

Comunicaciones pósteres

240001. REPORTE DE UN CASO DE ENDOSALPINGIOSIS DE ORIGEN APENDICULAR

MI Mesa Ruiz¹, E Ortega Ortega¹, M Ortiz González¹, M Esmaili Ramos¹, L Martín Paniagua¹, ME la Torre García¹, M Amador Pérez¹, C Bustamante Recuenco¹, T Balsa Marín¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital General Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina. Toledo. ²Servicio Anatomía Patológica. Hospital General Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina. Toledo.

Introducción: La Endosalpingiosis es una entidad benigna, muy poco frecuente, que consiste en la expresión de epitelio tubular ciliado en una localización ectópica (fuera de las trompas de Falopio).

Puede provocar dolor pélvico crónico, infertilidad o trastornos menstruales, aunque también puede ser asintomática y ser un hallazgo incidental tras intervención quirúrgica.

Caso clínico: Prensamos el caso de una mujer de 60 años, postmenopáusica y sin antecedentes de interés, salvo dolores pélvicos crónicos en su juventud, estudiados por Ginecología, descartándose patología ginecológica.

Acude a Urgencias por dolor abdominal de 12 horas, junto con fiebre y diarreas de tres días de evolución. Describe dolor de inicio periumbilical y posterior migración hacia fosa iliaca derecha. A la exploración, presenta dolor y defensa en fosa iliaca derecha y signo de Blumberg positivo. Rovsing y Psoas negativos.

En control analítico, no presenta elevación de reactantes de fase aguda. Se completa estudio con TC con hallazgos compatibles con apendicitis aguda (**Figura 1**).

Se decide intervención quirúrgica urgente, mediante acceso laparoscópico, hallando apéndice cecal con signos flemonosos en punta y escaso líquido libre intraabdominal. Se realiza apendicectomía laparoscópica reglada. Postoperatorio, sin incidencias con alta a las 24h.

En consulta de revisión, al mes, la paciente refiere encontrarse asintomática. El estudio anatomopatológico informa de endosalpingiosis (**Figura 2**).

Discusión: -La endosalpingiosis es una entidad benigna y muy poco frecuente. Puede ser asintomática y ser diagnosticada de manera casual o provocar dolor pélvico crónico, infertilidad o



Figura 1

Tomografía computarizada de abdomen. Se describe y visualiza apéndice cecal en fosa iliaca derecha con apendicolito en su interior, con leve aumento de la densidad de la grasa local regional.

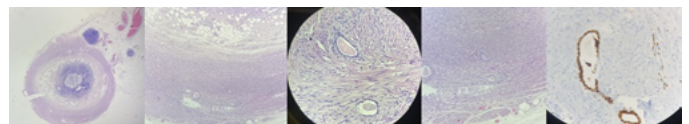


Figura 2

Endosalpingiosis apendicular: corte histológico del apéndice con H-E, presencia de glándulas de epitelio cúbico y ciliado a nivel de la cama muscular, sin identificar estroma que rodee las glándulas.

trastorno menstruales. Se trata de una patología que no debe pasar desapercibido entre el estudio de dolores pélvicos.

240002. MANIFESTACIONES INFRECUENTES DEL QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

C Mestre Ponce, AE Calvo Durán, MC de la Vega Olías, M Barrionuevo Gálvez, 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: Exponemos el caso de un paciente varón de 80 años (diabético, hipertenso y con antecedentes de coleditiasis, pancreatitis aguda biliar y cardiopatía isquémica), con quiste hidatídico hepático asociado a derrame pleural, abscesificación y fistulización a pared costal, manifestaciones poco frecuentes de esta entidad.

Caso clínico: En 2016, consulta por fiebre y disnea. Se realiza TAC que muestra discreto derrame pleural derecho y quiste hidatídico en segmento V hepático, calcificado (tipo V) y con posible extensión peritoneal y torácica transdiafragmática. En TAC de control se confirma resolución del derrame pleural, el paciente está asintomático y se decide control ecográfico anual.

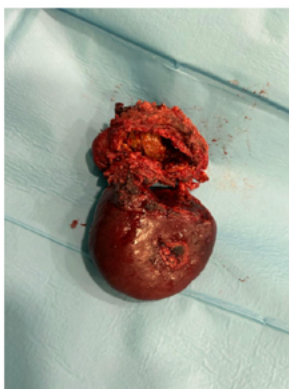
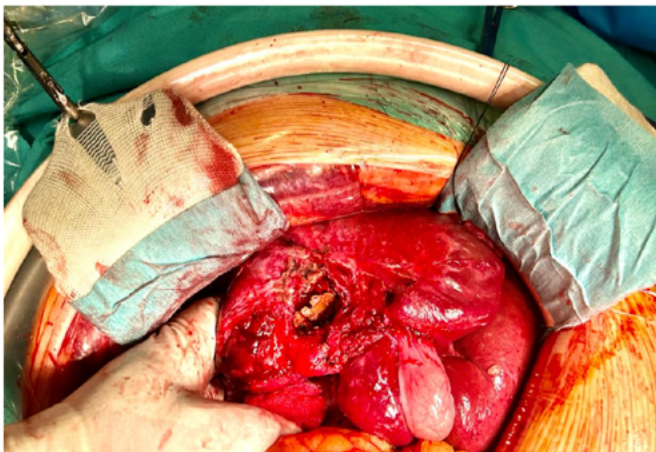


Figura 1

Pericistectomía hepática.

En 2019, acude por fiebre y tumoración subcostal derecha, constatándose en TAC varias colecciones abscesificadas en comunicación con el quiste (en tejido celular subcutáneo dorsolumbar

derecho y espacios subfrénico y supradiafragmático derechos). Se realiza drenaje quirúrgico urgente a través de incisión subcostal derecha, evacuando gran cantidad de pus. El postoperatorio cursa sin incidencias, siendo dado de alta al 4º día, tras TAC que demuestra resolución de las colecciones.

Al mes, reingresa por absceso subcostal derecho. Es intervenido de urgencia, realizándose marsupialización y dejando drenaje. Es dado de alta al 5º día con el drenaje, tras TAC con notoria disminución del componente líquido del quiste. A los 5 meses se retira dicho drenaje (ya sin débito y tras TAC de control). Posteriormente, el paciente se mantiene asintomático pero se instaura fistula cutáneo-hidatídica a través de musculatura costal sobre trayecto de tubo de drenaje previo, con débito diario purulento escaso.

Finalmente, en 2023 (y tras cirugía de by-pass coronario), el paciente es intervenido. Se objetiva quiste hidatídico en segmento V-VI, de 4cm, calcificado y fistulizado a pared costal lateral derecha. Se lleva a cabo pericistectomía hepática y resección conservadora de parénquima del segmento V, con buena evolución posterior.

Discusión: Los quistes de equinococo afectan habitualmente al lóbulo hepático derecho y, al ser su crecimiento lento, suelen ser asintomáticos, siendo inusual su manifestación hasta que el quiste no supera los 10cm de tamaño. Poco frecuente es su rotura a peritoneo, provocando peritonitis/abscesos, o transdiafragmática al espacio pleural, dando lugar a derrame pleural, hidatidosis pulmonar y hasta fistulas bronquiales.

240003. TÉCNICAS DE DETECCIÓN EN BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA: RADIOTRAZADOR VS MARCADOR PARAMAGNÉTICO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

C Mestre Ponce¹, L García Berbel², M Carrasco Rodríguez², A Utor Fernández², R Campillo Campaña³

¹Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital de Especialidades de Puerto Real. Puerto Real, Cádiz. ²Sección Patología Mamaria Hospital Universitario de Puerta del Mar. Cádiz. ³Servicio Cirugía Plástica y Reparadora Hospital Universitario de Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: La actualidad en el tratamiento del cáncer de mama (CM) se basa en la conservación de mama y axila. Múltiples estudios han establecido la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) como patrón oro para la estadificación ganglionar, permitiendo omitir la linfadenectomía axilar en casos con infiltración de 1-2 ganglios (subsidiarios de cirugía conservadora de mama o con baja carga tumoral). Está indicada en todos los CM (excepto inflamatorios) previa constatación de ausencia de infiltración axilar al diagnóstico o tras neoadyuvancia. Existen diversas técnicas, destacando utilización de radiotrazadores para detección y técnica One Step Nucleic Acid Amplification (OSNA) para estudio molecular.

Presentamos 2 casos de pacientes con CM y axila negativa al diagnóstico, en los que se realiza BSGC usando radiotrazador y marcador paramagnético, respectivamente, para la identificación.

Caso clínico: Paciente (60 años) con antecedente (2009) de carcinoma lobulillar infiltrante de 6cm en mama derecha, intervenida mediante mastectomía radical modificada y linfadenectomía axilar (estadio patológico IIIA, recibe quimioterapia y radioterapia). En 2021, es diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda en estadio clínico IA (cT2cN0cMx), realizándose mastectomía simple y BSGC (radiotrazador marcado-99mTc para detección y OSNA para estudio diferido). Se obtienen 3 ganglios axilares y el primero presenta micrometástasis (670 copias ARNm-CK19). Se identifica drenaje a cadena linfática mamaria interna en la linfogammagrafía, obteniéndose 1 ganglio positivo para metástasis. Con diagnóstico definitivo de carcinoma ductal infiltrante lobulillar-like (pT2pN1bcMx) tipo luminal, se decide hormonoterapia y valorar radioterapia en función de dosimetría anterior.

Paciente (45 años) diagnosticada en 2021 de carcinoma lobulillar infiltrante de 4cm en mama derecha. Es intervenida en su centro de referencia mediante cirugía conservadora y BSGC (marcador paramagnético para su identificación). El estudio anatomopatológico informa de márgenes quirúrgicos afectos y ganglios centinelas axilares sin metástasis. La paciente es derivada a nuestra unidad, siendo intervenida mediante mastectomía simple y reconstrucción inmediata con DIEP. Durante la intervención, identificamos ganglio sospechoso en cadena linfática mamaria interna, procediéndose a su exéresis y resultando positivo para metástasis (invasión extracapsular). Con diagnóstico definitivo de carcinoma lobulillar infiltrante (pT1pN2bcMx) tipo luminal, se decide quimioterapia adyuvante, hormonoterapia y radioterapia.

Discusión: La linfogammagrafía-prequirúrgica usando radiotrazador marcado-99mTc resulta fundamental para discernir las áreas linfáticas que recogen el drenaje de la lesión y los ganglios que han de extirparse. La literatura avala que la linfogammagrafía y posterior BSCG es el método más fiable para identificar ganglios con riesgo de metástasis, constituyendo el gold standard para la estadificación linfática regional del CM.

240004.OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE.

C Mestre Ponce¹, CM Pérez Alberca¹, JL Arroyo Vélez², M Barrionuevo Gálvez¹, C Murube Algarra¹, L Martínez Ruíz¹, R Noriega Mel¹, V Vega Ruíz¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital de Especialidades de Puerto Real. Puerto Real, Cádiz. ²Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario de Araba (Sede Txagorritxu y Sede Santiago). Vitoria, Álava.

Introducción: Presentamos el caso de una paciente mujer de 44 años, con antecedentes personales de mamoplastia de aumento y quiste en mama izquierda drenado bajo control ecográfico en 2022 (en mamografía hallazgos BIRADS 0 y en ecografía, BIRADS 2), que presenta cuadro de obstrucción intestinal secundaria a carcinomatosis peritoneal de carcinoma lobulillar infiltrante.

Caso clínico: En 2023 consulta por disminución del tránsito a gas y a heces en el último mes, con cese total del mismo, vómitos y

distensión abdominal de 24 horas de evolución. En TAC se identifican signos de obstrucción intestinal secundaria a probable neoplasia estenosante en ángulo esplénico del colon, engrosamiento parietal en colon ascendente que podría corresponder a neoplasia sincrónica, adenopatías subcentimétricas en FID y retroperitoneales (sin descartar que sean patológicas), líquido libre y dudoso implante peritoneal. Se realiza laparotomía exploradora urgente, objetivándose abundante líquido libre, tumoración estenótica en ángulo esplénico que infiltra retroperitoneo, engrosamiento de colon derecho y transversal que afecta a segunda y tercera porción duodenal y curvatura mayor gástrica, y múltiples implantes peritoneales (PCI de 23). Se decide cirugía de control de daños, confeccionando ileostomía derivativa en cañón de escopeta y toma de biopsias. El postoperatorio cursa sin incidencias. El estudio anatomopatológico es compatible con metástasis de carcinoma de origen mamario. Se completa estudio con resonancia, mamografía y ecografía mamarias (hallazgos BIRADS 4 y ganglios axilares izquierdos sospechosos de metástasis), BAG de mama y axila (carcinoma lobulillar infiltrante: receptores positivos, HER2 negativo, Ki67 bajo con metástasis axilar), colonoscopia (mucosa sin alteraciones histológicas significativas), TAC de tórax (múltiples nódulos milimétricos pulmonares indeterminados) y gammagrafía ósea (sin metástasis óseas). Con diagnóstico de carcinoma lobulillar de mama en estadio IV por afectación peritoneal y probable pulmonar, la paciente ha iniciado tratamiento sistémico paliativo con Ribociclib, Letrozol y Goserelina.

Discusión: El carcinoma lobulillar infiltrante es el segundo tipo más frecuente de cáncer de mama invasivo. En general, su pronóstico puede ser más favorable que el de las lesiones ductales invasivas. Tienden a metastatizar más tarde y en localizaciones inusuales como las meninges, el peritoneo y el tracto gastrointestinal. Se han observado mejoras significativas en la supervivencia de la enfermedad metastásica, coincidiendo con la introducción de nuevas terapias sistémicas. La selección de la estrategia terapéutica dependerá tanto de la biología del tumor como de factores clínicos, siendo el objetivo un enfoque personalizado.

240012. MANEJO DE LA TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

D Raposo Puglia, MV Parejo Soto, R Escalera Pérez, S Martín Arroyo, C Medina Achirica

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

Introducción: La trombosis venosa mesentérica (TVM) es el resultado de un estancamiento del flujo sanguíneo asociado a una lesión vascular e hipercoagulabilidad. A medida que el flujo se estanca, se produce un aumento de la presión venosa, con salida de líquido a los tejidos (Edema de pared), hipovolemia relativa e hipotensión sistémica. Como consecuencia, el flujo arterial también se reduce, exacerbando la isquemia.

==> La TVM es una entidad multifactorial

Trombofilias hereditarias, adquiridas y estados de hipercoagulabilidad sistémicos.

Procesos inflamatorios (pancreatitis, diverticulitis, EII, etc) y traumatismos

La trombosis de la vena mesentérica casi siempre afecta al intestino delgado distal (drenaje venoso mesentérico superior) y rara vez afecta al colon (drenaje venoso mesentérico inferior; Circulación colateral). En frecuencia íleon (64-83%) > yeyuno (50-81%) > colon (14%) > duodeno (4-8%).

La edad promedio es entre los 45 y 60 años. Ligero predominio en varones.

El diagnóstico es de sospecha asociado a la realización de prueba de imagen e identificación del estado de hipercoagulabilidad de base.

==> Tratamiento:

Manejo médico. Anticoagulación. Seguimiento estrecho.

Cirugía urgente

Papel de la trombectomía en centros con experiencia.

Caso clínico: Paciente de 55 años con AP de trombosis de los senos cavernosos en el puerperio y dislipemia.

Acude a urgencias por cuadro de epigastralgia de 5 días de evolución y febrícula asociada.

- Exploración

Regular estado general, taquipneica y afectada por el dolor. Tendencia a la hipertensión y taquicardia (101 lpm).

Abdomen con dolor y peritonismo generalizado.

-Analíticamente destaca: 17770 leucocitos con neutrofilia, ácido láctico 7, Hb 12.3 g/dl, INR 1.19, TP 76%

- TAC de abdomen (**Figura 1**): Trombosis de la vena porta principal, vena porta izquierda y vena mesentérica superior. Segmento de yeyuno medio/distal con engrosamiento mural llamativo, hipodensidad, pero con luz conservada. Marcados cambios edematosos de la grasa mesentérica y líquido libre así como edema de raíz mesentérica.

Finalmente se decide intervención quirúrgica urgente (**Figura 2**): Laparoscopia exploradora. Conversión. Resección yeyunal + anastomosis latero-lateral mecánica.

La paciente presentó un postoperatorio favorable, instaurando anticoagulación a dosis terapéuticas en las primeras 24h.

Se realizó estudio genético de trombofilia sin hallazgos.

Discusión: CONCLUSIONES

==> La cirugía no es diferible ante signos de isquemia establecida.

==> La trombosis venosa presenta mejor pronóstico que otras formas de isquemia mesentérica aguda.

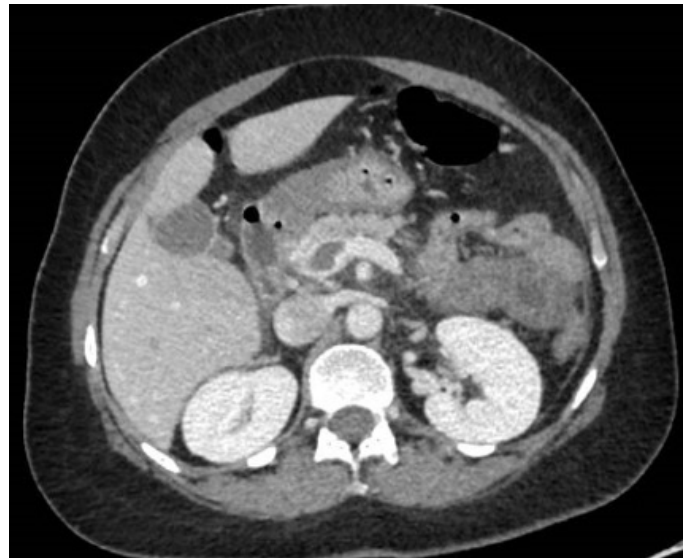


Figura 1

TAC de abdomen con contraste. Trombosis portal. Vena mesentérica superior.



Figura 2

TAC de abdomen con contraste. Trombosis portal. Vena mesentérica superior.

==> Abordaje del estado de hipercoagulabilidad de base.

240013. ¿ES LA HIPERPLASIA DIFUSA UN NUEVO MOTIVO DE FALSO NEGATIVO EN EL DIAGNÓSTICO DE ECTOPIA TIROIDEA MEDIASTÍNICA MEDIANTE GAMMAGRAFÍA?

J Díaz Roldán¹, RM Jurado Jiménez¹, J Cañete Gómez², V Ruiz Luque²

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

Introducción: El tiroides ectópico en mediastino es una anomalía congénita rara inferior al 1%. La gammagrafía se ha postulado como una prueba altamente sensible.

Caso clínico: Mujer de 63 años. Asintomática con diagnóstico: bocio multinodular pretóxico con hipertiroidismo subclínico basado en analítica con TSH suprimida y valores normales de T3 y T4 y ecografía: tiroides aumentado de tamaño con una lesión sólida en LTD de 22*18*23 mm TIRADS -3 (PAAF Bethesda II) y algunas lesiones sólidas de 10 mm en LTI.

Gammagrafía: La glándula se encuentra en su situación anatómica y presenta un tamaño y morfología alterados. Distribución irregular y áreas de pobre actividad que alternan con otras hiperactivas.

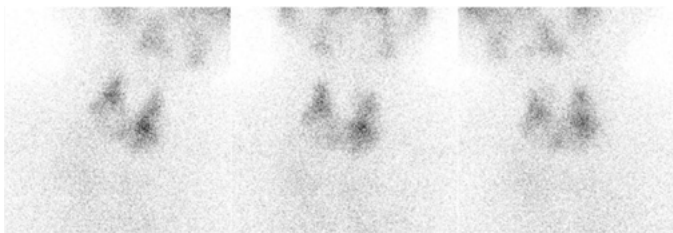


Figura 1

Gammagrafía pretiroidectomía con ausencia de captación extracervical.

Se realiza tiroidectomía total.

La biopsia mostró hiperplasia difusa (enfermedad de Graves) con formación nodular de 3,2 cm, así como áreas quísticas y fibrosis con reacción histiocitaria. La pieza está íntegra sin roturas.

Posteriormente se constata elevación inesperada de tiroglobulina y necesidades bajas de tiroxina. Se rastrean restos tiroideos:

Eco, TAC y PET-TAC: masa heterogénea en mediastino superior paratraqueal derecha de baja tasa de proliferación: tiroides ectópico de 55*62*60 mm.

Se realiza toracoscopia para resección de tiroides ectópico sin incidentes con extracción de la pieza por una minitoracotomía accesoria.

El postoperatorio cursa sin incidentes aunque presenta una parálisis de CV derecha.

Discusión: En el tiroides ectópico es necesario constatar la ausencia de contacto o pertenencia a la glándula tiroidea. En este

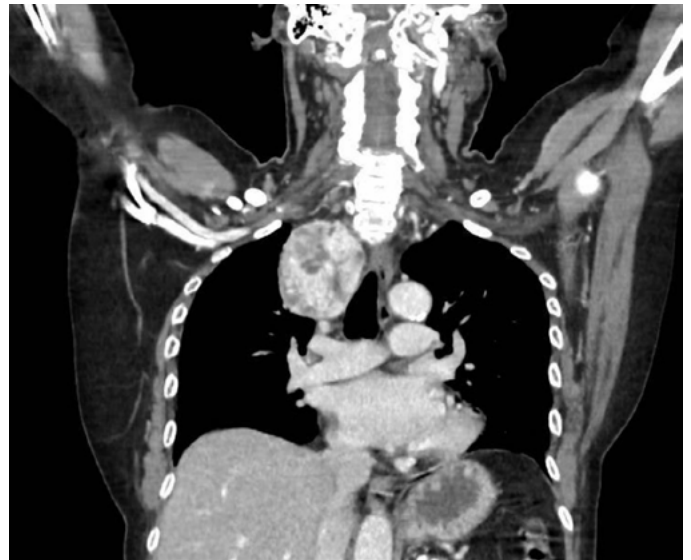


Figura 2

Imagen coronal de la masa mediastínica.



Figura 3

Imagen sagital de la masa mediastínica.

caso, con ecografía y la patología de la pieza con integridad de la cápsula.

La gammagrafía puede ser de utilidad en el diagnóstico y se ha postulado como una prueba altamente sensible para tiroides ectópico, siendo ésta, de hecho, una de sus principales indicaciones. Se describen falsos negativos de esta prueba en carcinoma tiroideo o necrosis. Ninguna de estas circunstancias ocurre en nuestro caso, lo que añadiría un nuevo motivo de falso negativo como es la presencia de enfermedad de Graves y los cambios hiperplásicos.

El PET-TAC en casos de baja tasa de proliferación celular tiene rendimiento escaso aunque permite diferenciar de otras patologías neoplásicas mediastínicas.

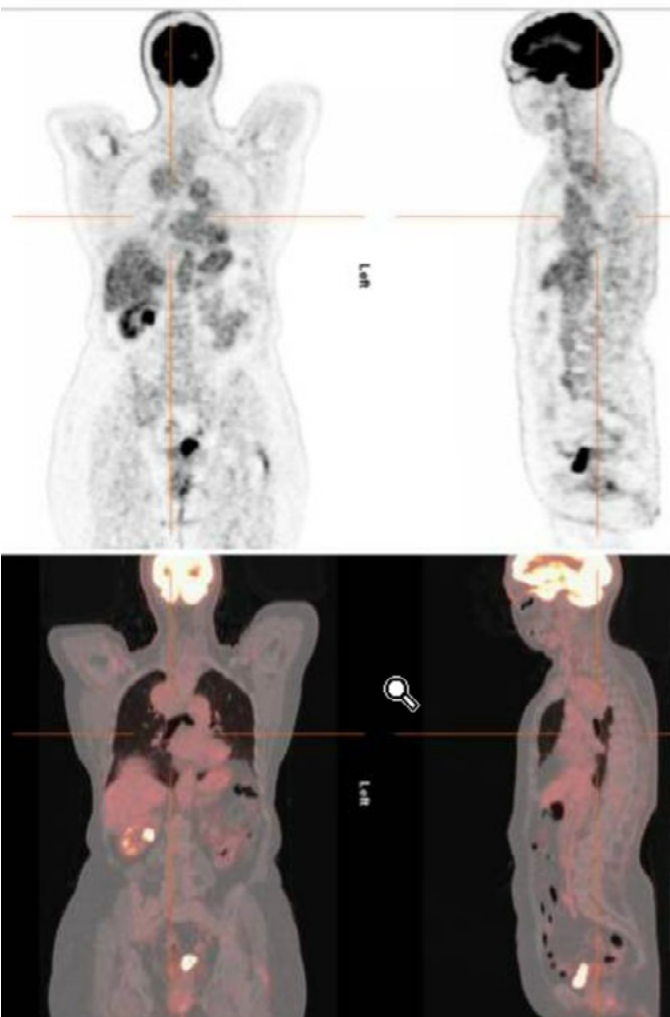


Figura 4
Imágenes clave de PET -TAC.

Cada vez se están usando más las técnicas mínimamente invasivas para esta patología, tanto toracoscopia convencional como robótica.

En conclusión el tiroides ectópico es infrecuente y no debe descartarse por su ausencia de detección mediante gammagrafía. Se necesitan más estudios para determinar la utilidad de dicho medio diagnóstico

240015. DEBUT AGRESIVO DE ENFERMEDAD DE CROHN: AFECTACIÓN MÚLTIPLE

N García Aguilar¹, MA Benavente Oyega², R Estepa Cabello¹, D Pinilla Martínez¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz. ²Servicio Aparato Digestivo Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tiene una prevalencia e incidencia creciente en las últimas décadas. Engloba entidades como: Colitis ulcerosa (CU), Enfermedad de Crohn (EC) y colitis indeterminada. Patologías crónicas que repercuten en

la calidad de vida, requiriendo tratamientos médicos y en caso de fracaso, intervención quirúrgica.

Caso clínico: Varón de 16 años sin antecedentes de interés. Ingresó para estudio de síndrome diarreico, cuadro constitucional y anemia ferropénica, destacando un valor de calprotectina >2100. Durante el ingreso se realizó colonoscopia con presencia de EC con actividad grave, confirmado mediante anatomía patológica. Inició tratamiento con azatioprina; corticoterapia e infliximab. Preciso varios ingresos, alcanzando un pésimo estado nutricional (IMC 13) y comenzó de forma progresiva clínica urológica.



Figura 1
Evolución cronológica del caso clínico.

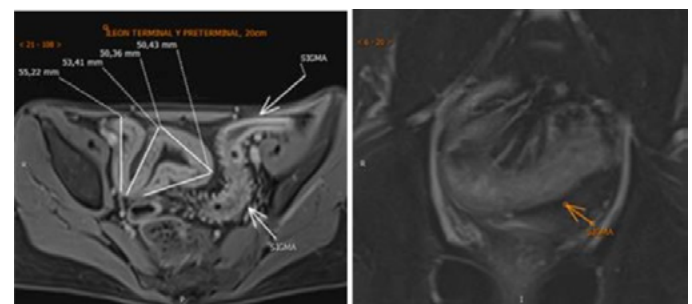


Figura 2
RMN al diagnóstico.

Se completó el estudio mediante entroRMN, evidenciándose actividad en 20 cm de íleon terminal y 20 cm de sigma, con patrón clínico B1 L3 según Montreal. En el TC se objetivó un absceso sin plano diferenciador con vejiga y vesículas seminales dependiente de sigma, provocando ureterohidronefrosis bilateral. Se realizó drenaje percutáneo del mismo.

Se presentó el caso en comité, y se decidió de forma multidisciplinar intervención quirúrgica: Liberación de gran masa inflamatoria que afecta a colon sigmoide, uréter izquierdo, psoas y fosa ilíaca-obturatriz; tutorización con doble J de ambos uréteres; escisión de la masa inflamatoria, sigmoidectomía y colostomía temporal. Evolución postoperatoria favorable.

Reingresó al mes de la cirugía con presencia en TC de absceso retrovesical y en psoas izquierdo. Tras su drenaje, se objetivó una creatinina de 37 mg/dl diagnosticándose de Urinoma.



Figura 3
TC abdomino-pélvico previo a la cirugía.



Figura 5
TC abdomino-pélvico control: absceso psoas (Urinoma).



Figura 4
Pieza quirúrgica.

Durante el seguimiento, precisó varios cambios en la escala de tratamiento médico. EnteroRMN y colonoscopia de control con nuevos signos de actividad inflamatoria moderada-grave. Analíticamente, oscilaciones en la calprotectina con ascensos que corresponden a picos de actividad clínico-endoscópica. Actualmente en tratamiento médico con Ustekinumab, sin precisar nueva intervención quirúrgica.

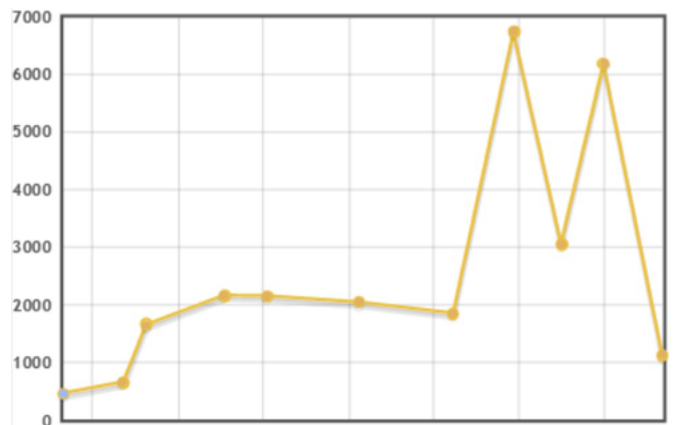


Figura 6
TC abdomino-pélvico control: absceso psoas (Urinoma).

Discusión: La EII se trata de una entidad que impone cargas tanto a nivel sanitario como económico. Hasta el 90% de los pacientes que debutan una EII con patrón inflamatorio, evolucionarán a patrones estenosante o penetrante, con requerimientos de intervención quirúrgica.

El abordaje multidisciplinar, la especialización y centralización de una patología tan compleja, así como el correcto seguimiento apoyado en biomarcadores, pruebas endoscópicas y de imagen, permite conseguir una reducción de la morbilidad de los pacientes.

240016. FASCITIS NECROTIZANTE POR CLOSTRIDIUM SEPTICUM COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DEL ADENOCARCINOMA DE COLON.

J González-Herrero Díaz, P Bravo Ratón, I Ramallo Solís, J Pintor Tortolero, ML Reyes Díaz, R Jiménez Rodríguez, AM García Cabrera, JM Vázquez Monchul, F de la Portilla de Juan

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

Introducción: Una de las formas graves de infección causada por Clostridium septicum es la fascitis necrotizante, rara en pacientes sin comorbilidades o inmunocompetentes y potencialmente letal. Se ha documentado una fuerte asociación entre la bacteriemia o infección espontánea por C. septicum y la presencia de una neoplasia colorrectal oculta.

Caso clínico: Mujer, 53 años, sin antecedentes, acude a Urgencias por dolor intenso y eritema en región distal de antebrazo izquierdo en ausencia de traumatismo, sin lesiones ni otros hallazgos en la exploración física. Analíticamente destaca acidosis metabólica (pH 7,1), hemograma con leucocitosis y anemia, así como cifras de glucemia de 606 mg/dl, hiponatremia y PCR de 87. Aplicando la escala LRINEC se obtienen 6 puntos y se realiza TC que confirma la sospecha de fascitis necrotizante. Se realizó desbridamiento quirúrgico emergente consiguiéndose el control local de la infección.

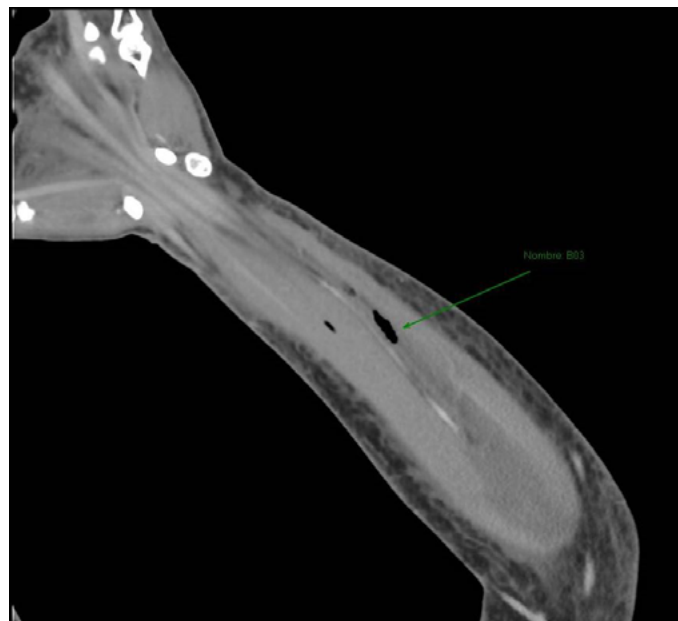


Figura 1

TC de fascitis necrotizante en antebrazo izquierdo.

En muestras intraoperatorias se aisló C. septicum y dada la asociación descrita en la literatura con la presencia de neoplasia colorrectal subyacente se realiza colonoscopia para despistaje en ausencia de clínica digestiva. En la colonoscopia se evidencia lesión en ciego con diagnóstico histológico de adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado sin datos de enfermedad sistémica en

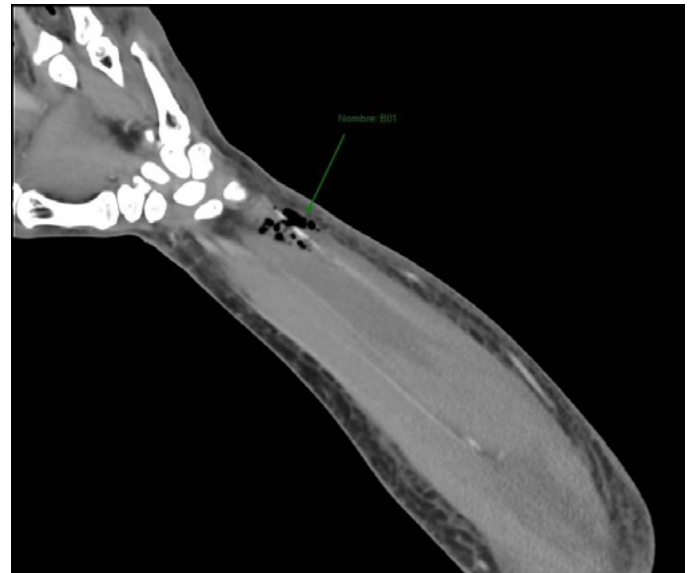


Figura 2

TC de fascitis necrotizante en antebrazo izquierdo.

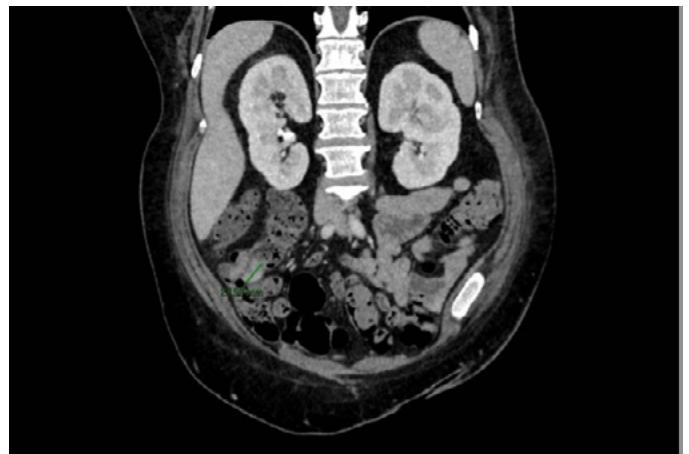


Figura 3

TC evidenciando lesión neoplásica en ciego.

el estudio de extensión. Una vez recuperada del proceso infeccioso se realizó hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica sin incidencias. El análisis de la pieza evidenció el estadio IIIB (pT3N2aM0) de su proceso oncológico.

Discusión: Una de las comorbilidades más fuertemente asociadas con la bacteriemia o la fascitis necrotizante espontánea por C. septicum es la presencia de neoplasia colorrectal oculta, predominantemente de localización cecal. La traslocación bacteriana se ve favorecida por el ambiente anaeróbico circundante al proceso tumoral, la ulceración tumoral de la mucosa y comorbilidades concomitantes como la diabetes o la neutropenia. Está justificado el despistaje endoscópico de neoplasia colorrectal ante el aislamiento incidental de C. septicum.

240021. INFILTRACIÓN DEL NERVIU PUDEUDO EN PACIENTES CON NEUROPATÍA REFRACTARIOS A TRATAMIENTO CONSERVADOR

R Noriega Mel, S Dios Barbeito, A Gutiérrez Martínez, MC de la Vega Olías, CM Pérez Alberca, JA Navas Cuéllar, AE Calvo Durán, V Vega Ruíz

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

Introducción: La neuropatía del nervio pudendo es una afección que se caracteriza porque los pacientes presentan dolor neuropático perineal y/o pelviano, que se agrava en sedestación y disminuye en bipedestación, el cual no impide el sueño. El nervio pudendo se origina en las ramas anteriores del plexo sacro (S2-S4) y tiene tres ramas terminales con diferente proporción de fibras motoras, sensitivas y autonómicas, que pueden verse afectadas en esta entidad.

Aunque el diagnóstico habitual es clínico, mediante los criterios de Nantes y los signos de Tincl y el "Rolling test", se podría confirmar también mediante electromiografía.

El tratamiento inicial es médico, con medidas higiénico-dietéticas, pregabalina y/o antidepressivos. En casos refractarios, podría optarse por infiltraciones perineurales o incluso descompresión quirúrgica del nervio.

El propósito de este estudio es evaluar la respuesta a la infiltración perineural en pacientes con neuropatía del pudendo no respondedores al tratamiento médico.

Material y métodos: Diseñamos un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico que cumplían los criterios de Nantes y el signo de Tincl y "Rolling test" positivos. Asimismo, se descartaron otros posibles diagnósticos mediante la realización de colonoscopia, ecografía endoanal y resonancia magnética pélvica.

Se incluyeron en el presente estudio pacientes en los que fracasó el manejo conservador durante tres meses, el cual consistía en medidas higiénico-dietéticas para evitar el estreñimiento, baños de asiento y la asociación de pregabalina + duloxetina + diazepam.

Resultados: Se incluyeron tres pacientes, todas ellas mujeres, con una mediana de edad de 46 años (39-69), que fueron tratadas durante el año 2019 mediante infiltración perineural ambulatoria con triamcinolona acetónido y bupivacaína en el canal de Alcock ipsilateral.

La mediana de número de sesiones fue de 5 (5-6), realizadas cada dos semanas en consultas externas.

Las tres pacientes mostraron mejoría de al menos un 50% en el manejo del dolor, valorado mediante la Escala Visual Analógica (EVA) comparando pre vs. post-tratamiento ($p > 0,05$).

Conclusiones: La infiltración pudenda perineural es un procedimiento de sencilla aplicación y con aparentes buenos resultados para pacientes con atrapamiento pudendo sin respuesta al tratamiento médico, aunque posiblemente su efectividad depende de un adecuado diagnóstico previo.

240022. CIERRE DE PARED COMPLEJO EN CIRUGÍA DE URGENCIAS

E Ferre Ruiz, L Hernández Vélez, L Romacho López, AJ González Sánchez, JM Aranda Narváez, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La reparación de una pared abdominal compleja es un desafío para el cirujano general, sobretodo cuando se trata de cirugía de urgencias. Los defectos de mayor tamaño se asocian con estancias hospitalarias más prolongadas, mayores complicaciones en la cicatrización de las heridas y altas tasas de herniación.

La capacidad de cerrar la fascia a nivel de la línea media se asocia a mejores tasas de herniación, pero esto es imposible en una minoría de los pacientes, con defectos de la pared abdominal muy grandes, a quienes les queda una reparación puente como única opción quirúrgica. Asimismo, cuando el campo está infectado, normalmente se prefiere una malla biológica frente a una malla sintética no reabsorbible.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 58 años, con antecedentes médicos de HTA, DM2, pancreatitis aguda grave de origen enólico, arteriopatía periférica severa y ERC secundaria a nefropatía diabética. Intervenciones quirúrgicas previas: apendicectomía por McBurney, hernia abdominal epigástrica y trasplante renal.

Reingresa al 45dpo del trasplante renal por sobreinfección de injerto renal desvitalizado. Transplantectomía a través de incisión de Alexander. Cierre aponeurótico complejo por fragilidad del tejido. Al 7dpo salida de contenido fecaloideo por herida quirúrgica, por punto de sutura de peritoneo y ciego, con perforación y vertido de contenido fecal exclusivamente a través de herida. Se realiza resección ileo-cecal y anastomosis manual. Colocación de VAC de herida en la incisión previa, con esponja blanca y negra, y cierre primario de laparotomía media. Hasta 3 cambios de sistema VAC, precisando poner otra esponja negra en zona caudal de laparotomía media y conexión en Y.

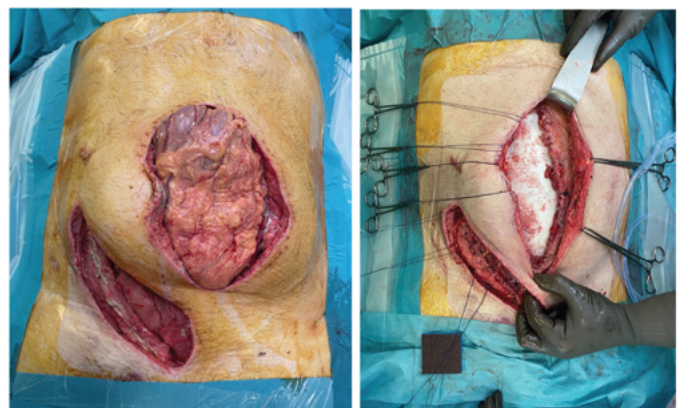


Figura 1

Al 6º dpo de la reintervención nuevamente salida de material fecaloideo por VAC de herida por dehiscencia del grapado del cabo colónico. Se completa hemicolectomía derecha con sección cólica e ileal. Dada la inestabilidad hemodinámica y contaminación abdominal se coloca sistema de abdomen abierto. A las 48h se realiza anastomosis. Debido a la incapacidad de realizar cierre primario de ambas herida quirúrgicas se coloca malla BIO-A en cavidad, que se fija con puntos sueltos de vicryl 0. Colocación sobre ambos defectos malla Proceed, que se fija con 4 hemisuturas de prolene 0. Drenaje redon sobre malla. Cierre del TCS con vicryl 2/0. Piel con grapas.



Figura 2

Discusión: El uso puente de malla biológica reabsorbible (como la BIO-A) y malla de polipropileno no absorbible (como la Proceed) pueden ser una excelente opción en pacientes con abdomenes catastróficos, cuyo cierre fascial primario resulta imposible.

240023. DRENAJE TRANSVAGINAL DE ABSCESO PÉLVICO POSTOPERATORIO

E Ferre Ruiz, L Hernández Vélez, AJ González Sánchez, L Romacho López, A Títos García, JM Aranda Narváez

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

Introducción: La aspiración, biopsia y drenaje de patologías pélvicas se han realizado tradicionalmente de forma percutánea por un abordaje abdominal anterior o un abordaje transglúteo posterior. La ruta transabdominal generalmente presenta una larga distancia a las lesiones pélvicas, con la dificultad que aportan las vísceras que se interponen en su camino (intestino, vejiga y órganos reproductivos), que a menudo complican esta ruta. El abordaje transvaginal es una vía ideal en estas circunstancias debido a la proximidad de los fondos de saco vaginales a la mayoría de las lesiones pélvicas.

Caso clínico: Mujer de 25 años, con antecedente de 2 cesáreas. Intervenido de apendicitis aguda el 12 marzo 2023, con hallazgos intraoperatorios de apendicitis aguda flemonosa y quiste ovárico hemorrágico izquierdo con sangrado activo. Se realiza apendicectomía y hemostasia sobre el quiste por vía laparoscópica. Fue dada de alta al 4º día postoperatorio con ecografía abdominal con hallazgo de líquido libre en moderada cantidad a nivel del fondo de saco de (posible hematoma evolucionado). Reingresa al día siguiente por

sobreinfección del hematoma. Fue tratado con aztreonam durante 7 días y dada de alta con clotrimoxazol + metronidazol durante 7 días más. Tras finalizar pauta antibiótica comienza de nuevo con fiebre de hasta 38.5º y dolor abdominal. Analíticamente presentaba elevación de reactantes de fase aguda (PCR 132 mg/L, leucocitos 12.97 x10⁹/L, N 76%) y coagulopatía (TP 63%, INR 1,29). Se realizó un TC que informaban como absceso en espacio recto-uterino de 8.4x7.3x4.8 cm. Dada la estabilidad clínica se decide manejo no operatorio y drenaje del absceso vía transvaginal.

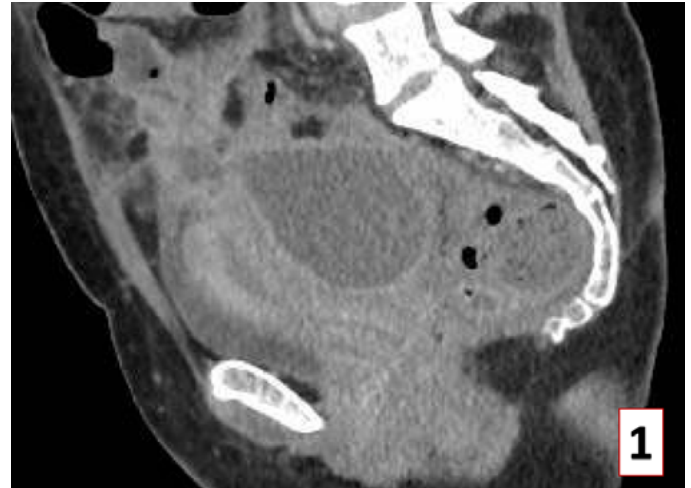


Figura 1



Figura 2

A la exploración transvaginal se palpaba tumoración en fondo de saco de Douglas, que improntaba fondo de saco vaginal posterior y cara anterior del recto. Se accedió por vía transvaginal al absceso puncionando con Abbocath del 14 en la zona de máxima protusión, drenando pus que se envió a cultivo (resultados: Streptococcus anginosus). Se introdujo drenaje de Pigtail según técnica de Sheldinger con éxito.

Buena evolución posterior con antibioterapia dirigida. Alta al 10º día, con un TC de control que evidenciaba resolución completa del absceso.

Discusión: Las infecciones ginecológicas, tal vez debido a la localización profunda dentro de la pelvis, tradicionalmente se han tratado con tratamiento médico o drenaje quirúrgico. Sin embargo, estudios recientes han demostrado el beneficio significativo del drenaje percutáneo de las colecciones pélvicas. La ruta transvaginal es ideal para estos casos debido a la proximidad de los fondos de saco vaginales a la mayoría de las acumulaciones de líquido pélvico, siendo una técnica fácil y segura.

240024. NEUMOPERITONEO INCIDENTAL EN PACIENTE CIRRÓTICO

E Ferre Ruiz, L Hernández Vélez, L Romacho López, A Títos García, I Cabrera Serna, JM Aranda Narváez, JM

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

Introducción: El neumoperitoneo está principalmente causado por perforación a nivel del tracto gastro-intestinal (aprox el 90%), requiriendo generalmente cirugía urgente.

Sin embargo, hay un subgrupo que se puede manejar de manera conservadora. Las causas pueden ser:

- Intratorácicas: barotrauma.
- Intraabdominales: neumatosis cistoide intestinal, cirugía intrabdominal o tras endoscopia.
- En mujeres también puede deberse a actos sexuales, duchas vaginales o enfermedad inflamatoria pélvica.

El término de neumoperitoneo idiopático es un diagnóstico de exclusión y su manejo no está todavía establecido. El manejo conservador se debe considerar en aquellos pacientes asintomáticos, hemodinámicamente estables y sin signos de peritonitis. De hecho, un reciente estudio multicéntrico retrospectivo liderado por Udelsman revela que el manejo quirúrgico en pacientes sin signos de peritonitis conlleva a un aumento de la morbi-mortalidad.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón 54 años, con antecedente de EPOC, arteriopatía periférica y cirrosis hepática enólica con descompensaciones neurológicas y edemoascíticas. En la Rx de tórax solicitada como preoperatorio para bypass femoro-femoral se evidencia hidroneumotórax (**Figura 1**), motivo por el cual lo derivan al servicio de urgencias. A su llegada aceptable estado

general, estable hemodinámicamente, afebril. Exploración abdominal anodina. Analíticamente destacaba PCR 63.9. El TC abdomen c/c iv (**Figura 2**) mostraba neumoperitoneo, sobretudo a nivel perihepático y pericólico sin lograr visualizar punto de perforación; abundante líquido libre con leve realce de predominio en pelvis; signos de hepatopatía crónica.

Se realiza drenaje percutáneo del líquido libre, con aspecto ascítico. Dada la ausencia de clínica y líquido libre no intestinal, se decide ingreso para tratamiento conservador con colocación de SNG, dieta absoluta e inicio de antibioterapia iv (piperilina-tazobactam). El TC abdomen c/c iv y oral al 3er día mostraba disminución del líquido libre y del neumoperitoneo, sin extravasación de contraste (**Figura 3**). La radiografía de tórax al 6º día evidenciaba discreta disminución del hidroneumoperitoneo (**Figura 4**). Durante su ingreso persiste asintomático desde el punto de vista digestivo, con tolerancia y tránsito correctos, por lo que se decide alta y revisión en consultas con Rx tórax de control.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

Discusión: El neumoperitoneo idiopático es muy poco frecuente. En este caso, el manejo conservador ha sido satisfactorio, pero es cierto que se requiere un mayor conocimiento de esta afectación y un enfoque perspicaz, con la finalidad de reducir la tasa de laparotomías negativas en tales pacientes.

240025. OCLUSIÓN INTESTINAL POR ALMEJA: CASO CLÍNICO

E Ferre Ruiz, I Lázaro Mármol, A Títos García, L Romacho López, I Cabrera Serna, JM Aranda Narváez

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

Introducción: La obstrucción intestinal se define como una dificultad del paso del alimento debido a un obstáculo mecánico. Las principales causas son las bridas (la más frecuente, 60-80%), hernias,

tumores y enfermedades inflamatorias intestinales. Los cuerpos extraños como causantes de esta patología son especialmente raros en adultos, viéndose principalmente en aquellos con antecedentes psiquiátricos, personas mayores o con problemas dentales.

Caso clínico: Varón de 87 años, con antecedentes de hipertensión, angina estable, enfermedad renal crónica y cáncer sincrónico de recto superior y medio intervenido hace 14 años, con RT y QT posterior. Acude por dolor abdominal, vómitos y ausencia de tránsito de 4 días evolución. Refería haber comido el día anterior al inicio de la clínica un caldo de pescado que contenía marisco y almejas.

A la exploración abdominal presentaba distensión y timpanismo, sin dolor ni irritación peritoneal.

En la analítica sanguínea destacaba una PCR de 67mg/dL, sin leucocitosis ni neutrofilia, y en el TC con contraste iv lo informaban como cuadro obstructivo/pseudoobstructivo mecánico en ileon con cuerpo extraño compatible almeja (a 30cm de la válvula ileo-cecal), acompañado de pequeña cantidad de líquido libre en pelvis. Se revisan imágenes en sesión e impresionaba de obstrucción intestinal por el asa fecalizada previa a la almeja, más que por el cuerpo extraño en sí. Se decide iniciar protocolo gastrográfín: colocación de SNG, dieta absoluta, descompresión abdominal y administración de gastrográfín. A las pocas horas el paciente comienza con tránsito y mejoría franca clínica. En la radiografía de control a las 12h de la administración del gastrográfín se evidencia paso de contraste a colon, así como la migración de la almeja al ángulo esplénico de colon. Se da de alta al paciente a los 3 días, asintomática desde el punto de vista digestivo, tolerancia oral completa, tránsito conservado a heces y gases.

Discusión: La eficacia del uso de gastrográfín en pacientes con obstrucción intestinal por bridas está ampliamente demostrado. El gastrográfín es un contraste radiopaco hiperosmolar que hace que el líquido ingrese en la luz, lo que ayuda a reducir el edema de la pared intestinal y estimula el peristaltismo, ayudando a fragmentar la brida. Con esta idea, se administró al paciente de nuestro caso, aunque no hay casos publicados en la literatura. El resultado fue espectacular, por lo que animamos a usarlo más, siempre y cuando la situación clínica del paciente lo permita.



Figura 1

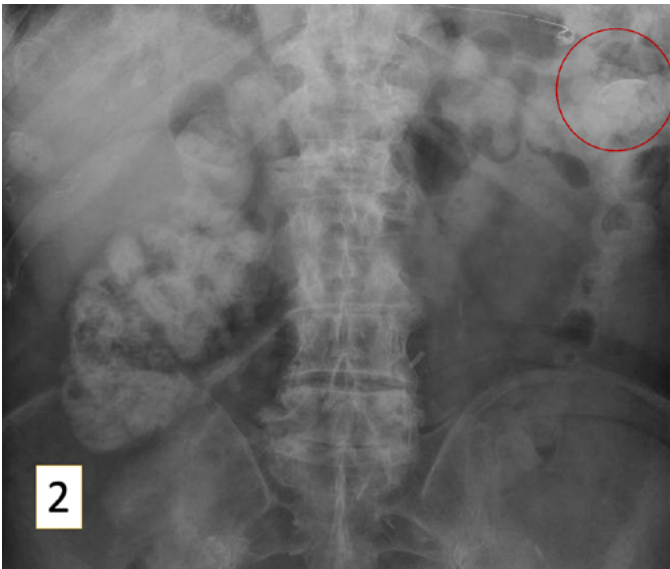


Figura 2

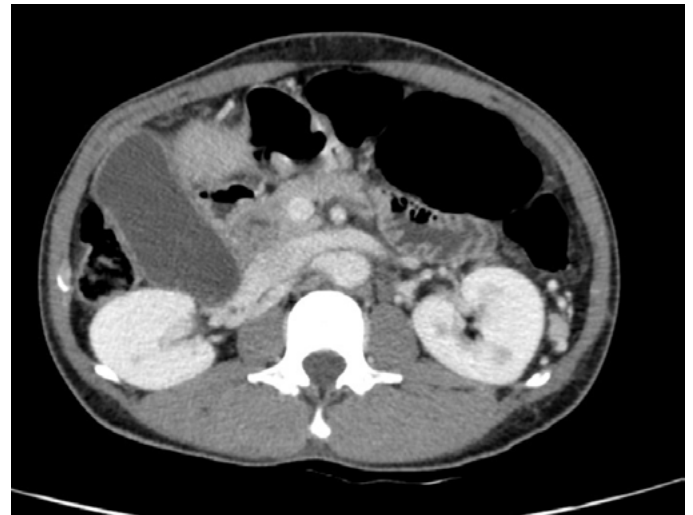


Figura 1

TAC abdominal en fase portal. Se aprecia dilatación biliar extrahepática por ocupación de imagen endoluminal hiperdensa con centro hipodenso. En relación a ascaris.

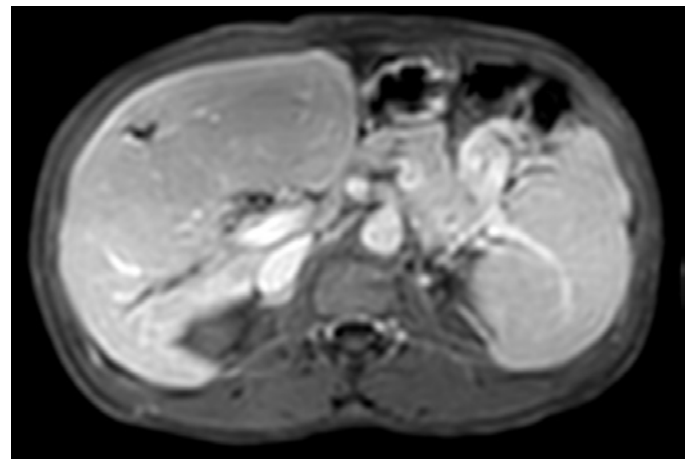


Figura 2

RM abdominal con contraste en fase dinámica. Se aprecia estructura redondeada en vía biliar correspondiente a ascaris, con ausencia de contraste en el intestino del mismo.

240026. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUCCIÓN BILIAR: ASCARIS LUMBRICOIDES

M Santidrián Zurbano, MH Mohamed Chairi, MJ Alonso Sebastián, AJ Pérez Alonso

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

Introducción: Existen múltiples causas de obstrucción biliar, desde lesiones neoplásicas a ocupaciones mecánicas de la misma, siendo lo más frecuente en nuestro medio la litiasis pero existiendo otras menos comunes como los parásitos. La edad del paciente y la sintomatología son básicas para establecer el diagnóstico diferencial y la principal sospecha diagnóstica, orientando así las pruebas y tratamiento oportunos.

Exponemos el caso de un paciente con obstrucción biliar secundaria a ascaris lumbricoides en la vía biliar. Analizamos la forma de presentación, su manejo diagnóstico y terapéutico.

Caso clínico: Varón de 41 años procedente de Colombia consulta por ictericia, intolerancia oral de 6 días y dolor abdominal crónico, acompañado de emesis y pérdida de 20kg. En la analítica destacaba una bilirrubina total elevada, a expensas de directa, GGT incrementada y leucopenia sin eosinofilia.

Se realiza TAC abdominal observándose colelitiasis y obstrucción biliar por parásitos, sugerente de infección por *Ascaris lumbricoides* (Figura 1).

Se inicia tratamiento con albendazol oral y se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) que confirma la obstrucción por áscaris y coledocolitiasis. A pesar del tratamiento y la extracción de los parásitos, persisten los síntomas, por lo que se realiza colangiorresonancia magnética (Figura 2), observando macronódulos hepáticos por colangiopatía crónica.

El paciente requirió nueva CPRE, con spyglass, para la eliminación de cálculos y áscaris. Fue dado de alta tras 48 horas, y programado para colecistectomía laparoscópica diferida.

Discusión: La ascariasis es la helmintiasis intestinal más común a nivel mundial, afectando principalmente a áreas tropicales y población infantil. Aunque la infección es a menudo asintomática o con síntomas leves, puede complicarse con obstrucción biliar debido a la migración de áscaris al conducto biliar y la formación de litiasis.

A pesar de ser rara en nuestro entorno, con la globalización y migración, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de obstrucción biliar en pacientes de áreas endémicas con síntomas y alteraciones analíticas compatibles, como neutrofilia.

El diagnóstico se confirma mediante la visualización de huevos o parásitos y el tratamiento consiste en antihelmínticos orales y, en casos complicados o que no responden, CPRE para la extracción de parásitos y cálculos.

240027. LINFANGIOMA QUÍSTICO MESENTÉRICO COMO HALLAZGO INCIDENTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

I Cordero Ferreira, F Grasa González, D Palomo Torrero, V Vera Flores, KD Sarango Torres

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

Introducción: El linfangioma quístico (LQ) son hamartomas congénitos del sistema linfático, una lesión de naturaleza benigna. La mayoría de ellos se diagnostica en la infancia, siendo infrecuentes encontrarlos en adultos. Suelen ser asintomático, presentando síntomas en caso de compresión de estructuras adyacentes. Localizados con mayor frecuencia en cabeza y cuello.

Caso clínico: Varón de 67 años con antecedentes personales de síndrome de Gorlin, quistes maxilares, pólipos laríngeo e intervenido de neoplasia papilar de tiroides. Paciente asintomático que, tras prueba de imagen, se diagnostica de quiste linfomesentérico de forma incidental.

Se realiza exéresis quirúrgica mediante abordaje laparoscópico de lesión localizada entre vena cava inferior, páncreas y tercera porción duodenal con un tamaño de 70 x 48 x 46 mm (Figura 1). La resección de la lesión se efectúa sin incidencias intraoperatorias, sin embargo, en el postoperatorio inmediato se evidencia fístula pancreática Grado A de la ISGPF (International Study Group on Pancreatic Fistula) que se resolvió de forma no operatoria.

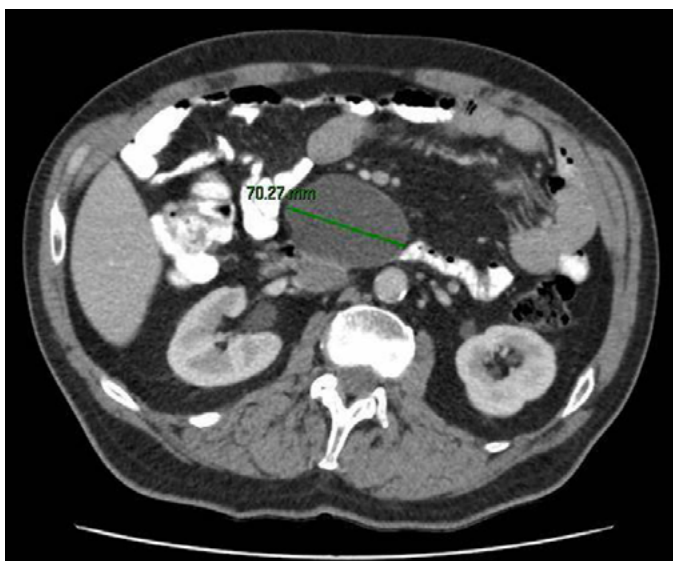


Figura 1 TAC de linfangioma quístico.

Discusión: Los LQ de localización mesentérica son entidades poco frecuentes, con una incidencia de 1/100.000 casos en adultos. Los síntomas suelen ser escasos, ausentes o inespecíficos, con una evolución progresiva. En aquellos casos que evolucionan pueden producir, en algunas ocasiones, complicaciones como ruptura, infección, hemorragia y vólvulo digestivo, debutando en abdomen agudo.

Para el diagnóstico es clave el uso del TAC abdominopélvico, ya que permite definir las características de la lesión, así como su relación con estructuras adyacentes.

Dentro de las opciones terapéuticas, la resección quirúrgica parcial tiene una recurrencia del 100% y la completa menor al 27%. En cuanto al abordaje quirúrgico, la vía laparoscópica es la ideal, incluso en quistes de gran tamaño, en los cuales se puede realizar drenaje percutáneo preoperatorio obteniendo óptimos resultados.

En LQ irresecables o en paciente inoperables, se han probado inyecciones esclerosantes percutáneas con OK-432, Ethibloc y doxiciclina, pareciendo ser eficaces, aunque es necesario estudios que evalúen estas sustancias a más a largo plazo.

240028. LESIONES RETRORRECTALES, ¿CUAL SE CONSIDERA LA VÍA DE ABORDAJE IDEAL? A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

I Cordero Ferreira¹, D Palomo Torrero², F Grasa González¹, KD Sarango Torres¹, V Vera Flores¹

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

Introducción: Los tumores retrorrectales (TRR) son un grupo heterogéneo de lesiones que se desarrollan en el espacio retrorrectal. Este es un espacio virtual limitado posteriormente por la fascia presacra, anteriormente por el mesorrecto y lateralmente por los uréteres y los vasos ilíacos. Los TRR son raros, con una incidencia estimada de aproximadamente 1 de cada 40.000 ingresos de pacientes. Afectan preferentemente a mujeres en la tercera década.

Caso clínico: Mujer de 45 años, es estudiada por pérdida de peso y diarreas crónicas. Se diagnostica de enfermedad de Crohn severa con afectación de íleon y región perianal, junto con la existencia de un hamartoma quístico retrorrectal de 56 x 24 x 49 mm (Figura 1).

Es sometida a una resección completa mediante procedimiento posterior Kraske (PPK). Durante la intervención, una de las múltiples lobulaciones que presenta la masa, se perfora, liberando un líquido purulento espeso (Figura 2). Se completa con éxito la exéresis de la lesión. Evoluciona adecuadamente, siendo dada de alta al tercer día postoperatorio.

Varón de 63 años, con dolor lumbar de dos años y clínica reciente de alteraciones urinaria. Se realiza TAC abdominoperineal, observándose una masa de aspecto sólido de 8 cm en íntima relación

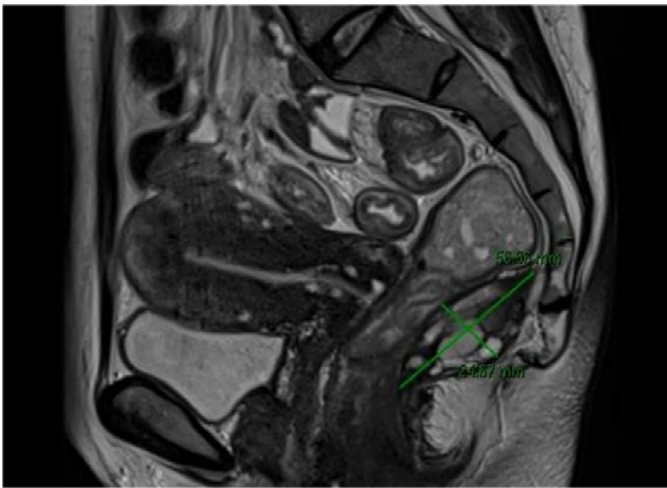


Figura 1

TAC de hamartoma quístico retrorectal.

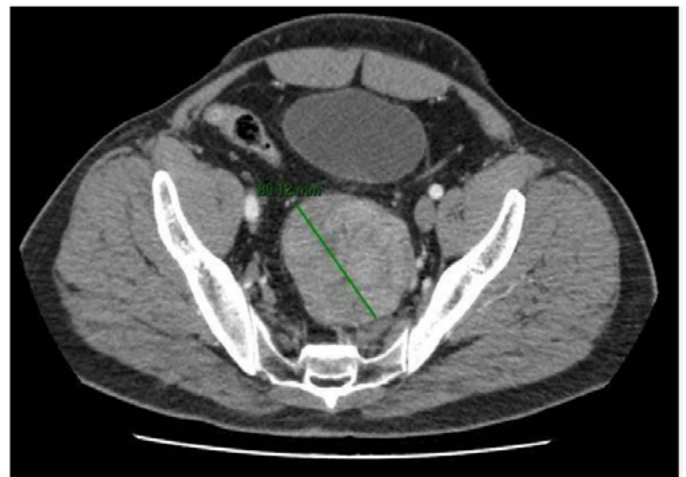


Figura 3

TAC de Schwannoma retroperitoneal.



Figura 2

TAC de linfagioma quístico.

con vértebra S1, que comprime sigma, vena iliaca común y vena iliaca externa (Figura 3).

Se realiza intervención quirúrgica mediante abordaje laparoscópico con disección laboriosa y exéresis completa de lesión. El paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta al cuarto día postoperatorio. Anatomía patológica concluyó el diagnóstico de Schwannoma.

Discusión: Los TRR a menudo pasan desapercibidos debido a síntomas inespecíficos. La mayoría de las lesiones benignas, aunque suele ser asintomáticas, pueden debutar con dolor u obstrucción. Siempre se suele recomendar la cirugía porque el riesgo de transformación maligna en adenocarcinoma puede alcanzar el 12%.

Existen diferentes tipos de abordajes: anterior, mediante laparotomía, laparoscopia o cirugía robótica e inferior, como el abordaje Kraske, resección perineal o transanal. El abordaje laparoscópico podría preferirse para TRR grandes, ubicados por encima de la vértebra S3 o aquellos con afectación rectal para los que se requiere una resección rectal en bloque. Por el contrario, PPK parece la mejor opción para lesiones bajas y pequeñas.

No parece existir diferencias significativas con respecto a la tasa de morbilidad, reintervención y reingreso entre las dos vías de abordajes. Sin embargo, los escasos estudios encontrados hacen tomarnos dichos resultados con cautela.

240029. HEMORRAGIA MASIVA TRAS LESIÓN TRAUMÁTICA DE LA CORONA MORTIS SIN FRACTURA DE PELVIS ASOCIADA.

L Candil Valero, M Felices Montes, J Ruiz Pardo, Z Gómez Carmona, Á Pareja López, M García Redondo, L González Garrido, A Reina Duarte

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

Introducción: La corona mortis es una conexión vascular (arterial, venosa o ambas) muy variable ubicada detrás de la rama púbica superior en el espacio retropúbico de Retzius. Conecta la arteria-vena obturatriz (dependiente del sistema arterial-venoso ilíaco interno) y el sistema arterial-venoso ilíaco externo (normalmente la arteria-vena epigástrica inferior). Su prevalencia es de aproximadamente el 49,3-63%, siendo más frecuente la venosa respecto a la arterial.

La hemorragia a nivel de la corona mortis se asocia normalmente a fractura de pelvis, siendo extramadamente rara, su hemorragia por politraumatismo sin fractura de pelvis. Debido a su infrecuencia, se presenta el caso clínico de un paciente con hemorragia a nivel de la corona mortis sin fractura de pelvis asociada.

Caso clínico: Varón de 59 años, sin antecedentes personales destacables, que es remitido desde otro centro por politraumatismo tras accidente de motocicleta, donde se realiza TC abdominal con contraste iv, observando un gran hematoma en hemiabdomen inferior, sin sangrado activo y sin fractura de pelvis. Ante la inestabilidad hemodinámica, se interviene observando dicho hematoma en espacio preperitoneal que disecaba el espacio de Retzius y ambos espacios de Bogros. Se drenó el hematoma, objetivando un sangrado difuso a nivel del espacio de Retzius sin identificar claramente el punto de sangrado, por lo que se realiza un packing y se deriva a nuestro centro.

En nuestro centro, se repite la TC con contraste intravenoso objetivando un sangrado activo en espacio de Retzius a nivel de la corona mortis izquierda (**Figura 1**), motivo por el que se decide intervención quirúrgica urgente al no disponer de Radiología Intervencionista e inestabilidad hemodinámica del paciente (TAS/TAD 80/30mmHg y FC 137 l.p.m.). Se realiza nueva laparotomía media, ampliando hasta pubis. Se retira packing previo, aspirando aproximadamente 1000 ml de sangre fresca y coágulos y visualizando un punto de sangrado venoso en la cara posterior de la rama pubiana izquierda, compatible con sangrado de la corona mortis. Ante la imposibilidad de realizar hemostasia, se decide aplicar matriz hemostática Floseal y realizar compresión mediante nuevo packing.

El paciente permaneció estable en el postoperatorio inmediato, realizando *second-look* tras 48 horas, y observando el control de la hemorragia previa, sin sangrado activo. Tras siete días de estancia hospitalaria el paciente recibió el alta.

Discusión: La hemorragia de la corona mortis en ausencia de fractura de pelvis, aunque sea infrecuente, debe sospecharse para poder realizarse un tratamiento precoz y adecuado.

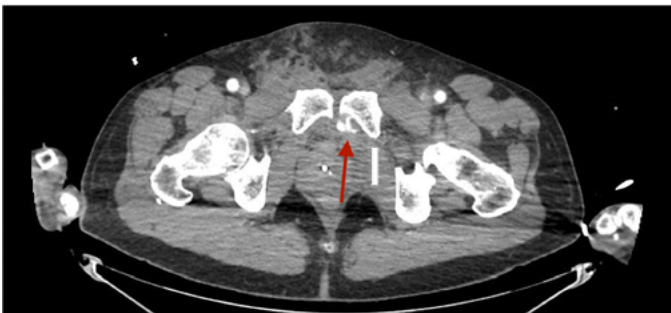


Figura 1
TC abdominal con contraste intravenoso. Señalado mediante flecha roja, extravasación de contraste correspondiente en espacio de Retzius, compatible con sangrado a nivel de la corona mortis.

240030. ANGIOLIPOMA DE GLÁNDULA TIROIDES: UNA LOCALIZACIÓN MUY INFRECUENTE

G Plata Pérez¹, EM García Pastor², L Díaz Sánchez¹, R Soler Humanes¹, JL Fernández Serrano¹

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

Introducción: El angioliopoma es un tumor mesenquimatoso benigno que suele encontrarse en el tejido subcutáneo de tronco y extremidades. También puede estar en otras localizaciones anatómicas: espacio extradural de médula espinal torácica, mamas, etc.

El angioliopoma de la glándula tiroides es una entidad extremadamente rara. Existen pocos casos publicados en la literatura.

Caso clínico: Paciente varón de 57 años sin antecedentes personales de interés. Acude a consulta de cirugía endocrina por nódulo sólido, heterogéneo, de 23 mm, en lóbulo tiroideo izquierdo, TIRADS 4, asintomático y no palpable, con PAAF de Bethesda I. Se realiza cirugía diagnóstica mediante hemitiroidectomía izquierda con alta domiciliaria sin complicaciones.

El examen macroscópico revela pieza de hemitiroidectomía con lesión nodular sólida blanquecina de 23 mm. Microscópicamente el tumor consta de dos componentes: una proliferación vascular bien delimitada, sin atipia, con frecuentes trombos fibrinoides, que se mezcla con tejido adiposo maduro con abundantes mastocitos. Presenta un índice de proliferación muy bajo, lo que apoya la benignidad de la lesión. Se confirma angioliopoma de tiroides.



Figura 1
Ecografía cervical: tumoración cervical de 23 mm en lóbulo tiroideo izquierdo.

Discusión: El angioliopoma es un tumor mesenquimatoso benigno compuesto por 2 elementos: vasos sanguíneos y tejido adiposo. Existe controversia sobre si es una verdadera neoplasia o no. Su incidencia es del 5-17 % de todos los lipomas. Predomina en hombres de entre 16-58 años, con una media de 24 años.

Se postula que el evento primario en la patogenia es la proliferación vascular, siendo la acumulación de tejido adiposo un fenómeno secundario. Además, parece que el grado de vascularización se correlaciona clínicamente con la presencia de dolor asociado al tumor. Clínicamente suele dar síntomas debido a compresión extrínseca.

El diagnóstico preoperatorio por pruebas de imagen es dificultoso porque los hallazgos varían dependiendo de la cantidad de componente adiposo y vascular que presenten. El diagnóstico suele ser anatomopatológico en la pieza quirúrgica definitiva.

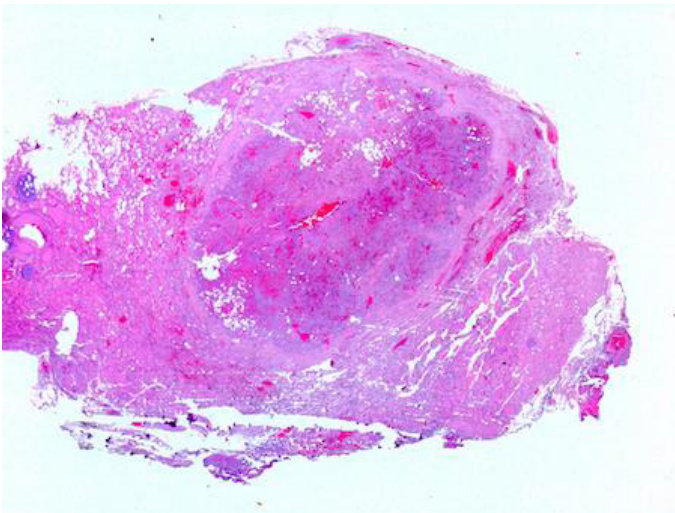


Figura 2
LRINEC vs días de ingreso.

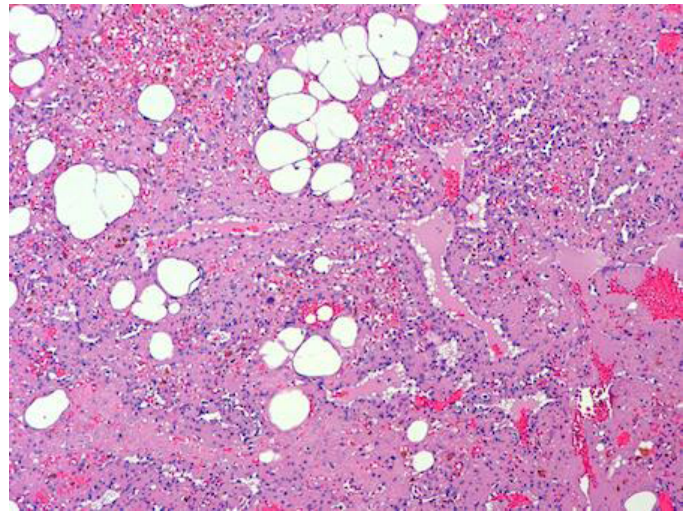


Figura 4
10x: se distinguen blancos los adipocitos y rojos los vasos sanguíneos con trombos en su interior.

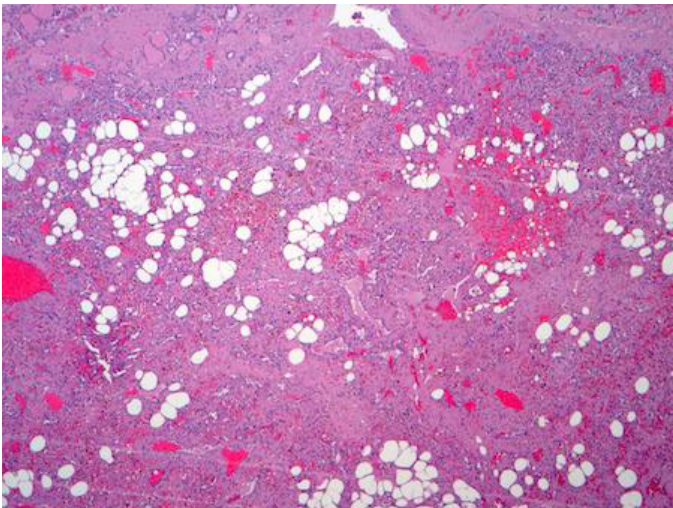


Figura 3
LRINEC vs días de ingreso.

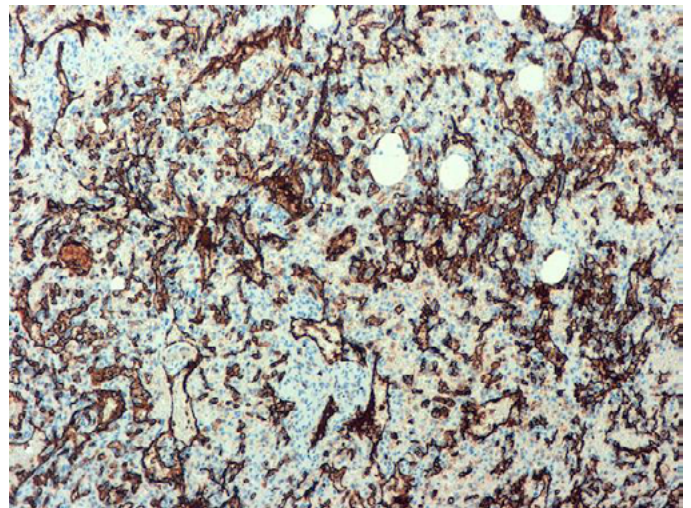


Figura 5
10x: El marcador CD31 tiñe la pared de los vasos sanguíneos.

La presencia de vasos proliferantes mezclados con adipocitos, en una lesión bien delimitada, en ausencia de atipia, debería ser suficiente para llegar al diagnóstico correcto anatomopatológico. Los mastocitos habitualmente presentes contribuirían al mantenimiento y función de los vasos.

El diagnóstico diferencial del angioliopoma tiroideo incluye adenolipoma y lipomatosis difusa. Existe un subtipo celular con predominio del componente vascular que puede confundirse con el sarcoma de Kaposi y otros tumores vasculares malignos, aunque no se han informado casos de esta variante en la tiroides.

El tratamiento recomendado es la resección quirúrgica, diagnóstica y terapéutica, con posibilidad de recurrencia en función de la infiltración de zonas circundantes.

240031. LINFANGIOMA QUÍSTICO EN LA MAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO MUY INFRECLENTE

G Plata Pérez¹, V Melguizo García², EM García Pastor², ML Cañones Martos¹, E Corrales Valero¹

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: Los linfangiomas quísticos son malformaciones congénitas o adquiridas (secundarias a trauma, infección o neoplasia) de los vasos linfáticos. Más del 50% están presentes al nacer, siendo diagnosticados el 90% a los 2 años.

Los linfangiomas quísticos adultos son extremadamente raros. Al igual que sus homólogos pediátricos involucran normalmente cabeza, cuello y axila. Los que involucran a la mama son excepcionalmente raros, con pocos casos reportados en la literatura.

Caso clínico: Paciente mujer de 35 años sin antecedentes personales de interés. Consulta por tumoración lateral mamaria izquierda, dolorosa a la palpación, con crecimiento rápidamente progresivo y consistencia blanda a la palpación. Se realiza ecografía de mama izquierda donde se objetiva formación quística compleja, polilobulada, de 8 cm, subaxilar izquierda que impresiona de linfangioma quístico, sin características radiológicas de malignidad en tomografía computarizada de tórax, y confirmado con PAAF de la lesión.

Se realiza exéresis de la tumoración con resección de huso cutáneo íntimamente adherido. La anatomía patológica confirma linfangioma quístico del adulto. Se produce un seroma postquirúrgico que se drena por punción, con alta domiciliaria sin otras complicaciones.

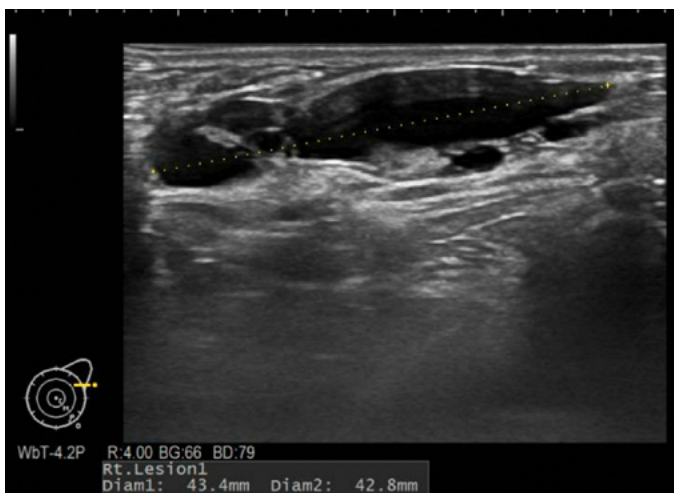


Figura 1
Ecografía de mama izquierda: formación quística compleja.



Figura 2
Tomografía computarizada de tórax: linfangioma quístico subaxilar izquierdo sin signos de malignidad.

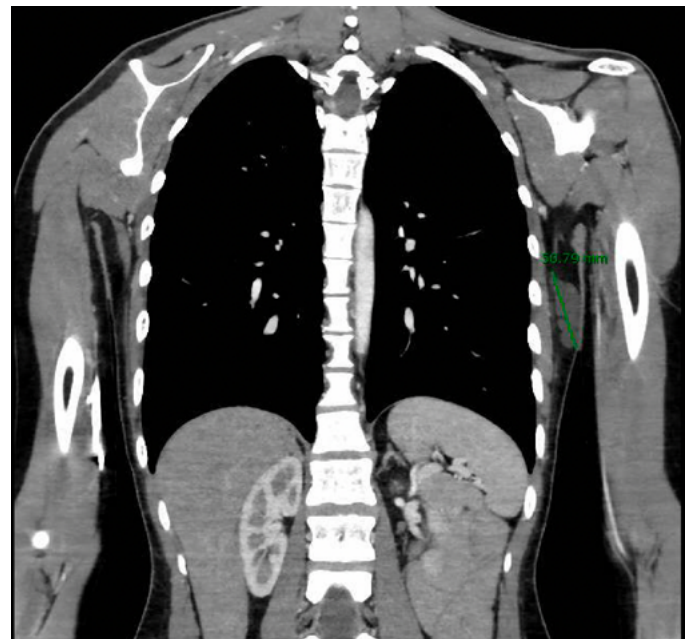


Figura 3
Tomografía computarizada de tórax: linfangioma quístico subaxilar izquierdo sin signos de malignidad.

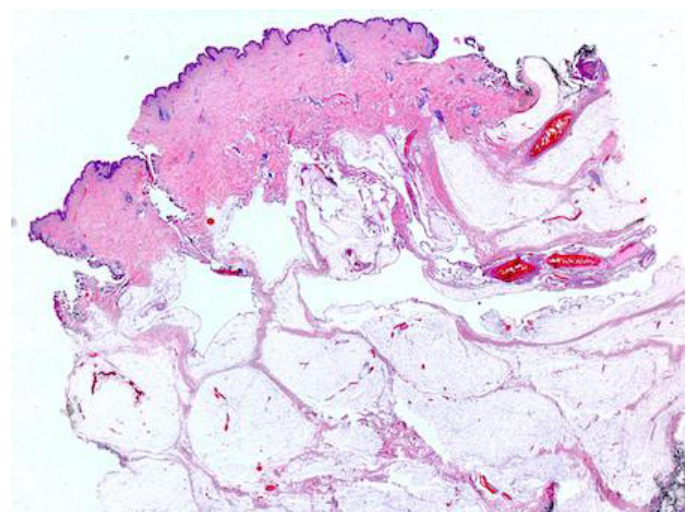


Figura 4
Vista con lupa: múltiples quistes con material en su interior (blanco), junto con epidermis de tejido mamario en margen superior de la imagen (rosa).

Discusión: Los linfangiomas quísticos en la mama son lesiones poco comunes. Su etiología no está clara, aunque se cree que resultan de la hiperproliferación y debilidad de los vasos linfáticos. Tienen a infiltrarse en los tejidos circundantes, donde el tejido linfático anormal tiene cierta capacidad para proliferar y acumular grandes cantidades de líquido, lo que representa su apariencia quística.

Se manifiestan como masas benignas, indoloras, de comportamiento agresivo local y crecimiento lento. La degeneración maligna es extremadamente rara.

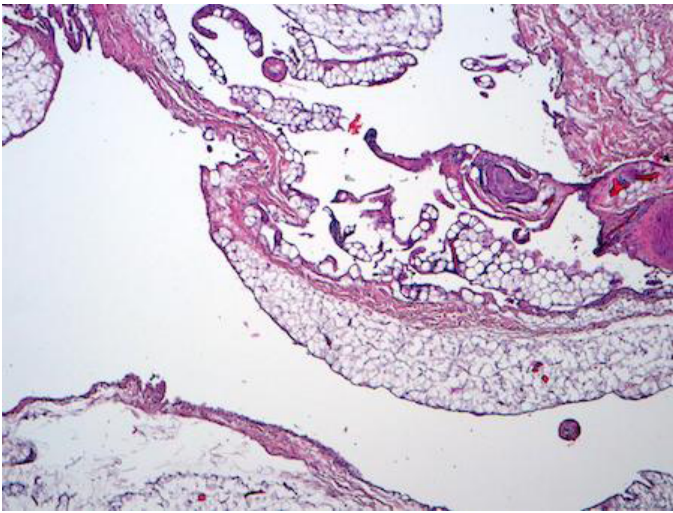


Figura 5

x4: Se visualizan canales linfáticos dilatados de paredes delgadas, formando múltiples quistes.

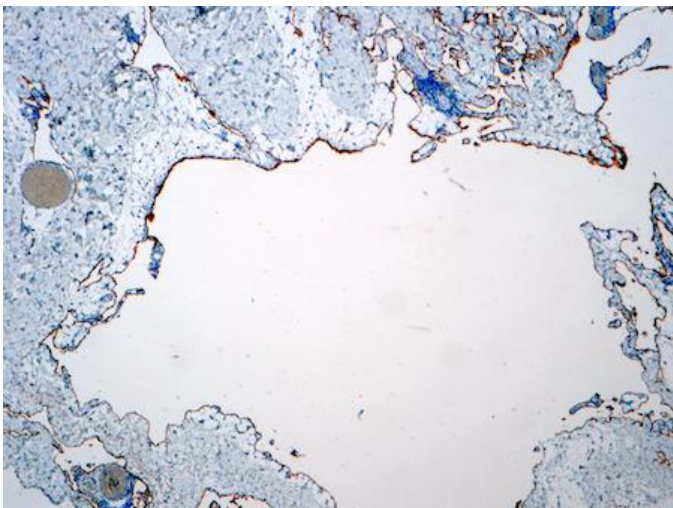


Figura 6

x4: El marcador D2-40 tiñe la pared de los vasos linfáticos color marrónceo.

Se encuentran típicamente en el cuadrante superior y externo de la mama, ya que esta área contiene un 75% del drenaje linfático de la mama hacia la axila.

El diagnóstico es clínico y mediante pruebas de imagen. La evaluación radiológica puede incluir ultrasonido, mamografía y resonancia magnética. La citología y la biopsia central pueden ayudar en el diagnóstico.

La cirugía se realiza por razones estéticas y con el fin de hacer un diagnóstico diferencial con otras lesiones más comunes. Aunque existen diferentes opciones de tratamiento, la escisión quirúrgica completa sigue siendo la modalidad de tratamiento más efectiva, proporcionando la tasa más baja de recurrencia. Otros métodos, como la radioterapia y la escleroterapia, aún no han demostrado ser completamente eficaces.

Como conclusión, el linfangioma quístico de la mama es una afección extremadamente rara. Un diagnóstico rápido y tratamiento definitivo son necesarios para prevenir recurrencias y posibles complicaciones.

240032. TUMOR DESMOIDE DE PARED ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

G Plata Pérez, C Román de San Juan, R Soler Humanes, DJ Morales García, JL Fernández Serrano

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

Introducción: Los tumores desmoides son tumores mesenquimales raros, con una incidencia de 2-4/millón de habitantes/año. Suelen aparecer en mujeres de entre 30-40 años, representando el 3% de los sarcomas de tejidos blandos.

Son benignos, localmente agresivos, a veces multifocales, con alta tasa de recurrencia, pero sin capacidad para metastatizar. Pueden surgir en diferentes partes del cuerpo, siendo la pared abdominal y las extremidades los más frecuentes.

Caso clínico: Mujer de 43 años con antecedentes de hipertiroidismo y cesárea. Remitida por tumoración abdominal palpable en fosa iliaca izquierda (FII), asintomática, descubierta en laparoscopia exploradora ginecológica, ya que impresionaba de inicio de mioma uterino pediculado. En pruebas de imagen, masa de 9x8x5 cm lobulada, heterogénea, localizada en mesenterio improntando el músculo recto anterior izquierdo, sin adenopatías. Se realiza BAG de la lesión sugestiva de tumor desmoide.

Se discute el caso en Comité de Sarcomas, decidiéndose intervención quirúrgica. Se realiza exéresis laparoscópica de la lesión, asociando peritonectomía de FII. Se va de alta domiciliaria sin complicaciones al segundo día postoperatorio. La anatomía patológica confirma tumor lipoleiomiomatoso con márgenes libres sin características de malignidad.



Figura 1

Tomografía computarizada abdominal: tumor desmoide dependiente de pared abdominal.

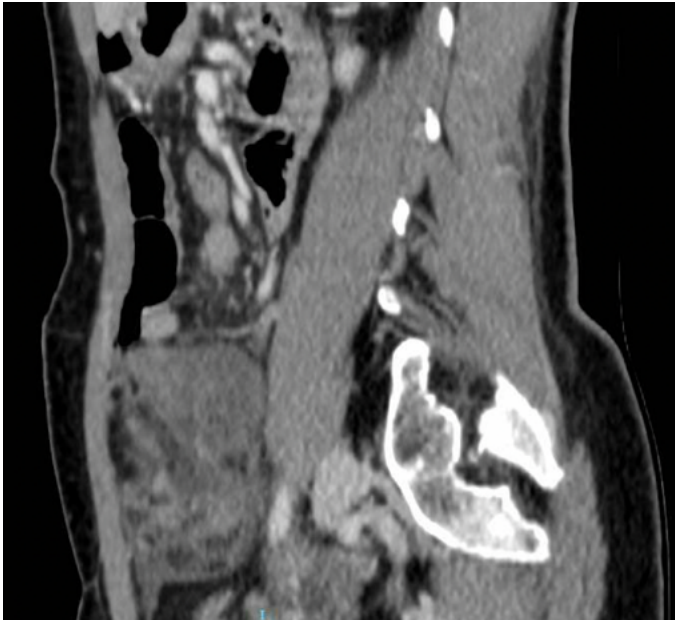


Figura 2

Tomografía computarizada abdominal: tumor desmoide dependiente de pared abdominal.

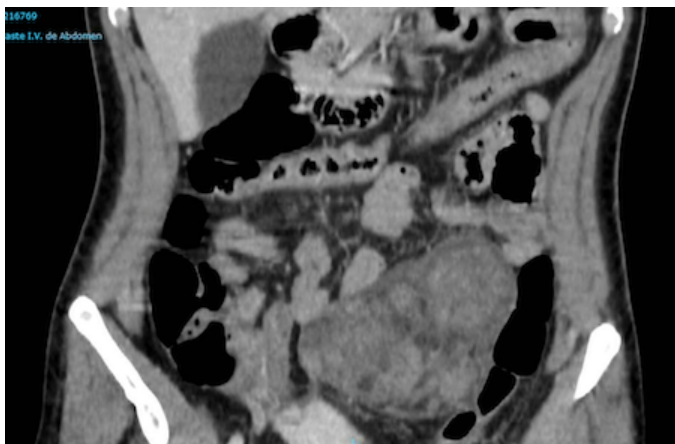


Figura 3

Tomografía computarizada abdominal: tumor desmoide dependiente de pared abdominal.

Discusión: El tumor desmoide puede aparecer de forma esporádica, asociado a una mutación de la Betacatenina, como en el caso de nuestro paciente, o en el contexto de la poliposis adenomatosa familiar, formando parte del síndrome de Gardner.

Clínicamente suelen ser indoloros, a menudo revelados por la palpación de una masa de crecimiento lento y progresivo, sin cruzar nunca la línea media, en los músculos recto y/o oblicuo. Aunque es histológicamente benigno, tiene potencial de invadir estructuras vitales y una alta tasa de recurrencia local.

El diagnóstico se basa en el ultrasonido, la tomografía computarizada y la resonancia magnética, útiles para evaluar su tamaño y extensión, relación con las estructuras circundantes y

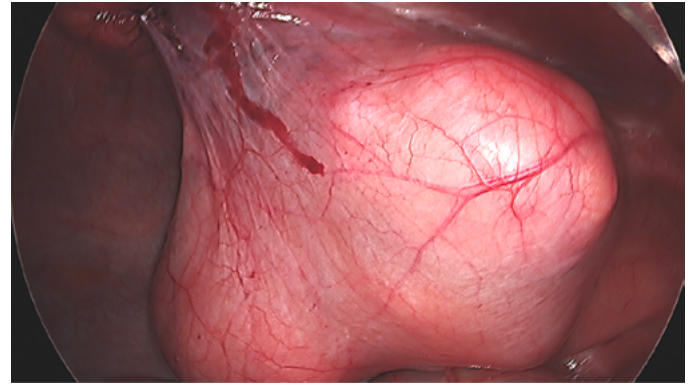


Figura 4

Tumor desmoide dependiente de pared abdominal en exploración laparoscópica.

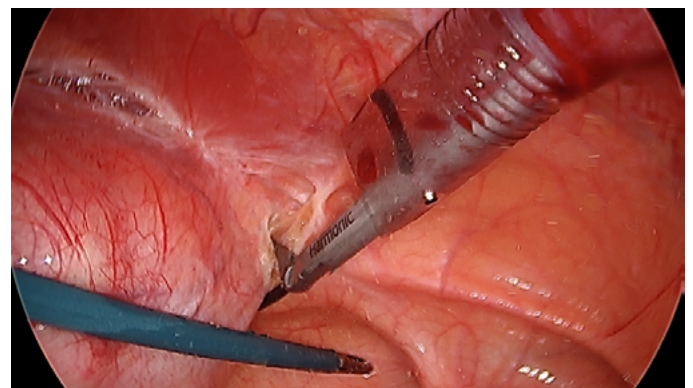


Figura 5

Inicio de exéresis laparoscópica de la lesión de la pared.

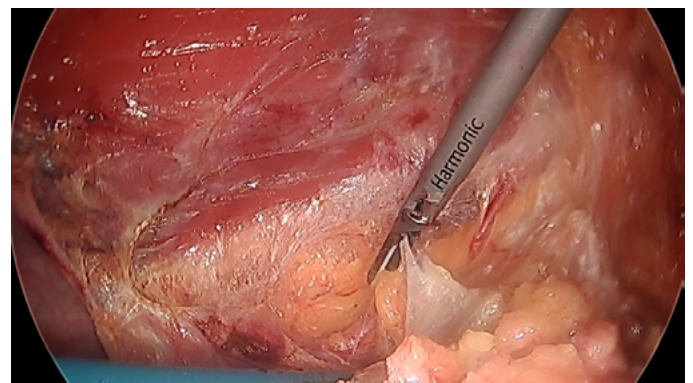


Figura 6

Peritonectomía del flanco-fosa ilíaca izquierda asociada.

la posible recurrencia del tumor, y así planear el tratamiento más correcto. El diagnóstico de certeza es histológico.

El tratamiento debe ser multidisciplinar ante el curso imprevisible de la enfermedad y posibles complicaciones que puedan surgir. El tratamiento se basa en la extirpación radical del tumor con suficientes

márgenes de seguridad, ya que la recurrencia local depende esencialmente de los márgenes de resección libres, seguida de una reconstrucción parietal utilizando refuerzo protésico si es necesario.

La combinación de quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal es una buena alternativa que reduce la tasa de recurrencia en tumores irresecables o pacientes inoperables. También se podría optar por una vigilancia activa estrecha en algunos casos.

240036. INVAGINACIÓN INTESTINAL, UNA RARA CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO

JM Hernández González, S Gómez González, C Rueda Cruces, FJ Pérez Lara

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

Introducción: Entre las causas de obstrucción intestinal en el adulto, la invaginación intestinal ocupa un lugar poco relevante, dada su baja incidencia, tratándose de una entidad más frecuente en la edad pediátrica.

La presentación clínica de la invaginación en el adulto suele ser en forma de episodios de dolor abdominal, siguiendo un curso subagudo o crónico, siendo excepcional su presentación como oclusión completa.

El diagnóstico preoperatorio puede resultar un reto en el contexto de la cirugía de urgencias, lo que hace que un elevado porcentaje se diagnostiquen intraoperatoriamente.

Caso clínico: Paciente de 76 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso de 5 días de evolución, asociado a estreñimiento desde el inicio del mismo, así como vómitos de contenido intestinal en las últimas 24 horas. La analítica no revela alteraciones significativas, presentando en la radiografía de abdomen dilatación de asas de delgado, por lo cual se realiza TAC de abdomen, en el cual se objetiva una obstrucción de intestino delgado con cambio de calibre a nivel pélvico y signos de sufrimiento (Figuras 1 y 2).

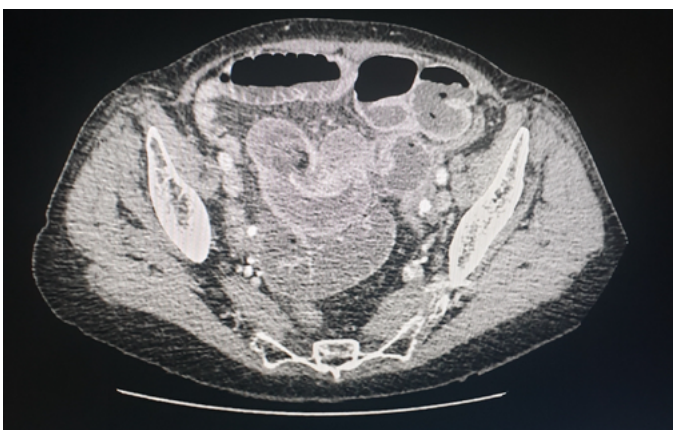


Figura 1

TAC: Corte axial.



Figura 2

TAC: Corte coronal

Es intervenida de manera urgente, hallando una obstrucción intestinal secundaria a invaginación enteroentérica (ileoileal), con segmento invaginado de unos 10 cm, isquémico (Figuras 3 y 4). Se realiza resección del mismo y anastomosis. La anatomía patológica fue de intususcepción intestinal con infarto hemorrágico de mucosa y pared intestinal, sin datos de malignidad.



Figura 3

Invaginación ileoileal

La paciente evolucionó de manera favorable.

Discusión: Menos de un 30 % de las invaginaciones intestinales ocurren en el adulto y suele ser una lesión en la pared del asa la que provoca una alteración en el peristaltismo normal de la misma, siendo más infrecuente la invaginación espontánea, como en nuestro caso.

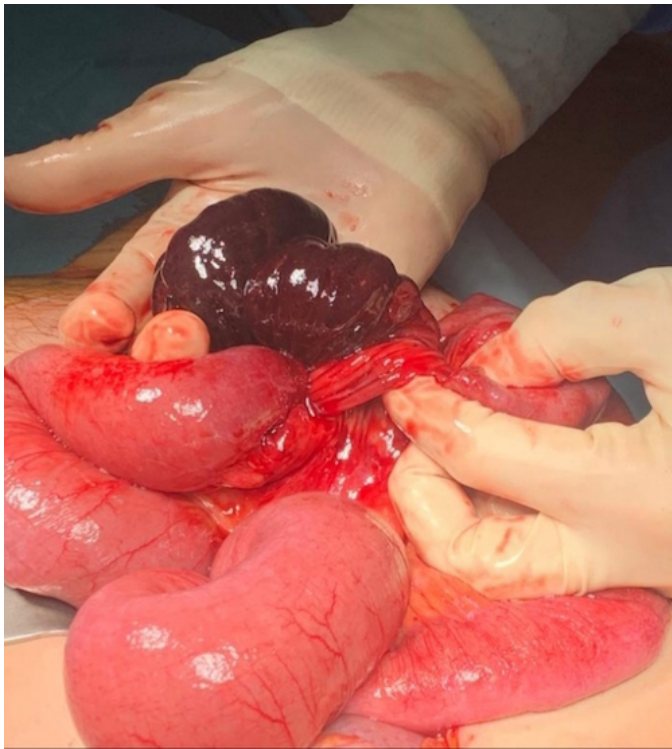


Figura 4

Segmento desinvaginado.

Según la localización de la invaginación, casi el 40 % son enteroentéricas, pudiendo ser también enterocólicas y colocolónicas.

La TAC es la prueba de elección, con una sensibilidad entre el 60 y 100 %, permitiendo detectar complicaciones que obliguen a una cirugía urgente, como la obstrucción o el sufrimiento intestinal.

La necesidad de cirugía urgente es poco frecuente, dado que la forma de presentación clínica suele ser larvada. En el acto quirúrgico se recomienda realizar una cirugía con márgenes de seguridad y evitar la desinvaginación, dada la posibilidad de proceso maligno de base. sin embargo, no existen evidencias para abstenerse del gesto de desinvaginar, si este facilita la resección intestinal. En nuestro caso, ni la historia clínica ni los hallazgos operatorios sugerían proceso neoplásico, por lo que realizamos una resección económica a la espera del resultado anatomopatológico.

240037. ABSCESO EN LIGAMENTO REDONDO: COMPLICACIÓN PRECOZ TRAS AFECTACIÓN BILIAR

N Pérez Hernández, N García Aguilar, R Escalera Pérez, S Martín Arroyo, MV Parejo de Soto, D Raposo Plugia

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

Introducción: El ligamento redondo hepático se extiende desde el ombligo hasta la cisura transversal hepática, y proviene de la obliteración de la vena fetal umbilical izquierda. Su infección representa una entidad poco común y difícil de diagnosticar.

La etiología del absceso del ligamento redondo aún no está claramente definida, aunque se asocia a procesos de coledocolitiasis, colangitis y pancreatitis, así como complicación tras CPRE o tromboflebitis del sistema venoso portal.

Sus síntomas principales son el dolor abdominal y fiebre. No en todos los casos se constata cual es el patógeno causante.

Caso clínico: Varón de 74 años, asiático, con antecedentes de insuficiencia renal y gastritis. Ingreso previo por colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis resuelta mediante CPRE. A las 48h del alta acude a urgencias, dolor en hipocondrio derecho y epigástrico, edemas y distensión abdominal. En la analítica, aumento de RFA y enzimas de colestasis. Ingres a cargo de Digestivo

Se realiza ecografía y TAC → Colección de naturaleza probablemente abscesificada desde el lecho vesicular a pared anterior de abdomen. Colecistitis aguda. (Al compararla con colangio-RM previa se aprecia dicha colección de menor tamaño). Se decide tratamiento quirúrgico.



Figura 1

Intervención quirúrgica: Inicio laparoscópico: Colección ligamento redondo, engrasado con contenido verdoso y grasa licuada + vesícula con datos de colecistitis → Adhesiolisis del epiplón y aspirado de detritus.

Conversión: Incisión de Kocher subcostal derecha. Resección ligamento. Colecistectomía y Friedrich de la pared abdominal.

Postoperatorio con evolución lenta pero favorable. Disminución de RFA. Drenaje con contenido serohemático en descenso. Dolor controlado y tránsito conservado.

Discusión: El absceso del ligamento redondo representa una entidad clínica rara, aunque debe de ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial del abdomen agudo. Su diagnóstico suele ser tardío y se aproxima por medio de pruebas de imagen.

Su tratamiento debe ser quirúrgico, aunque en algunos casos incipientes, se puede realizar manejo conservador con drenaje percutáneo y antibioterapia.

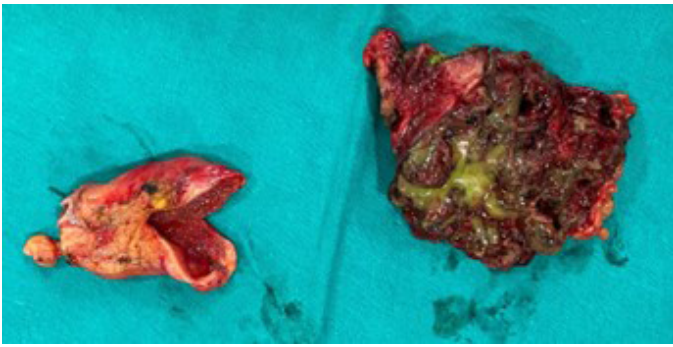


Figura 2



Figura 1

Hernia inguinoescrotal izquierda gigante.

240038. HERNIA INGUINOESCROTAL GIGANTE: UN RETO PARA EL CIRUJANO

I Gámiz Oleaga, A Reguera Teba, V Ruiz García, MA Madero Morales

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

Introducción: Se consideran hernias inguinoescrotales gigantes a aquellas que se extienden por debajo del punto medio de la cara interna del muslo con el paciente en bipedestación. A su vez, se define técnicamente como hernia o eventración abdominal con pérdida de domicilio, cuando más del 50 % del contenido de la cavidad abdominal se encuentra fuera de la misma. Estas hernias suponen un problema significativo debido a las complicaciones asociadas luego de la reposición del contenido visceral. Para evitar este problema y combatir la pérdida de domicilio, existe la colocación de expansores tisulares, la aplicación de toxina botulínica y la confección de neumoperitoneo preoperatorio progresivo (NPP).

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 42 años que consulta en Urgencias por dolor en hernia inguinal de 10 años de evolución. A la exploración, se aprecia hernia inguinoescrotal con un diámetro anteroposterior >30cm y laterolateral de 50cm. Se completó estudio con TAC de abdomen y pelvis que muestra un gran saco herniario con contenido líquido y que incluye vejiga, uréter izquierdo, sigma y colon descendente. Para preparar la cirugía, se insuflaron 600ml de NPP durante 20 días y 500 U de toxina botulínica. La hernioplastia se realizó mediante la colocación de una doble malla de polipropileno (técnica sándwich), con una recuperación posterior sin complicaciones ni recurrencias.

Discusión: El manejo quirúrgico de la hernia inguinoescrotal gigante que ha perdido su dominio es un reto para el cirujano. A lo largo de la historia, se han descrito varias técnicas para llevar a cabo su reparación. En casos donde existe pérdida de dominio, una opción válida es la preparación preoperatoria con neumoperitoneo progresivo y la aplicación de toxina botulínica, ya que facilita la disección del saco herniario y su contenido durante la cirugía. La reparación quirúrgica mediante "Sándwich" o técnica de la doble malla, es un recurso terapéutico efectivo y reproducible para pacientes con defectos de gran tamaño y comorbilidades que puedan aumentar el riesgo de recurrencia.



Figura 2

TAC mostrando gran saco herniario que contiene: Vejiga, uréter izquierdo, sigma y colon descendente.

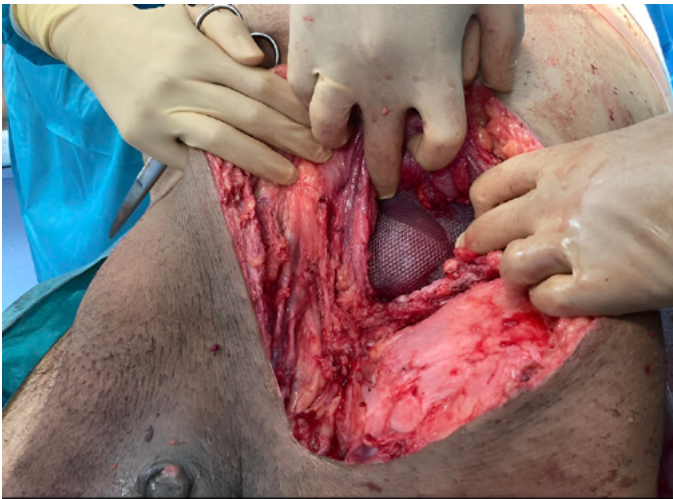


Figura 3

Malla intraperitoneal (Ventrio ST 14x11 cm) en el anillo inguinal.



Figura 1

TC torácico corte transversal . Gran dilatación del esófago desde nivel cervical hasta unión esofagogástrica.

240039. SOSPECHA DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA EN MEGAESÓFAGO SECUNDARIO A ACALASIA

P Latorre Ruiz, CM Ruiz Marín, A Cozar Ibáñez, R González Sendra, A Uceda Vañó, MP Ruiz Frías

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

Introducción: La perforación esofágica cubre múltiples condiciones caracterizadas por disrupción transmural del esófago cuyo tratamiento dependerá de la situación clínica del paciente, localización de la lesión, existencia de obstrucción y/o patología esofágica previa, afectación de espacios circundantes y disponibilidad de un equipo especializado en patología esofágica.

Por otro lado, el megaesófago, estadio final de la acalasia, es una fuente potencial de reflujo gastroesofágico, esofagitis por retención, aspiración traqueobronquial y neoplasia.

Caso clínico: Acude a urgencias varón de 61 años por disnea súbita tras forzar el vómito que precisó intubación y traslado a UCI.

Con antecedentes de megaesófago secundario a acalasia con fracaso de nifedipino, dilataciones endoscópicas y miotomía de Heller y funduplicatura Dor laparoscópica al cual se le propuso una esofaguectomía total la cual rechazó hace 8 años.

En la exploración destaca un enfisema cervical, sin signos de sepsis. El TAC informaba de megaesófago (**Figura 1**) con hallazgos sugerentes de perforación sin poder identificar el origen de la misma (**Figura 2 y 3**).

Se decidió intervenir quirúrgicamente de forma urgente diferida tras la optimización del paciente en UCI durante 4 días con monitorización estrecha, fluidoterapia, antibioterapia empírica, nutrición parenteral y destete de la ventilación mecánica pasando 3 días más hasta la intervención quirúrgica en la planta de Cirugía.

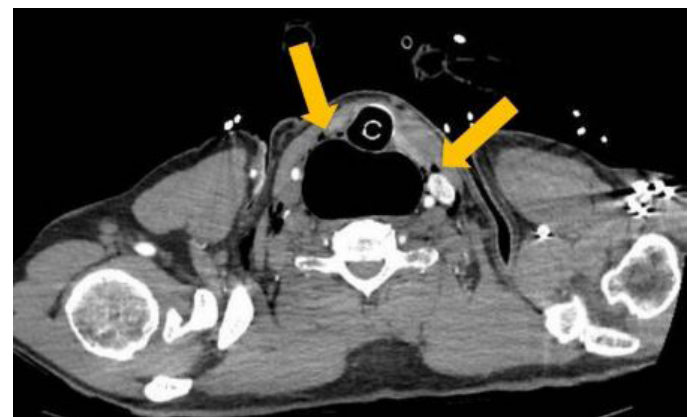


Figura 2

TC cervical corte axial. Las flechas señalan el enfisema cervical.

Se realizó esofaguectomía total transhiatal (**Figura 4**) por laparotomía abierta con ascenso de la plastia gástrica (**Figura 5**) y reconstrucción de la anastomosis latero-lateral esofagogastrica cervical.

No se halló perforación.

Los resultados de la anatomía patológica fueron carcinoma escamoso estadio pT1b N0 en esófago medio y a 7 cm de la unión esofagogastrica.



Figura 3

TC torácico corte axial. Dilatación del esófago y enfisema sin detectar claros defectos en sus paredes, drenaje del contenido alimenticio hacia la luz.

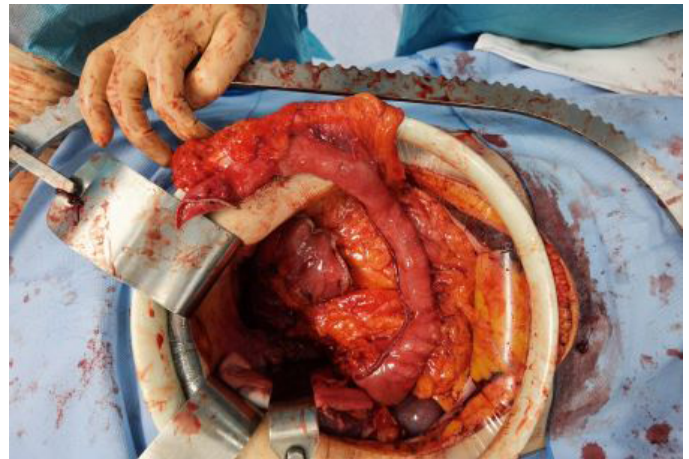


Figura 5

Plastia gástrica.

Discusión: El objetivo principal del tratamiento de la perforación esofágica es la estabilización hemodinámica, evitar la progresión de la contaminación, controlar o eliminar la infección, mantener el estado nutricional y restaurar la integridad del tracto digestivo. Si hay un buen drenaje hacia la luz, ausencia de obstrucción distal y mínimos datos de sepsis se puede optar por un manejo conservador; en presencia de patología esofágica previa se requerirá una resección quirúrgica.

En la acalasia, cuando han fracasado todos los tratamientos previos, se indica la esofagectomía la cual se recomienda en pacientes con buen estado general y con afectación importante de su calidad de vida, siendo la mejor opción vía transhiatal ya que conlleva una menor morbilidad postoperatoria.

240040. HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDARIA A MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA DE LA ARTERIA GASTRODUODENAL

Á Ortiz Sánchez, Á Fernández Jiménez, JA Aragón Encina, AA Maestu Fonseca, JM Pacheco García

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

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas (MAV) es un trastorno congénito de los vasos sanguíneos. Presentan una incidencia baja y en el tracto gastrointestinal generalmente se manifiestan con sangrado, constituyendo el 5% de los sangrados digestivos.

Caso clínico: Paciente varón de 60 años, exfumador, hipertenso y con antecedentes previos de epigastralgia y hemorragia digestiva alta que cursa con melenas y hematemesis. Tras la realización de endoscopia digestiva alta y de un angio-TAC, es diagnosticado de una malformación arteriovenosa de la arteria gastroduodenal (**Figura 1**), que es tratada mediante embolización con coils de dicha arteria y sus ramas. Al año, cursa con nueva hemorragia digestiva y se realiza una segunda embolización con coils de los aportes nutricios de la MAV duodenal, embolizándose por tanto, dos ramas de la arteria gástrica



Figura 4

Esófago cervical dilatado.

izquierda y ramas de la arteria cólica media (Figura 2), evolucionando el paciente favorablemente. Durante el seguimiento, el paciente ha presentado estabilidad clínica, analítica y radiológica.

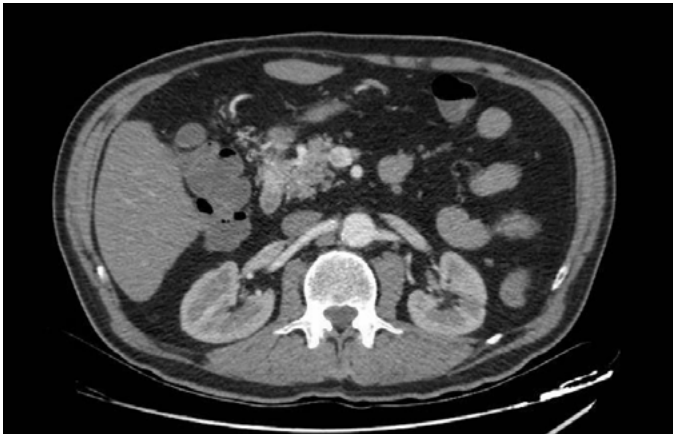


Figura 1 Angio-TAC. Malformación arteriovenosa de la arteria gastroduodenal.



Figura 2 Arteriografía, embolización con coils de la arteria gástrica izquierda.

Discusión: Las MAV son lesiones vasculares congénitas, pero pueden presentarse en edades tardías. Se manifiestan como hemorragia digestiva o anemia ferropenia. Precisan de un abordaje diagnóstico-terapéutico multidisciplinar.

El diagnóstico se realiza mediante endoscopia o radiología, como la angiografía por TC, la gammagrafía con radionucleótidos y la arteriografía con fase venosa, como es el caso de nuestro paciente,

al que se realiza una arteriografía del tronco celiaco y de la arteria mesentérica superior, con fase venosa.

El tratamiento de la misma se puede realizar mediante endoscópica con hemoclips o con arteriografía y embolización con coils. Esta última presenta una tasa de éxito de hasta el 96%, y además, permite obtener una localización más precisa de la MAV en caso de necesitar cirugía. La cirugía se indica en caso de MAV de gran tamaño o refractarias al tratamiento endoscópico y/o radiológico.

240046. QUISTE DE NUCK EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA HERNIA INGUINAL

L. González Garrido¹, L. Candil Valero¹, B. Estébanez Ferrero¹, A. Sobrino Prados², J. Ruiz Pardo³, J. Martín Cano¹, J. Jorge Cerrudo¹, A. Reina Duarte¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería. ²Servicio Anatomía Patológica Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería. ³Servicio Cirugía General Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería.

Introducción: Las lesiones inguinales pueden variar ampliamente, de benignas a malignas, de quísticas a sólidas, de tumorales a no tumorales, y de congénitas a adquiridas. Su diagnóstico diferencial supone un desafío dado que tienen apariencias clínicas similares, como masas palpables sensibles.

Caso clínico: Mujer de 43 años sin antecedentes de interés. Ante tumoración inguinal se realiza ecografía (Figura 1A) donde se describe una imagen ovoidea quística de 22,3 mm x 10,2 mm con nodulillo de una de las paredes de 2,8 mm, en relación con quiste de Nuck. Tras exeresis, el estudio histopatológico confirma el diagnóstico describiendo un quiste benigno con revestimiento mesotelial y positividad intensa a Calretinina, CK5/6 y WT1. (Figura 1B y C).

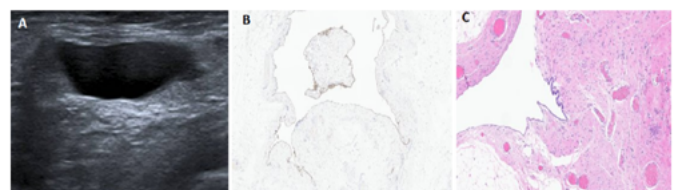


Figura 1

Discusión: El quiste de Nuck se origina por una inadecuada obliteración del proceso vaginalis durante la vida embrionaria de la mujer.

Es una entidad extremadamente rara, especialmente en adultos. Se manifiesta como una tumefacción inguinal o genital, hinchazón indolora o dolorosa, sin náuseas ni vómitos. Algunos informes existentes identifican que la masa puede reducirse manualmente, y no muestra aumento volumen al realizar la maniobra de Valsalva. Para el estudio inicial, la ecografía es el método preferido, apareciendo como una formación anecoica o hipoecoica de paredes finas sin cambios en la maniobra de Valsalva y ausencia de flujo vascular en Doppler

color. Aunque en la literatura se han descrito opciones terapéuticas conservadoras como la aspiración o la escleroterapia, se recomienda la hidrocelectomía, con o sin ligadura del quiste, como tratamiento de elección.

240047. LINFANGIOMA QUÍSTICO INGUINAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

L González Garrido¹, A Pareja López¹, B Estébanez Ferrero¹, S Pinochet Almonacid², J Ruiz Pardo¹, J Martín Cano¹, J Jorge Cerrudo¹, A Reina Duarte¹

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

Introducción: La región inguinal representa una zona anatómica capaz de albergar muy variados diagnósticos. Aunque la anomalía más frecuente es la hernia, debemos tener una cuenta todos ellos.

Caso clínico: Mujer de 72 años con antecedentes de cáncer de mama e intervenida de prótesis de cadera derecha. Comienza estudio por tumoración inguinal derecha con ecografía que evidencia imagen predominantemente quística, con septos internos y no vascularizada, en relación al canal inguinal. Se completa estudio con tomografía computarizada (Figura 1 A) visualizando múltiples imágenes hipodensas en la región inguinal derecha, de 66 x 155 x 103 mm de tamaño, con borde multilobulado, que engloba las arterias y venas femorales, sin reducir su luz, hallazgo que plantea la posibilidad diagnóstica de higroma quístico. Se realiza punción - aspiración con aguja fina de 21 G obteniéndose un extendido citológico compuesto por linfocitos y macrófagos sin representación epitelial, compatible con contenido de colección quística. Se realiza linfadenectomía inguinal con disección de músculo sartorio a nivel craneal y trasposición medial para cobertura de vasos femorales. El estudio histopatológico (Figura 1 B y C) confirma la presencia de lesión quística revestida por endotelio compatible con linfangioma quístico. Se observan 10 ganglios linfáticos con cambios reactivos, sin evidencia de malignidad.

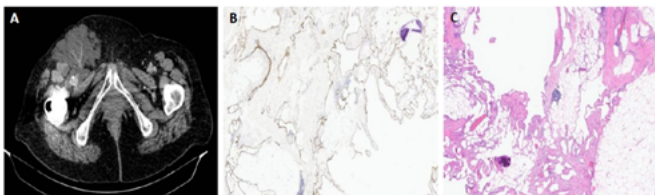


Figura 1

Discusión: Los linfangiomas son tumores benignos que se originan por una malformación congénita del sistema linfático. La mayoría aparecen en el cuello y axilas (95%), las demás localizaciones son infrecuentes, alcanzando el 5% de todos los casos.

El tratamiento preferido es la extirpación quirúrgica para evitar sobreinfección, crecimiento rápido, riesgo de rotura o una laparotomía urgente.

240048. RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CÁNCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CM Pérez Alberca, MC Vega Olías, L Martínez Ruiz, C Murube Algarra, C Mestre Ponce, R Noriega Mel, AE Calvo Durán, V Vega Ruiz

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

Introducción: El objetivo es analizar nuestros datos en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal en el año 2023 y valorar si cumplen los estándares de calidad del PAI.

Material y métodos: Se recoge minuciosamente en una base de datos cada paciente que es valorado en nuestra consulta de acto único y se analizan variables como: edad, sexo, comorbilidades, servicio de procedencia, localización de la neoplasia, anatomía patológica, tipo de intervención quirúrgica, estadiaje, complicaciones postoperatorias, tratamiento oncológico, entre otros. Dichos datos se obtienen de la historia clínica en nuestro sistema de información asistencial (Diraya).

Resultados: En nuestra unidad se intervinieron un total de 127 pacientes, de los cuales 100 presentaban neoplasias a nivel de colon y 27 en recto. Los resultados se agrupan según la localización del tumor. El 78 % había sido valorado en nuestra consulta de acto único.

	Colon (C) Recto (R)	Estándar
Dx CCR valorados comisión de tumores	100%	>60%
Intervención quirúrgica en < 60 días desde inclusión en AGO	100%	>90%
Perfilado antitrombótico al alta	100%	>90%
Número ganglios en cirugía oncológica	C: 78% R: 60%	>12 ganglios

	Colon (C) Recto (R)	Estándar
Infección sitio quirúrgico	C:11% R: 11%	<25%C <23%R
Dehiscencia anastomótica	C:4% R: 3.7%	<5%C <5%R
Mortalidad	C:1% R: 0%	<7%
Evisceración	C:1% R: 7%	<3%
Estancia media	C: 8 R:10	7 días

Tabla 1

Conclusiones: Tras analizar nuestros resultados, los consideramos muy positivos y la evaluación de los indicadores nos permite establecer áreas de mejora de cara al futuro.

240049. DOS LESIONES INUSUALES EN POLITRAUMATISMO CON SIGNO DEL CINTURÓN: HERNIA DE PARED Y ROTURA VESICAL

P Maldonado Valdivieso, M Pitarch Martínez, T Prieto-Puga Arjona, JM Hernández González, FJ Pérez Lara

UGC Cirugía General y Digestiva Hospital Comarcal de Antequera. Antequera, Málaga.

Introducción: En los traumatismos abdominales cerrados, la presencia del "signo del cinturón" se asocia a lesiones intraabdominales, especialmente mesentéricas e intestinales. La formación de hernias traumáticas de pared abdominal, aunque infrecuente, también se asocia a este signo. Sin embargo, la ruptura traumática de la vejiga es excepcional en este contexto.

Caso clínico: Varón de 18 años con antecedente de síndrome de VACTERL y múltiples cirugías abdominales en la infancia (atresia esofágica, atresia anal, reflujo vesicoureteral que requirió reimplante ureteral), pasajero en parte trasera de vehículo que sufre accidente de tráfico. A su llegada, no presenta compromiso respiratorio, se encuentra hemodinámicamente estable y presenta signo del cinturón, además de herida abierta con exposición ósea en fosa ilíaca izquierda.

Se realiza body-TAC que muestra vejiga engrosada con solución de continuidad en pared anterior y colección hidroaérea adyacente en relación a probable rotura vesical, y sección completa de pared abdominal a nivel hipogástrico manteniendo integridad cutánea (excepto en herida descrita); no neumoperitoneo ni líquido libre.

Se realiza exploración quirúrgica ampliando herida mediante incisión suprapúbica. Se objetiva sección completa de pared abdominal a nivel de musculatura oblicua izquierda y rectos anteriores, con retracción que imposibilita cierre primario, manteniendo la integridad del peritoneo. Asimismo, se confirma rotura vesical irregular extraperitoneal sin afectar uréteres reimplantados, reparada mediante sutura en dos planos. Se realiza refrescamiento y cierre de subcutáneo y piel. Postoperatorio sin incidencias, al mes de alta se realizó cistografía sin fugas que permitió retirar sondaje vesical.

En la actualidad el paciente se encuentra en estudio previo a plantear la reconstrucción de pared.



Figura 1 Herida incisa en FII por cinturón de seguridad (arriba). Rotura vesical referenciada (abajo).

Discusión: La rotura vesical en el traumatismo cerrado casi siempre está asociada a fracturas pélvicas, por lo que su presencia de forma aislada es extraordinaria. Para las roturas extraperitoneales, el manejo suele ser conservador, pero no estaría indicado ante una herida penetrante u otra lesión que requiera cirugía urgente, como nuestro caso.

Por otro lado, la hernia traumática de pared abdominal es inusual, aunque con incidencia probablemente infraestimada, por lo que no existen protocolos para su manejo. Se ha descrito que la necesidad de reparación urgente se basa en la presencia de evisceración o lesiones asociadas que requieran una laparotomía. De forma urgente se prefiere el cierre primario sin tensión al uso de mallas; en cualquier caso, existe una elevada tasa de recidivas. Es por ello que generalmente se opta por la reparación diferida cuando sea posible, como ocurrió en nuestro caso.

240054. METASTASIS TIROIDEA POR CÁNCER COLORRECTAL. UN HALLAZGO INFRECIENTE A TENER EN CUENTA.

C Murube Algarra, A Díez Núñez, J Álvarez Medialdea, C Mestre Ponce, L Martínez Ruiz, R Noriega Mel, V Vega Ruiz

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

Introducción: Las metástasis en la glándula tiroidea son infrecuentes con una incidencia del 1,4-3%. Suelen cursar de forma asintomática siendo un hallazgo incidental durante el seguimiento oncológico. Presentamos el caso clínico y las imágenes de paciente que presenta metástasis tiroidea de origen colorrectal

Caso clínico: Paciente varón de 61 años que fue intervenido de urgencia por cuadro obstructivo secundario a adenocarcinoma estenosante de sigma T3N0M1 con metástasis hepáticas, intervenidas en un segundo tiempo, y pulmonares en tratamiento con SBRT. Durante el seguimiento, a pesar de tratamiento oncológico con XELOX, se observa progresión de la enfermedad pulmonar y aparición de nódulo en lóbulo tiroideo izquierdo. Valorado por Endocrinología realizándose 2 PAAF compatibles con Bethesda I y una tercera PAAF tras comprobar la captación del nódulo en PET- TAC. Con diagnóstico de carcinoma folicular (Bethesda VI), se presenta en Comité de Tumores y se realiza tiroidectomía total + VGC con resultado anatómopatológico definitivo compatible con metástasis de adenocarcinoma intestinal.

Discusión: Existen dos teorías que explican la baja incidencia de la metástasis en la glándula tiroidea a pesar de la gran vascularización que posee: la teoría mecánica, debido al rápido flujo de sangre a través de la glándula que impide la adhesión de las células tumorales, y la teoría metabólica, por la alta concentración de yodo y oxígeno que impiden el crecimiento tumoral.

El caso clínico típico se asemeja a nuestro paciente. La edad media de presentación es de 60 años, pero con mayor prevalencia en el sexo femenino. Suelen aparecer en pacientes que presentan enfermedad diseminada con metástasis en otras localizaciones y cursan de forma asintomática. De forma excepcional, cursa con síntomas por

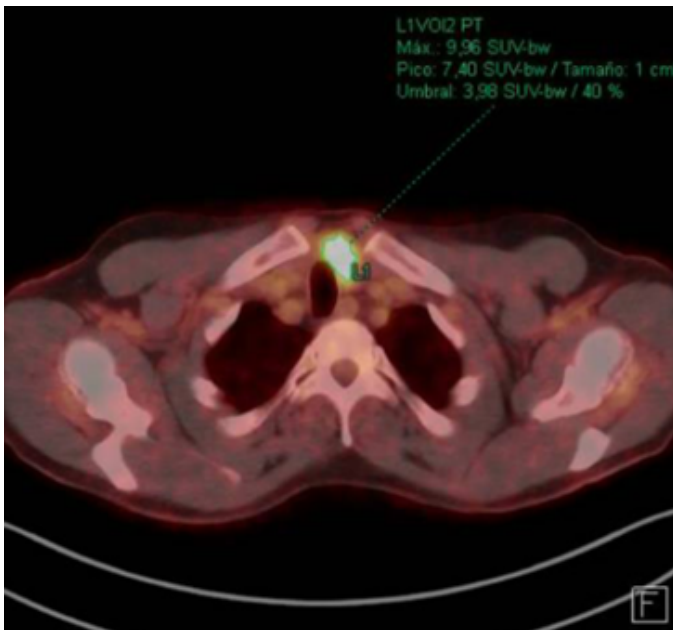


Figura 1

PET- TAC donde se observa nódulo hipercaptante en lóbulo tiroideo izquierdo con SUV máximo de 9,96 sospechoso de malignidad.

compresión local o alteraciones endocrinológicas. Su hallazgo suele ser incidental, con una incidencia en aumento debido al mayor uso de pruebas complementarias.

A pesar de que los tumores tiroideos primarios son más frecuentes, la aparición de un nódulo tiroideo en un paciente oncológico con enfermedad diseminada debe hacernos sospechar. Para su diagnóstico se empleará el algoritmo diagnóstico habitual del nódulo tiroideo, siendo necesario una ecografía cervical y un diagnóstico citológico mediante PAAF. En cuanto al tratamiento, no existe un consenso y dependerá de la situación oncológica del paciente, el tipo de tumor primario y la presencia o no de sintomatología. Se ha demostrado que el tratamiento quirúrgico es una opción válida para el manejo de esta enfermedad tanto con intención paliativa, para aliviar los síntomas, como con intención curativa, aumentando así la supervivencia, como en nuestro caso.

240055. ¿HAY RELACION ENTRE LOS NIVELES DE PTH POSOPERATORIA INMEDIATA Y LA PERSISTENCIA DE HIPOPARATIROIDISMO DEFINITIVO EN CIRUGÍA ENDOCRINA CERVICAL?

C Murube Algarra, A Díez Núñez, J Álvarez Medialdea, C Mestre Ponce, L Martínez Ruiz, R Noriega Mel, V Vega Ruiz

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

Introducción: Analizar la correlación entre la PTH posoperatoria y la persistencia de hipoparatiroidismo definitivo tras tiroidectomía total en un Hospital General de Especialidades.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo durante el periodo comprendido entre enero 2021-2024, de un total de 129

pacientes intervenidos de forma programada de tiroidectomía total según técnica habitual y protocolo PTH.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron pacientes del área sanitaria, en seguimiento por Endocrinología con sospecha de patología tiroidea con indicación de tiroidectomía total y a los que se les realiza protocolo PTH. En este, se monitorizan los niveles séricos de PTH y calcio en 3 determinaciones seriadas: preoperatoria (basal), a los 10 minutos y a las 5 horas posoperatorias.

Resultados: Nuestro paciente estándar fue del sexo femenino (84%), edad media de 54 años, con sobrepeso u obesidad grado I, sin antecedentes personales de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo y una clasificación ASA II (58%).

La técnica quirúrgica fue la tiroidectomía total, con indicación por patología benigna predominantemente (67% de los casos) y un 33% secundario a patología maligna.

En relación al protocolo PTH, se establece el diagnóstico de hipoparatiroidismo transitorio con tratamiento con calcio oral domiciliario, teniendo en cuenta el porcentaje de descenso entre el valor basal y la tercera determinación de PTH y su valor absoluto, observando el 23% de los pacientes con valores de PTH 55 pg/ml.

En revisión en consulta, los pacientes con niveles posoperatorios inmediatos de PTH en rango (10-55 pg/ml), mantienen estas cifras hasta en un 58% de los casos, observando tan sólo un único caso de PTH 50 pg/ml, van a normalizarlos hasta en un 32% de los casos. Aquellos pacientes con hipoparatiroidismo transitorio en el posoperatorio inmediato (PTH < 10 pg/ml) y con tratamiento suplementario con calcio ± calcitriol al alta, se observa que hasta un 62% de los casos normalizan estas cifras en el primer mes posoperatorio, permitiendo la retirada del tratamiento sustitutivo. No obstante, el 24% mantiene niveles de PTH inferiores a 10 pg/ml.

Conclusiones: Tras el estudio se observa que aquellos pacientes con PTH posoperatoria inferior a 10 pg/ml, tienden a normalizar dichos valores, persistiendo cifras de hipoparatiroidismo en un 24% de los casos, existiendo una relación lineal entre ellas de forma estadísticamente significativa (p=0,001). El resto de los subgrupos, mantienen valores similares a los obtenidos tras la cirugía

240060. SCHWANNOMA NERVIOS VAGO

MM Gómez Cisneros¹, N García Fernández², J Díaz Roldán¹, R Jurado Jiménez¹, J Cañete Gómez¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme. Sevilla. ²Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital Fátima. Sevilla.

Introducción: Los schwannomas del nervio vago, son tumores infrecuentes, representando aproximadamente el 3- 6% de las neoplasias de cabeza y cuello. Suelen diagnosticarse con mayor frecuencia en adultos de mediana edad, siendo ligeramente más común en mujeres.

La presentación clínica puede variar desde asintomática hasta síntomas como disfagia, disfonía, o incluso compromiso respiratorio.

Para el diagnóstico, la RMN permite una evaluación del tamaño y extensión del tumor.

El manejo terapéutico depende de la evaluación del riesgo-beneficio de cada caso. En situaciones asintomáticas se puede plantear el manejo conservador. Sin embargo, en presencia de síntomas significativos o crecimiento tumoral, la extirpación quirúrgica se considera el tratamiento de elección.

El pronóstico generalmente es favorable, especialmente con una intervención temprana. Sin embargo, se recomienda un seguimiento a largo plazo para detectar recurrencias o complicaciones.

Caso clínico: Varón de 63 años que consulta por tumoración cervical izquierda asintomática.

En las pruebas de laboratorio sin hallazgos significativos.

Como hallazgos relevantes, en el TAC cervical se visualizó una masa laterocervical izquierda con ocupación del surco traqueoesofágico izquierdo. Posteriormente se realizó una RMN cervical donde se visualiza masa de 43x27x62 mm con efecto masa y desplazamiento anterior de la arteria carótida común izquierda, así como ligero desplazamiento hacia la derecha de la vía aérea.

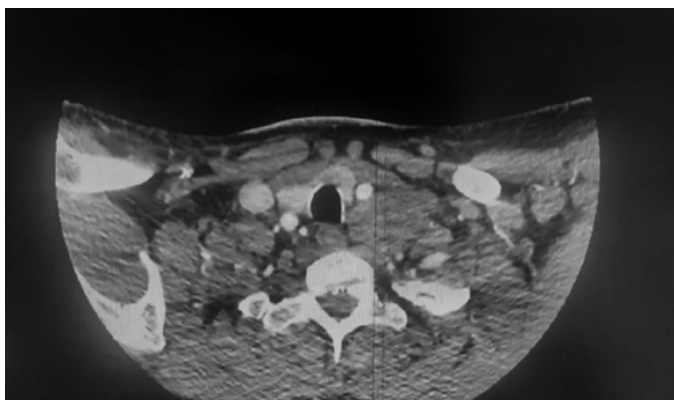


Figura 1

TAC cervical.



Figura 2

RMN cervical.

Se decide realizar una intervención quirúrgica para extirpar la tumoración, donde se observa lesión dependiente del nervio vago. El análisis histopatológico confirma el diagnóstico de schwannoma.

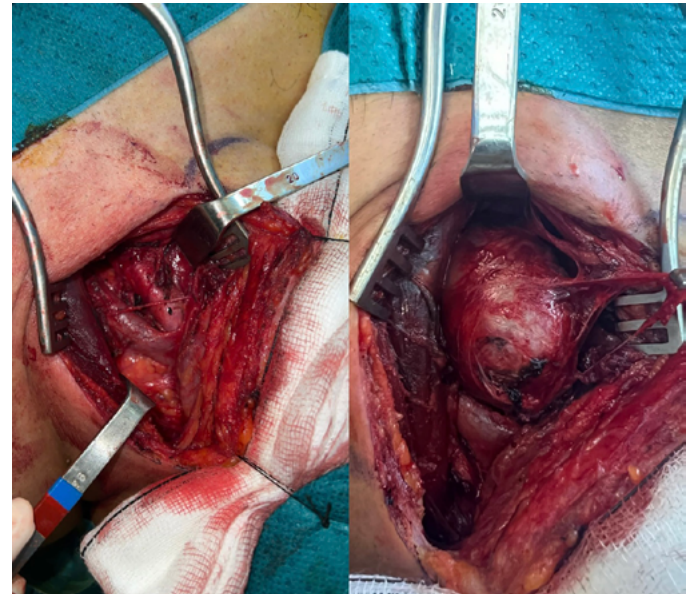


Figura 3

Imágenes intraoperatorias de la tumoración cervical izquierda dependiente del nervio vago.



Figura 4

Extirpación completa de tumoración cervical izquierda.

Discusión: La extirpación completa del tumor con preservación del nervio vago es el objetivo principal en el tratamiento de schwannomas de este nervio.

Sin embargo, en ocasiones, la extirpación completa del tumor sin dañar el nervio vago no puede ser técnicamente posible, por lo que requiere la resección parcial o completa del nervio vago. En caso de

resección parcial, hay que realizar una anastomosis termino-terminal del nervio vago para intentar restablecer la función nerviosa. La monitorización nerviosa intraoperatoria es fundamental para evaluar la integridad funcional del nervio.

En cuanto a las complicaciones, el síndrome de Horner (por lesión de las fibras simpáticas que acompañan al nervio vago) y el síndrome del primer mordisco (por interrupción de las fibras parasimpáticas del nervio vago que inervan el esófago) son dos problemas importantes a tener en cuenta tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio.

En resumen, el manejo de schwannomas cervicales que comprometen el nervio vago requiere un enfoque multidisciplinario centrado en preservar la función nerviosa.

240062. MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE METÁSTASIS INTRAABDOMINAL: CASO DE NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ DE ORIGEN BILIOPANCREÁTICO

C Pérez Muñoz¹, M López-Cantarero García-Cervantes¹, A García Martínez², B Mirón Pozo¹

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

²Servicio Anatomía Patológica Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: El nódulo de la Hermana María José (NHMJ) constituye una rara manifestación de metástasis intraabdominal, a menudo subestimada, que se presenta como una tumoración dérmica o subcutánea umbilical. Predominantemente vinculado a carcinomas intraabdominales, especialmente de origen gástrico, este fenómeno puede ser confundido con patologías benignas de la piel, lo que representa un desafío diagnóstico considerable.

Presentamos un caso de NHMJ derivado de un carcinoma biliopancreático que fue inicialmente diagnosticado y manejado como onfalitis crónica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 67 años con antecedentes de gastritis, diabetes mellitus tipo II y colecistectomía laparoscópica, que acudió por una lesión umbilical persistente. Refirió una tumoración umbilical de un año de duración, caracterizada por secreción serosa y maloliente en los últimos meses.



Figura 1
Pared abdominal.



Figura 2
Corte sagital TC.



Figura 1
Corte axial TC. Colección asociada a lesión.

El examen físico reveló una masa umbilical granulomatosa y pétreo de 5x6 cm. La tomografía computarizada inicial sugirió onfalitis crónica, identificando pequeñas colecciones en la zona. Durante la exéresis quirúrgica amplia de la lesión, se observó una extensa infiltración de la pared abdominal y del músculo recto anterior. La biopsia intraoperatoria confirmó la presencia de metástasis de adenocarcinoma.

Evaluaciones adicionales, incluyendo gastroscopia, colonoscopia, TC, PET y colangio-RMN, no lograron identificar el tumor primario, sugiriendo un origen biliopancreático en el informe final de anatomía patológica.



Figura 3 Intervención quirúrgica. Gran infiltración de pared abdominal.



Figura 4 Lesión de centro excavado, superficie rugosa y aspecto micronodular de 11x5.5 cm en región umbilical.

Discusión: El NHMJ es un indicador de malignidad intraabdominal que frecuentemente conlleva un pronóstico desfavorable. Su presentación clínica ambigua puede conducir a diagnósticos iniciales incorrectos y a un retraso en el tratamiento, debido sobre todo a su diagnóstico inicial como entidad benigna (hernia, onfalitis, etc) Este caso enfatiza la importancia de incluir el NHMJ en los diagnósticos diferenciales de lesiones umbilicales. Aunque las neoplasias gástricas

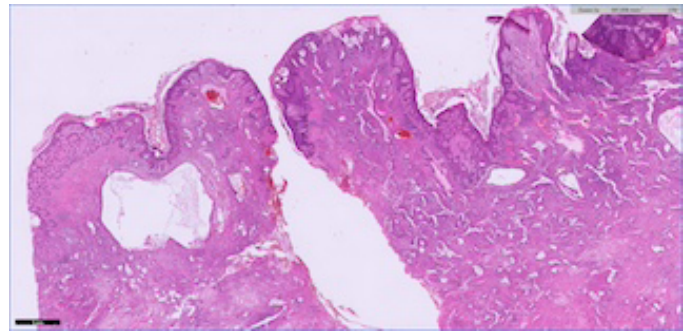


Figura 5 Imagen microscópica. Neoplasia glandular que infiltra dermis y tejido adiposo subcutáneo, H&E, 1x.

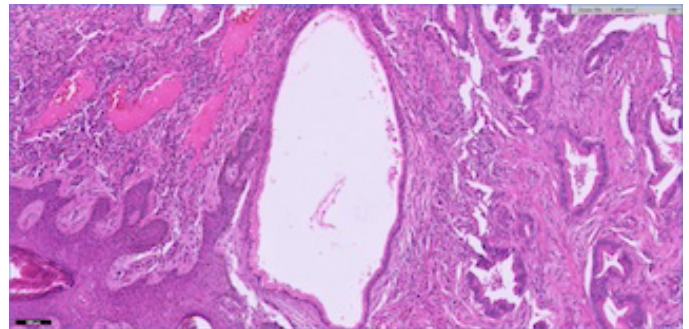


Figura 6 Imagen microscópica. Detalle de adenocarcinoma de epitelio cilíndrico/cuboidal, H&E, 10x.

son las causas más comunes del NHMJ, los casos derivados de fuentes biliopancreáticas son excepcionales. La normalidad de las pruebas de imagen tras el diagnóstico inicial sugiere un posible foco inadvertido de adenocarcinoma en la pieza de colecistectomía realizada con anterioridad.

La literatura propone que la combinación de cirugía con quimioterapia adyuvante podría mejorar la supervivencia, sin embargo, la rareza de esta condición demanda un abordaje individualizado de cada caso. En situaciones de tumoraciones extensas, donde la cirugía radical pueda resultar en una morbilidad inaceptable, se debería considerar la quimioterapia paliativa como opción viable.

240063. CÁNCER LOCALMENTE AVANZADO DE TIROIDES: NEOADYUVANCIA CON LENVATINIB COMO PUENTE AL RESCATE QUIRÚRGICO: CASO CLÍNICO

I Pulido Roa, F Ramos Muñoz, C Jiménez Mazure, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: El lenvatinib ha demostrado su eficacia como tratamiento adyuvante en el cáncer diferenciado de tiroides refractario a I131 con progresión de enfermedad; sin embargo, su papel en la neoadyuvancia aún no está protocolizado.

Caso clínico: Varón de 41 años con antecedentes seminoma infantil. Presenta sensación de masa cervical con disfonía súbita, disfagia y disnea. Se palpa masa pétreo mal definida y adenopatías bilaterales.

Analíticamente destaca tiroglobulina (TG) elevada (3132ng/ml). La ecografía objetiva un tiroides aumentado de tamaño, mal definido y adenopatías patológicas bilaterales. El TC añade medialización de la cuerda vocal izquierda (CVI) y LOEs hepáticas. La PAAF tiroidea es benigna con TG elevada (4729ng/ml). La PAAF ganglionar no evidencia población linfoide. La laringoscopia confirma la parálisis de la CVI. La fibroscopia objetiva granulomas traqueales con biopsia confirmando infiltración. La endoscopia describe una dudosa infiltración esofágica.

Se presenta en Comité decidiendo neoadyuvancia con lenvatinib con intención de rescate quirúrgico.

Se inicia tratamiento con buena tolerancia al fármaco.

El paciente presenta una respuesta parcial: A la exploración la masa disminuye de tamaño. Bioquímicamente se aprecia una disminución de la TG sin normalizarse (rango 748-852ng/ml). En el TC se objetiva disminución del tamaño tumoral, de la estenosis traqueal y de las LOEs hepáticas. Se repite la BAG tiroidea confirmando cáncer papilar de tiroides. En la fibroscopia persiste la parálisis de la CVI y disminución de las lesiones endoluminales.

Se presenta en Comité ante la respuesta parcial clínica decidiéndose cirugía.

Intervención (H. Virgen del Rocío): Tiroidectomía total con resección vena yugular interna izquierda y resección traqueal, vaciamiento radical y traqueostomía temporal.

La anatomía patológica describe un ca papilar de alto grado, no anaplásico, multifocal y bilateral con adenopatías metastásicas (pT4aNib).

La TG ha descendido (305ng/ml) sin normalizarse.

Discusión: La neoadyuvancia con lenvatinib puede permitir en el caso del cáncer diferenciado de tiroides localmente avanzado convertir tumores irreseccables en reseccables, optimizando al paciente para afrontar una cirugía con intención R0 o mejorando los resultados de la misma. Además, podría disminuir las complicaciones locales de la evolución natural de estos tumores. No hay que olvidar sus efectos adversos del fármaco ni las potenciales secuelas de estas cirugías radicales.

Estas situaciones clínicas requieren de equipos multidisciplinares y comités oncológicos.

Concluimos que la neoadyuvancia con Lenvatinib con intención de rescate quirúrgico es una herramienta a tener en cuenta en el cáncer diferenciado de tiroides localmente avanzado.

240064. PERFORACION INTESTINAL: UN EVENTO ADVERSO POCO FRECUENTE TRAS EL AUGE DE LA INMUNOTERAPIA

MS Carranque Romero, Y Mokachir Mohsenin, I Pérez Mesa, M Macías de la Corte Hidalgo, A López Labrador

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

Introducción: El Durvalumab es un anticuerpo monoclonal que actúa inhibiendo a la proteína PD-L1, proteína inmunorreguladora que provoca la supresión del sistema inmune en circunstancias fisiológicas. Se utiliza solo o unido a otros fármacos y está indicado para el tratamiento de estadios avanzados de diversos tipos de cáncer como de vía biliar, hepatocelular, pulmón microcítico o vejiga, entre otros. Incluido en el ensayo clínico WAVE, aun en curso, para comprobación de seguridad y eficacia del mismo. Entre sus efectos adversos a nivel gastrointestinal, administrado solo o en combinación, puede provocar dolor abdominal, estreñimiento, náuseas, vómitos, diarrea, colitis, así como perforación intestinal. De las posibles complicaciones se describen cuatro niveles de gravedad según los Criterios Terminológicos Comunes para Eventos Adversos (CTCAE) del Instituto Nacional del Cáncer (NCI).

Caso clínico: Varón 79 años remitido a urgencias desde el servicio de Radiología tras hallazgos inesperados en TC abdominopélvico de control. Como antecedente clave de interés, paciente en tratamiento con Durvalumab (iniciado en 2021) por carcinoma escamoso de paladar blando estadio IVb. Clínicamente asintomático salvo leve estreñimiento los últimos días. A la exploración abdominal sin dolor a la palpación, ni irritación peritoneal. Los hallazgos del TC describen extensa neumatosi de pared colónica ascendente y transversa con signos de microperforación a nivel subdiafragmático, sin líquido libre. Tras revisar estudios de imágenes previos, ya se apreciaba dicha neumatosi en las pruebas realizadas desde enero de 2023, con incremento progresivo en los sucesivos controles. Ingresa para vigilancia y manejo conservador, siendo dado alta al 5º día, tolerando dieta y con tránsito a heces, sin presentar complicaciones. Fue remitido a Oncología para revisión y ajuste de tratamiento tras estos hallazgos.

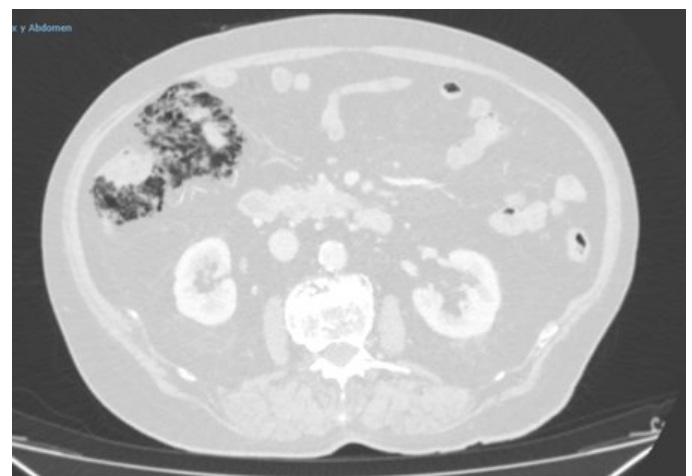


Figura 1

TC abdominopélvico. Corte axial. Ventana pulmón. Neumatosis colónica.

240066. FIBROMIXOMA PLEXIFORME: DIAGNOSTICO INUSUAL DE UNA ENTIDAD INFRECUENTE

MS Carranque Romero, I Cañas García, M Macías de la Corte Hidalgo, V Bellido Moreno, A López Labrador

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

Introducción: Los fibromixomas plexiformes son neoplasias mesenquimales de estirpe miofibroblástica y localización gástrica casi exclusiva. Su comportamiento histológico es benigno y su incidencia es muy baja. El diagnóstico diferencial se realiza fundamentalmente con el mixoma y el angiomixoma agresivo. La cirugía con márgenes de resección negativos es el tratamiento de elección en casos sintomáticos o de rápido crecimiento.

Caso clínico: Varón de 54 años como antecedentes, politoxicómano, esquizofrenia e hidradenitis supurativa perineal severa sin seguimiento por Dermatología. Remitido a urgencias por bajo nivel de conciencia, molestias abdominales inespecíficas, fiebre de 39°C, elevación de reactantes de fase aguda y fracaso renal agudo. A destacar en la exploración física escroto y glúteos eritematosos y empastados. Ante estos hallazgos, con la sospecha inicial de sepsis secundaria a gangrena de Fournier se completa estudio con TC abdominopélvico. Éste evidencia una lesión compleja que parece depender de pared gástrica, descrito como posible quiste de duplicación gástrico complicado con líquido libre asociado. A nivel perineal, edema escrotal sin colecciones.



Figura 1

TC abdominopélvico. Corte coronal. Ventana partes blandas. Imagen descrita como quiste de duplicación gástrico.

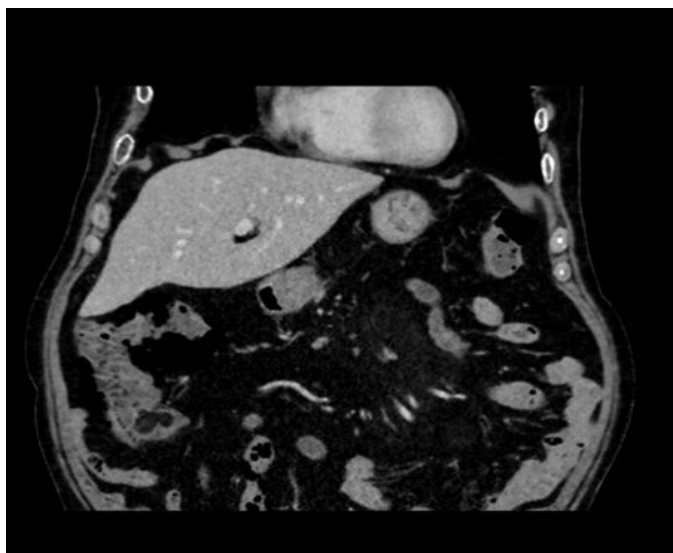


Figura 2

TC abdominopélvico. Corte coronal. Ventana partes blandas. Neumatosis colónica.

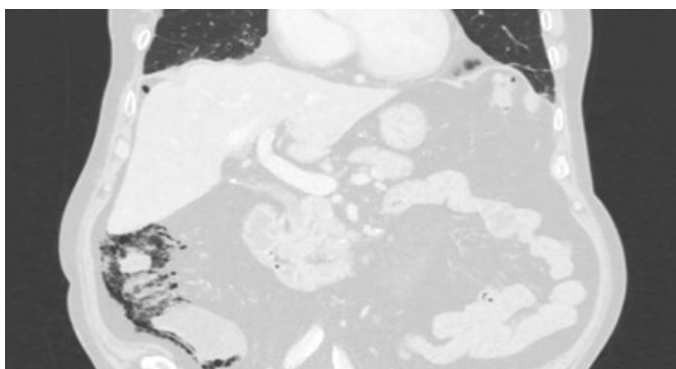


Figura 3

TC abdominopélvico. Corte coronal. Ventana pulmón. Microperforación; burbuja de gas suprahepático.

Discusión: En los últimos años, los inhibidores de puntos de control inmunológico son la clave de la investigación en el campo de la inmunoterapia. Los eventos adversos gastrointestinales son los más frecuentes y una de las causas más comunes de abandono del tratamiento. Se han publicado casos de eventos adversos graves, con fármacos distintos al Durvalumab, como perforaciones de intestino delgado con Pembrolizumab o de colon con la combinación de Ipilimumab y Nivolumab con necesidad de intervención quirúrgica. En nuestro caso el paciente no precisó ninguna actitud quirúrgica. No obstante, ante estos hallazgos la recomendación es consultar con un cirujano de forma inmediata e interrumpir el tratamiento de forma permanente. Resulta esencial, crear conciencia sobre las toxicidades poco frecuentes asociadas a la inmunoterapia ya que algunos eventos pueden provocar desenlaces fatales.



Figura 2

TC abdominopélvico. Corte axial. Ventana partes blandas. Imagen descrita como quiste de duplicación gástrico y líquido libre.

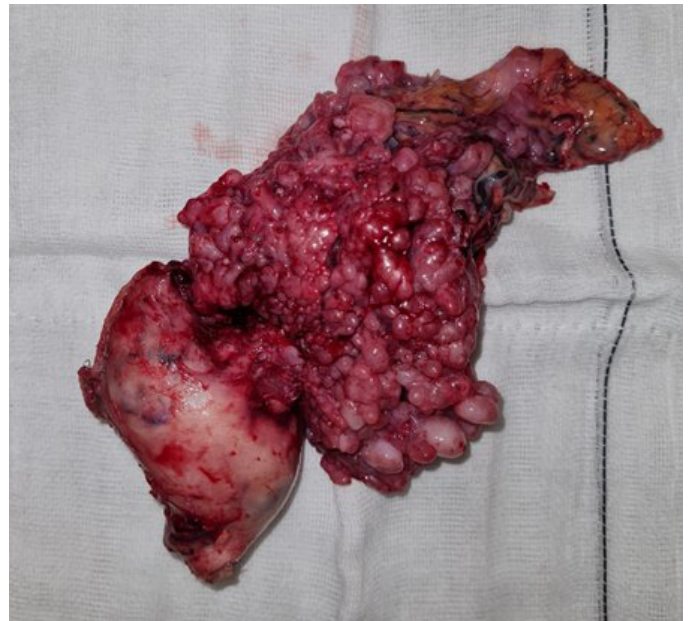


Figura 4

Fibromixoma plexiforme.

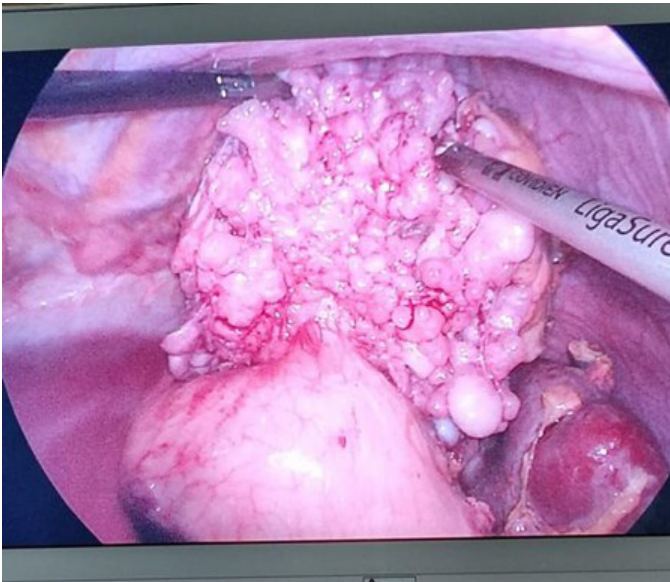


Figura 3

Laparoscopia exploradora. Neoplasia en fundus gástrico.

Con dichos resultados y ante el estado clínico del paciente, se decide laparoscopia exploradora apreciándose escasa cantidad de líquido libre y una tumoración pediculada, cerebroide dependiente de fundus. Se realizó gastrectomía parcial atípica. Tras la intervención el paciente evolucionó favorablemente en la unidad de cuidados intensivos sin necesidad de drogas vasoactivas y bajo antibioterapia empírica. Dado de alta al octavo día postoperatorio sin incidentes. El diagnóstico anatomopatológico fue gastrectomía atípica con fibromixoma plexiforme, margen de resección mucoso no afecto y solución de continuidad afectando a pared gástrica.

Discusión: El fibromixoma plexiforme fue descrito por primera vez en 2007 por Takahashi. Se caracteriza por un crecimiento de células fusiformes en un estroma mixoide rico en pequeños vasos a nivel submucoso. Pasó a ser reconocido como una entidad independiente

dentro de la clasificación de tumores del sistema digestivo de la Organización Mundial de la Salud en 2010.

En cuanto a su comportamiento histológico, se ha descrito invasión mucosa y vascular pero no se han documentado casos de metástasis a distancia ni transformación maligna.

La forma de presentación clínica suele ser paucisintomática, y de forma menos frecuente están descritos casos de hemorragia digestiva. Su diagnóstico, por tanto, puede ser complejo y en ocasiones incidental.

En el caso clínico que se expone, la forma de presentación clínica como abdomen agudo es una entidad infrecuente. El manejo quirúrgico logró una resección R0, que junto con el manejo médico en UCI permitieron una recuperación precoz.

240071. HERNIA DE AMYAND: UN CASO EXCEPCIONAL EN EL CONTEXTO DE UNA APENDICITIS AGUDA

Y Mokachir Mohsenin, I Cañas García, I Pérez Mesa, A López Labrador, V Bellido Moreno

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

Introducción: La hernia de Amyand (HA) se conoce como aquella hernia inguinal que contiene al apéndice cecal en el interior del saco herniario. Su incidencia es del 1% aproximadamente, y solo en torno al 0,13% del total presentarán apendicitis. Es más frecuente en la infancia y en varones. La ecografía o la tomografía no siempre llegan al diagnóstico definitivo por lo que suele ser diagnosticada intraoperatoriamente. En caso de ser del lado izquierdo suele asociarse a ciego móvil, situs inversus o malrotación intestinal, así como a mayor incidencia de complicaciones.

Caso clínico: Varón de 24 años sin antecedentes médicos de interés. Acude a urgencias por dolor en fosa iliaca derecha (FID) de 24 horas de evolución, asociando vómitos e inapetencia junto con deposiciones diarreicas. A la exploración física, buen estado general con dolor a la palpación en FID localizado con defensa localizada, pero sin signos de irritación peritoneal generalizada. No se palpaba hernia inguinal. Analíticamente destacaba elevación de reactantes de fase aguda. En ecografía abdominal se observó apéndice cecal aumentado de tamaño con apendicolitos en su interior y cambios en la grasa pericecal y liquido libre. Se decide intervención quirúrgica urgentemente objetivándose apendicitis gangrenosa perforada en la base, con punta de apéndice contenida en hernia inguinal derecha. Se liberó apéndice cecal del interior de la hernia y se realizó apendicectomía laparoscópica reglada. El paciente fue dado de alta al tercer día postoperatoria con evolución favorable, decidiéndose reparación de la hernia en un segundo tiempo.

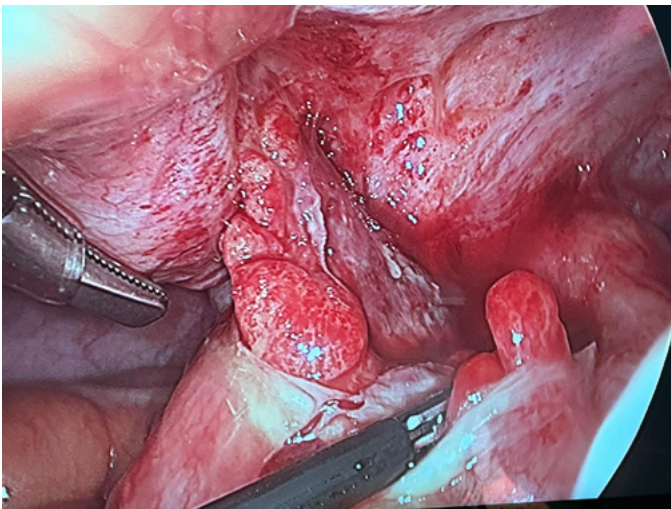



Figura 1 
Hernia de Amyand incluyendo apendicitis perforada.

Discusión: La mayoría de las HA se diagnostican intraoperatoriamente pero debemos tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial en caso de hernia inguinal derecha encarcerada en pacientes jóvenes. Se clasifican en cuatro tipos según contenga un apéndice no inflamado, inflamado, perforado o un tumor apendicular. Dada la escasa frecuencia del cuadro no existe consenso de actuación en caso de apendicitis aguda en el contexto de una hernia de Amyand, aunque las últimas publicaciones recomiendan apendicectomía + reparación de la hernia sin malla. En caso de no presentar apendicitis asociada, se realizará hernioplastia sin resección del apéndice, excepto en caso de ser del lado izquierdo debido a que hay un mayor riesgo de retraso en el diagnóstico en el futuro, conllevando ello a una mayor incidencia de complicaciones asociadas.

En nuestro caso, optamos por la vía laparoscópica para realizar apendicectomía y en un segundo tiempo reparación de la hernia inguinal en ausencia de contaminación abdominal.

240072. HEMOPERITONEO COMO CUADRO DEBUT DE UN HEPATOCARCINOMA

V Bellido Moreno, YM Sánchez Rodríguez, I Pérez Mesa, F Martín Carvajal, A López Labrador

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

Introducción: El hepatocarcinoma (CHC) es la quinta neoplasia más frecuente a nivel mundial. En el 90% de los pacientes subyace un daño hepático crónico y se diagnostican durante el seguimiento de la enfermedad de base, alteraciones en perfil hepático en la analítica o complicaciones derivadas del tamaño/localización. De entre las complicaciones del CHC, la rotura espontánea presenta de una incidencia en torno al 3%, pero una mortalidad muy elevada por lo que se requiere un diagnóstico y abordaje precoz. La presentación clínica es variable, desde dolor abdominal, náuseas, síncope hasta shock hemorrágico.

Caso clínico: Varón de 69 años, natural de Irlanda, con antecedente de carcinoma de próstata y cardiopatía isquémica en tratamiento con clopidogrel, llega a unidad de críticos por cuadro de dolor torácico típico asociando cortejo vegetativo y síncope. Sin embargo, el electrocardiograma no presenta alteraciones de la repolarización y no eleva troponinas. Se realiza TC de cráneo y punción lumbar sin hallazgos. Presenta acidosis metabólica con lactato en 5 y Hb 11.2 g/dL. Repentinamente, el paciente comienza con dolor abdominal súbito, inestabilidad hemodinámica y abdomen en tabla por lo que se realiza TC de abdomen y pelvis con contraste, objetivándose hemoperitoneo de predominio perihepático y en hipocondrio izquierdo, con imagen de sangrado activo en relación aparente con fundus gástrico. Se indica cirugía emergente con hallazgos intraoperatorios de tumoración de 4 cm de aspecto cerebroide con pedículo dependiente del segmento II hepático, origen del sangrado activo. Se realizó exéresis del tumor y hemostasia. Posteriormente la anatomía patológica reveló hallazgos compatibles con hepatocarcinoma moderadamente diferenciado grado III según la OMS. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta tras 13 días de ingreso (9 de ellos en UCI) a su país de origen, para continuar con tratamiento definitivo.

Discusión: La rotura espontánea es una complicación infrecuente, pero con alta mortalidad del CHC. Su diagnóstico y abordaje precoz es fundamental. Habitualmente se diagnostica mediante TC, pero en otras ocasiones, como es en nuestro caso, es intraoperatoriamente y tras la confirmación histológica, cuando se llega al diagnóstico definitivo. Como opciones terapéuticas, la embolización arterial selectiva es la técnica de elección, mientras la situación clínica del paciente lo permita. En nuestro caso, dada la inestabilidad hemodinámica y hallazgos inespecíficos en TC, optamos por laparotomía exploradora emergente para control del sangrado, lavado y colocación de drenajes, llegando posteriormente a un diagnóstico definitivo.

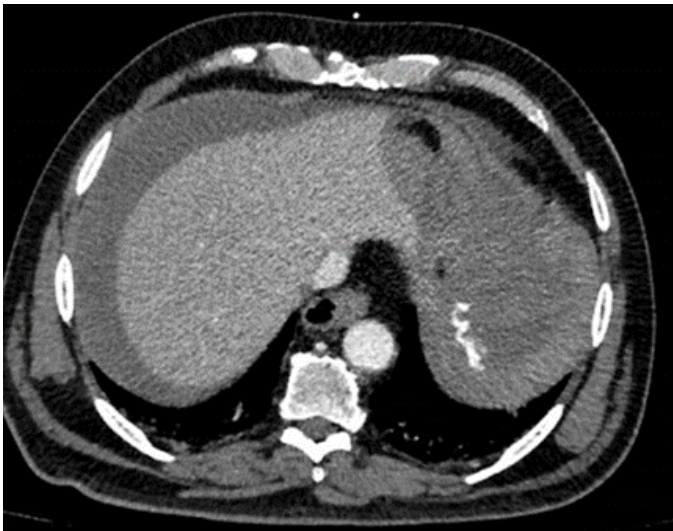


Figura 1

TC de abdomen C/C, corte axial. Se observa sangrado activo en plano entre lóbulo hepático izquierdo y cámara gástrica.

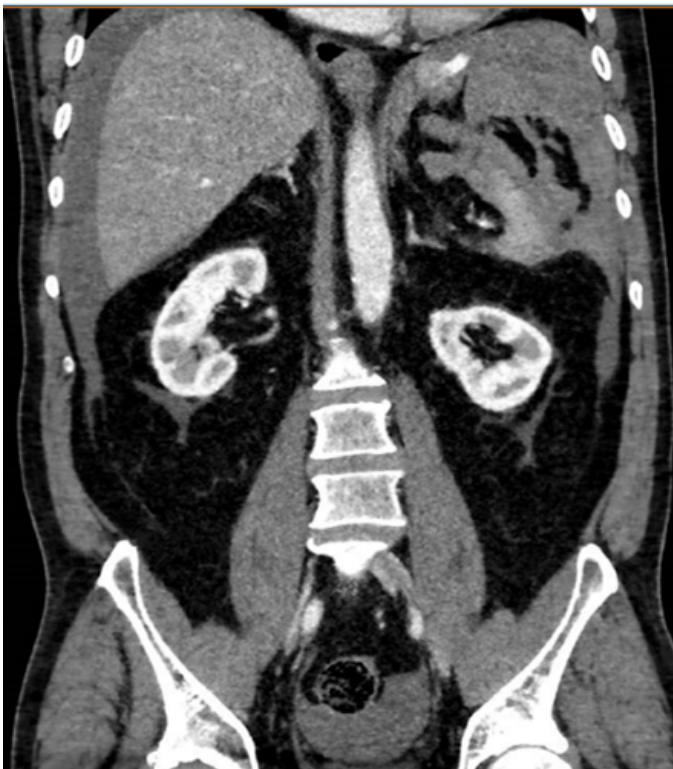


Figura 2

TC abdomen C/C.

240073. MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DEL CARCINOMA FOLICULAR DE TIROIDES

P Bravo Raton, Á de Jesús Gil, A García Moriana, V Pino Díaz, M Pérez Andrés, A García León, M Rubio-Manzanares Dorado, JM Martos Martínez

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

Introducción: La metástasis cutánea en el carcinoma tiroideo es una presentación poco frecuente, estando publicados alrededor de un centenar de casos. Se relaciona con una enfermedad diseminada y una histología más agresiva. Pueden aparecer como pápulas eritematosas, lesiones ulceradas o nódulos de crecimiento lento. Aparecen más frecuentemente en cuero cabelludo, cuello o sobre cicatriz previa, y pueden aparecer de forma sincrona o diferida en el tiempo.

Es posible que las lesiones a nivel del cuello o cicatriz sean recurrencias locales en lugar de verdaderas metástasis, aunque su etiología no está del todo establecida.

Caso clínico: Mujer de 75 años intervenida en 2008 mediante hemitiroidectomía derecha con istmectomía por nódulos sintomáticos y con un informe anatomopatológico de hiperplasia nodular y un adenoma folicular.

En junio del 2023, consulta por aparición de tumoración de crecimiento lento a nivel cervical anterior. A la exploración se objetiva una tumoración violácea prominente de unos 4x4 cm sobre la cicatriz de la antigua cirugía. Se realiza ecografía que describe nódulos tiroideos subcentimétricos, esponjiformes en el lóbulo tiroideo izquierdo, con baja sospecha de malignidad, además de ausencia de adenopatías. Asimismo, se evidencia un nódulo superficial que no parece tener conexión con el tejido tiroideo remanente, sino depender de la aponeurosis superficial-subcutáneo.

Dada la ausencia de hallazgos ecográficos de patología en el remanente tiroideo, se realiza exéresis de la lesión. El estudio anatomopatológico se objetiva una infiltración de la dermis y del tejido celular subcutáneo por carcinoma tiroideo diferenciado de alto grado de células foliculares, no anaplásico. Sin afectación perineural y márgenes de resección libres.

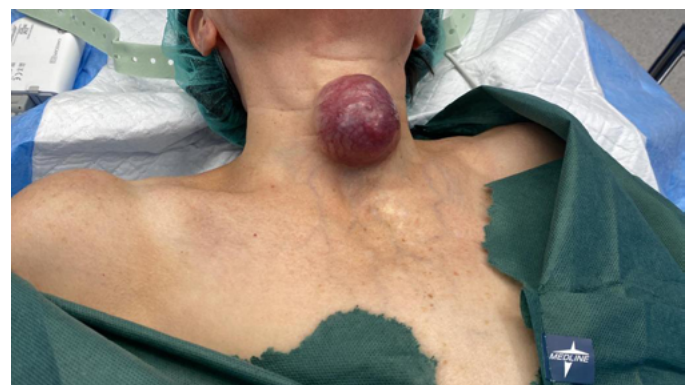


Figura 1

Tumoración cervical.

Ante estos hallazgos, se decide realizar totalización de la tiroidectomía y vaciamiento ganglionar central. La paciente presentó una evolución postoperatoria óptima, precisando suplementos orales de calcio por hipocalcemia asintomática. La anatomía patológica de la pieza describe: foco de carcinoma papilar de patrón folicular y oncótico de 0,5 cm, que respeta márgenes de resección. Sin afectación perineural y seis ganglios sin evidencia de enfermedad.

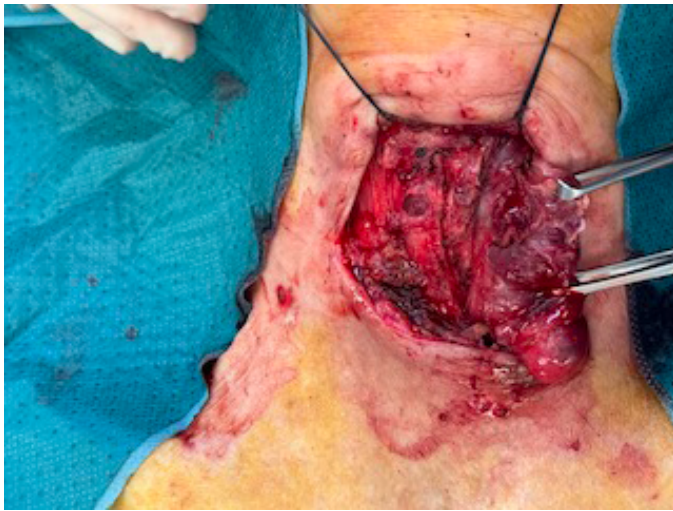


Figura 2

Totalización.



Figura 3

Pieza de totalización.

Finalmente, ha recibido tratamiento con yodo radiactivo y durante los primeros 5 meses no presenta enfermedad local ni a distancia.

Discusión: Las lesiones cutáneas de novo en la región de cabeza y cuello o a nivel de la cicatriz, deben hacernos plantear el diagnóstico diferencial de diseminación tumoral. El diagnóstico definitivo de metástasis requiere un examen histológico de las muestras de biopsia y los tratamientos posibles incluyen la escisión quirúrgica de las lesiones localizadas, seguida de yodo radiactivo o radiación

240074. ¿INFARTO OMENTAL O APENDANGITIS EPIPLOICA?

P Bravo Raton¹, J González-Herrero Díaz¹, V Pino Díaz², M Rubio-Manzanares Dorado², A García León², JM Martos Martínez², FJ Padillo Ruiz²

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

Introducción: El infarto omental es una patología poco frecuente, estando publicados apenas cuatrocientos casos. Es debido a la torsión isquémica idiopática de la grasa del omento mayor, traumatismos, antecedente de cirugía previa o trastornos de la coagulación. Todo el omento es susceptible, aunque su parte distal y derecha es más frecuente. Se trata de una necrosis grasa aséptica, pero puede presentar complicaciones como sobreinfección. El TC muestra unos signos característicos de masa ovoidea bien circunscrita, que no realza, con reticulación heterogénea, que se dispone de manera concéntrica. El tratamiento es médico mediante analgesia y antibioterapia, aunque en algunos casos es necesaria la cirugía.

Caso clínico: Varón de 20 años intervenido de apendicectomía laparoscópica sin incidencias, que acude a Urgencias por dolor en hipocondrio derecho y sensación distérmica quince días tras el alta. A la exploración, abdomen blando con defensa en flanco derecho. La analítica demuestra una leucocitosis de 15.500 y PCR de 116mg/l. La ecografía describe una masa redondeada hipocogénica bien definida en reborde hepático y el TC la imagen característica de masa ovoidea bien delimitada de 97x50 mm, que no realza, con atenuación heterogénea con hebras grasas focales que rodean la lesión, compatible con infarto omental, acompañándose de leves cambios inflamatorios localregionales. Tras un manejo médico con analgesia y antibioterapia empírica durante cinco días, comienza con fiebre y elevación de reactantes de fase aguda por lo que se solicita un nuevo TC, que informa de abscesificación de la necrosis grasa, por lo que se realiza una laparoscopia exploradora con resección del epiplón afecto, sin encontrar otra causa distinta al diagnóstico previo.

En el posoperatorio inmediato desarrolló una colección residual subhepática de 61x32x56 mm que se drenó percutáneamente, siendo dado de alta tras veintitrés días de ingreso.

El informe anatomopatológico confirmó el diagnóstico de necrosis grasa y el cultivo microbiológico la sobreinfección por E.coli.

Discusión: La mayor parte de los infartos omentales se resuelven con tratamiento médico. No obstante, podría ser necesario recurrir a la cirugía en caso de complicaciones asociadas. Gracias a la mejora de las técnicas de imagen en los últimos años, esta patología se ha conseguido diagnosticar de una forma más temprana, lo que evita la cirugía de forma innecesaria. Además, permite hacer un diagnóstico diferencial con otras patologías similares como la apendangitis epiploica o complicaciones postquirúrgicas. Se ha descrito en la literatura la relación entre la apendicitis aguda y la apendangitis; sin embargo, más estudios para demostrar esta correlación serían necesarios.

240077. COLITIS ISQUÉMICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON COLONOSCOPIA INTRAOPERATORIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MV Parejo de Soto, J Gavilán Parras, FJ García Molina, E Gutiérrez Cafranga, C Medina Achirica

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

Introducción: La colitis isquémica es la forma más frecuente de isquemia intestinal. Afecta principalmente a pacientes de edad avanzada con factores de riesgos vasculares. Se debe a una insuficiencia vascular del colon que ocasiona hipoxia de duración e intensidad variable. Su presentación clínica es heterogénea, desde formas leves a situaciones graves con necrosis y perforación que requerirán cirugía urgente. Los síntomas más comunes son dolor abdominal, hematoquecia y diarrea y se precisará un alto grado de sospecha clínica para realizar un diagnóstico precoz y establecer un tratamiento adecuado.

Caso clínico: Mujer, 77 años. Antecedentes patológicos: HTA, DM2, DLP, Parkinson, diverticulosis y espondiloartropatía.

Ingreso urgente por dolor abdominal cólico de 24h de evolución, localizado en hipocondrio/flanco izquierdo, irradiado a hipogastrio, predominio postprandial y acompañado de 4 episodios de rectorragia.

Análítica al ingreso PCR 378, 9 y Hb 9,1 g/dL.

TAC abdomen contraste IV: Engrosamiento segmentario en pared del colon afectando al ángulo esplénico, colon descendente y



Figura 2
TAC abdominal con contraste.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

EVALUATION AND TREATMENT ALGORITHM.
Dis Colon Rectum 2023; 66: 872-875

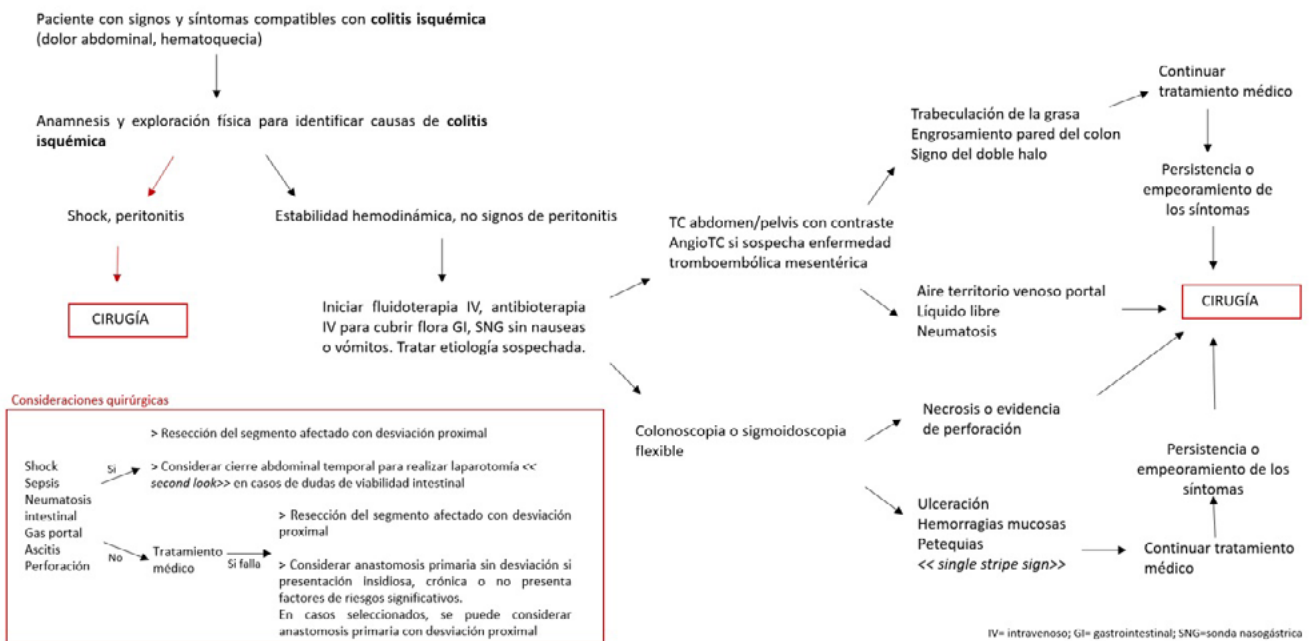


Figura 1
Algoritmo diagnóstico terapéutico. Dis Colon Rectum 2023.

sigma. Pared con significativa hipodensidad predominantemente en submucosa. Ateromatosis aortoiliaca calcificada con permeabilidad de vasos mesentéricos principales. Hallazgos compatibles con colitis isquémica.



Figura 3

TAC abdominal con contraste.



Figura 5

Colonoscopia intraoperatoria.



Figura 4

Colonoscopia intraoperatoria.

Se decidió tratamiento conservador, pero ante evolución tórpida con nuevos episodios de rectorragia, hipotensión y descenso de Hb (6,8 g/dL) se solicitó un AngioTAC: Engrosamiento e hipocaptación de contraste afectando a colon transverso distal, ángulo esplénico, colon descendente y sigma, con pared fina e hiperrealce de la mucosa, sugestivo de sufrimiento de asas. No hay punto de sangrado activo.

Se desestimó la opción de colonoscopia y se decidió la intervención quirúrgica urgente. Al revisar el colon no se observaron signos macroscópicos de isquemia por lo que se realizó una colonoscopia intraoperatoria para delimitar el área isquémica. Se apreciaron signos



Figura 6

Pieza hemicolectomía izquierda.



Figura 7

Colon abierto con zonas isquémicas.



Figura 8

Colon abierto con zonas isquémicas.

isquémicos en colon transverso distal y descendente, optándose por realizar una hemicolectomía izquierda clásica con colostomía terminal (sección en el promontorio y transversal medio)

Curso postoperatorio: íleo funcional e hipopotasemia resuelto con tratamiento médico.

240078. METÁSTASIS DE CÁNCER COLORRECTAL EN GLÁNDULA TIROIDES

JM Cañas Orellana, J Díaz Roldán, R Jurado Jimenez, J Cañete Gómez, A Gallego Vela, MM Gómez Cisneros

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

Introducción: El tiroides es un órgano relativamente aislado en el cuello pero puede ser afectado por la diseminación de células cancerosas provenientes de tumores primarios en otras localizaciones.

De los posibles tumores que pueden metastatizar en tiroides, el carcinoma renal (células claras) es el más común.

Suele ser un diagnóstico incidental en la mayoría de los casos (debido a un aumento de pruebas complementarias), y pueden imitar tumores primarios de tiroides, lo cual dificulta el diagnóstico.

Caso clínico: Varón de 74 años sin patología tiroidea previa que como antecedentes presenta adenocarcinoma en la unión recto-sigmoidea pT3pN2 intervenido en 2017 mediante resección anterior de recto, con metástasis única hepática en segmento 5 intervenida en Febrero de 2020 y presencia de metástasis pulmonares.

En 2023, tras tac de control, hallazgo casual de nódulo tiroideo de 3 cm en polo inferior del lóbulo tiroideo derecho, con macrocalcificación, clasificado como TIRADS 4.

El paciente presenta una función tiroidea normal, por lo que se realiza punción con aguja fina con resultado de citología indeterminada (calificada como T1 dentro de la clasificación Bethesda).

Finalmente, se realiza hemitiroidectomía derecha con histología compatible con metástasis tiroidea de adenocarcinoma colorrectal de 3 cm con márgenes libres.

Discusión: La metástasis en tiroides es rara, representando del 0,2-3% de todas las neoplasias malignas de tiroides.

En la literatura se han notificado más de 1.400 casos de metástasis en tiroides: riñón (34%), pulmón (15%), tracto gastrointestinal (14%) y mama (14%). Entre el 35-80% presentan al diagnóstico metástasis en múltiples órganos que empeoran el curso de la enfermedad.

No obstante, se puede considerar una incidencia real infraestimada, pues estudios en autopsias revelan que hasta el 24% de pacientes con enfermedad maligna conocida tienen enfermedad metastásica en tiroides.

Las metástasis tiroideas ocurren en el 0.5-1% de los tumores colorrectales y, generalmente, se asocia con enfermedad avanzada.



Figura 1

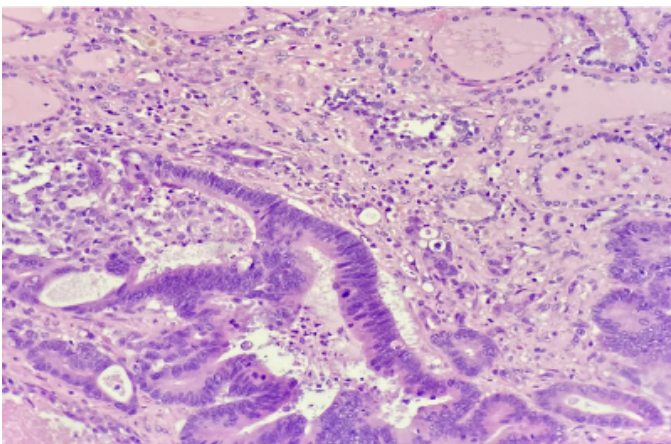


Figura 2

H&E, 20x.

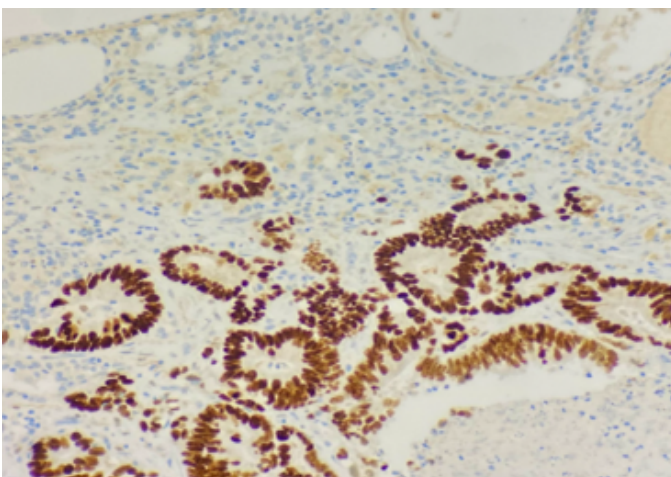


Figura 3

SATB2, 20x.

Se presentan generalmente en el contexto de metástasis múltiples y pueden asentar sobre patología tiroidea preexistente (adenomas, bocios,...). El inmunodiagnóstico se considera clave para la confirmación etiológica.

Los síntomas pueden incluir aumento de tamaño del tiroides, nódulos tiroideos palpables, disfagia, cambios en la voz o síntomas relacionados con la compresión de estructuras cercanas en el cuello.

Se debe valorar la metástasis tiroidea en el diagnóstico diferencial ante un nódulo tiroideo, particularmente en pacientes con antecedentes de malignidad.

El pronóstico está determinado por el tumor primario, pero parece que la resección quirúrgica del tiroides asocia una mayor supervivencia.

240081. MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA DE MORGAGNI SINTOMÁTICA EN EL ADULTO

M Martínez Carrillo, MÁ García Martínez, AC Císneros Ramírez, H Oehling de los Reyes, G Cabello Calle, J García Rubio, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: Las hernias diafragmáticas congénitas son una entidad poco frecuente. Están causadas por un defecto congénito en la formación del diafragma anterior. La incidencia de hernia diafragmática congénita se estima en 0,5/1000 recién nacidos vivos, siendo la hernia de Morgagni el 3-5% de estos casos. La edad de diagnóstico es habitualmente pediátrica siendo raros los casos descubiertos en la edad adulta. Son más frecuentes en el lado derecho (70-90 %). Su contenido puede ser muy variado: epiplón, colon, estómago, intestino delgado, hígado, etc.

Caso clínico: Mujer de 79 años hipertensa, que como antecedentes quirúrgicos presenta:

- Apendicectomía abierta
- Hernioplastia inguinal y umbilical

Ingresó por cuadro de obstrucción intestinal por hernia interna paraduodenal. Se intervino vía laparoscópica evidenciando dilatación muy marcada de todo el paquete intestinal con asas de más de 5 cm, evidenciando hernia de Morgagni donde se introducen los últimos 50 cm íleon medio y parte de colon transversal siendo la causa de la obstrucción. Se reduce el contenido a cavidad abdominal, se reseca el saco y se realiza cierre del defecto de unos 5cm con sutura continua de Stratafix 2/0. La paciente es dada de alta a los 7 días.

Discusión: La radiografía de tórax ocupa el primer lugar en el diagnóstico (masa o burbuja aérea retroesternal). La TC es la prueba diagnóstica de elección, permitiendo determinar el contenido herniario. En adultos, la mayoría son asintomáticas, aunque pueden causar síntomas digestivos inespecíficos, molestias retroesternales o síntomas por compresión u obstrucción de estructuras torácicas (disnea, palpitaciones) o abdominales (náuseas, vómitos, dolor epigástrico). Las complicaciones (incarceración o estrangulación) son infrecuentes. El diagnóstico diferencial hay que establecerlo con otras masas del mediastino anteroinferior.

En cuanto al tratamiento, se aconseja tratamiento quirúrgico para evitar posibles complicaciones, pero en casos asintomáticos o de alto riesgo quirúrgico se valorará individualmente. Actualmente,



Figura 1

Radiografía tórax.



Figura 3

Corte sagital TC.

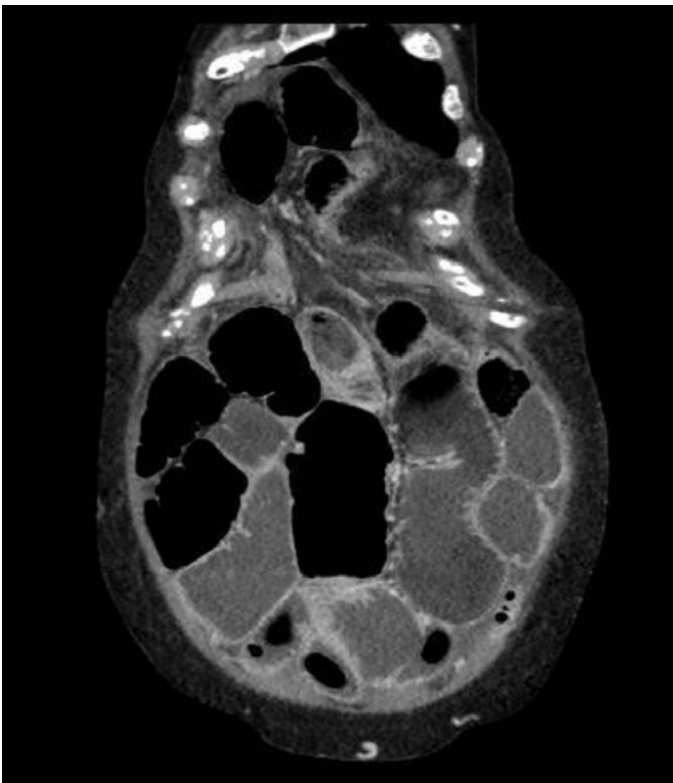


Figura 2

TC coronal morgagni.

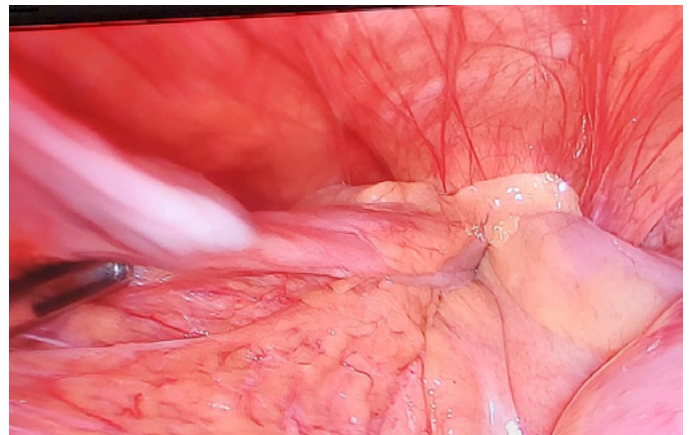


Figura 4

Hernia de morgagni que contiene colon transverso e ileon.

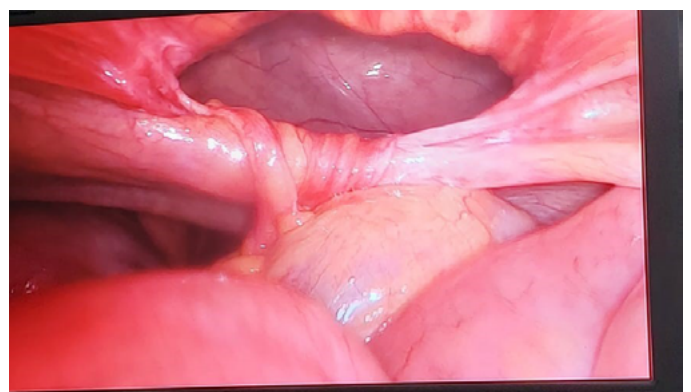


Figura 5

Reducción del contenido herniario a la cavidad abdominal, se visualiza el defecto.

el abordaje laparoscópico es de elección ya que se puede realizar de manera segura y efectiva con mejoras en morbilidad y estancia hospitalaria. La reparación quirúrgica consiste en la reducción del contenido herniario, resección del saco y cierre del orificio

diafragmático. Si el defecto herniario es grande, se pueden emplear mallas protésicas.

Se han descrito diversas vías de abordaje tanto abdominal como torácico. La vía abdominal es de elección cuando el diagnóstico está claro o existen complicaciones, pudiendo hacerse por laparotomía o por laparoscopia. La vía torácica se reservará para los casos en que se sospechen adherencias abdominales importantes o el diagnóstico sea de masa intratorácica no filiada.

240082. HEPATITIS AGUDA COMO PRESENTACIÓN DE UNA APENDICITIS AGUDA INCIPIENTE

C Román, N Rodríguez Loring, MT Robles Quesada, JJ Daza González, R de Luna Díaz

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

Introducción: El hígado se puede ver afectado por la sepsis en dos momentos cronológicos: un daño primario por disfunción orgánica vascular en el inicio de la sepsis, provocando hepatitis isquémica por hipoperfusión. Y por otro lado, el daño secundario por la acción de bacterias y endotoxinas. Se presenta un caso que hizo dudar tanto del diagnóstico etiológico como de la actuación terapéutica, poniendo en jaque a diferentes especialistas.

Caso clínico: Varón de 47 años, HTA, SAOS y bebedor de un litro de cerveza al día. Acude a urgencias por cuadro de hipotensión, oliguria, fiebre de 38°C, bradipsiquia, tinte icterico, y dolor abdominal en FID.

En analítica se observa hipertransaminasemia en rango de hepatitis aguda, bilirrubina de 2.5 a expensas de directa, INR 1.24, con tpACT%67%, 20000 leucocitos con neutrofilia, PCR 150, y procalcitonina 25. Se extraen hemocultivos, estudio serológico, se extraen diferentes exudados, y despistase de tóxicos que resultan ser negativos.

En TC y ECO detallan hallazgos de apendicitis aguda en el 1/3 distal, no complicada.

Ante un foco infeccioso abdominal incipiente, pero con marcados signos de sepsis y analíticamente con datos de hepatitis aguda, se traslada a UCI, realizando terapia con fluidoterapia y antibioterapia activa, mejorando parcialmente la situación clínica del paciente. Se reevalúa caso, y se decide laparoscopia exploradora, realizando una apendicectomía estándar tras apreciar una apendicitis aguda flegmonosa en el 1/3 distal, sin otros hallazgos.

El paciente permanece en UCI, y pasa a planta en el 2º día postcirugía, con disminución de los RFA, y normalizando los parámetros de disfunción hepática.

En el Hemocultivo es positivo a *Klebsiella pneumoniae* sensible, y a *S. Coagulasa* negativo, negativizándose al 4º día un nuevo hemocultivo

Paciente es dado de alta al 6º día postintervención sin más incidencias

Discusión: Una apendicitis aguda incipiente puede llegar a ser la causa de una disfunción hepática aguda en el paciente idóneo, es decir, en aquel que se añan diversos factores de riesgo como puede ser alcoholismo, HTA, obesidad, ... Tras una leve agresión, el organismo se manifiesta con una respuesta desmesurada.

La evolución tras la cirugía con el apoyo de la unidad de cuidados intensivos, fue optima. Existe la duda de si sólo el manejo conservador con antibioterapia y UCI podría haber sido un tratamiento suficiente.

Es fundamental realizar diagnósticos diferenciales y la colaboración entre las diferentes especialidades médico-quirúrgicas para abordar al paciente en su contexto y de la forma más adecuada.

240083. HEMATOMA INTRAMURAL ESPONTÁNEO DE YEYUNO: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

L Salvador Ordoño, P Diaz Ríos, FM Carbajo Barbosa, S Ercoerca Tejada, AB Vico Arias, A Serantes Gómez, JM Villar del Moral

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

Introducción: El hematoma intramural (HIM) de intestino delgado suele ser secundario a un traumatismo abdominal, siendo la etiología espontánea infrecuente. Normalmente esta complicación ocurre en pacientes en tratamiento con anticoagulantes (ACO) o en enfermedades hematológicas. Este sangrado suele localizarse en la capa submucosa del intestino, pudiendo extenderse al resto de las capas. En el HIM espontáneo suelen afectarse segmentos más largos y con más frecuencia localizarse en yeyuno, a diferencia de los de origen traumático donde se afecta habitualmente el duodeno.

La clínica varía desde síntomas más leves como dolor abdominal, náuseas y estreñimiento hasta formas más graves que incluyen la obstrucción intestinal o la perforación de víscera hueca. La tomografía computarizada (TC) es la técnica de elección para el diagnóstico. El manejo es generalmente conservador, reservándose la cirugía en casos de perforación intestinal o refractariedad al tratamiento médico.

A continuación, presentamos un caso de obstrucción intestinal secundario a HIM de yeyuno en una paciente con diagnóstico reciente de leucemia aguda.

Caso clínico: Paciente mujer de 44 años diagnosticada de leucemia aguda de linaje ambiguo T/mieloide durante ingreso hospitalario por síndrome febril, que recibió tratamiento quimioterápico de inducción esquema FLAG-IDA, encontrándose en fase de aplasia medular. Durante el ingreso presentó cuadro de dolor y distensión abdominal junto a numerosos episodios eméticos y melenas, sin repercusión hemodinámica. Analíticamente destacaba anemia, leucopenia y plaquetopenia, con elevación progresiva de reactantes de fase aguda. Se realizó una TC abdominopélvica evidenciándose HIM agudo localizado en yeyuno con una extensión de unos 25 cm que ocasiona suboclusión secundaria, sin sangrado arterial activo (**Figura 1**).

Se inició tratamiento conservador con colocación de sonda nasogástrica, nutrición parenteral, corrección de alteraciones

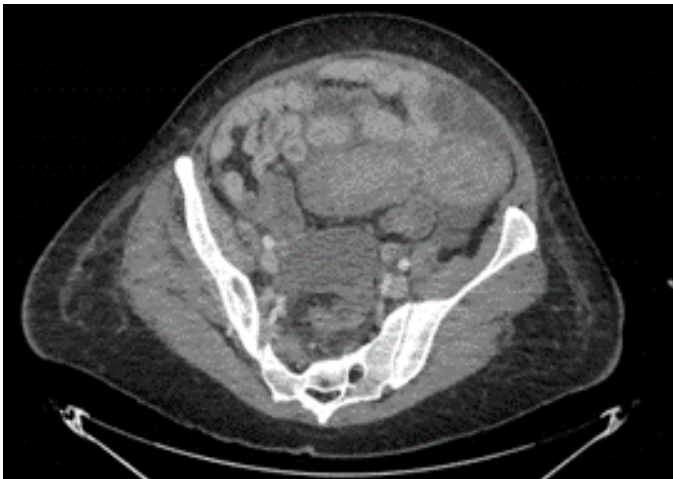


Figura 1

Cortes axial. TC abdominopélvica sin contraste intravenoso. Hematoma agudo intramural localizado en un asa de yeyuno proximal que ocasiona suboclusión secundaria.



Figura 2

Cortes coronal TC abdominopélvica sin contraste intravenoso. Hematoma agudo intramural localizado en un asa de yeyuno proximal que ocasiona suboclusión secundaria.

principalmente médico con suspensión de la anticoagulación, reposo digestivo, colocación de sonda nasogástrica en caso de vómitos y corrección de los desequilibrios hidroelectrolíticos, junto a la optimización hematológica. La cirugía se indica en casos de isquemia, perforación intestinal o fracaso del tratamiento conservador, siempre teniendo en cuenta la situación clínica del paciente.

240084. SEPSIS POR ABSCESO ESPLÉNICO: UNA CAUSA DE ESPLENECTOMÍA URGENTE

C Monje Salazar, L Díaz Sánchez, E Buendía Peña, L Arrebola Luque, R Luna Díaz

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

Introducción: La mayoría de las esplenectomías realizadas de urgencia son consecuencia de la rotura esplénica por traumatismo. Pero la rotura esplénica también puede deberse a abscesos, quistes, linfomas... Estas patologías, además de la púrpura trombocitopénica, malaria, talasemia, leucemias son indicación de esplenectomía por bazo patológico no traumático.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 80 años, hipertenso, diabético, cardiopatía isquémica, portador de marcapasos, y portador de sondaje permanente por estenosis uretral.

Acude a Urgencias por dolor abdominal de dos semanas de evolución en hipocondrio izquierdo y fiebre elevada. Se encuentra taquicárdico, tendente a la hipotensión y defiende en hipocondrio izquierdo.

Objetivamos en analítica urgente leve neutrofilia sin leucocitosis, alteración de la coagulación, y elevación importante de PCR y procalcitonina. Se realiza TAC de abdomen que informa de lesión esplénica de 60x47mm con significativo moteado gaseoso y nivel hidroaéreo que sugiere etiología infecciosa en polo superior, con líquido libre y burbujas de neumoperitoneo libre periesplénicas y a nivel anterior supramesocólico, incluso en tejido de celular subcutáneo en pared abdominal anterior.

Ante sospecha de sepsis por absceso esplénico se decide esplenectomía urgente. Encontramos peritonitis purulenta en hipocondrio izquierdo, absceso en polo superior esplénico y bazo congestivo. Realizamos esplenectomía con muy buena evolución tras estancia en UCI de 48 horas. En cultivo de líquido peritoneal se aisló *Klebsiella* multisensible, no presente en cultivo de orina a pesar de múltiples infecciones previas relacionadas con sondaje permanente. También se descartó endocarditis relacionada con marcapasos.

Tras completar antibioterapia el paciente fue dado de alta sin llegar a identificar causa del absceso esplénico.

Discusión: El absceso esplénico como lesión esplénica es poco frecuente, presente en el 0.14-0.7% de las autopsias. Su origen más frecuente es el émbolo séptico desde otro foco, generalmente una endocarditis, aunque también pueden originarse tras traumatismo por hematoma sobreinfectado. El germen aislado suele ser el *Estreptococo*. Si bien como ocurre en nuestro paciente, en la mayoría de los casos, no se consigue identificar la causa.

hidroelectrolíticas y hematológicas con transfusión de concentrados de hematíes y plaquetas, además de la suspensión de anticoagulación.

Discusión: A pesar de ser una entidad muy poco frecuente, la obstrucción intestinal secundaria a un HIM debe ser sospechada en aquellos pacientes que reciben tratamiento anticoagulante o con alteraciones hematológicas que presentan clínica obstructiva. La TC es la técnica diagnóstica de elección donde se evidencia engrosamiento mural e hiperdensidad del segmento afecto. El tratamiento es

En cuanto al manejo, existe la posibilidad de drenaje percutáneo cuando se trata de abscesos únicos bien localizados y con paredes finas, aunque pueden recidivar. Por ello el tratamiento de elección es la cirugía, exceptuando los abscesos por Brucella, cuyo tratamiento exclusivo es la antibioterapia.

La clínica de absceso esplénico es inespecífica, complicando su diagnóstico. El TC y la ecografía son las pruebas más rentables. El diagnóstico y tratamiento precoz permite mejores resultados en una patología con alta morbimortalidad.

240087. SUPRARRENALECTOMÍA DERECHA TRAS ESOFAGUECTOMÍA POR CÁNCER DE ESÓFAGO

JM Cañas Orellana, ML Ruiz Juliá, D Bejarano González-Serna, V Ruiz Luque, P Parra Membrives

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

Introducción: Más del 50% de los pacientes sometidos a un tratamiento curativo para el cáncer de esófago desarrollarán una recurrencia en un plazo de tres años. En la mayoría de los casos, las recurrencias tienden a ser multifocales. Las metástasis suprarrenales metacrónicas aisladas de cáncer de esófago son extremadamente infrecuentes y no existen indicaciones claras en la literatura sobre cómo tratar a estos pacientes.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 58 años diagnosticado de neoplasia del tercio distal del esófago (cT3N2M0). Recibió tratamiento con quimiorradioterapia neoadyuvante, seguido de esofaguectomía total (McKeown) en marzo de 2021. Anatomía patológica de la pieza quirúrgica: adenocarcinoma moderadamente diferenciado (ypT2ypN0).

Durante el seguimiento, se objetivó en TC de control a los 21 meses de la cirugía, una lesión en glándula suprarrenal derecha sospechosa de malignidad (Figura 1), con captación mediante PET-TC (F18.FDG) de 52x55x75mm (Figura 2) y confirmándose M1 mediante BAG guiada por



Figura 1

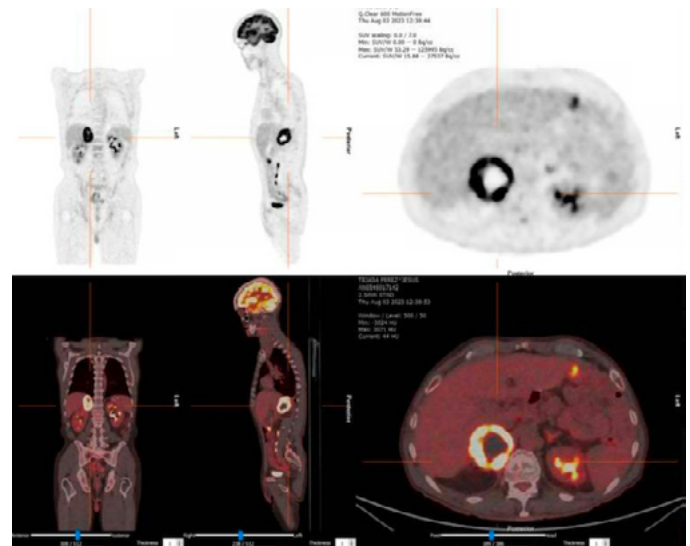


Figura 2

TC. Tras su discusión en Comité de Tumores se decide tratamiento sistémico mediante quimioterapia e inmunoterapia, y valorar tratamiento local en función de la respuesta. Tras objetivarse una respuesta parcial sin infiltración vascular en controles posteriores, se decide rescate quirúrgico. Se realizó una suprarrenalectomía derecha mediante laparotomía subcostal derecha, incluyendo la lesión suprarrenal de unos 7.5 cm de eje máximo con infiltración de la cápsula hepática y una importante reacción desmoplásica (Figura 3). Fue dado de alta al 4º día postoperatorio sin complicaciones. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó la infiltración por carcinoma pobremente diferenciado y márgenes quirúrgicos libres. Actualmente libre de enfermedad (Figura 4), en tratamiento de mantenimiento con Nivolumab.

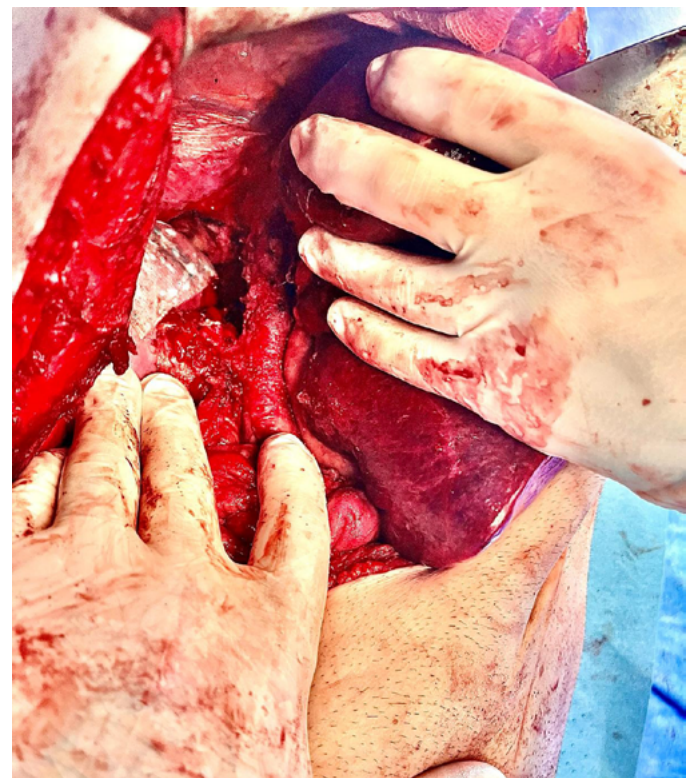


Figura 3



Figura 4

Discusión: Tradicionalmente la enfermedad metastásica del cáncer esofágico presenta una supervivencia reducida. En pacientes con cáncer esófago oligometastásico se plantea que un tratamiento local como parte de un tratamiento multimodal produce una mejora de la supervivencia global en comparación con la terapia sistémica sola. Las mejoras en el tratamiento quirúrgico y la optimización del manejo perioperatorio garantizan un riesgo operatorio aceptable en muchos de estos casos, y hacen que la resección quirúrgica de las lesiones recurrentes solitarias sea una opción terapéutica segura y factible en pacientes seleccionados, pudiendo mejorar la supervivencia.

240090. MANEJO QUIRÚRGICO DE LA TROMBOSIS AGUDA DE LA AMS ASOCIADA A CONSUMO DE COCAÍNA

JA Aragón Encina¹, Á Fernández Jiménez², A Valverde Martínez¹, A Camacho Ramírez¹, J Martín Cañuelo³, C Martínez Ingelmo³, JM Pacheco García¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario de Puerta del Mar. Cádiz. ²Unidad Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario de Puerta del Mar. Cádiz. ³Servicio Cirugía General Hospital Universitario de Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: La trombosis mesentérica aguda se define por una hipoperfusión intestinal instaurada de forma brusca. Aparece con más frecuencia en pacientes con enfermedad aterosclerótica e incluso en angina intestinal previa. Entre otras etiologías menos frecuentes, se encuentran los tóxicos como la cocaína.

Los síntomas son inespecíficos y el retraso diagnóstico es responsable de la alta mortalidad debida a la instauración de la necrosis intestinal.

Caso clínico: Varón de 44 años, fumador, sin patología previa, que acude por dolor abdominal generalizado de aparición brusca tras comida copiosa y consumo de cocaína. Es diagnosticado mediante Angio-TAC de trombosis en la arteria mesentérica superior, junto con elevación de reactantes de fase aguda. Se realiza manejo conservador con anticoagulación y antiagregación. Pese a ello, evoluciona

desfavorablemente, precisando de traslado a nuestro centro para manejo quirúrgico ante la sospecha de sufrimiento intestinal.

En quirófano llama la atención marcado sufrimiento en asas de delgado, aspecto isquémico de forma generalizada, con zonas de cianosis fija no transmural. No se visualizan perforaciones, por lo que se procede a la disección del retroperitoneo y duodeno para control de AMS. Se realiza arteriotomía y extracción de trombo fibrinoide con extensión a ramas de la AMS y cierre con parche de vena safena interna.

Se deja abdomen abierto mediante sistema vacuum pack para posterior "second-look". En dicha revisión se aprecia reperfusión de asas previamente isquémicas, aunque persiste en segmento de 60 cm desde el ángulo de Treitz, precisando de una resección y anastomosis.

Tras once días el paciente es dado de alta sin presentar complicaciones abdominales.

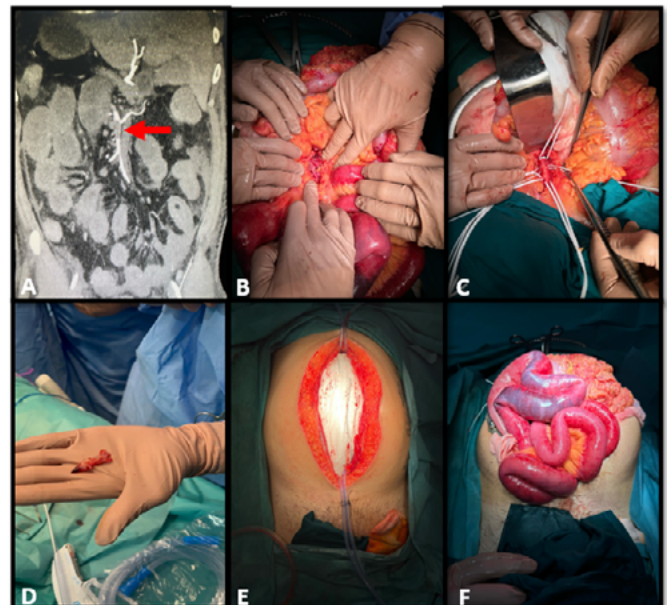


Figura 1

Manejo quirúrgico de la trombosis aguda de la AMS. A. Angio-TAC; Trombosis de AMS a 4 cm de su origen. B y C, Exposición AMS mediante maniobras de Cattell-Braasch vía posterior y vía anterior a través de la raíz del meso. D. Trombo de la AMS. E. Open Vacuum pack. F. Second-look.

Discusión: Pese a ser menos frecuente, la cocaína además de producir una vasoconstricción vascular y aumentar la demanda de oxígeno en el endotelio, es un agente protrombótico, capaz de desencadenar una trombosis arterial aguda. Es más frecuente en jóvenes sin otras enfermedades, instaurándose en las primeras 48h.

El tratamiento consiste en restaurar rápidamente el flujo sanguíneo intestinal y conseguir una adecuada estabilidad. La viabilidad intestinal es cercana al 100% dentro de las primeras 12h de isquemia, reduciéndose hasta un 54% entre las 12-24 horas.

Además de las medidas generales, se debe considerarse el tratamiento endovascular antes de la instauración de una isquemia irreversible. El manejo quirúrgico debe reservarse para los pacientes en los que no se demuestre una lisis del coágulo en las horas siguientes

o exista una mala evolución clínica. El abdomen abierto debe considerarse en aquellos casos con duda sobre la reparable intestinal.

240092. ICG EN CIRUGIA DE PARATIROIDES

P Cifuentes Rodenas, CA Romero, M Diaz Rodríguez, C Sacristán Pérez, B Marengo de la Cuadra, C Marín Velarde

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

Introducción: El verde de indocianina es una tinción fluorescente visible con luz cercana al infrarrojo. Es útil para la identificación de las estructuras anatómicas, la vascularización de tejidos, para la identificación de tumores y para la identificación del ganglio centinela y del mapeo linfático de tumores malignos.

Caso clínico: Mujer de 42 años portadora de mutación MEN I con antecedentes quirúrgicos de paratiroidectomía subtotal en 2014 por adenoma paratiroideo ectópico mediastínico, quedando remanente paratiroideo superior derecho.

Seguimiento médico por endocrinología, en el cual se aprecia en una ecografía de control un nódulo en lóbulo tiroideo superior clasificado como TIRADS 4 y PAAF con sospecha de neoplasia folicular BETHESDA 4, por lo que se indica hemitiroidectomía izquierda.

El posterior estudio anatomopatológico de la pieza informa de carcinoma papilar con patrón folicular, mínimamente invasivo, por lo que se propone a la paciente cirugía de totalización.

Dados los antecedentes quirúrgicos se decide emplear verde indocianina en la intervención para localizar y respetar el remanente paratiroideo, con el objetivo de evitar un hipoparatiroidismo definitivo postquirúrgico en la paciente.

Intraoperatoriamente, gracias al ICG, se identificó el remanente paratiroideo que se respetó de forma adecuada, así como una glándula paratiroides ectópica supernumeraria. En el postoperatorio la paciente tuvo niveles de calcio y PTH normales.

Discusión: El ICG se usa de forma general por vía intravenosa para identificar intraoperatoriamente la vascularización de tejidos, para anastomosis o para identificar tejidos con hipoperfusión o isquemia, utilizándose también esta vía para la identificación de tumores, o diferentes estructuras anatómicas.

Se elimina de forma inalterada por la bilis, con una vida media plasmática de 3-5 min y metabolismo hepático. Cuando se inyecta directamente sobre un tejido, el ICG se une a las proteínas y alcanza el ganglio linfático más cercano en pocos minutos.

Tiene una dosis tóxica es de > 5 mg/kg, mucho mayor a las dosis utilizadas.

La fluorescencia con ICG puede ser útil para la identificación de las glándulas paratiroides durante la cirugía del tiroides. Recientemente se ha podido observar que la autofluorescencia de las paratiroides, sin necesidad de administrar ICG, puede ser de gran

utilidad para dicha identificación utilizando dispositivos de infrarrojo cercano a las mismas, aproximadamente 2-3 cm. Se ha descrito que la autofluorescencia puede llegar a tener un 96-98% de eficacia para la identificación anatómica de las paratiroides y evitar la hipocalcemia postoperatoria.

240093. TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RUPTURA PANCREÁTICA Y DIAFRAGMÁTICA.

MV Parejo de Soto, D Raposo Puglia, C Medina Achirica

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

Introducción: Las lesiones pancreáticas traumáticas no son frecuentes y presentan baja prevalencia tras traumatismo abdominal cerrado, siendo los accidentes de tráfico la causa más frecuente en adultos. Debido a la localización retroperitoneal del páncreas suelen presentar una clínica inespecífica, por lo que es necesario un alto índice de sospecha para llevar a cabo un diagnóstico y tratamiento precoz que permitan disminuir complicaciones y morbimortalidad. La técnica diagnóstica de elección dependerá del estado hemodinámico del paciente. Es conveniente evidenciar el grado de lesión, la integridad del ducto pancreático principal, así como posibles lesiones vasculares u orgánicas asociadas para establecer un manejo terapéutico adecuado.

Caso clínico: Varón, 16 años. Sufre traumatismo abdominal cerrado por impacto en epigastrio con manillar de moto tras accidente de tráfico (choque frontal)

Estable hemodinámicamente. Exploración sin alteraciones, salvo abdomen doloroso principalmente en epigastrio.

TAC abdominal contraste IV: Hipodensidad irregular en cola de páncreas afectando a todo su espesor, compatible con laceración y ruptura. Edema focal pancreático y colección líquida peripancreática. Integridad del ducto principal no evaluable. (Grado III AAST). Hernia de hiato paraesofágica, posible origen traumático.



Figura 1

TAC. Ruptura diafragmática izquierda.

RM pancreática contraste IV / Colangio- RM: Laceración pancreática en cola. Conducto de Wirsung con pequeño calibre hasta dicha laceración a partir de la cual no se identifica.

Se decidió intervención quirúrgica urgente: Pancreatectomía corporo-caudal con preservación esplénica y reparación no protésica de ruptura diafragmática.



Figura 2

TAC. Ruptura diafragmática izquierda.

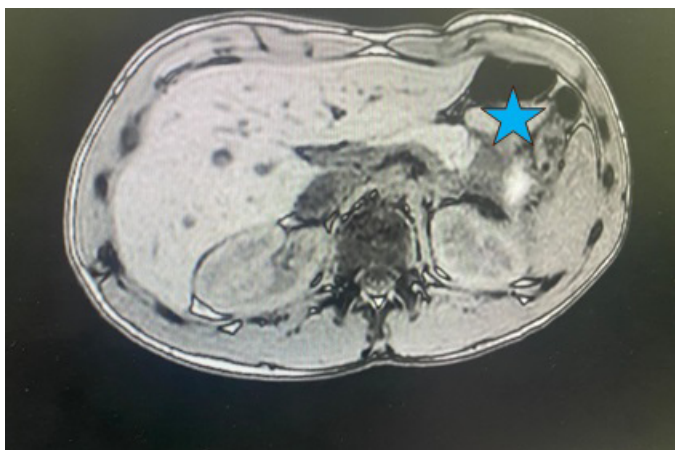


Figura 3

TAC. Lesión pancreática (Grado III AAST).

Incisión subcostal izquierda realizándose apertura de transcavidad de epiplones hasta localizar páncreas, visualizándose en cuerpo distal/cola hematoma compatible con ruptura. Se realiza disección de cara inferior y superior respetando duodeno e hilio esplénico y se realiza resección con grapadora lineal cortante recta

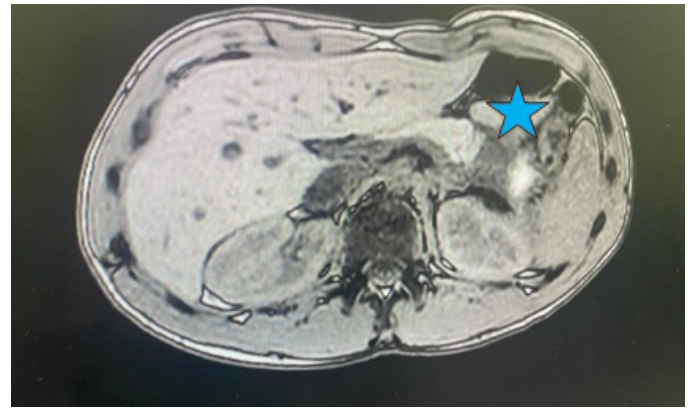


Figura 4

RMN. Lesión pancreática (Grado III AAST).

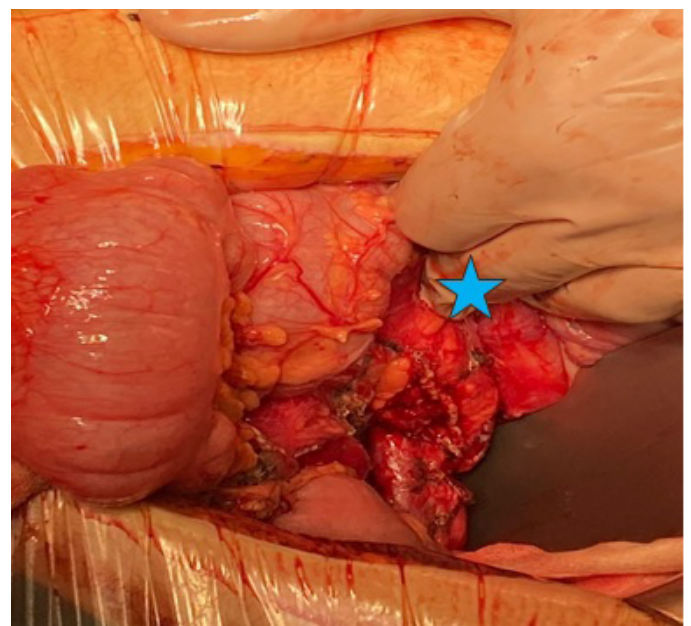


Figura 5

Cirugía. Pancreatectomía distal con preservación esplénica.

60mm reforzando muñón pancreático con puntos sueltos de sutura poliéster trenzada no absorbible.

Se visualiza ruptura diafragmática lateralizada a la izquierda del hiato sin afectar al mismo, reduciéndose su contenido. Reparación no protésica con puntos sueltos sutura trenzada no reabsorbible reforzado con sutura continua.

Se dejan dos drenajes aspirativos en muñón pancreático.

Postoperatorio inmediato en UCI y posterior en planta de Cirugía sin incidencias.

Discusión: El manejo depende de la estabilidad hemodinámica y del grado, la ubicación y la extensión de las lesiones pancreáticas teniendo en cuenta la afectación del ducto.

En casos leves se podría optar por un manejo por etapas con tratamiento médico y medidas mínimamente invasivas no quirúrgicas.

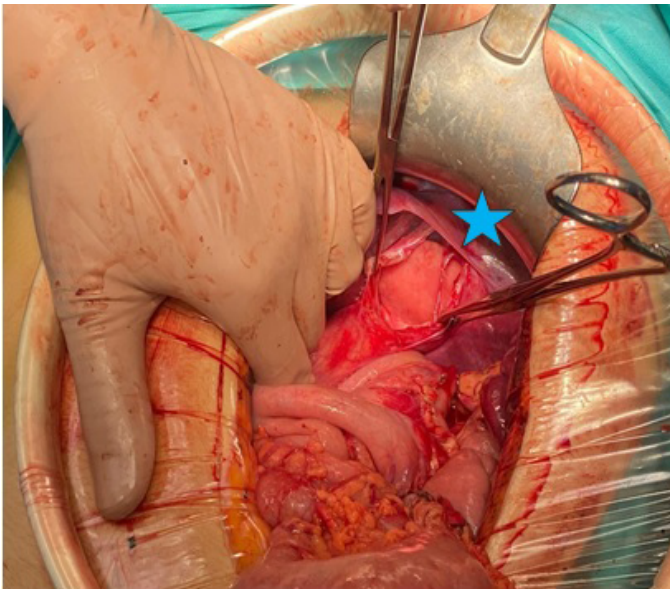


Figura 1

Figura 6

Cirugía. Reparación diafragmática no protésica.

En situaciones graves o con alta sospecha de lesión ductal será necesaria una intervención quirúrgica, intentando cuando se posible, preservar parénquima para reducir complicaciones a largo plazo.

240099. SILICONOMAS AXILARES. A PROPÓSITO DE UN CASO

CM Águila Gordo, T Gallart Aragón, M Alcaide Lucena, B Alejandro Ovejero, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: El empleo de implantes de silicona en la cirugía de la mama es cada vez más frecuente tanto en procedimientos reconstructivos como estéticos. Los siliconomas son una de sus posibles complicaciones, aunque infrecuente.

Aunque la presencia de adenopatías regionales en paciente con antecedentes de cáncer de mama es sugestiva de progresión tumoral, debemos tener en cuenta los siliconomas como parte del diagnóstico diferencial en portadores de prótesis.

Caso clínico: Mujer de 41 años con antecedentes quirúrgicos de cirugía mamaria estética con colocación de implantes mamarios desde hace años. Derivada desde atención primaria a consulta de patología mamaria por dolor en mama y región axilar derecha de tipo neuropático con limitación en su calidad de vida, motivo por el que se solicita ecografía en el que se evidencia irregularidad de la cápsula de la prótesis mamaria derecha con interrupción de la misma, rotura de la prótesis tanto extra como intracapsular con integridad de prótesis contralateral (Figura 1). Dada rotura de prótesis de mama derecha se propone retirada de ambas prótesis.

Durante la cirugía se observa rotura de prótesis de mama derecha y siliconomas axilares derechos el mayor de 3 cm e integridad de prótesis izquierda (Figura 2).



Figura 2

Se realiza capsulectomía bilateral. A nivel axilar derecha se resecan todos los siliconomas palpables. Anatomía patológica sin hallazgos a destacar. La paciente presentó un buen posoperatorio.

Discusión: El uso cada vez más frecuente de las prótesis mamarias exige conocer las complicaciones de las mismas, aunque su prevalencia sea baja como es el caso de los siliconomas.

Se conoce que la rotura extracapsular provoca la migración de las partículas generalmente por vía linfática donde se produce una reacción a cuerpo extraño, formando siliconomas. La forma de presentación es muy variada.

La herramienta más útil para el diagnóstico es la ecografía, por su alta disponibilidad y económico con una sensibilidad (82%) y especificidad (81%) en el caso de sintomatología.

La principal opción de tratamiento es la extirpación quirúrgica con explante y recambio del implante.

Es importante reconocer los hallazgos propios del siliconoma extramamario en pacientes con prótesis para realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otras patologías malignas como cáncer de mama o metástasis en paciente con antecedentes oncológicos ante la aparición de adenopatías regionales.

240100. EMPLEO DE CIERRE ASISTIVO DE VACIO (VAC) COMO MECANISMO PARA ACELERAR LA CICATRIZACIÓN TRAS CIRUGÍA DEL SINUS PILONIDAL.

CM Águila Gordo, MÁ García Martínez, C González Puga, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: El sinus pilonidal es una patología crónica que afecta a partes blandas en región interglútea sacroiliaca.

En nuestro centro empleamos la terapia VAC cuando la extirpación de la lesión deja defectos de gran tamaño para favorecer y acelerar la cicatrización.

Caso clínico: Varón de 26 años sin antecedentes personales a destacar. A la exploración se visualizaba sinus pilonidal con pequeño orificio a nivel interglúteo a 6 cm de margen.

En glúteo izquierdo se observa pequeño granuloma con zona extensa fibrótica y edematizada.

En quirófano tras anestesia raquídea y en decúbito prono se canaliza orificio fistuloso externo (OFE) localizado en glúteo izquierdo con lesión granulomatosa con estile con trayecto fistuloso que se comunica con OFE a nivel interglúteo.

Se realiza exéresis en bloque con necesidad de ampliación de márgenes en varias ocasiones por múltiples trayectos fistulosos.

En ese mismo momento se realiza deja Spongoesta y linitul. El paciente pasa la noche en hospital de día y al día siguiente al valorar la herida y el tamaño se decide colocación de VAC.

El paciente se intervino en el 29/01 (Figura 1), se le fue realizando seguimiento estrecho en consultas de enfermería cada 4 días y posteriormente de forma semanal.

Se le retiro el VAC el 12/02 por disminución del tamaño del sinus (Figura 2).

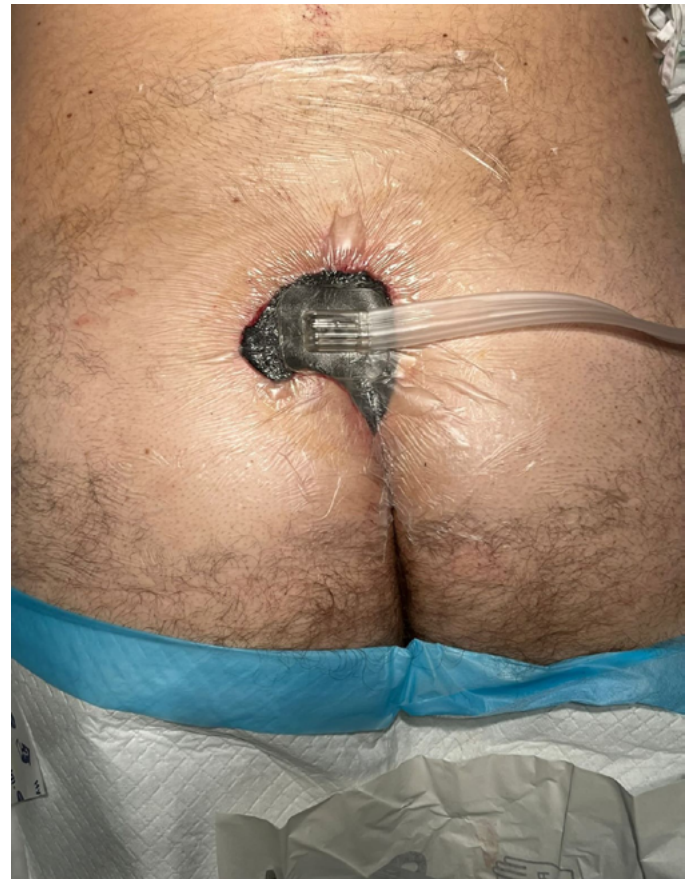


Figura 1



Figura 2

Acude a consulta de revisión principios de marzo con cicatrización completa de la herida quirúrgica (Figura 3).

Discusión: El sinus pilonidal es una patología de gran incidencia, afectando principalmente a varones jóvenes de entre 20-30 años.

Se han descrito múltiples intervenciones quirúrgica para su tratamiento, variando desde escisión con sutura primaria, extirpación con colgajos o con plastia en Z. No obstante, la más realizada es



Figura 3

extirpación de todos los trayectos fistulosos y cierre por segunda intención.

El principal problema de esta última técnica es el largo proceso de cicatrización. El uso de técnicas como el cierre asistido por vacío o técnica por presión negativa favorece vascularización consiguiéndose una proliferación de tejido de granulación y acelerando el proceso cicatricial permitiendo así una rápida incorporación a las actividades de la vida diaria.

Por lo tanto, debemos de considerar el cierre VAC como una alternativa a tener en cuenta en casos de heridas de gran tamaño.

240102. REPERCUSION DE UNA FÍSTULA YEYUNO-CÓLICA INADVERTIDA

D González Sánchez, MM Rico Morales, A Fuentes Zaplana, J Torres Melero, A Reina Duarte

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

Introducción: La formación de fístulas entero-cólicas, aunque poco común, presenta diversas etiologías, que incluyen complicaciones postoperatorias derivadas de cirugías intestinales previas, enfermedades inflamatorias intestinales, traumatismos abdominales, infecciones intestinales graves, neoplasias intestinales y, en ocasiones, anomalías congénitas. Estas condiciones pueden

inducir malabsorción de nutrientes, episodios recurrentes de infección, desequilibrios electrolíticos y complicaciones hepáticas, cuya magnitud varía según la localización específica de la fístula.

Caso clínico: Paciente de 53 años con antecedentes personales de cirugía en 2004 por adenocarcinoma de colon estadio IIIc realizándose hemicolectomía derecha ampliada y posterior quimioterapia. Durante su evolución hasta la actualidad comenzando en 2005 presentó un síndrome de intestino corto asociando una enteropatía pierde proteínas, diarreas y diversos estados carenciales que le condujeron a presentar, desnutrición, encefalopatía, deterioro cognitivo por el síndrome (Pelagra-Wernicke-Korsakoff) entre otros. Ha estado en seguimiento por nutrición y digestivo precisando nutrición parenteral domiciliaria.

Acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal de inicio súbito de 12 horas de evolución asociado a náuseas y vómitos y fiebre de 38.5°C. A la exploración, paciente con dolor abdominal a la palpación profunda en todo el abdomen con defensa abdominal. Se realiza TAC abdominopélvico donde se aprecia importante arremolinamiento de las estructuras vasculares de la raíz del mesenterio ocasionando estenosis significativa de la luz mesentérica compatible con hernia interna. Se decide laparotomía exploradora urgente donde se aprecia tracto fibroso que condiciona hernia interna, pudiendo solucionarse sin necesidad de resección intestinal y a la exploración del resto de la cavidad se aprecia fístula entre el muñón de la anastomosis ileocólica previa con el yeyuno condicionando fístula yeyuno-cólica (**Figura 1**). Se eliminó la fístula con una endograpadora cortando parte del muñón de la anastomosis previa.

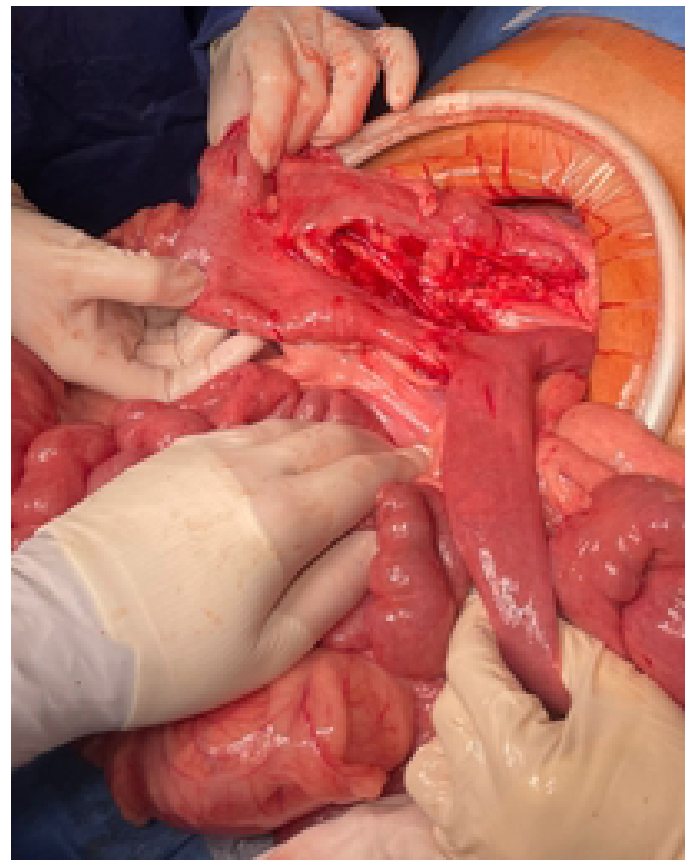


Figura 1

Fístula yeyunocólica.

La evolución del paciente fue satisfactoria mejorando desde el punto de vista nutricional cesando las diarreas mejorando en los controles nutricionales y no precisando en la actualidad de nutrición parenteral.

Discusión: Este caso presenta un período de 20 años con complicaciones tras una cirugía por una neoplasia de colon. La falta de correlación entre las complicaciones y la cirugía inicial (conserva casi en su totalidad el intestino delgado y parte del colon) resalta la importancia de mantener una mente abierta y autocrítica en la práctica médica, nos insta a reflexionar críticamente sobre la necesidad de explorar a fondo discrepancias entre las complicaciones presentadas y los casos ya que como se ha expuesto una resolución en teoría sencilla.

240103. NEUROFIBROMAS PERIAREOLARES EN MUJER CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO I

MÁ García Matas, C Muñoz Pérez, MI López Jiménez, T Gallart Aragón, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: La neurofibromatosis tipo I o enfermedad de Von Recklinghausen es un síndrome con herencia autosómica dominante causado por una mutación en el gen supresor de tumores NFI (neurofibromina 1), situado en el cromosoma 17, y se caracteriza, entre otros, por la aparición de tumores benignos a nivel de piel y del sistema nervioso central, dado que afecta a las células de estirpe ectodérmica. Pese a ser un síndrome hereditario, hasta en un 30-50% de casos la aparición del síndrome es debido a la aparición de mutaciones de novo. A diferencia de la neurofibromatosis tipo II, las manifestaciones clínicas comienzan a partir de la infancia y la adolescencia, encontrando entre ellas: la aparición de manchas café con leche, la aparición de efélides axilares y/o inguinales, la formación de hamartomas a nivel del iris conocidos como nódulos de Lisch, malformaciones esqueléticas como escoliosis, displasia de esfenoides, pseudoartrosis tibial y aparición de tumores a nivel del sistema nervioso central, como los gliomas ópticos. También son característicos la aparición de neurofibromas a nivel de la piel.

Caso clínico: Mujer de 30 años con antecedentes de neurofibromatosis tipo I que es valorada en consultas de Patología Mamaria por aparición de lesiones periareolares bilaterales. Se realiza ecografía mamaria bilateral en la que se describen formaciones nodulares sólidas a nivel de dermis, sin infiltración de planos profundos, categoría BIRADS 2. La paciente es intervenida en septiembre de 2023, con resultados en el análisis histopatológico de las lesiones de neurofibromas.

Discusión: Una de las características más destacables de la NF1 es la presencia de neurofibromas cutáneos. Estos son nódulos de aspecto suave y forma redondeada que proceden de elementos del sistema nervioso periférico y no infiltran el tejido circundante, pero pueden crecer de forma importante. Normalmente aparecen pasada la adolescencia y son variables en tamaño, pudiendo crecer en número conforme el paciente envejece. La mayoría se localizan en el tronco o en la zona de cabeza y cuello, siendo rara su localización a nivel de la mama. Hay que realizar un diagnóstico diferencial entre un amplio

abanico de patologías, tanto benignas como malignas, entre las que encontramos: miofibroblastoma, schwannoma, fascitis nodular y el sarcoma mamario. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico.

240105.TROMBOSIS SÉPTICA DE LA VENA MESENTÉRICA SUPERIOR SECUNDARIA A APENDICITIS AGUDA

A Carmona Pozo, A Bastidas Rodríguez, A Reguera Teba

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

Introducción: Las complicaciones de la apendicitis aguda han sido ampliamente descritas en la literatura. La trombosis venosa mesentérica es una manifestación rara de esta patología con una frecuencia inferior al 1% y con una clínica poco específica que nos puede llevar a un retraso en su diagnóstico, aumentando de la probabilidad de evolución hacia un cuadro séptico o a una posible isquemia mesentérica.

Caso clínico: Varón de 43 años con antecedentes de enfermedad de Steinert, dislipemia y sin antecedentes personales o familiares de trombosis.

Acude a urgencias por dolor abdominal de una semana de evolución asociado a mal estado general.

En la exploración física presenta estabilidad hemodinámica junto con dolor abdominal epigástrico e irritación peritoneal. Analítica con leucocitosis y neutrofilia, con elevación de fibrinógeno y PCR 95. TC con contraste, que informó de trombosis de la vena mesentérica superior y signos de apendicitis.

Se realizó exploración laparoscópica urgente sin signos de isquemia, además de apendicitis flemosa en la que se realizó apendicectomía reglada.

Postoperatorio sin incidencias, iniciándose al día siguiente anticoagulación con bemparina 10.000 U, siendo dado de alta el al tercer día manteniendo la heparina durante un mes y amoxicilina 875 mg/clavulánico 125 mg durante dos semanas.

Un mes después se realizó una angio-TC de seguimiento que reveló trombosis crónica de la vena mesentérica superior con permeabilidad de ramas distales a través de colaterales.

Discusión: La trombosis venosa mesentérica es una manifestación rara, con una frecuencia inferior al 1%, siendo causa de abscesos hepáticos y de hasta el 10% de los casos de isquemia mesentérica.

En el caso clínico que presentamos, el paciente padece la enfermedad de Steinert, asociada a una mayor incidencia de enfermedad tromboembólica.

La presentación clínica y analítica no son muy específicas: cuadro insidioso de dolor abdominal, asociado a mal estado general, náuseas o un síndrome febril, junto a elevación de marcadores de fase aguda y fibrinógeno.

La mejor prueba de imagen para el diagnóstico de trombosis venosa en el sistema mesentérico portal es la TC con contraste IV.

El abordaje laparoscópico nos permite realizar una exploración abdominal completa al mismo tiempo que la apendicectomía, asociándose a una mejor recuperación y menos días de ingreso. El tratamiento más aceptado es la antibioterapia de amplio espectro durante al menos 14 días para prevenir la aparición de abscesos hepáticos, así como la anticoagulación si existen factores de riesgo de hipercoagulabilidad o si la trombosis es extensa con oclusión venosa completa.

240108. ACTUALIZACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS VARICES

BC Sandra, F Moreno Suero, S Martínez Núñez, M Bustos Jiménez, L Tallón Aguilar, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: Actualización del manejo de la patología del sistema venoso superficial tanto conservador como quirúrgico con objetivo de obtener los mejores resultados según el tipo de afectación venosa en enfermedad venosa crónica (EVC)

Material y métodos: Revisión de la literatura más reciente sobre la EVC del sistema venoso superficial.

Diagnóstico:

- Factores de riesgo: Sexo femenino, obesidad, bipedestación prolongada y embarazos previos.
- Clínica: Hacemos uso del Sistema CEAP basándose en cuatro aspectos (Clínica, Etiología, Anatomía y Fisiopatología). Aunque la clínica (C) es el punto más importante con un nivel de evidencia (NE) I, grado de recomendación (GR) B.
- Gravedad: Las Guías Europeas de Cirugía Vascul ar 2022 establecen el Venous Clinical Severity Score como clasificación de la gravedad. Establece cuatro grados dependiendo de características clínicas (NE IIa, GR B).

- Imagen

La ecografía-doppler es el gold standard ante sospecha de EVC.

(Otras: Flebografía, RM, TAC)

Resultados: Tratamiento.

Manejo conservador: el uso de medidas compresivas (15 mmHg a nivel del tobillo y entre 20-40 mmHg en caso de edema) NE I, GR B. Mejora la sintomatología aunque evidencia limitada respecto a mejorar el estadio. El tratamiento venotónico disminuye la permeabilidad capilar y mejora el tono venoso (NE IIa) incluso alcanzando una mejoría de los cambios tróficos.

CLÍNICA (C)	ETIOLOGÍA (E)	ANATOMÍA (A)	FISIOPATOLOGÍA (P)
C0	E0	A0	P0
No hay signos visible o palpables de enfermedad venosa	Congénita	Venas superficiales	Reflujo
C1	E1	A1	P1
Teleangiectasias o venas reticulares	Primaria	Venas profundas	Obstrucción
C2	E2	A2	P2
Varices tronculares	Secundaria	Sistema perforante	Reflujo y obstrucción
C3			P3
Edema			Sin causa identificable
C4			
Cambios tróficos			
4 a: Pigmentación, ecema			
4 b: Lipodermatoesclerosis, atrofia blanca			
4 c: Corona flebotásica			
C5			
Cambios tróficos + úlcera cicatrizada			
C6			
Cambios tróficos+ úlcera activa			

*Después a la categoría se añade una "a" si el paciente está asintomático o una "s" si presenta síntomas

Figura 1
Clasificación CEAP tomada de Escalas de gravedad de la insuficiencia venosa. FMC en Atención Primaria.

Manejo quirúrgico:

- La indicación quirúrgica debe individualizarse. Varices sintomáticas con incompetencia del sistema venoso superficial y CEPA 2s (NE I, GR B), o los grados C4-6 (NE I, GR C) se benefician del tratamiento quirúrgico.
- Se recomienda el uso de anestesia tumescente (NE I, GR C).
- Actualmente se recomiendan técnicas termoablativas endovasculares (ETVA) como primera opción para el tratamiento de la safena interna y externa (NE I, GR A).
- Como alternativa en el territorio safeno interno destacamos la safenectomía y el uso de cianocrilatos (NE IIa, GR A). En caso del externo, tenemos disponible la esclerosis con cianocrilato o con espumas (NE IIb, GR B).
- Para las perforantes, trayectos superficiales se recomienda el uso de esclerosis con espuma o las flebectomías (NE IIa, GR B).

Conclusiones: - Actualmente según las guías recomiendan tratamiento combinado de la vena principal mediante ETVA con un NE I y GR A y las perforantes o varices superficiales mediante uso de espuma/ flebectomías con NE IIb, GR B tanto para el tratamiento de la safena interna como externa.

- La cirugía convencional y la esclerosis química con cianocrilato y espumas son alternativas terapéuticas con resultados similares.

240110. VÓLVULO DE ÍLEON POR DIVERTÍCULO DE MECKEL: UNA CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN Y PERFORACIÓN INTESTINAL.

I Roldán Ortiz, P Díaz Ríos, M Ibañez Rubio, S Ercoreca Tejada, AJ Serantes Gómez, JM Villar del Moral

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

Introducción: El divertículo de Meckel (DM) se origina por el cierre incompleto del conducto onfalomesentérico y constituye la anomalía congénita más común del tracto gastrointestinal, típicamente localizada en el íleon. A menudo son asintomáticos, siendo sus complicaciones principales (hemorragia, obstrucción, diverticulitis o perforación) las que generan sintomatología clínica. Entre las complicaciones, la obstrucción intestinal, especialmente por vólvulo de intestino delgado alrededor del divertículo, es frecuente en adultos.

Caso clínico: Se reporta el caso de una mujer de 54 años sin antecedentes personales ni quirúrgicos, quien consultó al servicio de Urgencias por dolor abdominal difuso y vómitos de 12 horas de evolución. En la exploración abdominal se observó distensión y dolor a la palpación. La colocación de sonda nasogástrica reveló contenido intestinal alto. La tomografía computarizada abdominal mostró obstrucción mecánica de intestino delgado, posiblemente secundaria a hernia interna, sin descartar otros diagnósticos como brida congénita o vólvulo de intestino medio. La laparoscopia exploratoria reveló un DM adherido a la pared abdominal por una brida, provocando vólvulo en el íleon terminal y peritonitis intestinal. Se optó por laparotomía media, encontrando tres perforaciones puntiformes en el yeyuno proximal secundarias a la gran dilatación intestinal. Se realizó resección del DM y cierre de las perforaciones, con drenaje en pelvis.

El postoperatorio estuvo marcado por insuficiencia respiratoria que requirió ventilación no invasiva en la Unidad de Reanimación por 11 días. Posteriormente, presentó una buena evolución en la planta de hospitalización y fue dada de alta el 13º día postoperatorio.

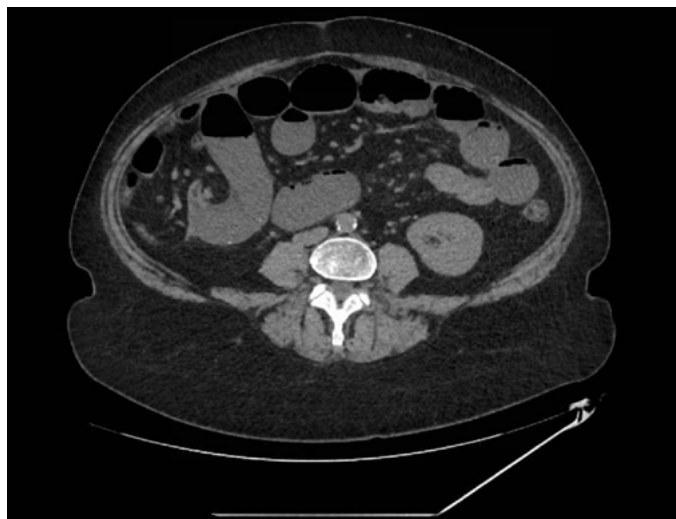


Figura 1

Discusión: Aunque las complicaciones asociadas al DM son poco frecuentes (aproximadamente 4%), la obstrucción intestinal es la más común en adultos. El diagnóstico prequirúrgico es desafiante debido a la similitud de los signos y síntomas con otras afecciones abdominales. El tratamiento del DM implica su resección, con la técnica quirúrgica adaptada según las complicaciones presentes. Por lo tanto, el DM complicado debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal, especialmente en pacientes adultos sin antecedentes quirúrgicos previos.

240112. ENFERMEDAD DE BUSCHKE LOWENSTEIN

N Aguilera López, M Reyes Moreno, EJ Rodríguez Lora

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

Introducción: Presentación de caso de paciente en estudio por lesión anal de gran tamaño, que tras toma de biopsia se diagnostica de Enfermedad de Buschke Löwenstein, al que finalmente se trata con radioterapia.

Caso clínico: Paciente de 45 años, en estudio por lesión anal de gran tamaño, de largo tiempo de evolución, al que tras realización TAC se toma biopsia, no observándose atipia de alto grado ni invasión estromal, posteriormente se lleva a cabo RNM en la que se comprueba afectación amplia que rodea canal anal, contacta con raíz del pene y capsula prostática, llegando hasta glúteos (invadiendo margen inferior y medial), con afectación ganglionar. No existen afectaciones a distancia de la enfermedad visualizado en nuevo TAC de extensión y se realizan nuevas tomas de biopsia de masa y de adenopatías, sin evidencia de malignidad, poniendo en duda la primera sospecha diagnóstica de carcinoma verrucoso.

Dado el gran tamaño tumoral se descarta actitud quirúrgica, decidiendo finalmente tratamiento radioterápico.



Figura 1

Condiloma acuminado gigante.

Discusión: Consideramos interesante la presentación del caso de nuestro paciente con tumor de Buschke Lowenstein, el cual fue manejado con tratamiento radioterápico debido a la dimensión tumoral, ya que no existe evidencia de un tratamiento completamente efectivo, siendo la incidencia muy baja y la tasa de recurrencia muy elevada de esta enfermedad.

Creemos que debemos de llevar a cabo un seguimiento y tener en cuenta las características de cada caso para tratar de establecer consensos para un manejo eficaz.

240114. CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL RECIDIVADA: ¿ES SEGURO REALIZARLA EN RÉGIMEN DE CMA?

S Borrego Canovaca, L Tallon Aguilar, J Tinoco González, F Moreno Suero, A Sanchez Arteaga, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: Nuestro objetivo es determinar la seguridad de la realización de la cirugía de la hernia inguinal recidivada en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) comparándolo con la cirugía con ingreso. Como objetivo secundario, analizar posibles factores predisponentes asociados a morbilidad y recurrencia en este tipo de cirugía.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, realizándose un análisis de 59 pacientes, intervenidos en nuestra Unidad de Pared Abdominal y CMA a los que se ha realizado una reparación de hernias inguinales recidivadas con independencia del abordaje realizado y el régimen de ingreso entre Abril y Diciembre de 2022. Se han analizado múltiples variables epidemiológicas, de la técnica quirúrgica y de las complicaciones postoperatorias.

Para el análisis epidemiológico de los datos hemos usado el paquete informático de aplicación SPSS v 26 para realizar un análisis tipo chi cuadrado y Fisher para variables independientes.

Resultados: De un total de 59 pacientes identificados, 52 (88,14 %) son varones con una edad media global de 60,93 años.

Treinta y seis pacientes (61%) han sido intervenidos en régimen de CMA (94% abordaje laparoscópico, 6% abierta) y 23 (39%) con ingreso hospitalario (65% laparoscópico, 30% abierta y el 13% robótico) con una estancia media total de 2,09 días. En ambos grupos el ASA mayoritario es II (23 en CMA 63,89% y 11 en ingresados 47,82%) seguido de un ASA III (5 en CMA, 13,89% y 7 en ingresados, 30,43%)

En cuanto al análisis de las variables postquirúrgicas, en los pacientes ingresados observamos 1 caso (4,3%) de hemorragia postoperatoria, sin casos en el grupo de CMA. Por el contrario, en el grupo de CMA hubo 1 caso de SSI frente a ninguno el grupo de ingreso. No se evidenciaron recurrencias herniarias ni reingreso en los primeros 30 días en ambos grupos.

Con respecto a los factores predisponentes de morbilidad y recidiva, solo hemos detectado leves diferencias no significativas en variables sin significación clínica, como el sexo. No se ha hallado por tanto ningún factor predictor independiente entre los analizados.

Conclusiones: La cirugía CMA es un régimen costoefectivo y seguro en la cirugía de la hernia inguinal recidivada. Tal como hemos objetivado en nuestra muestra no hay mayor incidencia de morbilidad ni recidiva. Se requeriría un mayor tiempo de seguimiento del mismo y una muestra mayor para poder obtener resultados significativos en cuanto al análisis de factores predisponentes.

240116. PERFORACIÓN ESOFÁGICA POR CUERPO EXTRAÑO.

MC Macias de la Corte, Y Mokachir Mohsenin, C Lara Palmero, A Obispo Entrenas, A López Labrador

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

Introducción: La perforación esofágica por cuerpo extraño (CE) es un cuadro clínico grave, considerándose una urgencia médico-quirúrgica y conlleva una alta morbilidad por contaminación digestiva de estructuras circundantes, así como por el daño de los órganos que le rodean.

El diagnóstico temprano y la cirugía precoz en caso necesario son las claves de un manejo óptimo dado que un tratamiento tardío aumenta la magnitud de contaminación de estructuras circundantes, reduciendo así la posibilidad de un cierre efectivo.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 78 años que acude a urgencias tras deglución involuntaria de prótesis dentaria objetivándose en faringe por lo que se realiza intento de extracción con esofagoscopia rígida y por endoscopia (Figura 1), pero dado que el material protésico estaba anclado a la pared esofágica se desestimó la extracción endoscópica. Se solicita TC abdominal describiendo perforación esofágica a unos 4-5 cm de la unión esofago-gástrica, neumomediastino y neumotórax anterior izquierdo. Tras imposibilidad de extracción y diagnóstico de perforación esofágica se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparotomía media, exposición del tercio distal esofágico previa maniobra de Pinotti, palpándose CE a unos 5-6 cm del cardias que perfora ambas caras laterales, con dislaceración que abarca desde tercio inferior a tercio medio de cara anterior esofágica. Dado el breve tiempo de evolución se realiza cierre primario mediante sutura de reabsorción lenta, dicha sutura no se reforzó con plastia gástrica dado que se trataba de una perforación de tercio medio, así mismo realizamos una yeyunostomía de alimentación y dejamos dos drenajes torácicos. Ingreso en la unidad de cuidados intensivos y posteriormente a pesar de una evolución favorable, tuvo un ingreso prolongado en planta debido a un retardo en la ingesta, siendo dado de alta el 24º día con tolerancia a dieta túrmix y control mediante TAC toraco-abdominal sin complicaciones.

Discusión: La perforación esofágica por CE es una enfermedad poco frecuente considerada una urgencia médico-quirúrgica, la cual representa un desafío clínico, ya que el diagnóstico tardío conlleva una elevada mortalidad (16-46%), dado que un diagnóstico y tratamiento quirúrgico temprano disminuyen las tasas de mediastinitis que es importante en el buen resultado de esta cirugía.

Existen múltiples opciones terapéuticas, que van desde el cierre de la perforación hasta la esofagectomía. En nuestro caso, se trata de

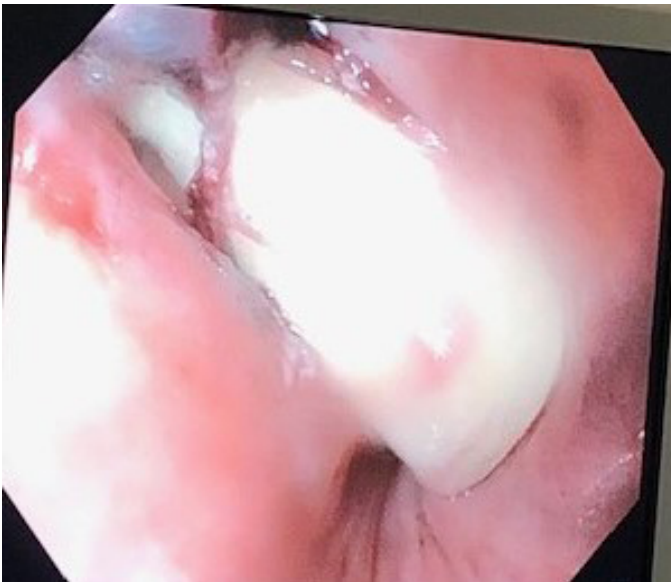


Figura 1

Material protésico visualizado en endoscopia digestiva alta anclado a la pared esofágica.

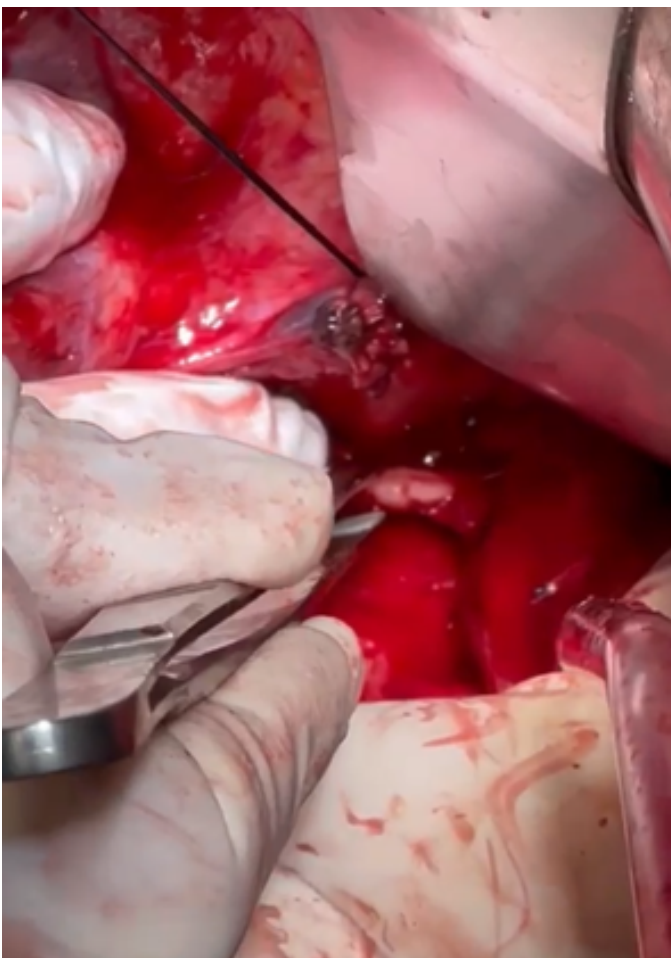


Figura 2

Perforación esofágica por material protésico a unos 5-6 cm del cardias.

una perforación de poco tiempo de evolución por lo que se decidió cierre primario. Para finalizar consideramos importante un manejo multidisciplinar para un diagnóstico y un tratamiento óptimo.

240118. ASIMETRÍA MAMARIA CONGÉNITA. CORRECCIÓN DE MAMA TUBEROSA Y EXÉRESIS DE FIBROADENOMA GIGANTE. REMODELADO Y RECONSTRUCCIÓN PROTÉSICA RETROGLANDULAR INMEDIATA.

L Candil Valero, Á Pareja López, B Estébanez Ferrero, LR Fernández Muñoz, D González Sánchez, JM Rodríguez Alonso

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

Introducción: La cirugía de la patología mamaria, es uno de los campos que más actualización ha sufrido en los últimos años, virando de cirugías radicales como gold standart, a cirugías lo más conservadoras posibles.

Destaca también, la creciente importancia del componente estético, a través del uso de patrones oncoplásticos y/o reconstrucciones protésicas en el mismo acto quirúrgico, entre otros recursos. A propósito de ello, presentamos el siguiente caso clínico.

Caso clínico: Mujer de 22 años, sin antecedentes médicos de interés, que consulta por asimetría mamaria con ausencia del desarrollo en mama izquierda y mama derecha tuberosa

A la exploración física, la paciente presentaba una mama derecha tuberosa con defecto de polo inferior y una tumoración palpable que ocupaba casi la totalidad de la mama izquierda.

Se realizó una ecografía mamaria diagnóstica para un nódulo sólido e hipoecoico de forma ovalada de 47 x 26mm, categoría BIRADS 3.

Se completó el estudio con Biopsia con aguja gruesa, con resultado de fibroadenoma celular con hiperplasia ductal usual.

Se propuso realizar una intervención bilateral mediante resección de la tumoración y corrección de la asimetría en el mismo tiempo quirúrgico.

Se diseñó un patrón oncoplástico de mamoplastia circular "Round Block" en ambas mamas, con el objetivo de reducir el diámetro areolar, extirpar la lesión y remodelar la mama aumentando su base y rellenando el defecto inferior con la implantación bilateral de una prótesis en posición retroglándular.

En mama izquierda se realiza exéresis de fibroadenoma, obteniendo una pieza de unos 5cm. Se realizó además la colocación de implantes mamarios retroglándulares en ambas mamas. Se colocaron también dos drenajes aspirativos retroprotésicos.

Se reevaluó a la paciente a los 7 días [Figura 1], realizando retirada de drenajes y comprobando la ausencia de complicaciones.



Figura 1

Comparativa previa a la cirugía con resultados posteriores a la misma.

Discusión: Dados los cambios actuales, el cirujano general dedicado a la patología mamaria debe conocer además del tratamiento de las lesiones mamarias, el abordaje de la cirugía de reconstrucción/simetrización mamaria.

Aportamos una revisión de las diferentes técnicas de cirugía de la simetrización en mamas tuberosas.

240119. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS HERNIAS LUMBARES.

AM Fuentes Zaplana, L Candil Valero, J Martín Cano, J Jorge Cerrudo, B Estébanez Ferrero, J Ruiz Pardo, E Vidaña Márquez, Á Reina Duarte

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

Introducción: Analizar el tratamiento quirúrgico de las hernias lumbares en nuestro centro en los últimos años.

Estudio retrospectivo y descriptivo cuya población a estudio la componen los pacientes intervenidos de hernia lumbar en nuestro centro en los últimos 5 años. Se incluyeron pacientes con una historia clínica completa y un seguimiento mínimo de un año. Se analizan variables clínicas, terapéuticas y pronósticas. Se realiza estadística descriptiva.

Resultados: Seis pacientes fueron analizados. La media de edad fue de 66,5 años, siendo el 83,3 % mujeres. El 66,6 % (n=4) eran pacientes con ASA II y, el resto, un 33,3 % (n=2), ASA III. El IMC medio fue 27,31 kg/m². En todos los casos las hernias fueron incisionales: 5 tras cirugía renal y una tras trasplante renal. Siguiendo la clasificación EHS, el 50% de los pacientes (n=3) presentaron una hernia L4 W2; un 16,6% (n=1), L4 W3; otro 16,6 % (n=1), L1 L2 L3 W2; y otro 16,6 % (n=1), L2 L3 L4 W2.

La reparación quirúrgica de todas ellas fue por vía abierta: 4 a nivel la lumbotomía previa y 2 a través laparotomía pararrectal derecha. En los 4 casos de reparación a través de la lumbotomía previa, se colocó la prótesis de polipropileno a nivel preperitoneal y, en los 2 casos de reparación a través de la laparotomía pararrectal previa, la prótesis de polipropileno se colocó entre los músculos oblicuo externo y oblicuo

interno extendiéndola por detrás del músculo recto ipsilateral, con plicatura previa del defecto a nivel del músculo transverso con sutura continua de monofilamento reabsorbible de 2/0.

La estancia hospitalaria media fue de 6 días y en el 33,3 % de los casos se observaron complicaciones posquirúrgicas, un hematoma de la herida y una infección crónica de la prótesis. Tras un seguimiento mínimo de 24 meses, se evidenciaron dos recidivas herniarias.

La reparación quirúrgica de la hernia lumbar mediante abordaje abierto y con colocación de la prótesis de polipropileno ya sea preperitoneal como intermuscular es un procedimiento seguro y factible en el tratamiento de la hernia lumbar.

240120. CIRUGÍA REVISIONAL BARIÁTRICA: DOS CASOS CLÍNICOS DE CIRUGÍA DE REVISIÓN POR DESNUTRICIÓN SEVERA

AM Sánchez Díaz, FJ Moreno Ruiz, P Fernández Galeano, JL Fernández Aguilar, A Rodríguez Cañete, MC Montiel Casado

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

Introducción: La cirugía bariátrica revisional (CBR), supone una mayor dificultad técnica y, generalmente, una mayor tasa de morbilidad.

Los principales motivos de CRB son respuesta insatisfactoria desde el punto de vista clínico en términos de pérdida de peso (insuficiente pérdida o reganancia), baja tasa de resolución de las comorbilidades o aparición de complicaciones derivadas de la cirugía primaria.

Las complicaciones más frecuentes que justifican una cirugía revisional después de una gastrectomía vertical, son la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la estenosis o la presencia de una fístula crónica. Para el bypass gastroyeyunal (BPGY) y otras cirugías malabsortivas, destacan los déficits nutricionales e hipoglicemias, además de la estenosis de la anastomosis GY, las úlceras de boca anastomótica o las fístulas crónicas.

Caso clínico: Varón de 47 años intervenido de BPGY en 2019 por obesidad (IMC 47,2). Ingresó dos meses tras cirugía primaria por cuadro de oclusión. Se interviene y se realiza liberación de adherencias y endoscopia intraoperatoria con perforación de asa ciega por lo que se realiza resección de la misma. Nuevo ingreso a los 6 meses tras la segunda cirugía por intolerancia alimenticia y se realiza nueva revisión quirúrgica en la que se lleva a cabo sección de las tres anastomosis y se confeccionan nuevamente, quedando asa alimentaria de 110cm y un asa común de 270cm. En el seguimiento, el paciente presenta desnutrición proteico calórica severa (IMC 18; albumina 2g/dl), por lo que se decide nueva cirugía revisional. Se objetiva dilatación de asa alimentaria hasta anastomosis con asa biliopancreática (asa disfuncionante), realizándose desmontaje de bypass previo. En el seguimiento se objetiva ganancia de 10kg de peso y buena tolerancia oral.

Mujer de 49 años intervenida de SADIS en 2018, quedando un asa común con una longitud de 1,5-2m. La paciente presenta múltiples

ingresos (derrame pleural y pericárico con necesidad de drenaje) por síndrome malabsortivo.(IMC 18; albumina 2,19g/dl).

Se decide cirugía revisional y se realiza conversión a bypass gastroyeyunal. En el seguimiento se objetiva ganancia de 15kg de peso y buena tolerancia oral sin vómitos.

Discusión: A pesar de los buenos resultados obtenidos en los casos mencionados anteriormente, la CBR es técnicamente más compleja y asocia una mayor tasa de morbilidad y mortalidad, además de ser menos eficaz que la cirugía bariátrica primaria. Debido a esto, siempre debería realizarse en centros con un alto volumen quirúrgico y con experiencia y los pacientes deberían ser valorados por un equipo multidisciplinar.

240121. TOXINA BOTULÍNICA TIPO A QUE NO PRECISA CADENA DE FRÍO EN EL ACONDICIONAMIENTO PREOPERATORIO DE EVENTRACIONES DE GRAN TAMAÑO.

A Fuentes Zaplana¹, L González Garrido², J Martín Cano², J Jorge Cerrudo², B Estébanez Ferrero¹, J Ruiz Pardo², E Vidaña Márquez², Á Reina Duarte²

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

Introducción: Analizar los resultados quirúrgicos del acondicionamiento preoperatorio de las eventraciones de gran tamaño con toxina botulínica tipo A que no precisa cadena de frío.

Estudio retrospectivo y descriptivo cuya población a estudio la componen los pacientes intervenidos de hernia incisional W3 en los que se realizó acondicionamiento de la pared abdominal con toxina botulínica tipo A que no precisa cadena de frío. El período de estudio es de 2 años. Se incluyeron pacientes con una historia clínica completa y un seguimiento mínimo de tres meses. Se analizan variables clínicas, terapéuticas y pronósticas. Se realiza estadística descriptiva.

Resultados: Se analizaron cinco pacientes. La media de edad fue 50,8 años, siendo el 80% (n=4) mujeres. Respecto a comorbilidad, el 60% (n=3) eran ASA III, un 20% (n=1) ASA II y el 20% (n=1) restante ASA I. El IMC medio fue 32,33 kg/m². En cuanto a la clasificación de la hernia incisional según la EHS, el 20% (n=1) presentó una hernia M1-5W3, el 20% (n=1) M1-4W3, el 20% (n=1) M2-5W3 y el 40% (n=2) M3-5W3.

En todos los casos, los pacientes fueron preparados preoperatoriamente con inyección de toxina botulínica tipo A según el modelo Ibarra-Hurtado. Solamente en dos de estos casos se asoció neumoperitoneo preoperatorio progresivo.

La reparación quirúrgica fue vía abierta en todos los casos realizando una separación posterior de componentes, colocando una prótesis bioabsorbible y por encima una de polipropileno.

La estancia hospitalaria media fue de 8 días y hubo complicaciones posquirúrgicas en el 60% de los casos: seroma en el 20% (n=1), anemia y hipokalemia que requirieron transfusión y reposición hidroelectrolítica en el 20% (n=1) y neumonía en el 20%

(n=1) (una de las dos pacientes que había recibido neumoperitoneo preoperatorio progresivo). Tras un seguimiento medio de 2,25 meses no se detectaron recidivas herniarias.

Conclusiones: El acondicionamiento preoperatorio con toxina botulínica A sin cadena de frío es seguro y factible en la reparación quirúrgica de hernias incisionales W3.

240127. ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOBRE LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA CREACIÓN DE UN ESTOMA EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.

L Martínez Ruiz, CM Pérez Alberca, MC de la Vega Olías, M Barrionuevo Gálvez, C Mestre Ponce, C Murube Algarra, R Noriega Mel, V Vega Ruiz

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

Introducción: Estudiar los resultados de la creación de un estoma en un Hospital de Especialidades así como la realización de un análisis descriptivo sobre la incidencia de sus complicaciones en función del carácter y tipo de intervención.

Material y métodos: Los datos corresponden a los pacientes intervenidos durante el año 2022 que precisaron la confección de un estoma en nuestro centro, obteniendo una muestra de 90 pacientes.

Se clasifican según tipo de estoma (ileostomía/colostomía) y carácter de la intervención (programada/urgente) así como la aparición de complicaciones en cada grupo. Dentro de éstas se contemplan: edema, dehiscencia del estoma, retracción, prolapso, fugas de la ostomía, estenosis, hernia periestomal, granulomas y dermatitis.

Se realizó seguimiento a corto, medio y largo plazo (0, 6 y 12 meses respectivamente).

Del total de pacientes analizados, siguieron la siguiente distribución: 60% hombres, 40% mujeres, 60% colostomía, 40% ileostomías, 72% cirugía urgente, 28% cirugía programada.

En relación con las complicaciones, en los cuatro grupos la mayoría de los pacientes se encuentran dentro del subgrupo "ninguna complicación" tanto a corto como a largo plazo (próximo al 45-50%).

Dentro de las complicaciones desarrolladas, en el grupo de ileostomías la más frecuente a corto plazo fue el edema y a medio y largo plazo la dermatitis (**Figura 1**).

En el grupo de colostomías, a corto plazo fue el edema (destacando un 11% de dehiscencia durante este periodo), a medio plazo fue la dermatitis y a largo plazo la hernia periestomal (**Figura 2**).

En lo que respecta a la cirugía programada, el edema se consolidó como complicación más frecuente a corto plazo (destacando un 16% de dehiscencia durante este periodo), la dermatitis a medio plazo y a largo plazo la retracción, fuga y hernia paraestomal (**Figura 3**).

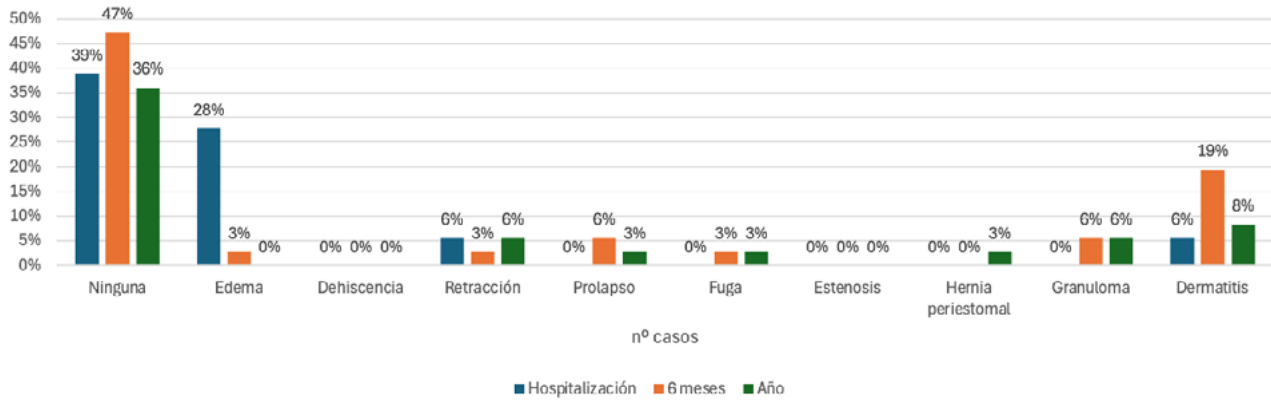


Figura 1

Complicaciones en el grupo de ileostomías.

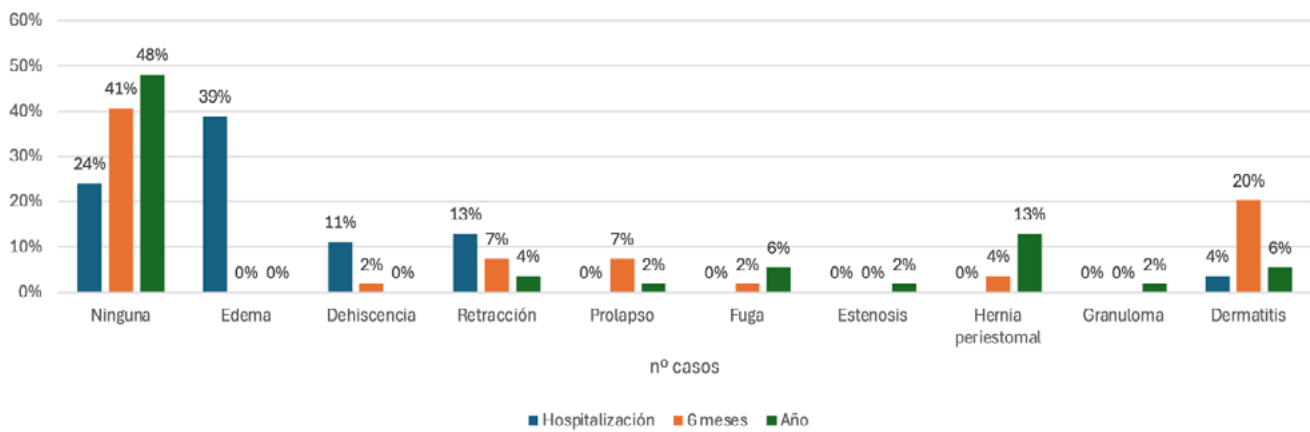


Figura 2

Complicaciones en el grupo de colostomías.

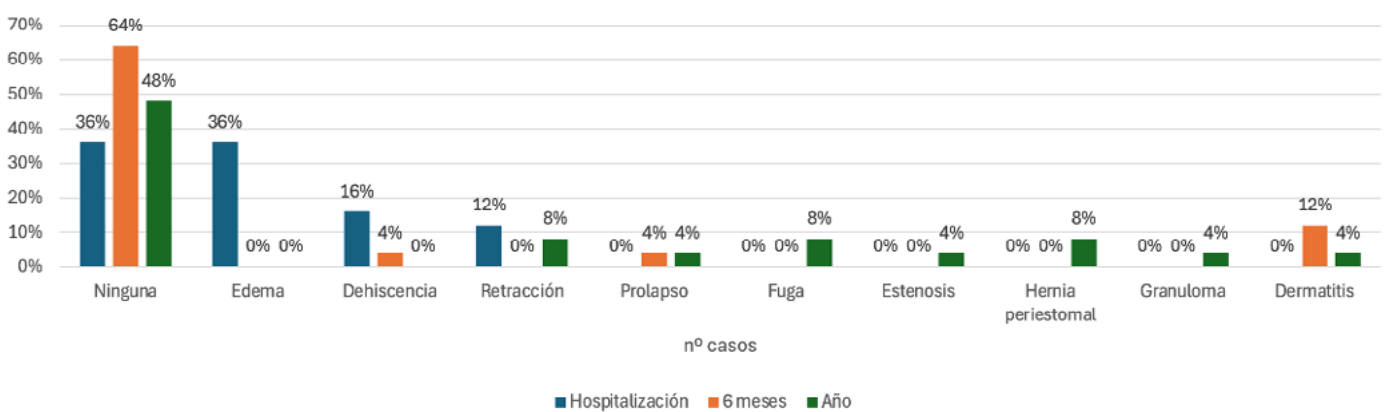


Figura 3

Complicaciones en cirugía programada.

Por último, en el grupo de cirugía urgente, la complicación más frecuente a corto plazo fue la retracción, a medio plazo la dermatitis y a largo plazo la hernia periestomal (Figura 4).

Conclusiones: La confección de un estoma es una técnica mayormente realizada en la cirugía de urgencia lo que conlleva a una mayor tasa de complicaciones.

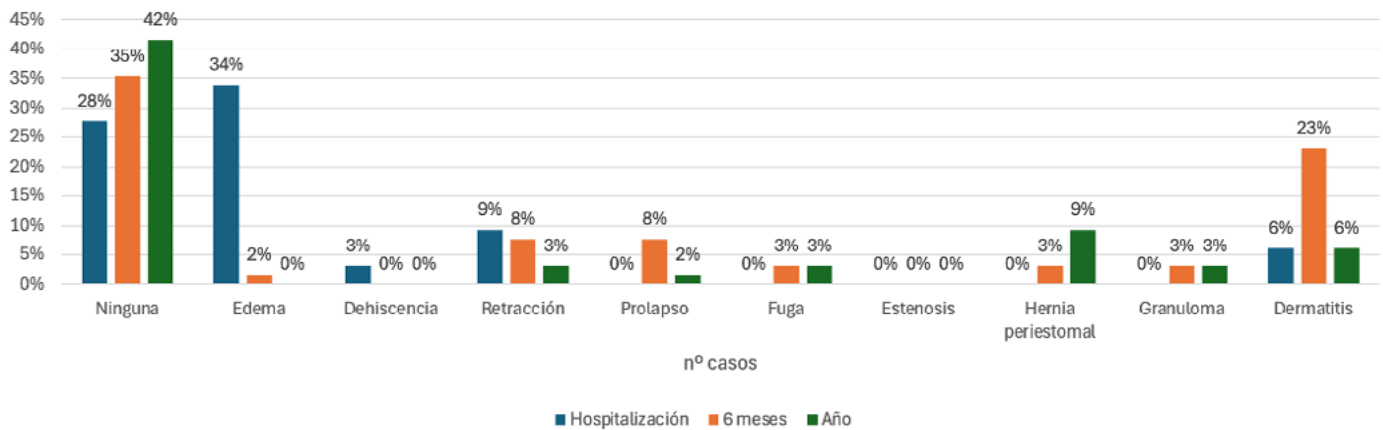


Figura 4

Complicaciones en cirugía urgente.

Es necesario realizar más estudios para analizar la significatividad estadística de la relación que existe entre las complicaciones derivadas del estoma y el carácter de la cirugía con las características del paciente.

240128.MANEJO CONSERVADOR DEL TRAUMATISMO ESPLÉNICO EN UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

MÁ García Matas, C Muñoz Pérez, MI López Jiménez, T Gallart Aragón, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: El bazo es el órgano sólido más frecuentemente lesionado en los traumatismos abdominales cerrados, con una prevalencia del 30%, estando afectado en el 16% de los pacientes politraumatizados. En nuestro medio el mecanismo de lesión más habitual es el trauma cerrado por accidente de tráfico, precipitación o lesión deportiva, siendo el trauma penetrante poco prevalente. El mejor entendimiento de la función esplénica, la incorporación de nuevas técnicas como el TAC multicorte helicoidal o la arteriografía con embolización y los buenos resultados obtenidos en el manejo de conservador del trauma esplénico han llevado a un cambio en el manejo de estas lesiones en el adulto con el objetivo de preservar el bazo y su función.

Caso clínico: Varón de 21 años con ingreso en UCI el 24 de julio de 2023 por trauma grave tras ser atropellado por un coche mientras iba en monopatín a unos 30 km/h,. Se realizó bodyTAC de urgencias en el que se evidencia laceración esplénica a nivel de hilio con sangrado activo (grado IV de la AAST) y que requirió embolización de ramas terminales de las arterias esplénicas por radiología intervencionista. Al segundo día de ingreso en UCI, dada la estabilidad hemodinámica y la buena evolución clínica se trasladó a planta de cirugía, donde se continuó con vigilancia estrecha y actitud conservadora. Como única incidencia reseñable, el paciente requirió sondaje vesical ante la formación de un globo que finalmente resolvió. Al alta el paciente estaba tolerando dieta basal y durante el ingreso no presentó episodios de anemia ni requirió transfusión de hemoderivados.

Discusión: El manejo no operatorio (MNO) es el tratamiento de elección en el traumatismo esplénico cerrado de todo paciente estable que no presente peritonitis o lesiones asociadas que requieran cirugía. Consiste en la observación y monitorización del paciente asociando o no angioembolización. En la actualidad, aproximadamente el 80% de los traumatismos cerrados son tratados mediante MNO, con tasas de éxito que superan el 90%. Sus beneficios son evitar la laparotomía junto con sus complicaciones, menor gasto hospitalario, menor mortalidad y la preservación de la función del bazo previniendo complicaciones inmunitarias. La tasa de fallo del MNO está descrita en torno al 5-15% y ocurre con mayor frecuencia dentro de las primeras 24 horas tras el trauma (60%), mayoritariamente dentro de los primeros 4 días (90%) y debido fundamentalmente al resangrado esplénico tardío.

240129. HEMANGIOMA CAVERNOSO DE LA MAMA

MM García Bretones, M Alcaide Lucena, T Gallart Aragón, B Mirón Pozo

Departamento Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: Los tumores vasculares de la mama son muy poco comunes. Se originan en el endotelio de los vasos sanguíneos o linfáticos y se clasifican generalmente en hemangioma (benigno) o angiosarcoma (maligno). El hemangioma mamario constituye el 0,4% de todos los tumores de mama. Se presentan como canales vasculares dilatados revestidos con células endoteliales aplanadas carentes de atipia. El hemangioma cavernoso es el subtipo más frecuente. Presentamos el caso de una paciente tratada en nuestro centro.

Caso clínico: Mujer de 19 años, sin antecedentes de interés, valorada en consulta por angioma mamario congénito con aumento de tamaño progresivo en los últimos 6 meses. A la exploración se evidencia tumoración violácea en mama izquierda de 3 cm aproximadamente. Ecográficamente se visualiza lesión cutánea localizada en UCExt de MI que presenta aspecto heterogéneo; dimensiones aproximadas de 3,8 x 1,7 cm; de límites imprecisos que parece depender del tejido celular subcutáneo. Al estudio Doppler color está muy vascularizada

con numerosas formaciones vasculares de pequeño tamaño con registros de flujo arterial y venoso. Se completa el estudio con Resonancia que informa de lesión de 28 x 18mm sobresaliendo de la piel unos 10mm, hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 de bordes irregulares que presenta un realce progresivo, en "sal y pimienta", con un vaso central de mayor realce que se comunica con un vaso rama de la axilar izquierda. Se realiza tumorectomía con diagnóstico anatomopatológico de hemangioma cavernoso. Actualmente, la paciente se encuentra en seguimiento en consulta.



Figura 1



Figura 3
Pieza quirúrgica.

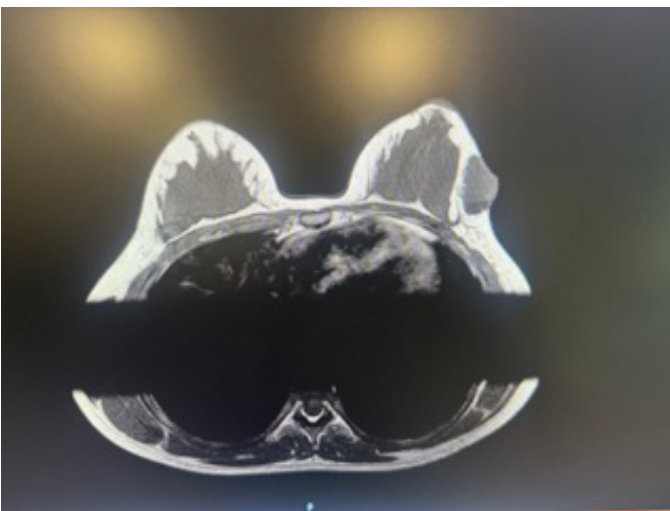


Figura 2
Corte axial RMN.



Figura 4

Discusión: Los hemangiomas cavernosos, caracterizados por dilatación de los vasos sanguíneos llenos de eritrocitos son el tipo más común, aunque se han reportado pocos casos en la literatura. El diagnóstico preoperatorio se presenta como un desafío debido a la falta de características patognomónicas en modalidades de imagen convencionales. El hemangioma tiende a estar muy bien

circunscrito, con un color oscuro rojo o marrón. El diagnóstico clínico es dificultoso y se ve favorecido por modalidades de imágenes como mamografía, ecografía y resonancia magnética. Los hemangiomas mamarios generalmente miden menos de 2 cm, aunque el tamaño no los clasifica. La escisión quirúrgica suele ser necesaria cuando hay discordancia entre imágenes y hallazgos histopatológicos, lesiones mayores de 2 cm, y en presencia de características atípicas/malignas. El diagnóstico diferencial incluye lesiones benignas como otros hemangiomas, fibroadenoma, lipoma y quistes mamarios, así como lesiones malignas como angiosarcoma y carcinoma mucoso, siendo de vital importancia distinguirlos de estos últimos.

240133. MANEJO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA: ¿CUÁNDO CAMBIAR DE ACTITUD?

L Salvador Ordoño, S Ercoreca Tejada, P Díaz Ríos

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

Introducción: La diverticulitis aguda (DA) se caracteriza por la presencia de una inflamación microscópica con predominancia de linfocitos y leucocitos sobre protrusiones saculares de la mucosa y submucosa a través de la capa muscular del colon o del intestino delgado, que podrían contribuir al desarrollo de síntomas en pacientes con enfermedad diverticular.

La exploración diagnóstica principal en caso de sospecha de DA es la TC abdomen y pelvis que permitirá clasificar la enfermedad y en base a su clasificación, llevar a cabo el tratamiento adecuado. Hay diversas clasificaciones, siendo una de las más empleadas la guía de la WSES.

Caso clínico: Varón de 71 años con antecedentes personales de apendicectomía y miocardiopatía dilatada leve que acude a urgencias por dolor abdominal en hemiabdomen derecho de una semana de evolución por lo que se le realizó TC de abdomen y pelvis (figura 1) donde se evidenció una DA con una colección abscesificada. Dada la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente se decidió tratamiento antibiótico intravenoso y drenaje percutáneo de la colección. Al 3º día postpunción el drenaje viró de purulento a fecaloideo con mayor dolor abdominal decidiéndose cirugía urgente. Se realizó hemicolecotomía derecha abierta con anastomosis ileocólica. El paciente evolucionó favorablemente siendo alta al día 5º día de postoperatorio.

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de diverticulitis aguda perforada.

Discusión: El diagnóstico diferencial de la DA se debe plantear, en primer lugar, con el cáncer de colon. En aquellos pacientes en los que sea posible un manejo conservador, se completará el estudio endoscópico posteriormente. A pesar de ser infrecuente, el manejo quirúrgico de la DA debe plantearse en aquellos casos, hasta en un 25%, en los que el manejo conservador no resuelva el cuadro. El objetivo principal es tratar el foco séptico. Tanto el aspecto del débito del drenaje, en aquellos casos en los que se realice la punción, la mala evolución analítica, clínica o radiológica, nos deben hacer plantearnos la necesidad de un cambio en el manejo.

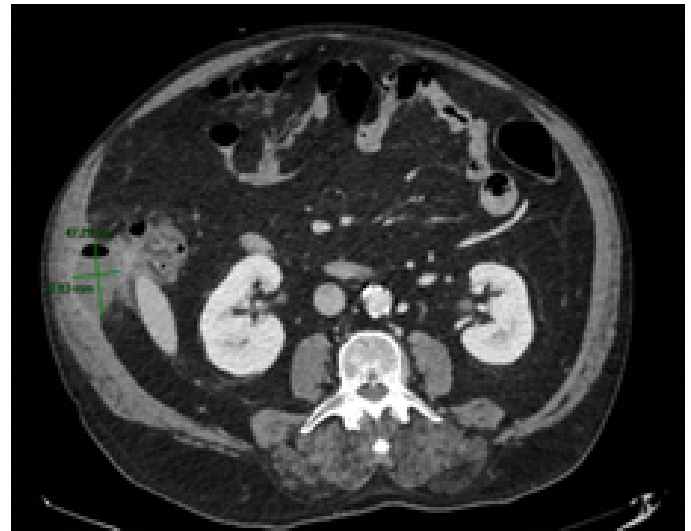


Figura 1

TC de Pelvis con DA grado 2A WSES. Colección abscesificada de 3 x 4.7 x 5.3 cm con signos de fistulización con la pared abdominal lateral.

240135. HEPATECTOMÍA EXTREMA EN COLANGIOMATOSIS INTRAHEPÁTICA

I Pizarro Lucena¹, A Luque Molina¹, I Gómez Luque², JM Pérez de Villar², L Alcalá Mata³, L Vázquez Medina⁴, P López Cillero¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Juan de Dios de Córdoba. Córdoba. ²UGC Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía. Córdoba. ³Servicio Radiodiagnóstico Hospital San Juan de Dios de Córdoba. Córdoba. ⁴UGC Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario de Granada. Granada.

Introducción: El colangioma intrahepático (CCI) es el segundo tumor primario de hígado más frecuente. Su silente presentación, combinada con su naturaleza altamente agresiva y su refractariedad a la quimioterapia, contribuye al alarmante incremento de su incidencia, con diagnósticos cada vez más frecuentes, pero, por desgracia, en estadios muy avanzados. Los avances en el manejo multidisciplinar, la disponibilidad de estudios más precisos, de inteligencia artificial y modelos 3D, y el conocimiento de la anatomía y las relaciones vasculares de estos tumores permiten indicar cirugías más seguras y realizar resecciones cada día más oncológicas.

Caso clínico: Paciente de 64 años, en estudio por elevación de transaminasas, diagnosticada de LOE en lóbulo hepático derecho con invasión parcial del segmento I y IVa. Las técnicas de imagen informan de contacto con vena cava inferior y venas suprahepáticas derecha y media y no descartan infiltración suprarrenal. Tras completar estudio con angioTC y RM hepática y obtener modelo 3D (Figura 1) y volumetría (Figura 2), se presenta en Comité de Tumores y se decide resección con probable sustitución de vena cava, al disponer de un volumen residual hepático suficiente. Se realiza hepatectomía derecha ampliada al segmento I y IVa, suprarrenalectomía derecha y, al apreciar afectación de la pared de la vena cava inferior, resección de la misma y aposición de prótesis de cava de PTFE no anillada (Figura 3). La evolución postoperatoria es favorable. Las ecografías

Doppler muestran flujos normales y permeabilidad de la prótesis vascular.

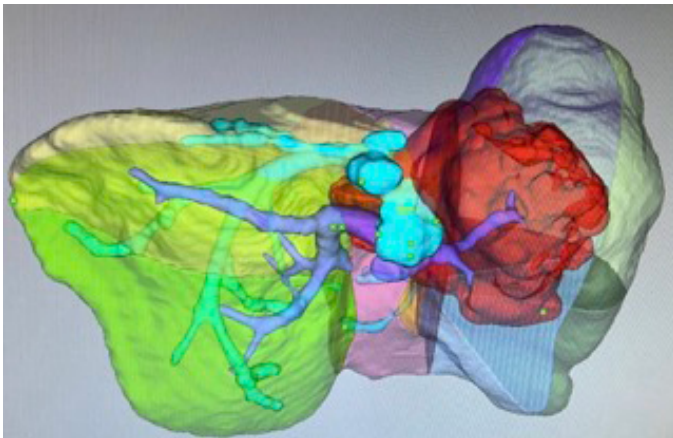


Figura 1

Modelo 3D.

Liver	Volume			% out of total
Functional liver	171.9 cc			77.3%
Total liver	221.4 cc			100.0%
Findings	Volume	Findings		% out of total
7 - Finding 1	47.5 cc			21.5%
Segments	Volume	Segments		% out of functional
Segment 1	2.5 cc			0.1%
Segment 2	267.3 cc			15.2%
Segment 3	430.7 cc			21.3%
Segment 4	135.5 cc			6.7%
Segment 8B	136.0 cc			7.7%
Segment 5	170.8 cc			10.1%
Segment 8	95.5 cc			4.9%
Segment 6	99.7 cc			5.7%
Segment 7	325.7 cc			18.1%
Vessels	Volume	Vessels		% out of total
Hepatic	66.5 cc			1.0%
Portal	29.1 cc			0.7%
Unclassified	3.7 cc			0.1%

Figura 2

Volumetría.

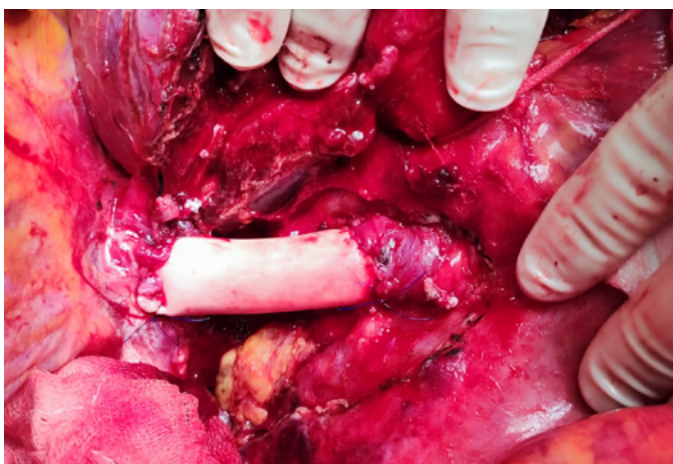


Figura 3

Prótesis vascular Vena Cava.

Discusión: En la actualidad, los datos en torno al CCI reflejan que apenas un 20-30% de estos tumores son considerados resecables al diagnóstico. Habida cuenta de que, por el momento, la cirugía es el único tratamiento potencialmente curable para estos tumores, esto

sitúa al CCI como un cáncer de muy mal pronóstico. No obstante, este panorama podría estar cambiando, gracias al progreso en la caracterización molecular de estos tumores y, sobre todo, a los avances en la técnica quirúrgica. El mejor conocimiento de la extensión y las relaciones vasculares de estos, gracias al desarrollo de sistemas de inteligencia artificial y modelos 3D, permite planificar cirugías con un mayor margen de seguridad y en la línea de una resección más oncológica, con mejores perspectivas.

240136. REPARACIÓN DE HERNIA PARAESTOMAL A TRAVÉS DE LA TÉCNICA DE PAULI. PRIMER CASO EN NUESTRO HOSPITAL.

L Díaz Sánchez, G Plata Pérez, JL Cuba Castro, M Peix Raya

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

Introducción: Las hernias paraestomales son una de las principales complicaciones tras la realización de una colostomía, siendo las técnicas más habituales para su reparación el Sugarbaker y el Keyhole.

Desde 2016, se están imponiendo nuevas técnicas como la descrita por el doctor Pauli, en la que se realiza un Sugarbaker modificado, combinando la técnica original junto con un TAR, tratándose por tanto de una reparación retromuscular de la pared abdominal.

Caso clínico: En esta comunicación se describe el primer caso de la técnica de Pauli realizado en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga. Se trata de una mujer de 74 años portadora de una colostomía definitiva por incontinencia fecal tras hemorroidectomía y esfinterotomía lateral interna hace 30 años. En 2022 ya presentó una hernia paraestomal, reparada mediante la técnica de Sugarbaker, fijando la malla con takers. Acudió de nuevo a nosotros, por recidiva de la hernia paraestomal (Figura 1), con episodios de varios cuadros suboclusivos que se trataron de manera conservadora.

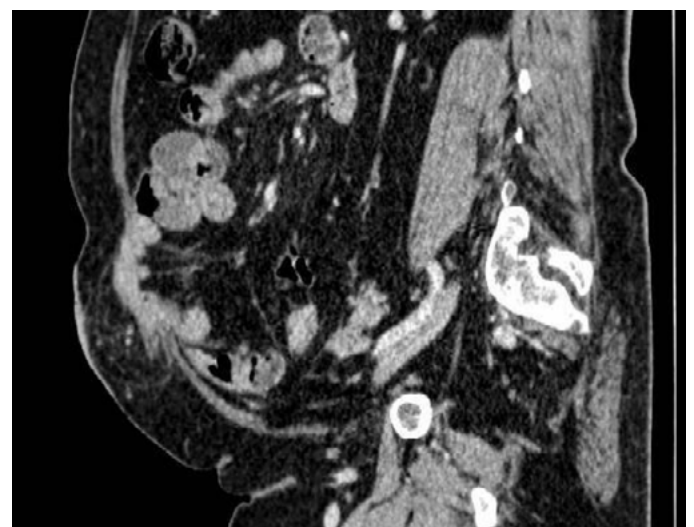


Figura 1

En la intervención, tras realizar una adhesiolisis generalizada y retirada parcial de la malla previa, que se encontraba desplazada hacia el espacio de Rezius; se comenzó con la disección del espacio retromuscular del musculo recto del abdomen, llegando hasta el musculo transverso del abdomen, realizando un TAR completo, aislando el asa de la colostomía, tal y como se muestra en la **figura 2**. A continuación, se realiza la incisión en la fascia posterior del recto para lateralizar el asa intestinal del estoma (**Figura 3**). Posteriormente, procedemos a colocar la malla de poro ancho en torno al estoma (**Figura 4**). La evolución de la paciente fue favorable, siendo dada de alta a los 3 días, sin complicaciones posteriores.

Discusión: La técnica establecida por el doctor Pauli proporciona todos los beneficios de la reparación posterior de la pared abdominal, entre los que se encuentra el mantener la funcionalidad y el refuerzo de la pared abdominal. Por otro lado, evita la movilidad del estoma, siendo este uno de los principales inconvenientes de otras técnicas.

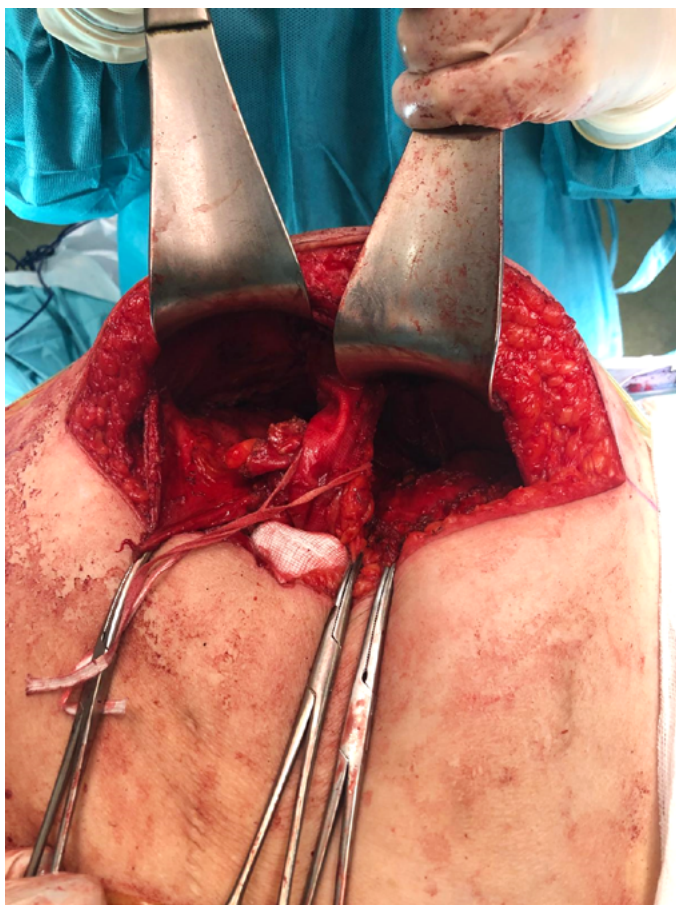


Figura 2

Sin embargo, esta técnica puede implicar un mayor dolor postoperatorio y un incremento de los días de ingreso del paciente. Los estudios realizados sobre complicaciones postoperatorias, indican resultados favorables, sobre todo, en la menor tasa de recurrencia de hernia paraestomal.

Hay que señalar que esta intervención se trata de una técnica compleja, siendo necesaria una curva de aprendizaje amplia para su realización.



Figura 3



Figura 4

240140. EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES SECUNDARIO A COMPRESIÓN DE VENA CAVA POR ANGIOSARCOMA HEPÁTICO

R Olmo García, G Gómez Dueñas, P López Cillero, A Luque Molina, M Durán Martínez, R Calleja Lozano, FJ Briceño Delgado

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

Introducción: El angiosarcoma hepático primario es un tumor poco común y agresivo, representando el 2% las neoplasias malignas hepáticas primarias. Debido a la sintomatología inespecífica, se diagnóstica en etapas avanzadas conllevando un mal pronóstico.

Caso clínico: Mujer de 54 años acude por dolor súbito en zona costal derecha de 24 horas de evolución en reposo, junto con un edema crónico de miembros inferiores.

Se diagnostica una lesión quística multicameral de 16.3cm de diámetro y que ocupa la mayor parte del lóbulo hepático derecho compatible con quiste hidatídico. Se realiza intervención quirúrgica de forma programada con ecografía intraoperatoria, evidenciándose infiltración de la cápsula del quiste a vena suprahepática (VSH) derecha y vena cava inferior (VCI), se realiza periquistectomía abierta evidenciando abundante contenido necrótico hemorrágico en su interior, posteriormente se realiza segmentectomía del segmento 7 con sección de la VSH derecha en su origen, liberación del quiste de la VCI y colecistectomía.

La paciente evolucionó favorablemente tras la intervención dándose de alta a los 5 días de la intervención.

En la revisión al mes, se encontraba bien y ya no presentaba edema de MMII. Se le informa de los resultados de anatomía patológica que diagnostican un angiosarcoma.



Figura 1

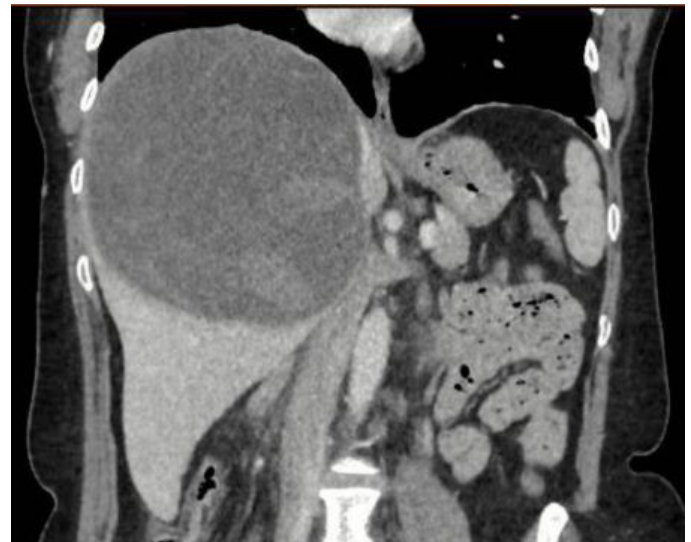


Figura 2

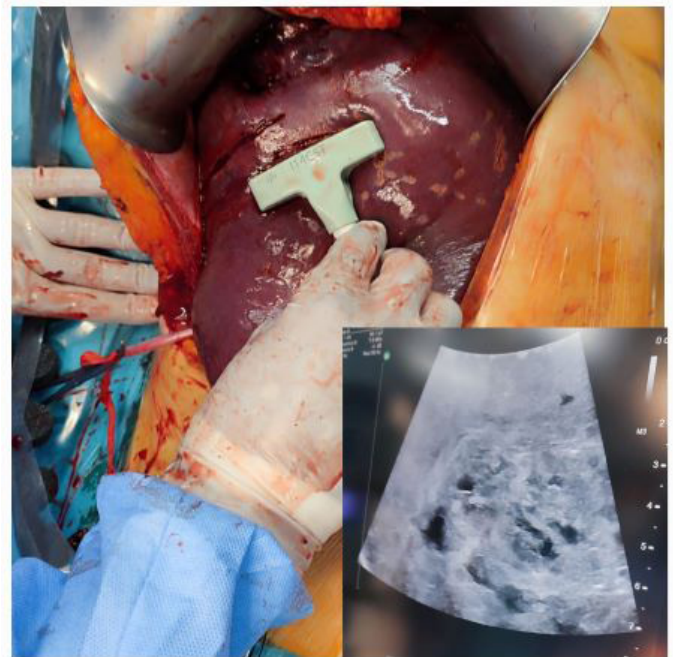


Figura 3

Discusión: El 75% de los angiosarcomas hepáticos no tienen etiología conocida. Los principales síntomas son dolor abdominal, ascitis y hepatomegalia siendo la complicación más grave es la rotura del tumor con hemoperitoneo.

Debido a su baja frecuencia y agresividad, no existe un consenso para su tratamiento.

Sin tratamiento, la supervivencia ronda los 6 meses. La resección hepática puede ser un tratamiento adecuado para aumentar la supervivencia cuando se trata de una lesión única no complicada.

En los casos con una lesión multifocal se indica quimioterapia con intención paliativa. El trasplante hepático no está indicado debido a la alta tasa de recidiva y su rápida progresión.

240141. LEIOMIOSACROMA DE LIGAMEN TO GASTROESPLÉNICO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE LI FRAUMENI

MI López Jiménez, AP Martínez Domínguez, M Chaparro Mirete, D Rodríguez Morillas, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: El Síndrome de Li Fraumeni (SLF) es una enfermedad rara con herencia autosómica dominante, con gran agregación familiar, que se caracteriza por la aparición temprana de múltiples tumores en un mismo individuo. La incidencia es menor de 5/10000 habitantes, siendo el 70% de los pacientes portadores de la mutación en el gen TP53, el encargado de la supresión tumoral. El riesgo de desarrollar cáncer es del 50 % a los 40 años de edad y del 100% a los 70 años. En pacientes portadores se realiza seguimiento con TC y/o RM anual. El tratamiento difiere en función del tipo y estadio del tumor (los más frecuentes de mama, de cerebro, de suprarrenal y de tejidos blandos).

Caso clínico: Varón de 60 años con SLF, intervenido de cáncer de próstata en seguimiento por Oncología. En RM de control se evidencia una lesión sólida en ligamento gastroesplénico en íntimo contacto con bazo y cara posterior gástrica (imagen 1 y 2), descartando enfermedad a distancia mediante TC (imagen 4 y 5). Se realiza PAAF de la lesión (imagen 3) con resultado de neoplasia mesenquimal maligna, decidiéndose intervención quirúrgica. En dicha intervención se identifica tumoración en espacio gastroesplénico en contacto con cola de páncreas, bazo y curvatura mayor gástrica realizándose exéresis de la tumoración y esplenectomía (se realiza resección gástrica atípica por hallazgo casual de tumoración de 1 cm en fundus gástrico). Resultado anatomopatológico: leiomiomasarcoma G3 pT3 con bordes libres, sin infiltración de bazo (GIST G1 pT1 en pieza gástrica).

Discusión: El leiomiomasarcoma es un tipo de tumor maligno infrecuente que se origina en el músculo liso de órganos como intestino, estómago, útero y de vasos sanguíneos y ligamentos. Constituye el 15 % de sarcomas de tejidos blandos, siendo más común en adultos. No se transmite de forma hereditaria en pacientes sin afectación genética preexistente aunque guarda relación con afecciones genéticas como el retinoblastoma hereditario, el SLF y la neurofibromatosis tipo 1, entre otros. En caso de reseabilidad, el tratamiento de elección es la cirugía asociada o no a radioterapia y /o quimioterapia. El pronóstico depende del estadio en el momento del diagnóstico, con tasas de supervivencia entre las más bajas de todos los sarcomas de tejidos blandos, por lo que la detección temprana es clave en el éxito del tratamiento.

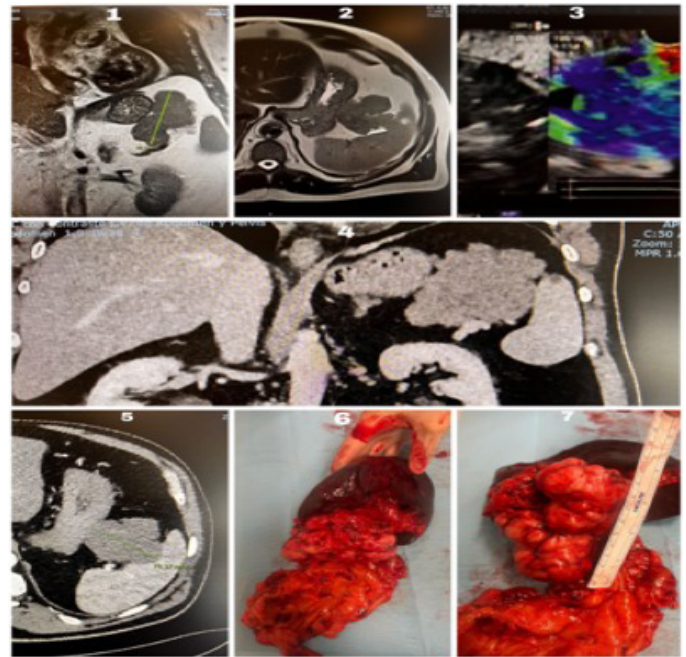


Figura 1

240142. NEOPLASIA NEUROENDOCRINA EN MESENTERIO ILEAL

MI López Jiménez, AP Martínez Domínguez, M Chaparro Mirete, I Lendínez Romero, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (TNE) ileales son tumores infrecuentes que afectan por igual a hombres y mujeres mayores de 60 años. Cuando se diagnostican suelen medir más de 2 cm y presentar metástasis linfáticas regionales. Pueden ser asintomáticos o causar obstrucción intestinal, isquemia, hemorragia, dolor cólico intermitente y pérdida de peso. El 40% son multifocales y hasta el 20% tienen metástasis ganglionares regionales o hepáticas (estas tienen mayor probabilidad de síndrome carcinoide: rubefacción, diarrea y fibrosis endocárdica).

Caso clínico: Mujer de 66 años con anemia crónica y dolor abdominal hipogástrico recurrente de 10 años de evolución siendo diagnosticada en su inicio de tumoración de 34 x 22 mm en mesenterio, compatible con TNE (en ese momento la paciente decidió no intervención quirúrgica y realizar seguimiento, que abandonó). Comienza con aumento de dicho dolor abdominal acompañado de vómitos, por lo que acude a Urgencias. Se realiza TC en la que se objetiva lesión en mesenterio ileal en relación íntima con asa de ileon (Figuras 1, 2 y 3). Dada la clínica compatible con suboclusión intestinal se decide ingreso para control evolutivo y completar estudio. Se realiza Gammagrafía, que informa de captación de la lesión para receptores de Somatostatina (Figura 4), y analítica específica con Cromogranina A de 189 y metanefrinas en orina que es negativa. Se interviene confirmando tumoración de 5 x 3 x 4 cm en raíz de mesenterio de ileon que infiltra varias asas de intestino delgado produciendo retracción de las mismas (Figura 5). Se realiza

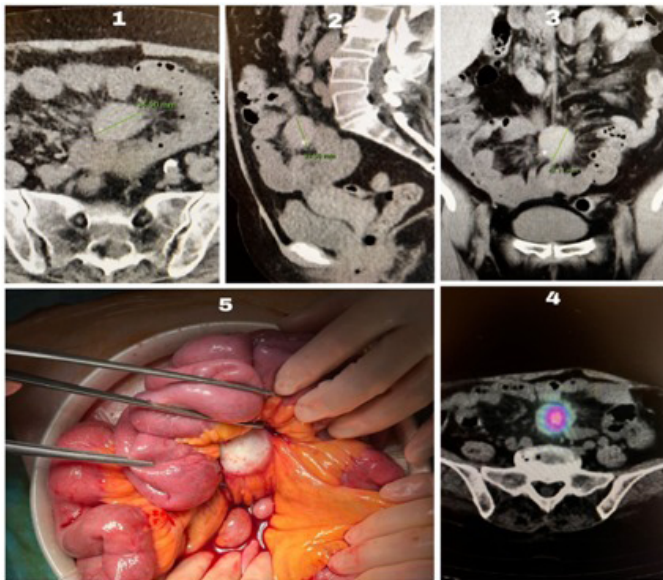


Figura 1

resección de la tumoración y del segmento de intestino afecto. La anatomía patológica de la pieza informa de tumor neuroendocrino de meso ileal bien diferenciado G1, positivo para CD56, cromogranina A y sinaptosina, y 1/5 ganglios aislados positivos. En la actualidad se encuentra en seguimiento oncológico.

Discusión: Los TNE se originan en las células cromafines del sistema neuroendocrino y afectan a 2/100000 personas. Crecen lentamente y el 15 % afecta a intestino distal, relacionándose a veces, con otros tumores sincrónicos o metacrónicos y con síndromes hereditarios como el NEM 1 y NF1. El diagnóstico suele ser casual. El estudio de elección es la Gammagrafía (S 90%).

El pronóstico depende del tamaño, localización y extensión, y la tasa de supervivencia es menor en los gástricos, los intestinales y los colónicos por tener mayor índice de metástasis. El tratamiento incluye cirugía, quimioterapia, análogos de la Somatostatina, radionúclidos y/o terapias dirigidas biológicas en función del estadio.

240144. HERNIA OBTURATRIZ: CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

JA Delgado Sánchez¹, ÁM Rivera García¹, MÁ Herrero Torres¹, B Florenciano Lajusticia²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital Comarcal Santa Ana de Motril. Motril, Granada. ²Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: La oclusión intestinal constituye un 20% de los cuadros de abdomen agudo. El 70% afectan al intestino delgado, siendo la primera causa la adherencial y en segundo lugar las hernias encarceradas o estranguladas. La obstrucción por una hernia obturatriz complicada tiene una incidencia <1% y ocurre normalmente en mujeres mayores de 70 años, presentando una

elevada morbimortalidad debido al retraso diagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 84 años intervenida de prótesis de cadera izquierda, valorada en servicio de urgencias por dolor abdominal, vómitos y ausencia de tránsito intestinal de 3 días de evolución. A la exploración presentaba abdomen blando y depresible, doloroso en flanco y fosa iliaca izquierda. Analíticamente presentaba leucocitosis con desviación izquierda y un leve deterioro de la función renal. Se diagnosticó mediante TAC abdominal de obstrucción intestinal secundaria a hernia obturatriz izquierda, sin signos de sufrimiento de asas.

Se intervino de manera urgente mediante abordaje laparotómico, identificándose el foramen obturador y el asa intestinal encarcerada sin signos de isquemia, que se redujo manualmente. Se confeccionó un flap peritoneal sobrepasando el agujero obturador. Para cubrir el defecto se colocó una malla preformada de doble componente en espacio preperitoneal, cerrándose el flap con pegamento biocompatible y sutura.

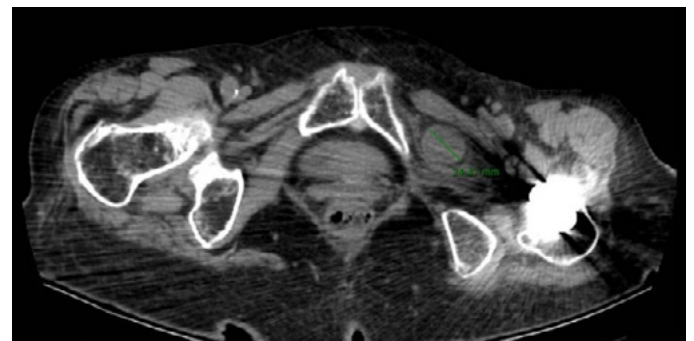


Figura 1

TAC abdomen.



Figura 2

TAC abdomen.

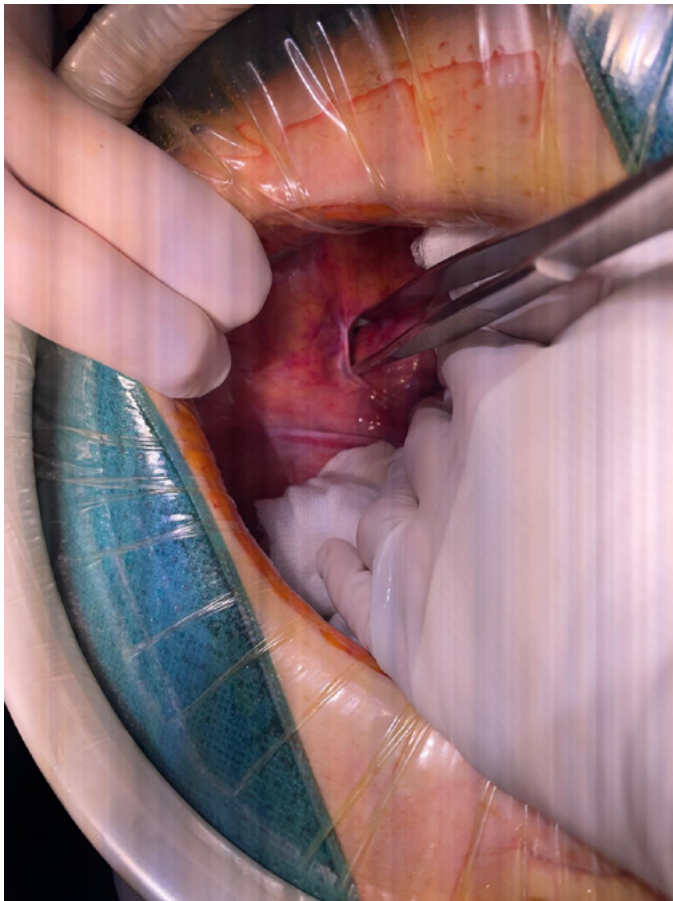


Figura 3

Hernia obturatriz.

La paciente fue dada de alta tras 4 días de ingreso con buena evolución clínica.

Discusión: La hernia obturatriz resulta de la protrusión a través del orificio obturador de un saco que contiene asas de intestino delgado y más rara vez el ovario, vejiga, apéndice o epipión. Este tipo de hernia se presenta sobre todo en mujeres ancianas delgadas por presentar mayor amplitud del agujero obturador y disminución de la almohadilla adiposa del conducto obturador. Su diagnóstico se realiza el 90% de los casos tras un episodio de oclusión intestinal mediante realización de TAC abdominal, ya que su palpación en la región femoral es rara. En ocasiones llega a intuirse mediante tacto vaginal. Las pacientes pueden presentar dolor en la cadera irradiado hacia la rodilla o cara medial del muslo por compresión del nervio obturador. El signo de Howship-Romberg es característico, consiste en una exacerbación del dolor con los movimientos de extensión, abducción o rotación interna del muslo. Su abordaje habitual es mediante laparotomía media urgente y cierre del orificio, con colocación de prótesis si no hay riesgo de infección. El abordaje laparoscópico también es aceptado y constituye una vía de acceso excelente para cirujanos con experiencia en TAPP o TEP.

240145. INVAGINACION INTESTINAL IDIOPÁTICA EN EL POSTOPERATORIO RECIENTE

ML Cañones Martos, M Ortega Castán, G Plata Pérez, N Bregori Rodríguez, M Ramos Fernandez

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

Introducción: Se define invaginación intestinal como la intususcepción de un segmento de intestino con su mesenterio en el interior del asa contigua. Se trata de una entidad frecuente y habitualmente idiopática en el niño. Sin embargo, muy poco común en el adulto, representando aproximadamente el 5% del total de invaginaciones, y siendo secundaria a una lesión tumoral subyacente en la mayoría de los casos.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 57 años intervenido mediante hemicolectomía izquierda laparotómica por adenocarcinoma de colon de ángulo esplénico, portador de endoprótesis por su debut obstructivo, sin enfermedad a distancia. Tras ser dado de alta sin incidencias, acude a Urgencias 7 días más tarde por un cuadro de dolor abdominal generalizado y ausencia de tránsito intestinal de tres días de evolución. Se realiza una tomografía computarizada urgente en la que se evidencian imágenes sugestivas de invaginación yeyunoileal de unos 15cm de extensión. (Figuras 1 y 2).

Se valora el caso y, dada la sintomatología y las imágenes radiológicas, se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía exploradora observándose un segmento de unos 15cm de yeyuno invaginado sobre íleon, (Figura 3).

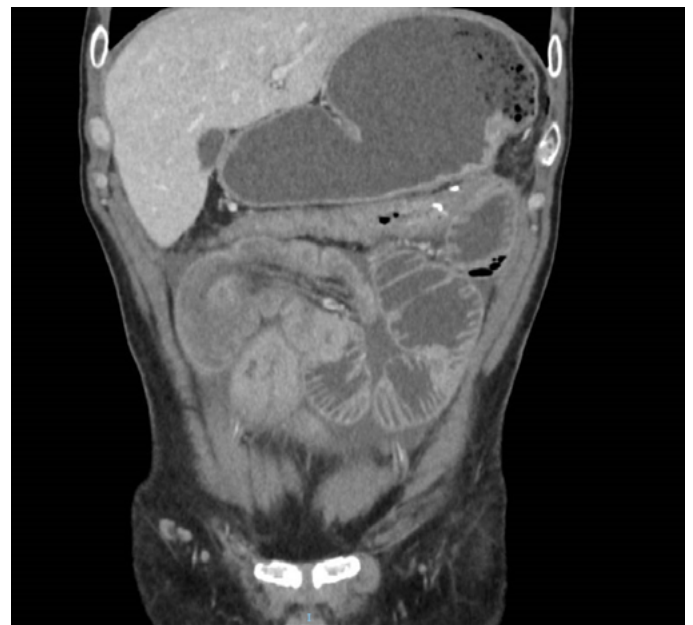


Figura 1

Tomografía computarizada de abdomen corte coronal.

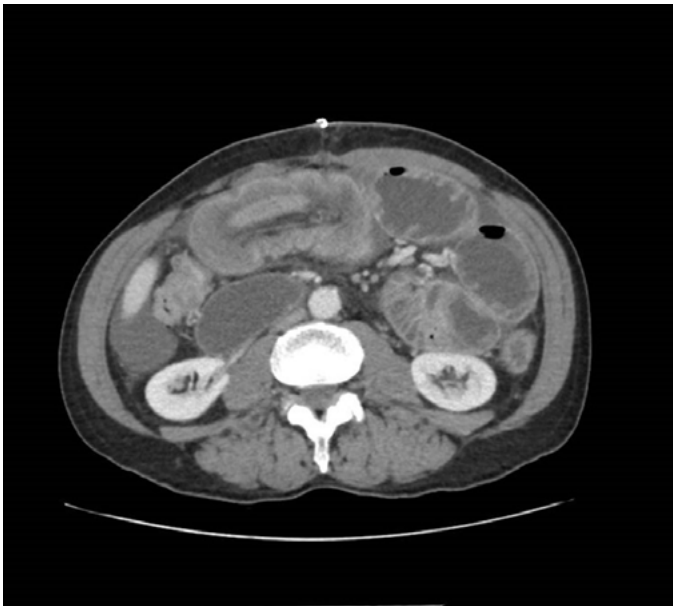


Figura 2

Tomografía computarizada de abdomen corte axial.

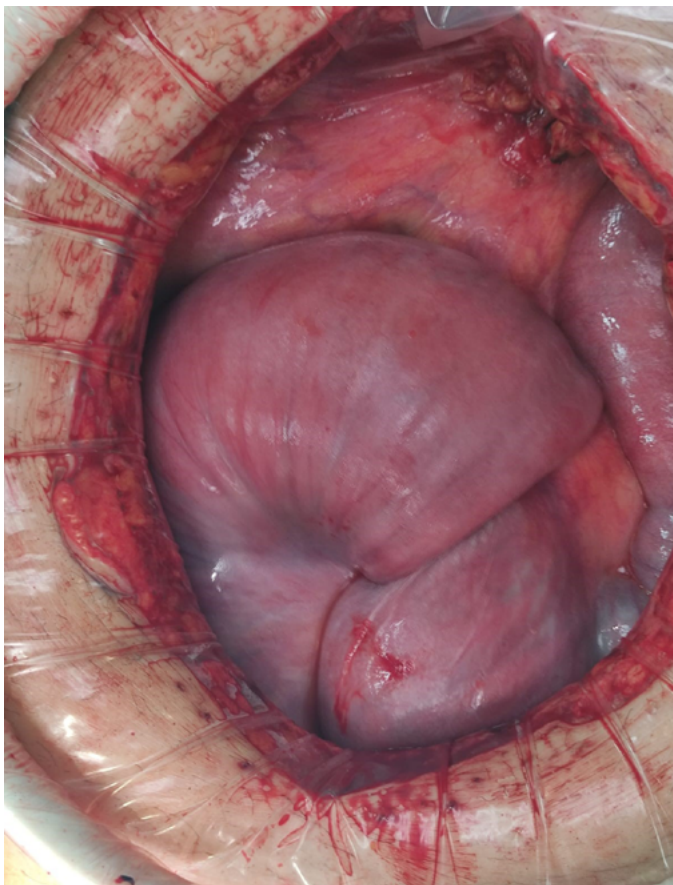


Figura 3

Imagen intraoperatoria.

Se desimpacta manualmente apreciándose una zona de yeyuno de unos 3cm engrosada, sin poder descartar tumoración asociada, por lo que se realiza resección intestinal y anastomosis.

El paciente presenta buena evolución postoperatoria. El informe anatomopatológico de la pieza descarta malignidad histológica encontrándose hallazgos compatibles con isquemia intestinal.

Discusión: La etiología idiopática causante de la invaginación intestinal es excepcional en adultos, en los que en un 80-90% de los casos la invaginación es secundaria a lesiones orgánicas de la pared intestinal, que actúan como cabeza de la invaginación.

La TC es el método de diagnóstico más adecuado y no se recomienda la reducción mediante endoscopia, sino que se debe intervenir para la revisión de la etiología.

En este caso clínico se describe un paciente con un cuadro obstructivo en el postoperatorio reciente, lo que nos haría plantearnos la posibilidad de una hernia interna o una brida como entidades más frecuentes. En este caso se planteó la posibilidad de un implante tumoral, ya que el tumor primario había debutado como obstrucción, o un segundo tumor primario de intestino delgado, que finalmente se descartaron.

Podemos concluir afirmando que la invaginación intestinal debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de los cuadros obstructivos en adultos, a pesar de su baja incidencia, y que no siempre tiene que haber una lesión orgánica asociada.

240146. APENDICITIS AGUDA. ¿ES POSIBLE AHORRAR DE FORMA SEGURA?

ML Cañones Martos¹, N Bregori Rodríguez¹, J González Cano¹, C Román de San Juan¹, L Díaz Sánchez¹, M Peix Raya¹, R de Luna Díaz²

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

Introducción: La apendicitis aguda es una patología quirúrgica urgente muy frecuente cuyo tratamiento en la mayoría de los casos es la apendicectomía laparoscópica. Diferentes variables influyen en los costes de su tratamiento, siendo uno de los principales el tipo de técnica empleada para la sección de la base apendicular y el mesoapéndice.

El objetivo de nuestro estudio fue analizar los costes derivados de la apendicectomía laparoscópica en función de la técnica empleada para la sección de la base apendicular y mesoapéndice, así como la tasa de complicaciones asociadas a cada técnica.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente todas las apendicectomías laparoscópicas urgentes realizadas en nuestro centro en 2022, analizando el tipo de técnica quirúrgica empleada en cada caso para calcular los costes, así como las complicaciones derivadas del uso de cada una (**Figura 1**).

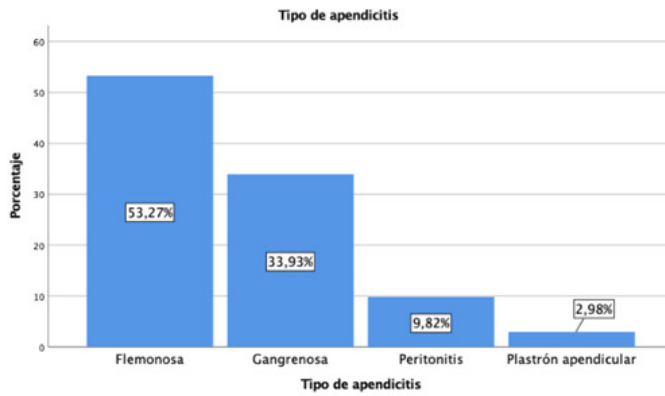


Figura 1

Tipo de apendicitis.

Resultados: Durante el año 2022, en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, se llevaron a cabo un total de 292 apendicectomías laparoscópicas urgentes en pacientes con un diagnóstico de apendicitis aguda. Para la sección de la base apendicular, se empleó una endograpadora en 231 pacientes (79,93%), el endoloop en 52 pacientes (18%) y clips poliméricos (Hem-o-loks) en 6 pacientes (2,07%) (Figura 2). Para la sección del mesoapéndice se

Base apendicular

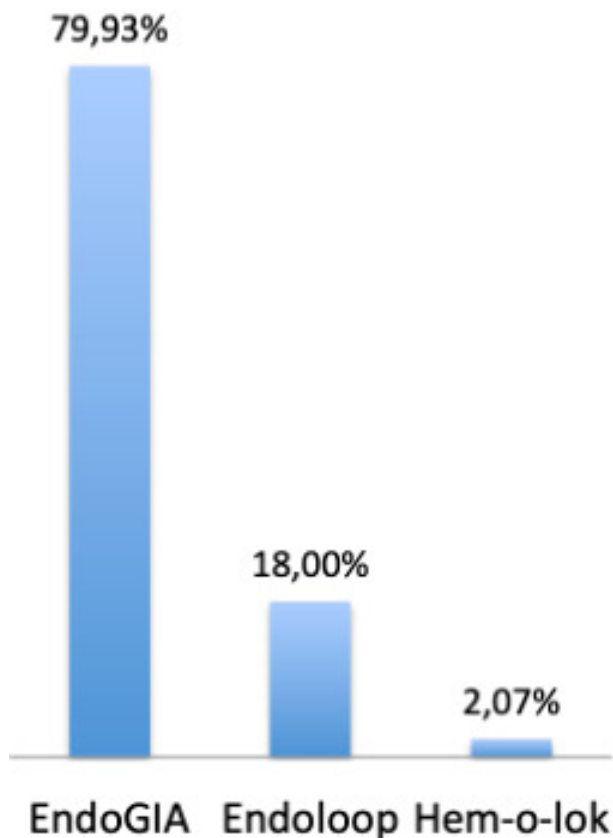


Figura 2

Técnica utilizada en base apendicular.

empleó una endograpadora en 170 pacientes (58,62%), clips metálicos en 54 pacientes (19%), Hem-o-loks en 6 pacientes (2,07%) y energía monopolar en 60 pacientes (20,69%) (Figura 3). Los clips poliméricos tuvieron un coste de 5 euros por paciente, los clips metálicos 70 euros y el endoloop 21 euros, elevando el precio hasta los 91 euros cuando los dos últimos se han empleado juntos en el mismo procedimiento. Por su parte, el uso de endograpadora supone un total de 750 euros; 840 euros si también se emplea para la sección del mesoapéndice.

Mesoapéndice

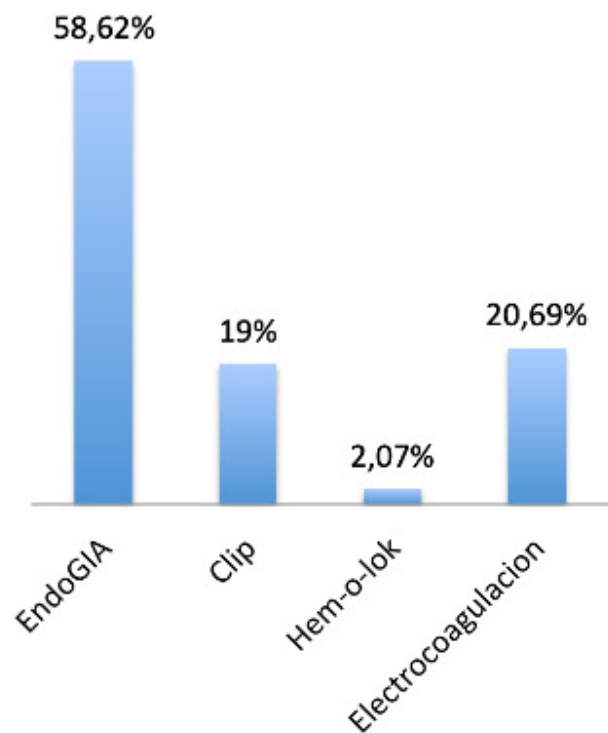


Figura 3

Técnica utilizada en mesoapéndice.

La tasa global de complicaciones fue del 5,14%, siendo el 80% de estas clavian <III y el 20% clavian ≥III, con una tasa de reintervención global del 0,68% y una tasa de reingreso del 1,36% (Figura 4). Analizando las complicaciones por subgrupos según la técnica quirúrgica empleada, no hubo diferencias significativas entre ninguno de los instrumentos empleados, tanto para la sección de la base apendicular como del mesoapéndice.

Conclusiones: En consonancia con otros estudios publicados previamente, nuestros resultados muestran que es posible disminuir los costes derivados de la cirugía en pacientes con apendicitis aguda sin aumentar las complicaciones postoperatorias, pudiendo ahorrar hasta 800 euros por paciente según la técnica empleada.

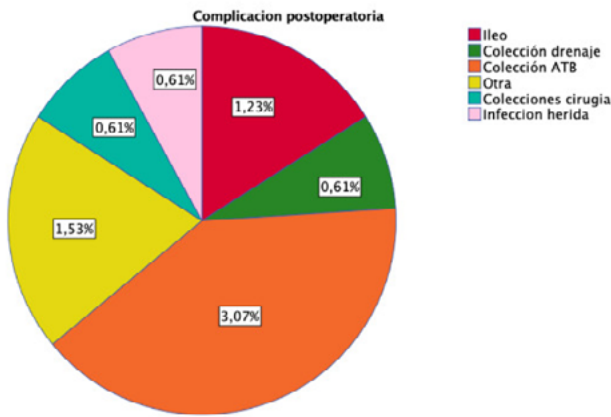


Figura 4

Complicaciones postoperatorias.

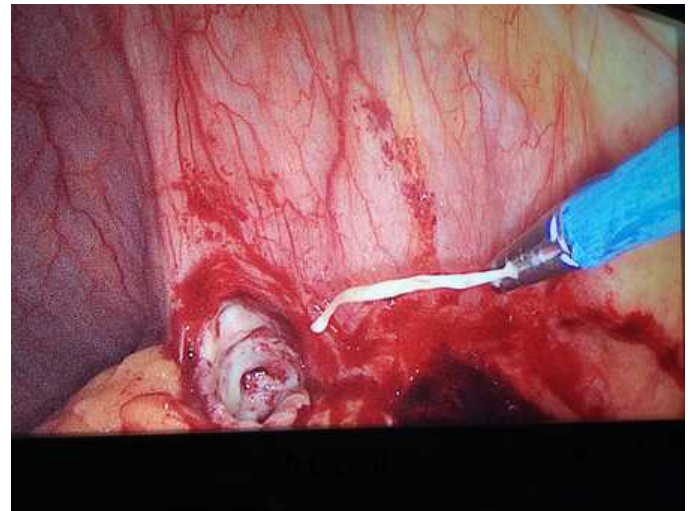


Figura 1

Cuerpo extraño.

240148. PERFORACION Y OBSTRUCCION INTESTINAL SECUNDARIAS A CUERPO EXTRAÑO

M Peix Raya, MC Montes Osuna, L Diaz Sanchez, JL Cuba Castro

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

Introducción: Las perforaciones intestinales por cuerpos extraños son una rara entidad como causa de abdomen agudo, y su manejo varía en función del contexto del paciente, desde casos de manejo conservador hasta la cirugía urgente. Presentamos un caso de perforación intestinal por cuerpo extraño que condicionaba una obstrucción secundaria que precisó manejo quirúrgico.

Caso clínico: Paciente de 81 años que ingresó por cuadro compatible con obstrucción intestinal. A la exploración, presentaba distensión con defensa abdominal focalizada en fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal generalizada.

A nivel analítico, destacó una leucocitosis con desviación izquierda, con el resto de parámetros en rango normal.

Se realizó un TAC con contraste donde se evidenció dilatación de asas de delgado con un punto en unión yeyuno-ileal con marcado engrosamiento mural y un aumento de atenuación en su meso que mostraba una imagen lineal radiodensa, planteando como primera opción diagnóstica una perforación por cuerpo extraño.

Se intervino mediante una laparoscopia exploradora en la que se evidenció un plastrón inflamatorio de asas de íleon hacia la pared abdominal secundaria a una perforación intestinal por cuerpo extraño, generando un punto obstructivo a dicho nivel.

Se realizó liberación del plastrón inflamatorio y aspirado de un absceso secundario, con extracción del cuerpo extraño. Se evidenció la zona de perforación intestinal, y se realizó resección de la misma y anastomosis intestinal mediante minilaparotomía media.

La paciente presentó una buena evolución postoperatoria, siendo dada de alta el 6º día postoperatorio.

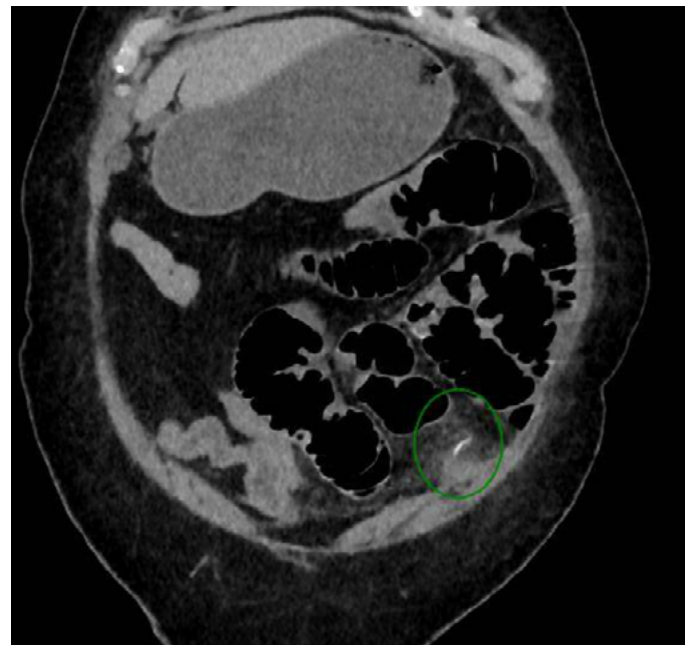


Figura 2

TAC.

Discusión: Las perforaciones intestinales por cuerpos extraños son una rara entidad como causa de abdomen agudo. Aunque la ingesta de cuerpos extraños es un problema clínico común, sólo entre el 1-7% originan una perforación intestinal.

Con respecto al tratamiento, éste dependerá de la localización de la lesión, de los cambios inflamatorios e infecciosos intrabdominales y del estado clínico del paciente.

En casos de irritación peritoneal generalizada o en los que se sospecha una peritonitis importante, se recomienda realizar una laparotomía. Si la perforación está en el intestino delgado, y la pared intestinal presenta buen aspecto, con una sutura simple suele

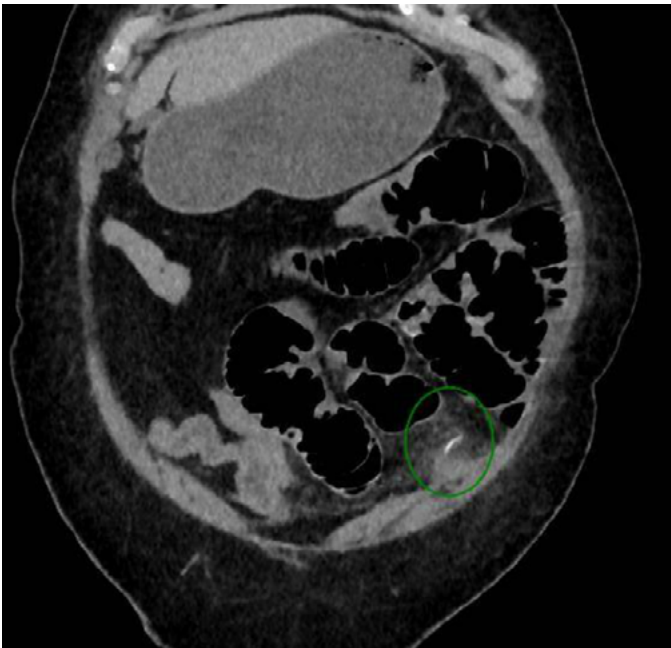


Figura 3

TAC.

ser suficiente. En otras ocasiones se requiere resección intestinal y anastomosis.

En casos en los que la lesión intestinal esté bien delimitada y la reacción sea local, como en nuestro caso, la laparoscopia puede considerarse como una opción diagnóstica y terapéutica segura para estos pacientes.

240150. COLECISTECTOMÍA PROFILÁCTICA DE RUTINA EN CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA ONCOLÓGICA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS RECIENTES.

JM Cañas Orellana, ML Ruiz Juliá, V Ruiz Luque, D Bejarano González-Serna, J Díaz Roldán

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

Introducción: Clásicamente se ha descrito un aumento en la formación de cálculos biliares tras una resección gástrica o esofágica, con una incidencia de entre el 10-25%. Diversos estudios han intentado esclarecer si la colecistectomía profiláctica concomitante durante la cirugía esofagogástrica oncológica tiene indicación en estos pacientes.

Presentamos dos casos recientes de pacientes intervenidos mediante cirugía oncológica esofagogástrica que han presentado una colecistitis aguda durante el seguimiento.

Caso clínico: CASO 1: Paciente de 82 años con antecedentes de gastrectomía total con linfadenectomía D2 y reconstrucción en Y-Roux por adenocarcinoma gástrico en abril de 2015, que acude a Urgencias en marzo de 2024 por cuadro de colecistitis aguda gangrenosa perforada de 5 días de evolución (Figuras 1-3). El paciente

fue intervenido de urgencia mediante colecistectomía subtotal laparoscópica con conversión a laparotomía por intensas adherencias visceroviscerales y visceroparietales. Fue dado de alta al cuarto día postoperatorio, sin incidencias.



Figura 1



Figura 2

CASO 2: Paciente de 61 años intervenido mediante esofagectomía total tipo McKeown en febrero de 2022 por adenocarcinoma de esófago, que acude a Urgencias en marzo de 2024 por colecistitis aguda de 24 horas de evolución (Figura 4). Se decide laparotomía urgente, objetivándose plastrón inflamatorio que engloba el ángulo hepático del colon y la vesícula biliar gangrenosa con necrosis del tercio proximal de conducto cístico. Se completó la colecistectomía sin incidencias y fue alta al tercer día postoperatorio.

Discusión: Los enfoques multimodales han prolongado la supervivencia en el cáncer esofagogástrico, aumentando así la posibilidad de desarrollo de cálculos biliares durante el seguimiento.



Figura 3

Hay grupos que abogan por la colecistectomía profiláctica concomitante durante una resección esofágica o gástrica por cáncer.

Los resultados de los distintos estudios publicados son contradictorios. La mayoría de los autores creen que no estaría justificada, ya que en la mayoría de los casos la formación de cálculos biliares suele ser asintomática y rara vez es necesaria la cirugía. Esto contradice los resultados de otros grupos que muestran datos de colecistitis aguda en un 20,3% de pacientes tras una cirugía oncológica gástrica y un 16,4% de coledocolitiasis, con una tasa de colecistectomía secundaria del 3,1-46,1%.



Figura 4

La morbilidad de la colecistectomía profiláctica de rutina es baja y se puede realizar de forma segura para intentar reducir las complicaciones y la necesidad de una reintervención posterior.

Son necesarios ensayos clínicos aleatorizados que permitan llegar a conclusiones en cuanto a la indicación de una colecistectomía profiláctica durante la cirugía oncológica esofagogástrica.

240151. MASTITIS GRANULOMATOSA NEUTROFÍLICA QUÍSTICA ASOCIADA A INFECCIÓN POR *CORYNEBACTERIUM KROPPENSTEDTII*

M Peix Raya¹, G Plata Perez¹, N Martos Rojas¹, NS Ávila Garcia¹, CG Letapie²

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 mastitis granulomatosa idiopática es una entidad poco frecuente que afecta en su mayoría a pacientes jóvenes con antecedentes recientes de lactancia y embarazo. Dada la ausencia de clínica específica, y lo inusual de su presentación, se trata de un reto diagnóstico y terapéutico, siendo necesario descartar en el proceso patología maligna.

Se ha descrito la asociación entre el *Corynebacterium krippenstedtii* con un subtipo denominado mastitis granulomatosa neutrofilica quística (MGNQ). Ésta se caracteriza por la escasa respuesta al tratamiento antibiótico empírico, así como la presencia de espacios quísticos y granulomas rodeados de neutrófilos en la anatomía patológica. A continuación se presenta el abordaje de un caso en nuestro centro.

Caso clínico: Paciente de 31 años con antecedentes de lactancia en 2022 y mastitis granulomatosa de repetición en mama izquierda. Acude a revisión por seguimiento de la mama izquierda. Se inicia terapia corticoidea y se remite a radiología para realización de ECO mamaria. Tras la realización de la ECO acude de nuevo por dolor y eritema en CCEE y UCCIInf de mama derecha. En ésta, se evidencian áreas de mala transmisión con posibles colecciones en cuadrantes externos de la mama derecha. Se realiza BAG de CSE compatible con

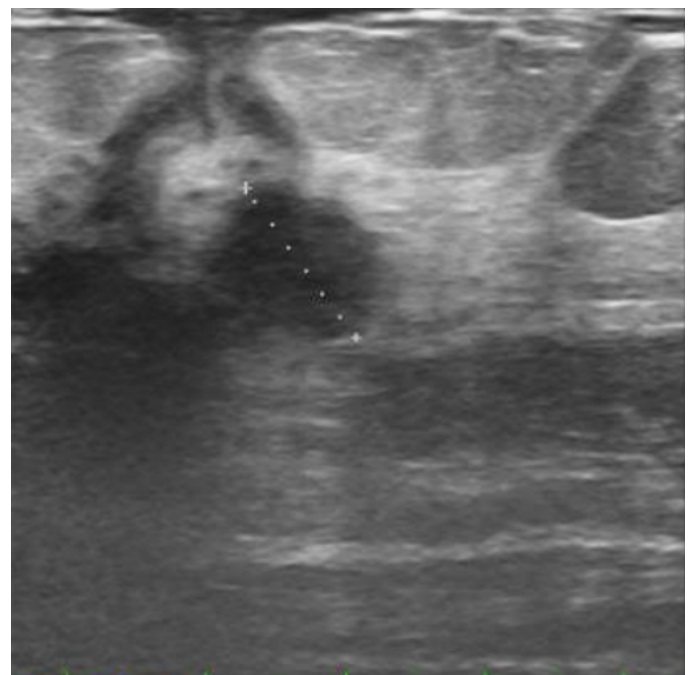


Figura 1

Colección.

Mastitis Granulomatosa Neutrofílica Quística. En la pieza histológica se pueden observar focos de abundantes neutrófilos rodeados por histiocitos que forman granulomas. En pruebas analíticas destacan PCR de 230 y 17000 Leucocitos. En primera instancia se opta por inicio de antibioterapia empírica y drenaje con toma de muestras para cultivo microbiológico guiada por Ecografía. Ante la no mejoría clínica en los días posteriores se decide drenaje quirúrgico de las colecciones con incisión y contraincisión en CIE, y tutorización con drenaje tipo Penrose. En el cultivo remitido se aísla *Corynebacterium kroppenstedtii* sensible a Tetraciclinas, continuando con tratamiento empírico con Doxiciclina ya pautaado. Posteriormente la paciente es dada de alta con revisiones periódicas para realización de curas, evidenciando mejoría progresiva hasta resolución del cuadro agudo.

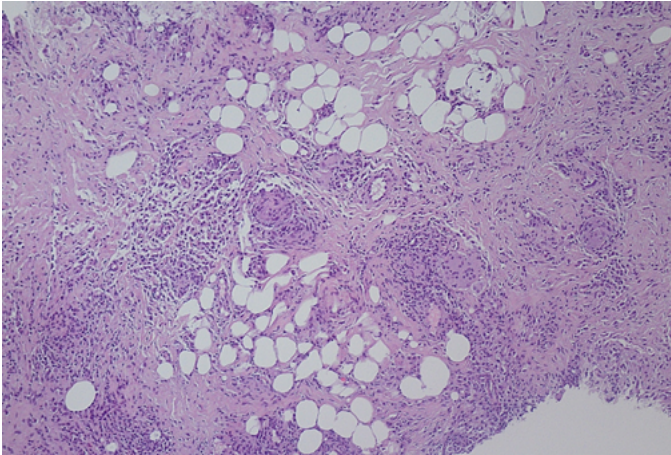


Figura 2
Granulomas.



Figura 3
Drenaje.

Discusión: La combinación de terapia corticoidea, estudio anatomopatológico y antibioterapia dirigida en función de los hallazgos microbiológicos, así como el drenaje quirúrgico si fuera preciso, son la base del tratamiento para mastitis complejas que con frecuencia tienden a recaer. Casos como el descrito ponen de manifiesto la importancia del conocimiento de éste subtipo de mastopatía idiopática (MGNQ) y su asociación con el *Corynebacterium kroppenstedtii*, para llegar a un diagnóstico e iniciar un tratamiento dirigido con la mayor brevedad posible.

240152. ABORDAJE DEL ESPACIO PREPERITONEAL EN UN CASO DE GANGRENA DE FOURNIER

D Franco Berraondo, SÁ Qian Zhang, A Títos García, I Mirón Fernández, AM Sánchez Díaz, JM Aranda Narváez

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

Introducción: La Gangrena de Fournier (GF) es una infección de la región perianal, perineal y genital con una alta tasa de morbimortalidad. Bien es conocida su asociación con la DM, pero también tiene asociación con el tabaco o el VIH entre otros. Su progresión es característica por ser rápida y agresiva, requiriendo por tanto revisiones en quirófano cada 24-48 horas hasta que la infección quede controlada.

Caso clínico: Paciente de 47 años sin antecedentes de interés salvo consumidor de tabaco. Acude a urgencias refiriendo dolor perianal de 48 horas de evolución, sus constantes vitales son PA 91/57 FC 106, analíticamente destaca un fallo renal agudo (creatinina 1,8), elevación de PCR (406) y leucocitosis ($19.900 \times 10^6/L$), y coagulopatía (INR 1,33). A la exploración física se evidencia una GF por lo que se decide desbridamiento en quirófano. El paciente posteriormente ingresa en UCI por requerimiento de drogas vasoactivas (DVA). Se realizaron 4 revisiones posteriores en quirófano drenando una nueva cavidad en el espacio pararectal derecho y colocando un sistema de presión negativa para favorecer la cura de la herida. Sin embargo el paciente no presenta mejoría manteniendo necesidad de DVA, fiebre y elevación de reactantes de fase aguda (RFA); por lo que se realiza un TC que observa líquido no claramente coleccionado en espacio preperitoneal (**Figura 1**). Se decide realizar un abordaje anterior cuidadoso accediendo al espacio preperitoneal evidenciando la salida inmediata de contenido purulento (**Figura 2**) sin observar necrosis muscular ni grasa; se diseca dicho espacio hasta ambas fosas renales y se realiza lavados cuantiosos dejando 2 sondas de salem y 2 drenajes Blake (**Figura 3**).

El paciente evoluciona de manera favorable con disminución de RFA y retirada de DVA, pasando a planta y dándose de alta al día 46º postoperatorio.

Discusión: La GF es una patología con una alta tasa de morbimortalidad dada su rápida progresión y agresividad. La infección suele quedar controlada tras varias revisiones en quirófano; sin embargo la progresión hacia el espacio preperitoneal del caso que se presenta se trata de una forma excepcional de evolución, que requiere de una alta sospecha para su diagnóstico y tratamiento adecuado.

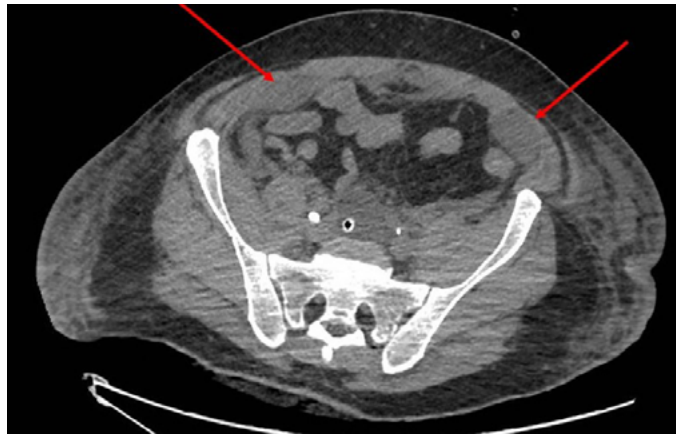


Figura 1



Figura 2

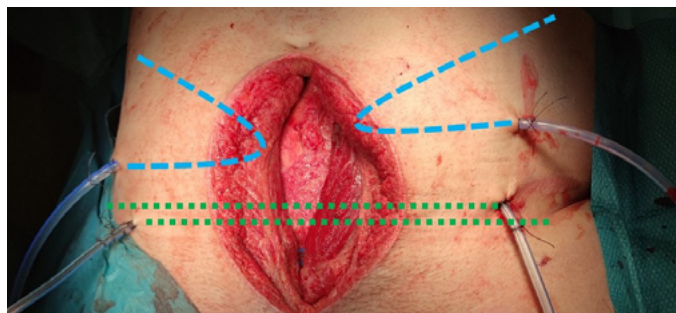


Figura 3

Línea discontinua azul = drenaje Blake recogiendo espacio retroperitoneal y preperitoneal. Línea discontinua verde = sonda salem.

240156. APENDICITIS SECUNDARIA A ENDOMETRIOSIS

R Molina Barea, ÁJ Ramiro Sánchez, A Cozar Ibáñez, P Latorre Ruiz, MP Ruiz Frías, J Rubio López

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

Introducción: La apendicitis constituye una de las principales causas de abdomen agudo y es la indicación más frecuente de cirugía a nivel mundial.

Una de sus causas poco frecuente son aquellas secundarias a endometriosis apendicular, es decir, la presencia de glándulas endometriales y estroma en el apéndice cecal.

Un tercio de las pacientes con endometriosis apendicular presentan todos los síntomas de la apendicitis y los hallazgos de las pruebas de imagen de la endometriosis con apendicitis secundaria muchas veces son indistinguibles de aquellos con apendicitis aguda.

Caso clínico: Mujer de 29 años que acude a Urgencias por dolor abdominal en FID de 3-4 días de evolución, sin náuseas ni vómitos ni alteración del hábito intestinal. A la exploración se encuentra afebril, con un abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación profunda en FID, Blumberg dudoso y Rovsing negativo.

Se le realiza una analítica de urgencias en la cual destacaba una PCR de 43,2, sin leucocitosis ni neutrofilia. Ante dicha clínica y resultados se decide realizar una ecografía abdominal urgente que informa de imagen tubular que termina en fondo de saco ciego con un diámetro aproximado de 8 mm (Figura 1), leve cantidad de líquido libre interesa adyacente e hiperecogenicidad de la grasa y una pequeña colección de unos 20 x 15 mm adyacente a extremo distal del apéndice.

Con estos hallazgos se decide realizar una apendicectomía laparoscópica en la que se halla un apéndice cecal flemonoso y



Figura 1

Ecografía, corte transversal de apéndice con paredes engrosadas de tamaño.

líquido libre en Douglas. El postoperatorio fue satisfactorio y sin incidencias.

Los resultados de Anatomía Patológica fueron de periapendicitis crónica con apendicitis aguda segmentaria y endometriosis por lo que es remitida a Ginecología que ante una exploración ginecológica normal y paciente asintomática decidió tratamiento expectante.

Discusión: Aunque la apendicitis aguda siga siendo la patología más frecuente de abdomen agudo es importante tener en cuenta otras patologías como los tumores apendiculares o la patología ginecológica en la mujer, entre otras, en las que existen pocos síntomas distintivos que nos indiquen una etiología subyacente diferente. Es decir, la apendicitis secundaria y la endometriosis del apéndice deben considerarse en el diagnóstico diferencial en pacientes femeninas, sobre todo si tienen antecedentes conocidos de endometriosis o evidencia laparoscópica de endometriosis durante el procedimiento índice.

Como conclusión, es importante una completa anamnesis y exploración física inicial que junto con los resultados histopatológicos del apéndice determinará la continuación del tratamiento.

240157. INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO COMO CAUSA DE APENDICITIS AGUDA: ¡CUIDADO CON LAS ESPINAS!

J Moreno Teniente, MP Chas Garibaldi, T Gallart Aragón, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: La obstrucción de la luz apendicular por un cuerpo extraño es una situación muy poco frecuente, pero las complicaciones derivadas pueden ser graves. Presentamos el caso de un paciente con apendicitis aguda secundaria a la ingesta de una espina de pescado.

Caso clínico: Varón de 52 años que consulta por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha de 72 horas de evolución, asociado a ausencia de tránsito intestinal desde el comienzo del dolor. Refiere antecedente de ingesta de pescado en la semana previa. Dada la exploración sugerente de abdomen agudo y la alteración analítica, se solicita TAC abdominal, que describe hallazgos compatibles con apendicitis aguda. Además, se observa la presencia de un cuerpo extraño intraapendicular, de una longitud aproximada de 1.5cm, lineal e hiperdenso, que aparenta ser una espina de pescado. Se interviene de forma urgente mediante abordaje por laparoscopia, evidenciando una apendicitis aguda gangrenosa. Tras la extirpación y extracción de la pieza se procede a su apertura, comprobando la ocupación de la luz apendicular por un material de naturaleza ósea/cartilagínosa. El paciente evolucionó favorablemente tras la cirugía, siendo alta al tercer día postoperatorio.

Discusión: La ingesta de cuerpos extraños es una causa común de consulta en Urgencias, especialmente en niños, ancianos y pacientes psiquiátricos. En la mayoría de los casos estos serán eliminados con las heces, por lo que las complicaciones derivadas (perforación, peritonitis) son mucho más infrecuentes, siendo el porcentaje de pacientes que requieren cirugía urgente inferior al 2%. Del mismo modo, el hallazgo de un cuerpo extraño intraapendicular es extremadamente raro y no implica necesariamente el desarrollo de

un cuadro de apendicitis.

La clínica derivada puede ser idéntica a la de una apendicitis aguda usual. En la entrevista, debemos hacer hincapié en la dieta, pues habrá alimentos que elevarán la sospecha (pescado, carne de caza, etc.). Analíticamente los parámetros son inespecíficos (leucocitosis con neutrofilia, elevación de reactantes de fase aguda), siendo definitiva en estos casos la prueba de imagen, fundamentalmente TAC abdominal.

Ante el hallazgo casual de un cuerpo extraño intraapendicular sin repercusión sistémica se valorará la apendicectomía profiláctica. La probabilidad de desarrollar apendicitis en estos pacientes será <1%, por lo tanto, parece lógico plantear también una actitud conservadora (extracción endoscópica, seguimiento con imagen). Sin embargo, frente a un caso como el presentado, el tratamiento será quirúrgico. Esto nos permitirá confirmar el diagnóstico tras el análisis de la pieza, y evitar la morbimortalidad asociada al desarrollo de apendicitis aguda.

240158. HEMATOMA ESPONTÁNEO DE LOCALIZACIÓN MAMARIA INDUCIDO POR ACENOCUMAROL

J Moreno Teniente¹, M Alcaide Lucena², MM García Bretones², B Mirón Pozo²

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

Introducción: Los hematomas son acúmulos de sangre que se producen en el espesor de los tejidos, generalmente a raíz de una agresión externa o traumatismo. Con menor frecuencia aparecen de forma espontánea, asociados a alteraciones de la coagulación inducidas por enfermedades o medicamentos. Se expone el caso de una paciente con un hematoma mamario espontáneo inducido por Acenocumarol, por la escasa literatura existente al respecto del tema.

Caso clínico: Mujer de 75 años, anticoagulada con Sintrom tras episodio tromboembólico, que se deriva a consulta especializada para valoración de tumoración mamaria de tres meses de evolución, de aparición súbita y sin antecedente traumático. Presenta nódulo de unos 2cm en unión de cuadrantes internos de mama izquierda, asociado a equimosis cutánea. Se solicita ecografía, que describe un nódulo de ecoestructura heterogénea y mala delimitación del contorno. Dada la historia de la paciente y los hallazgos en prueba de imagen, existe una elevada sospecha de hematoma mamario. Se decide mantener actitud expectante y reevaluar con nueva ecografía ambulatoria en un mes aproximadamente, comprobando en consulta de revisión la desaparición completa de la lesión.

Discusión: Las complicaciones hemorrágicas de la terapia con anticoagulantes orales son bien conocidas. La forma de presentación más frecuente es el hematoma, y éste puede darse en prácticamente cualquier localización. Actualmente, existe muy poca literatura sobre aquellos que se localizan en la glándula mamaria.

Suelen presentarse como masas indoloras que se asocian o no a equimosis cutánea, en función de su profundidad. Deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones palpables de

la mama, puesto que en pruebas de imagen presentan un aspecto heterogéneo de bordes mal definidos, y pueden simular una lesión maligna. Del mismo modo, el hematoma puede ser la primera manifestación de una neoplasia mamaria oculta. Es por ello que habrá que recurrir a la biopsia percutánea en casos sospechosos.

Generalmente estos hematomas mamarios son pequeños y autolimitados, y se resuelven satisfactoriamente con tratamiento conservador. Será importante incidir en el adecuado control de la medicación anticoagulante para evitar nuevos eventos. En ocasiones se producirán hematomas a tensión de gran tamaño que requieren de control del foco sangrante, bien mediante embolización o por drenaje quirúrgico. En cualquier caso, será necesario realizar seguimiento hasta la resolución completa de la lesión, que se comprobará con nueva prueba de imagen.

240159. QUISTE EPIDERMOIDE MAMARIO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS TUMORACIONES BENIGNAS DE MAMA

J Moreno Teniente, M Alcaide Lucena, T Gallart Aragón, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: Los quistes epidermoides son lesiones frecuentes que se presentan generalmente en el tejido subcutáneo del cuero cabelludo y espalda. Suelen ser de pequeño tamaño y cursar de manera asintomática. Presentamos el caso de un gran quiste epidermoide de localización mamaria, por lo inusual de su localización, presentación y tamaño.

Caso clínico: Mujer de 60 años con antecedente de mamoplastia de reducción en 2008 que consulta por tumoración en mama izquierda de nueve años de evolución y crecimiento progresivo. Refiere molestias asociadas en los últimos meses. A la exploración, se aprecia tumoración móvil, de gran tamaño y consistencia elástica en cuadrante inferior externo. Se realiza ecografía mamaria, que describe una masa hiperecogénica de 10cm de diámetro mayor, categoría BI-RADS 3. Dado el crecimiento progresivo y la sintomatología, se considera apropiada la extirpación. Intraoperatoriamente, se realiza incisión sobre cicatriz en surco submamario. Se accede a la tumoración, que presenta una superficie redondeada y bien delimitada de aproximadamente 10x6cm, que se abre durante la disección. A la apertura se produce salida de material blanquecino de aspecto sebáceo, con paredes internas lisas, lo que sugiere naturaleza quística. Se realiza tumorectomía con exéresis completa de la cápsula y se coloca redón aspirativo, que se retira al día siguiente previo al alta. Muestra informada desde Anatomía Patológica como quiste epidermoide.

Discusión: Los quistes epidermoides, o quistes de inclusión epidérmica, son lesiones benignas que aparecen con frecuencia en tronco y cuero cabelludo. Su localización intramamaria es inusual, y se ha relacionado con traumatismos o procedimientos que puedan provocar transposición de fragmentos de epidermis al espesor del tejido mamario, como biopsias percutáneas o mamoplastias. Se presentan como masas palpables que provocan sintomatología por compresión local (fundamentalmente dolor), aunque también pueden cursar de forma asintomática. Su crecimiento generalmente es lento,

pero pueden crecer de forma súbita secundariamente a la inflamación derivada de su rotura o sobreinfección. La imagen típica será la de un nódulo redondeado y bien definido de contenido heterogéneo, siendo de gran utilidad la ecografía para distinguir entre lesiones quísticas sólidas o líquidas. El diagnóstico de confirmación será histopatológico, pero la biopsia no es necesaria si la sospecha por imagen es alta. El riesgo de degeneración a carcinoma epidermoide es bajo, por lo que podrá plantearse el seguimiento periódico mediante imagen. La exéresis quirúrgica se indicará en situaciones de crecimiento o gran tamaño, dolor, sospecha de malignidad y decisión de la paciente.

240160. LESIÓN MUCINOSA APENDICULAR EN PACIENTE CON CLÍNICA DE DOLOR EN FOSA ILÍACA DERECHA

ÁM Rivera García, JR Córdoba López, SF Calzado Baeza, P Vázquez Barros

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

Introducción: El mucocele apendicular es una entidad poco frecuente con una prevalencia del 0,2-0,3% de todas las apendicectomías. Desde el punto de vista histopatológico puede clasificarse en lesiones mucinosas apendiculares no neoplásicas (mucocele simple) y lesiones mucinosas apendiculares neoplásicas (pólipos serrados, neoplasias mucinosas y adenocarcinoma mucinoso). Las complicaciones son raras e incluyen obstrucción intestinal o hemorragia digestiva, siendo la peor el pseudomixoma peritoneal, que ocurre cuando hay diseminación peritoneal de material mucinoso.

Caso clínico: Varón de 79 años que acude a urgencias por dolor abdominal localizado en FID de 24 horas de evolución. No alteraciones del tránsito intestinal sin productos patológicos. No náuseas ni vómitos. Fiebre de 37.8°C. Exploración: Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en FID con defensa sin peritonismo. Analítica: PCR 107, Leucocitos 16700 con Neutrófilos 82,4%. El TC informa de Tumoración en FID con cambios inflamatorios que sugiere mucocele apendicular con leves cambios inflamatorios locales. Se realiza intervención urgente donde se aprecia mucocele apendicular de unos 8-9 cm con importante componente inflamatorio tanto a nivel del apéndice como en ciego (tiflitis) y múltiples adherencias a pared abdominal y a asas intestinales, se liga arteria apendicular y se secciona a nivel de ciego con EndoGIA. Se da de alta al 4 día sin incidencias en el postoperatorio. El informe de anatomía patológica informa de neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado (LAMN). Se decide seguimiento endoscópico y de marcadores tumorales a los 6 meses.

Discusión: El mucocele apendicular se puede presentar como hallazgo accidental, como cuadro clínico de dolor en FID o como masa abdominal en la misma zona. Es muy importante el diagnóstico preoperatorio, pues su ruptura accidental puede ocasionar una siembra mucinosa peritoneal. La apendicectomía es la base terapéutica del tratamiento. Se postula la apendicectomía simple en los procesos benignos y la resección cecal o ileocelectomía derecha cuando existe afectación de los segmentos intestinales contiguos, adenopatías regionales, pseudomixoma peritoneal o malignidad del



Figura 1

Pieza quirúrgica de apendicectomía.



Figura 2

Corte axial del TC.

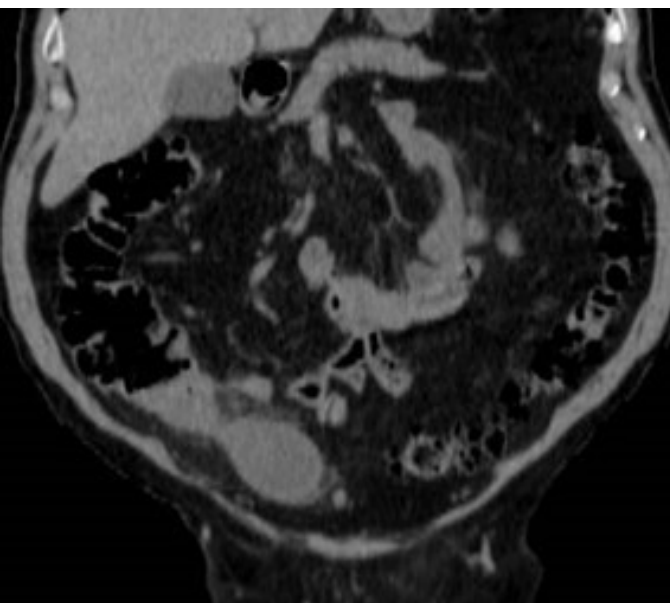


Figura 3

Corte coronal el TC.



Figura 3

Corte sagital del TC.

proceso. Es necesario excluir una neoplasia maligna concurrente realizando un examen cuidadoso de los ovarios en el momento de la cirugía y mediante colonoscopia para descartar cáncer colorrectal (CCR). En este caso al tratarse de una LAMN se realizó seguimiento endoscópico por el riesgo de CCR.

240161. GAS VENOSO PORTAL HEPÁTICO Y NEUMATOSIS INTESTINAL EN PACIENTE CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

P González Rojo, C Román de San Juan, S Mansilla Díaz, JJ Daza González

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

Introducción: Clásicamente, el hallazgo de gas venoso portal hepático (GVPH) en pruebas de imagen ha sido considerado un signo de mal pronóstico, asociado con necrosis intestinal y alta mortalidad. Con el incremento del número de estudios de imagen, los casos asociados a condiciones de menor gravedad son más frecuentes. La clínica es variada, y su patogénesis no totalmente comprendida.

Caso clínico: Mujer de 88 años, dependiente, sin comorbilidades importantes. Vómitos desde hace tres días. A su llegada buen estado general, leve hipotensión y taquicardia que mejoran al iniciar hidratación.

Análisis sanguíneo con moderada elevación de PCR. RX abdominal: obstrucción intestinal. TC: hernia inguinal encarcerada, segmento de yeyuno con neumatosis intestinal. Gas en vena mesentérica superior y sus ramas, en vena porta y en gran cantidad a nivel portal intrahepático. NO neumoperitoneo.

Exploración abdominal anodina, con leve distensión, sin defensa. Hernia inguino-crural complicada.

Se propone intervención. Dados los hallazgos radiológicos se opta por laparotomía exploradora, objetivándose hernia crural con asa de yeyuno encarcerada sin signos de necrosis. Obstrucción intestinal retrógrada. No líquido libre y paquete intestinal sin signos de isquemia.

Se procede a la reducción y tratamiento de la hernia, sin otro gesto.

Evolución favorable en postoperatorio, alta el quinto día, sin incidencias posteriormente.

Discusión: El GVPH es un hallazgo radiológico raro, sobre el que existe escasa literatura. El primer reporte de mortalidad (1978) fue de un 75%. En 2020, el principal estudio arroja una mortalidad total del 47.5%. En dicha publicación se describen varias etiologías: isquemia,

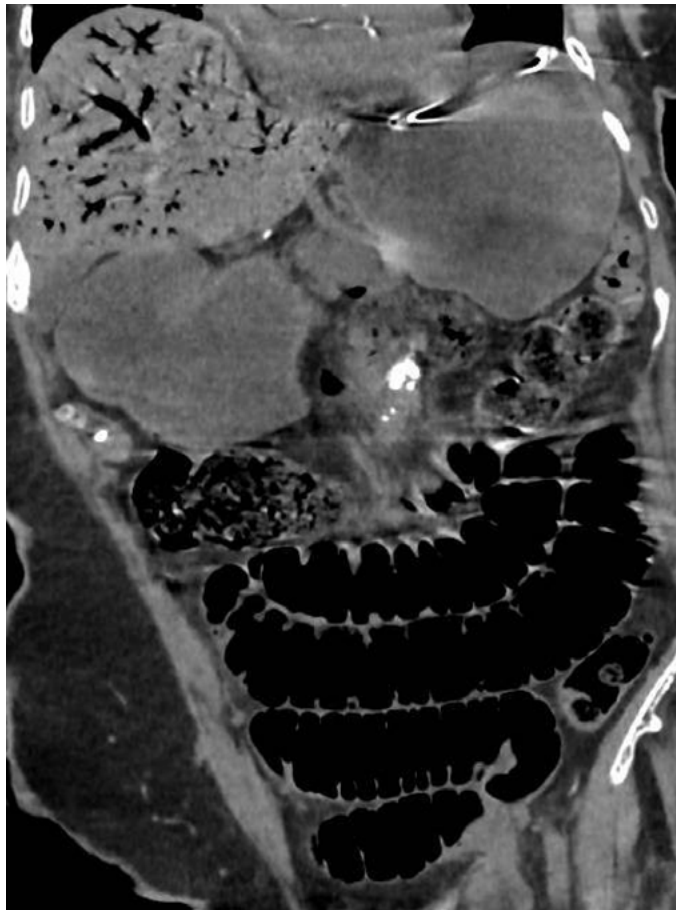


Figura 1

Obstrucción de ID, GVPH masivo intrahepático.

obstrucción intestinal, abscesos intraabdominales, patología ulcerosa gastrointestinal, EII, iatrogenia, etc.

En cuanto a la patogenia, dos hipótesis: gas bacteriano producido en el sistema venoso, en casos de infección; y gas endoluminal absorbido por disrupción de la mucosa del tubo digestivo, en casos de aumento de presión intraluminal (obstrucción, colonoscopia), EII,

isquemia, etc. Así, la neumatosi intestinal se entiende como un paso intermedio en la formación de GVPH, aunque solo aparecen juntos en el 50% de las TCs.

Por tanto, también en los casos “benignos” podemos hallar neumatosi intestinal, que no siempre implica isquemia o necrosis. En nuestro caso destacan el buen estado general de la paciente y la normalidad de la exploración, así como la ausencia de signos analíticos de sepsis. La indicación de cirugía la sentó la hernia encarcerada.

Como conclusión, ante el hallazgo de GVPH en pruebas de imagen el tratamiento debe ser orientado según la etiología subyacente, la cual será la determinante del pronóstico.

240162. BOCIO ENDOTORÁCICO COMO CAUSA DE SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

C Jimenez Mazure¹, F Ramos Muñoz¹, I Pulido Roa¹, C Sanchez Gonzalez¹, J Santoyo Santoyo²

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

Introducción: El Síndrome de vena cava superior ((SVCS) es una entidad infrecuente caracterizada por la obstrucción total o parcial del flujo venoso de la vena cava superior hacia la aurícula derecha, produciendo ingurgitación yugular, plétora facial y edema en esclavina. En la mayoría de las ocasiones es debido a la presencia de tumores malignos a nivel mediastínico. Su presentación asociada a la presencia de un bocio es excepcional, con pocos casos descritos en la literatura.

Caso clínico: Varón de 69 años con ATCD de HTA, SAOS, dislipemia. BMN tóxico en seguimiento por Endocrino. Inicia clínica de rubefacción facial, hormigueos faciales y lagrimeo de varios meses de evolución, así como disnea en el decúbito.

En la exploración física se objetiva edema en esclavina, rubefacción, conjuntivitis, y circulación colateral a nivel de tronco superior. Presenta un cuello corto, con escasa extensión, y un bocio grado III, blando, liso, sin adenopatías asociadas.

La AS muestra un eje tiroideo normal, con Ac negativos. La ecografía cervical muestra ambos lóbulos tiroideos de tamaño muy aumentado (LTD 4,5X6X12 cm; LTI 5,6X7,7X12 cm), con componente endotorácico y patrón heterogéneo, nódulos colindantes isoecogénicos y quísticos. El TC cervicotorácico muestra bocio multinodular endotorácico, que provoca compresión y aflamamiento de ambos troncos venosos braquiocefálicos a nivel de primer arco costal, que resulta en síndrome de vena cava superior.

Es intervenido en diciembre de 2023, precisando esternotomía de asistencia ante la imposibilidad de su enucleación por abordaje exclusivo cervical. La cirugía transcurre sin incidencias, con neuromonitorización intraoperatoria correcta, y preservación de las glándulas paratiroides. La evolución es favorable, sin trastornos fonatorios, ni necesidad de suplementos de calcio. Es dado de alta al 7º día postoperatorio.

La revisión en consulta muestra mejoría de los síntomas, con ausencia de inyección conjuntival y resolución de la rubefacción facial, así como reversión de la circulación colateral, y desaparición de la disnea.

Discusión: El SVCS es una entidad infrecuente, con muy pocos casos descritos asociados a patología tiroidea. El diagnóstico es fundamentalmente clínico; el TC mostrará compresión extrínseca de la vena cava superior o de ambos troncos braquiocéfálicos, como en este caso. El tratamiento raramente es quirúrgico, siendo el bocio una de las excepciones. La mortalidad puede alcanzar el 3-4%. La esternotomía puede ser necesaria en estos casos, donde el componente intratorácico suele ser muy voluminoso, y la congestión venosa resulta en un alto riesgo de sangrado, que alivia en el momento de la esternotomía.

240163. ANGIOEMBOLIZACIÓN DEL TRAUMATISMO ESPLÉNICO: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Á Fernández Jiménez, AA Maestu Fonseca, JA Aragón Encina, A Bengoechea Trujillo, JM Pacheco García

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

Introducción: Varón de sesenta y seis años anticoagulado que presenta cuadro de shock hipovolémico causado por rotura esplénica. Ante la imposibilidad de revertir la anticoagulación y el alto riesgo hemorrágico se consensua la embolización esplénica.

Caso clínico: Varón de setenta y seis años con antecedente de fibrilación auricular tratado con anticoagulación oral, EPOC, SAOS con necesidad de CPAP y aneurisma de aorta torácica.

El paciente presenta describe dolor abdominal agudo, palidez y sudoración profusa seguida de desvanecimiento. A su llegada presenta hipotensión arterial y confusión, junto a una frecuencia cardíaca de 90 lpm. En la exploración abdominal el abdomen era doloroso en el flanco izquierdo.

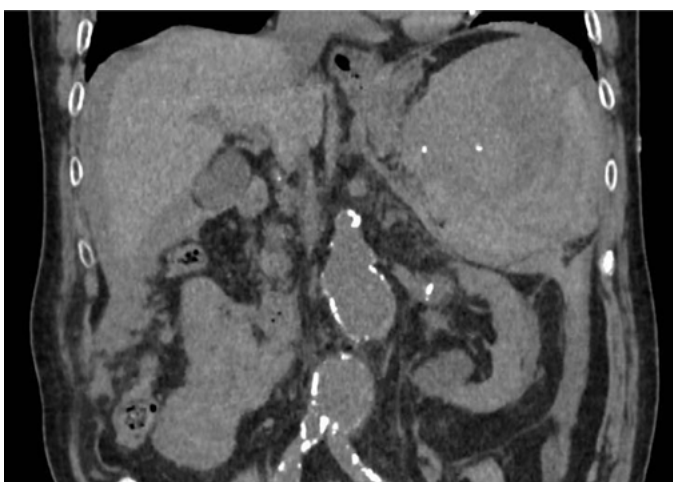


Figura 1

TAC abdominal. Se observa hematoma esplénico > 50%.

Se realizó analítica, en la que se objetiva una hemoglobina de 10 g/dL, que en las siguientes horas descendió a 8'2 g/dL. En el TAC de abdomen y pelvis se describe hemoperitoneo moderado con hematoma periesplénico >50% del órgano. Ante la toma reciente del anticoagulante, cuyo antídoto no se encontraba disponible, se contacta con el servicio de Hematología que informó de un riesgo muy alto de hemorragia en caso de cirugía tras el efecto del fármaco anticoagulante, por lo que ante la estabilidad hemodinámica del paciente se opta por la angioembolización.

Se diagnostica al paciente de lesión esplénica grado III de la Asociación Americana de Cirugía de Trauma (AAST).

Se realizó angioembolización de la arteria esplénica en la que se comprobó la ausencia de sangrado posterior. El paciente permanece estable.

A los 15 días el paciente inicia cuadro de fiebre, dolor en hipocondrio izquierdo y leucocitosis, por lo que se realiza TAC abdominal que confirma la presencia de absceso en la celda esplénica, por lo que finalmente se opta por realizar una esplenectomía.



Figura 2

Embolización esplénica.

Discusión: La angioembolización por traumatismo esplénico es una estrategia segura y eficaz incluso en la IAST IV-V o en presencia de hemoperitoneo, incluso en pacientes inestables. El Manejo del Trauma por Resucitación Endovascular (EVTM) ha aumentado las tasas de la preservación del órgano.

Los pacientes con alto riesgo operatorio son los que más se benefician.

Es un procedimiento para lograr la hemostasia en el momento agudo pero no está exento de complicaciones. El infarto del órgano, el desarrollo de un absceso que puede requerir una cirugía tardía o la posterior pérdida de la función del órgano son algunos. Con el cambio de paradigma hacia el tratamiento de preservación de órganos

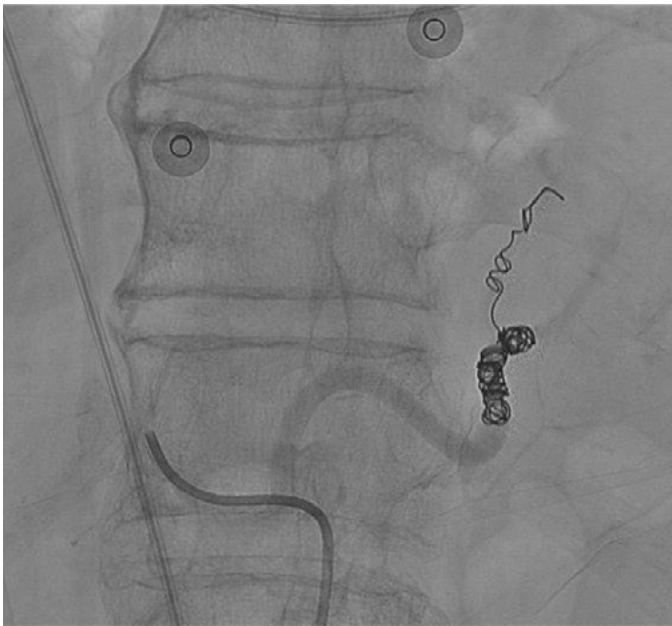


Figura 3

Embolización esplénica completada.

después de un traumatismo, las intervenciones endovasculares han revolucionado el abordaje de las lesiones esplénicas.

240165. PERFIL CLINICO Y ESTRATEGIA DE EXTRACCION ENDOANAL DE CUERPOS EXTRAÑOS RECTALES COMPLEJOS

VJ Ovejero¹, MV Bermudez¹, RC Melchor¹, R Gonzalez², M Peix³, L Diaz³, L Cañon³, C Roman³, D Morales³

¹Departamento Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria. ²Departamento Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria. ³Departamento Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: La presencia de cuerpos extraños rectales es una urgencia quirúrgica poco habitual cuyo origen suele encontrarse en su introducción manual por vía anal y, menos frecuentemente, la ingesta oral o la migración desde otros órganos. La mayoría de pacientes describen dolor pélvico o rectorragia según el tiempo de evolución.

Se expone un perfil de paciente y una descripción de estrategias de extracción a propósito de un caso complejo ya que suele tratarse de enfermos que pocas veces admiten su introducción lo cual exige una alta sospecha clínica y pericia para resolver el cuadro sin generar complicaciones.

Caso clínico: Varón de 47 años, con problemas sociolaborales y consumidor de cocaína, que refiere introducción accidental de un cuerpo extraño por vía anal al sentarse y aparición de dolor pélvico. La exploración proctológica mostró ingurgitación hemorroidal y secreción mucosanguinolenta en el canal anal. El tacto rectal reveló

un material esférico rodeado de un aro sólido alojados en la ampolla rectal que fueron filiados radiológicamente como una "esfera contenida en una estructura cilíndrica radiopaca". Se descartaron signos de irritación peritoneal. El estudio analítico mostró intensa leucocitosis con desviación izquierda.

Fue intervenido por vía endoanal mediante raquianestesia identificando una pelota de tenis encasquillada en una maceta de porcelana de unos 10x9 cm que obligaron a una extracción en dos tiempos mediante punción-arrastre de la pelota y fragmentación de la maceta tras el fracaso de diversas técnicas de instrumentación. Una revisión endoscópica de la ampolla rectal descartó complicaciones locales causando alta con el tránsito intestinal restablecido.

Discusión: Suele tratarse de pacientes menores de 50 años con discreto predominio masculino en un contexto de prácticas sexuales impropias, trastornos psiquiátricos, portadores de narcóticos o un bajo nivel de conciencia por el efecto de drogas. El motivo de consulta es variable por lo que exige un alto nivel de sospecha en un paciente con una anamnesis poco definida. Una adecuada exploración proctológica establece el diagnóstico en más de la mitad de casos.

El tamaño y características del cuerpo extraño es un condicionante en la estrategia de extracción, dificultada en el varón por su condición de pelvis estrecha. Las maniobras instrumentales están sujetas al ingenio del cirujano aunque la fragmentación endoluminal en casos viables puede ser rentable sin asociar un mayor riesgo de perforación. Se debe incidir en la extracción transanal para evitar otros procedimientos quirúrgicos más agresivos.

240167. FISTULA ENTEROURINARIA TARDÍA TRAS INTERVENCIÓN DE BRICKER

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

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

Introducción: La fístula entero-neovesical es una complicación infrecuente (<1,5%) tras una cistectomía radical con reconstrucción tipo Bricker. Habitualmente ocurre en el postoperatorio inmediato, siendo excepcional su aparición tardía, existiendo muy pocos casos publicados en la literatura, por lo que existe poca evidencia en relación a su tratamiento, que va a precisar un abordaje multidisciplinar.

Caso clínico: Varón de 74 años, con antecedentes de HTA y EPOC, diagnosticado de carcinoma vesical que requirió cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker por parte del servicio de urología en julio de 2021. Postoperatorio sin incidencias, aunque posteriormente desarrolló estenosis de urostomía, manejada con colocación de sonda de Foley en el estoma.

Acudió a urgencias en septiembre de 2023 por emisión de contenido fecaloideo por urostomía y tránsito diarreico tras recambio de sonda de urostomía.

TC de abdomen con posible fístula entre íleon y el asa de Bricker, corroborado con neocistografía. Se inició tratamiento conservador

pero ante la no mejoría se decidió intervención quirúrgica, objetivándose importante fibrosis y síndrome adherencial local, con estenosis del asa de urostomía que se encontraba fistulizada a íleon e íntimamente adherida a retroperitoneo y vasos ilíacos derechos. Se realizó exéresis del asa de urostomía e íleon terminal fistulizado y nueva confección de asa de Bricker + anastomosis ileal latero-lateral manual.

La evolución fue favorable, presentando fuga a nivel de uréter medio izquierdo, por lo que se fue de alta con nefrostomía izquierda que se retiró en consulta sin incidencias.

Anatomía patológica con signos inflamatorios, sin evidencia de neoplasia ni isquemia.

Discusión: La fístula entero-neovesical es una complicación infrecuente tras una intervención tipo Bricker, siendo excepcional su aparición tardía, motivo por el cual su manejo no está bien definido.

Los síntomas típicos son fecaluria, neumaturia e infecciones urinarias de repetición.

El principal factor de riesgo es la radioterapia; otros factores son: diabetes, tratamiento corticoideo prolongado, anastomosis a tensión, desnutrición o sobredistensión del asa de la urostomía.

La prueba más ampliamente utilizada en su diagnóstico es la TC, siendo también útil la neocistografía; también se ha descrito el uso del "poppy seed test", aunque esta prueba no localiza el lugar de la fístula.

Puede intentarse el tratamiento conservador en pequeñas fístulas, y ante ausencia de signos de sepsis o irritación peritoneal, aunque habitualmente va a ser necesario el tratamiento quirúrgico, que precisa un abordaje multidisciplinar entre los servicios de cirugía digestiva y urología y puede suponer un importante desafío técnico.

240170. FISTULA DUODENAL POSTCOLECISTECTOMIA DE ORIGEN VASCULAR

VJ Ovejero¹, MV Bermudez¹, R Gonzalez², RA Dominguez¹, L Diaz³, M Peix³, C Roman³, L Caño³, D Morales³

¹Departamento Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria. ²Departamento Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria. ³Departamento Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: Las lesiones vasculares de la arteria cística en el contexto de una colecistopatía suelen ser motivados por el propio proceso inflamatorio acompañante o algún tipo de trauma local durante su tratamiento quirúrgico. El pseudoaneurisma de la arteria cística resulta una complicación excepcional de la colecistectomía y sus manifestaciones clínicas más frecuentes son la hemobilia, la hemorragia digestiva alta y el hemoperitoneo.

Se enfatiza el valor de la sospecha clínica en el diagnóstico y la importancia actual de la radiología intervencionista como procedimiento mínimamente invasivo en la resolución del cuadro.

Caso clínico: Mujer fumadora de 60 años con antecedente de hipertensión arterial, psoriasis en tratamiento con Adalimumab y angina de esfuerzo que fue sometida a una colecistectomía laparoscópica electiva por colelitiasis sintomática. En el postoperatorio presentó una colección en el lecho quirúrgico que se trató de forma favorable mediante antibioterapia. Reingresó posteriormente por reaparición de la colección y hematemesis que motivó realización de una endoscopia digestiva alta, que identificó una fístula duodenal con salida de material purulento y coágulos a la luz digestiva.

El estudio se completó con una TC abdominal que evidenció un pseudoaneurisma dependiente del muñón de la arteria cística y un hematoma contiguo que improntaba sobre una solución de continuidad en la segunda porción duodenal. La paciente fue sometida a una embolización supraselectiva del muñón arterial a partir de un abordaje intervencionista sobre la arteria hepática. La evolución resultó favorable con apoyo de antibioterapia, comprobando endoscópicamente el cierre fistuloso.

Discusión: El origen etiológico del pseudoaneurisma postoperatorio del muñón arterial cístico podría encontrarse en el efecto térmico de la electrocoagulación quirúrgica o un mal posicionamiento de los clips metálicos sobre el conducto y la arteria cística. El antecedente reciente de colecistectomía en un paciente con hemorragia digestiva alta debería ser un síntoma de sospecha para solicitar una TC abdominal urgente por su accesibilidad y alta efectividad en la valoración del árbol vascular.

Su tratamiento de elección es la embolización radiológica selectiva por su elevada tasa de éxito y bajo índice de complicaciones. Se debería hacer un control de imagen en los primeros meses postprocedimiento para descartar procesos infecciosos o isquémicos.

240173. TIMOMA, MIASTENIA GRAVIS Y CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO

M Domínguez Muñoz, I Lorence Tomé, C Sacristán Pérez, C Marín Velarde

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

Introducción: El timoma tipo B2 es una neoplasia infrecuente, representa el 20% de los timomas, y el 70% de ellos se asocian con otros trastornos paraneoplásicos, principalmente miastenia gravis. No hay bibliografía que establezca una clara relación entre estos y la patología tiroidea maligna.

Caso clínico: Paciente de 27 años que debutó con cuadro de disartria y ptosis palpebral por el que ingresó a cargo de Neurología para estudio de Miastenia Gravis. Durante el ingreso se descartó patología estructural craneal con TAC y se confirmó el diagnóstico de Miastenia Gravis, junto a timoma, adenopatías laterocervicales derechas sospechosas de malignidad y bocio multinodular, recomendándose estudio ecográfico tiroideo, en el estudio de extensión. Tras la estabilización de la paciente, se decidió alta de la paciente con estudio PET/TAC de cuello y tórax preferente y analítica con función tiroidea. En el PET/TAC observaron captación en el lóbulo derecho y en la analítica positividad para anticuerpos antitiroglobulina. Se derivó a la pacientecirugía endocrina recomendándose Eco-PAAF.

El resultado de esta fue: nódulo en lóbulo tiroideo derecho TIRADs 5 y citológicamente Bethesda V, sospechándose carcinoma medular. Se presentó el caso en comité de tumores y decidiéndose tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar bilateral del compartimento central y biopsia intraoperatoria para valorar ampliar el vaciamiento, junto a timectomía.

La anatomía patológica intraoperatoria, fue informada como carcinoma papilar de tiroides variante esclerosante y metástasis ganglionar, por lo que se realizó el vaciamiento ganglionar central bilateral. El resultado anatomopatológico fue carcinoma papilar con adenopatías metastásicas y timoma subtipo B2.

Discusión: La relación entre la Miastenia Gravis y las masas tímicas han sido ampliamente demostrada en la literatura. Esta enfermedad guarda relación con masas en mediastino anterior en un 70%, siendo la hiperplasia de timo la más asociada, aunque en un 15 % se asocia a timomas. Resulta fundamental el diagnóstico del timoma en el estudio de extensión, porque el tratamiento quirúrgico del mismo mejora el curso de la miastenia.

Por otro lado, los pacientes con miastenia gravis, debido a la disregulación inmunitaria que presenta, tienen mayor riesgo de presentar neoplasias extra tímicas sin evidenciarse susceptibilidades específicas a malignidades determinadas. La relación entre la patología tiroidea y los timomas no ha sido demostrada y en la bibliografía actual sólo hay publicado una serie de casos de dos pacientes con carcinoma papilar de tiroides y timoma, lo que sugiere que se necesitan más estudios para obtener conclusiones y poder esclarecer o descartar la relación u origen común de estos tumores.

240175. UNA MASA PÉRVICA POCO FRECUENTE: MIELOLIPOMA EXTRAADRENAL

D Franco Berraondo, C Sanchez Gonzalez, J Carrasco Campos, P Gutierrez Delgado, S Mera Velasco, I Gonzalez Poveda, M Ruiz Lopez, J Toval Mata, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Los mielolipomas extraadrenales son tumores benignos extremadamente raros, con una incidencia del 0,08-0,4% y menos de una centena de casos descritos en la literatura.

Caso clínico: Varón de 68 años en seguimiento por parte de digestivo por un pólipo degenerado extirpado endoscópicamente. En una tomografía computarizada (TC) de control se detecta una tumoración delante de la musculatura iliaca externa, heterogénea, de unos 86 mm. Se realiza ecografía con hallazgo de una masa medial a vasos ilíacos y a pared vesical, sólida, de contornos lisos y definidos, con ecogenidad similar a la grasa y presencia de algún vaso en su interior. Estos hallazgos, junto con los descritos en TC, plantean el diagnóstico de liposarcoma de bajo grado. Se completa estudio con una resonancia magnética (RM) en la que se observa una imagen con señal heterogénea de aproximadamente 8cm con características radiológicas compatibles con neoplasia de bajo grado. Además, se emplea un modelo de reconstrucción en tres dimensiones (3D) para una mejor planificación quirúrgica.

Con el diagnóstico radiológico de probable liposarcoma, se decide exéresis quirúrgica. Se resecta una masa retroperitoneal de unos 10cm íntimamente adherida a vasos ilíacos derechos y a plano óseo de hemipelvis derecha. El postoperatorio transcurre sin complicaciones. La anatomía patológica resulta diagnóstica de mielolipoma extraadrenal (MEA).

Discusión: Los mielolipomas son tumores benignos de las glándulas suprarrenales compuestos de tejido adiposo y células hematopoyéticas. Los MEA son muy raros y aparecen en el 50% de los casos en región presacra. Habitualmente son asintomáticos.

Las imágenes radiológicas tanto en ecografía, TC y RM varían en función de la proporción grasa y la presencia de elementos medulares. Únicamente mediante pruebas radiológicas puede resultar difícil el diagnóstico diferencial con un liposarcoma.

Dada la baja incidencia de MEA no existen guías clínicas que establezcan recomendaciones sobre su tratamiento. La mayoría de los casos en los que se extirpa el tumor es por dudas sobre su estirpe o por el efecto masa que pueden producir. Los modelos de reconstrucción en 3D son una tecnología en auge que parece mejorar la planificación quirúrgica.

El riesgo de recurrencia es mínimo y no requieren seguimiento.

240177. NEOPLASIA AXILAR SIN EVIDENCIA DE CÁNCER DE MAMA. HABLAMOS DEL CARCINOMA OCULTO

S Martín Arroyo, S Melero Brenes, N García Aguilar, 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 una de las neoplasias más prevalentes; en el mundo, una de cada 12 mujeres sufrirá de esta patología a lo largo de su vida. Siendo diagnosticado frecuentemente como un nódulo mamario en la exploración física, la mamografía o la ecografía de screening. Por el contrario, el carcinoma oculto de mama se expresa como un crecimiento ganglionar axilar aislado.

Su frecuencia es baja, en torno al 0.3-1% de todos los cánceres de mama y por esto, su manejo es controvertido. La prueba de imagen de elección es la resonancia magnética, identificando el tumor primario en el 70% de los casos.

El tratamiento varía según la literatura consultada entre linfadenectomía con/ sin mastectomía y/o radioterapia.

Caso clínico: Paciente mujer de 50 años sin antecedentes de interés, que es diagnosticada de neoplasia de mama derecha dentro del programa de detección precoz de cáncer de mama.

Tras realizarse BAG de la lesión se objetiva carcinoma ductal in situ luminal A; decidiéndose en comité de tumores de mama la realización de mastectomía con biopsia de ganglio centinela intraoperatorio y reconstrucción inmediata.

Se realiza la intervención quirúrgica propuesta sin incidencias, con resultado negativo para malignidad en los tres ganglios extraídos intraoperatoriamente; siendo la paciente alta a los dos días, con buena evolución postoperatoria.

Al recibir los resultados de anatomía patológica, llama la atención el diagnóstico definitivo: carcinoma oculto de mama con tres ganglios afectados (macrometástasis).

Ante dichos hallazgos y tras revisar bibliografía, se decide realizar linfadenectomía axilar derecha. Dicha intervención se realiza sin incidencias, siendo positivos para metástasis 6 de los 12 ganglios extraídos.

La paciente evoluciona favorablemente, y se encuentra recibiendo quimioterapia adyuvante sin incidencias.

Discusión: El cáncer oculto de mama fue definido por Halsted como una “neoplasia axilar con cáncer de mama no demostrable”

Es una patología muy poco frecuente pero que debemos tener muy en cuenta en el diagnóstico diferencial de crecimiento ganglionar axilar, junto con metástasis axilar (melanoma), linfoma o enfermedad infecciosa/inflamatoria.

Cabe destacar que la prevalencia de esta enfermedad no se ha visto modificada con el desarrollo de nuevas y mejoradas técnicas de imagen, lo que nos demuestra difícil diagnóstico.

El tratamiento es controvertido pero suele inclinarse hacia el manejo quirúrgico.

240179. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA: CARCINOMA EPIDERMÓIDE SOBRE CICATRIZ DE SINUS PILONIDAL

S Martín Arroyo, R Escalera Pérez, N García Aguilar, N Pérez Hernández, C Medina Achirica

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

Introducción: El carcinoma epidermoide o carcinoma de células escamosas, es un tipo de cáncer de piel producido por invasión de la dermis por parte de los queratinocitos epidérmicos.

Al contrario que en el caso clínico expuesto, suelen presentarse en mujeres jóvenes de piel clara, apareciendo con frecuencia en zonas expuestas al sol, como lesiones que no se curan ni mejoran con el tiempo.

La mayoría de los carcinomas epidermoides de piel tienen un comportamiento benigno y la cirugía es curativa. Sin embargo, los de alto riesgo presentan metástasis en un 5% de los casos y recurrencia local en un 3%.

Con respecto a los pacientes VIH, el riesgo de desarrollar cáncer de piel no melanoma se encuentra aumentado en 2,1 veces en comparación con la población no VIH.

Caso clínico: Paciente varón de 52 años con AP de VIH con carga indetectable, VHC y ex ADVP que acude a consulta por degeneración de cicatriz sacra tras intervenir de sinus pilonidal.

A la exploración, lesión excrecente, con mucho dolor a la palpación y con exudado serohemático al roce en línea interglútea.

Ante sospecha de lesión cutánea maligna se decide exéresis por parte de Dermatología, con resultado de carcinoma epidermoide infiltrante.

Se completa estudio con RNM, que evidencia lesión sacra de 10 x 5 cm sin adenopatías presentes, y con TAC de extensión que, por bronquiolitis, no permite determinar afectación torácica.

Tras presentarse en comité de tumores, se decide completar la exéresis quirúrgica con QT y RT.

Discusión: La epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana y el desarrollo de las terapias antirretrovirales, ha llevado al aumento de la supervivencia de los pacientes que conviven con el VIH de forma crónica.

En torno al 95% de estos pacientes, presentará alguna manifestación cutánea a lo largo de su vida por lo tanto, como cirujanos generales, debemos conocerlas y, sobre todo, sospecharlas.

Con respecto a la apariencia clínica, es muy variable; pero ante una lesión (sobre todo en una zona expuesta a rayos UV) que no cura hay que sospechar carcinoma epidermoide y realizar biopsia.

El tratamiento depende de las características del tumor y puede incluir curetaje y electrodissección, resección quirúrgica, criocirugía o, en ocasiones, radioterapia.

240185. SÍNDROME DE ROSAI-DORFMAN Y CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES, ¿UNA COINCIDENCIA DESAFORTUNADA?

MJ Alonso Sebastián, R Rejón López, I Roldan 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 nódulo 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 1,7x3,5 mm y 9x2,5 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

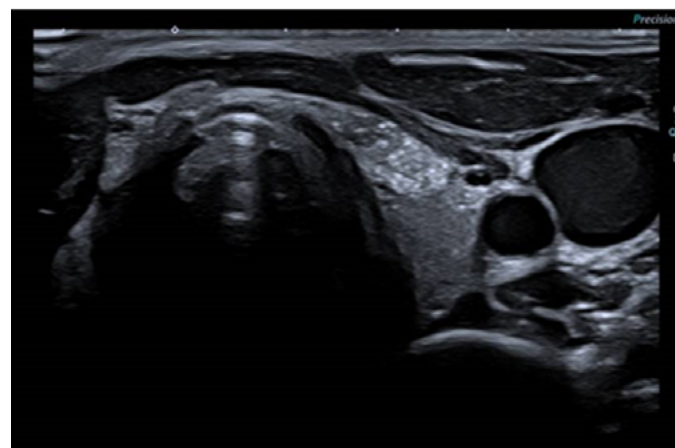


Figura 1

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

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.

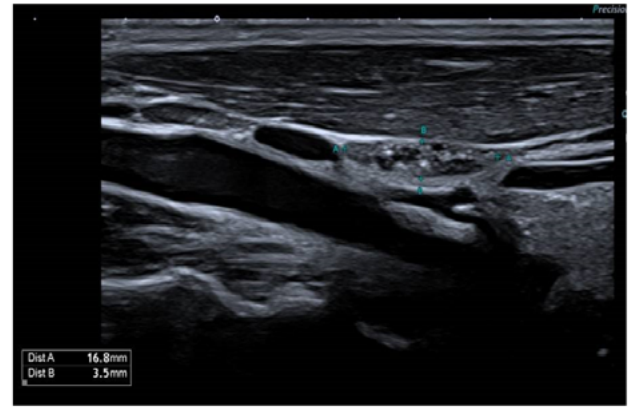


Figura 2

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

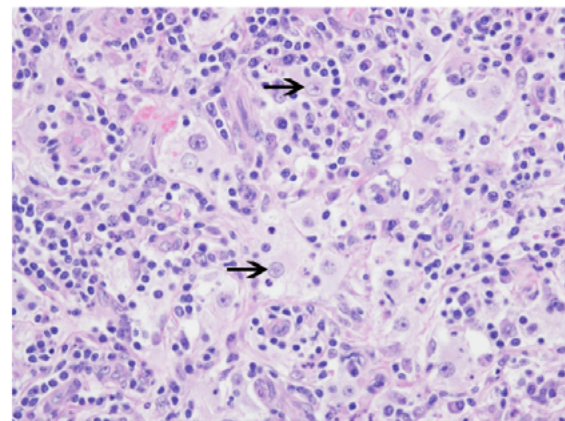


Figura 3

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

240186. SIN SOSPECHA NO HAY DIAGNÓSTICO NI TRATAMIENTO: LA TUBERCULOSIS ABDOMINAL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

MJ Alonso Sebastian, C Acosta Gallardo, P Vílchez Fernández, S Ercoreca Tejada, AJ Serantes Gómez

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

Introducción: La tuberculosis abdominal (TB) es una manifestación poco común de la infección por *Mycobacterium tuberculosis*, aunque puede tener gran repercusión clínica. Presenta un desafío diagnóstico debido a que presenta una sintomatología inespecífica y similitud con otras patologías intraabdominales, por lo que se denomina en ocasiones la gran simuladora. Sin embargo, supone el 11% de los casos extrapulmonares y el 0,5% de los casos nuevos de TB. Es esencial su sospecha para un correcto diagnóstico y manejo del paciente.

Presentamos el caso de un joven de 19 años, inmigrante del norte de África, residente en nuestro país desde hace 6 meses, que desarrolló obstrucción intestinal secundaria a TB abdominal.

Caso clínico: El paciente presentaba una historia de 6 meses de pérdida de peso no intencionada de 15 kg y un inicio reciente de síntomas de obstrucción intestinal en los últimos 10 días. No se observó ningún hallazgo en la radiografía de tórax.

Se realizó un TAC abdominal, en el que se observaba ascitis, engrosamiento mural a nivel de yeyuno y nódulos peritoneales múltiples. Esto planteó el diagnóstico diferencial con carcinomatosis peritoneal, linfoma, enfermedad inflamatoria intestinal y tuberculosis abdominal. El diagnóstico que mejor explicaba la confluencia de todos los síntomas era el de tuberculosis abdominal, por lo que nuestra primera actitud fue manejo conservador, drenaje de la ascitis y envío de muestra para estudio con tinción de Ziehl Neelsen de la misma. La tinción fue negativa, pero posteriormente se demostró la infección por *Mycobacterium tuberculosis* con cultivo y esputo positivos.



Figura 1

A. Radiografía de abdomen y pelvis en la que se observa dilatación de asas intestinales. B. TAC abdominal en el que se aprecia obstrucción de intestino delgado y ascitis.

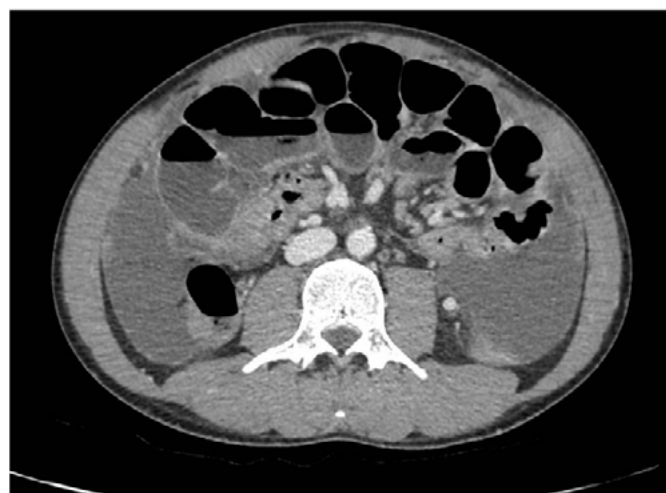


Figura 2

TAC abdominal con abundante ascitis y nodularidad peritoneal difusa.

Se realizó manejo conservador del cuadro obstructivo y se inició tratamiento antituberculoso, con una resolución completa de la clínica a los 2 días.

Discusión: La TB abdominal debe considerarse en el diagnóstico diferencial de jóvenes inmigrantes que presentan pérdida de peso inexplicada y obstrucción intestinal, especialmente en regiones con alta prevalencia de TB. El reconocimiento temprano e inicio de la terapia antituberculosa son cruciales para un manejo eficiente y para la prevención de complicaciones.

Este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha para la TB abdominal, ya que el diagnóstico y tratamiento oportunos pueden impactar significativamente en los resultados del paciente y prevenir intervenciones quirúrgicas innecesarias. Se requiere investigación adicional para elucidar estrategias diagnósticas y terapéuticas óptimas para las complicaciones asociadas con la TB abdominal.

240190. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR LIPOSARCOMA DESDIFERENCIADO.

MM García Bretones¹, AC Cisneros Ramirez², C González Callejas², C Moreno Cortés², B Mirón Pozo²

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

Introducción: El liposarcoma es un tumor maligno de tejidos blandos, descrito por primera vez por Virchow en 1857. Suele localizarse en el retroperitoneo, o tejidos blandos profundos del tronco y extremidades. El diagnóstico del liposarcoma es muy difícil ya que generalmente no causa síntomas hasta que el tumor es lo suficientemente grande como para comprimir o invadir las estructuras anatómicas circundantes. Presentamos el caso de un paciente con un liposarcoma causando una obstrucción intestinal.

Caso clínico: Varón de 88 años, diabético y con antecedentes de enfermedad vascular cerebral, valorado por dolor abdominal difuso ocasional de un mes de evolución. Asocia síndrome constitucional junto a clínica obstructiva. A la exploración se evidencia abdomen globuloso y distendido, junto con masa en hemiabdomen izquierdo de gran tamaño dolorosa a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Se realiza un TC que evidencia un tumor sugerente de GIST mesentérico-yeyunal junto con un infarto omental secundario a una torsión mesentérica. Se realiza laparotomía media urgente evidenciando una tumoración en flanco izquierdo de unos 10x10cm de tamaño que parecía depender del mesenterio de yeyuno y que engloba asa intestinal. Se realiza resección del segmento afecto y anastomosis latero-lateral mecánica anisoperistáltica. Postoperatorio sin complicaciones. El resultado anatomopatológico fue de liposarcoma desdiferenciado grado 3, con un tamaño aproximado de 18x15.5x11cm localizado en mesenterio yeyunal, extrínseco a la pared intestinal con márgenes quirúrgicos no afectados. Tras ser informada la familia, decide por su edad no informar al paciente ni recibir tratamiento. Fue posteriormente ingresado al año para medidas de confort por progresión de su enfermedad siendo exitus



Figura 1

embrionarios postanales del intestino. Los quistes relacionados con la alteración del desarrollo embrionario son la segunda causa más común de tumores en el espacio retrorrectal, tras las lesiones inflamatorias. Suelen aparecer como masas asintomáticas en mujeres de mediana edad. Las complicaciones más frecuentes, si no se extirpan precozmente, son infección y desarrollo de fístulas cutáneas y degeneración maligna. La cirugía transanal mínimamente invasiva se utiliza normalmente para la resección de tumores intraluminales benignos o malignos en el canal anal. Presentamos un caso de quiste de tailgut extirpado por abordaje vía TAMIS.

Caso clínico: Mujer de 76 años diagnosticada de tumoración retrorrectal durante estudio por microhematuria. Clínicamente destaca molestias lumbares y tenesmo de larga data junto con hábito intestinal estreñido. Tacto rectal anodino. Se realiza una RMN que evidencia masa presacra de 29x26x38mm compatible con quiste de tail-gut. Mediante abordaje vía TAMIS se realiza apertura del recto mediante una semicircunferencia a nivel del borde craneal del músculo puborrectal y disección con bisturí armónico de la pared anterior del recto y de los bordes del quiste. Resección del mismo que se extiende desde el borde craneal del haz puborrectal hasta la región precoccígea. Se comprueba la existencia de plano graso libre y hemostasia, cerrando la pared rectal con una sutura continua de V-lock 3/0. Resultado histopatológico de hamartoma quístico retrorrectal. Postoperatorio sin complicaciones, siendo dada de alta al 7 día postoperatorio con seguimiento en consultas externas de Coloproctología.

Discusión: Los liposarcomas son los tipos de sarcomas más frecuentes, llegando al 20% del total. Según su clasificación se dividen en: pleomórfico, mixoide, diferenciado y desdiferenciado.

Los liposarcomas desdiferenciados se definen por la presencia de regiones claramente delimitadas de tejido sarcomatoso no lipogénico dentro de un tumor bien diferenciado. El liposarcoma del mesenterio del intestino delgado y que causa torsión es una entidad extremadamente rara, sólo 15 casos notificados de liposarcoma mesentérico, y 3 de los cuales fueron subtipo desdiferenciado. La mayoría son tumores de alto grado con tasas de recurrencia local más altas, potencial de metastatizar y un riesgo de muerte seis veces mayor.

En cuanto al tratamiento la resección quirúrgica completa es de primera elección, sin tener clara aun la eficacia del tratamiento adyuvante con quimioterapia.

Existen aún pocos datos sobre la recurrencia y supervivencia postratamiento por lo que sería interesante trabajar en esta línea de investigación.

240191. ESCISIÓN VÍA TAMIS DE QUISTE DE TAILGUT

MM García Bretones, J Ramos Sanfiel, J Moreno Teniente, B Mirón Pozo

Departamento Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: Los hamartomas quísticos retrorrectales son tumores congénitos poco frecuentes derivados de remanentes



Figura 1

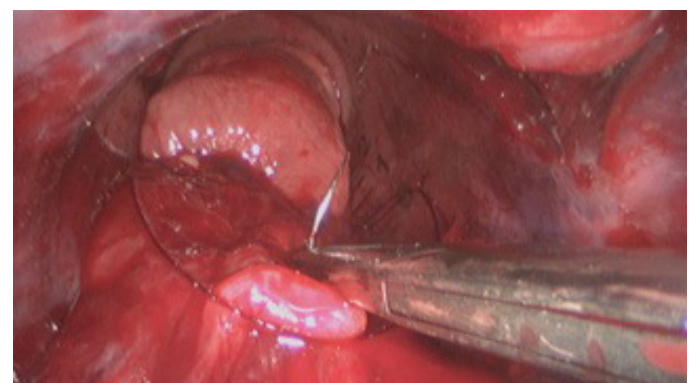


Figura 2

Discusión: Los hamartomas quísticos retrorrectales son difíciles de diagnosticar por su poca frecuencia y su naturaleza normalmente asintomática; encontrándose a menudo de forma incidental durante pruebas complementarias en relación con otras patologías. En casos sintomáticos se presenta como dolor rectal intermitente, dolor lumbar o síntomas urogenitales.

Existen múltiples vías de abordaje descritas en la literatura que se han llevado a cabo como la vía laterosacra o parasacroccígea, vía perineal interesfintérica, vía perineal anterior y vía TAMIS/TEM, siendo la más novedosa la última de estas. En general, la vía TAMIS, en comparación con la cirugía rectal laparoscópica como tratamiento de ciertos tumores rectales se asocia con menor tasa de complicaciones peri y postoperatorias, de forma estadísticamente significativa, sin diferencias en la supervivencia.

Sin embargo, el uso de estas técnicas para la resección de quistes localizados retrorrectalmente está muy poco descrito en la literatura, y requiere experiencia del cirujano en TAMIS.

240192. MICROCARCINOMA TIROIDEO EN TEJIDO ECTÓPICO GANGLIONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

D Raposo Puglia, MV Parejo Soto, S Melero Brenes, N Pérez Hernández, C Medina Achirica

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

Introducción: El microcarcinoma común (anteriormente llamado carcinoma papilar oculto) se define como un tumor <1 cm de diámetro.

Estos microcarcinomas se encuentran en entre el 15 y el 30 por ciento de las glándulas tiroides en la autopsias.

Las anomalías durante la embriogénesis pueden provocar tejido tiroideo ectópico.

La transformación maligna del tejido tiroideo ectópico es rara. Sin embargo, si se encuentra tejido tiroideo en los ganglios linfáticos cervicales laterales (tiroides aberrante lateral), se debe excluir una metástasis de un tumor tiroideo maligno.

Caso clínico: Paciente de 36 años, fumador, que es estudiado por nódulo tiroideo.

Exploración:

Cuello móvil. Dudosa lesión inferior izquierda a la palpación

Pruebas complementarias:

- Eco-PAAF nódulo tiroideo: Bethesda IV

- TAC con contraste i.v de tiroides:

Glándula tiroides aumentada de tamaño a expensas del lóbulo tiroideo izquierdo, donde se visualiza lesión nodular, heterogénea, con realce, bien definida, de tamaño 3x2 cm, densidad heterogénea. Sospecha de Ca folicular de tiroides.

Adenopatías latero cervicales bilaterales todas de tamaño inferior al cm, en eje corto en

Observamos imágenes que sugieren adenopatías en fosa supraclavicular izquierda, la de mayor tamaño de aproximadamente 15 mm y tamaño superior al cm en plano axial de morfología redondeada. Hallazgos que podrían sugerir adenopatías atípicas.

- ECO- PAAF adenopatías: Negativa

Ante estos hallazgos y tras presentarse en comité de tumores, se decide Tiroidectomía total con linfadenectomía central reglada.

Cirugía sin incidencias con monitorización de nervio recurrente. Alta al 2o DPO.

Anatomía patológica de la pieza:

- Pieza tiroidectomía: Adenoma folicular. Tiroiditis Linfocítica crónica inespecífica.

- Linfadenectomía central: Microcarcinoma papilar de 1,5 mm en tejido tiroideo ectópico. ganglionar .Ganglios linfáticos negativos para metástasis de carcinoma.

Discusión: - La transformación maligna del tejido tiroideo ectópico es rara.

- Se debe excluir una metástasis de un tumor tiroideo maligno ante la presencia de tejido tiroideo en los ganglios linfáticos.

240199. METÁSTASIS GANGLIONAR DE CARCINOMA TIROIDEO OCULTO.

I Capitán del Río, S Kaddouri Mohamed, JJ Torres Recio, Y López López, A Amaya Cortijo

Departamento Cirugía General y Digestiva Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla.

Introducción: Los quistes laterocervicales malignos son muy infrecuentes y suelen ser metástasis de carcinomas orofaríngeos, tiroideos y de glándulas salivares. Como se confirmó en este caso, existe la posibilidad de hallarlos ante la infrecuente presentación de carcinoma papilar oculto tiroideo con metástasis cervical quística.

Habitualmente los carcinomas tiroideos se manifiestan como masas asintomáticas dependientes de tiroides evidentes a la palpación. Hay otras formas de manifestación clínica primarias menos frecuentes: linfadenopatías solitarias metastásicas, masas parafaríngeas, quistes cervicales, hemoptisis y metástasis a distancia. Cuando un tumor tiroideo no se detecta con los métodos diagnósticos habituales y presenta como manifestación primaria la aparición de una adenopatía metastásica cervical se denomina carcinoma oculto. Esta forma de presentación en el carcinoma papilar supone del 10 al 26% de los casos.

La ECO y TAC son las pruebas diagnósticas útiles. Si la apariencia de la masa es quística existen datos que sugieren malignidad, como son pared gruesa e irregular contenido ecogénico en su

interior y presencia de septos. En algunos casos la apariencia del quiste es indistinguible de la de un quiste branquial, conduciendo a un diagnóstico de sospecha erróneo y retraso en el diagnóstico y tratamiento. La PAAF tiene 50 al 67% de falsos negativos. Si la punción es negativa para malignidad debe realizarse biopsia excisional de la masa.

Caso clínico: Paciente de 23 años con tumoración cervical izquierda de un año de evolución de crecimiento progresivo. Ingresó para estudio por febrícula vespertina mantenida y se realizó estudio serológico completo que resultó negativo, así como ECO cervical que evidenció conglomerado adenopático retroauricular izquierdo y glándula tiroidea de tamaño y ecogenicidad homogénea, sin lesiones focales. Se completó estudio con TAC cervical que muestra adenopatías aumentadas de tamaño de localización laterocervical izquierda de aspecto patológico, con amplia región necrótico-quística, en nivel IIA, III y IV. El estudio de extensión mediante TAC de abdomen y tórax resultó negativo. Ante la alta tasa de falsos negativos con PAAF, se realizó biopsia quirúrgica que informó de metástasis de carcinoma papilar de tiroides. Se realizó tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar central y vaciamiento lateral izquierdo.

Discusión: La presentación primaria de un carcinoma tiroideo papilar como metástasis cervical de naturaleza quística es extremadamente rara, habiéndose recogido menos de 45 casos en la literatura. Con este caso pretendemos recordar que, aunque la mayoría de quistes laterocervicales en adultos jóvenes se corresponde con patología benigna, debe considerarse la metástasis cervical de carcinoma oculto, incluyendo como posible diagnóstico diferencial el microcarcinoma papilar tiroideo.

240200. ISQUEMIA INTESTINAL COMO CAUSA DE SÍNDROME DE INTESTINO CORTO. RECONSTRUCCIÓN DEL TRÁNSITO, UN CASO CONTROVERTIDO.

L Salvador Ordoño, S Ercoreca Tejada, JL Diez Vigil, M Ibáñez Rubio, A Serantes Gómez, T Torres Alcalá, JM Villar del Moral

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

Introducción: El síndrome del intestino corto (SIC) es la causa más común de insuficiencia intestinal secundaria a una resección de una cantidad crítica del Intestino delgado (ID). Constituye una patología incapacitante que causa malabsorción intestinal y malnutrición.

Entre las causas más frecuentes en el adulto se deben a resecciones masivas en el contexto de isquemia mesentérica, enfermedad de Crohn o enteropatías crónicas, entre otras. Se denomina SIC a la presencia de una longitud de ID residual a partir del ángulo duodenoyeyunal inferior a 150cm.

Caso clínico: Varón de 39 años con múltiples antecedentes personales entre los que destacan: Enfermedad renal crónica en programa de hemodiálisis y síndrome Antifosfolípídico con trombosis de grandes vasos.

Se interviene por isquemia mesentérica (Figura 1) realizándose laparotomía exploradora con control de daños que consistió en resección de 2 metros de ID, y posterior second look con anastomosis

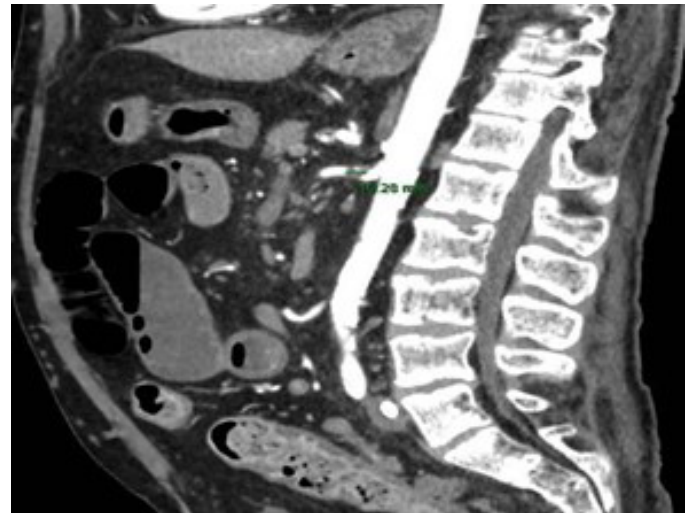


Figura 1
AngioTC abdomen y pelvis .Corte sagital. Trombosis completa de un segmento corto de la porción proximal de la arteria mesentérica superior de unos 10 mm de longitud.

ileoileal termino-terminal a 10 cm de la válvula ileocecal a las 48 horas. En su 14º día postoperatorio (DPO) se le realiza una yeyunostomía terminal por dehiscencia de anastomosis previa y cuadro de peritonitis generalizada quedando viables 40 cm de ID siendo alta al 41ºDPO.

A los 4 meses ingresa en Medicina Interna por diarreas incontrolables que condicionan importante alteración hidroelectrolítica y malnutrición severa. Se intentó manejo conservador con nutrición enteral, o con análogos de GLP2 sin éxito.

Dado que las medidas no invasivas no fueron suficientes, se realizó la reconstrucción del tránsito a pesar del alto riesgo quirúrgico que el paciente asumió. En su 3er DPO presentó peritonitis fecaloidea generalizada con dehiscencia de la anastomosis debido a isquemia de la misma. TC abdominal (Figura 2).

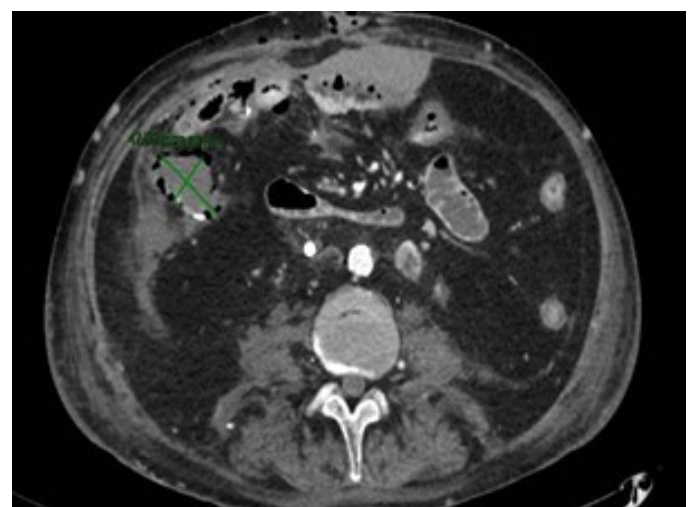


Figura 2
TC con Contraste I.V. de Abdomen y Pelvis: Isquemia de un segmento de yeyuno distal y de parte del hemicolon derecho, con signos de perforación asociada y colección con gas en su interior.

Se decide intervención quirúrgica emergente. Dada la isquemia masiva y la inestabilidad hemodinámica del paciente, se decide no continuar con la cirugía. Finalmente, el paciente fue exitus.

Discusión: Las grandes resecciones intestinales pueden generar una alta morbilidad que limitan la calidad de vida de nuestros pacientes, por ello debemos contextualizar cada caso y ser realistas con nuestras indicaciones quirúrgicas así como con las opciones terapéuticas disponibles para paliar sus secuelas.

240202. LIPOSARCOMA ESCROTAL GIGANTE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA INGUINO-ESCROTAL

I Capitán del Río, J Alonso Gómez, A Amaya Corrijo

Departamento Cirugía General y Digestiva Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla.

Introducción: Las hernias son la principal causa de tumoraciones inguino-escrotales, sin embargo, debe realizarse diagnóstico diferencial entre abscesos, lesiones vasculares, criptorquidia, teste retráctil o tumores. Los liposarcomas del cordón espermático son extremadamente raros, con menos de 200 casos en la literatura. Suelen presentarse de manera insidiosa como una hernia inguinal. La incidencia de tumores malignos del cordón espermático es de 0,3 casos por millón y, de ellos, el tipo más común es el liposarcoma. Se presentan típicamente entre la quinta y la séptima décadas de la vida.

Según la clasificación de la OMS de tumores de tejidos blandos, los liposarcomas se clasifican en cinco categorías: 1) bien diferenciados, incluidos los subtipos adipocítico, inflamatorio y esclerosante, 2) desdiferenciados, 3) mixoides, 4) de células redondas y 5) pleiomórficos. Los tipos de células redondas y pleiomórficos tienen el peor pronóstico, ya que se asocian con una mayor tasa de recurrencia y metástasis hematogena en el pulmón y los huesos. Por el contrario, los tipos diferenciados y mixoides se asocian con recurrencia locorregional.

Caso clínico: Varón de 60 años con tumoración escrotal de 2 años de evolución. La exploración evidencia tumoración de consistencia heterogénea irreductible, sin clara relación con canal inguinal (Imagen A). El TC de abdomen y escroto evidencia masa en bolsa escrotal derecha de 19x18x32 cm con atenuación grasa, reticulación, focos nodulares y componente sólido caudal con calcificaciones, que sugiere liposarcoma (Imagen B).

Se realiza biopsia, con resultado anatomopatológico: liposarcoma bien diferenciado tipo lipoma (positividad MDM2, CDK4 y S-100). Se deriva a Unidad de Sarcomas y se realiza orquiectomía radical con resección en bloque del tumor, con márgenes de resección libres.

Discusión: El diagnóstico clínico de los tumores del cordón espermático puede resultar difícil. Estos tumores generalmente se presentan como masas unilaterales, duras y de crecimiento lento en el canal inguinal o el escroto, que varían en tamaños entre 1,5 y 30 cm. La orquiectomía radical con resección en bloque del tumor, como en nuestro caso, es el tratamiento de elección. Se recomienda una escisión local amplia para los tumores paratesticulares para prevenir la recurrencia local y la diseminación del tumor. Los márgenes



Figura 1

negativos son un factor esencial para la supervivencia libre de recurrencia. Este caso muestra la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial de las masas inguino-escrotales para un adecuado y rápido manejo de la patología del paciente.

240203. ¿EXISTEN PUNTOS CIEGOS EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA?: LA HERNIA OBTURATRIZ

MJ Alonso Sebastián, M Santidrián Zurbano, P Vilchez Fernández, I Segura Jiménez

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

Introducción: La hernia obturatriz es una entidad poco frecuente pero potencialmente grave, caracterizada por la protrusión de contenido abdominal a través del canal obturador. Su prevalencia se sitúa en torno al 0,07 al 1 % de las hernias de la pared abdominal, a pesar de lo cual son responsables de cerca del 2% de los casos de obstrucción de intestino delgado.

Su diagnóstico puede ser complejo debido a la inespecificidad de los síntomas y la dificultad para realizar una exploración física completa, lo que puede retrasar el tratamiento y aumentar el riesgo de complicaciones.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente que acudió a urgencias por incarceration de una hernia obturatriz, cuyo diagnóstico y manejo resultaron dificultosos debido a su naturaleza. Se trata de una mujer de 68 años, con antecedentes de hernioplastia inguinal derecha, que consultaba por dolor abdominal y vómitos de inicio súbito.

La exploración física inicial no objetivó defectos herniarios y estuvo limitada por el dolor intenso que presentaba. Analíticamente destacaba lactacidemia de 3,3 mmol/L.

Ante la sospecha clínica, se realizó un TAC abdomino-pélvico, que confirmó la presencia de hernia obturatriz incarcerada. Ante el riesgo de complicaciones isquémicas, se decidió realizar cirugía urgente.

Se abordó mediante minilaparotomía infraumbilical. Se objetivó una hernia obturatriz izquierda con contenido intestinal incarcerado, que no precisó resección intestinal. Se colocó un tapón

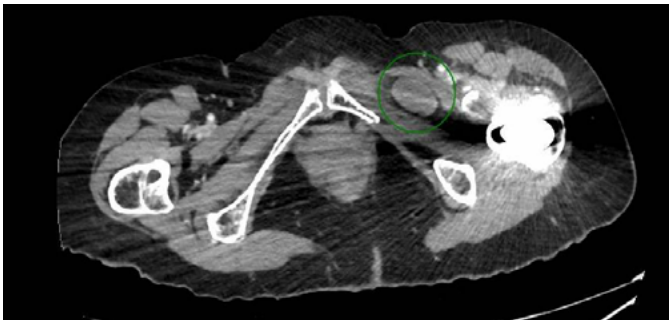


Figura 1

TAC abdomino pélvico en el que se observa hernia obturatriz izquierda.



Figura 3

TAC abdominal con contraste, con cambio transicional de calibre a nivel del orificio obturatriz, con asas de intestino delgado en su interior y leve edema mural, sin signos de isquemia.

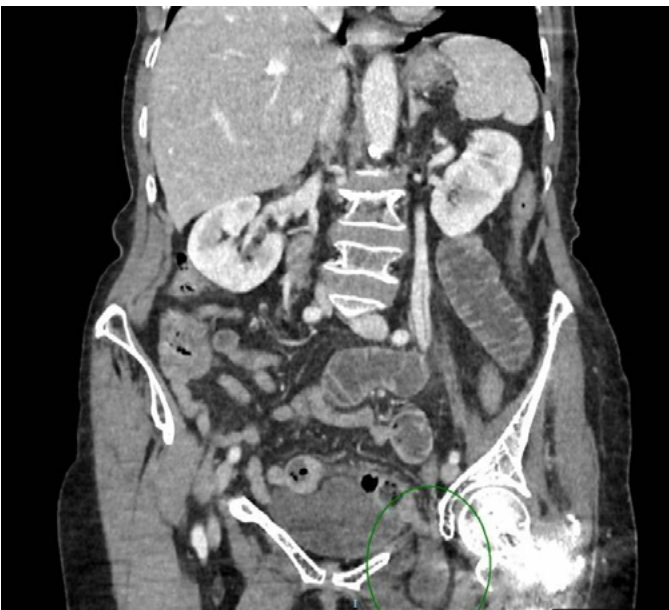


Figura 2

TAC abdominal, corte coronal en el que se observa hernia obturatriz izquierda con contenido intestinal y edematización de la pared del mismo, sin signos de isquemia.



Figura 4

Hernia obturatriz izquierda con asa de íleon en su interior, con dilatación de la misma.

de polipropileno preperitoneal en el orificio obturatriz. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta en su segundo día postoperatorio.

Discusión: La hernia obturatriz se presenta mayoritariamente en mujeres de edad avanzada. Representa un desafío diagnóstico debido a que presenta clínica variable y la dificultad para realizar una exploración física completa, lo que hace que presenten una tasa de mortalidad mayor que el resto de las hernias de pared abdominal.

El TAC abdomino-pélvico se ha convertido en una herramienta de gran valor para confirmar el diagnóstico y evaluar la viabilidad del tejido herniado. El tratamiento de elección es la reparación quirúrgica, que puede realizarse mediante un abordaje abdominal o pélvico, dependiendo de la extensión y la complicación de la hernia. Se prefiere vía de abordaje abierta por laparotomía media para mejor valoración de viabilidad intestinal.

El pronóstico depende en gran medida de la rapidez en el diagnóstico y el tratamiento, por lo que conocer la patología y no desestimarla tras ausencia de defectos herniarios a la exploración es crucial para un manejo óptimo.



Figura 1

Reparación de hernia obturatriz con malla de polipropileno preperitoneal.



Figura 2

Reparación del defecto, que queda completamente aislado tras cierre del peritoneo sobre malla de polipropileno.

240204. NEUMOTÓRAX IATROGÉNICO MASIVO TRAS NEUMOPERITONEO PROGRESIVO PREOPERATORIO

I Capitán del Río, JM Salas Álvarez, I Lledó Izquierdo, A Amaya Cortijo

Departamento Cirugía General y Digestiva Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla.

Introducción: El neumoperitoneo progresivo preoperatorio (NPP) aumenta la capacidad abdominal y relaja la musculatura abdominal, lo que facilita la reparación quirúrgica de las hernias con “pérdida de derecho a domicilio”, disminuyendo la morbimortalidad perioperatoria y la tasa de recidiva a medio y largo plazo. El neumoperitoneo persigue aumentar el volumen de la cavidad abdominal para mejorar la funcionalidad pulmonar, así como producir una adhesiolisis que facilite la técnica quirúrgica.

A pesar de la baja tasa de complicaciones, es importante el seguimiento estrecho con un alto grado de sospecha para identificarlas y tratarlas precozmente. En la mayoría de los casos, el desarrollo de las mismas no imposibilita completar con éxito la cirugía. Tal y como describieron Mougouin y de la fuente Añó, presentamos un caso de neumotórax masivo iatrogénico secundario al NPP que, en este caso sí, impidió continuar con el plan preoperatorio previsto y provocó la renuncia definitiva a la cirugía.

Mujer de 78 años con IMC 30.5 y antecedentes de colecistectomía a través de incisión subcostal derecha hace 42 años y hernioplastia umbilical hace 4 años. Actualmente presenta eventración M2-3-4W2R1 (Figura A) e índice de Tanaka 28%, por tanto, candidata a neumoperitoneo preoperatorio. Tras 72 horas de insuflación diaria de 1 litro de aire, la paciente comienza con disnea progresiva y se realiza Rx abdomen-tórax, mostrando neumotórax masivo derecho (Figura B) y requiriendo drenaje torácico e ingreso hospitalario. La paciente evoluciona favorablemente durante su ingreso tras la retirada del drenaje torácico y es dada de alta al 6º día sin complicaciones.

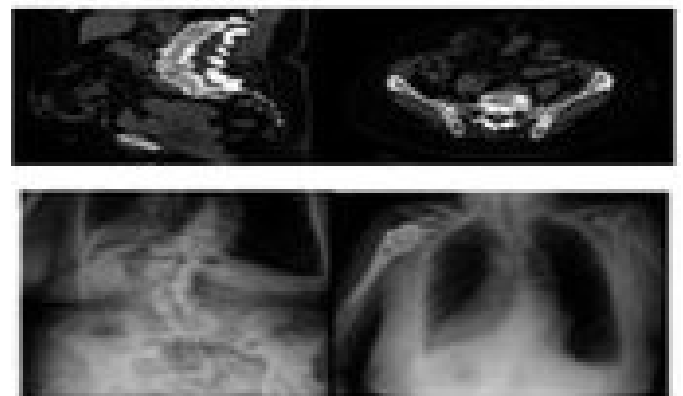


Figura 1

Discusión: Es importante el estrecho seguimiento de estos paciente con alto grado de sospecha para identificar y tratar precozmente las complicaciones. En la mayoría de los casos, estas no imposibilitan completar la cirugía exitosamente. Sin embargo, en

nuestro caso sí impidió continuar con el plan preoperatorio previsto y provocó la renuncia definitiva a la cirugía.

240205. ¿ESTAMOS SUBESTIMANDO EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS TUMORACIONES INGUINALES?: EL MESOTELIOMA QUÍSTICO INGUINAL BENIGNO

MJ Alonso Sebastián, A Ron García, I Roldan Ortiz, JA Marín-Rodríguez, J Valdivia Risco, A Mansilla Roselló

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

Introducción: El mesotelioma peritoneal quístico benigno (MPQB) es una entidad poco común que puede mimetizar otras patologías abdominales, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados. Su naturaleza es benigna, aunque de comportamiento recidivante (25-50% casos). Es más frecuente en mujeres con antecedentes de cirugía abdominal, endometriosis o enfermedad inflamatoria pélvica. La localización peritoneal supone el 15% de los casos, directamente por detrás de la localización pleural, más conocida.

Presentamos el caso de un paciente con MPQB que fue intervenido inicialmente por sospecha de hernia inguinal crural, lo que destaca la importancia de considerar este diagnóstico diferencial en pacientes con masa inguinal.

Caso clínico: Se describe el caso de un hombre de 50 años, sin antecedentes personales o quirúrgicos de interés, que consultó por una masa palpable en la región inguinal derecha. La evaluación clínica inicial sugirió el diagnóstico de hernia inguinal crural, y se indicó cirugía programada con hernioplastia. Sin embargo, durante la intervención quirúrgica se identificó una masa quística intraabdominal adherida al peritoneo. Se extirpó por completo y se identificó como parte del saco herniario, pero ante las características atípicas se envió a estudio por parte de anatomía patológica.

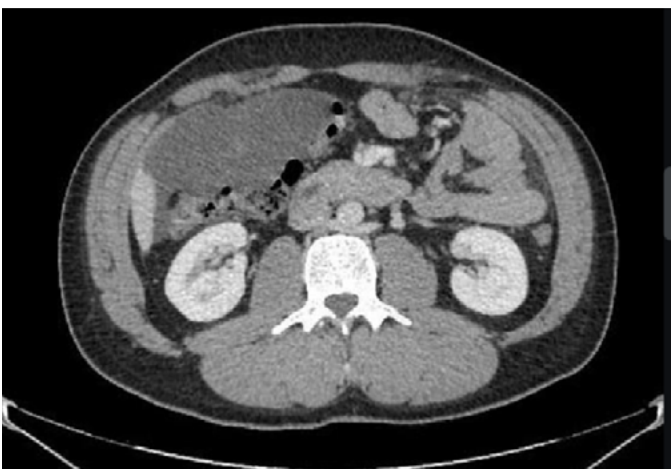


Figura 1

TAC abdominal tomado de archivo en la que se observa mesotelioma peritoneal de gran tamaño (Weerakkody Y, Yap J, Glick Y, et al. Multicystic peritoneal mesothelioma).

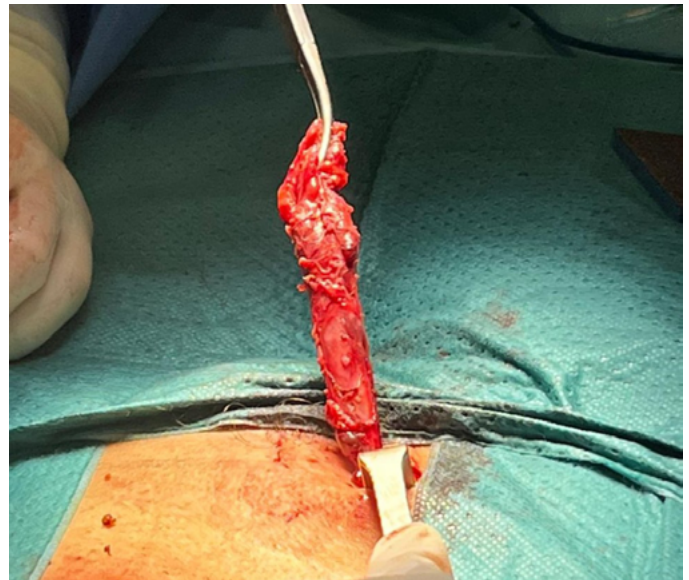


Figura 2

Mesotelioma quístico benigno, que se consideró parte del saco herniario de una hernia crural.

La biopsia resultó positiva para MPQB, lo cual cambió radicalmente el manejo del paciente. A pesar de estar confirmada la benignidad de la patología, se realizó Eco-TAC abdominal de control a los 6 meses y al año. El paciente no ha presentado recidiva clínica ni en pruebas de imagen tras 12 meses de seguimiento.

Discusión: El MPQB es una neoplasia rara y benigna que se presenta como una masa quística intraabdominal, que puede protruir a través de defectos herniarios. Su presentación clínica puede confundirse con otras patologías más comunes, como hernias inguinales o quistes ováricos en mujeres.

La evaluación intraoperatoria y la confirmación histológica son cruciales para establecer el diagnóstico correcto y evitar tratamientos innecesarios. Por otra parte, ante la sospecha de un mesotelioma peritoneal en prueba de imagen, es de vital importancia descartar malignidad, ya que de tratarse de una neoplasia está indicado el tratamiento citorreductor con HIPEC (quimioterapia intraperitoneal hipertérmica), aunque la evidencia al respecto es débil debido a la escasa incidencia.

En casos de MPQB confirmado, el seguimiento a largo plazo es importante para detectar recurrencias (superiores al 50% en algunas series), aunque la mayoría de los casos benignos tienen un curso clínico favorable sin necesidad de tratamiento adicional.

240207. VIRUS DE EPSTEIN BARR SIMULANDO UNA MASA RETROPERITONEAL SUGESTIVA DE GIST

M Fernández Baeza¹, MJ Alonso Sebastian¹, MM López Cuevas², S González Sánchez², Á Arjona Sánchez², Á Casado Adam², J Briceño Delgado²

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

Introducción: Las masas retroperitoneales constituyen un gran reto en cuanto a su diagnóstico diferencial. Las que observamos asociadas al tracto digestivo con más frecuencia son los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), que constituyen el 80% de los sarcomas gastrointestinales. Sin embargo, tumores retroperitoneales secundarios a virus Epstein Barr son una entidad rara y escasamente sospechada.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 40 años en estudio por Medicina Interna por cuadro de cefalea, astenia, disnea, dolor torácico pleurítico y febrícula, asociando pérdida de peso en el último mes.

Se realiza analítica, en la que sólo se evidencia hipotiroidismo subclínico y marcador Ca 125 de 45. Se realiza TAC toracoabdominal y resonancia abdominal, observando lesiones focales hepáticas benignas y nódulo circunscrito de morfología ovalada 27 x 14 mm caudal a tercera porción duodenal y en contacto con su pared, que sugiere la presencia de GIST o tumor neuroendocrino.

Se amplía estudio con endoscopia digestiva, en la que se aprecia gastritis crónica atrófica asociada a *Helicobacter pylori* y lesión submucosa duodenal, de la que no se toman biopsias por dificultad técnica.

Posteriormente se realiza un PET- TC en el que se aprecia captación de la lesión nodular duodenal (**Figura 1**) y un Octreoscan, que resulta negativo.

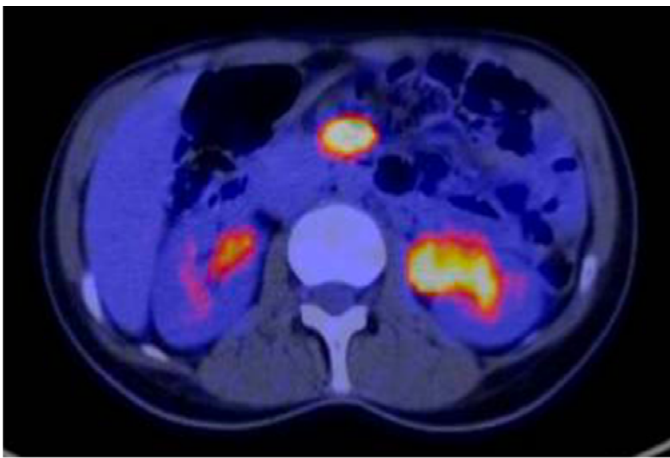


Figura 1

Dada la alta sospecha de GIST, se le propone a la paciente intervención quirúrgica mediante abordaje mínimamente invasivo.

Se realiza laparoscopia exploradora, evidenciándose tumoración inter-aorto-cava de unos 3 cm, sin apreciar dependencia de la pared duodenal, por lo que se realiza la exéresis de dicha tumoración (**Figura 2**) tras disección completa retroperitoneal mediante maniobra amplia de Kocher. Posteriormente, la paciente fue dada de alta sin incidencias a las 48h de ingreso

El diagnóstico anatomopatológico definitivo muestra una adenopatía de gran tamaño con hiperplasia folicular reactiva, y

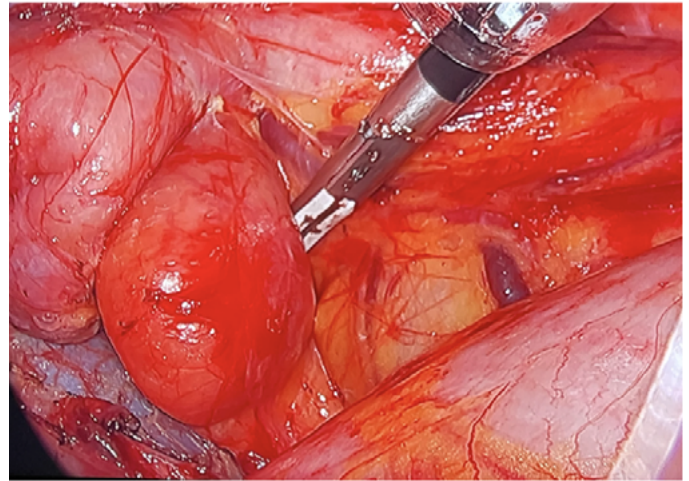


Figura 2

Imagen intraoperatoria de la masa retroperitoneal, con morfología ovalada, de 27 x 14 mm caudal a tercera porción duodenal.

transformación progresiva de los centros germinales, con presencia de aisladas células EBER + (VEB).

Discusión: Las masas retroperitoneales constituyen un reto diagnóstico que, en ocasiones, solamente tras la exéresis quirúrgica se puede llegar a un diagnóstico definitivo. La mínima invasión puede ofrecerse con seguridad en masas retroperitoneales.

Ante un paciente en el que sospechemos un GIST, se recomienda completar el estudio para descartar otro tipo de tumores, entre los que destacamos el linfoma y, además, realizar un correcto despistaje de causas de proliferación linfática que puedan cambiar el diagnóstico, como puede ser el VEB.

240212. NEUMOPERITONEO SECUNDARIO A ORIFICIO SONDA PEG. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO.

A Ron García, M Fernández Baeza, A Serantes Gómez, J Villar del Moral

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

Introducción: La Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG) es un método para garantizar la alimentación enteral a largo plazo en aquellos pacientes en los que no es posible la alimentación por vía oral. Presenta ventajas frente a la nutrición parenteral, como el mantenimiento de la función digestiva o una absorción de nutrientes más eficiente.

No obstante, esta técnica no está exenta de complicaciones, aunque la mayoría son infrecuentes, de poca relevancia y de fácil tratamiento. Entre las más frecuentes se encuentran la infección del puerto cutáneo (5-25%) y el neumoperitoneo precoz (> 50%); entre las más graves destacan el sangrado intraabdominal (1-5%) y de la pared abdominal, la perforación de víscera hueca y la neumonía aspirativa.

Caso clínico: Varón de 56 años portador de sonda PEG por carcinoma epidermoide supraglótico. Durante el postoperatorio desarrolló infección del trayecto de la sonda que precisó de retirada de la misma, y posteriormente se colocó un drenaje percutáneo por desarrollo de colección intraabdominal a dicho nivel.

Acudió a Urgencias por dolor abdominal generalizado sin otra clínica acompañante por lo que se realizó una tomografía computarizada que evidenció neumoperitoneo de probable origen en orificio de sonda PEG previa.

Se realizó intervención quirúrgica que se abordó por vía laparoscópica, evidenciando una perforación gástrica de 3cm a nivel de la curvatura mayor. Se realizó una gastrectomía atípica y resección del trayecto fistuloso.

Pudo ser dado de alta al cuarto día postoperatorio sin nuevas complicaciones y con adecuada nutrición enteral mediante sonda nasoyeyunal.



Figura 1

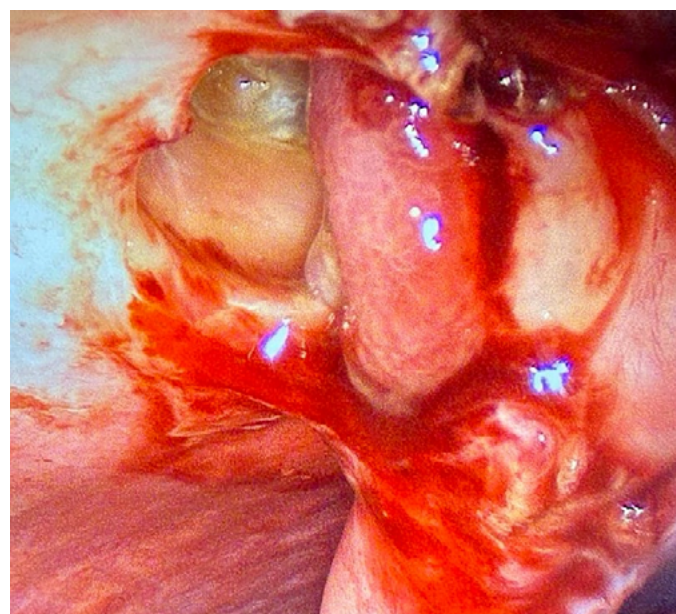


Figura 2

Discusión: Entre las complicaciones más frecuentes de la colocación de una sonda PEG se encuentra la existencia de neumoperitoneo, ocurriendo hasta en más del 50% de los casos. Dicha complicación suele aparecer en el momento de la colocación de la sonda, y en la mayoría de las ocasiones es benigna y autolimitada. No obstante, cuando el neumoperitoneo aparece transcurridos meses tras la retirada de la sonda PEG, debemos pensar que probablemente exista una complicación asociada que sí precise de tratamiento quirúrgico, como puede ser la persistencia del orificio a nivel gástrico.

Los pacientes portadores de sonda PEG suelen ser frágiles y pluripatológicos. Es por ello que en este tipo de pacientes se debe intentar un abordaje laparoscópico siempre que sea posible, dado que permite un acto quirúrgico menos invasivo con un menor tiempo de estancia hospitalaria y de complicaciones de herida quirúrgica.

240213. UNA CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN: ENDOMETRIOSIS.

A Ron García, C Acosta Gallardo, FJ Huertas Peña, JT Torres Alcalá

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

Introducción: La endometriosis es una enfermedad que se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. La presencia de focos de endometriosis en el intestino delgado y grueso se estima que tiene una prevalencia de entre 3-37% según las series.

La oclusión de intestino delgado es una urgencia quirúrgica frecuente. Siendo la etiología más prevalente las adherencias, seguida de las hernias. La obstrucción por endometriosis es una entidad muy rara, con una incidencia del 0,1 – 0,7 %.

Caso clínico: Se presenta una serie de dos casos: dos mujeres de 37 y 44 años con diagnóstico clínico-radiológico de obstrucción intestinal secundario a focos de endometriosis.

La primera paciente estaba en seguimiento en consultas de Ginecología por diagnóstico previo de endometriosis. Acudió a Urgencias por un cuadro suboclusivo de 3 días de evolución, decidiéndose intervención quirúrgica. Intraoperatoriamente se observaron varios focos de endometriosis, en la plica vesico-uterina y otro sobre el ligamento uterosacro condicionando dilatación retrógrada de intestino delgado. Se realizó exéresis de las lesiones endometriósicas adheridas al intestino. El postoperatorio cursó sin incidencias con resolución del cuadro obstructivo.

La segunda paciente inició estudio por cuadros suboclusivos, en una tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso, se evidenció una pseudobstrucción intestinal de íleon terminal posiblemente por foco de endometriosis. Se realizó colonoscopia preoperatoria sin evidenciarse lesión intraluminal, por lo que en comité se decidió intervención quirúrgica programada. En quirófano se observó cambio de calibre a nivel de la válvula ileocecal sin observar lesión extrínseca, por lo que se realizó ileocequ Coastomía con anastomosis ileo-cólica. El postoperatorio cursó sin incidencias, pudiéndose ir de alta al séptimo día. El estudio anatomopatológico confirmó foco de endometriosis en la capa "muscular".

Discusión: La obstrucción intestinal secundaria a endometriosis intestinal es una entidad rara y poco frecuente, pero constituye una urgencia quirúrgica. No existe tratamiento médico efectivo para estas pacientes. El conocimiento de esta etiología es fundamental, ya que el diagnóstico precoz infiere en el pronóstico del cuadro clínico.

Esta patología se debe sospechar en mujeres en edad fértil con síntomas gastrointestinales que coinciden con el ciclo menstrual, así como episodios de dolor abdominal, ausencia de tránsito, náuseas o vómitos.

El manejo habitual de las obstrucciones intestinales depende de su causa, pudiendo ser conservador o quirúrgico. En el caso de la endometriosis intestinal, el tratamiento definitivo es la cirugía; no obstante, es importante individualizar el tratamiento adecuándolo al tipo de paciente y sus comorbilidades.

240214. TRAUMATISMO TORÁCICO CERRADO SEVERO TRATADO EN UN HOSPITAL COMARCAL

I Palomo López, J Sánchez Segura, I Cordero Ferreira, C Rodríguez Silva, LJ Bollici Martínez, D Palomo Torrero

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

Introducción: Las lesiones traumáticas de la vena cava inferior (VCI) son raras. En función del segmento afecto, y según su prevalencia, estas lesiones se dividen en: infrarrenal(39%), retrohepática(19%), suprarrenal(18%), pararrenal(17%) y supradiaphragmática(VCISD)(7%).

La ruptura de la VCI alcanza una tasa de mortalidad del 70%. El éxitus es por taponamiento cardíaco o exanguinación, pudiéndose presentar como hemotórax o hemoperitoneo. Este último debut puede ocasionar un retraso en el diagnóstico.

Presentamos un caso clínico de rotura de VCISD que se instaura como shock hemorrágico de probable origen abdominal, finalizando con el éxitus de la paciente.

Caso clínico: Mujer de 54 años sin antecedentes personales que acude a Servicio de Urgencias de Hospital Comarcal tras traumatismo cerrado por accidente automovilístico. A su llegada se encuentra hipotensa sin taquicardia, con respuesta rápida a fluidoterapia. Se solicita tomografía de cuerpo entero diagnosticándose hemoperitoneo (Figura 1). En la sala de radiología la paciente inicia cuadro de shock. Con la sospecha de shock hipovolémico de origen abdominal se avisa a Cirugía General que decide intervención urgente.

Se realiza laparotomía media supra-infraumbilical evidenciándose hemoperitoneo, abombamiento de retroperitoneo por avulsión del pedículo renal izquierdo, sección completa de cuerpo-cola pancreático y sangrado venoso en segmento IVa hepático. Durante la exploración del hígado se aprecia sangrado en la entrada de las venas suprahepáticas a la VCI, momento en el que la paciente entra en paro cardíaco. Ante paro circulatorio traumático y la sospecha de lesión de la VCI se decide toracotomía bilateral de Clamshell. Tras 30 minutos de reanimación no se consigue resucitación, certificándose el éxitus. Finalizada la intervención se evidencia sección completa de la VCISD, en su entrada a la aurícula derecha (Figura 2).



Figura 1

Irregularidad en VCISD por rotura traumática de la misma.

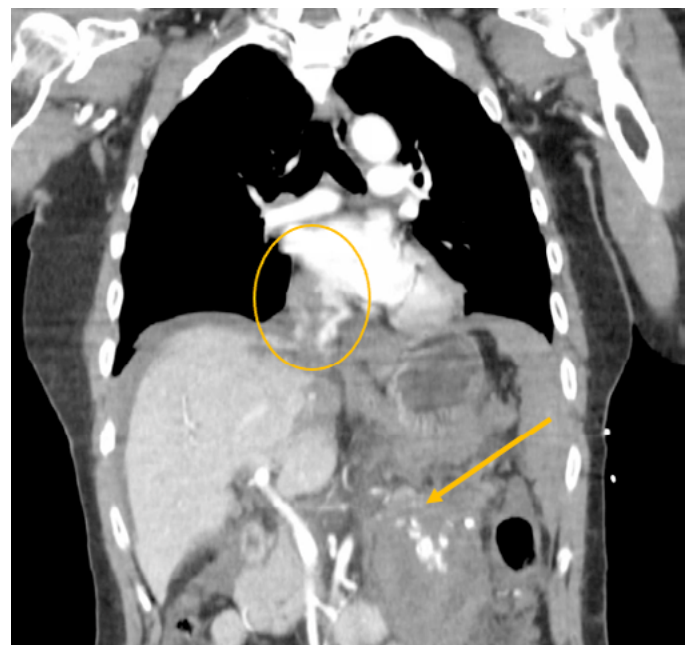


Figura 2

Hemoperitoneo secundario a sangrado activo de pedículo renal (flecha) y paso de sangre de tórax a abdomen por rotura de VCISD (círculo).

Discusión: Las lesiones de la VCI por trauma cerrado son raras. El tratamiento es quirúrgico si existe inestabilidad hemodinámica. En mano de cirujanos expertos la reparación de estas lesiones puede ser con circulación extracorpórea, como publica Kaemmerer(2011), o con reparación directa sin necesidad de bypass cardiopulmonar, como expone Bireta(2013). Actualmente las técnicas endovasculares han mejorado la morbimortalidad de estas lesiones. El arsenal terapéutico incluye desde el uso del balón oclusivo de resucitación endovascular(REBOC) hasta la colocación de stents, como evidencia Yun Chul(2021).

Pese a los avances tecnológicos, las lesiones de la VCI (sobre todo supradiaphragmática) presentan una elevada mortalidad. La alta sospecha que precisa su diagnóstico, la experiencia de los cirujanos

y la disponibilidad de medios según el centro hospitalario pueden convertir una situación exigente en un verdadero reto quirúrgico.

240215. ACTINOMICOSIS RETROPERITONEAL COMO COMPLICACIÓN TARDÍA INFRECIENTE DE UNA CIRUGÍA BILIOPANCREÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

J Sánchez Segura, I Palomo López, I Cordero Ferreira, D Palomo Torrero

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

Introducción: La actinomicosis es una patología poco frecuente ocasionada por *Actinomyces* spp. Es más frecuente en personas de mediana edad, en especial en varones. Su localización más descrita es cabeza y cuello (50%), siendo la presentación abdominal la segunda (20%). Cuando aparece en abdomen suele ser secundario a un procedimiento invasivo.

Caso clínico: Varón de 66 años con antecedente de lesión obstructiva de cabeza de páncreas no resecable, intervenida hace dos años mediante colecistectomía y hepático-yeyunostomía con reconstrucción Y de Roux. En el postoperatorio presentó fuga biliar que se resolvió con manejo no operatorio. Sin otros antecedentes reseñables. Acude a Urgencias por presentar desde hace dos meses una tumoración dolorosa en región lumbar derecha que ha ido aumentando de tamaño. A la exploración, se evidencia masa de unos 5cm con signos inflamatorios, sin palpar zona fluctuante.

Se realiza TC abdomen, observando colección alargada, mal definida, de 6.8x1.6cm a nivel retroperitoneal derecho (Figura 1). La colección se extiende craneal y posteriormente a través de la musculatura paralumbar hasta conformar una colección mal organizada de 5cm en tejido celular subcutáneo (Figura 2).



Figura 1

Corte coronal de tomografía computarizada observándose colección alargada, mal definida, de 6.8 x 1.6 cm a nivel retroperitoneal derecho.



Figura 2

Corte axial de tomografía computarizada evidenciándose extensión de colección hacia musculatura paralumbar derecha.

Se inicia antibioterapia empírica y se contacta con Radiología intervencionista para punción con aguja gruesa de la colección. Se extrae tejido de aspecto necrótico en el que se observan colonias de *Actinomyces*.

Buena respuesta inicial al tratamiento antibiótico con resolución clínica a los 14 días. Se mantiene al alta antibioterapia oral de forma prolongada.

Discusión: La actinomicosis abdominal puede presentarse como una infección invasiva fistulizante con formación de abscesos y necrosis de tejidos circundantes. Suele estar precedida por una infección abdominal (apendicitis, diverticulitis...) o un procedimiento invasivo. El más frecuente es la colecistectomía laparoscópica, en especial aquellas con salida a cavidad de litiasis que no son recuperadas.

El diagnóstico viene determinado por el estudio microbiológico e histológico de la muestra, obtenida mediante BAG guiada por imagen o quirúrgicamente.

El tratamiento con betalactámicos debe prolongarse entre dos meses y un año, requiriendo en ocasiones desbridamiento quirúrgico de las lesiones.

La actinomicosis abdominal es una complicación inusual, pero que debe ser tenida en cuenta como parte del diagnóstico diferencial dadas las especiales implicaciones que presenta su tratamiento.

240216. ABORDAJE QUIRURGICO MEDIANTE ACCESO LAPARÓTOMICO EN CASO DE INTENTO AUTOLÍTICO CON ARMA BLANCA

MC Macias de la Corte Hidalgo, Y Mokachir Mohsenin, G Salguero Segui, A López Labrador

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

Introducción: Las heridas por arma blanca en el abdomen anterior es una emergencia quirúrgica relativamente frecuente, siendo el mecanismo autoinflingido poco frecuente. Por otro lado, el suicidio es una causa común de muerte en todo el mundo, siendo el autoapuñalamiento un mecanismo relativamente raro y representa sólo el 3% de los intentos de suicidio.

Caso clínico: Varón de 51 años con antecedentes de hepatopatía crónica enólica e insuficiencia renal crónica. Remitido a la unidad de críticos de Urgencias por intento autolítico con herida de arma blanca en hemiabdomen superior izquierdo a nivel intercostal. Dada la estabilidad clínica del paciente se decide realizar TAC toraco-abdominal, describiendo trayecto intrabdominal con un recorrido de 13 cm afectando a lóbulo hepático izquierdo, cámara gástrica y cuerpo pancreático (Figura 1). Se decide intervención quirúrgica urgente mediante acceso laparotómico, en el que se evidencia hemoperitoneo masivo. Se explora recorrido del arma blanca apreciando laceración hepática con leve sangrado que cede con parche de Veriset®, tras apertura de la transcavidad se constata punta del cuchillo en el interior del cuerpo pancreático. Se realiza retirada del arma bajo control, observando sangrado a nivel de cuerpo pancreático que se controla mediante sutura reabsorbible y colocación de parche hemostático (Figura 2 y 3). Se realiza lavado de cavidad abdominal y colocación de dos drenajes tipo Blake. Posteriormente el paciente se traslada a UCI con estancia prolongada debido a su hepatopatía e insuficiencia renal de base, tras su traslado a planta presenta evolución favorable siendo dado de alta al 24º día.



Figura 2 Arma blanca que penetraba en cuadrante superior izquierdo a nivel intercostal.



Figura 1 Hallazgos radiológicos en Tc abdominal en el que describen describiendo trayecto intrabdominal con un recorrido de 13 cm afectando a lóbulo hepático izquierdo, cámara gástrica y cuerpo pancreático.



Figura 3 Hallazgos intraoperatorios.

Discusión: Las heridas por arma blanca en el abdomen anterior son una emergencia quirúrgica, aunque no todos los pacientes van a requerir intervención quirúrgica, sólo el 28% de los pacientes acabarán teniendo una lesión abdominal interna. Aun así, debido a las limitaciones para llegar a un diagnóstico correcto, entre el 40 y el 45,8% de dichos pacientes se someterán a una laparotomía. Las indicaciones claras de una laparotomía exploradora incluyen inestabilidad hemodinámica, neumoperitoneo, peritonitis y evisceración, entre otras. Dado que sólo alrededor de un tercio de los pacientes con herida por arma blanca en el abdomen anterior requieren una exploración quirúrgica urgente, se pueden incluir en el manejo de estos pacientes, una exploración local de la herida, TAC con contraste, laparoscopia diagnóstica u observación clínica.

En nuestro caso, dado que el paciente presentaba estabilidad hemodinámica y ante la duda de afectación intratorácica, se solicitó TC con contraste para evaluar el trayecto del arma previo a la intervención quirúrgica

240217. PAPEL DEL PROCEDIMIENTO DE APPLEBY MODIFICADO EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO

M Roldón Golet, JA Pérez Daga, CP Ramírez Plaza

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital Quirón. Málaga.

Introducción: Los tumores de cuello y cuerpo de páncreas son habitualmente diagnosticados con invasión vascular. Actualmente la afectación venosa no se considera una contraindicación de cirugía si se realiza un R0. Pero la infiltración del tronco celíaco sí que es criterio de irreseccabilidad. En casos seleccionados, con buena respuesta al tratamiento neoadyuvante, procedimientos como el "Appleby modificado" nos permiten márgenes de resección libres.

Presentamos el caso de una mujer de 66 años con dolor epigástrico de irradiación dorsal y síndrome constitucional. Diagnóstico de cáncer de cuerpo de páncreas localmente avanzado, que afecta al tronco celíaco, rodeando su trifurcación y engloba la arteria hepática común, respetando la arteria hepática propia. Afectación del 25% de la confluencia espleno-portal, preservando vena porta. Sin enfermedad a distancia.

Caso clínico: Al tratarse de una neoplasia border-line reseccable se decide neoadyuvancia con Flofirinox (7 ciclos). En la reevaluación se observa: mejoría clínica, normalización del Ca 19.9 y PET /TAC con disminución del tamaño tumoral, todavía con infiltración del tronco celíaco y respuesta metabólica completa.

Se indica cirugía de Pancreatectomía córporo-caudal con resección del tronco celíaco: intervención de Appleby modificada.

La cirugía se dividió en dos etapas:

1. Appleby modificado: Linfadenectomía de hilio hepático, comprobando afectación de arteria hepática común y tronco celíaco, integridad de a. Gastroduodenal y un adecuado flujo hepático. Sección tronco celíaco y sus ramas.

2. RAMPS anterior: Pancreatectomía corporo-caudal con esplenectomía + resección de la fascia perirrenal anterior + linfadenectomía vena renal izquierda.

Discusión: Appleby describió esta técnica para el tratamiento del cáncer gástrico, y fue Nimura quien propuso la técnica "modificada" para el tratamiento del cáncer de páncreas localmente avanzado. La base anatómica consiste en que la arteria hepática propia continúa profundida a través de la arteria gastroduodenal, alimentada por la arteria mesentérica superior, a través de las arcadas pancreático-duodenales.

El principal riesgo de esta técnica es la posible isquemia hepática y gástrica postoperatoria, por lo que es fundamental preservar intactas la arcada pancreaticoduodenal y arteria gastroduodenal.

Desde su descripción, ha sido discutida por su alta morbilidad y relativo impacto en el pronóstico. Sin embargo, la cirugía del Appleby modificado es una técnica factible, en manos expertas, para conseguir una cirugía radical en tumores de cuerpo de páncreas localmente avanzado.

240218. LESION DE VIA BILIAR EN PACIENTE CON ALTERACIONES ANATOMICA SOMETIDO A COLECISTECTOMIA LAP

Jl Rodríguez Mogollo, F Hinojosa Ramírez, C Cepeda Franco, MA Gómez Bravo, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: La duplicidad del conducto hepático común constituye una anomalía anatómica de la vía biliar extremadamente rara. En 2007, Choi et al proponen una clasificación para describir con detalle las diferentes variaciones que podría llegar presentar el sistema biliar. Es importante conocer estas anomalías dado que pueden aumentar el riesgo de lesiones del conducto biliar en la práctica clínica.

Caso clínico: Mujer diabética y obesa sometida en 2014 a gastrectomía vertical con conversión en 2021 a bypass gástrico por RGE. En 2023 presenta un episodio de pancreatitis aguda biliar indicándose colecistectomía, q se realiza sin incidencias.

Acude a urgencias en su cuarto día post-operatorio por mal estado general y dolor abdominal intenso. Analíticamente, se objetiva elevación de reactantes de fase aguda por lo que se realiza TAC abdomen con contraste que pone de manifiesto como único hallazgo una colección líquida de 6,2x2,2cm. Se decide ingreso para tratamiento antibiótico intravenoso y vigilancia estrecha. Tras 24 de ingreso, empeoramiento clínico con hipotensión y taquicardia por lo que se decide laparoscopia exploradora.

En la intervención, se objetiva un coleperitoneo y perforación del conducto hepático común, 1cm superior a la inserción del cístico. Se coloca tubo en T en la perforación y se sutura la vía biliar sobre este. Tras el procedimiento, la paciente presentó muy buena evolución clínica con rápida normalización de RFA y se realizó una colangiografía a través del tubo en T que puso de manifiesto una variante anatómica

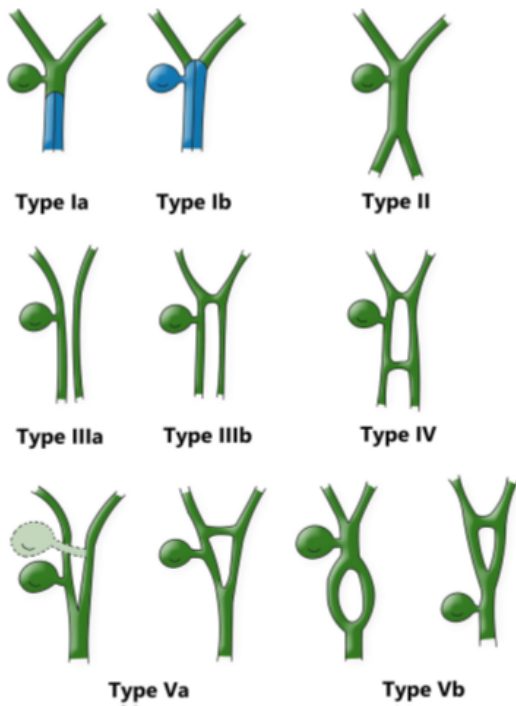


Figura 1
Clasificación anatómica.



Figura 2
Imagen lesión VB.

tipo Vb de Choi et al, posteriormente estudiada con más detalle a través de colangiografía RM convencional y con primovist. Finalmente, es dada de alta con el tubo en T cerrado.

Discusión: Las variantes anatómicas de cualquier estructura del organismo suponen todo un reto quirúrgico y conocerlas es clave.

En el caso de la vía biliar, se torna aún más relevante dado el gran volumen de colecistectomías que se realizan a diario.

Por otra parte, en la actualidad el gold-standard para el diagnóstico de variantes del árbol biliar es la CPRE. Sin embargo, dado los antecedentes quirúrgicos de la paciente (by pass gástrico) este procedimiento quedaba fuera de juego excluido lo cual aumentó la complejidad para el diagnóstico y tratamiento de la lesión del conducto hepático.

En definitiva, el estudio pormenorizado de las alteraciones anatómicas, tanto a nivel del árbol biliar como en general, es fundamental dado que la ausencia de dichos conocimientos puede traer consigo lesiones inadvertidas con el siguiente incremento en la morbi-mortalidad de los pacientes.

240219. INTUSUSPECCION POR LIPOMA INTESTINAL COMO CAUSA EXTRAORDINARIO DE OBSTRUCCION

Jl Rodríguez Mogollo¹, A de Jesús Gil², M Rubio Manzaneres Dorado³, JM Martos³

¹UGC Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla. ²UGC Cirugía General y Digestiva Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío. Sevilla. ³UGC Cirugía General Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Los lipomas intestinales suponen una inusual tumoración del tracto digestivo, a y cuya incidencia inferior al 1%. Dado que habitualmente no presentan manifestaciones clínicas, la mayor parte de los casos son detectados de forma incidental tras la realización de pruebas de imagen o colonoscopias por otro motivo.

No obstante, cuando alcanzan un tamaño elevado la sintomatología, aunque inespecífica, puede estar presente hasta en el 75% de los casos: desde el dolor abdominal difuso, la rectorragia o la alteración del tránsito hasta la invaginación intestinal, la obstrucción intestinal e incluso la perforación de víscera hueca. Por ello, el tratamiento debe individualizarse en cada caso. Es en estos últimos supuestos donde, de forma extraordinaria, se plantea la intervención quirúrgica urgente.

En este contexto, destacamos lo sobresaliente del caso que a continuación se presenta tanto por el gran tamaño del lipoma como la forma de presentación clínica del mismo.

Caso clínico: Varón de 65 años que acude a urgencias por cuadro de una semana de dolor abdominal en hemiabdomen izquierdo asociado a rectorragia. Refiere, además, presentar pérdida de hasta 15kg en el último año.

A la exploración, presenta dolor en fosa ilíaca izquierda, donde se palpa una masa móvil. Analíticamente, se objetiva discreta leucocitosis y PCR 91. Se realiza TAC abdomen urgente que pone de manifiesto una invaginación colo-cólica en colon descendente, secundaria a una tumoración cuyas características radiológicas sugieren el diagnóstico de un lipoma intraluminal, con dimensiones de 10x35,7cm

Se decide intervención quirúrgica urgente, realizándose una hemicolectomía izquierda laparoscópica con anastomosis. El post-

operatorio transcurrió sin incidencias siendo el paciente dado de alta al cuarto día. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de sospecha de lipoma.

Discusión: Los lipomas intestinales son una rara entidad y el manejo terapéutico de los mismos puede llegar a ser controvertido. Es cierto que en aquellos casos que se presentan con dolor abdominal agudo, rectorragia u obstrucción intestinal, la indicación de resección quirúrgica se torna como una opción más evidente.

No obstante, en aquellos pacientes asintomáticos con un diagnóstico incidental y un tumor de pequeño tamaño, podría plantearse la opción de manejo conservador y seguimiento, teniendo en cuenta que la tendencia natural de estas lesiones es de crecimiento muy lento. En pacientes diagnosticados a edades tempranas podría ser necesaria su extirpación programada con objeto de evitar una complicación y, por tanto, intervención quirúrgica urgente. Las decisiones, en cualquiera de los casos, debe ser individualizada y ser valorado el paciente en un comité multidisciplinar.

240221. ESPLENECTOMÍA PARCIAL SECUNDARIA A QUISTE ESPLÉNICO GIGANTE

P Vélchez Fernández¹, P Díaz Ríos¹, MJ Alonso Sebastian¹, M Mogollón González², J Triguero Cabrera¹, CM Plata Illescas¹, MJ Álvarez González¹, J Villar del Moral¹

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: Los quistes esplénicos no parasitarios son una entidad muy infrecuente que se subclasifican en quistes primarios, con recubrimiento epitelial, y secundarios o pseudoquistes, generalmente de origen postraumático.

El diagnóstico suele ser incidental en la infancia y la sintomatología muy heterogénea, desde una masa abdominal indolora hasta dolor, dispepsia o hipertensión arterial en caso de compresión renal. La indicación y el tratamiento quirúrgico suponen un desafío para el cirujano, con una tendencia actual a la realización de técnicas preservadoras del bazo.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 15 años en estudio por parte de Medicina Interna por aumento del perímetro abdominal, sin otra sintomatología asociada.

A la exploración se palpaba masa dolorosa en hipocondrio izquierdo. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal apreciándose una lesión quística esplénica en polo inferior de 12x14x17 cm de contenido líquido que condicionaba malrotación renal izquierda, compresión de vena esplénica y de cuerpo pancreático. El estudio se completó con pruebas de laboratorio destacando únicamente ligera elevación de Ca 125 con serología de *Equinococcus granulosus* negativa.

Dado el tamaño de la lesión, así como la compresión de las estructuras adyacentes se indicó intervención quirúrgica, previa vacunación anti-neumocócica y anti-meningocócica. El abordaje

inicial fue laparoscópico, con conversión a cirugía abierta dado el gran tamaño del quiste y la complejidad técnica asociada. Dado que el quiste esplénico quedaba limitado al polo inferior del bazo, se pudo realizar esplenectomía parcial manteniendo el polo superior del mismo preservando su vascularización arterial y venosa.

La paciente presentó una evolución postoperatoria favorable, siendo dada de alta al 4º día postoperatorio. El diagnóstico anatomopatológico de la lesión concluyó como quiste epitelial esplénico.

Discusión: Los quistes esplénicos son mayoritariamente asintomáticos y de naturaleza benigna. Se recomienda el tratamiento quirúrgico en caso de sintomatología y un tamaño mayor de 5 cm de diámetro por el riesgo de rotura, hemorragia o infección. El gold estándar actual son las técnicas preservadoras del bazo (esplenectomía parcial) para evitar la inmunosupresión y la trombocitosis, siendo de elección la vía laparoscópica siempre que sea posible. El seguimiento postoperatorio será necesario para descartar recidiva. Así mismo, la determinación pre y postoperatoria de marcadores tumorales (CEA, Ca 19.9, Ca 125) se plantea ante la posibilidad de degeneración tumoral del epitelio de revestimiento.

240222. RECURSOS VALIOSOS PARA PATOLOGÍAS LETALES: USO DEL VERDE DE INDOCIANINA EN UN CASO DE ISQUEMIA MESENTÉRICA

AM Alba María Sánchez Arco, P Vélchez Fernández, MA Moya Ramírez

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

Introducción: La isquemia mesentérica aguda es una patología con altas tasas de morbilidad. Una de las dificultades técnicas que presenta es delimitar la extensión de necrosis intestinal para preservar la mayor longitud de intestino viable posible.

Caso clínico: Varón de 92 años con antecedentes de fibrilación auricular anticoagulada con rivaroxaban, independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Acude a urgencias por dolor abdominal mesogástrico, náuseas y vómitos de 12h de evolución. Llevaba 4 días sin tomar el anticoagulante.

Al sospechar patología vascular aguda, se solicitó un angioTC abdominal que detectó un trombo en la arteria mesentérica superior que condicionaba hipoperfusión de un segmento de yeyuno, sugerente de isquemia intestinal sin signos de perforación.

Ante el buen estado general del paciente y la ausencia de complicación, se optó por trombectomía radioguiada. El paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta al noveno día.

Una semana después, reingresa por intenso dolor abdominal, anorexia y ausencia de tránsito intestinal. Un nuevo AngioTC abdominal detecta engrosamiento parietal con hipotenuación de la pared yeyunal (lesión por síndrome de isquemia-reperfusión).

Se optó por cirugía urgente. En esta se objetivó un segmento no bien definido de yeyuno eritematoso y con engrosamiento parietal que

condicionaba cierta espasticidad. Se administró verde de indocianina intraoperatoriamente, delimitándose. Se resecaron 40 cm de yeyuno distal con menor fluorescencia, que se resecaron y se comprobó una adecuada vascularización de la anastomosis. El paciente presentó muy buena evolución postoperatoria.

Discusión: El uso de verde de indocianina es una práctica habitual en cirugía colorrectal programada para valorar la adecuada vascularización de la anastomosis. Sin embargo, su uso en la cirugía urgente no está tan extendido.

La isquemia mesentérica arterial aguda es una patología con una elevada morbimortalidad si no se trata a tiempo. Uno de los pilares terapéuticos es el restablecimiento del flujo sanguíneo, lo que puede producir un daño tisular adicional por isquemia-reperfusión (secundario a la formación de especies reactivas de oxígeno y radicales libres que desencadenan la apoptosis celular).

Para evaluar la viabilidad de las asas afectadas en la isquemia intestinal y el síndrome de isquemia-reperfusión se puede utilizar el verde de indocianina, una tinción de administración intravenosa que permite observar en tiempo real la fluorescencia de las asas, que será proporcionalmente mayor en aquellas con mejor vascularización.

Así podremos reducir la extensión de la resección intestinal y las complicaciones que se asocian, como la fuga anastomótica o el síndrome de intestino corto.

Bibliografía

1. Stoney RJ, Cunningham CG. Acute mesenteric ischemia. *Surgery* [Internet]. 1993 [citado el 15 de mayo de 2024];114(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8367801/>
2. Heys SD, Brittenden J, Crofts TJ. Acute mesenteric ischaemia: the continuing difficulty in early diagnosis. *Postgrad Med J* [Internet]. 1993 [citado el 15 de mayo de 2024];69(807):48–51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8446551/>

240223. NEUROMONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA EN LA EXÉRESIS DEL SCHWANNOMA

M García Corona¹, R Olmo Santiago², M Rubio Manzanares Dorado¹, M Pérez Andrés³, A Razak¹, JM Martos¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla. ²Sección Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla. ³Servicio Cirugía General y Digestiva Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Los Schwannomas representan el 5% de todos los tumores benignos de tejidos blandos. Se suelen presentar como una masa solitaria de crecimiento lento, asintomática, siendo el dolor y el déficit neurológico una indicación de enfermedad avanzada o malignidad. Aún así, los schwannomas malignos son raros y representan solo el 5% de todos los sarcomas de partes blandas.

El diagnóstico preoperatorio de este tipo de tumores se considera un reto, ya que presentan gran variabilidad de síntomas según la localización y el nervio afectado. La RMN es la prueba de imagen de elección ya que permite observar su relación con el nervio de origen, así como la planificación del tratamiento.

En relación al manejo de estos tumores, la enucleación intracapsular se considera la técnica ideal, ya que es la que con mayor probabilidad permite la preservación de la función nerviosa.

Aun así, debido al riesgo excepcionalmente alto de complicaciones neurológicas intraoperatorias, obtener un diagnóstico preoperatorio preciso y la identificación del nervio origen es crucial para el manejo de la enfermedad. Este déficit neurológico puede prevenirse de manera eficaz mediante la neuromonitorización intraoperatoria mediante estimulación directa, por ello vamos a presentar un caso de schwannoma cervical intervenido en nuestro servicio empleando esta técnica preventiva.

Caso clínico: Mujer de 46 años que acude a nuestras consultas por tumoración cervical de un año de evolución situada en el nivel IV laterocervical derecho de 32x22 no adherida a planos profundos sin otra sintomatología.

En el TAC cervical, se observa una masa laterocervical derecha sin signos de invasión extracapsular con marcada vascularización y un desplazamiento medial de la vena yugular interna, sin invadirla.

Posteriormente se realiza una Biopsia con Aguja Gruesa (BAG), donde se diagnostica de Schwannoma, tras el estudio inmunohistoquímico.

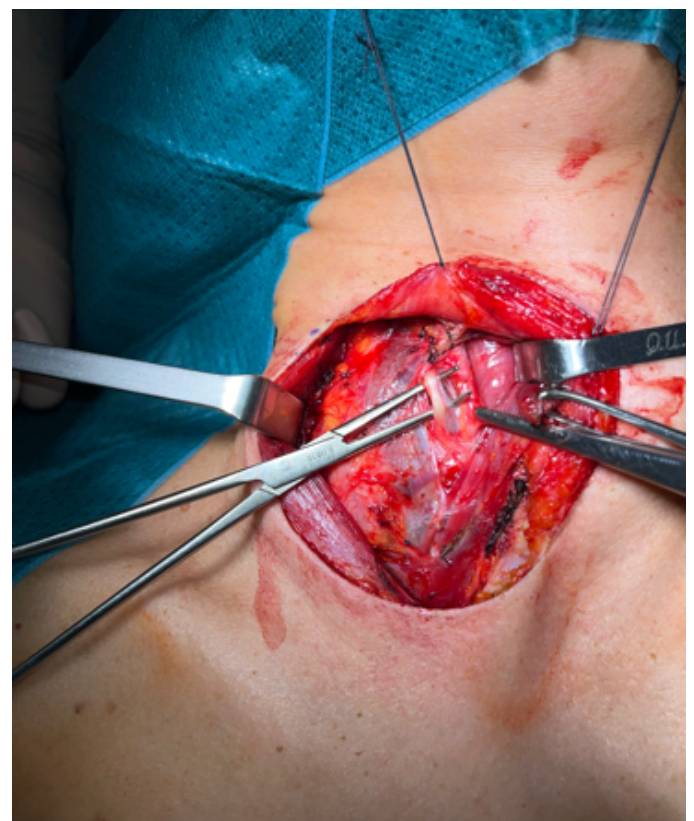


Figura 1 

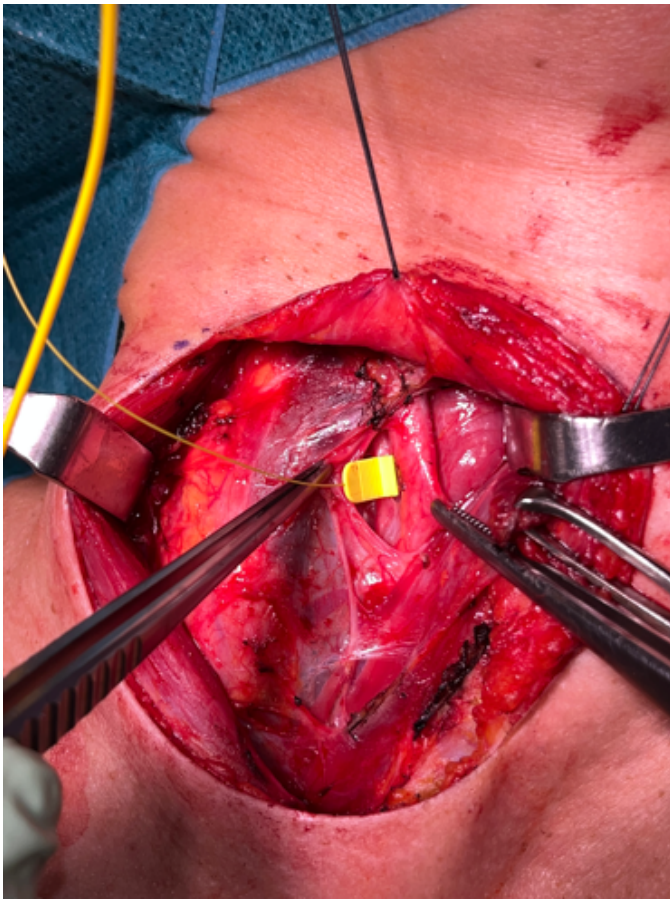


Figura 2



Figura 4

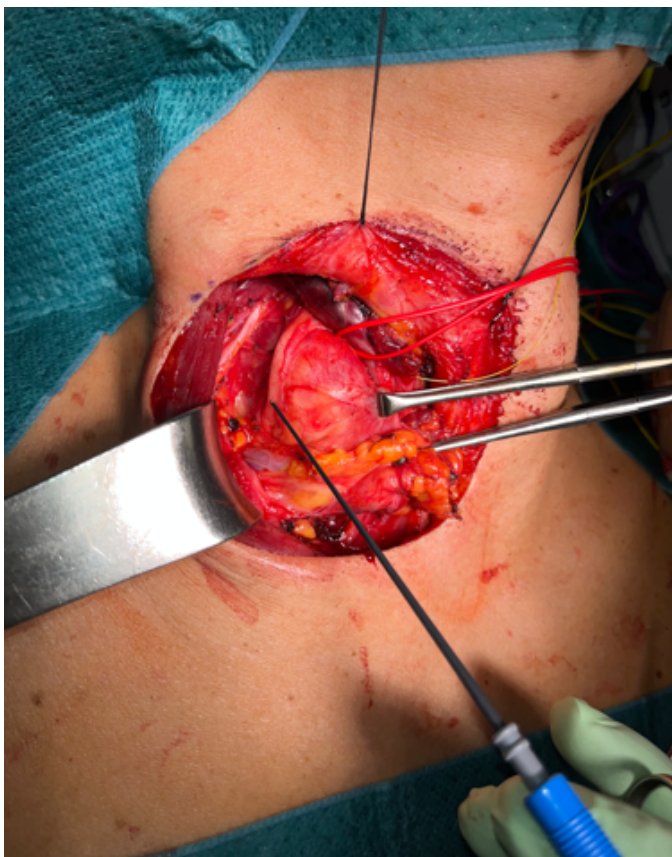


Figura 3