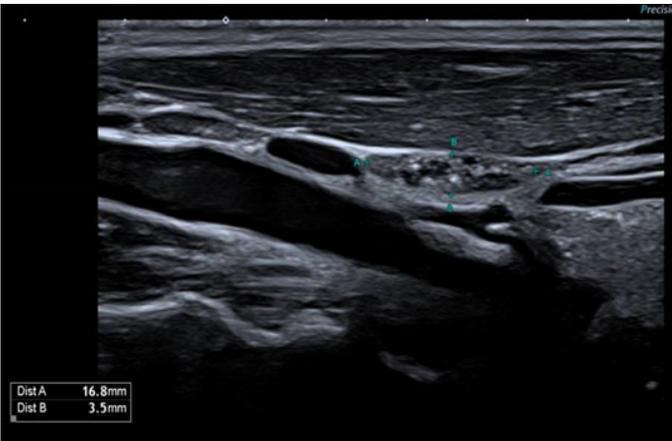


Figura 2
Ecografía cervical: ganglio linfático heterogéneo, con calcificaciones en su interior, de aspecto inespecífico.

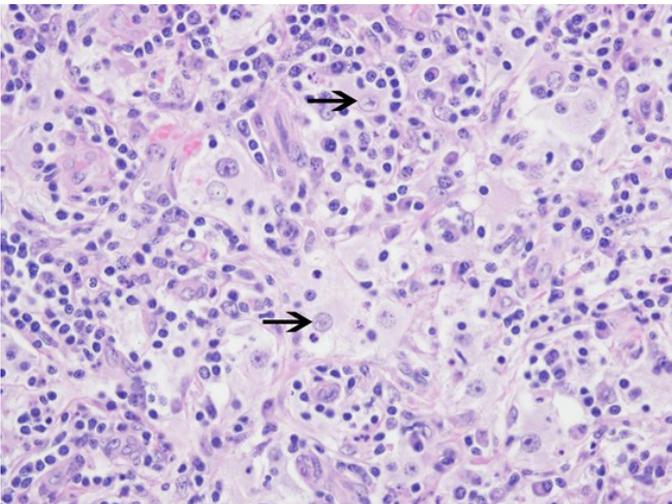


Figura 3
Biopsia ganglionar en la que se observa proliferación de linfocitos e histiocitosis.

250084. BIOSPIA BAJO ANESTESIA LOCAL PARA DIAGNÓSTICAR UN TUMOR FATAL

MT Robles Quesada¹, D Merlo Moreno², B Garcia Gómez², J Garcia Granados¹

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

Introducción: El angiosarcoma epiteloide es una neoplasia maligna de células endoteliales altamente agresiva, con origen en tejidos blandos profundos, pero que puede aparecer en otros sitios primarios como glándula suprarrenal, tiroides, piel y hueso. Puede aparecer como metástasis en órganos sólidos (pulmones, huesos, tejido blando y piel) .Tiene un pronóstico muy malo, sobre todo en estadios avanzados como el que se presenta en este caso clínico en el que no se pudo reconocer el inicio del primario.

Caso clínico: Paciente de 79 años que ingresa en medicina interna por fiebre de una semana de evolución y síndrome constitucional desde hace dos meses. Entre las pruebas complementarias realizadas, se objetiva en tc de tórax-abdomen, pequeña neoplasia renal izquierda, lesión lítica hueso iliaco derecho con nódulo en partes blandas de 3,7cm compatible con metástasis, varios nódulos en tejido celular subcutáneo en gluteo izquierdo compatibles con metástasis, todas ellas no impresionan de origen renal., adenopatías en grasa anterior a músculo iliaco izquierdo, adenopatías retroperitoneales. Múltiples micronódulos bilaterales en parenquima pulmonar compatibles con metástasis. Se realiza PET-TC donde se detallan similares hallazgos

Se comenta caso con cirugía general para valorar biopsia de nódulos subcutáneos. Se realiza biopsia a pie de cama baja anestesia local ese mismo día para acelerar el proceso diagnóstico y resultado de la anatomía patológica. Fue valorado por urología que limitó su acción a esperar el resultado de la anatomía patológica.

Anatomía Patológica: angiosarcoma epiteloide con sobreexpresión de C-MYC e índice proliferativo del 20%.

El paciente es valorado por oncología médica, pero dada la rápida progresión de la enfermedad con metástasis cerebrales e insuficiencia hepática, se deriva a cuidados paliativos, con desenlace fatal a los cuatro meses del diagnóstico.

Discusión: El angiosarcoma epiteloide es un subtipo de angiosarcoma muy infrecuente y de diagnóstico difícil dada la rápida evolución y pronóstico infausto. La biopsia en estos casos es fundamental, sin embargo, aunque no se demore la anatomía patológica, puede que el paciente no llegue al tratamiento. Para su tratamiento se requiere abordarlo de forma multidisciplinar ya que no existen protocolos establecidos.

250088. PERFORACIÓN RECTAL ESPONTÁNEA SECUNDARIA A TRAUMATISMO ANORRECTAL CRÓNICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

I Cordero Ferreira, M Moreno Díaz, F Grasa González, I Palomo López, D Palomo Torrerros

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

Introducción: La perforación espontánea del recto representa una situación clínica poco frecuente y de resolución quirúrgica urgente. Aunque suele asociarse a procesos obstructivos, inflamatorios o traumáticos, su aparición vinculada a agresiones mecánicas repetitivas es excepcional. A pesar de la resistencia estructural del recto, una exposición continua a traumatismos locales puede debilitar su integridad y conducir a lesiones graves.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente masculino de 45 años, sin antecedentes médicos relevantes, que consulta por dolor abdominal difuso de horas de evolución, acompañado de signos de irritación peritoneal en hipogastrio y fosas ilíacas. El paciente refiere además rectorragia reciente sin alteraciones en el ritmo intestinal. Una tomografía abdominopélvica con contraste revela neumoperitoneo y escasa cantidad de líquido libre, lo que lleva a la indicación de cirugía de urgencia. Se inicia una laparoscopia diagnóstica que no muestra hallazgos supramesocólicos, por lo que se convierte a laparotomía. Durante la intervención se identifica una perforación de 4 cm en la cara anterior del recto superior, sobre una úlcera bien definida. Se realiza resección segmentaria del recto y anastomosis colorrectal término-terminal con sutura mecánica. La evolución posoperatoria fue favorable, con alta hospitalaria al séptimo día. El estudio anatomopatológico confirmó una úlcera sin signos de malignidad ni infección.

Discusión: El abordaje de la perforación rectal debe adaptarse al tipo y localización de la lesión. Las perforaciones intraperitoneales pueden manejarse mediante reparación o resección con anastomosis primaria, mientras que en pacientes inestables o con contaminación fecal significativa, se opta por procedimientos como el de Hartmann. Las lesiones extraperitoneales requieren desbridamiento y posible ostomía protectora. En casos donde el daño compromete el esfínter, se debe valorar la opción más adecuada para preservar la continencia y la calidad de vida. La vía de abordaje quirúrgico también depende del nivel rectal afectado.

Este caso clínico destaca una causa infrecuente de perforación rectal en ausencia de factores típicos. Subraya la importancia de considerar el trauma crónico como posible desencadenante y la necesidad de un manejo quirúrgico precoz e individualizado para obtener una evolución clínica favorable.

250090. MORBIMORTALIDAD TRAS INGESTA CÁUSTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

E Moreno Fernández, M Fernández Baeza, A Cortés Guerrero, E García Fernández

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

Introducción: La ingesta de cáusticos en adultos representa una urgencia médica grave, especialmente en el contexto de intentos autolíticos, donde las lesiones suelen ser más severas por la concentración y cantidad ingerida.

Caso clínico: Mujer de 75 años con antecedentes personales de demencia depresiva que fue llevada a Urgencias tras ingesta voluntaria de ácido clorhídrico. Se realizó una tomografía computarizada (TAC) en la que se objetivó una perforación gástrica y una endoscopia digestiva alta que demostró ulceraciones a lo largo de todo el cuerpo esofágico y áreas de necrosis de la mucosa esofágica distal y gástrica.

Se realizó una cirugía urgente en la que se evidenció necrosis del tercio medio del cuerpo y antro gástricos, realizándose una gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux y yeyunostomía para soporte nutricional.

Al tercer día postoperatorio presentó fiebre y elevación de reactantes de fase aguda, por lo que se realizó un nuevo TAC que objetivó una neumonía bilateral. La evolución fue tórpida, con inestabilidad hemodinámica y fracaso respiratorio progresivo, siendo finalmente éxitus en el duodécimo día postoperatorio.

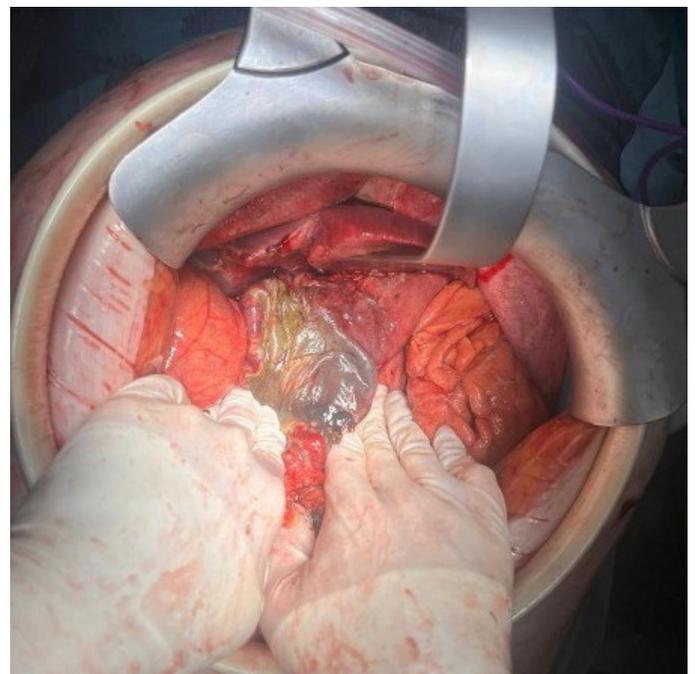


Figura 1

Necrosis gástrica.

Discusión: La ingesta de cáusticos en adultos, especialmente en contextos autolíticos, conlleva una elevada mortalidad por la severidad de las lesiones y sus complicaciones. Estudios recientes sitúan la mortalidad en torno al 14%, alcanzando cifras superiores al 50% en casos con necrosis transmural o perforación gastrointestinal. El manejo de esta patología debe ser precoz y multidisciplinar, incluyendo una endoscopia digestiva alta temprana, soporte nutricional y cirugía urgente cuando sea preciso. Sin embargo, a pesar de los avances terapéuticos, la mortalidad continúa siendo elevada, lo que refuerza la necesidad de estrategias preventivas y protocolos de actuación estandarizados.



Figura 2 Perforación. En esta imagen se objetiva la perforación del antro-píloro.

Los pacientes que sobreviven presentan con frecuencia complicaciones a largo plazo. La más habitual es la estenosis esofágica, que puede requerir múltiples dilataciones endoscópicas o cirugía reconstructiva. Además, estos pacientes tienen un mayor riesgo de desarrollar un cáncer esofágico. Estas posibles secuelas afectan gravemente a la calidad de vida, por lo que hacen imprescindible un seguimiento clínico estrecho y especializado de estos pacientes.

250091. SÍNDROME DEL LIGAMIENTO ARCUATO MEDIO: ¿CUÁL ES EL MEJOR MÉTODO DIAGNÓSTICO?. A PROPÓSITO DE UN CASO

L Martínez Ruiz , J Falckenhiner Soria, C Mestre Ponce, C Murube Algarra, R Noriega Mel, A Callejo Piosa, MDC De La Vega Olías, V Vega Ruiz

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

Introducción: El síndrome del ligamento arcuato medio (SLAM) o síndrome de Dunbar se define como la compresión de la arteria celiaca por el ligamento arcuato que produce un dolor abdominal

crónico y recurrente. Presenta una incidencia del 3-4% siendo más frecuente en mujeres con una proporción 4:1. Su diagnóstico es de exclusión siendo las principales técnicas diagnósticas el angio-TC combinándolo con la ecografía doppler con maniobras respiratorias.

Caso clínico: Mujer de 28 años con antecedentes relevantes de VIH de transmisión vertical, 2 cesáreas e intervenida de hamartoma retrorrectal. Acude a Urgencias por dolor posprandial de 1 año de evolución junto con pérdida de 27kg e intolerancia oral en últimos días.

Durante su ingreso en servicio médico se realiza estudio ginecológico, se realiza endoscopia oral y colonoscopia sin hallazgos relevantes de interés. Se realiza TC abdomen y RMN pélvica sin cambios respecto a estudio previos.

Ante persistencia de la clínica, se completa estudio con angioTC de abdomen visualizando incurvación del tronco celiaco sin estenosis, pudiendo corresponder con posible SLAM. Se solicita eco-doppler con pico sistólico (figura 1) no siendo compatible con SLAM (velocidad pico sistólico <200), no obstante ante la alta sospecha del mismo se decide ampliar estudio a angio-TC abdomen con maniobras respiratorias (figura 2) visualizando una hipertrofia del ligamento arcuato medio con indentación a la salida del tronco celiaco con forma de gancho y dilatación post-estenótica compatible con SLAM.



Figura 1 Ecografía doppler en inspiración y espiración forzada.

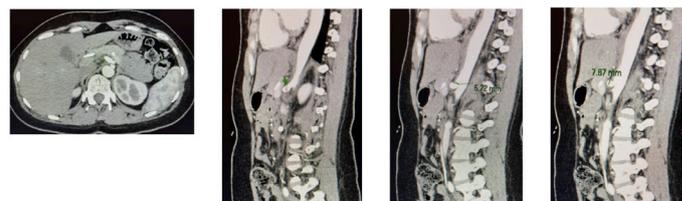


Figura 2 Angio-TC con maniobras respiratorias

Se decide optimización de la paciente y cirugía programada realizándose la descompresión de la arteria celiaca por vía laparoscópica sin incidencias con recuperación clínica posterior favorable. En última revisión en consultas la paciente continúa asintomática y con buena tolerancia oral.

Discusión: -El SLAM a pesar de ser una patología poco frecuente, es una entidad que debe estar presente a la hora de realizar un diagnóstico diferencial en especial cuando se tratan de mujeres en edad fértil.

- Respecto al diagnóstico, aunque se realiza por exclusión, debe confirmarse mediante prueba de imagen como el angioTC y la eco-

doppler con maniobras respiratorias. No obstante, al tratarse esta última de una prueba operador-dependiente, la sospecha clínica es fundamental para llegar al diagnóstico definitivo.

-Finalmente, destacar la combinación del angioTC con maniobras respiratorias como posible futuro gold-estándar al eliminar la principal limitación de la ecografía, la experiencia del operador.

250093. REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA PRIMARIA DE LA VAINA POSTERIOR DEL RECTO ABDOMINAL MEDIANTE VÍA EXTRAPERITONEAL TOTALMENTE EXTENDIDA (ETEP)

I Vioque-Maynez, G Gómez-Dueñas, A Naranjo-Torres, MC Pérez-Manrique, ME Espinosa-Redondo, FJ Briceño-Delgado

Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La hernia de la vaina posterior del recto abdominal es una entidad poco frecuente dentro de las hernias de la pared abdominal anterior, con una incidencia inferior al 1%. Se encuentran pocos casos descritos desde su descripción por primera vez en 1937.

Se trata de subtipo de hernia interparietal entre la fascia posterior y el vientre muscular del músculo recto, localizada más frecuentemente a nivel infraumbilical, por su mayor debilidad a dicho nivel ya que está compuesta únicamente por la fascia transversalis.

La técnica eTEP mediante un abordaje laparoscópico permite la reparación de forma mínimamente invasiva de las hernias de la pared abdominal obteniendo las ventajas de la creación de un espacio extraperitoneal de trabajo.

Caso clínico: Mujer de 57 años con antecedente de reparación de hernia inguinal derecha, que consulta por sensación de eventración en el hemiabdomen izquierdo. La TC abdominal reveló una hernia primaria de la vaina posterior por un defecto de la hemifascia transversalis izquierda a nivel infraumbilical de contenido intestinal.



Figura 1

TC abdominal: Defecto herniario de la vaina posterior del músculo recto abdominal izquierdo.

Se interviene en régimen ambulatorio mediante abordaje laparoscópico con tres trócares de trabajo (12, 12 y 5 mm), identificándose el defecto herniario izquierdo y otro defecto de la vaina posterior de características similares pero menor tamaño en el lado derecho. Posteriormente, se procedió a la reparación mediante abordaje totalmente extraperitoneal.

La intervención se inició con una disección retrorrectal izquierda, asistida por balón expansor. Posteriormente se colocaron los trócares de trabajo y se realizó el crossover de línea media para acceder al espacio retromuscular derecho. Tras la reducción de ambas hernias, se colocó una malla titanizada de 15 x 15 cm que cubría ambos defectos.

La paciente presentó evolución postoperatoria favorable sin incidencias significativas, siendo dada de alta el mismo día, sin precisar seguimiento en consulta tras intervención.

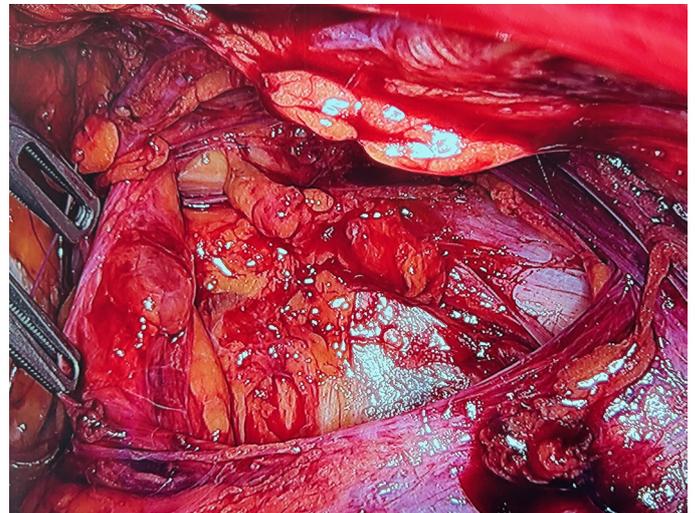


Figura 2

Imagen intraoperatoria.



Figura 3

Colocación de malla titanizada de 15x15 cm.

Discusión: La presentación espontánea de la hernia de la vaina posterior del recto abdominal es poco frecuente. Sin embargo, aunque la evidencia de la reparación mínimamente invasiva es limitada, requiere una curva de aprendizaje pronunciada y una adecuada selección de pacientes, la reparación quirúrgica mediante la técnica eTEP laparoscópica ofrece un abordaje seguro y efectivo.

En nuestra opinión, el abordaje laparoscópico y extraperitoneal junto a la colocación de malla de este tipo de hernia permite una mayor visibilidad, disminuye el riesgo de lesión intestinal, previene la recurrencia herniaria a largo plazo y favorece una recuperación más rápida del paciente.

250094. OBSTRUCCIÓN Y PERFORACIÓN INTESTINAL ENCUBIERTA POR CUERPO EXTRAÑO

D Raposo Puglia, A JIMÉNEZ URBANO, MV PAREJO SOTO, C MEDINA ACHIRICA

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

Introducción: La perforación intestinal secundaria a la ingestión de cuerpos extraños es una condición clínica poco frecuente, en torno al 1% de dichas ingestas, pero potencialmente grave. El cuadro clínico y la etiología del mismo suelen ser difícilmente reconocibles, abriéndose un gran abanico de diagnósticos diferenciales a tener en cuenta. En la mayor parte de las ocasiones, las perforaciones son debidas a cuerpos alargados y afilados como raspas de pescado, huesos de pollo o palillos de dientes. La zona más frecuente es el área ileocecal.

Caso clínico: Paciente de 58 años con AP de distimia que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso de semanas de evolución que se reagudiza en las últimas horas asociándose a náuseas y vómitos. Niega fiebre. Niega alteración hábito intestinal.

==> Exploración:

Abdomen distendido y timpanizado, pero sin signos de peritonismo.

==> Pruebas complementarias:

Laboratorio: Elevación de RFA (PCR 40 mg/L) y discreta leucocitosis.

Rx de abdomen: Dilatación de asas de delgado y niveles hidroaéreos. Cuerpo extraño. (imagen I)

Se decide realización de TAC de abdomen con contraste (Imagen II): Obstrucción de intestino delgado, íleon distal, secundario a cuerpo extraño intraluminal. Ausencia de neumoperitoneo.

Ante estos hallazgos se decide laparotomía exploradora donde se evidencia plastrón inflamatorio que engloba íleon terminal y sigma a nivel de pelvis. Perforación contenida en borde mesentérico de asa ileal, a unos 10 cm de la válvula ileocecal, que contiene cuerpo extraño (Almeja) (Imagen III). Finalmente, una vez liberado el plastrón, se realiza resección ileal y anastomosis íleo-ileal manual.

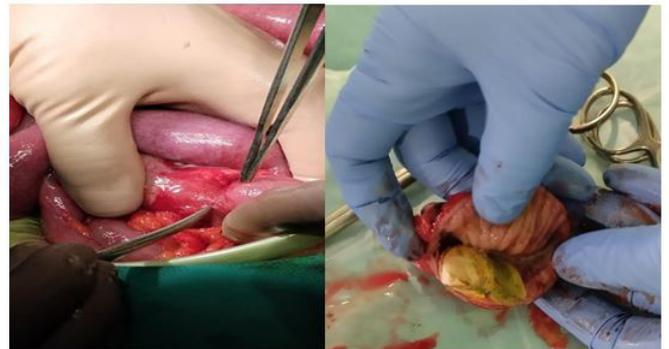


Figura 1

Imágenes radiológicas con reconstrucción 3D de cuerpo extraño e imágenes intraoperatorias.

La paciente evoluciona de forma satisfactoria y es dada de alta el 3ºDPO.

Discusión: 1. La ingestión de cuerpos extraños pasa desapercibida hasta el 90% de los casos.

2. Se producen impactaciones en zonas de estrechamiento anatómico.

3. Fundamental un diagnóstico y abordaje médico quirúrgico precoz de las complicaciones asociadas.

250096. CÁLCULO, FÍSTULA Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: EL SÍNDROME DE BOUVERET

JM Ruiz Salas¹, MS Carranque Romero¹, LM Arcas Marín¹, A Obispo Entreras¹, A López Labrador²

¹Servicio Cirugía General Complejo Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga. ²Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Introducción: El síndrome de Bouveret es una forma rara de íleo biliar, causado por una fístula colecistoduodenal que permite el paso de litiasis al tracto gastrointestinal, generando obstrucción duodenal. Suele presentarse en ancianos con múltiples comorbilidades. La clínica incluye náuseas, vómitos y dolor epigástrico principalmente. El manejo quirúrgico sigue siendo de elección en la mayoría de los casos, especialmente cuando fracasa el tratamiento endoscópico o existen complicaciones.

Caso clínico: Mujer de 86 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo, deterioro cognitivo y sin intervenciones quirúrgicas previas. Situación basal de dependencia parcial para actividades básicas de la vida diaria.

Acude a urgencias por estreñimiento de un mes de evolución. Ya había sido valorada dos veces en urgencias por dicho motivo, siendo dada de alta tras resolución con enemas.

En esta ocasión, además del estreñimiento, presentaba dolor en fosa iliaca derecha y vómitos, sin fiebre.

Análiticamente destaca leucocitosis, PCR 20.2 mg/L y amilasa 1700 U/L. Resto de parámetros normales.

El TC abdominal mostró hígado con discreta dilatación de la vía biliar y aerobilia. Vesícula con paredes engrosadas, morfología irregular y litiasis en su interior. Fístula colecistoduodenal y una segunda litiasis de 4,5 cm en duodeno distal. Hallazgos compatibles con síndrome de Bouveret. Moderada dilatación de duodeno proximal y antro gástrico.

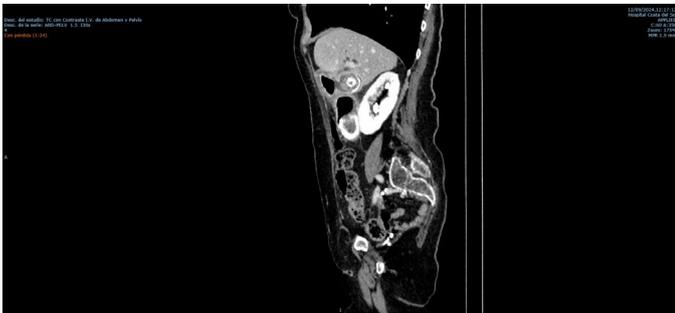


Figura 1

TC 1.



Figura 2

TC 2.

Se intervino de urgencias, realizándose gastrotomía anterior a 1 cm del píloro, extrayéndose litiasis vesicular y duodenal. Se realizó lavado vesicular a través de la incisión gástrica, sin necesidad de colecistectomía. Evolución postoperatoria favorable.

Discusión: Generalmente en el íleo biliar, la impactación de la litiasis se produce a nivel de íleon terminal. El síndrome de Bouveret es una entidad de presentación atípica en la que el cálculo



Figura 3

TC 3.



Figura 4

TC 4.

impacta a nivel duodenal, siendo más frecuente en ancianos con comorbilidades. El TC con contraste es la prueba más específica para identificarlo, aunque podría apreciarse en una radiografía simple de abdomen en caso de litiasis radiopacas.

El tratamiento endoscópico podría plantearse como opción, pero en la mayoría de los casos requiere cirugía. En pacientes frágiles, puede optarse por una intervención limitada (enterotomía/gastrotomía para extracción de litiasis) sin colecistectomía ni cierre de fístula, como ocurre en este caso. La decisión de asociar dichos procedimientos dependerá del riesgo quirúrgico y comorbilidades. La morbimortalidad varía entre un 5-7% y la tasa de recurrencia en caso de enterotomía única se estima entre el 5-17%. El reconocimiento precoz y el abordaje quirúrgico individualizado son fundamentales para evitar complicaciones.

250097. ANGIOSARCOMA RADIOINDUCIDO. UNA ENTIDAD INFRECIENTE.

H Mohamed Hamed¹, A Pareja López², B Estébanez Ferrero², R Torres Fernández¹, JM Rodríguez Alonso²

¹UGC Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería. ²Unidad Patología Mamaria Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería.

Introducción: El angiosarcoma radioinducido de mama es una neoplasia maligna poco frecuente y de comportamiento agresivo, que aparece como una complicación tardía de la radioterapia adyuvante, empleada generalmente después de una cirugía conservadora.

Constituye menos del 0.05% de todos los casos de cáncer de mama y podría desarrollarse hasta en el 0.1% de los pacientes que han recibido radioterapia, con un período de latencia que suele situarse entre cinco y diez años después del tratamiento.

Caso clínico: Paciente mujer de 53 años tratada en 2020 de cáncer de mama izquierda T2N0M0 triple negativo, mediante quimioterapia neoadyuvante, tumorectomía, biopsia selectiva del ganglio centinela y radioterapia adyuvante.

Durante el seguimiento, en enero de 2025 se detecta una lesión en la unión de cuadrantes superiores de la mama izquierda, compatible con un carcinoma invasivo tipo no especial G2 triple negativo. Se decide mastectomía bilateral con reconstrucción protésica inmediata y nueva biopsia selectiva del ganglio centinela.

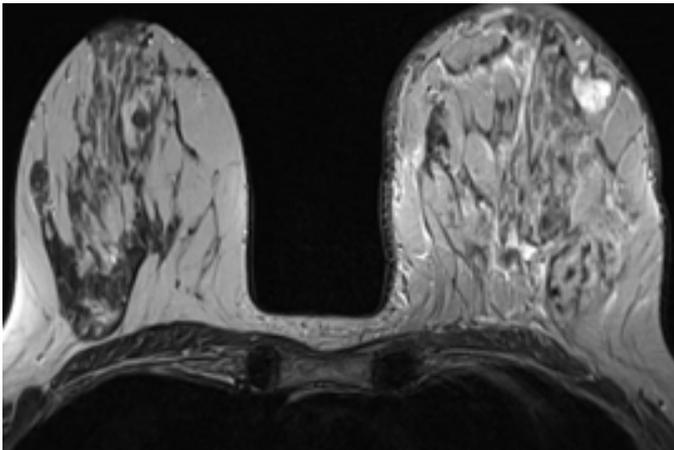


Figura 1

Corte axial de RMN mamaria bilateral en la que se observa una lesión en unión de cuadrantes superiores de mama izquierda.

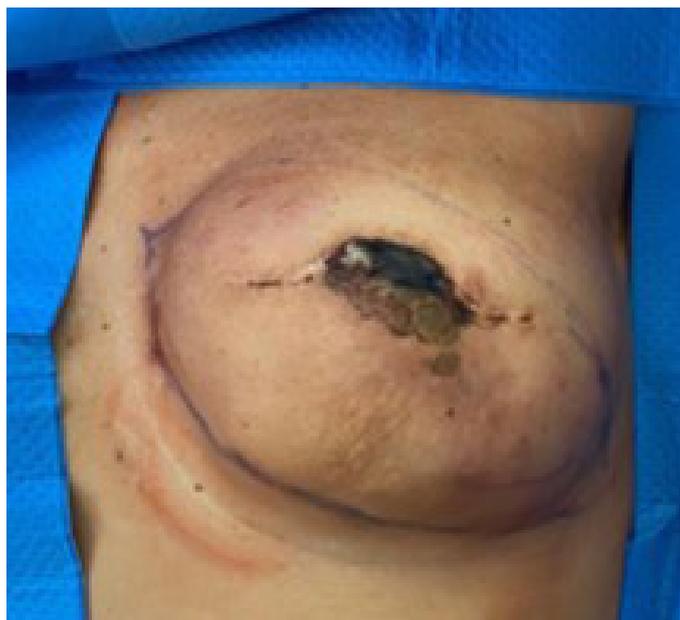


Figura 2

Lesiones eritematosas en mama izquierda y necrosis parcial del componente areola-pezones, hallazgos frecuentes en el angiosarcoma radioinducido.

El postoperatorio cursa con una necrosis parcial del componente areola-pezones izquierdo y aparición de lesiones eritematosas en cuadrante superior interno y cuadrante inferior externo de mama izquierda.

El resultado definitivo de anatomía patológica de la pieza de mastectomía reveló un nuevo componente tumoral, compatible con un angiosarcoma radioinducido con amplificación del gen c-MYC.

Tras su presentación en Comité de Tumores, se decide extirpación amplia de la piel afecta, con biopsia intraoperatoria hasta encontrar márgenes sanos.

Discusión: El angiosarcoma radioinducido es un tipo de tumor muy infrecuente. A pesar del origen y patogénesis bien definidos de esta lesión, aún no se ha logrado un consenso sobre el mejor tratamiento para esta enfermedad. En la actualidad, el pilar del tratamiento de esta patología es la resección quirúrgica con márgenes amplios, complementándose frecuentemente con quimioterapia adyuvante para mejorar la supervivencia global y libre de enfermedad.

En conclusión, la detección precoz del angiosarcoma radioinducido requiere un alto índice de sospecha clínica ante cambios cutáneos en áreas previamente irradiadas, junto con la toma de biopsias oportunas. La rareza de esta entidad, resalta la necesidad de una investigación continua para definir guías basadas en la evidencia para su manejo.

250098. REPARACIÓN DE HERNIA INGUINOESCROTAL DERECHA L3 CON PÉRDIDA DE DOMICILIO SEGÚN TÉCNICA DE RIVES STOPPA TRAS PREACONDICIONAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA Y NEUMOPERITONEO PROGRESIVO

I Vioque Maynez, E Aguilera Fernández, MC Pérez Manrique, ME Espinosa Redondo, A Naranjo Torres, FJ Briceño Delgado

Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía. Córdoba

Introducción: Se define como hernia con pérdida de domicilio a aquella que tiene un índice de Tanaka superior al 20-25%, es decir, que la relación entre el volumen del saco herniario y el volumen de la cavidad abdominal es superior a este porcentaje siendo una entidad poco frecuente en la actualidad.

La reparación de este tipo de hernias supone un desafío terapéutico debido a la hipertensión abdominal y sus complicaciones asociadas que se producen con la reparación de estas.

El uso de toxina botulínica tipo A y la creación de neumoperitoneo progresivo facilitan la reparación protésica de este tipo de defectos sin tensión gracias a acciones como la distensión y elongación progresiva de la musculatura de la pared abdominal, efecto que puede durar hasta después de la cirugía.

Caso clínico: Varón de 78 años intervenido previamente de hernia inguinal izquierda que acude a consulta por una gran hernia inguinoescrotal derecha irreductible. En TC se visualiza hernia inguinal derecha con un saco herniario de 15x10 cm que contiene asas de intestino delgado y colon ascendente así como la hernia inguinal izquierda recidivada.



Figura 1

TC abdominal. H. inguinoscrotal derecha con pérdida de domicilio que contiene asas de intestino delgado y ciego.



Figura 2

Catéter de vía central en punto de Palmer. Defecto herniario previo intervención.



Figura 3

Corrección de defecto herniario tras intervención quirúrgica.

Dada las características de la hernia, se realiza preacondicionamiento previo a intervención quirúrgica mediante la inyección de toxina botulínica y creación de neumoperitoneo progresivo tras insertar un catéter de vía central en punto de Palmer según técnica Seldinger.

El día de la cirugía, se realiza mediante abordaje abierto la reparación herniaria según técnica Rives - Stoppa y se coloca malla Dipromed de 30x15 cm.

El paciente presentó buen postoperatorio siendo dado de alta 4 días después de la intervención y seguido semanalmente en consulta de enfermería especialista en curas por exudado de la herida quirúrgica que se manejó con apósito PICO sin incidencias.

Discusión: El uso de toxina botulínica tipo A y de neumoperitoneo progresivo son técnicas preoperatorias bien toleradas por el paciente que permiten una reparación segura y eficaz de las hernias con pérdida de domicilio disminuyendo el riesgo de complicaciones como el síndrome compartimental postquirúrgico y el síndrome cuaternario, este último relacionado con la insuficiencia respiratoria restrictiva que puede ocasionar la reparación de este tipo de hernias.

El uso de la técnica de Rives- Stoppa permite una reparación del defecto herniario mediante abordaje retromuscular con una baja tasa de recidivas y de morbilidad.

250099. SHOCK OBSTRUCTIVO E ISQUEMIA GÁSTRICA COMO PRESENTACIÓN DE HERNIA HIATAL RECIDIVADA: IMPLICACIONES QUIRÚRGICAS Y PRONÓSTICO

R Noriega Mel, A Callejo Pilosa, FJ Campos Martínez, C Mestre Ponce, C Murube Algarra, L Martínez Ruíz, A Díez Núñez, V Vega Ruíz

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

Introducción: Las hernias de hiato recidivadas pueden ocasionar complicaciones potencialmente letales, como estrangulación, obstrucción y neumotórax a tensión con shock obstructivo por compresión mediastínica. En estos casos, es fundamental una estabilización inicial del paciente, drenaje urgente del neumotórax y posterior intervención quirúrgica inmediata. Esta debe incluir la reducción del contenido herniado, escisión completa del saco y movilización de al menos 2-3 cm de esófago hacia el abdomen para permitir un cierre sin tensión de las cruras, acompañado de funduplicatura cuando sea factible.

Caso clínico: Varón de 67 años con antecedente de funduplicatura tipo Nissen por hernia hiatal tipo IV, que consultó inicialmente por disfagia a sólidos y epigastralgia. El esofagograma reveló recidiva. Dieciocho meses después, ingresó en urgencias por dolor epigástrico intenso e insuficiencia respiratoria aguda. A su llegada, se realizó TC toracoabdominal evidenciándose hernia hiatal gigante con migración gástrica intratorácica completa, neumotórax izquierdo a tensión con desplazamiento mediastínico contralateral y neumoperitoneo. Ante la inestabilidad clínica, se intubó al paciente, quien sufrió parada cardiorrespiratoria revertida tras 12 minutos de maniobras



Figura 1

TC toracoabdominal de ingreso.



Figura 2

TC toracoabdominal al ingreso.

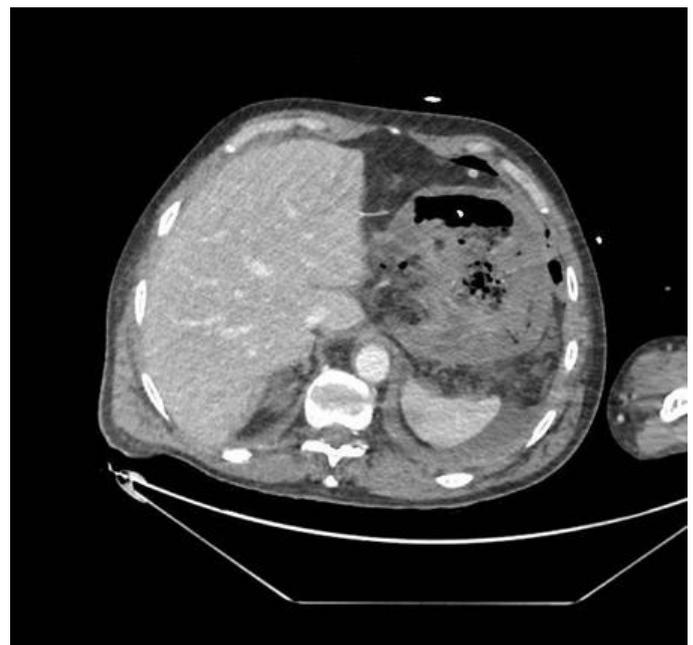


Figura 3

TC de reevaluación con isquemia gástrica.

de RCP y colocación de tubo torácico. Se procedió a cirugía urgente con reducción gástrica, hiatoplastia y cierre abdominal diferido por deterioro respiratorio intraoperatorio, dejándose abdomen abierto con bolsa de Bogotá. A las 36 horas, una nueva TC evidenció isquemia gástrica, realizándose gastrectomía subtotal. Tras estabilización hemodinámica, se efectuó reconstrucción en Y de Roux y cierre progresivo del abdomen, completado en la quinta intervención. A pesar de la recuperación quirúrgica, durante el destete ventilatorio se diagnosticó encefalopatía anóxica severa secundaria a la PCR, falleciendo a los 30 días de ingreso.

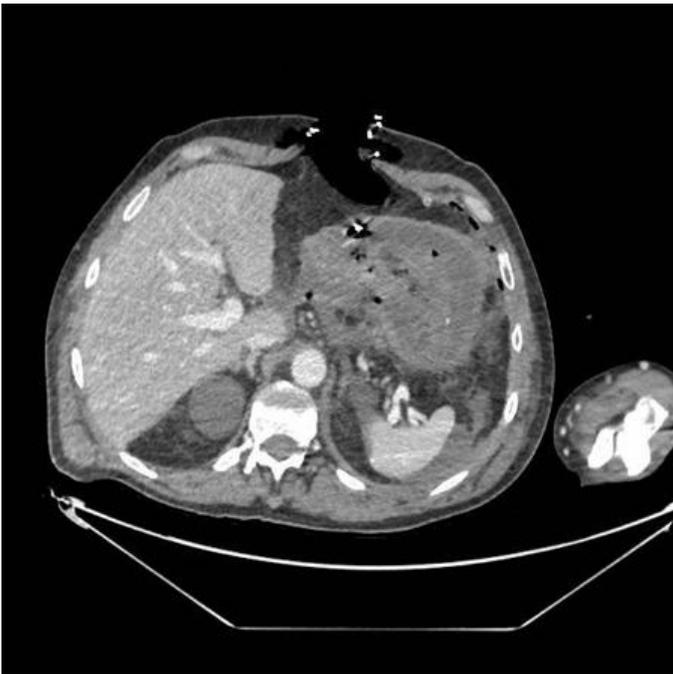


Figura 4
TC de reevaluación con isquemia gástrica.

Discusión: El uso de malla en la cruroplastia continúa siendo motivo de debate, dado que las guías clínicas actuales no establecen recomendaciones claras debido a la falta de evidencia concluyente sobre su eficacia en la prevención de recidivas. En contextos de urgencia, la elección entre funduplicatura y gastropexia debe individualizarse, pues ambas técnicas presentan tasas similares de recurrencia y complicaciones. El pronóstico depende en gran medida del estado preoperatorio del paciente, siendo las complicaciones respiratorias la principal causa de morbimortalidad. La literatura reciente una mortalidad asociada a estas intervenciones de entre el 2,7 y el 8%.

250100. LEIOMIOSARCOMA DE MAMA EN EL VARÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

C Castro Lucena, P Rioja Torres, A Berbel Santiago, FJ Briceño Delgado.

UGC Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía. Córdoba

Introducción: El cáncer de mama en el varón representa aproximadamente el 1% del total de cánceres de mama y el 0,2% de neoplasias malignas en el sexo masculino.

En particular, el leiomiomasarcoma representa una entidad extremadamente infrecuente, con escasa bibliografía publicada.

Presentamos un caso de leiomiomasarcoma mamario, con objeto de contribuir al conocimiento de esta patología tan poco habitual.

Caso clínico: Varón de 48 años, dislipémico, que acude a consulta por nódulo en complejo areola-pezones izquierdo, de meses



Figura 1
Lesión en consulta de leiomiomasarcoma.

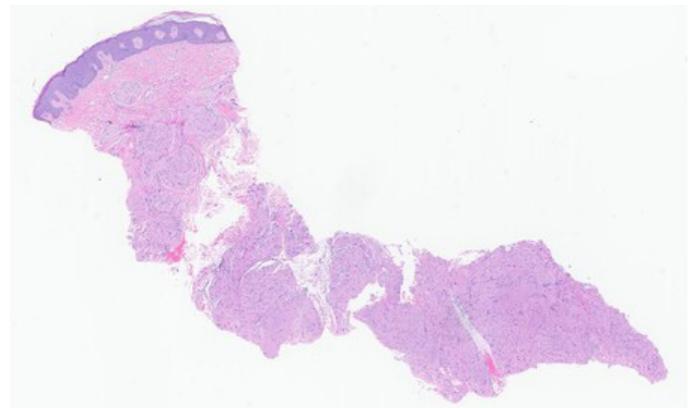


Figura 2
HE de leiomiomasarcoma.

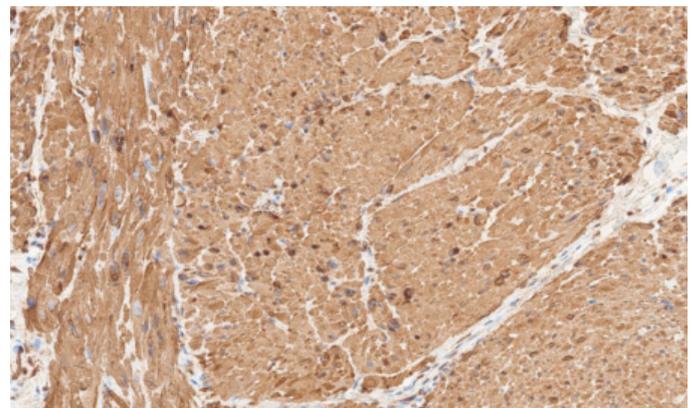


Figura 3
Desmina leiomiomasarcoma.

de evolución, que refería como molesto a la palpación, indurado y acompañado de prurito local. No se palparon adenopatías axilares patológicas.

Se solicita mamografía, que revela un nódulo circunscrito superficial de 1 cm en región areolar izquierda, clasificado como BIRADS 4. La ecografía identifica una lesión sólida en contacto con la dermis.

Ante estos hallazgos, el Servicio de Radiodiagnóstico remite al paciente para toma de biopsia cutánea mediante punch, cuyo estudio muestra un tumor de músculo liso atípico, sugestivo de leiomioma.

El análisis inmunohistoquímico evidencia positividad para actina de músculo liso, desmina y caldesmón, con Ki67 del 5%.

Se presenta en Comité de Tumores, donde se decide ampliar estudio con TC toracoabdominopélvico, que descarta enfermedad metastásica.

Al tratarse de una lesión superficial, de aproximadamente 11 mm, sin infiltración local ni afectación ganglionar, se decide mastectomía simple izquierda como tratamiento definitivo, descartándose la necesidad de actuación por parte de Oncología Médica o Radioterapia.

El estudio de la pieza quirúrgica confirma el diagnóstico de leiomioma sin afectación de márgenes.

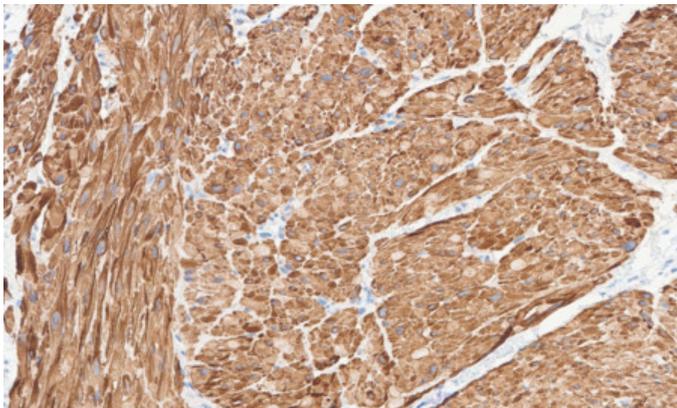


Figura 4 Caldesmón leiomioma.

El paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio inmediato, sin complicaciones. Es citado en consulta un mes después, informándole del resultado y continuando el seguimiento clínico.

Discusión: El cáncer de mama en el varón, y concretamente el leiomioma, constituye una patología de baja incidencia, con escasa representación en la literatura médica, aunque con una morbilidad considerable y pronóstico desfavorable si no se diagnostica precozmente.

A diferencia de la mujer, donde existe una mayor concienciación poblacional y protocolos de cribado establecidos, en el varón el diagnóstico suele realizarse en estadios más avanzados.

CARACTERÍSTICA	LEIOMIOSARCOMA	CÁNCER DE MAMA
Origen celular	Tejido muscular liso	Células epiteliales
Frecuencia	Raro	Frecuente
Tipo histológico	Sarcoma	Carcinoma
Presentación	Rápido crecimiento Tejido conectivo	Ductos o lobulillos mamarios
Tratamiento	Cirugía Radioterapia Quimioterapia	Cirugía Radioterapia Quimioterapia Terapia hormonal

Figura 5 Principales diferencias entre el cáncer de mama convencional y el leiomioma mamario.

Esto se debe tanto a la baja sospecha por parte del paciente como a la escasa inclusión de los hombres en programas de prevención primaria.

Dada la escasa incidencia y la limitada evidencia disponible, es fundamental difundir y documentar este tipo de patologías en el varón, lo cual puede favorecer el reconocimiento clínico temprano y la correcta orientación terapéutica, optimizando así los resultados en salud.

250101. LIPOMA FUSOCELULAR RECIDIVADO EN REGIÓN ESCAPULAR CON TRANSFORMACIÓN FIBROMIXOLIPOMATOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

JA Gómez López, M Ramos Torres, MDM Gómez Cisneros, JP Roldán Aviña, L Gómez Bujedo, P Parra Membrives

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

Introducción: Los lipomas son tumores benignos de tejido adiposo, comunes en la práctica clínica. Su variante fusocelular, también denominada fibrolipoma o fibromixolipoma dendrítico según sus características histológicas, es poco frecuente y puede confundirse con lesiones de mayor agresividad, especialmente en presencia de cambios mixoides extensos. La recurrencia tras exéresis quirúrgica previa, así como su comportamiento clínico, pueden plantear retos diagnósticos y terapéuticos, sobre todo cuando la imagen sugiere malformaciones vasculares o lesiones atípicas.

Caso clínico: Paciente varón de 40 años, sin comorbilidades relevantes, que ingresa para resección quirúrgica de masa subcutánea en hombro derecho, correspondiente a recidiva de lipoma previamente intervenido, con anatomía patológica de lipoma fusocelular.

La exploración física revela masa bien delimitada de aproximadamente 6 cm, no adherida a planos profundos. La RMN muestra lesión polilobulada subcutánea de 56 x 12 x 54 mm, con comportamiento compatible con una malformación vascular de bajo flujo tipo linfático, sin afectación muscular ni ósea.

El paciente es intervenido quirúrgicamente mediante resección completa de la masa, incluyendo parte de la fascia del músculo

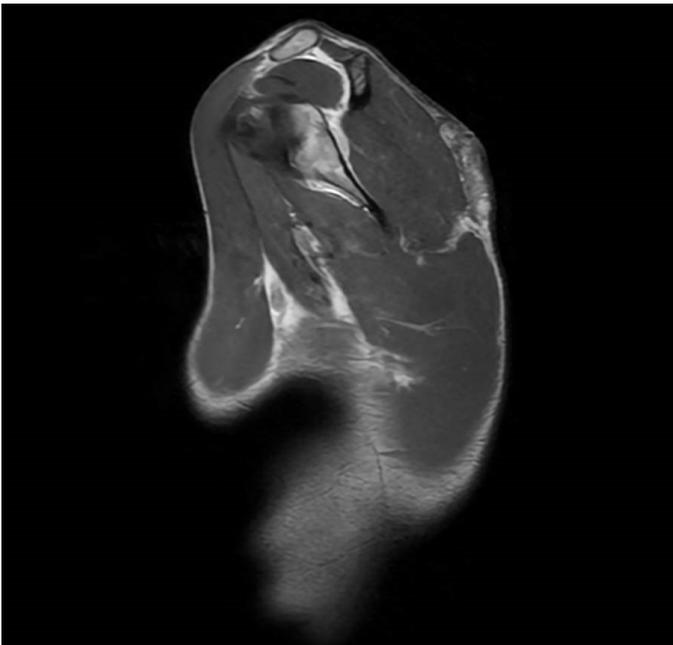


Figura 1 RM con contraste I.V. de Hombro Derecho. Proyección sagital en secuencias T1.

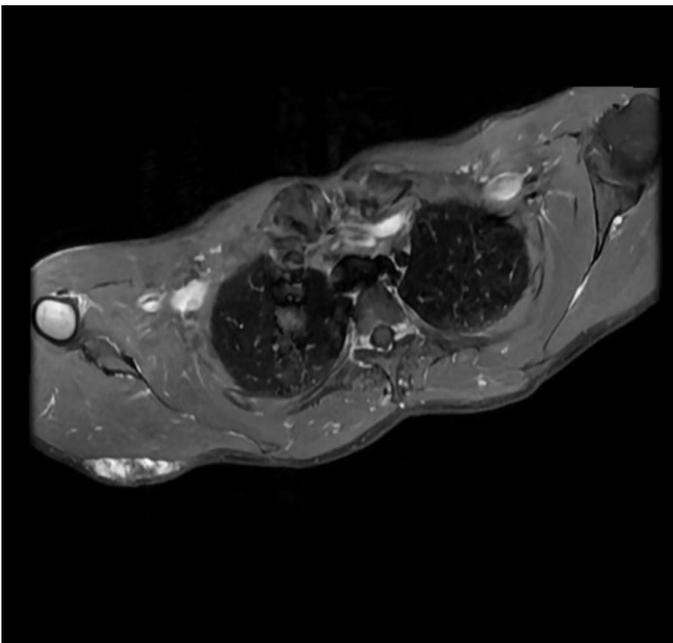


Figura 2 RM con contraste I.V. de Hombro Derecho. Proyección axial en secuencias T1.

infraespinoso, con hallazgos intraoperatorios de lipoma fusocelular con digitaciones, adherido a piel y fascia muscular.

El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de lipoma de células fusiformes con extenso cambio mixoide/fibromixolipoma dendrítico, sin datos de malignidad. El estudio molecular previo había excluido sarcomas mixoides de bajo grado.

Discusión: Los lipomas fusocelulares representan una variante histológica inusual de lipomas, caracterizados por proliferación de células fusiformes en un estroma mixoide. La transformación fibromixolipomatosa puede simular lesiones más agresivas, como liposarcomas mixoides o tumores fibroblásticos de bajo grado, requiriendo un diagnóstico diferencial preciso apoyado en estudio inmunohistoquímico y/o molecular.

La recidiva local en este caso puede relacionarse tanto con la digitación del tumor como con una resección previa incompleta. La sospecha imagenológica de MAV linfática refleja la complejidad diagnóstica en lesiones mixoides, subrayando la importancia de la correlación clínico-patológica.

Este caso resalta la necesidad de un abordaje quirúrgico completo, incluyendo resección de fascia cuando hay sospecha de afectación, y la relevancia del estudio histológico detallado para excluir patologías malignas.

250102. CIRUGÍA URGENTE DE LA HERNIA DE AMYAND. A PROPÓSITO DE UN CASO

R Noriega Mel, A Hendelmeier, S Yagüe Adán, C Mestre Ponce, C Murube Algarra, L Martínez Ruíz, A Callejo Pilosa, V Vega Ruíz

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

Introducción: La hernia de Amyand es un cuadro clínico infrecuente, representando el 0,1% de las hernias inguinales y se caracteriza por la presencia del apéndice cecal contenido en el saco herniario. Su diagnóstico es un reto debido a la ausencia síntomas o signos patognomónicos. No es extraño que se confunda con una hernia encarcerada y el diagnóstico definitivo se realice durante la cirugía.

El tratamiento quirúrgico se basa en la clasificación de Losanoff y Basson (Tabla 1). En ausencia de contaminación importante, hay estudios que abogan por colocar una malla en la reparación tras la apendicectomía con resultados comparables en términos de recurrencia herniaria e infecciones postquirúrgicas. La perforación apendicular incrementa la mortalidad hasta un 15-30%, por lo que la cirugía temprana es crucial para el pronóstico.

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN	TRATAMIENTO
Tipo 1	Hernia inguinal con apéndice normal	Reducción y reparación con malla
Tipo 2	Hernia inguinal con apendicitis aguda sin sepsis abdominal	Apendicectomía y reparación sin malla
Tipo 3	Hernia inguinal con apendicitis aguda y peritonitis	Laparotomía, apendicectomía y reparación primaria sin malla
Tipo 4	Hernia inguinal con apendicitis aguda con patología abdominal concomitante	Laparotomía, apendicectomía y reparación primaria sin malla con tratamiento de la otra patología cuando sea preciso

Tabla 1 Clasificación de Losanoff y Basson.

Caso clínico: Se trata de un varón de 66 años, hipertenso y anticoagulado con sintrom por prótesis aórtica mecánica, que acude a urgencias por dolor intenso a nivel de una hernia inguinal derecha ya conocida, de menos de 24 horas de evolución. A la exploración presenta una hernia inguinoescrotal derecha irreductible, dolorosa y con signos flogóticos. Analíticamente se objetiva elevación de reactantes de fase aguda y coagulopatía. Se realizó una TC abdomen donde se visualiza dicha hernia inguinal que contiene el apéndice



Figura 1

TC abdomen urgente, corte transversal.

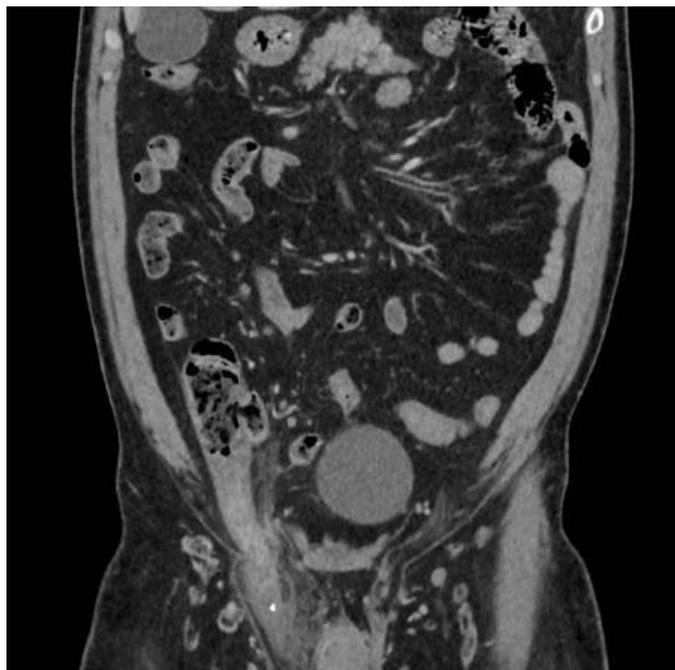


Figura 2

TC abdomen urgente, corte coronal.

cecal aumentado de calibre de hasta 20 mm con apendicolitos y líquido libre periapendicular. Hallazgos sugestivos de hernia de Amyand complicada con apendicitis aguda.

Se interviene de manera urgente realizándose hernioplastia inguinal tipo Lichtenstein con malla marcoporosa de polipropileno junto a apendicectomía (todo ello mediante abordaje inguinal). Tras la cirugía, el paciente evolucionó favorablemente y a las 48 horas fue dado de alta. Al mes de la intervención, fue revisado en consultas externas, encontrándose asintomático y sin datos recidiva herniaria.

Discusión: Las hernias de Amyand suponen un desafío diagnóstico y terapéutico. El diagnóstico precoz y la intervención temprana son determinantes para reducir la morbimortalidad asociada. La clasificación de Losanoff y Basson es útil para la elección de la técnica quirúrgica, adaptando el abordaje según el grado de inflamación y contaminación.

250105. A PROPOSITO DE UN CASO: INVAGINACIÓN INTESTINAL EN PACIENTE CON MÚLTIPLES INTERVENCIONES

L Díaz Sánchez, G Plata Pérez, E Corrales Valero, JL Fernandez Serrano

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

Introducción: La invaginación intestinal es una patología poco frecuente en adultos representando el 1-5% de todas las obstrucciones intestinales en estas edades. Se suele presentar como un dolor tipo cólico intestinal de inicio súbito, acompañado de masa abdominal palpable.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 56 años con antecedentes quirúrgicos de Y de Roux, colecistectomía y posterior coledocoduodenostomía.

Acude dos meses después de la última cirugía, por dolor abdominal súbito con náuseas y vómitos de un día de evolución. A la exploración presentaba un abdomen distendido con sensación de masa en hipogastrio, doloroso en zona infraumbilical. Se realizó un TAC abdominal con contraste, localizando una invaginación intestinal completa con el signo de la diana de 14 cm de longitud próxima a la anastomosis. Se decidió realizar una laparotomía exploradora de urgencias, en la que se localizó una invaginación de un segmento de 20 cm a 10 cm distal al pie de asa. En el interior de la invaginación se observó un segmento necrótico, que necesitó de resección intestinal.

Discusión: La invaginación intestinal se define como la protrusión de un segmento de intestino proximal en el interior del segmento intestinal adyacente distal, ocasionando una obstrucción intestinal, pudiendo derivar en isquemia, perforación y peritonitis.

El mecanismo es desconocido, pero se sospecha que, ante una lesión en el intestino o punto de fijación, el peristaltismo se altera, produciendo un prolapso interno de un segmento intestinal en otro. El diagnóstico suele precisar de una técnica de imagen, siendo un diagnóstico que requiere alta sospecha ante los síntomas tan inespecíficos.

250107. ENDOPRÓTESIS DUODENAL COMO TRATAMIENTO DE ÚLCERA PERFORADA ANTE FRACASO QUIRÚRGICO.

P González Rojo, M Peix Raya, V Gonzalez Rodicio, NM Rodríguez Loring, R De Luna Díaz

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

Introducción: Las perforaciones duodenales son situaciones clínicas complejas, y su manejo un reto. La prevalencia reportada de fuga tras sutura duodenal de una úlcera perforada varía entre el 1 y el 13%, y conlleva un significativo aumento de la morbi-mortalidad. El manejo conservador a menudo no es suficiente y es necesaria terapéutica, que puede ser quirúrgica o endoscópica, destacando en la literatura el uso de la terapia de vacío.

Se presenta un caso en el que es de interés el uso novedoso de una prótesis parcialmente cubierta para el manejo de una perforación duodenal de origen péptico con una fuga persistente tras dos intervenciones quirúrgicas.

Caso clínico: Varón de 82 años, sin antecedentes de interés, que tras toma de AINEs comienza con dolor abdominal y hemorragia digestiva alta. En endoscopia se identifica úlcera perforada en bulbo duodenal.



Figura 1

Radiografía. Endoprótesis y sonda nasoyeyunal.



Figura 2

Visión endoscópica de defecto duodenal.

Intervención quirúrgica urgente: peritonitis generalizada y perforación postpilórica de 2 cms. Sutura con puntos entrecortados y omentoplastia.

En postoperatorio desarrolla fístula biliar de bajo débito. Manejo conservador de entrada, aunque ante empeoramiento se decide reintervención. Durante la misma se identifica la fuga pero se limita el gesto a lavado y colocación de drenajes por la gran inflamación, mala condición del tejido y dificultad para el reconocimiento de estructuras.

A pesar de mejoría clínica persiste fístula biliar. Ante fracaso quirúrgico, surge la idea de colocar un stent. Endoscopia: defecto de unos 2 cms, colocación de prótesis esofágica parcialmente cubierta y sonda nasoyeyunal para alimentación.

Se mantiene fístula (la bilis refluye por fuera de la prótesis). Se repite endoscopia dos semanas después, con notable granulación del defecto. Colocan una prótesis algo más corta asociada a una esfinterotomía y una prótesis biliar para conseguir dirigir hacia distal el drenaje de la bilis.



Figura 3

Endoprótesis duodenal y prótesis biliar.

El procedimiento es exitoso, con resolución de la fístula y mejoría progresiva del paciente. A los 20 días las prótesis son retiradas en una tercera endoscopia, constatándose cierre del defecto duodenal.

Discusión: El manejo de casos como el descrito es complejo y requiere de un abordaje multidisciplinar. Las opciones quirúrgicas son técnicamente complejas y conllevan alta morbilidad, implicando mayoritariamente la derivación del tránsito duodenal.

El uso del stent duodenal está establecido como medida paliativa en casos de obstrucción de origen neoplásico y descrito en algunos casos para el manejo de perforaciones iatrogénicas grandes durante USE/CPRE (Stapfer tipo I), con buenos resultados. Su utilización en caso de fuga/fístula tras sutura quirúrgica no se encuentra en la literatura.

250108. CASO CLINICO: HERNIA ABDOMINAL INTERCOSTAL TRAUMÁTICA

L Díaz Sánchez, ML Cañones Martos, A Saiz Miguel, JL Cuba Castro, JB Torres Sierra

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

Introducción: Las hernias abdominales intercostales traumáticas son hallazgos excepcionales, no existiendo a penas casos en la bibliografía.

Caso clínico: Presentamos un caso de un varón de 67 años que acude por dolor abdominal de inicio súbito en hipocondrio derecho y zona de parrilla costal derecha tras ataque de tos, junto con caída en domicilio y traumatismo en dicha zona. A la exploración se objetiva hipoventilación del pulmón derecho, asociada a dolor y tumoración dolorosa y no reductible en zona costal derecha e hipocondrio derecho. Se realizó un TAC abdominal con contraste, en el que se aprecia una solución de continuidad de la pared abdominal con eventración de parte del lóbulo hepático derecho y el borde antimesentérico del ángulo hepático del colon.

Se decide realizar una intervención quirúrgica de urgencias, localizándose una fractura costal de la décima costilla derecha acompañada de rotura de la musculatura de la pared abdominal y los músculos intercostales, originando una eventración con el segmento VII hepático y el ángulo hepático del colon en su interior.

Discusión: Este tipo de hernias pueden estar causadas por traumatismos, o incluso se han descrito casos relacionados con ataques de tos en pacientes con factores de riesgos, que pueden conllevar fracturas costales asociadas. Para su diagnóstico definitivo es necesario el uso de pruebas de imagen, siendo el tratamiento de elección la cirugía.

250110. HEMATOMA HEPÁTICO GIGANTE EN EL CONTEXTO DE PREECLAMPSIA GRAVE. A PROPÓSITO DE UN CASO

JM Cañas Orellana, JA Gomez Lopez, G Jimenez Riera, A Gallego Vela, P Parra Membrives

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

Introducción: Los hematomas hepáticos subcapsulares durante el embarazo son una complicación infrecuente (1-2% en pacientes con síndrome HELLP) pero grave, que puede asociarse a preeclampsia, eclampsia y síndrome HELLP (0,2-0,8% de los embarazos). Su diagnóstico precoz y un manejo adecuado pueden ser determinantes para el pronóstico materno-fetal.

La actitud terapéutica varía entre el manejo conservador y el quirúrgico, y todo dependerá de la estabilidad hemodinámica de la paciente y la evolución del hematoma.

Caso clínico: Gestante de 37 años en la semana 33 de gestación que acude a urgencias por dolor epigástrico intenso y súbito. En exploración presenta una TAS de 180 mmHg, alteración analítica hepática (AST 221, LDH 560, ALT 127) y proteinuria. Se realiza ecografía que objetiva hematoma subcapsular derecho de unos 9x14cm, sin líquido libre.



Figura 1

ECO al ingreso.



Figura 2

AngioTc ingreso.



Figura 3

TC control antes de alta.



Figura 4

Eco de control en consulta de revisión.

Se realiza cesárea urgente (sin incidencias) y un AngioTC que descarta sangrado activo. Durante el postparto inmediato requiere transfusión de 2 CH por Hb en 7.3, sin nueva anemia.

Ingreso en UCI para vigilancia estrecha durante 48h, pasando a planta de hospitalización, donde mantiene buena evolución. Se realiza TC de control a los 7 días, mostrando estabilidad del hematoma, siendo alta con seguimiento ambulatorio. Valorada 4 semanas después en consultas, con analítica sin alteraciones y ecografía que muestra hematoma en evolución, sin otros hallazgos.

Discusión: El hematoma hepático subcapsular es una complicación poco frecuente pero conocida de la preeclampsia y del síndrome HELLP. Se presenta con dolor en epigastrio y/o hipocondrio derecho,

náuseas, vómitos y alteración del estado general. El riesgo principal es la ruptura, que puede desencadenar hemorragia intraabdominal masiva. La actitud terapéutica depende de la estabilidad hemodinámica:

Manejo conservador en pacientes estables y con hematomas no rotos, basado en soporte vital, vigilancia estrecha y control de la hipertensión.

Tratamiento quirúrgico en casos con inestabilidad, ruptura o hemorragia activa, incluyendo laparotomía, packing hepático o, en casos extremos, trasplante hepático.

Otra opción es la angioembolización hepática, que ha emergido como una opción terapéutica eficaz en pacientes hemodinámicamente estables con evidencia de sangrado activo en estudios de imagen (TC con extravasación de contraste o angiografía positiva). Está especialmente indicada en pacientes con hematomas en progresión o contraindicación quirúrgica.

Nuestro caso refuerza la importancia de un enfoque multidisciplinar (Cirugía General, Ginecología, Medicina Intensiva) y una actitud individualizada.

250111. CANCER PAPILAR INVASIVO, CIRUGIA MULTIDISCIPLINAR

ML Cañones Martos¹, G Plata Pérez², R Soler Humanes¹, LT Ocaña Wilhelmi¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria. Málaga. ²Servicio Cirugía General Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: El carcinoma papilar de tiroides (CPT) representa el 80% de los cánceres tiroideos y suele tener un curso indolente. Sin embargo, en casos avanzados puede invadir estructuras adyacentes como el manubrio esternal, clavícula y costillas, lo que complica el abordaje quirúrgico y el pronóstico. Se presenta un caso de CPT con infiltración esternal que requirió manejo quirúrgico multidisciplinario y reconstrucción torácica.

Caso clínico: Paciente masculino de 59 años, con nódulo tiroideo derecho de crecimiento progresivo. Se realiza estudio por imagen donde se observa invasión de estructuras óseas adyacentes. Durante la cirugía se realiza tiroidectomía total y resección en bloque del manubrio esternal, primeras costillas derechas y parte de la clavícula. Se utilizó neuromonitorización para preservar el nervio laríngeo recurrente y se reconstruyó el defecto con placas de Trionyx. Anatomía patológica informa carcinoma papilar variante folicular con invasión vascular y perineural. Estudio molecular negativo para mutaciones en BRAF y NRAS. Postoperatorio sin complicaciones, con recuperación funcional satisfactoria y sin signos de hipocalcemia.

Discusión: La infiltración esternal en CPT es una manifestación inusual de enfermedad avanzada. La tomografía computarizada fue clave para planificar la resección. La preservación del nervio laríngeo mediante neuromonitorización permitió evitar complicaciones funcionales. El uso de placas de Trionyx para la reconstrucción torácica es una técnica avanzada que permitió estabilizar el tórax y facilitar la recuperación. La ausencia de mutaciones BRAF/NRAS



Figura 1

TC toracico corte transversal.



Figura 3

Inspección preoperatoria.



Figura 2

TC toracico corte transversal parte ósea.

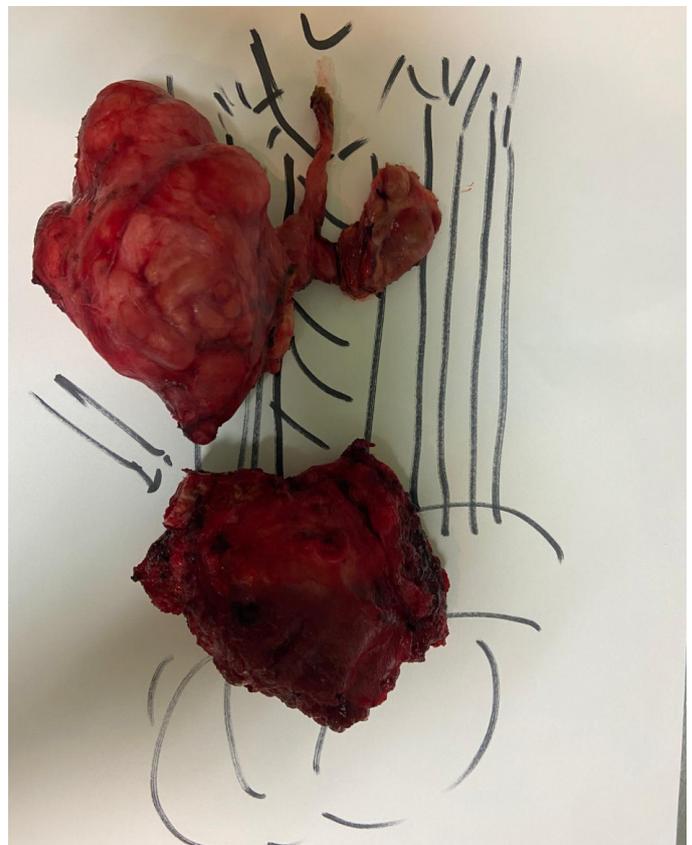


Figura 4

Pieza quirúrgica.

tiene implicaciones pronósticas positivas y guía la terapia con yodo radiactivo.

Este caso ilustra una presentación inusual de carcinoma papilar tiroideo con extensión ósea. Destaca la importancia del abordaje quirúrgico multidisciplinario, la utilidad de la neuromonitorización y de técnicas de reconstrucción torácica avanzada. El seguimiento estrecho es fundamental ante la posibilidad de recurrencia local.

250112. TROMBOSIS ESPLENO-MESENTÉRICA AGUDA: RELEVANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ Y CIRUGÍA TEMPRANA

JM Ruiz Salas¹, MS Carranque Romero², C Lara Palmero¹, A López Labrador¹

¹Servicio Cirugía General Complejo Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga. ²Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Introducción: La trombosis del eje venoso esplenoportal es una entidad infrecuente que puede presentarse de forma aguda y comprometer gravemente la vida del paciente. Su etiología es multifactorial, destacando estados protrombóticos, infecciones o intervenciones quirúrgicas previas. En casos severos, puede conllevar isquemia intestinal con necesidad de cirugía urgente. El diagnóstico precoz y el tratamiento multidisciplinar son fundamentales para reducir la morbimortalidad asociada.

Caso clínico: Varón de 47 años sin antecedentes médicos de relevancia. Acude a urgencias por dolor abdominal progresivo en mesogastrio, acompañado de rectorragia escasa, sin náuseas ni vómitos. Días antes presentó episodio autolimitado de diarrea.

A la exploración física, se encuentra sudoroso, hemodinámicamente estable, abdomen distendido y doloroso a la palpación. Analíticamente destaca leucocitosis (31.450/μL), PCR elevada (173 mg/L) e insuficiencia renal leve (Cr 1.47 mg/dL). El TC abdominopélvico revela engrosamiento yeyunal, líquido libre y signos inflamatorios mesentéricos. El angio-TC confirma trombosis masiva del eje esplenoportal (vena porta, mesentérica superior y esplénica), con sufrimiento de asas y signos de isquemia intestinal sin neumatosis.

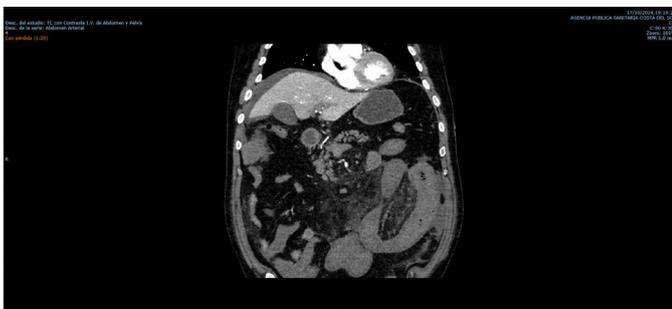


Figura 1

TC 1.

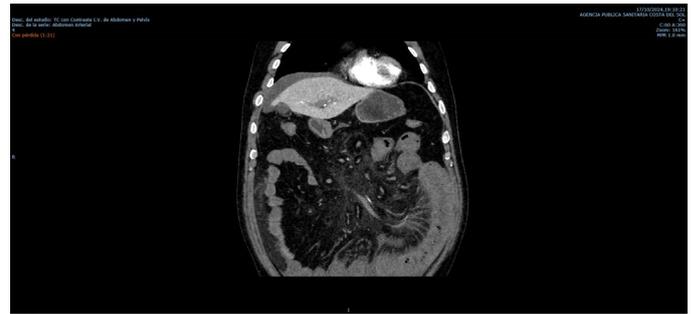


Figura 2

TC 2.

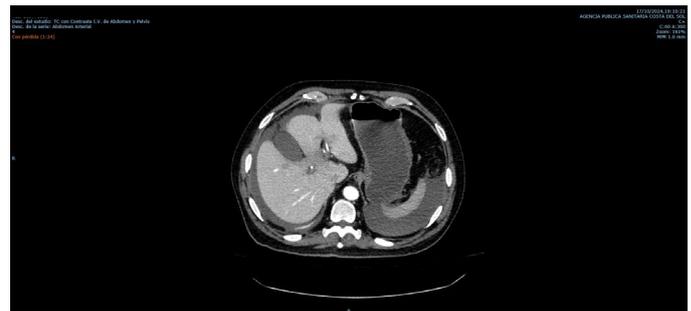


Figura 3

TC 3.



Figura 4

TC 4.

Ante la progresión clínica y radiológica, se realiza laparotomía urgente con resección de 180 cm de yeyuno y anastomosis latero-lateral. El paciente permanece 15 días en UCI con complicaciones como fracaso renal agudo y nutrición parenteral prolongada. Se inicia anticoagulación con heparina sódica, posteriormente enoxaparina y al alta se pauta Sintrom.

Durante el ingreso se inician estudios etiológicos: endoscopia digestiva alta sin signos de hipertensión portal, ecografía con esplenomegalia, y estudio por hematología de síndromes de hipercoagulabilidad.

Discusión: La trombosis venosa mesentérica es una causa rara pero potencialmente letal de abdomen agudo. Puede presentarse de forma aguda, subaguda o crónica. Afecta con mayor frecuencia al íleon (64-80%) seguido de yeyuno y colon. Su presentación es inespecífica, lo que retrasa el diagnóstico. El angio-TC es la prueba de

imagen de elección, permitiendo valorar tanto la afectación vascular como la viabilidad intestinal.

Respecto a la etiología, es imprescindible descartar causas protrombóticas subyacentes, incluyendo mutaciones genéticas (JAK2, Factor V Leiden, protrombina), niveles de antitrombina, proteína C y S, y enfermedades mieloproliferativas.

El tratamiento debe ser individualizado. En ausencia de peritonitis, se puede intentar manejo conservador con anticoagulación y vigilancia estrecha. No obstante, la presencia de isquemia intestinal impone la necesidad de cirugía urgente, como ocurrió en este caso. La anticoagulación a largo plazo suele estar indicada, adaptándola según perfil de riesgo y causa identificada. El seguimiento multidisciplinar es clave para controlar secuelas, ajustar tratamiento y prevenir recurrencias.

250113. INVAGINACION INTESTINAL SECUNDARIA A LIPOMA ENDOLUMINAL

ML Cañones Martos, R Soler Humanes, R Gómez Pérez, N Bregoli Rodríguez

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

Introducción: La invaginación intestinal se define como la introducción de un segmento del intestino, junto con su mesenterio, dentro de la luz del asa intestinal adyacente. Esta entidad es relativamente frecuente en la población pediátrica, donde suele presentarse de forma idiopática. No obstante, su aparición en adultos es poco común, representando aproximadamente el 5% de los casos. En este grupo etario, suele estar asociada en la mayoría de las ocasiones a una lesión tumoral subyacente.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 63 años, hipertenso, sin cirugías abdominales previas que acude por dolor abdominal de un mes de evolución con empeoramiento en la última semana asociado a vómitos y ausencia de tránsito de 4 días de evolución.



Figura 1
TC abdominal corte coronal.



Figura 2
TC abdominal corte coronal.

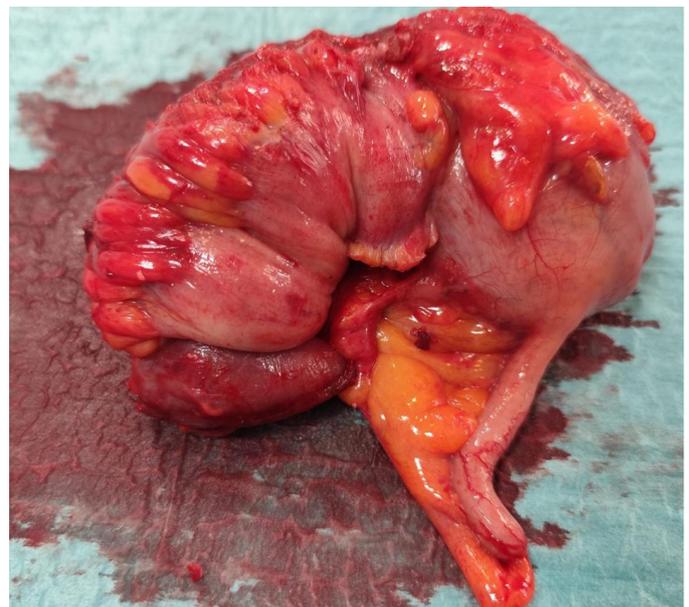


Figura 3
Pieza quirúrgica.

Se realiza una tomografía computarizada urgente en la que se evidencian imágenes sugestivas de hernia interna vs invaginación ileocecal de unos 20cm de extensión.

Se valora el caso; dada la sintomatología y las imágenes radiológicas, se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparoscopia exploradora observándose un segmento de unos 20cm de íleon terminal invaginado sobre ciego, por lo que se decide reconversión a cirugía abierta. Se aprecia tumoración a nivel de válvula/íleon terminal, realizándose finalmente resección intestinal y anastomosis. El paciente presenta buena evolución postoperatoria.

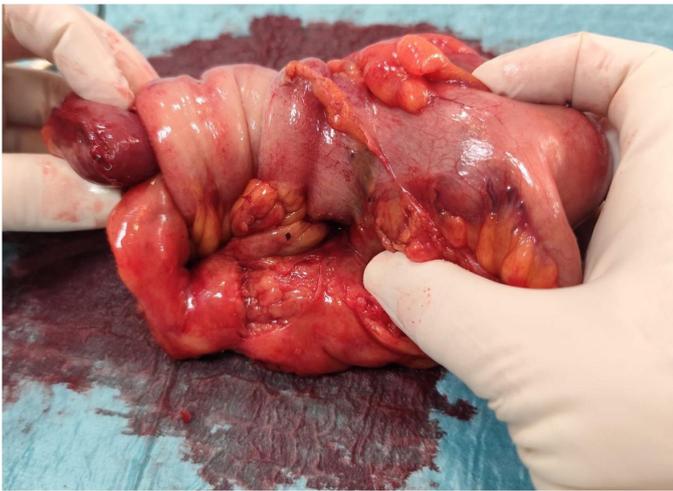


Figura 4

Pieza quirúrgica vision completa.

El informe anatomopatológico de la pieza descarta malignidad histológica encontrándose hallazgos compatibles con lipoma intestinal submucoso.

Discusión: La etiología idiopática de la invaginación intestinal es extremadamente infrecuente en la población adulta. En este grupo, entre el 80 y el 90 % de los casos se deben a lesiones orgánicas de la pared intestinal que actúan como punto de tracción y cabeza de la invaginación.

La tomografía computarizada (TC) constituye la herramienta diagnóstica de elección, y no se recomienda la reducción mediante técnicas endoscópicas. Ante la sospecha clínica, se aconseja la intervención quirúrgica con el objetivo de identificar y tratar la causa subyacente.

En el caso clínico que se presenta, se describe un paciente con un cuadro de obstrucción intestinal sin antecedentes de intervenciones quirúrgicas previas, lo que orienta inicialmente el diagnóstico hacia la posibilidad de una hernia interna o una etiología neoplásica, como causas más frecuentes en este contexto.

Como conclusión, es importante considerar la invaginación intestinal dentro del diagnóstico diferencial ante un cuadro obstructivo en adultos, a pesar de su baja prevalencia. Asimismo, debe tenerse en cuenta que no en todos los casos se encuentra una neoplasia asociada como causa desencadenante.

250115. MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA EN PARRILLA COSTAL

A Saiz Miguel, E Buendía Peña, C Monje Salazar

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

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas (MAV) son anomalías vasculares congénitas caracterizadas por conexiones directas entre arterias y venas sin un lecho capilar intermedio. Aunque son más comunes en el cerebro, pueden presentarse en otras

partes del cuerpo, incluyendo la parrilla costal (estructuras óseas y musculares que forman el tórax, como costillas y esternón).

Caso clínico: Varón de 21 años, sin antecedentes personales de interés, que ingresa para cirugía programada en régimen de CMA por tumoración en parrilla costal izquierda de varios meses de evolución que ha aumentado de tamaño y le produce molestias. Además, lo relaciona con una pérdida de peso. A la exploración se aprecia tumoración blanda y móvil, de unos 8cm, en flanco izquierdo-parrilla costal izquierda, no impresiona de adherida a planos profundos, sugestiva de lipoma.

Dados los hallazgos intraoperatorios de lesión quística de contenido hemático de unos 7 u 8 cm, se decide realizar hemostasia y cierre por planos. Se envía a hospital de referencia para estudio de imagen.



Figura 1

AngioTc de malformación arteriovenosa.

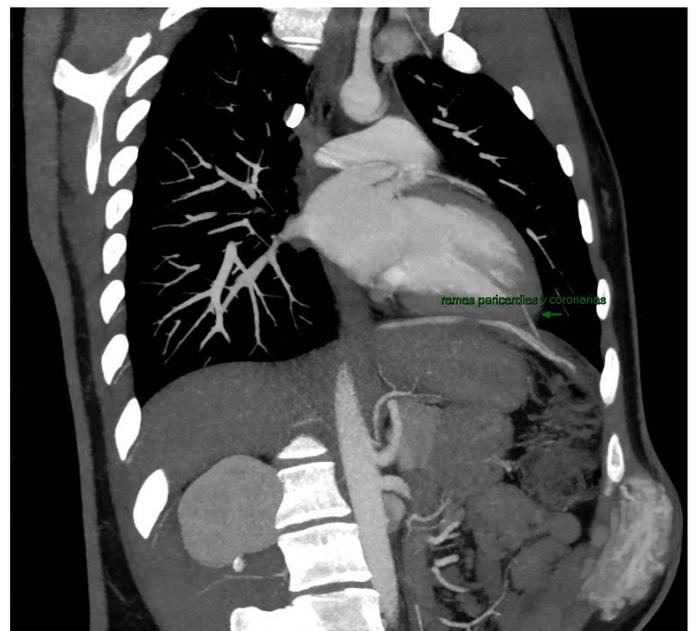


Figura 2

AngioTc aporte arterial pericárdico.

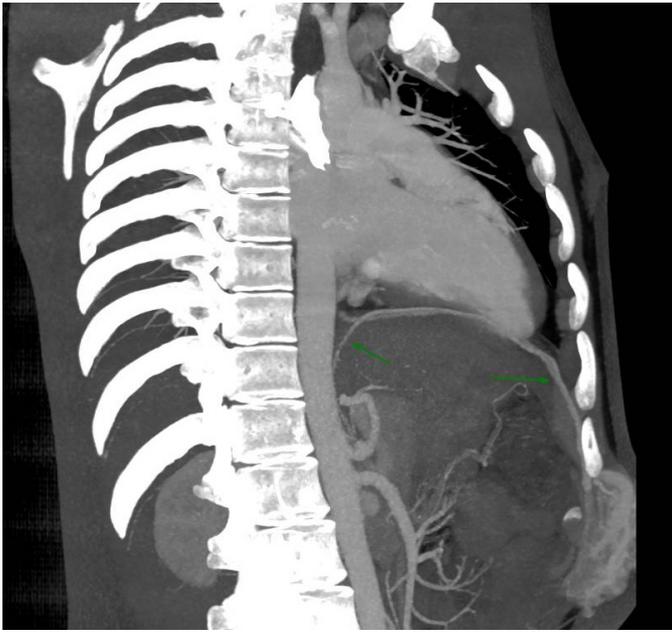


Figura 3

AngioTc aporte arterial.

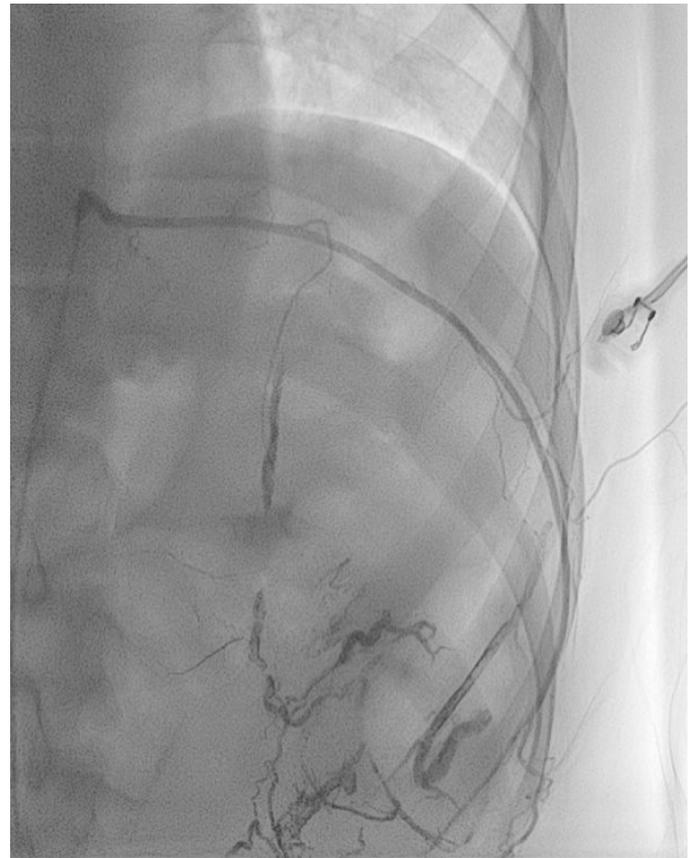


Figura 5

Embolización 2.



Figura 4

Embolización 1.

Se realiza Angio-Tc diagnóstico de malformación vascular de la pared torácica con aporte vascular desde la rama axilar, ramas pleuropericárdicas, rama diafragmática frénica izquierda y arterias intercostales, con drenaje principal a través de una vena directa hacia la cava inferior sobre el diafragma y también vasos de drenaje intercostales y hacia la región axilar izquierda.

Se realiza tratamiento mediante embolización, requiriéndose dos intervenciones en dos tiempos distintos. En un primer tiempo se consigue abolir el flujo de una rama independiente de la aorta que vasculariza la mayor parte de la lesión. Posteriormente se emboliza una rama de la epigástrica izquierda e dos ramas de la 8a y 9a arterias intercostales.

Discusión: El tratamiento óptimo depende del tamaño, localización y síntomas de la lesión. Sin embargo, la embolización endovascular se considera actualmente la opción terapéutica de primera línea por ser mínimamente invasiva, efectiva y con menor riesgo quirúrgico. En casos seleccionados, puede complementarse o sustituirse por resección quirúrgica, especialmente cuando hay compresión de estructuras o recurrencia tras embolización.

Un manejo multidisciplinario y personalizado es fundamental para obtener los mejores resultados clínicos y funcionales en estos pacientes.

250116. INCLUSIONES GLANDULARES BENIGNAS COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN LA BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA: UNA ENTIDAD A CONSIDERAR EN CÁNCER DE MAMA

L González Garrido¹, MJ Gil Belmonte², AM Fuentes Zaplana¹, R Ávila Figueroa¹, B Estébanez Ferrero¹, JM Rodríguez Alonso¹

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

Introducción: El drenaje linfático de la mama se produce en su mayoría por vía axilar, siendo la axila la localización más frecuente de adenopatías metastásicas en el cáncer de mama. Las inclusiones en ganglios linfáticos axilares pueden simular metástasis axilares de tumores mamarios.

Caso clínico: Mujer de 64 años derivada desde el programa de cribado tras detectarse en la mamografía un nódulo BIRADS 5 en unión de cuadrantes internos de mama izquierda. La biopsia con aguja gruesa es compatible con un carcinoma invasivo tipo no especial, subtipo Luminal A, con receptores de estrógenos y progesterona entre 90-100%, Ki67 del 5-10% y Her2 negativo. Se realiza una tumorectomía guiada por arpón, seguida de biopsia selectiva de ganglio centinela, con la extirpación de cinco ganglios axilares. El estudio histopatológico confirma el diagnóstico preoperatorio y la ausencia de metástasis en todos los ganglios, identificándose inclusiones glandulares benignas tipo endosalpingiosis en uno de ellos (**Figuras 1a y 1b**).

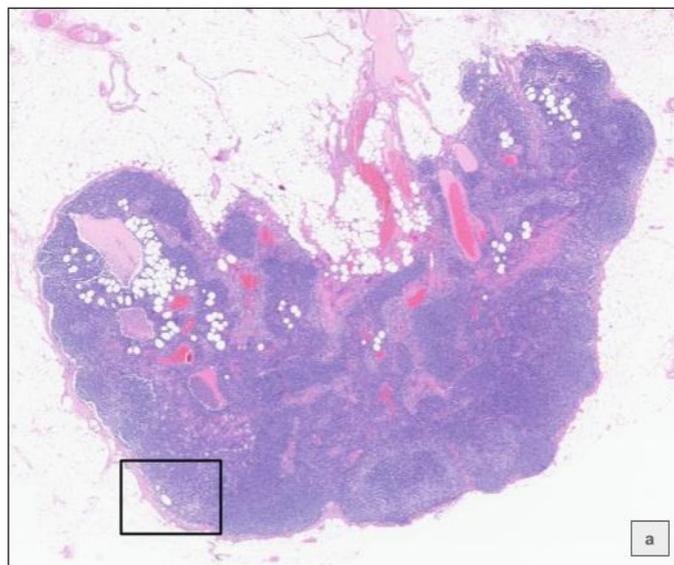


Figura 1a

Biopsia selectiva de ganglio centinela (H&E, 2x). Vista panorámica de la hemisección de uno de los ganglios linfáticos remitidos. A poco aumento puede distinguirse la presencia de unos espacios glandulares de localización subcapsular [recuadro].

Discusión: Las inclusiones ganglionares son entidades benignas que pueden aparecer en cualquier localización anatómica. Se dividen en inclusiones epiteliales y no epiteliales. Las primeras incluyen los subtipos mamario, mülleriano, escamoso y glandular-

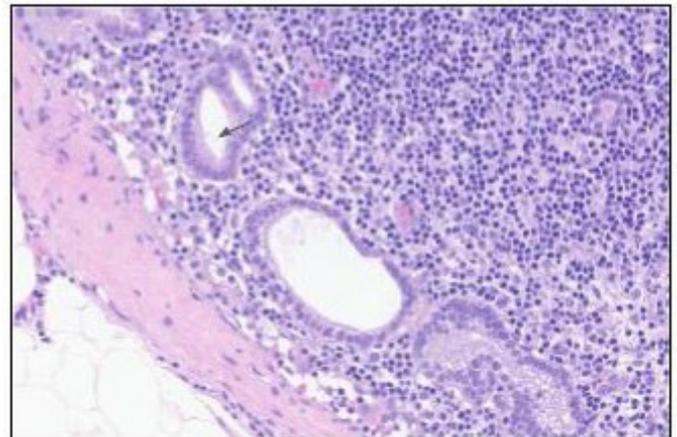
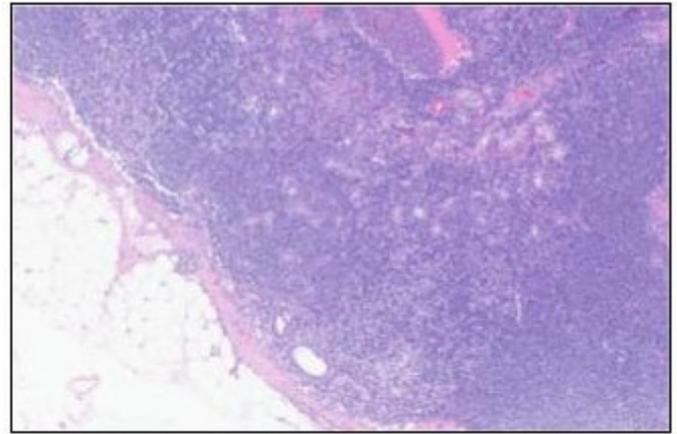


Figura 1b

Biopsia selectiva de ganglio centinela (H&E, 10x y 40x.) A mayor aumento se reconoce que estas luces glandulares están compuestas por una única capa de células cuboidales-cilíndricas, carentes de atipia, con proyecciones citoplasmáticas tipo hobnail [flecha].

escamoso, mientras que las inclusiones no epiteliales incluyen el subtipo nevomelanocítico. La endosalpingiosis es el tipo más frecuente de inclusión glandular de tipo mülleriano. Su localización más frecuente es infradiaphragmática, a nivel de abdomen y pelvis, pudiendo estar relacionada con patologías propias de dicha región. No obstante, esta entidad es extremadamente rara en localizaciones supradiaphragmáticas, desconociéndose su patogenia. Puede ocurrir también que inclusiones de tipo mamario morfológicamente similares a estas últimas se presenten como lesiones capsulares o subcapsulares a modo de túbulos revestidos por una sola capa de células cuboidales con apariencia hobnail, al igual que ocurrió en nuestro caso, en el que dichas inclusiones benignas adoptaban una morfología tipo endosalpingiosis-like. Estas entidades deben ser, por tanto, consideradas en el diagnóstico diferencial de metástasis ganglionares de tumores de origen mamario o ginecológico.

250120. EVISCERACIÓN PARAESTOMAL: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE UNA COLOSTOMÍA LATERAL

PB Fernández González, L Sobrino Brenes, F Hinojosa Ramírez, FJ Almuera González, E Romero Vargas, MA Gil-Olarte Márquez, JA López Ruiz, S Morales-Conde

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

Introducción: La tasa de complicaciones del estoma varía entre el 20 y el 70%. Una de las complicaciones más infrecuentes es la evisceración paraestomal, que consiste en la protrusión de los órganos abdominales a través del defecto de pared abdominal creado para la exteriorización del estoma. La hernia paraestomal y el prolapso, así como aumento de la presión abdominal y la infección del sitio quirúrgico parecen ser factores predisponentes, pudiendo ocurrir desde pocos días tras la creación del estoma hasta meses después.

Caso clínico: Presentamos un caso de una mujer de 57 años con diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado e infiltrante de recto uT3N0M0 a 5cm del margen anal externo, que acude a Urgencias por obstrucción intestinal maligna. Se realiza una colostomía de descarga laparoscópica urgente con exteriorización del colon sigmoideos en fosa iliaca izquierda en posición transrectal. Al 3º día postoperatorio presenta un prolapso del estoma de 4 cm irreductible pero sin signos de complicación. La paciente es dada de alta al 8º día de la intervención.

A las 24 horas acude nuevamente a Urgencias por protrusión de asas de intestino delgado a través del orificio de la colostomía tras un sobreesfuerzo en su domicilio. A la exploración, la paciente se encuentra hemodinámicamente estable y afebril. Asocia molestias locales entorno a la colostomía, sin signos de peritonismo. Se decide intervención quirúrgica urgente mediante una laparotomía media, con reducción controlada de las asas intestinales evisceradas y comprobación de su viabilidad, sin necesidad de resección. Dada la coexistencia del prolapso de la colostomía, se decide reconstrucción de la misma y su fijación a la aponeurosis con sutura reabsorbible del 3/0. Es dada de alta a los 4 días sin nuevas complicaciones del estoma.

Diez meses después de la cirugía, no se reportó ninguna complicación del estoma. Tras concluir QT y RT con intención paliativa, se decidió rescate quirúrgico realizando resección anterior de recto con colostomía terminal.

Discusión: Los conocimientos sobre esta entidad se limitan a una serie de casos publicados. Se asocia a una alta morbimortalidad, y requiere un manejo quirúrgico urgente. Aproximadamente la mitad de los casos publicados se abordaron mediante laparotomía, y el resto a través de la propia colostomía. Cerca del 80% de los casos preservaron el sitio inicial del estoma. No se han descrito resultados a largo plazo.

250121. INVAGINACIÓN DE INTESTINO DELGADO POR PÓLIPO YEYUNAL. UNA ENTIDAD INFRECUENTE

A Martínez Rodríguez, R Ávila Figueroa, H Mohamed Hamed, R Torres Fernández, M García Redondo, A Reina Duarte

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

Introducción: La invaginación o intususcepción intestinal es una entidad poco frecuente en adultos, suponiendo entre el 1% y el 5% de los casos de obstrucción intestinal. A diferencia de la población pediátrica, suele existir una causa estructural subyacente en más del 90 % de los casos. Su presentación clínica es inespecífica, predominando el dolor abdominal intermitente. La tomografía

computarizada (TC) representa la prueba de imagen más sensible para el diagnóstico de esta patología, permitiendo valorar tanto la localización como naturaleza de la lesión.

Caso clínico: Mujer de 32 años en estudio por enfermedad autoinflamatoria, con episodios de dolor abdominal recurrente durante 12 años, refractarios a múltiples tratamientos, sin hallazgos en el panel genético de enfermedades autoinflamatorias ni en pruebas de imagen previas. Tras un ingreso por urgencias en diciembre de 2024, acude en dos ocasiones durante abril de 2025 por nuevos episodios de dolor abdominal con características similares, acompañados de náuseas sin vómitos.

Los parámetros analíticos mostraron leucocitosis con elevación de reactantes de fase aguda. La TC abdominal evidenció una invaginación yeyuno-yeyunal.

Se realizó laparoscopia exploradora, identificándose una intususcepción yeyunal que fue reducida, visualizándose en su trayecto una tumoración. Se completó la intervención mediante laparotomía infraumbilical, realizando una enterotomía que permitió la identificación de un pólipo pediculado de aproximadamente 3 cm de diámetro. Se procedió a la resección del segmento intestinal afectado y anastomosis latero-lateral posterior, sin incidencias intraoperatorias.



Figura 1 

Corte axial de TC abdominal: imagen de intestino delgado con aparente configuración de "intestino dentro de intestino" que sugiere invaginación intestinal.

La evolución postoperatoria fue favorable, sin recurrencia del dolor ni alteraciones analíticas, por lo que la paciente fue dada de alta sin incidencias. Queda pendiente el resultado definitivo del estudio anatomopatológico.

Discusión: La invaginación intestinal en adultos es una entidad poco frecuente, habitualmente secundaria a una lesión orgánica como pólipos, tumores o masas submucosas. La sintomatología, a menudo inespecífica, puede hacer difícil el diagnóstico, especialmente en pacientes con clínica de larga data.

En conclusión, la baja incidencia de esta entidad en adultos, unida a la inespecificidad clínica, refuerza la necesidad de valorar esta entidad en el diagnóstico diferencial y de realizar pruebas de



Figura 2

Corte coronal de TC abdominal: imagen de intestino delgado con aparente configuración de "intestino dentro de intestino" que sugiere invaginación intestinal.

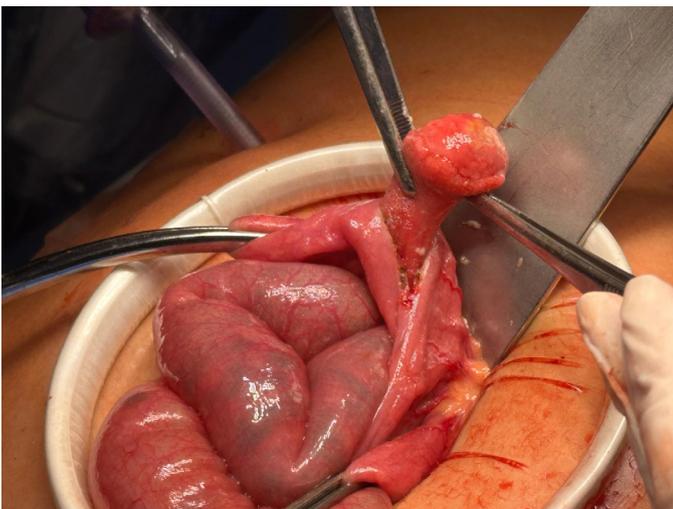


Figura 3

Imagen intraoperatoria: se aprecia pólipo pediculado intraluminal.

imagen ante dolor abdominal recurrente. La cirugía sigue siendo el pilar fundamental del tratamiento, con el doble objetivo diagnóstico y terapéutico.

250125. FEOCROMOCITOMA: UNA SOLUCIÓN QUIRÚRGICA PARA UNA URGENCIA ENDOCRINA

M Peix Raya, GR Pablo, R Soler Humanes, MG Dieter, L Ocaña Wlhelmi.

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

Introducción: El Feocromocitoma es un tumor neuroendocrino de células cromafines productor de catecolaminas. Clásicamente se presenta con cefalea, palpitations y diaforesis, teniendo esta triada clínica una sensibilidad de hasta el 90%. Un 10% son malignos, porcentaje que también representa los extrarrenales, denominándose paragangliomas. Para su diagnóstico se utiliza la determinación en plasma y orina de catecolaminas y metanefrinas fraccionadas. La TC y RNM son de elección para la localización del tumor, y en combinación con MIGB alcanza una sensibilidad de hasta el 100%. En muchos casos se puede presentar como una emergencia catecolaminérgica. El tratamiento definitivo es la cirugía, previa preparación del paciente con bloqueo alfa y beta si fuera preciso, y en ocasiones debe realizarse de forma urgente. Presentamos un caso en nuestro centro.

Caso clínico: Paciente de 72 años que acude de urgencia por cuadro de deterioro del estado general y vómitos. Durante su estancia en urgencias comienza con sudoración fría, disnea y desaturación, con cifras tensionales de 210/110, precisando intubación e ingreso en UCI. Posteriormente se realiza determinación de catecolaminas siendo el resultado 3 veces por encima del valor normal. En la TC se observa una lesión a nivel de suprarrenal izquierda heterogénea de morfología redondeada y con unas dimensiones de 5 x 5 cm sugestiva de proceso neoplasivo. En bazo se observan lesiones hipodensas sugestivas de metástasis. Se presenta el caso en comité de Tumores

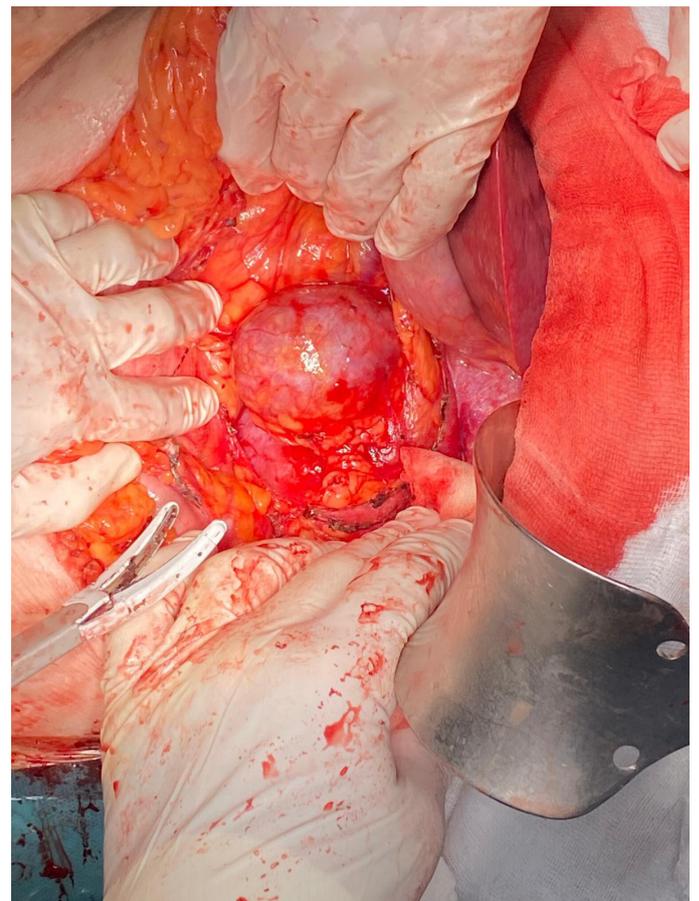


Figura 1

Suprarrenal en campo quirúrgico.



Figura 2
Esplenectomía.



Figura 3
TAC.

Endocrinológicos y, dada la inestabilidad de la paciente, se decide cirugía, previo bloqueo alfa. Se opta por un abordaje mediante incisión subcostal izquierda ampliada. En quirófano se identifica una tumoración suprarrenal izquierda de 5-6 cm, de bordes redondeados, y una esplenomegalia en bazo heterogéneo, con lesiones quísticas-vasculares. Se realiza suprarrenalectomía y esplenectomía. El resultado definitivo de AP fue de Feocromocitoma sin invasión vascular ni capsular con bordes de resección libres. Bazo compatible con angioma de células litorales. Posteriormente a la cirugía la paciente presenta buena evolución con normalización de los niveles

de catecolaminas y cifras tensionales. Como única complicación tras la cirugía una neumonía por CMV.

Discusión: El feocromocitoma es una enfermedad rara que cursa con emergencias hipertensivas pudiendo amenazar la vida del paciente. La cirugía es el tratamiento de elección tras la preparación y estabilización con bloqueo alfa adrenérgico, siendo el único tratamiento curativo. A pesar del estudio anatómico excelso y la preparación farmacológica, la cirugía del feocromocitoma supone un reto quirúrgico y anestésico. Puede optarse por abordaje laparoscópico en casos seleccionados.

250126. REPARACIÓN DE LESIÓN IATROGÉNICA DE LA VÍA BILIAR TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

A Carmona Pozo¹, MP Ruiz Frías¹, J Rubio López¹, A García Jiménez², A Cózar Ibáñez¹

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

Introducción: La lesión iatrogénica de la vía biliar se define como el daño causado en alguna región de la vía biliar extrahepática durante una colecistectomía u otros procedimientos invasivos. Representa aproximadamente el 95% de las estenosis benignas de la vía biliar. Suelen considerarse debidas a una identificación errónea de las estructuras del triángulo de Calot, generalmente como consecuencia de inflamación aguda o subaguda, sangrado o inexperiencia por parte del cirujano, y a variaciones anatómicas en el árbol biliar, presentes en hasta el 25% de los pacientes. La severidad puede variar desde una fuga en los conductos biliares secundarios hasta la sección completa del árbol biliar extrahepático, en algunos casos acompañada de una lesión vascular, siendo las principales formas de clasificación de estas las creadas por Strasberg y Bismuth.

Caso clínico: Varón de 54 años intervenido mediante colecistectomía laparoscópica programada y dado de alta al día siguiente sin incidencias.

Al 5º DPO, presenta cuadro de ictericia, acolia y coluria franca.

EF: abdomen anodino. No refiere fiebre ni otra sintomatología.

Análítica: BT 10, con BD 7.94, GGT 825, ALT 237, AST 106, PCR 9,4.

ECO Abdominal: Sin hallazgos de patología intraabdominal aguda. Vía biliar no dilatada.

Ingreso para control evolutivo y completar estudio mediante ColangioRM la cual informa de "conducto hepático común de 7mm con interrupción brusca del calibre del colédoco proximal coincidiendo con clips quirúrgicos."

Dada la estabilidad clínica del paciente, se decide programar intervención quirúrgica para reparación de la vía biliar.

Al 9º DPI, se interviene, identificándose una Lesión de vía biliar Strasberg E1 con clípedo de colédoco a nivel distal.

Se realiza Hepático-yeyunostomía + Reconstrucción en Y de Roux.

Alta al 8º DPO con cifras de BT y enzimas hepáticas normalizadas.

Valorado en CCEE a las dos semanas corroborando una buena evolución tanto clínica como analíticamente, siendo dado de alta de manera definitiva.

Discusión: En la literatura, la incidencia reportada de LVB es del 0.3% a 0.6%.

Aun cuando la incidencia es baja, las lesiones iatrógenas de la vía biliar constituyen una de las complicaciones más serias de la colecistectomía. En el caso de lesiones parciales o fuga biliar, el tratamiento puede ser endoscópico o percutáneo, sin embargo, en aquellos pacientes con sección o estenosis completa de la vía biliar principal, la reparación debe ser quirúrgica, para lo cual se han descrito numerosas técnicas, siendo la hepaticoyeyunoanatomosis en Y de Roux, la que ha demostrado proporcionar los mejores resultados.

250127. DIVERTICULOSIS YEYUNAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE SÍNDROME DE MALABSORCIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

K El Bahoudi Masaoudi, J Gómez Sánchez, T Vergara Morante, CM Águila Gordo, B Miron Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: La diverticulosis del intestino delgado es una enfermedad infrecuente, de curso indolente, pero que en ocasiones puede presentar complicaciones como perforación, hemorragia, diverticulitis o síndrome de malabsorción. La inespecificidad de su clínica y síntomas demora su diagnóstico siendo en muchos casos un hallazgo incidental o quirúrgico.

Caso clínico: Se presenta mujer de 61 años con antecedentes médicos de Hipertensión y Diabetes, en seguimiento por Medicina Interna y Endocrinología debido a clínica digestiva inespecífica con edematización generalizada junto a desnutrición relacionada con posible mesenteritis esclerosante/ retráctil. Se efectuó tomografía donde se describe masa en raíz de mesenterio de 25 x 23 mm, con gran componente desmoplásico, en relación con mesenteritis retráctil. Se complementó con PET TC sin evidencia de lesiones que sugieran afectación tumoral macroscópica. Se le realizaron así mismo endoscopia digestiva alta y endoscopia digestiva baja con diagnóstico sugestivo de gastritis atrófica y diverticulosis en colon descendente, respectivamente.

Ante persistencia de la clínica y empeoramiento de su estado basal, se decidió realizar laparotomía exploradora para biopsia de la masa mesentérica con el fin de dilucidar el caso.

Intraoperatoriamente se objetivó diverticulosis generalizada, tanto a nivel yeyunal, como a nivel colónico. Se evidenció engrosamiento y retracción a nivel de meso yeyunal secundario a posibles episodios de enfermedad diverticular. Se realizó resección de la tumoración inflamatoria respetando arteria mesentérica superior, con sección de unos 50 - 60 cm aprox, de yeyuno, que presenta gran cantidad de divertículos yeyunales amplios y mesoyeyunal retraído, confeccionado anastomosis yeyuno-yeyunal latero-lateral manual.

Finalmente, en la anatomía patológica se descarta lesión tumoral y se describen hallazgos compatibles con diverticulosis. En el postoperatorio la paciente presenta mejoría absoluta con ganancia ponderal, manteniéndose en las sucesivas revisiones.

Discusión: La diverticulosis yeyunal es una causa infrecuente pero significativa de malabsorción intestinal que puede desencadenar cuadros de desnutrición severa. En estos casos, puede intentarse un tratamiento conservador con antibióticos y probióticos, reservando la cirugía, habitualmente resección intestinal, para los pacientes que no presentan mejoría clínica o desarrollan complicaciones. El enfoque debe ser individualizado, valorando siempre la gravedad del paciente y las manifestaciones clínicas.

250130. EMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL DE ADENOMA HEPÁTICO HEMORRÁGICO ASOCIADO A TOMA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

N Fernández Redondo, M López Cantarero García Cervantes, B Cano Pina, K El Bahoudi Masaoudi, M Munuera Serrano, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: El Adenoma Hepático (AH) es un tumor benigno que representa menos del 2% de las neoplasias hepáticas. Entre los factores de riesgo para su desarrollo se encuentran el uso crónico de anticonceptivos orales (incidencia de 30-40 casos por millón en usuarias vs. de 1-10 casos por millón en no usuarias), la obesidad, el Síndrome de Ovario Poliquístico, el uso de esteroides anabólicos y algunas enfermedades metabólicas. Ello se debe a que este tumor presenta receptores de estrógenos por lo que puede crecer en respuesta a la estimulación hormonal.

Entre sus potenciales complicaciones destacan la hemorragia intratumoral o intraperitoneal y la transformación maligna a carcinoma hepatocelular.

Su manejo debe individualizarse teniendo en cuenta el sexo, tamaño, sintomatología y características radiológicas y moleculares. Las estrategias varían desde la vigilancia activa hasta la exéresis quirúrgica, pasando por procedimientos mínimamente invasivos como la embolización arterial transcatheter, especialmente útil en contextos de hemorragia aguda o como puente a la resección.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 31 años, usuaria de anticonceptivos orales (AO) durante 8 años, que acudió a Urgencias por epigastralgia intensa y disnea. Se encontraba hemodinámicamente estable y los análisis sanguíneos fueron normales. La ecografía abdominal mostró un nódulo heterogéneo en el segmento VIII hepático (**Figura 1**) y el TAC con contraste reveló un tumor de 55 mm compatible con adenoma hepático con sangrado activo (**Figura 2**). La arteriografía confirmó un punto de sangrado y una hipervascularización tumoral en ramas segmentarias VII y VIII (**Figura 3**). Se realizó una embolización transarterial selectiva (ETA) con microesferas Embosphere®, logrando un control eficaz del sangrado. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al sexto día sin complicaciones.

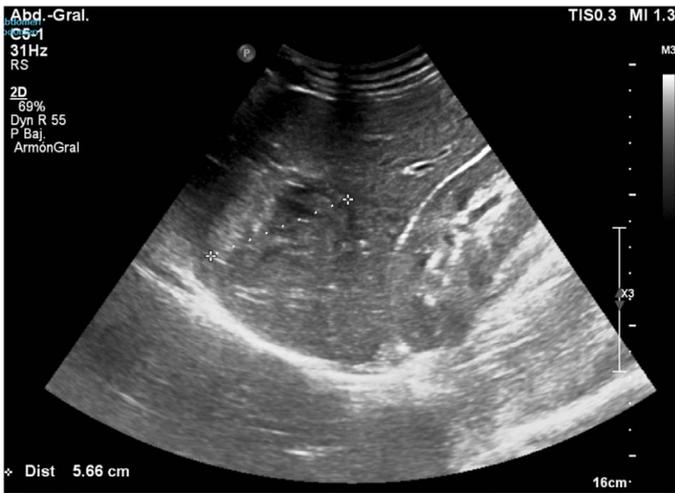


Figura 1

Imagen ecográfica del segmento VIII hepático que muestra un nódulo heterogéneo con una semilunar hipertensa en su porción superior, compatible con hallazgos de hemorragia activa en adenoma hepático.

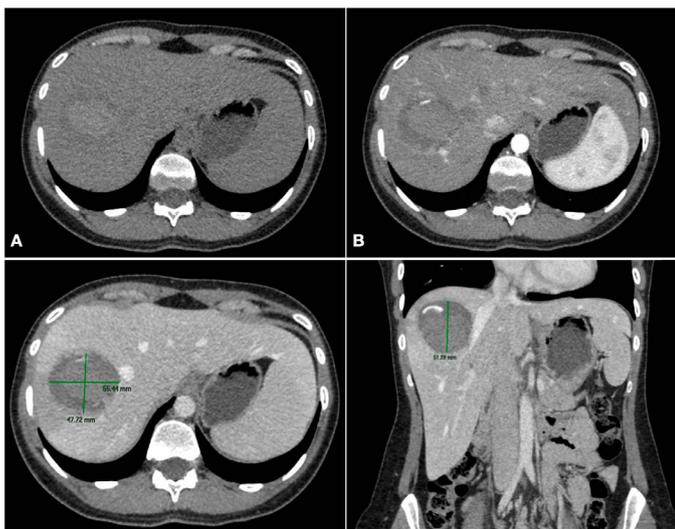


Figura 2

Tomografía. Fig.2A. Nódulo de 47x 55x51mm en segmento VIII hepático. Fig.2B. Fase arterial: pedículo vascular que se introduce en la lesión en porción apical. Fig.2C. Fase portal: extravasación de contraste, confirmando sangrado activo.

Discusión: El AH es un tumor hepático benigno infrecuente, con una prevalencia incrementada en mujeres que utilizan AO, asociado al efecto proliferativo de los estrógenos. Entre sus posibles complicaciones se encuentra la hemorragia, cuyo riesgo aumenta con el tamaño del adenoma. La ETA se ha consolidado como opción terapéutica efectiva para controlar sangrados en los AH, evitando la cirugía de urgencias. Diversos estudios demuestran que la ETA es eficaz y segura, con una baja tasa de complicaciones. Además, la suspensión de los AO se asocia a la reducción del tamaño tumoral y disminuye el riesgo de recurrencia o transformación maligna.

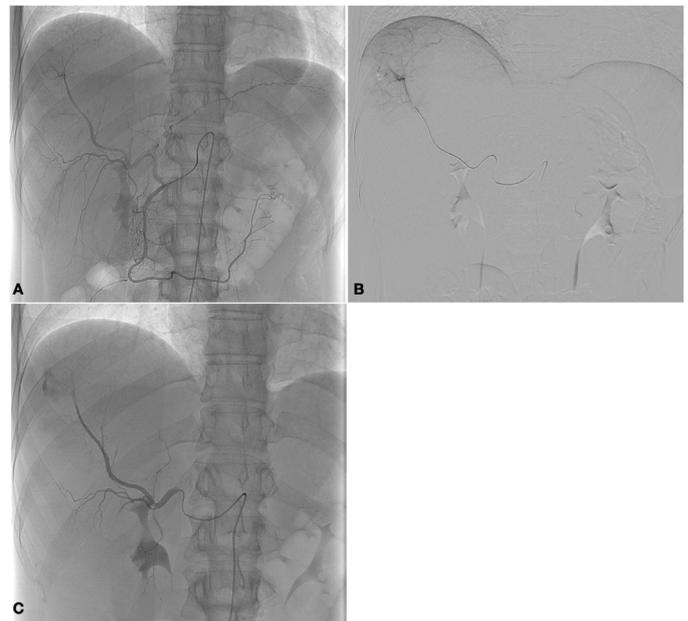


Figura 3

Fig.3A y 3B. Arteriografía hepática con punto de sangrado activo en rama distal de arteria segmentaria VII, asociado a hipervascularización patológica tumoral dependiente de ramas segmentarias VII y VIII. Fig.3C. Se realiza microcateterización y embolización selectiva de las ramas afectas.

250131. HIPERPLASIA FOLICULAR LINFOIDE EXTRAGANGLIONAR EN LA MAMA: CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPEUTICAS EN LESIONES DE POTENCIAL MALIGNO INCIERTO.

I Gámiz Oleaga, A Fabreges Olea, M Torres Lorite, I Muñoz Nuñez

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

Introducción: Las lesiones de potencial maligno incierto (LPMI) constituyen un grupo heterogéneo de lesiones de diagnóstico y manejo complejo y poco estandarizado. Para las lesiones mamarias tras biopsia con aguja, la categoría B3 radiológica incluye lesiones de características benignas histológicamente, pero que pueden ser heterogéneas o tener un alto riesgo de asociarse a una lesión maligna. En este grupo se encuentran las hiperplasias ductales atípicas, las neoplasias lobulillares, el tumor phyllodes, la cicatriz radial/lesión esclerosante compleja y las lesiones papilares.

Caso clínico: Paciente de 54 años derivada del programa de prevención de cáncer de mama a nuestras consultas de Patología Mamaria, siendo diagnosticada de nódulo BIRADS4b, describiéndose tras la biopsia de aguja gruesa una lesión de potencial maligno incierto, destacando, proliferación linfoide folicular extraganglionar. Se realiza tumorectomía marcada con semilla de I125, presentando buena evolución postoperatoria y dándose de alta al día siguiente. En la anatomía patológica definitiva aparece una proliferación linfoide intramamaria estromal periductal con disposición nodular.

Discusión: Los ganglios linfáticos intramamarios (GLI) son ganglios linfáticos rodeados por tejido mamario, ya sea tejido graso o fibroglandular, y que, histológicamente, muestran la presencia de unidades ductolobulillares terminales además de otras lesiones proliferativas mamarias. Estas características los distinguen de los ganglios linfáticos axilares bajos, rodeados por tejido graso axilar.

Los GLI son hallazgos benignos comunes en las imágenes y pueden encontrarse en el 48 % de las piezas de mastectomía. Suelen medir menos de 1 cm, tienen un hilio graso visible, una arteria y vena adyacentes. En ausencia de un cáncer de mama ipsilateral conocido, las distintas series reportan entorno a un 6% de tasa de malignidad mamaria en biopsias de GLI sospechosos. Un GLI anormal puede deberse a etiologías benignas o malignas. La causa más común es la metástasis de un cáncer de mama ipsilateral, incluyendo otras etiologías como el linfoma o el melanoma. La mastitis granulomatosa, la fuga de silicona o las enfermedades autoinmunes, pueden ser causas benignas de los GLI. Las guías coinciden en que la extirpación del GLI es el manejo indicado para ellos. En caso de benignidad como el presente caso, sería necesario únicamente el seguimiento.

250133. INNOVACIONES EN RECONSTRUCCIÓN BILIAR TRAS CIRUGÍA R0 DE UN COLANGIOCARCINOMA HILIAR: EXPERIENCIA EN UN CASO COMPLEJO

E Moreno Fernández , PJ Madroñal Escribano, R Rejón López, MT Villegas Herrera, A Pérez Alonso

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

Introducción: El colangiocarcinoma hiliar representa la forma más frecuente de colangiocarcinoma extrahepático y constituye aproximadamente el 40-60 % de todos los colangiocarcinomas.

Aunque su incidencia es baja, es el segundo tumor primario más común del sistema hepatobiliar, tras el carcinoma hepatocelular.

La resección quirúrgica con márgenes negativos (R0) es el único tratamiento con intención curativa. Estudios recientes indican que la supervivencia media tras una resección R0 oscila entre 19 y 35 meses, con tasas de supervivencia a los 5 años entre 10 % y 30 %, mientras que, los pacientes que no son candidatos a cirugía presentan una supervivencia inferior a 12 meses.

Estos datos subrayan la importancia de una resección quirúrgica adecuada para mejorar el pronóstico de los pacientes con colangiocarcinoma hiliar.

Caso clínico: Mujer de 60 años, sin antecedentes relevantes, que comenzó estudio en noviembre de 2024 por epigastralgia y colestasis disociada. La colangio-RM y TC-toracoabdominopélvico confirmaron un colangiocarcinoma hiliar tipo II-IIIa (Bismuth-Corlette), sin metástasis. Tras valoración en comité de tumores, se indicó cirugía precedida de embolización portal derecha. La volumetría por SPECT-TC mostró un remanente hepático adecuado (622 cm³).

Tras esto, en febrero de 2025 se realizó hepatectomía derecha, linfoadenectomía hiliar, resección del segmento caudado

y colecistectomía. Ante la confirmación de infiltración distal de la vía biliar principal mediante biopsia intraoperatoria y estudio anatomopatológico, se amplió la cirugía realizando duodenopancreatectomía cefálica y reconstrucción en Y de Roux, tutorizando las anastomosis pancreato-yeyunal con sonda K-30 y hepático-yeyunal con prótesis Arquímedes debido al pequeño diámetro del conducto hepático izquierdo.

En el 7º día postoperatorio (DPO) presentó trombosis parcial de la vena porta principal evidenciada por TC, tratada de forma conservadora con anticoagulación. En el 13º DPO la paciente desarrolló shock hipovolémico, sin sangrado activo en angio-TC. Posteriormente, presentó fístula biliar de bajo débito tutorizada mediante drenaje y colecciones abdominales, manejadas conservadoramente.

Fue dada de alta al 29º DPO con anticoagulación oral y drenaje, sin complicaciones posteriores.

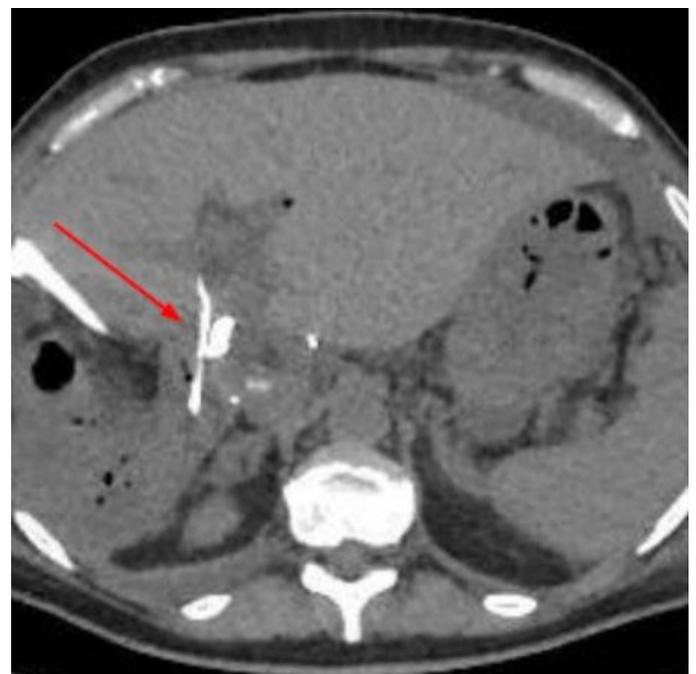


Figura 1

En esta figura se encuentra señalada con la flecha de color rojo la prótesis biliar.

Discusión: El tratamiento quirúrgico del colangiocarcinoma hiliar avanzado requiere un enfoque individualizado y, en casos seleccionados, resecciones extensas para lograr márgenes oncológicos negativos (R0). Dada su complejidad técnica y el alto riesgo de complicaciones, estas intervenciones deben realizarse en centros especializados. En este contexto, las prótesis biliares reabsorbibles han demostrado ser una opción prometedora para prevenir la estenosis de la anastomosis biliodigestiva, reduciendo la necesidad de reintervenciones y mejorando la permeabilidad ductal sostenida, con un perfil de seguridad favorable en reconstrucciones biliares complejas.

250135. LAS ANOMÁLIAS CONGÉNITAS VESICULARES, UN DESAFÍO EN LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA DIARIA

A Saiz Miguel, M Ortega Castán, N Tapia Durán, R Toscano Méndez, R De Luna Díaz

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

Introducción: El desarrollo embriológico de la vesícula y las vías biliares ocurre a partir de la cuarta semana de gestación. La alteración de este complejo proceso da lugar a variantes anatómicas que pueden ser incompatible con la vida, generar sintomatología biliar inespecífica o pasar desapercibidas siendo hallazgos incidentales en una prueba radiológica o en el campo quirúrgico.

Caso clínico: Varón de 60 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y cardiopatía isquémica revascularizada en 2015. Comienza su estudio por clínica de cólico biliar. En la analítica destaca una mínima colestasis disociada y en la ecografía abdominal la presencia de coledocitis. En nuestras consultas externas, ante la colestasis disociada, completamos el estudio con una colangioRM que revela, además de la coledocitis, una dilatación del infundíbulo vesicular que asciende paralelo al conducto hepático común hasta su bifurcación, sin comunicar con el mismo, y presentado su drenaje a la vía biliar mediante un conducto cístico (**Figura 1**).



Figura 1

ColangioRM.

Durante la colecistectomía laparoscópica, se realiza la disección del hilio hepático, visualizando dos estructuras tubulares: la más caudal corresponde al conducto cístico y la más craneal, a la dilatación infundibular ascendente (**Figuras 2 y 3**). Gracias al uso del coledocoscopia laparoscópica, se corrobora la ausencia de

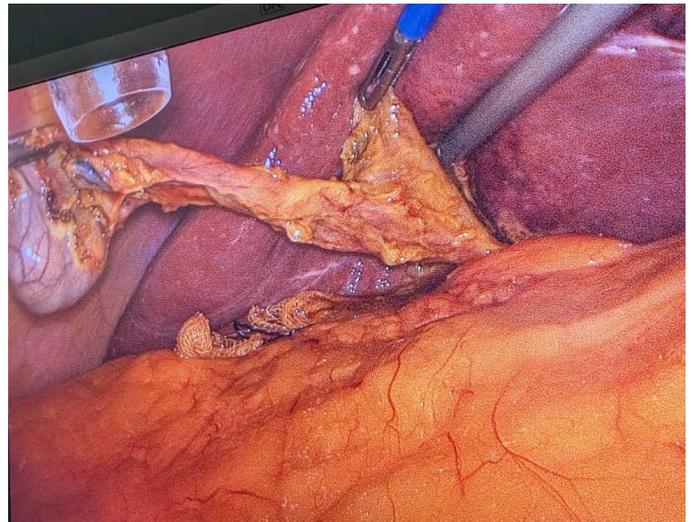


Figura 2

Hilio hepático.



Figura 3

Colecistectomía.

comunicación del infundíbulo vesicular con la vía biliar, permitiendo la colecistectomía segura y completa.

Discusión: El estudio preoperatorio de los pacientes con clínica biliar mediante pruebas de imagen es trascendental para su correcto diagnóstico y, sobre todo, para su adecuada planificación quirúrgica. Si bien es cierto que la elevada prevalencia de la patología biliar no permite realizar colangioRM en todas las situaciones, la mínima desviación de la normalidad debería de ponernos en alerta para solicitarla. No obstante, habrá diagnósticos intraoperatorios que, al no permitir la adecuada planificación, aumentarán el riesgo de las temidas lesiones biliares.

La colecistectomía laparoscópica es una de las cirugías más frecuentes en los servicios de Cirugía General, sin embargo, deja de ser una cirugía habitual cuando entra en juego la presencia de una

variante anatómica. Cobran importancia en estos casos los recursos quirúrgicos como el uso del coledoscopio así como los cirujanos expertos en patología hepatobiliar.

250136. HERNIA UMBILICAL INCARCERADA EN PACIENTE CIRRÓTICO. UN RETO QUIRÚRGICO.

A Jiménez Urbano , R Escalera Pérez, C Medina Achirica

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

Introducción: La hernia umbilical es un defecto de la fascia abdominal ubicado 3 cm por encima o por debajo del ombligo. Se trata de una patología frecuente en pacientes cirróticos con ascitis no controlada, cuya complicación supone elevada morbimortalidad. Sin embargo, las indicaciones para su reparación quirúrgica continúan en discusión.

Presentamos el caso de un paciente con cirrosis hepática intervenido de forma urgente por hernia umbilical incarcerada.

Caso clínico: Varón de 47 años, como antecedentes cirrosis hepática de origen enólico no candidato a trasplante, anticoagulado por trombosis esplenoportal y hernia umbilical de larga data. Acudió a urgencias por hipotensión asociada a dolor abdominal en relación con hernia umbilical incarcerada de contenido intestinal, confirmado por TC. Valores analíticos normales salvo coagulopatía. Se decidió intervención quirúrgica urgente.

Se realizó laparotomía exploradora, objetivándose asas de intestino delgado con signos de sufrimiento y abundante líquido ascítico. Apertura del saco herniario y liberación del paquete intestinal, con recuperación progresiva de la vitalidad del mismo, confirmado con verde de indocianina. Introducción de asas intestinales en cavidad y cierre del defecto con malla supraaponeurótica de polipropileno 15x15 cm.

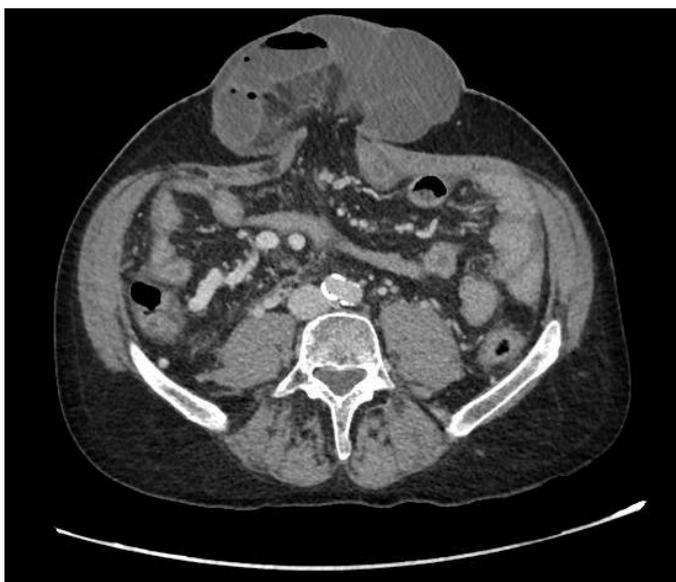


Figura 1 Pruebas complementarias. TC abdomen.

Pruebas complementarias. TC abdomen.



Figura 2 Hernia umbilical incarcerada.

Hernia umbilical incarcerada.



Figura 3 Asas intestinales con recuperación de perfusión.

Asas intestinales con recuperación de perfusión.

La evolución posoperatoria fue buena, siendo dado de alta 4º día posoperatorio con tránsito intestinal restablecido y cita de revisión en consultas de cirugía y digestivo.

Discusión: Tradicionalmente, se ha optado por un manejo conservador de hernias asintomáticas en pacientes con cirrosis y ascitis avanzadas. Por el contrario, la tendencia en hernias complicadas ha sido seguir un abordaje quirúrgico, debido a la alta mortalidad asociada al manejo conservador. Sin embargo, no contamos con evidencia suficiente que recomiende una técnica u otra.

Si bien se conoce que la reparación con malla se asocia con menores tasas de recurrencia, la localización de la misma sigue en discusión: onlay, sublay o underlay. Aunque los datos apuntan que la localización sublay aporta mejores resultados en términos de recurrencia e infección del sitio quirúrgico. Según la guía de 2020 de la EHS la reparación con malla reduce la tasa de recidiva sin aumentar

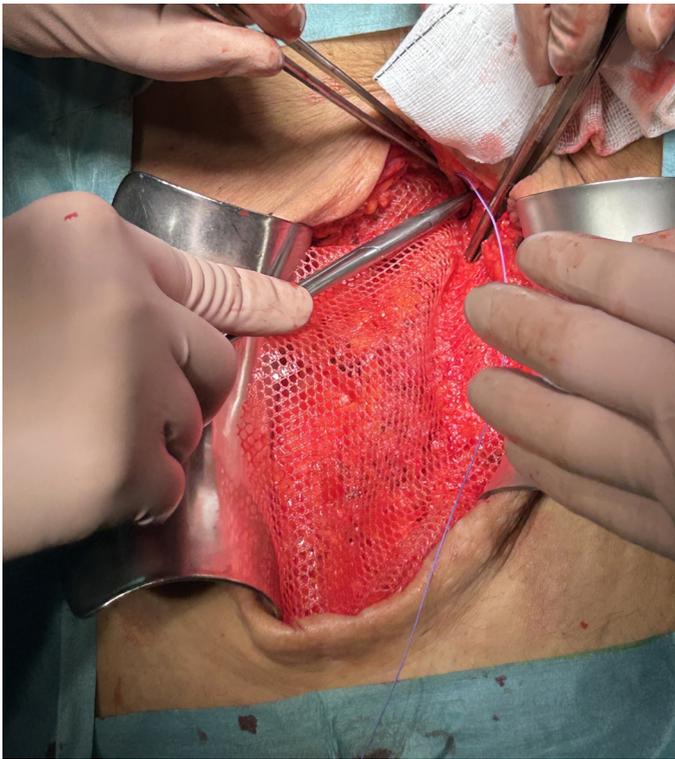


Figura 4

Colocación de malla supraaoneurótica.



Figura 5

Colocación de malla supraaoneurótica.

las complicaciones de la herida quirúrgica, recomendando el uso de mallas de polipropileno en el espacio retromuscular.

Los últimos estudios han demostrado beneficio en realizar una reparación electiva de la hernia antes de que surjan complicaciones, siendo un procedimiento seguro para el paciente y con mayor garantía de éxito que la cirugía urgente.

250137. HERNIA PARAESOFÁGICA IV: A PROPÓSITO DE UN CASO

K El Bahoudi Masaoudi¹, A Díaz Granados², I Arjona Medina¹, B Florenciano Lajusticia², N Fernández Redondo², M Munuera Serrano², B Mirón Pozo²

¹Servicio Cirugía General Hospital San Cecilio. Granada. ²Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: Las hernias paraesofágicas tipo IV representan menos del 5% del total. Las de mayor tamaño, pueden asociarse a complicaciones severas como el vólvulo gástrico, una torsión del estómago sobre su eje longitudinal – organoaxial- o, transversal – mesenteroaxial -, que puede producir obstrucción, isquemia o perforación.

La clínica puede ser variable: desde síntomas inespecíficos como dolor epigástrico, náuseas o vómitos, hasta cuadros agudos que impliquen sufrimiento transmural y con deterioro general del paciente, consistiendo en una urgencia quirúrgica.

El diagnóstico se basa en pruebas como el tránsito baritado y la tomografía. En ocasiones, la endoscopia digestiva alta (EDA) puede ser una buena herramienta para la desvolvulación urgente. En caso de no efectividad o compromiso importante del órgano, la cirugía es el tratamiento definitivo.

Caso clínico: Paciente mujer de 85 años con antecedentes a destacar de gastritis crónica atrófica que acudió a Urgencias por cuadro de vómitos e intolerancia oral de dos días de evolución. Se le realizó Rx de tórax que objetiva nivel hidroaéreo en tórax. La TC informaba de “vólvulo gástrico organoaxial con cambios inflamatorios circundantes, que sugieren complicación del mismo”.

Ante la estabilidad clínico-analítica de la paciente, se le colocó sonda nasogástrica con vaciado de 700cc de contenido gástrico, administrando contraste hidrosoluble posterior y sin objetivar paso a partir de cámara gástrica. Solicitamos EDA para una adecuada caracterización y prueba de desvolvulación. Ésta confirma la presencia de hernia paraesofágica posiblemente mesenteroaxial al acceder a través del cardias a una cavidad fúndica sin paso posterior del endoscopio.

Ingresamos a la paciente para optimización. Se programó intervención de forma preferente. Se realizó vía laparoscópica exploración de cavidad observando hernia paraesofágica mixta con la totalidad del estómago intratorácico y el epiplón mayor, procediendo a la reducción del saco, cardioplastia y funduplicatura tipo Nissen. El postoperatorio cursó sin incidencias.



Figura 1

Presencia de hernia paraesofágica posiblemente mesenteroaxial al acceder a través del cardias a una cavidad fúndica sin paso posterior del endoscopio.

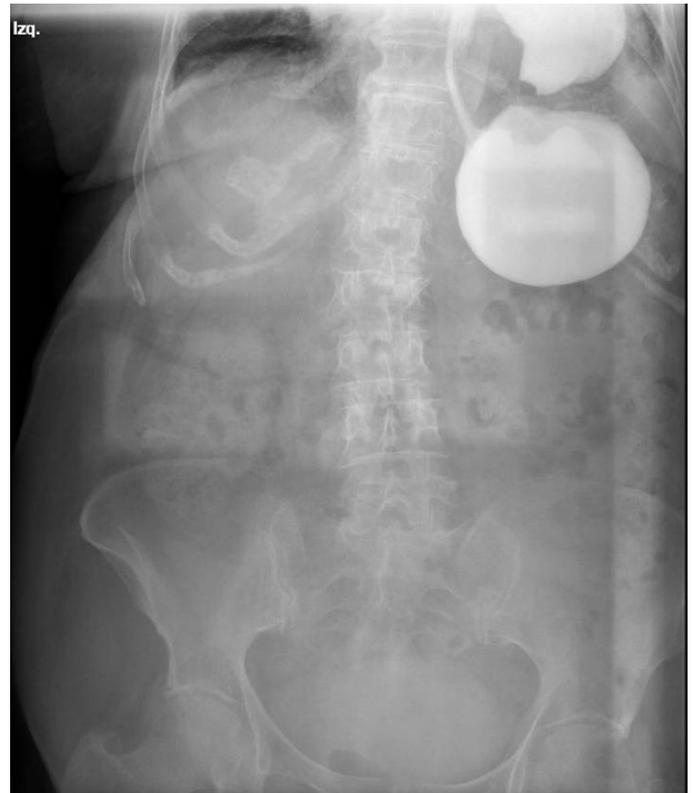


Figura 3

Vólvulo gástrico organoaxial con cambios inflamatorios circundantes, que sugieren complicación del mismo.

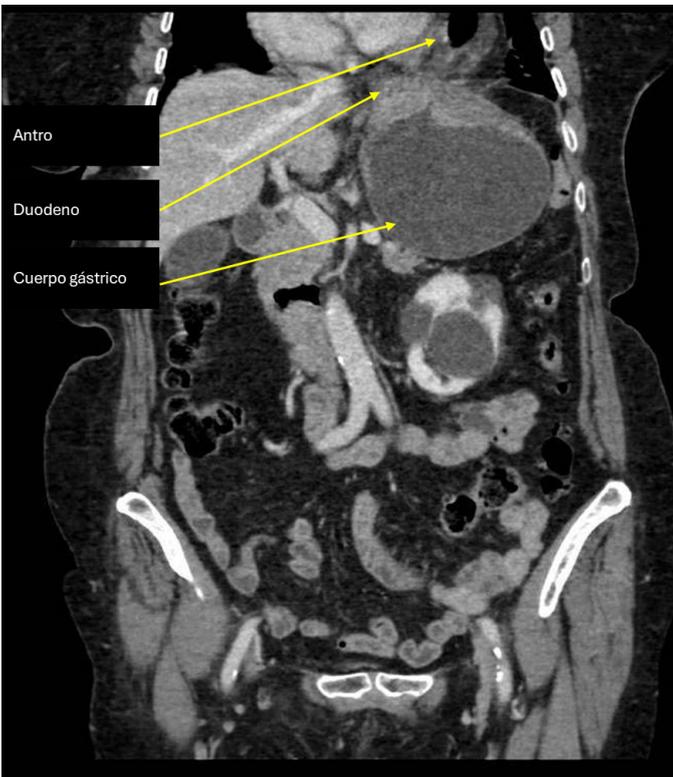


Figura 2

Vólvulo gástrico organoaxial con cambios inflamatorios circundantes, que sugieren complicación del mismo.

un acercamiento escalonado aporta la preservación del órgano y la disminución en el trauma quirúrgico.

En conclusión, la elección de las pruebas complementarias, el uso de la EDA y el momento quirúrgico deben ser individualizados en función de la situación del paciente, la complejidad de la hernia y la experiencia del equipo quirúrgico.

250138. AMILOIDOSIS DEL PANCREAS: UN VIAJE DEL DIAGNOSTICO A LA CIRUGIA. IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO EN LA PRACTICA CLINICA.

MLA Muñoz Bueno¹, A Ortiz Sánchez¹, A Valverde Martínez¹, F García Domínguez², JM Pacheco García¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario de Puerta del Mar. Cádiz. ²Servicio Anatomía Patológica Hospital Universitario de Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: Entre el diagnóstico diferencial de las lesiones sólidas pancreáticas debemos incluir la amiloidosis, cuyo diagnóstico es un reto, por su baja frecuencia y la inespecificidad de su clínica. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado postoperatoriamente de amiloidosis pancreática.

Caso clínico: Varón de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia. El paciente se estudia por cuadro de epigastralgia y náuseas de semanas de evolución. En las pruebas complementarias destaca en el TC abdominal con contraste, una masa retroperitoneal de 7 x 3,8 cm, en región posterior a cabeza

Discusión: Las hernias paraesofágicas, en concreto las tipo IV, son entidades que asocian comorbilidades de diversa índole. Es importante identificar el cuadro y realizar un diagnóstico precoz para aportar las terapias adecuadas en cada caso.

Establecer si existe sufrimiento de los órganos herniados es clave para la toma de decisiones. Cuando la situación lo permite,

y cuerpo pancreático, que contacta con tercera porción duodenal, sin apreciarse plano graso de separación (Figura 1).

En la ecoendoscopia se observa una tumoración pancreática que se biopsia con resultado de material hemático sin alteraciones. Tras valoración del caso en comité de tumores, se decide resección quirúrgica de la masa con diagnóstico inicial de GIST pancreático versus adenocarcinoma.

Intraoperatoriamente se observa una neoformación dependiente de proceso uncinado y cuello pancreático de gran tamaño con fibrosis y necrosis, y a su vez un hígado fibrótico del que se toma biopsia para estudio.

El paciente cursa con postoperatorio tórpido, precisando reintervención quirúrgica, por sangrado en lecho quirúrgico.

La evolución es lenta pero favorable. La anatomía patológica se informa como amiloidosis hepática y pancreática compatible

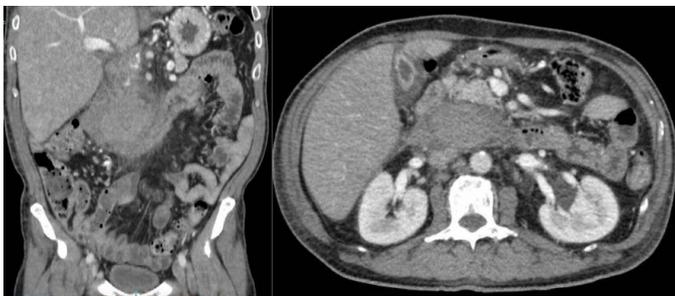


Figura 1

TAC abdominal que describe tumoración retropancreática.

con amiloidosis AL. Se contacta con el servicio de hematología para realizar estudio de extensión. El diagnóstico final es de mieloma múltiple, por lo que se comienza con el tratamiento específico por parte de Hematología.

Discusión: La amiloidosis abarca un grupo de enfermedades caracterizadas por un depósito anormal de proteína amiloide. El subtipo más frecuente es la amiloidosis primaria (AL), que afecta principalmente al riñón, corazón e hígado. La sintomatología es inespecífica, pudiendo presentar los pacientes astenia, pérdida de peso, y síntomas específicos dependiendo del órgano afecto. El diagnóstico se realiza mediante biopsia y tinciones histoquímicas. La identificación de la proteína causante es importante para una correcta selección del tratamiento. En conclusión, la amiloidosis pancreática es una enfermedad infrecuente, pero debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las lesiones pancreáticas, para evitar cirugías innecesarias, debido a la alta morbilidad que conlleva la cirugía pancreática.

250142. FÍSTULA LINFÁTICA TRAS CIRUGÍA ENDOCRINA CERVICAL: ANÁLISIS DE RESULTADOS Y NUEVAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS

AM Sanchez Arco, L Salvador Ordoño, PJ Navarro García, E Moreno Fernández, NV Muñoz Pérez, JM Villar Del Moral

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

Introducción: La fístula linfática cervical es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave tras cirugía endocrina cervical secundaria a la lesión inadvertida del conducto torácico. Su baja incidencia, sus potencialmente grave consecuencias y la ausencia de consenso terapéutico dificultan su manejo. Este trabajo describe nuestra experiencia en el tratamiento de fístulas linfáticas cervicales, resaltando el papel de la terapia endovascular e intervencionista.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo unicéntrico de pacientes sometidos a cirugía por cáncer de tiroides con vaciamiento cervical asociado cuyo postoperatorio se haya visto complicado con fístula linfática desde 2010 hasta 2024 en nuestro centro. Se recopilaron datos demográficos, tipo de patología, momento de diagnóstico de la fístula, medidas terapéuticas iniciales y procedimientos invasivos posteriores. El tratamiento conservador incluyó dieta baja en grasas, drenaje cervical y, en algunos casos, administración de triglicéridos de cadena media, nutrición parenteral y análogos de somatostatina. Los casos refractarios se trataron mediante linfografía con Lipiodol y, en fístulas persistentes o de alto débito, embolización del conducto torácico.

Resultados: Se analizaron siete casos, con un 71% de pacientes varones y una media de edad de 61 años (límites 42-79). La indicación quirúrgica fue oncológica en todos ellos. Las fístulas linfáticas cervicales aparecieron tras reintervención por recidiva o persistencia tumoral en todos los casos, siendo diagnosticadas mayoritariamente en la primera semana postquirúrgica. El tratamiento conservador resolvió la fístula en tres pacientes. En los cuatro casos restantes, la linfografía con Lipiodol cerró la fuga en tres. En el cuarto, se realizó embolización del conducto torácico con éxito clínico. Ningún paciente requirió cirugía adicional ni presentó recidiva durante el seguimiento.

Conclusiones: En casos de fístula linfática cervical postoperatoria refractarios al tratamiento conservador, la colaboración temprana con radiología intervencionista permite opciones mínimamente invasivas altamente eficaces, evitando la necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas. La linfografía con Lipiodol ofrece un doble valor diagnóstico y terapéutico, favoreciendo el cierre espontáneo mediante inflamación estéril de los conductos linfáticos. Por su parte, la embolización del conducto torácico constituye una alternativa segura y efectiva en situaciones de alto débito o persistencia. Su implementación en centros con experiencia en técnicas de imagen debería integrarse de forma temprana en el algoritmo de manejo de la fístula linfática cervical con el objetivo de mejorar los resultados clínicos, aunque son necesarios más estudios que lo acrediten.

250143. HERNIA INFRAUMBILICAL INCARCERADA CON CONTENIDO VESICAL Y DIVERTÍCULO DE MECKEL : DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN URGENCIAS

L Salvador Ordoño, FM Carbajo Barbosa, JH Valdivia Risco, M Serradilla Martín

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

Introducción: La hernia de la vejiga es la exteriorización de un segmento vesical a través de un orificio natural o adquirido de la pared abdominal, generalmente inguinal. Es asintomática y sólo excepcionalmente puede complicarse. Las pruebas de imagen tienen poco interés. Su descubrimiento es típicamente intraoperatorio.

Por su parte la hernia de Littré es la protrusión de un divertículo de Meckel por un orificio herniario. Su incidencia se desconoce. Las localizaciones más habituales de la hernia de Littré son: inguinal (50%), umbilical (20%) y femoral (20%). La incarceration o estrangulamiento, necrosis y perforación son raras.

Presentamos el caso particular de una paciente que presentó una obstrucción mecánica de intestino delgado secundaria a hernia infraumbilical complicada.

Caso clínico: Mujer de 91 años con antecedentes múltiples destacando: Taquicardia paroxística supraventricular (TPSV), tromboembolismo pulmonar, colecistitis aguda, obesidad grado 2.

Acudió a urgencias por clínica de dolor abdominal intenso localizado a nivel infraumbilical, más presencia de tumoración a ese nivel, acompañada de náuseas y vómitos de 2 semanas de evolución con empeoramiento en las últimas 48h. Se le realizó analítica y TC de abdomen y pelvis (Figura 2) donde se evidenció una obstrucción mecánica de intestino delgado secundaria a hernia infraumbilical incarcerada.

En este contexto se interviene de forma urgente mediante laparotomía media infraumbilical evidenciándose una hernia que contenía fundus vesical (Figura 1) más un divertículo de Meckel junto con asa de íleon en el interior (Figura 3) sin presencia de isquemia ni sufrimiento intestinal. Se procedió a la resección del divertículo de Meckel y reducción de la vejiga del anillo herniario más colocación de malla titanizada preperitoneal-retromuscular según la técnica de Stoppa.



Figura 2
TC de abdomen. Obstrucción de Intestino delgado por hernia infraumbilical incarcerada. Flecha.

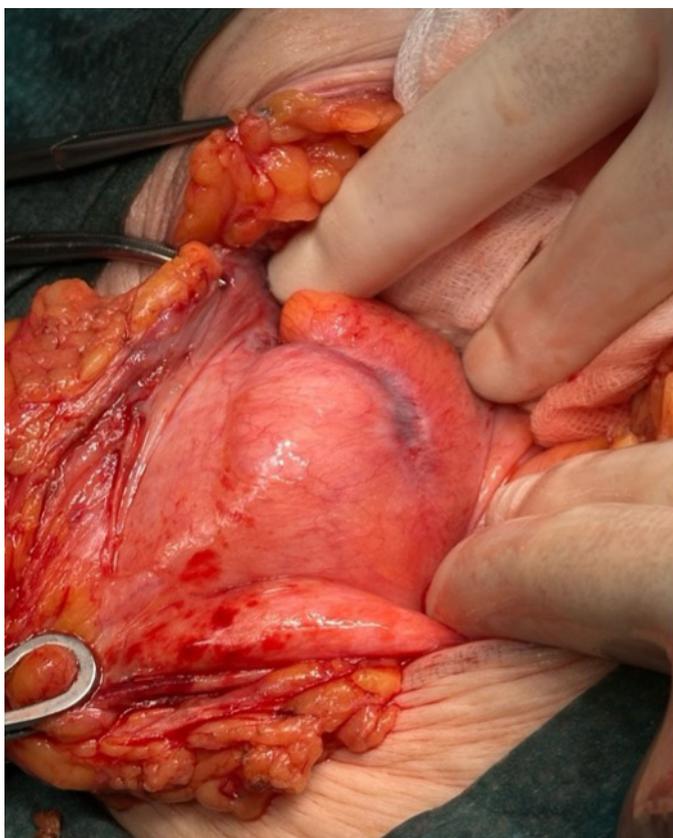


Figura 1
Herniación de la vejiga con anillo de constricción.



Figura 3
Herniación de divertículo de Meckel.

En el postoperatorio, la paciente presentó un cuadro de shock séptico de origen respiratorio con necesidad de fármacos vasoactivos a dosis bajas y antibioterapia de largo espectro durante su estancia en reanimación que se resolvió de forma conservadora. Desde el punto de vista abdominal la evolución fue satisfactoria siendo dada de alta al 6ºDPO.

Discusión: La cirugía urgente es el tratamiento de elección en la hernia de línea media incarcerada teniendo en cuenta el tiempo de evolución y el contenido de la misma. La técnica de elección es una cirugía sin tensión con el uso de mallas y es la que presenta menor porcentaje de complicaciones. En nuestro caso se optó por la técnica de Stoppa sin resección intestinal, presentando buenos resultados.

250144. VÓLVULO DE CIEGO COMO CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M López González-Salido, L Díaz Sánchez, E Buendía Peña, R De Luna Díaz

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

Introducción: El vólvulo de ciego representa una causa infrecuente de obstrucción intestinal, secundaria a la torsión de un ciego móvil sobre su mesenterio. Constituye el segundo tipo más común de vólvulo colónico, tras el sigmoide y su presentación clínica inespecífica dificulta el diagnóstico precoz. La etiología es variada, siendo las causas congénitas las más frecuentes. La tomografía computarizada (TC) es la herramienta diagnóstica principal. El tratamiento quirúrgico es el de elección y es fundamental realizarlo de forma temprana para evitar complicaciones graves como isquemia o perforación intestinal.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 45 años, sin antecedentes relevantes, que acudió por dolor abdominal, náuseas y ausencia de tránsito intestinal de tres días de evolución. A la exploración, presentaba distensión abdominal sin signos de irritación peritoneal. La TC reveló distensión cecal con posición anómala, signo del "remolino mesentérico" y presencia de líquido libre. Se realizó una intervención quirúrgica urgente, objetivándose un vólvulo de ciego con ausencia de fijación del marco cólico. Ante la inviabilidad del ciego y colon ascendente, se practicó hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica manual.

Discusión: El vólvulo de ciego es una causa rara de obstrucción intestinal, representando aproximadamente el 1% de los casos. Se asocia principalmente a una falta congénita o adquirida de fijación del ciego a la pared abdominal. Otros factores predisponentes son antecedentes de cirugía abdominal, embarazo, y ciertas enfermedades neurológicas. Puede clasificarse en tres tipos: torsión órgano-axial, torsión mesentérica y báscula cecal. Su diagnóstico se basa en la sospecha clínica y hallazgos en TC, como el signo del "pico de pájaro" o del "remolino". El tratamiento endoscópico es poco eficaz, retrasa la cirugía y se desaconseja, por lo que la indicación quirúrgica temprana es esencial, siendo la hemicolectomía derecha con anastomosis primaria el tratamiento de elección. La recurrencia es alta sin tratamiento definitivo.



Figura 1 Corte coronal de TC observando dilatación de ciego y torsión del mismo compatible con vólvulo de ciego.



Figura 2 Radiografía de abdomen en supino apreciando signo del grano de café por vólvulo de ciego.



Figura 3
Imagen de vólvulo de ciego durante la intervención quirúrgica.

250145. QUISTE CILIADO DEL INTESTINO ANTERIOR. UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS QUISTES HEPÁTICOS DEL SEGMENTO IV

R Gómez Pérez¹, S Mansilla Díaz¹, L Díaz Sánchez¹, LC Hinojosa Arco¹, S Muñoz Gallardo², MA Suarez Muñoz¹

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: La gran cantidad de pruebas de imagen que se realizan hoy han hecho que el número de lesiones hepáticas asintomáticas diagnosticadas haya incrementado de forma sustancial. El diagnóstico diferencial de las lesiones solido quísticas hepáticas incluye los quistes complejos, quiste hidatídicos, cistoadenomas y otras entidades menos frecuentes entre las que se encuentran los quistes ciliados.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial, diverticulosis colónica y carcinoma de próstata tratado con braquiterapia. En TC por dolor en fosa iliaca izquierda por diverticulitis aguda no complicada se aprecia lesión solido-quística hepática en segmento IV de 37 mm.

Análisis sin leucocitosis, sin perfil hepático normal, marcadores tumorales negativos.

La ecografía describe una lesión de aspecto quístico de 39mm con abundantes ecos en su interior. Resto del parénquima hepático sin LOEs.

Se completó el estudio con RNM hepática (**Figura 1**) informando de lesión hepática compleja con paredes finas, bordes bien definidos, seg IV de 37mm de diámetro mayor, presentando un componente sólido de 20mm que podría corresponder a un quiste hepático complicado. Serología de hidatidosis negativa. Se realizó una resección hepática

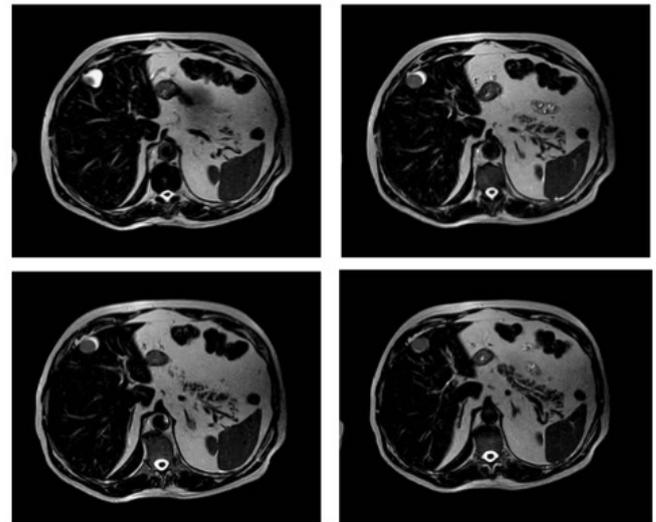


Figura 1
Imagen en resonancia nuclear magnética hepática del quiste ciliar. Lesión hepática sólido quística compleja con paredes finas, bordes bien definidos, localizada en segmento Iva del lóbulo hepático izquierdo de 37 mm de diámetro mayor. Presentado un componente quístico en su interior.

laparoscópica. La ecografía intraoperatoria descartó otras lesiones sospechosas (**Figura 2**). El paciente fue dado de alta el primer día postoperatorio sin incidencias.

El análisis anatómico patológico reveló un quiste hepático ciliado de 36mm (**Figura 3**).



Figura 2
Visión de la lesión en ecografía laparoscópica: lesión solido-quística con ecos en interior. Sombra acústica posterior. Relación con pedículo portal izquierdo.



Figura 3
Macro de la pieza de patología. Inmediatamente por debajo de la cápsula de Glisson se identifica una lesión quística de contornos netos y finamente encapsulada con unas dimensiones de 36 x 27 x 26 mm, que contiene un fluido denso.

Los quistes hepáticos ciliados son poco frecuentes. Patognomonicamente se caracterizan por tener cuatro capas: epitelio columnar ciliado pseudoestratificado con células con mucina; una capa de tejido conectivo subepitelial, una de músculo liso y una cápsula externa fibrosa bien definida. Expresan marcadores generales y específicos de las estructuras del intestino anterior (citoqueratina 7 y 19).

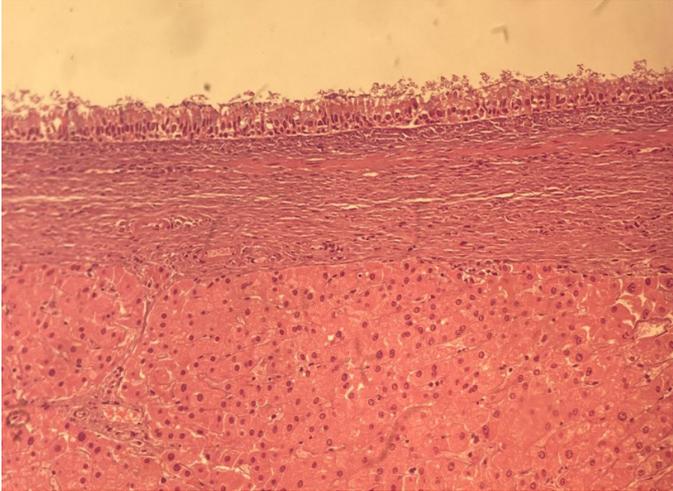


Figura 4

Análisis anatomopatológicos del quiste hepático ciliado: cuatro capas: Un epitelio columnar ciliado pseudoestratificado, con células con mucina. Una capa de tejido conectivo subepitelial. Una de músculo liso. Una cápsula externa fibrosa bien definida. * Seguimiento de parénquima hepático normal.

Discusión: Los quistes ciliados hepáticos (QCH) del intestino anterior son poco frecuentes. En la literatura hay unos 100 casos publicados. Suelen diagnosticarse en pacientes de mediana edad. Clínicamente asintomáticos o pueden asociarse a molestias abdominales por distensión de la cápsula de Glisson. Se encuentran centrohepáticas, segmento IV. Radiológicamente son indistinguibles de otras neoplasias quísticas. Ecográficamente se presenta como lesiones quísticas, uniloculares e hipoeoicas. En TC aparecen como lesiones hipodensas que no captan y algunas presentan un componente quístico. Por RNM son hiperintensas en T2, y con diferentes densidades en T1. La mayoría presentan un comportamiento benigno, mínimo porcentaje (3-5%) de casos que malignizan en forma de carcinoma de células escamosas. El tratamiento de elección es la cirugía mínimamente invasiva dado que suelen ser de pequeño tamaño, centrales y subcapsulares.

250147. ABORDAJE POSTERIOR LAPAROSCÓPICO COMO RECURSO QUIRÚRGICO ANTE RECIDIVA DE TUMOR PANCREÁTICO.

M Munuera Serrano, P Daban Lopez, MI López Jimenez, B Mirón Pozo

Unidad Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: El tumor pseudopapilar sólido de páncreas es un tumor de bajo grado de malignidad y buen pronóstico tras la resección quirúrgica. Representa el 1-3% de los tumores exocrinos pancreáticos afectando principalmente a mujeres jóvenes. Como suele ser asintomático, en la mayoría de los casos el diagnóstico es incidental mediante pruebas de imagen que objetivan una masa bien delimitada, heterogénea y encapsulada con componente sólido-

quístico. El tratamiento de elección es quirúrgico, tanto para las formas primarias como para las recidivas.

Caso clínico: Presentamos un varón de 47 años, sin antecedentes de interés, intervenido en 2018 por una tumoración intraabdominal sólida, sugestiva de GIST gástrico (Imagen 1). Mediante acceso por vía laparotómica anterior, se halló una tumoración de más de 18 cm dependiente de cola pancreática, realizándose una esplenopancreatectomía corporo-caudal y escisión completa de la tumoración. La anatomía patológica informó de una neoplasia pseudopapilar sólida de cola pancreática de bajo grado de malignidad pT3pN0.

El paciente continuó revisiones periódicas, hasta que 7 años después, se objetiva una posible recidiva tumoral adyacente a la glándula suprarrenal izquierda de 19 mm (Imagen 2). Tras presentarse en Comité Multidisciplinar, se decide nueva intervención quirúrgica, realizándose el acceso por vía laparoscópica retroperitoneal. Se observó, la tumoración descrita en pruebas de imagen entre la salida de la arteria renal y la suprarrenal izquierda (Imagen 3), que se disecó e incluyó en la pieza de suprarrenalectomía izquierda (Imagen 4). El paciente fue alta a las 24 horas de la intervención y actualmente continúa asintomático 2 meses después de la cirugía. El informe anatomopatológico de la pieza describe la pieza describe una glándula suprarrenal izquierda sin alteraciones y un nódulo independiente correspondiente a un ganglioneuroma de 19mm.



Imagen 1



Imagen 2

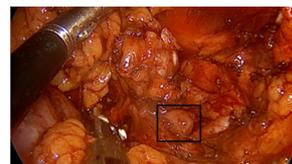


Imagen 3



Imagen 4

Figura 1

Imagen 1: tumor sólido-quístico dependiente de cola pancreática. Imagen 2: hallazgo en el TC de recidiva tumoral adyacente a glándula suprarrenal izquierda. Imagen 3: visión de la lesión mediante abordaje laparoscópico retroperitoneal. Imagen 4: pieza quirúrgica.

Discusión: La neoplasia pseudopapilar sólida de páncreas, pese a su bajo grado de malignidad, puede recurrir años después del tratamiento inicial y está indicada su escisión quirúrgica. Como en otro tipo de tumores, en casos localizados próximos a la glándula suprarrenal, la suprarrenalectomía laparoscópica mediante abordaje retroperitoneal posterior es una de las opciones de tratamiento. Dicho acceso es una opción segura, útil en pacientes con cirugía abdominal previa, al evitar la entrada a la cavidad peritoneal.

Por tanto, concluimos que, aunque técnicamente exigente por el reducido campo quirúrgico y la necesidad de un conocimiento anatómico preciso, el abordaje retroperitoneal posterior laparoscópico permite una disminución de la morbilidad en casos seleccionados,

especialmente si han sido intervenidos previamente mediante acceso abdominal anterior e incluso en tumores infrecuentes.

250149. CUANDO EL TRAUMA ABRE CAMINOS: CASO DE EVISCERACIÓN OBTURATRIZ SECUNDARIA A POLITRAUMA

E Moreno Fernández, M Fernández Baeza, A Cortés Guerrero, A Pérez Alonso

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

Introducción: La hernia abdominal de origen traumático es una patología poco frecuente, con una incidencia inferior al 1% según las principales series clínicas publicadas. La evisceración abdominal traumática es aún más inusual, con una incidencia inferior al 0,003%.

La complicación más frecuentemente asociada a esta entidad es la obstrucción intestinal. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, pudiendo apoyarse en pruebas de imagen, y el tratamiento definitivo es siempre quirúrgico. En lo referente a la tasa de mortalidad, es elevada, oscilando entre el 10 y el 70%, en la mayoría de casos debido al retraso diagnóstico que suele conllevar.

A continuación se presenta un caso de evisceración obturatriz secundaria a un traumatismo de alta energía, una entidad extremadamente inusual, con escasa información disponible sobre ella en publicaciones científicas.

Caso clínico: Varón de 29 años sin antecedentes de interés que sufrió un traumatismo de alta energía secundario a un accidente de motocicleta. A la exploración en Urgencias se evidenció una deformidad del brazo izquierdo y una herida perineal penetrante. Se realizó una tomografía computarizada (TAC) con contraste, en la que se evidenciaron múltiples fracturas pélvicas, fractura abierta de radio izquierdo y solución de continuidad a nivel del orificio obturatriz derecho, con protrusión de asas de intestino delgado a través del mismo.

Se decidió intervención quirúrgica urgente, realizando una laparotomía media en la que se objetivó una evisceración obturatriz derecha, que contenía un asa de yeyuno en comunicación con la herida perineal, isquémica y perforada, así como un desgarró del recto superior y mesorrecto. Se realizó la reducción del contenido eviscerado, resección segmentaria del yeyuno afecto y anastomosis, así como una resección anterior de recto con anastomosis. Se completó la cirugía realizando una herniorrafia y cierre del defecto perineal.

Posteriormente presentó evolución favorable, sin complicaciones en el postoperatorio, siendo dado de alta.

Discusión: La hernia obturatriz traumática es una patología poco frecuente, siendo aún menos frecuente la evisceración obturatriz. No obstante, puede ser potencialmente grave con elevada morbimortalidad. Por ello, es importante mantener un índice de sospecha elevado en politraumatizados que presenten signos clínicos inusuales.

En cuanto al diagnóstico, si bien las evisceraciones no traumáticas pueden diagnosticarse a través de la clínica, las evisceraciones traumáticas, sobre todo a nivel obturatriz, suelen requerir una evaluación más detallada para asegurar un diagnóstico preciso.

Finalmente, subrayamos la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoces, siendo ambos esenciales para mejorar el pronóstico del paciente.

250151. CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS EN TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

J Delgado Sánchez, A Ortega Martínez, C Arrieta Martínez, Am Moya Ferre

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

Introducción: El traumatismo abdominal cerrado es una lesión frecuente en accidentes automovilísticos y representa una causa importante de morbimortalidad en pacientes jóvenes. La desaceleración súbita puede provocar lesiones por tracción de estructuras fijas como el mesenterio. El uso del cinturón de seguridad también se asocia a lesiones mesentéricas.

Caso clínico: Mujer de 36 años sin antecedentes de interés. Derivada a urgencias tras un accidente automovilístico de alto impacto, llevaba cinturón de seguridad. A su llegada aquejaba dolor abdominal difuso, controlado con analgesia habitual. Se encontraba estable hemodinámicamente por lo que se realiza Body-TC donde se visualiza una laceración esplénica con hematoma subcapsular grado II y escaso líquido libre en pelvis. Ingresa en UCI para vigilancia. A las 48 horas presenta empeoramiento del estado general junto con acidosis láctica y notable aumento de reactantes de fase aguda. Se realiza nuevo TAC abdominopélvico que informaba de presencia de neumoperitoneo, hiporrealce parietal de un asa de yeyuno y aumento de líquido libre, por lo que se decide cirugía urgente. Se realiza laparotomía media supraumbilical, objetivando peritonitis fecaloidea secundaria a perforación intestinal por isquemia de dos segmentos de íleon y dos segmentos de yeyuno debida a varias avulsiones mesentéricas. Además presentaba gran hematoma en pelvis y sección completa del epiplon. Durante la intervención presenta inestabilidad hemodinámica optando por cirugía de control de daños. Se realiza la resección de cuatro segmentos intestinales isquémicos, decidiendo no anastomosar. Se coloca sistema de abdomen abierto tipo Abthera. A las 48 horas se revisa realizando anastomosis de segmentos intestinales seccionados y cierre de pared.

La paciente tuvo un ingreso prolongado en UCI debido a complicaciones respiratorias que finalmente fueron resueltas, siendo dada de alta a los dos meses.

Discusión: La avulsión mesentérica es una lesión grave y poco frecuente. Se presenta en menos del 5% de los traumatismos abdominales cerrados con afectación intestinal. Se produce la separación parcial o completa del mesenterio del intestino delgado, lo que compromete su irrigación y puede provocar isquemia intestinal. La clínica suele ser inespecífica, incluyendo dolor abdominal difuso o localizado, signos de irritación peritoneal, hipotensión y distensión abdominal progresiva. Puede haber un intervalo libre asintomático que retrasa el diagnóstico. El pronóstico depende del tiempo que se tarda en diagnosticar y la extensión del daño intestinal. El



Figura 1

Rotura de mesos e isquemia intestinal.

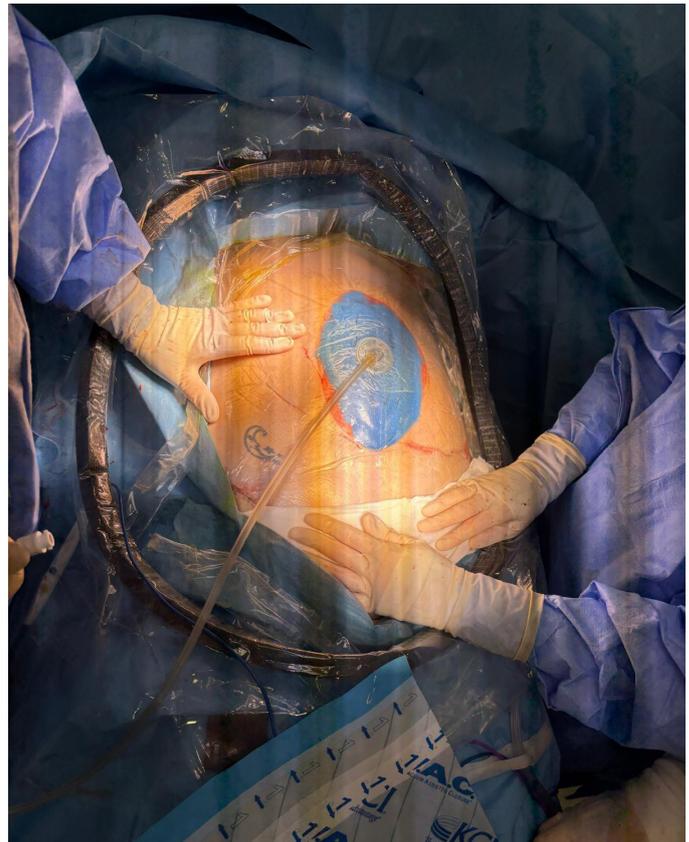


Figura 3

Sistema abdomen abierto tipo AbThera.



Figura 2

Rotura de mesos e isquemia intestinal.

retraso diagnóstico o necrosis extensas aumentan la mortalidad. El tratamiento suele requerir cirugía de urgencia, reseccando el segmento de intestino afectado, junto con ligadura de vasos sangrantes y reparación mesentérica.

250152. ESPERAR PARA OPERAR: ¿UNA ESTRATEGIA SEGURA EN PACIENTES OBESOS CON HERNIA PRIMARIA O EVENTRACIÓN?

Á Cortés Guerrero , E Moreno Fernández, MJ Alonso Sebastián, M Domínguez Bastante, A Mansilla Roselló

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

Introducción: Determinar si el requisito de alcanzar un IMC < 30 para hernias no complejas y < 35 para pared compleja es seguro en relación con episodios de encarceración y necesidad de cirugía urgente.

Material y métodos: En este estudio observacional retrospectivo de los de los pacientes obesos valorados de enero 2020 a diciembre 2022 en nuestra Unidad de Pared Abdominal con eventración o hernia primaria. Como condición previa a la intervención, se exigió pérdida ponderal hasta alcanzar IMC 30 o 35. Se analiza el éxito en la reducción ponderal, la incidencia de complicaciones herniarias y la necesidad de intervención quirúrgica electiva o urgente.

Se analizaron variables demográficas (IMC), relacionadas con la patología (hernia/eventración, pared compleja), asistencia a urgencias y motivo, recidiva y complicaciones en los pacientes intervenidos.

Se han calculado medidas de frecuencia absoluta y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central en el caso de las variables numéricas. Se realizó mediante el software de análisis estadístico R.

Resultados: Se incluyeron 146 pacientes (IMC medio inicial: 37.7 ± 5.3). Hubo 80 pacientes (52.1%) con hernia primaria y 66 (47.9%) con eventración. Solo 38 pacientes (26%) alcanzaron el objetivo ponderal. Sólo 28 pacientes (19.2%) acudieron a urgencias por motivos relacionados con la hernia: 16 (10.9%) se consideraron no complicados tras valoración, en 9 (6.16%) se realizó reducción manual, y en 3 (2.1%) cirugía urgente, sin complicaciones postoperatorias posteriores.

Las complicaciones postoperatorias afectaron al 26.8% de los operados de forma programada, siendo el seroma la más frecuente (45.5%). No obstante aquellos se operaron de manera urgente no presentaron recidiva.

Conclusiones: La estrategia de pérdida de peso parece segura ya que pocos pacientes precisaron de cirugía urgente en el intervalo de optimización. Sin embargo, solo el 26% de los pacientes alcanzó el objetivo ponderal, lo que limitó la indicación de cirugía electiva. Nuestros hallazgos respaldan la seguridad de la optimización preoperatoria del IMC, especialmente al existir evidencia a favor de un incremento significativo de complicaciones postoperatorias en pacientes con $IMC > 30$.

250153. MIGRACIÓN DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL A HÍGADO Y COLON: RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE ABSCESO HEPÁTICO Y PERFORACIÓN COLÓNICA

MJ Cuevas Cabrera, L Sobrino Brenes, F Hinojosa Ramírez, J Reguera Rosales, JA Lopez Ruiz, S Morales Conde

Departamento Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La derivación ventrículo-peritoneal (DVP) es un procedimiento habitual para el tratamiento de hidrocefalia y quistes aracnoideos. La migración de su catéter distal es una complicación infrecuente (<5% de los casos), que puede originar infecciones graves o perforaciones de órganos intraabdominales. El diagnóstico temprano y un abordaje quirúrgico adecuado son esenciales para evitar complicaciones mayores.

Caso clínico: Mujer de 20 años con antecedentes de DVP implantada por quiste aracnoideo (actualmente no funcionando) y retraso madurativo. Presento retirada parcial del catéter hace años dejando abandonada la parte intrabdominal.

Ingresó en Medicina Interna para estudio de fiebre subaguda de dos semanas de evolución, acompañada de tos productiva y astenia, sin respuesta a antibioterapia ambulatoria.

Durante el ingreso ante la persistencia de reactantes de fase aguda elevados y fiebre sin foco, se realiza Tac abdominal donde se observa

un absceso hepático de 7.8 cm, catéter de DVP migrado a hígado y con perforación contenida de colon ascendente, neumoperitoneo leve. En la microbiología: cultivos positivos para *Pseudomonas aeruginosa* y *Proteus mirabilis*.

Se realiza intervención mediante Se lleva a cabo un abordaje laparoscópico evidenciando un gran plastrón supramesocólico perivesicular que incluye el catéter de DVP. Se localiza extremo distal alojado en colon ascendente y se realiza una sección lateral de la zona afecta con endograpadora. Posteriormente, se procede a extracción del parénquima hepático derecho entre los ligamentos de Teres y Redondo, donde se encuentra firmemente adherido. Se realiza ecografía intraoperatoria, evidenciando un absceso retrovesicular y se realiza colecistectomía.

En el postoperatorio la paciente toleró la dieta oral a las 24 horas, sin signos de infección activa. Fue dada de alta al quinto día postoperatorio, con evolución clínica favorable.



Figura 1 Absceso intrabdominal a nivel de ángulo hepático.

Discusión: Las complicaciones del DVP no son infrecuentes y pueden presentarse en hasta el 24-47% de los casos, incluyendo la migración del catéter a diversas localizaciones anatómicas o la perforación gastrointestinal. Aunque clásicamente se ha recurrido a la laparotomía para su manejo, en los últimos años la laparoscopia exploradora se ha consolidado como una herramienta clave en cirugía de urgencias, permitiendo identificar el catéter, explorar la cavidad y tratar las complicaciones asociadas.

250155. HERNIA DE PETIT: UNA INFRECUENTE FORMA DE HERNIA LUMBAR

PJ Navarro García, P Vilchez Fernández, M Domínguez Bastante, A Mansilla Roselló

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

Introducción: La hernia de Petit es una hernia de la pared lumbar poco frecuente. Su prevalencia se sitúa en torno al 1-2%. Aunque generalmente es asintomática, puede provocar dolor y en casos raros,

estrangulación. El diagnóstico se realiza mediante exploración física y pruebas de imagen. Su tratamiento es quirúrgico.

Caso clínico: Paciente de 66 años valorado en consulta de cirugía general tras acudir a urgencias por náuseas, estreñimiento y aparición de tumoración lumbar derecha dolorosa tras caída accidental sobre el costado derecho.

A la exploración presentaba tumoración blanda, reductible y levemente dolorosa. La analítica no mostraba alteraciones.

Ante la sospecha clínica se completó el estudio en urgencias mediante TC abdomino-pélvico, concluyendo hernia posterior derecha de la pared abdominal (Hernia de Petit) no complicada, inmediatamente por encima de la cresta ilíaca, con hiato herniario de unos 50mm y que aloja al ciego y segmento proximal de colon ascendente.



Figura 1

Imagen TC axial.

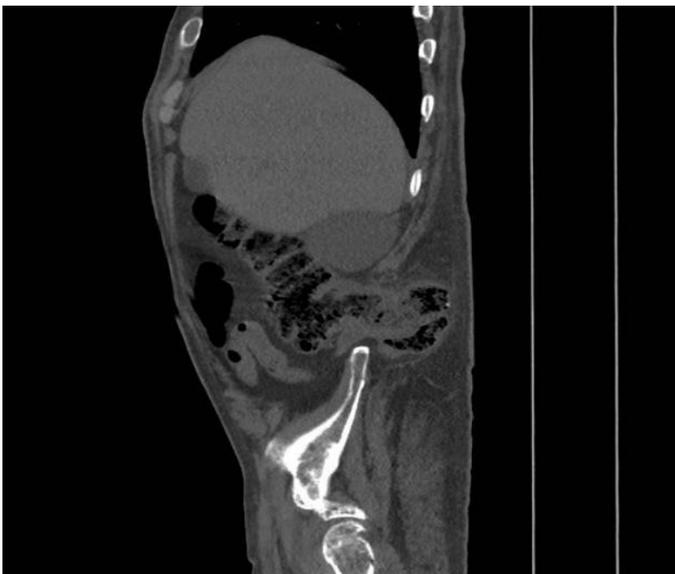


Figura 2

Imagen TC sagital.

Dada la ausencia de complicación, se planteó intervención quirúrgica programada.

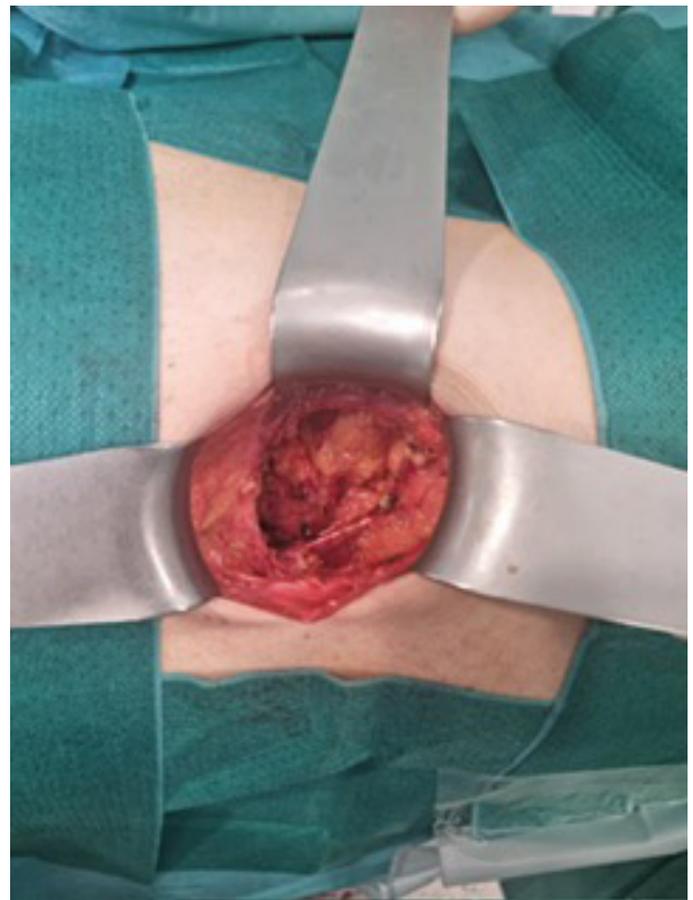


Figura 3

Imagen quirúrgica.

Se abordó mediante incisión lumbar transversa sobre la tumoración objetivando saco herniario de 6x4 cm. Se realizó disección del mismo en el plano músculo-aponeurótico formado por la cresta ilíaca, borde lateral del músculo oblicuo mayor y del dorsal ancho. Se disecó el espacio preperitoneal hasta el músculo cuadrado lumbar y se colocó una malla de polipropileno de 15x15 cm que se fijó con pegamento basado en cianocrilatos.

El paciente evolucionó de forma favorable en planta y fue dado de alta al cuarto día postoperatorio.

Discusión: La hernia lumbar es una patología quirúrgica rara cuyo origen puede ser congénito o adquirido, y este en postraumáticas o postquirúrgicas.

Es más frecuente en el lado izquierdo y en varones. Se originan en dos áreas con puntos débiles: el triángulo lumbar inferior (de Jean-

Louis Petit) y el triángulo lumbar superior (de Grynfeltt-Lesshaft). El cuello herniario suele ser grande, presentando menor riesgo de estrangulación que otras hernias.

Existen diferentes técnicas quirúrgicas para su reparación, incluyendo el cierre simple, las mioplastias y las plastias con mallas. Aún existe debate sobre cuál es la mejor técnica quirúrgica. El método quirúrgico más apropiado incluye el uso de mallas y técnicas libres de tensión, como es la colocación de la malla preperitoneal con overlap

mayor igual a 5cm, mostrando una reducción considerable en las recurrencias utilizando rutas de acceso abiertas y laparoscópicas.

250160. PROCTOLOGIA EN CMA: EL RETO CONTINUA

N Bregoli Rodríguez, E Buendía Peña, M Ortega Castan, L Díaz Sánchez, C Román De San Juan, M López González-Salido, R De Luna Díaz, D Morales García

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

Introducción: El objetivo de este estudio es analizar nuestros resultados y evaluar la viabilidad de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) en la patología proctológica en nuestro centro.

Material y métodos: Se revisaron los casos de exéresis de sinus pilonidal y hemorroidectomías efectuadas entre enero de 2023 y diciembre de 2024, operados en turno de mañana en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Malaga. Se describen las características clínicas, (edad, sexo, clasificación ASA), el tipo de cirugía realizada, la hora de salida de quirófano, la hora de alta de enfermería y el cálculo de la estancia postoperatoria en horas. Asimismo, se evaluó el seguimiento posquirúrgico, registrando las complicaciones conforme a la escala de Clavien-Dindo y los reingresos hospitalarios.

Resultados: Se realizaron 230 intervenciones proctológicas, distribuidas en 162 varones (70,4%) y 68 mujeres (29,6%).

La media y la mediana de edad fueron de 40 años, con un rango de 15 a 83 años.

La mayoría de los pacientes se clasificaron como ASA I (96 casos) y ASA II (97 casos), alcanzando un 83,9% acumulado. El resto correspondió a 34 ASA III y 3 ASA IV.

Respecto al tipo de cirugía, se realizaron exéresis de sinus pilonidal en 105 varones y 26 mujeres, y hemorroidectomías en 57 varones y 42 mujeres.

La hora media de ingreso en la unidad de readaptación fue a las 13:22 horas (rango: 9:41-16:15), mientras que la hora media de alta fue a las 17:21 horas (rango: 12:56-21:50), con una estancia media postquirúrgica de 3 horas y 59 minutos (rango: 1:31-8:32).

En cuanto a las complicaciones, 149 pacientes (64,9%) no presentaron eventos adversos. Se registraron 75 complicaciones leves, relacionadas principalmente con el control del dolor o la evolución de la herida quirúrgica.

Se documentaron 5 casos de Clavien-Dindo II, tratados con antibióticos, y un caso de Clavien-Dindo IIIa, que requirió reingreso programado para limpieza quirúrgica.

Conclusiones: Los resultados obtenidos, en concordancia con la literatura, confirman que la práctica de CMA en patología proctológica es segura y eficaz, con una baja incidencia de complicaciones graves.

Estos hallazgos respaldan la posibilidad de ampliar su aplicación a otros tipos de procedimientos, siempre tras una adecuada evaluación y selección prequirúrgica de los pacientes.

250161. CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN MECÁNICA. LIPOMATOSIS INTESTINAL.

D Raposo Puglia¹, Mv Parejo Soto², A Jimenez Urbano¹, C Medina Achirica², N García Aguilar²

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

Introducción: La lipomatosis intestinal es una entidad poco frecuente que se define como una proliferación de tejido graso localizada en cualquier parte del tracto gastrointestinal. Se caracteriza por ser una entidad benigna de crecimiento lento y de origen subepitelial. La mayoría de los casos cursa de forma asintomática y se diagnostican de manera incidental. Sin embargo, en ocasiones, puede presentarse clínicamente como cuadros obstructivos, intususcepción o en forma de sangrado.

Caso clínico: Mujer de 77 años con FRCV de HTA-DLP-DM2-Obesidad grado II que consulta por cuadro de dolor abdominal difuso y plenitud postprandial. Niega náuseas o vómitos. Hábito intestinal estreñido. No antecedentes de cirugía previa.

Exploración: Abdomen distendido y timpanizado, pero sin signos de irritación peritoneal. Hernia umbilical de contenido graso depresible. Defecto de aproximadamente 2 centímetros. Ausencia de hernias inguino-cruales.

Pruebas complementarias:

==> Laboratorio: Discreta leucocitosis. No otras alteraciones.

==> Rx de abdomen: Dilatación de asas de delgado. Patrón pila de moneda. **(Figura 1).**

Ante la alta sospecha de cuadro de obstrucción mecánica, se decide realización de TAC de abdomen **(Figura 2)** con contraste que objetiva dilatación marcada de asas de intestino delgado, pequeña cantidad de líquido libre interasas y en FID destacando un engrosamiento parietal a nivel de ciego a partir del cual el colon se colapsa.

Finalmente se decide intervención quirúrgica urgente. Macroscópicamente se evidencia la dilatación generalizada de asas de intestino delgado, pero no se consigue objetivar tumoración que condicione el cuadro. Se realiza una hemicolectomía derecha y anastomosis íleo-cólica manual.

La paciente evoluciona de forma satisfactoria y es dada de alta el 4ºDPO.

El informe anatómico patológico informa de lipomatosis marcada de la válvula ileocecal que oblitera de forma completa la luz.



Figura 1

Radiografía abdomen con patrón obstructivo y tac de abdomen con sospecha de obstrucción mecánica a nivel de ciego.

Discusión: La lipomatosis intestinal es una patología rara, generalmente benigna y asintomática, que en la mayoría de los casos solo requiere seguimiento clínico. Sin embargo, se puede presentar con complicaciones importantes como sangrado, intususcepción u obstrucción intestinal, que pueden requerir un manejo con procedimientos invasivos.

250162. COMPLICACIÓN INFRECIENTE TRAS FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN. A PROPÓSITO DE UN CASO

L Martínez Ruiz, D Bernal Moreno, J Falckenheiner Soria, C Mestre Ponce, C Murube Algarra, R Noriega Mel, A Callejo Piosa, V Vega Ruiz

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

Introducción: La realización de una técnica antirreflujo en el tratamiento de las hernias de hiato es una práctica habitual en nuestros centros que ha mejorado la calidad de vida de los pacientes, sin embargo no está exento de complicaciones.

Caso clínico: Mujer de 73 años acude a Consultas de Cirugía para valoración por hernia de hiato de mediano-gran tamaño de tipo mixto que le ocasiona dolor centrotorácico irradiado a hombro izquierdo tras la ingesta sin disfagia ni RGE.

La paciente se interviene de forma programada mediante laparoscopia, donde se observa gran hernia de hiato por deslizamiento que incluye la totalidad del estómago con defecto de unos 4 cm. Se realiza cierre del hiato con endostich y se confecciona funduplicatura Nissen fijando la valva derecha al pilar ipsilateral. La paciente evoluciona favorablemente por lo que es dada de alta al 2º día postoperatorio.

A los 15 días de la intervención la paciente se realiza EGD sin anomalías.

A los 19 días acude a Urgencias por omalgia izquierda y náuseas con imposibilidad de colocación de SNG. En TC abdomen urgente (**Figura 1**) se observa dilatación distal esofágica con nivel hidroaéreo sin colección ni perforación junto con engrosamiento parietal de antro-bulbo.

Se realiza EDA sin evidencia de dilatación esofágica ni lesiones en mucosa, por ello se inicia tolerancia sin incidencias.

Se realiza TC de control al 4º día de ingreso observándose mayor



Figura 1

TC abdomen urgente en el que se observa dilatación distal esofágica con nivel hidroaéreo.

dilatación de cámara gástrica (posible vólvulo). Se interviene de forma urgente hallándose funduplicatura ascendida a tórax con volvulación organoaxial con signos de sufrimiento de fundus y 3 perforaciones (en cuerpo y fundus), por lo que se decide gastrectomía total con reconstrucción en Y de Roux.

Discusión: La recidiva herniaria y la volvulación gástrica son complicaciones poco frecuentes tras la realización de una funduplicatura, siendo excepcional la asociación de ambas.

Su diagnóstico precoz es clave para la reparación temprana mediante la re-funduplicatura, evitando intervenciones más agresivas. Sin embargo, en la literatura no existe consenso sobre la mejor técnica diagnóstica.

Es por ello que planteamos la estandarización del EGD durante el seguimiento post-operatorio, siendo aún necesario determinar el intervalo de tiempo que debe transcurrir desde la intervención hasta la realización de dicha prueba.

250163. ABDOMEN AGUDO COMO PRESENTACIÓN DE DICERCULITIS APENDICULAR ABSESIFICADA

M Peix Raya, C Román De San Juan, MT Robles Quesada, MDM De Luna Díaz, R De Luna Díaz.

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

Introducción: La Diverticulitis apendicular es una entidad poco frecuente de abdomen agudo, con una incidencia en torno al 1%. Se suele diagnosticar como hallazgo incidental en el estudio anatomopatológico de la pieza tras una apendicectomía. En la mayoría de los casos, esta entidad cursa de forma asintomática; sin embargo, su evolución puede derivar en cuadros inflamatorios subagudos que favorecen la formación de abscesos y perforación del apéndice cecal, planteando un reto en el diagnóstico diferencial con la apendicitis aguda clásica previo a la cirugía. El tratamiento definitivo en la mayoría de los casos es la cirugía. Presentamos un caso clínico de Diverticulitis apendicular en nuestro centro, desde el diagnóstico hasta el hallazgo anatomopatológico definitivo.

Caso clínico: Paciente de 50 años, sin antecedentes de interés, que acude por dolor abdominal difuso con progresiva focalización en FID de 3 días de evolución. El dolor se acompaña de fiebre de hasta 38.5º C y sensación distérmica. A la exploración la paciente presenta dolor a la palpación en FID con signo de blumberg positivo. Análíticamente destaca una elevación de RFA con PCR de 65 y Leucocitosis de hasta 17000. Se realiza una TC de abdomen que describe una apendicitis aguda retrocecal complicada, con cambios peritoníticos en gotiera paracólica y fosa iliaca derecha.

Se decide intervención quirúrgica. Se inicia con abordaje laparoscópico evidenciándose un plastrón inflamatorio donde íleon y ciego se encuentran fusionados con el peritoneo. Se realiza decolación de parte de colon derecho. Ante la no identificación de apéndice y posibilidad de iatrogenia, se decide conversión a abordaje abierto. Finalmente se libera el plastrón y se localiza el apéndice cecal, éste presenta numerosos divertículos con signos de inflamación, absceso en la pared y perforación en tercio distal como se evidencia en la imagen. Se realiza apendicectomía, lavado profuso y colocación de drenaje. El resultado final de la anatomía patológica fue de Diverticulitis apendicular aguda perforada y abscesificada.

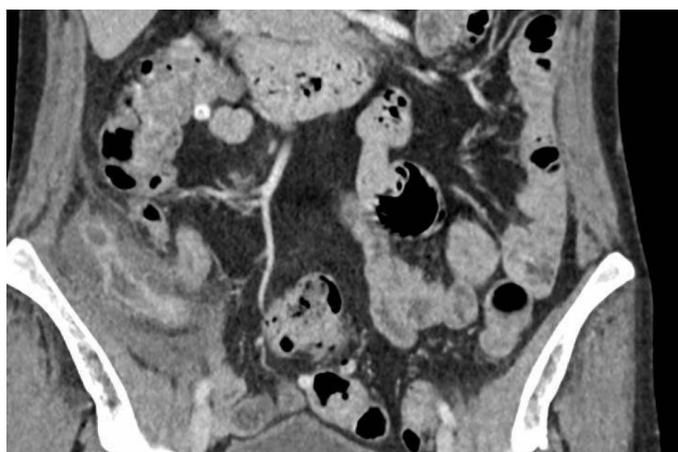


Figura 1

TAC.

Discusión: A pesar de su baja incidencia es importante conocer la Diverticulitis apendicular para realizar un buen diagnóstico diferencial en la sospecha de abdomen agudo, así como conocer sus formas de presentación clínica. Lo más frecuente es un curso subagudo de la misma, siendo esperables hallazgos intraoperatorios como abscesos, perforaciones contenidas o plastrón inflamatorio. La conversión a un abordaje abierto debe tenerse en cuenta en situaciones como la

expuesta para evitar la iatrogenia y completar la cirugía de manera satisfactoria.

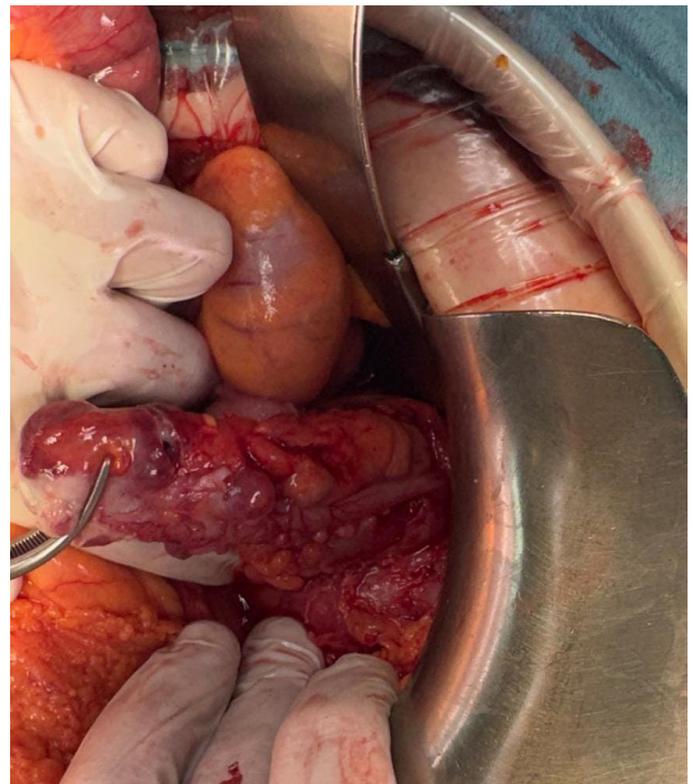


Figura 2

Pieza Quirúrgica.



Figura 3

Pieza AP.

250164. MÁS ALLÁ DEL BISTURÍ: LA RELEVANCIA DE LOS COMITÉS MULTIDISCIPLINARES EN EL MANEJO DEL LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL

C Román De San Juan, M Ortega Castán, MS Álvarez Escribano, R Soler Humanes, LT Ocaña Wilhelmi

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

Introducción: El liposarcoma retroperitoneal (LR) representa uno de los mayores desafíos en la oncología quirúrgica actual,

caracterizado por su presentación clínica tardía, compleja región anatómica y alta tasa de recurrencia local. Se trata de un tumor raro que representa el 0.1% de las neoplasias malignas pero es el sarcoma más común en la región retroperitoneal. En este contexto, los comités multidisciplinares han emergido como un elemento fundamental. La evidencia científica demuestra que el abordaje coordinado no solo mejora la precisión diagnóstica y la planificación quirúrgica individualizada, sino que también optimiza la secuenciación terapéutica, impactando positivamente en el control local de la enfermedad y en la supervivencia global.

Caso clínico: Mujer de 66 años que consulta en un centro privado por molestias abdominales inespecíficas y pérdida ponderal.

En TC y RM abdominal aparece una tumoración en hemiabdomen izquierdo de 15*12cm con efecto masa sobre el colon izquierdo. Se realiza resección tumoral y hemicolectomía izquierda con anastomosis primaria. La anatomía patológica evidencia LR de alto grado con predominio pleomórfico (60%), pT4NxM0, estadio IIIB, con márgenes afectados. En TC abdominal de control postquirúrgico se aprecia persistencia de densidad grasa con calcificaciones sin poder descartar restos de la lesión reseçada, aunque sin componente sólido. Se deriva a nuestro centro y, tras presentarse en comité, se decide rescate quirúrgico. En la cirugía, encontramos una masa de aspecto lipomatoso sobre el psoas izquierdo con zonas calcificadas sin plano de clivaje con la fascia de Gerota, por lo que se realiza resección tumoral y nefrectomía izquierda. Se confirma la misma estirpe tumoral en la anatomía definitiva. La paciente presentó una semana de ingreso y, a los seis meses, se encuentra libre de enfermedad.

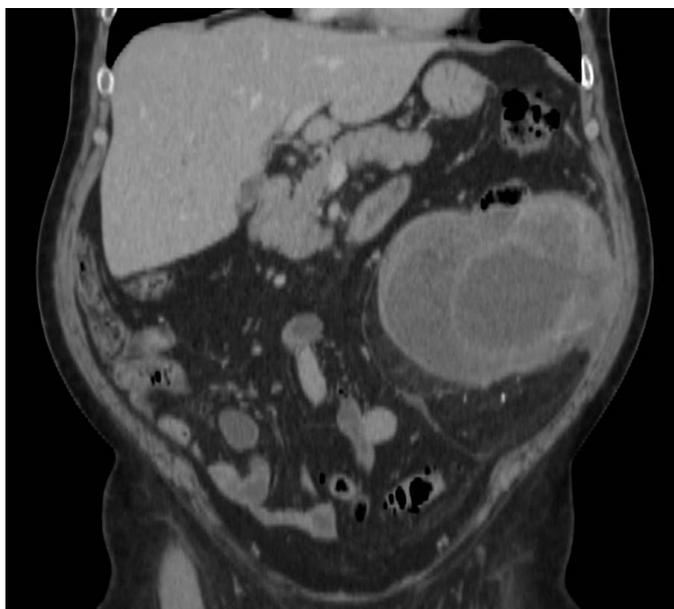


Figura 1
TC preoperatorio.

Discusión: Aunque la cirugía sigue siendo el pilar fundamental en el tratamiento de los LR, especialmente para lograr una resección con márgenes negativos (R0), como refleja el ensayo clínico STRASS, el manejo óptimo de estos tumores complejos requiere una planificación terapéutica integral y personalizada.



Figura 2
TC preoperatorio.

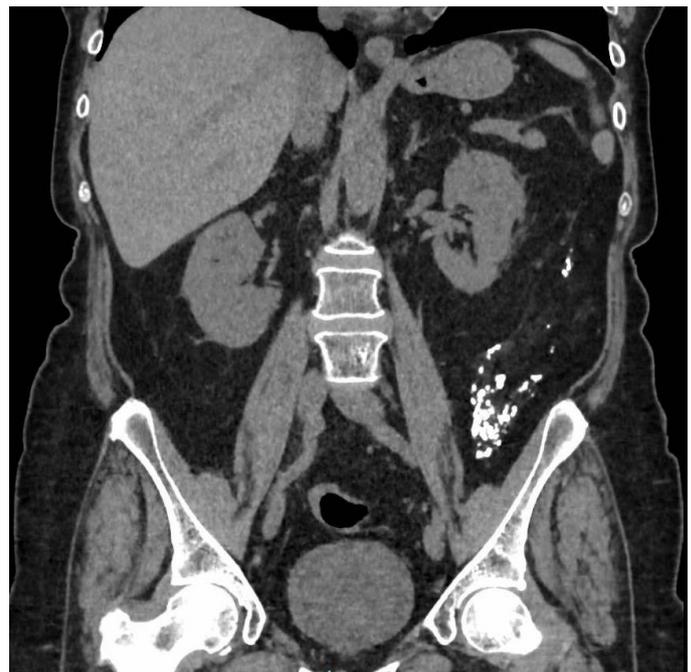


Figura 3
TC postoperatorio.

De acuerdo con los resultados del ensayo clínico STREXIT, la radioterapia (RT) neoadyuvante ha demostrado beneficios en liposarcomas bien diferenciados y desdiferenciados grado 1 y 2 para el control local de la enfermedad.

Si la paciente hubiera sido valorada inicialmente por un comité multidisciplinar, la radioterapia preoperatoria podría haberse considerado como parte del abordaje terapéutico integral con el fin de realizar una cirugía R0, reduciendo el riesgo de recurrencia local y mejorando la calidad de vida postoperatoria.



Figura 4

Pieza quirúrgica.

250166. HERNIA DE LITTRÉ: UNA CAUSA OLVIDADA DE ABDOMEN AGUDO

A Callejo Piosa, A Díez Núñez, J Varela Recio, C Mestre Ponce, C Murube Algarra, L Martínez Ruiz, R Noriega Mel, V Vega Ruiz

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

Introducción: La hernia de Littré es una entidad poco frecuente que se caracteriza por la protrusión de un divertículo de Meckel a través de un defecto hernario. El divertículo de Meckel, remanente del conducto onfalomesentérico, está presente en aproximadamente el 2% de la población, aunque raramente se manifiesta clínicamente. Su complicación más severa es la obstrucción intestinal, que puede deberse a encarcelación, estrangulación o torsión, con riesgo de isquemia o perforación intestinal. Estas presentaciones agudas constituyen una urgencia quirúrgica, cuyo diagnóstico preoperatorio es infrecuente, siendo habitualmente hallazgo intraoperatorio. La laparoscopia constituye una herramienta útil tanto diagnóstica como terapéutica.

Caso clínico: Mujer de 34 años, sin antecedentes relevantes, que acude a urgencias por dolor abdominal de 48 horas de evolución, acompañado de náuseas, vómitos y elevación de reactantes de fase aguda. No refería alteraciones en el hábito intestinal. A la exploración física presentaba dolor en fosa ilíaca derecha con defensa muscular y signos de irritación peritoneal.

La ecografía abdominal urgente sugería apendicitis aguda con presencia de líquido libre, por lo que se decidió realizar laparoscopia exploradora. Intraoperatoriamente se evidenció una hernia interna condicionada por un divertículo de Meckel encarcelado, compatible con hernia de Littré, que provocaba obstrucción intestinal. Se procedió a la reducción del contenido herniario, lisis de adherencias, resección de divertículo de Meckel complicado y apendicectomía profiláctica.

La paciente presentó buena evolución posoperatoria y fue dada de alta al quinto día posoperatorio tras resolución del cuadro obstructivo.

Discusión: Las hernias de Littré representan una causa inusual pero potencialmente grave de obstrucción intestinal. Su baja prevalencia, junto a la inespecificidad de los síntomas, dificulta el diagnóstico preoperatorio, siendo generalmente identificado durante la cirugía. Aunque clásicamente se han descrito en hernias inguinales, femorales o umbilicales, también pueden aparecer como hernias internas, como en este caso.

La laparoscopia ofrece ventajas diagnósticas en situaciones de abdomen agudo de etiología no filiada y permite una resolución terapéutica eficaz y mínimamente invasiva, especialmente en pacientes jóvenes y sin comorbilidades. La resección del divertículo es el tratamiento de elección ante signos de complicación o sospecha de patología maligna. En este caso se asoció además una apendicectomía profiláctica, decisión razonable en el contexto de abordaje quirúrgico urgente en fosa ilíaca derecha. Por ello, la hernia de Littré debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial en casos de obstrucción intestinal sin causa clara, especialmente en pacientes jóvenes y el abordaje laparoscópico de elección siempre que sea posible como en nuestro caso.

250167. CARCINOMA PAPILAR AVANZADO Y ALERGIA AL YODO: ¿UNA CONTRAINDICACIÓN REAL?

A Callejo Piosa, A Díez Núñez, A Hendelmeier Orero, J Álvarez Medialdea, C Mestre Ponce, C Murube Algarra, L Martínez Ruiz, V Vega Ruiz

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

Introducción: El tratamiento con yodo radiactivo (RAI) constituye una de las estrategias fundamentales en el manejo del carcinoma papilar de tiroides avanzado tras tiroidectomía total. Su eficacia se basa en la captación selectiva del yodo por el tejido tiroideo residual y las metástasis diferenciadas. Está indicado en casos con metástasis a distancia, afectación ganglionar extensa, invasión extratiroidea macroscópica o persistencia estructural/bioquímica de enfermedad, así como en pacientes de alto riesgo según las guías ATA. La administración del RAI requiere preparación previa, que incluye dieta baja en yodo, estimulación con TSH (mediante supresión hormonal o TSH recombinante) y ayuno periprocedimiento. La dosis varía entre 30 y 200 mCi según la extensión de la enfermedad. Sin embargo, la alergia conocida o sospechada a compuestos yodados plantea un desafío terapéutico.

Caso clínico: Paciente de 15 años con antecedentes familiares de neoplasia tiroidea, diagnosticada de carcinoma papilar de tiroides, subtipo esclerosante difuso. Se realizó tiroidectomía total

con linfadenectomía bilateral el 12/11/2024. El tumor comprometía difusamente toda la glándula, con afectación ganglionar extensa (28/64 ganglios positivos). Los márgenes quirúrgicos fueron negativos.

Dada la indicación de tratamiento adyuvante con RAI y los antecedentes de posible alergia a contrastes yodados, la paciente fue remitida a la Unidad de Alergología para valoración. Se realizó un ensayo controlado con dosis reducida de radioyodo y lobitridol bajo monitorización, sin reacciones inmediatas. Tras la evaluación, se concluyó que el riesgo de hipersensibilidad al radioyodo no superaba al de la población general.

Discusión: Las reacciones adversas al yodo suelen estar relacionadas con compuestos que lo contienen, como contrastes yodados o antisépticos cutáneos (povidona yodada), pero no con el yodo elemental o radiactivo. La literatura actual evidencia que la administración de RAI es segura en pacientes con historia de alergia a contrastes yodados, siempre que realice una evaluación radiológica adecuada. Este caso demuestra que, incluso en pacientes con sospecha de hipersensibilidad, es posible completar el tratamiento oncológico estándar con RAI sin complicaciones, mediante un enfoque multidisciplinar y protocolos individualizados. Por ello, podemos concluir que la alergia a contrastes yodados no debe considerarse una contraindicación absoluta para el tratamiento con RAI en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides.

250168. ¿CUÁNDO SOSPECHAR UNA NEOPLASIA SÓLIDA PSEUDOPAPILAR PANCREÁTICA? EL RETO DE ENFRENTARSE A LO DESCONOCIDO.

A Ron García, P Vílchez Fernández, R Rejón López, AB Vico Arias, JM Villar Del Moral

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

Introducción: La neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas (NSPP) es una infrecuente tumoración pancreática exocrina, con bajo índice de malignidad. Plantea un desafío diagnóstico y debe considerarse ante masas incidentales pancreáticas en mujeres jóvenes. Presentamos un caso que recientemente hemos tenido la oportunidad de tratar.

Caso clínico: Mujer de 20 años, sin antecedentes personales relevantes, que consultó por molestias intermitentes en fosa renal izquierda. A su valoración en urgencias, se realizó TC abdominal y se detectó una masa abdominal de 15 cm de diámetro, en contacto con cola pancreática, bazo y curvatura gástrica mayor, sin signos de infiltración vascular ni adenopatías.

El estudio se completa con un TC torácico y SPECT-TC que no revelaron hallazgos adicionales. Se realizó biopsia guiada por TAC. El análisis anatomopatológico e inmunohistoquímico confirmó una neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas.

Se intervino de forma programada realizándose pancreatectomía distal con esplenectomía por vía abierta. Se seccionó el cuello pancreático con endograpadora protegida, realizando control de los vasos esplénicos con grapadora lineal y clips poliméricos.

En la evolución postoperatoria destacó la presencia de una fístula pancreática bioquímica de bajo débito tipo A, resuelta de forma conservadora. Fue dada de alta al quinto día postoperatorio.

El informe definitivo de anatomía patológica identificó un tumor sólido pseudopapilar de 15x12x9 cms. en la cola pancreática, con márgenes libres, sin invasión vascular, ganglionar o perineural.

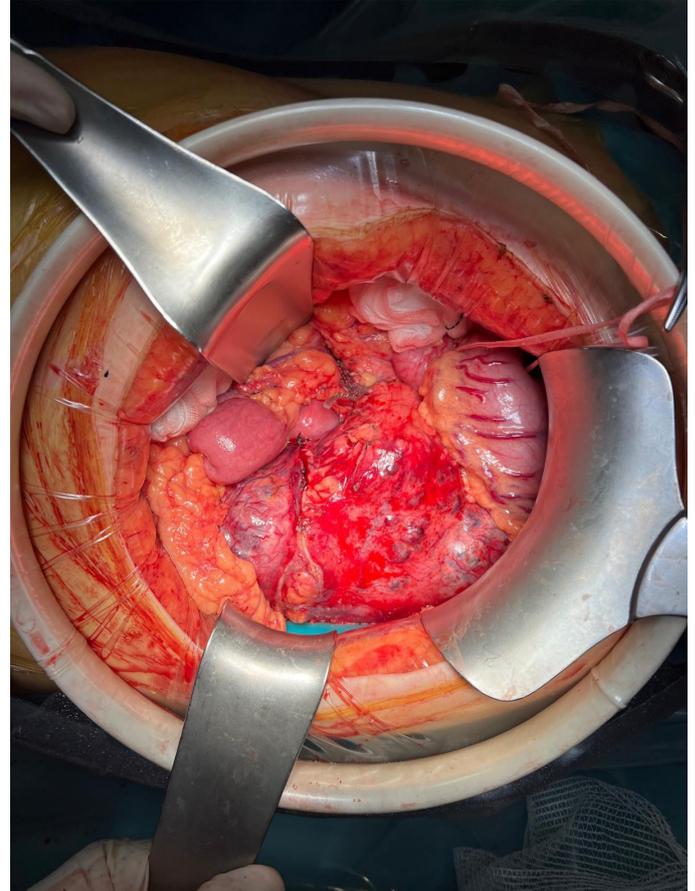


Figura 1 Imagen intraquirúrgica de la neoplasia pseudopapilar pancreática.

Discusión: La neoplasia sólida pseudopapilar es un tumor pancreático infrecuente que afecta predominantemente a mujeres jóvenes. Su presentación clínica suele ser inespecífica, en forma de dolor abdominal o masa palpable.

El diagnóstico se establece mediante estudios radiológicos y se confirma por análisis anatomopatológico.

El tratamiento de elección es la resección completa con márgenes libres, con una tasa de supervivencia a los tres años del 95,6 %.

En pacientes jóvenes, debe priorizarse la cirugía conservadora de función endocrina y exocrina siempre que sea posible.

Es esencial una evaluación individualizada que aúne eficacia y seguridad. El abordaje mínimamente invasivo representa una alternativa segura y eficaz en casos seleccionados.

250169. DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS DEL LINFOMA TIPO MALT EN INTESTINO DELGADO

V Bellido Moreno, G Salguero Seguí, I Pérez Mesa, A López Labrador

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

Introducción: El linfoma tipo MALT (tejido linfoide asociado a mucosas) es un subtipo de linfoma no Hodgkin (LNH) de bajo grado que representa entre el 3-5% de todos los LNH. Su presentación extranodal más común ocurre a nivel gástrico, afectándose el intestino delgado (ID) en el 15-30% de los linfomas gastrointestinales. En el ID puede manifestarse como poliposis linfomatosa múltiple, masas, nódulos, cicatrices y erosiones.

Las principales herramientas diagnósticas incluyen la endoscopia, la resonancia magnética (RM), la tomografía computarizada (TC) y la PET-TC-18F-FDG. El diagnóstico del linfoma MALT en el ID puede ser complejo debido a la inespecificidad de los síntomas y a la dificultad para acceder a esta región del tracto gastrointestinal.

En este contexto, la cápsula endoscópica permite visualizar la mucosa del ID y detectar lesiones sospechosas. Sin embargo, estos hallazgos no son exclusivos del linfoma MALT y pueden superponerse con patologías como la enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones crónicas o tumores neuroendocrinos.

El tratamiento incluye la radioterapia o inmunoterapia con rituximab.

Caso clínico: Varón de 35 años con dolor abdominal crónico y pérdida ponderal de 30 kg. Las endoscopia no mostraron hallazgos relevantes. La TC y la entero-RM evidenciaron un engrosamiento segmentario de 10 cm a nivel yeyunoileal, planteando como diagnóstico diferencial una enfermedad inflamatoria intestinal, tumor carcinoide o linfoma. Además, se observaron adenopatías patológicas en el meso adyacente.



Figura1

TC corte axial donde se aprecian adenopatías patológicas a nivel de meso de intestino delgado.

Ante la ausencia de confirmación histológica, se decidió realizar intervención quirúrgica. Mediante abordaje laparoscópico se confirmaron los hallazgos descritos. Se realizó resección del segmento

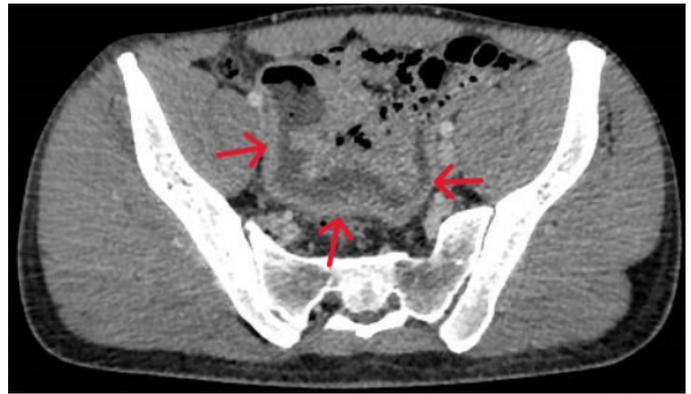


Figura 2

TC corte axial a nivel de asa yeyunoileal con segmento de unos 10 cm con engrosamiento de pared a nivel de asa intestinal.

intestinal afectado, incluyendo el meso con el conglomerado adenopático y se confeccionó una anastomosis laterolateral funcional mecánica, extrayendo la pieza a través de una minilaparotomía infraumbilical. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta al sexto día postoperatorio.

El análisis anatomopatológico confirmó el diagnóstico de linfoma MALT, con márgenes quirúrgicos libres. Posteriormente, el paciente recibió seis ciclos de rituximab, con buena respuesta clínica y sin evidencia de recidiva en el seguimiento.

Discusión: El linfoma tipo MALT intestinal es una forma rara y compleja de LNH que, aunque predominantemente gástrico, puede localizarse en ID. Su diagnóstico es desafiante debido a la inespecificidad de los síntomas y la dificultad de llegar a un diagnóstico de certeza, donde entra en juego la cirugía para este fin. El pronóstico suele ser favorable, debido a su crecimiento lento y baja agresividad. En resumen, el linfoma MALT intestinal representa una entidad rara pero clínicamente significativa, cuya detección precoz puede ofrecer excelentes tasas de supervivencia.

250172. CIRUGÍA DE RESCATE EN EL CÁNCER COLORRECTAL: UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

M Peix Raya, G Plata Pérez, C Román De San Juan, JL Cuba Castro, A Del Fresno Asensio

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

Introducción: La cirugía de rescate en el tratamiento del cáncer colorrectal se presenta como un reto quirúrgico. Es fundamental conseguir como objetivo una resección R0, aumentando así el rango de supervivencia entre el 15 y el 40% y, para ello en la mayoría de ocasiones son precisos procedimientos quirúrgicos agresivos y de alta complejidad, que involucran a distintos especialistas. Este tipo de cirugías se deben realizar en centros de referencia y tras ser sometidos a la evaluación por un comité multidisciplinar. Exponemos un caso en nuestro centro.

Caso clínico: Paciente de mujer de 61 años intervenida por adenocarcinoma de recto inferior en centro externo tras QT/RT, realizándose amputación abdominoperineal (T3N1). Durante el

seguimiento se evidencia crecimiento progresivo de adenopatías de aspecto patológico en cadena de obturador e iliaca externa derechas, metabólicamente activas en PET, de difícil reseccabilidad. Finalmente el caso es recibido en nuestro centro donde realizamos un estudio anatómico en profundidad con nuevo TAC, RMN y reconstrucción 3D con estudio Cella. Ante la posibilidad de R0 se decide cirugía. En quirófano se evidencia un conglomerado adenopático parailíaco que engloba uréter, vena iliaca, arteria iliaca interna y externa derecha. Se realiza disección del conglomerado adenopático con sección de ureter proximal, arteria iliaca común y vena iliaca común, proximal y distal a la tumoración. Previo control vascular de arteria y vena femoral derecha, y con el apoyo de Cirugía Vasculr, se realiza By-pass arterial protésico de iliaca común derecha a femoral común derecha. Se decide no hacer derivación venosa por el riesgo de ETEV. Finalmente Urología realiza reimplantación de uréter derecho con vejiga psicoica. La paciente fue dada de alta el día 13 tras la cirugía sin complicaciones durante el ingreso. El análisis final de AP indica resección R0. La paciente es derivada a Oncología para tratamiento adyuvante.

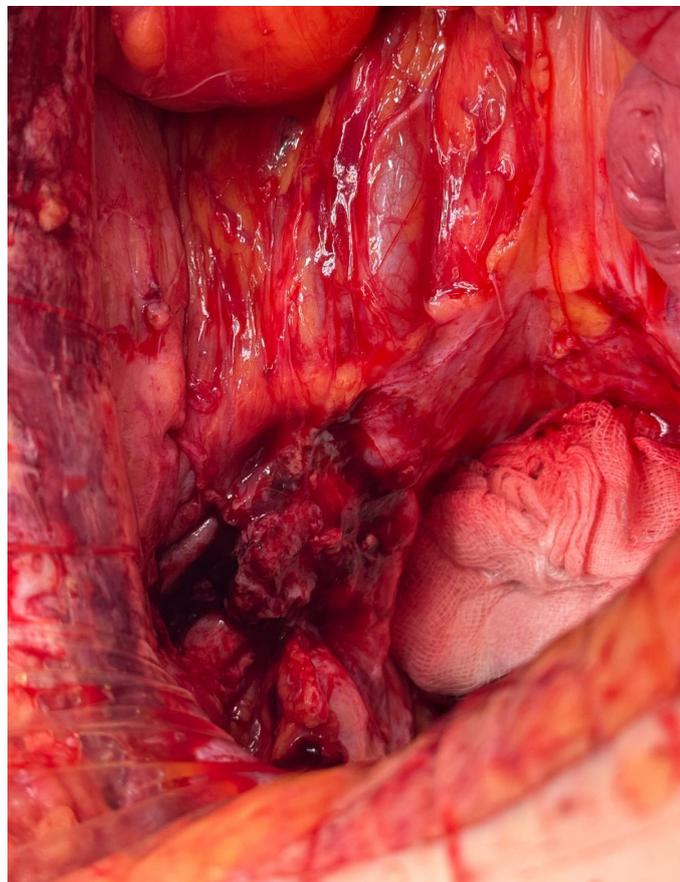


Figura 1
Adenopatías.

Discusión: La cirugía de rescate en el cáncer colorrectal con afectación de estructuras vasculares, y criterios de difícil reseccabilidad, puede mejorar la supervivencia siempre que sea posible conseguir una resección R0 y se realice en centros especializados con experiencia. Los pacientes tienen que ser estudiados meticulosamente, y el abordaje debe ser en todo momento multidisciplinar. La decisión debe individualizarse en cada paciente teniendo en cuenta aspectos como la esperanza de vida y la morbilidad que acompaña al procedimiento quirúrgico. El apoyo en las nuevas tecnologías como plataformas de

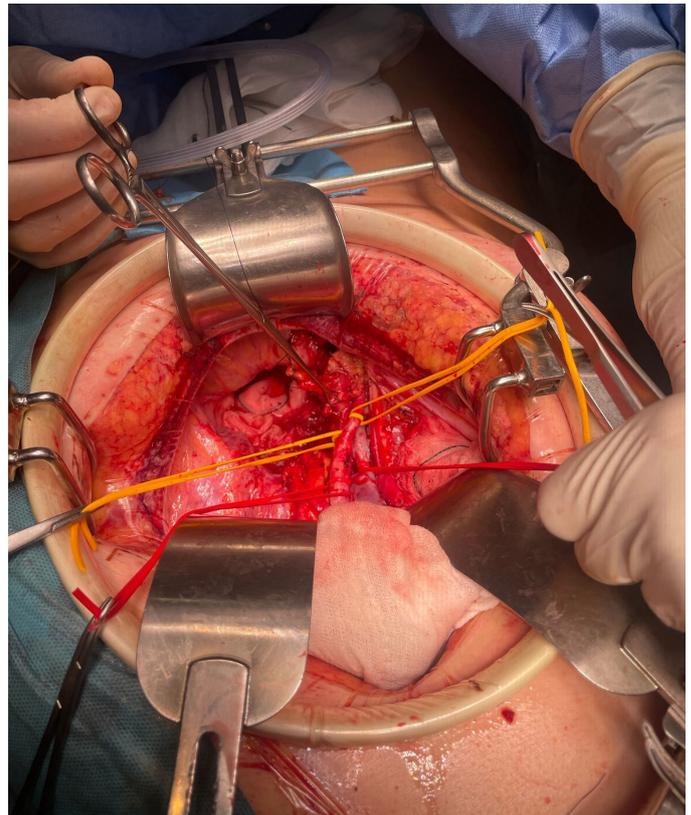


Figura 2
Control vascular.

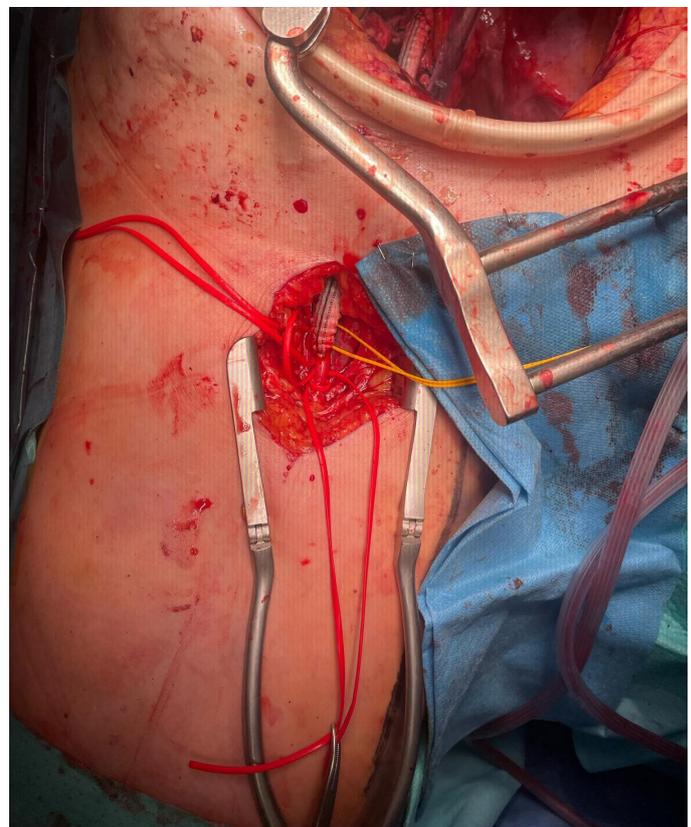


Figura 3
By-pass arterial.

reconstrucción 3D debe ser una herramienta a tener en cuenta en la práctica quirúrgica.

250173. VERDE DE INDIOCIANINA EN EL DIAGNOSTICO DE ISQUEMIA INTESTINAL EN EL POSTOPERATORIO DE CANCER DE COLON

ML Cañones Martos, M López González-Salido, L Ocaña Wilhelmi, S Mansilla Díaz

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

Introducción: El verde de indocianina es un agente fluorescente utilizado en cirugía para evaluar la perfusión tisular. En el ámbito de la cirugía colorrectal, se ha demostrado su utilidad en la prevención de complicaciones relacionadas con la anastomosis intestinal, y su potencial diagnóstico para detectar isquemia intestinal en el periodo postoperatorio.

Caso clínico: Mujer de 52 años, diagnosticada de adenocarcinoma de rectosigma, tratada con neoadyuvancia (quimioterapia (XELOX) y posterior resección anterior de recto robótica con anastomosis mecánica término-terminal a 12 cm del margen anal. Durante dicha intervención se empleó verde de indocianina para evaluar la perfusión del segmento proximal a la anastomosis, obteniéndose resultados favorables.

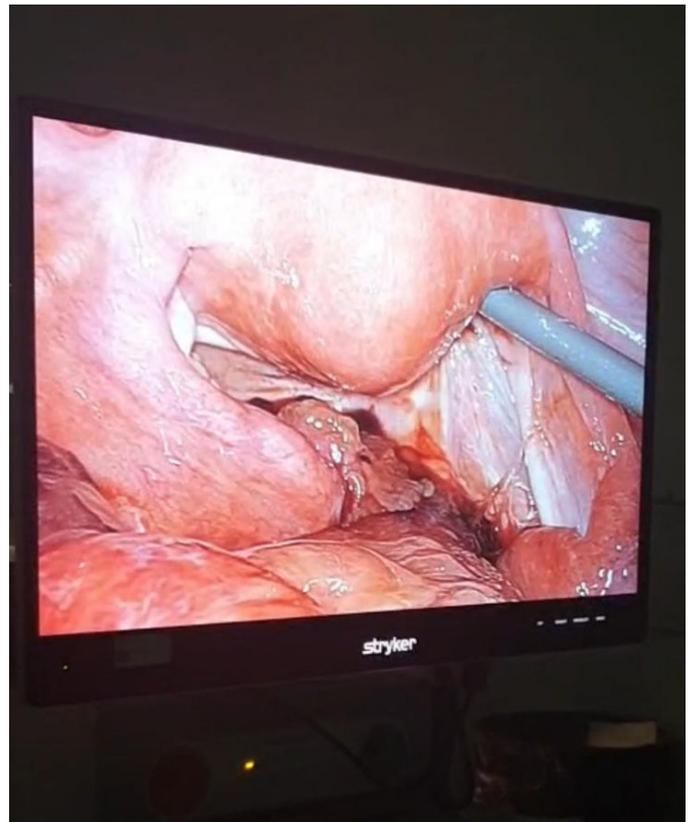


Figura 2
Anastomosis recto sigmoidea.

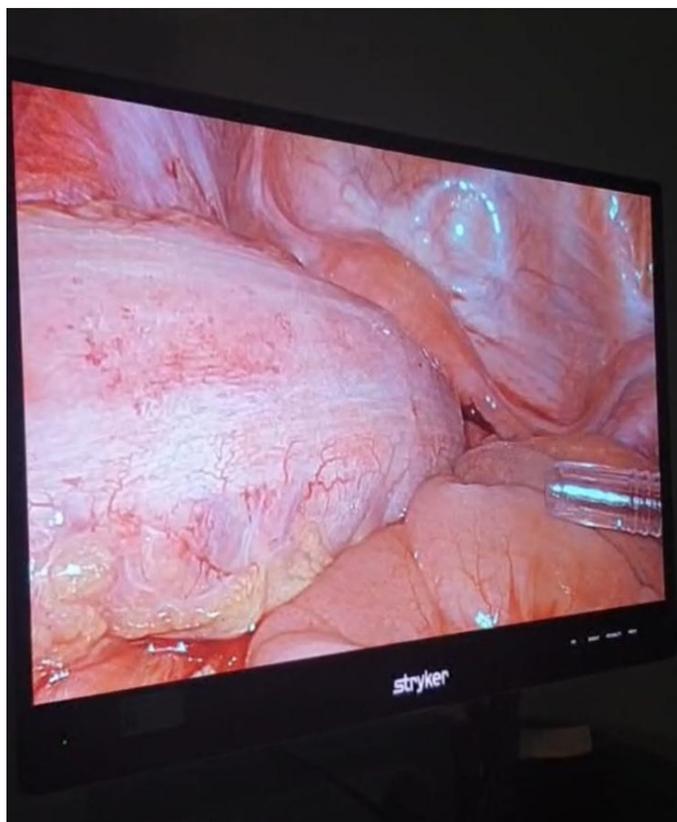


Figura 1
Colon descendente.



Figura 3
Verde indocianina en asa colon descendente.

En el día 3 postoperatorio, la paciente presentó cuadro de dolor abdominal difuso, febrícula y aumento de reactantes de fase aguda, con hallazgos radiológicos en TC urgente que sugerían isquemia en un segmento del colon descendente proximal a la anastomosis.

Se decidió reintervención urgente para exploración abdominal. Durante la cirugía, se observó un segmento colónico descendente edematizado pero sin signos evidentes de isquemia. La perfusión se evaluó de nuevo con verde de indiocianina, observándose una fluorescencia homogénea con leve retraso, sin hallazgos que sugirieran isquemia crítica por lo que no fue necesario realizar resección adicional ni colostomía. La paciente presentó buena evolución y fue dada de alta sin incidencias.



Figura 4 

Vascularización verde indiocianina.

Discusión: El uso de verde de indocianina no solo permitió asegurar una adecuada perfusión en la primera intervención, sino que también resultó crucial para la toma de decisiones en el contexto postoperatorio. La evaluación intraoperatoria durante la reintervención descartó isquemia grave y evitó una intervención quirúrgica más agresiva. Por tanto, sigue siendo una herramienta eficaz para la evaluación de la viabilidad intestinal tanto en el intraoperatorio como en situaciones de duda diagnóstica en el postoperatorio.

El verde de indocianina es un recurso valioso y fiable para la evaluación funcional de la perfusión intestinal en cirugía colorrectal. Su aplicación intra y postoperatoria contribuye a una toma de decisiones quirúrgicas más informada, optimizando los resultados y reduciendo la necesidad de procedimientos adicionales innecesarios.

250176. AFECTACIÓN PERIANAL POR PÉNFIGO AMPOLLOSO QUE SIMULA UNA COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE SCHMIDT: REPORTE DE UN CASO

D Vázquez Acedo, M Álvarez Aguilera, R Olmo Santiago, F Vázquez Casado, ML Reyes Díaz, F De La Portilla De Juan

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

Introducción: El pénfigo ampollosa (PA) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por la formación de ampollas subepiteliales, que rara vez afecta las mucosas o la región perianal. Su aparición tras una cirugía en esta zona puede confundirse con complicaciones postoperatorias, especialmente en pacientes con antecedentes dermatológicos.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 66 años con antecedentes de síndrome de Schmidt (síndrome poliglandular autoinmune tipo I: enfermedad de Addison, hipotiroidismo y diabetes tipo I) y pénfigo ampollosa de difícil control. Fue derivada desde el servicio de urgencias por presentar proctalgia intensa posterior a la defecación, varias semanas después de haberse sometido a una hemorroidectomía tipo Milligan-Morgan. Inicialmente se diagnosticó una fisura anal postoperatoria. Sin embargo, el examen físico reveló erosiones mucosas que comprometían toda la circunferencia del anodermo y el pliegue interglúteo, compatibles con cicatrización retardada y sugestivas de pénfigo ampollosa activo. La biopsia confirmó la afectación perianal por la enfermedad. El tratamiento fue ajustado con azatioprina y clobetasol tópico, con mejoría parcial. El mecanismo fisiopatológico más probable fue un fenómeno de Koebner desencadenado por el trauma quirúrgico.

Discusión: El PA es una enfermedad autoinmune mediada por autoanticuerpos contra los hemidesmosomas, componentes esenciales en la adhesión dermoepidérmica. Su presentación típica incluye ampollas tensas en piel, pero la afectación mucosa es infrecuente, y el compromiso perianal aún más raro (Schmidt et al). Este caso adquiere particular relevancia por su presentación atípica en una paciente con síndrome de Schmidt, entidad autoinmune poliglandular que conlleva una predisposición sistémica a enfermedades autoinmunes de difícil manejo.

La presentación posterior a una hemorroidectomía, simulando sintomatología de una fisura anal postoperatoria, resalta un reto diagnóstico importante. El fenómeno de Koebner, descrito como la aparición de lesiones características de una enfermedad dermatológica en sitios de trauma, ha sido previamente documentado en PA, aunque con escasa frecuencia en el área perianal. La coexistencia de múltiples enfermedades autoinmunes podría aumentar la susceptibilidad a esta respuesta errática tras agresión quirúrgica.

El reconocimiento precoz de esta entidad es esencial para evitar tratamientos inadecuados, retrasos en la cicatrización y deterioro de la calidad de vida. En nuestro caso, el ajuste inmunosupresor con azatioprina y corticoides tópicos permitió una evolución clínica favorable, lo cual concuerda con experiencias previas en la literatura (Fairley et al).



Figura 1

Lesión en anodermo y pliegue interglúteo.

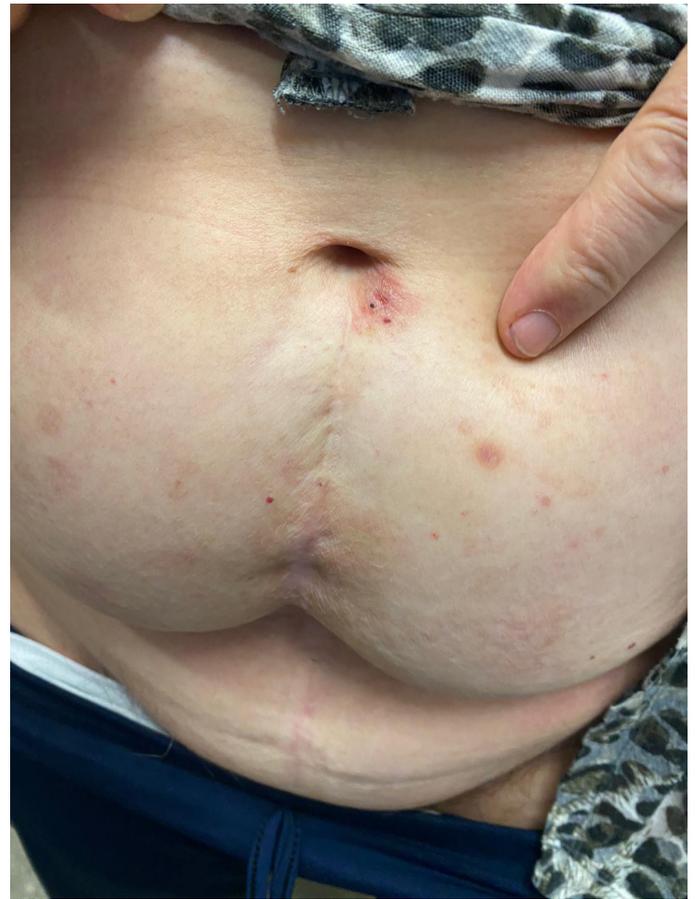


Figura 3

Lesiones en piel de abdomen.



Figura 1

Lesiones en pliegue interglúteo.

Este reporte enfatiza la importancia de integrar el historial dermatológico e inmunológico del paciente en la planificación quirúrgica y el seguimiento postoperatorio, especialmente en presencia de signos de cicatrización inusual.

250181. HEMOPERITONEO IATROGÉNICO TRAS BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA

E Ferre Ruiz, S Qian Zhang, J Santoyo Villalba, I Mirón Fernández, JM Aranda Narváez, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La biopsia de médula ósea es una técnica diagnóstica muy usada para patologías hematológicas. Para la comodidad y seguridad del paciente se prefiere tomar una muestra de la cresta iliaca posterior.

Se considera un procedimiento relativamente fácil, pero no está exento de complicaciones (0.07-0.08%), siendo las más frecuentes el dolor en el lugar de punción o infección local.

La hemorragia local es la complicación grave más frecuente. El riesgo de lesionar estructuras neuro-vasculares es mayor cuando se utiliza un abordaje perpendicular durante el procedimiento. Las arterias que se suelen lesionar con mayor frecuencia son la iliolumbar,

la glútea superior, la hipogástrica y la sacra media. Las complicaciones post-biopsia pueden no ser evidentes inmediatamente después del procedimiento y se pueden presentar de forma diferida. El reconocimiento y manejo precoces son fundamentales para disminuir la morbi-mortalidad. Las pruebas de imagen, como el TC abdomino-pélvico, resultan cruciales. Asimismo, el radiólogo intervencionista también cobra importancia en el manejo de las complicaciones vasculares.

Caso clínico: Paciente de 70 años, en estudio actualmente por trombocitosis encontrada en una analítica de rutina. Se realiza biopsia de médula ósea (cresta iliaca). A la hora la paciente comienza con dolor abdominal intenso y presenta un bache hipotensivo que remonta con carga de suero fisiológico.

Se extrae analítica sanguínea, con una Hb de 13. A las 2h se extrae nueva analítica, con caída de la Hb de 2 puntos. Se realiza angioTC urgente (Figura 1) que muestra hematoma pélvico posterior a recto con signos de sangrado activo y abundante hemoperitoneo. Se realiza arteriografía, que resulta negativa. Ante estabilidad hemodinámica se decide actitud expectante. A la mañana siguiente, anemia de 11 a 7.7. Se repite angioTC, donde se evidencia aumento del hematoma, pero sin objetivar focos de extravasado de contraste. Al continuar estable, se decide transfundir 1 concentrado de hematíes, el cual resulta rentable, pasando a 8.6 de Hb. Posteriormente, no presenta nuevas anemizaciones.

Previo al alta (7º día de ingreso) se realiza nuevo angioTC (Figura 2) para descartar complicaciones tardías, persistiendo hematoma pélvico con extensión intraabdominal, anterior al psoas derecho y gotiera paracólica derecha, sin signos de sangrado activo.



Figura 1 Primer angioTC donde se evidencia el foco de sangrado arterial activo.

Discusión: La biopsia de médula ósea es una técnica diagnóstica fundamental en Hematología, con un perfil alto de seguridad y un ratio bajo de complicaciones. Sin embargo, aunque las complicaciones vasculares son raras, pueden ser potencialmente letales, requiriendo un diagnóstico y tratamiento tempranos.



Figura 2 AngioTc previo al alta, donde se evidencia el hematoma sin signos de sangrado activo.

250184. UN CIERRE INSUFICIENTE Y UNA URGENCIA INESPERADA: EVISCERACIÓN EN PUERTO LATERAL TRAS APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Á Cortés Guerrero¹, I Roldán Ortiz², Á Moreno Fernández¹, M Ibañez Rubio¹, N Muñoz Pérez¹

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

Introducción: La apendicectomía laparoscópica es el tratamiento de elección en la apendicitis aguda por su menor morbilidad postoperatoria, recuperación más rápida y mejores resultados estéticos. No obstante, no está exenta de complicaciones, como la evisceración a través de los puertos, cuya incidencia es baja (aproximadamente 0,5%) pero potencialmente grave. Este riesgo se incrementa en puertos de calibre igual o superior a 10 mm y se asocia a factores como obesidad, edad avanzada o cierre fascial incompleto. La mayoría de los casos se localizan en la línea media; la aparición en puertos laterales es excepcional debido a la disposición anatómica de las fibras musculares.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 70 años intervenida de urgencia por apendicitis gangrenosa mediante

laparoscopia. Se utilizaron tres trócares: uno óptico umbilical tipo Hasson, un trócar de 5 mm en hipogastrio y otro de 12 mm en fosa iliaca izquierda. Este último fue cerrado al finalizar el procedimiento con un punto simple de sutura reabsorbible monofilamento. La paciente fue dada de alta a las 24 horas con evolución favorable inicial. Sin embargo, al día siguiente acudió a urgencias por dolor abdominal intenso, náuseas y vómitos. En la exploración se objetivó una tumoración en la zona del trócar de la fosa iliaca izquierda. El TC abdominal mostró signos de obstrucción intestinal en a secundaria a evisceración de un segmento de intestino delgado a través de dicha incisión. Se indicó reintervención urgente mediante laparotomía media, encontrando un asa de íleon distal de aproximadamente 15 cm, congestiva pero sin signos de isquemia irreversible, encarcerada en el espacio retromuscular del músculo oblicuo mayor. Se llevo a cabo la reducción del contenido sin precisar de resección intestinal. Se realizó un cierre por planos con sutura monofilamento de reabsorción lenta. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al quinto día postoperatorio.

Discusión: La evisceración por puerto laparoscópico constituye una complicación poco frecuente pero relevante, que requiere diagnóstico precoz y tratamiento urgente para evitar lesiones intestinales mayores. Este caso resalta la importancia de un cierre meticuloso, especialmente en puertos ≥ 10 mm, incluso en localizaciones laterales, donde la herniación puede ser menos sospechada. La elección del tipo de sutura y la técnica de cierre deben individualizarse según el tamaño del trócar y el perfil del paciente. Este tipo de complicaciones pone de manifiesto que el cierre de los puertos no es un paso menor, sino fundamental en la seguridad quirúrgica postoperatoria.

250188. LESIÓN PERIANAL COMO MANIFESTACIÓN PRIMARIA DE UN LINFOMA DE CÉLULAS T ANAPLÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

N Fernández Redondo, M Chaparro Mirete, P De Castro Monedero, K El Bahoudi Masaoudi, M Munuera Serrano, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: Los tumores perianales presentan orígenes diversos debido a la complejidad anatómica y variedad histológica del canal anal. Pueden ser neoplasias epiteliales como el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma; o no epiteliales como los tumores carcinoides, melanomas y linfomas. Estos últimos, aunque raros, pueden presentarse en esta localización.

Caso clínico: Varón de 77 años con antecedentes personales de diversos factores de riesgo cardiovascular, fibrilación auricular permanente, cardiopatía isquémica crónica, psoriasis cutánea y gammapatía monoclonal de significado incierto (diagnosticada en 2022).

En agosto de 2024, acude al servicio de Urgencias por sangrado de tumoración perianal de varios meses de evolución, con crecimiento progresivo. A la exploración, se objetiva placa sobreelevada circular, de consistencia pétreo, ulcerada, de unos 4 cm de diámetro, localizada en región perianal derecha con extensión hacia la línea dentada, sin sangrado activo en el momento del examen (**Figura 1**). Se realizó biopsia con sacabocados y se solicitó resonancia magnética (RM) de pelvis preferente. El paciente fue derivado a consultas externas de Cirugía Coloproctológica.



Figura 1
Lesión perianal.

La RM describió una estructura serpigginosa en el margen anal derecho, de 4 x 1,7 cm, que alcanzaba la región posterior y derecha del esfínter anal, de características inespecíficas (**Figura 2**). El estudio histológico inicial mostró ulceración epidérmica focal con inflamación dérmica crónica profunda, fibrosis y afectación perianexial, sin evidencia de malignidad.

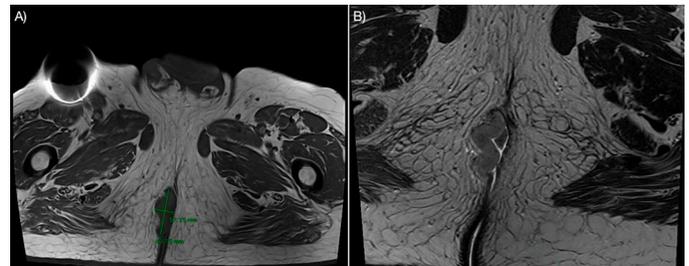


Figura 2
A) RM con secuencias TSE potenciada en T1 donde se aprecia lesión 4 x 1,7 cm en el margen anal derecho. B) RM con secuencias TSE potenciada en T2 donde se objetiva lesión con estructura serpigginosa en el margen anal derecho, que alcanza la región posterior y derecha del esfínter anal.

Se propuso exéresis quirúrgica de la totalidad de la lesión para completar filiación. Esta intervención se llevó a cabo en noviembre de 2024, realizándose escisión en bloque y aproximación de bordes. Tras el alta se realizaron curas semanales, con buena evolución de la herida quirúrgica.

El análisis anatomopatológico definitivo fue compatible con linfoma T anaplásico de células grandes CD30+, por lo que, se presentó el caso en Comité de Tumores, acordándose derivación al Servicio de Hematología para valoración.

Discusión: Las lesiones perianales como manifestación de linfoma son extremadamente raras, pero pueden ocurrir en ciertos tipos de linfomas. Entre los casos reportados en la literatura, destacan la aparición de un linfoma de Hodgkin en un paciente con Enfermedad de Crohn con inmunosupresión prolongada y de un linfoma de células grandes tipo B en un paciente no inmunocomprometido que se manifestó como una masa anal ulcerada. Este último ejemplo presenta similitudes con el caso presentado en nuestro centro. Por tanto, es fundamental una evaluación diagnóstica exhaustiva ante lesiones perianales atípicas, teniendo en cuenta la exéresis quirúrgica no solo como herramienta terapéutica sino diagnóstica.

250192. NEUROMONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA DEL NERVIIO FRÉNICO EN VACIAMIENTO LATERAL RADICAL POR CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES LOCALMENTE AVANZADO

MA Muñoz Izquierdo, C Marín Velarde, M Díaz Rodríguez, C Sacristán Pérez, B Marengo De La Cuadra, S Morales Conde

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

Introducción: Presentamos el caso de una paciente con cáncer papilar de tiroides con metástasis ganglionares que infiltran la yugular derecha. Se hace necesario un vaciamiento cervical central y lateral y se implementa la neuromonitorización del frénico.

Caso clínico: Lo dividimos en dos subapartados:

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Tras una cervicotomía de Kocher ampliada hasta el borde derecho de la mandíbula, se realiza una tiroidectomía total con el tumor en la pieza, nódulo de consistencia dura en el tercio superior del lóbulo derecho. A continuación, se realiza un vaciamiento central (áreas VI y VII) y lateral (áreas II, III, IV y V) radical, con necesidad de resección de la vena yugular externa derecha por infiltración de una adenopatía del área V. En todo momento se mantienen adecuados registros en la neuromonitorización de los nervios laríngeo superior, recurrente, vago y frénico.

Resultados: La paciente fue dada de alta a las 48 horas sin repercusión clínica ni analítica. La anatomía patológica informa de carcinoma papilar que contacta con bordes de resección y múltiples adenopatías con invasión extracapsular, por lo que se hace necesario tratamiento adyuvante con radioterapia.

Discusión: Sabemos que la neuromonitorización del NLS, NLR y NV debe hacerse en toda cirugía de tiroides con "nervios en riesgo", pero planteamos como opción ampliar la monitorización de los nervios espinal y frénico cuando realizamos una linfadenectomía cervical. En nuestro caso, nos es de gran ayuda dada la agresiva infiltración metastásica de cadenas ganglionares a tejidos adyacentes como la yugular derecha que tuvo que ser resecada.

Conocer la anatomía del cuello y ser sistemáticos, así como un buen registro de monitorización del frénico y espinal, nos da seguridad en la resección R0 y en la conservación de la función nerviosa.

250194. MANEJO DE FUGA ANASTOMÓTICA TRAS ESOFAGUECTOMÍA: RESULTADOS Y EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D Vázquez Acedo, A Senent Boza, M Socas Macías, MI Pérez Andres, F López Bernal, A de Jesús Gil, FJ Padillo Ruiz, I Alarcón Del Agua

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

Introducción: La fuga anastomótica tras esofaguectomía por cáncer esofágico (CE) ocurre en el 5-30% de los casos, asociando a una elevada morbilidad y una mortalidad que puede llegar al 50%. El objetivo de este estudio es describir la epidemiología de los pacientes intervenidos de CE, estrategias diagnósticas y terapéuticas utilizadas y presentar los resultados de nuestra experiencia en el manejo de esta complicación.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de todos los pacientes sometidos a una esofaguectomía por CE entre enero de 2019 y enero de 2025 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se evaluaron datos epidemiológicos, estirpe tumoral, estadiaje y técnica quirúrgica realizada. De los pacientes que presentaron fuga anastomótica (FA), se analizaron las pruebas diagnósticas realizadas (tomografía computarizada (TC) con contraste oral y/o endoscopia) y su resultado, el tipo de tratamiento recibido (conservador, endoscópico -prótesis o terapia de presión negativa- o quirúrgico) y su resultado (estancia hospitalaria, preservación de la anastomosis y mortalidad).

Resultados: De los 62 pacientes intervenidos, el 85,6% eran del sexo masculino, con una edad media de 58 años (DE 11). El 63% de los tumores presentó histología de adenocarcinoma y 37% epidermoide, siendo la localización más frecuente el esófago distal/unión esófago gástrica (85,5%), seguida por esófago medio (11,3%) y proximal (3,2%). En 53 pacientes (85,5%) se realizó esofaguectomía Ivor-Lewis, frente a 9 (14,5%) con esofaguectomía Mc-Keown.

La tasa de FA en nuestra serie fue del 32,2% (20 pacientes). En todos los casos se realizó TC y endoscopia, con una sensibilidad del 85% y el 94,4%, respectivamente. El tratamiento endoscópico fue la primera opción en 13 pacientes, con una tasa de éxito del 85% con el uso de prótesis y del 71% con endoesponja. En tres pacientes se decidió manejo conservador, todos ellos con éxito. Seis pacientes se sometieron a tratamiento quirúrgico, 4 de primera opción y 2 tras fracaso de tratamiento previo. La preservación de la anastomosis se consiguió en el 80% de pacientes con FA (16 pacientes). Cuatro pacientes desarrollaron estenosis de anastomosis, todos resueltos favorablemente con dilataciones endoscópicas.

La mediana de estancia hospitalaria fue de 30 (RIC: 25-41) días y la mortalidad a los 90 días del 2%.

Conclusiones: El diagnóstico precoz y el tratamiento endoscópico de la FA permiten optimizar el pronóstico, reducir la morbilidad y aumentar la tasa de preservación de la anastomosis esofágica. El tratamiento endoscópico de la fuga debe ser de elección frente al tratamiento quirúrgico salvo en casos de necrosis completa de la plastia o desconexión completa de la anastomosis.

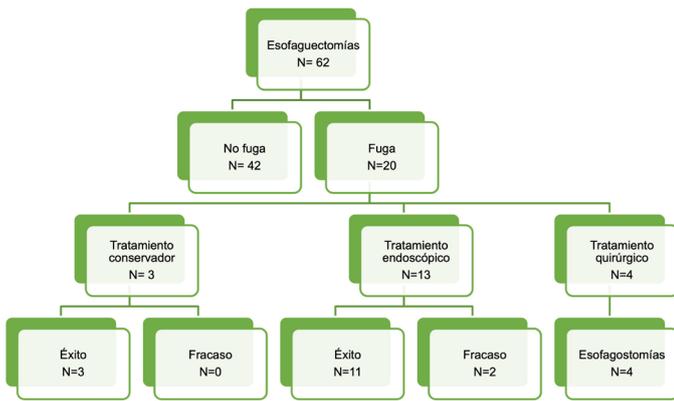


Figura 1

Diagrama de casos.

250195. DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO DIFERIDO EN ÍLEO BILIAR: IMPORTANCIA DE LA IMAGEN EN TRÁNSITO LITIÁSICO

JA Blanco Elena¹, J Hernández González², C Rueda Cruces², T Prieto-Puga Arjona¹, P Maldonado Valdivieso¹, FJ Pérez Lara¹

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

Introducción: El íleo biliar representa una causa infrecuente de obstrucción intestinal mecánica, habitualmente secundaria a una fístula colecistoduodenal. Su diagnóstico preoperatorio continúa siendo un reto, y a menudo se realiza en contexto urgente. Presentamos un caso en el que una litiasis de gran tamaño fue identificada retrospectivamente en tránsito en un TC programado previo a la instauración de un cuadro obstructivo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 72 años, sin antecedentes de interés, en estudio ambulatorio por dolor abdominal inespecífico. En el contexto del mismo se realiza TC abdominal programado, aún no informado al momento del ingreso. El paciente acude a urgencias tras días después de la realización del mismo por un cuadro de dolor abdominal, náuseas y vómitos, objetivándose en estudio radiológico urgente una obstrucción intestinal mecánica secundaria a íleo biliar. Se decide intervención quirúrgica urgente, identificando un cálculo biliar enclavado en íleon terminal. Se realiza enterotomía y extracción del cálculo, sin abordaje vesicular. El postoperatorio cursa con buena evolución general, con infección superficial del sitio quirúrgico como única complicación. En la revisión de la TC previa por parte del equipo quirúrgico de guardia se identifica una litiasis de gran tamaño en tránsito a nivel de fístula colecistoduodenal.

Discusión: Este caso pone de manifiesto la importancia de interpretar de forma proactiva estudios de imagen programados en pacientes con dolor abdominal, especialmente en presencia de litiasis biliares voluminosas. La identificación precoz de una litiasis en tránsito, aunque poco frecuente, debe alertar sobre la posibilidad de obstrucción intestinal inminente. Un abordaje temprano podría, en

determinados casos, evitar la evolución hacia cuadros obstructivos y la necesidad de cirugía urgente.

250201. NEUMOMEDIASTINO SECUNDARIO A INSUFLACIÓN RETROPERITONEAL EN NEUMOPERITONEO PROGRESIVO

JA Blanco Elena¹, F Moya Donoso¹, C Rueda Cruces², P Maldonado Valdivieso¹, T Prieto-Puga Arjona¹, FJ Pérez Lara¹

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

Introducción: El neumoperitoneo progresivo supone una valiosa estrategia preoperatoria para el acondicionamiento de la pared abdominal en hernias ventrales gigantes con pérdida de derecho a domicilio, permitiendo la reintegración eventual del contenido abdominal y facilitando el cierre fascial. Aunque en general es bien tolerado, no está exento de complicaciones, tanto durante la colocación del catéter como durante la fase de insuflación. Presentamos el caso de un paciente con colocación retroperitoneal inadvertida del catéter que origina durante la insuflación la disección de los espacios extraperitoneales.

Caso clínico: Se trata de un paciente varón de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y síndrome post-laminectomía tras intervención por fractura vertebral. En 2024 se realiza separación posterior de componentes por hernia ventral gigante. Presenta recidiva de la misma sin derecho a domicilio, por lo que se coloca catéter de neumoperitoneo progresivo. Tras la primera insuflación en consulta el paciente acude a urgencias por disnea, voz bitonal y malestar torácico. La TC urgente revela posición anómala del catéter, en íntima relación con el colon ascendente, con retroneumoperitoneo extenso que diseca raíz del mesenterio y celda pancreática, neumomediastino y enfisema subcutáneo cervical.

El paciente pasa a UCI donde se mantiene vigilancia estrecha y se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro. Tras resolución lenta del cuadro y previa recolección del catéter con control radiológico el paciente completa el preacondicionamiento de la pared y es finalmente intervenido, no presentándose complicaciones tras la cirugía de pared.

Discusión: El uso del neumoperitoneo progresivo es una valiosa herramienta en la cirugía de la eventración con pérdida de derecho a domicilio. No obstante no está exenta de complicaciones siendo el enfisema subcutáneo durante la fase de insuflación la más frecuente (14.2%). La ocurrencia de neumotórax, derrame pleural o insuficiencia respiratoria u obstrucción mecánica en pacientes con adherencias peritoneales están ampliamente descritos en la literatura. La insuflación retroperitoneal es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave del neumoperitoneo progresivo. Este caso ilustra cómo una colocación inadecuada del catéter puede dar lugar a insuflación toracoabdominal con afectación mediastínica. Para prevenir esta complicación resulta fundamental realizar verificación radiológica inmediata tras la colocación del catéter y mantener una estrecha monitorización clínica durante el proceso.

250202. UNA URGENCIA INESPERADA: EVISCERACIÓN EN PUERTO LATERAL TRAS APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Á Cortés Guerrero, I Roldán Ortiz, A Becerra Massare, P Vílchez Fernández, C Pérez Durán

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

Introducción: La apendicectomía laparoscópica es el tratamiento de elección en la apendicitis aguda por su menor morbilidad postoperatoria, recuperación más rápida y mejores resultados estéticos. No obstante, no está exenta de complicaciones, como la evisceración a través de los puertos, cuya incidencia es baja (aproximadamente 0,5%) pero potencialmente grave. Este riesgo se incrementa en puertos de calibre igual o superior a 10 mm y se asocia a factores como obesidad, edad avanzada o cierre fascial incompleto. La mayoría de los casos se localizan en la línea media; la aparición en puertos laterales es excepcional debido a la disposición anatómica de las fibras musculares.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 70 años intervenida de urgencia por apendicitis gangrenosa mediante laparoscopia. Se utilizaron tres trócares: uno óptico umbilical tipo Hasson, un trócar de 5 mm en hipogastrio y otro de 12 mm en fosa iliaca izquierda. Este último fue cerrado al finalizar el procedimiento con un punto simple de sutura reabsorbible monofilamento. La paciente fue dada de alta a las 24 horas con evolución favorable inicial. Sin embargo, al día siguiente acudió a urgencias por dolor abdominal intenso, náuseas y vómitos. En la exploración se objetivó una tumoración en la zona del trócar de la fosa iliaca izquierda. El TC abdominal mostró signos de obstrucción intestinal en a secundaria a evisceración de un segmento de intestino delgado a través de dicha incisión. Se indicó reintervención urgente mediante laparotomía media, encontrando un asa de íleon distal de aproximadamente 15 cm, congestiva pero sin signos de isquemia irreversible, encarcerada en el espacio retromuscular del músculo oblicuo mayor. Se llevo a cabo la reducción del contenido sin precisar de resección intestinal. Se realizó un cierre por planos con sutura monofilamento de reabsorción lenta. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al quinto día postoperatorio.

Discusión: La evisceración por puerto laparoscópico constituye una complicación poco frecuente pero relevante, que requiere diagnóstico precoz y tratamiento urgente para evitar lesiones intestinales mayores. Este caso resalta la importancia de un cierre meticuloso, especialmente en puertos ≥ 10 mm, incluso en localizaciones laterales, donde la herniación puede ser menos sospechada. La elección del tipo de sutura y la técnica de cierre deben individualizarse según el tamaño del trócar y el perfil del paciente. Este tipo de complicaciones pone de manifiesto que el cierre de los puertos no es un paso menor, sino fundamental en la seguridad quirúrgica postoperatoria.

250204. PARCHE DE CAPSAICINA A ALTA DOSIS, UNA HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EFICAZ PARA EL TRATAMIENTO DEL DICP (DOLOR INGUINAL CRÓNICO POSTOPERATORIO).

E Navarro García, M Flores Cortés, Z Valera Sánchez, JR Naranjo Fernández, S Morales-Conde

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

Introducción: El dolor inguinal crónico postoperatorio (DIPC) se define como aquel de nueva aparición o con características distintas al preoperatorio, que persiste durante más de 3 meses con una intensidad moderada o alta, afectando a las actividades diarias del paciente. En la mayoría de los casos, se trata de dolor neuropático, inducido por la actividad, de tipo punzante, localizado en la región de la cicatriz quirúrgica, y probablemente relacionado con el atrapamiento o lesión de los nervios inguinales. Entre las opciones de tratamiento conservador se incluyen modificaciones del estilo de vida, analgésicos, anticonvulsivantes y bloqueos nerviosos, entre otros. Ante la falta de respuesta a tratamiento oral y tópico, en el Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVVM) se ha iniciado una nueva línea terapéutica mediante parches de capsaicina 179 mg.

Caso clínico: Varón de 60 años con diagnóstico de hernia inguinal izquierda, en quien se realiza una hernioplastia tipo Lichtenstein con malla ProGrip, sin incidencias intraoperatorias. En la primera revisión tras la intervención, el paciente refiere dolor intenso (EVA 10/10) y parestesias persistentes, sin mejoría con analgesia convencional, lo que motiva múltiples visitas al Servicio de Urgencias. Se realizan estudios complementarios (ecografía y TAC de pelvis), sin hallazgos relevantes salvo fibrosis postquirúrgica. Se deriva a la Unidad del Dolor, donde se realizan bloqueos del nervio ilioinguinal y tratamiento con parches de lidocaína al 5%, sin respuesta clínica.

Ante la persistencia de los síntomas tres años después, se remite a consulta especializada en inguinodinia, donde el mapeo sensorial revela afectación de los nervios genitofemoral e iliohipogástrico. Se indica tratamiento con parche de capsaicina 179 mg, que el paciente tolera sin incidencias, con mejoría significativa del dolor y recuperación de su actividad diaria. A los dos meses de seguimiento se objetiva disminución del área dolorosa en el mapeo y es candidato a una segunda aplicación del parche.

Discusión: El DIPC es una de las principales complicaciones tras la reparación herniaria, con gran impacto funcional y emocional. Su manejo es complejo y frecuentemente refractario a terapias convencionales. Los parches de capsaicina a altas dosis han mostrado eficacia en el tratamiento del dolor neuropático periférico, con un perfil de seguridad favorable (efectos adversos locales breves y transitorios). Aunque su uso está consolidado en la neuralgia postherpética y la neuropatía diabética, su aplicación en DIPC es emergente y prometedora.

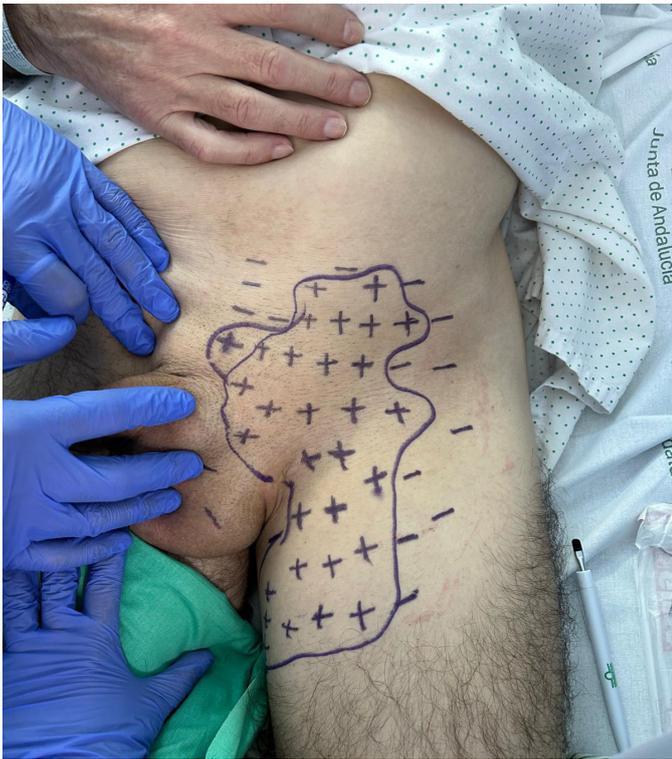


Figura 1

Mapeo previo a aplicación del parche.



Figura 2

Mapeo a los 2 meses tras la aplicación del parche.