



RESÚMENES DE
COMUNICACIONES ORALES
COMUNICACIONES ORALES CORTAS
Y
POSTERS

COMUNICACIONES ORALES SALÓN DE ACTOS (12:00-14:00):

Moderadores:

Rafael Martínez Almeida, Jaime Seoane Antelo

12:00

C1. TÍTULO: PATOLOGÍA ESOFAGO-GÁSTRICA EN OBESIDAD MORBIDA: DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO E INFLUENCIA SOBRE LA SELECCIÓN DE LA TÉCNICA

AUTOR/ES: Autores: Ballinas Miranda JR. Sánchez Santos R. Estévez Fernández., González Fernández. S, Vázquez Astray E., Turnes J.L., Brox A., Mariño. , Piñón Cimadevila M. Complejo Hospitalario de Pontevedra

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN:

Texto: La dificultad del diagnóstico en la futura patología gástrica en pacientes sometidos a bypass gástrico sugiere que un estudio adecuado del estómago previo a la cirugía podría ser de utilidad. Aquí se presentan los resultados de la gastroscopia preoperatoria en pacientes que solicitan la cirugía bariátrica y la influencia de estos resultados en la selección de la técnica quirúrgica.

Pacientes y Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de una base de datos prospectiva de pacientes consecutivos sometidos a cirugía bariátrica en un solo centro. La gastroscopia preoperatoria se realizó en todos los pacientes. La presencia de *H. pylori* se evaluó de manera sistemática por el test de ureasa. La biopsia gástrica se llevó a cabo cuando se encontraron lesiones macroscópicas. Los hallazgos endoscópicos fueron registrados en la base de datos. El bypass gástrico fue considerado como la técnica de elección para la mayoría de los pacientes antes de realizar una endoscopia superior. La gastrectomía vertical se consideró cuando los pacientes presentaban patología gástrica. También se ofreció a los pacientes con un IMC alrededor de 40, o IMC mayor de 55 con comorbilidades severas. La hernia hiatal se consideró contraindicación para realizar la gastrectomía vertical. Cambios en la técnica bariátrica se registraron cuando los hallazgos endoscópicos estaban causando el cambio.

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes consecutivos sometidos a cirugía bariátrica en nuestro centro del (03/2006 a 12/2010). El 84,4% eran mujeres. El IMC promedio $48,1 \pm 7,14$ kg/m². Edad promedio $39,3 \pm 10,4$ años. Los hallazgos endoscópicos: *H. pylori* fue detectado en el 33% de los pacientes y se les dio el tratamiento antes de la cirugía. 31% mostraron hallazgos macroscópicos en la endoscopia digestiva alta: el 18,5% de hernia hiatal. 1,5% duodenitis, 0,5% úlcera gástrica, 2% de la incompetencia del cardias, el 1% hiperplasia gástrica, 2% metaplasia (1% en el cardias y antro 1%), 0,5% esófago de Barrett, un 3,5% pólipos gástricos, el 0,5% del papiloma, 0,5% xantoma. 1 paciente fue diagnosticado de tumor carcinoide con metástasis, los pólipos gástricos, papilomas y xantomas fueron endoscópicamente extirpados previos a la cirugía. En 10 pacientes (5%) la técnica fue cambiada debido a los hallazgos endoscópicos. En 5 casos la gastrectomía vertical fue rechazada debido a la hernia hiatal con reflujo gastroesofágico y el bypass gástrico se realizó, en 5 casos de bypass gástrico fue rechazada y la gastrectomía vertical se realizó en 4, (2 con metaplasia antral, 1 úlcera gástrica, 1 con múltiples pólipos gástricos). En el paciente con tumor carcinoide mas metástasis ganglionares se llevó a cabo una gastrectomía total con linfadenectomía D2. 174 de bypass gástrico, gastrectomía vertical 25 y 1 gastrectomía total con linfadenectomía D2 fueron realizadas.

Conclusión: La inclusión de la endoscopia alta en el estudio preoperatorio de la cirugía bariátrica ha demostrado ser útil en el diagnóstico de la patología gástrica y ofrecer la oportunidad para eliminar las lesiones antes de la operación. En algunos casos, la técnica

bariátrica debe ser cambiada debido a los resultados de endoscopia para evitar mayores complicaciones.

12:12

C2. TÍTULO: CIRUGÍA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

AUTOR/ES: Hector Nuñez Tasaico, Francisco Barreiro Morandeira, Jesus Paredes Cotoré, María Echevarría Canoura, Sara López Goye, Angel Ríos Ríos, Ana Paulos Gomez, Manuel Bustamente Montalvo.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: Para el período 1975-2000, los tumores responsables de más defunciones en hombres fueron el cáncer de pulmón, el de colon y recto, y el de próstata, superando todos ellos las 5.000 muertes/año. Los tumores malignos han sido la segunda causa de muerte en España en las últimas décadas, solamente superados por las enfermedades del aparato circulatorio.

Nuestro objetivo fue realizar una revisión de nuestra actividad en cirugía laparoscópica colorrectal por cáncer, respecto a estándares mundiales.

En la presente revisión, encontramos, 52 % hombre y 48 % mujeres; el mayor grupo de pacientes tenía ASA III (53%); presentaron infección de herida operatoria el 13 % de los pacientes; la duración media de la cirugía fue de 3 horas; la media de días de ingreso fue de 10 días.

En general, datos similares a los publicados. Es necesario establecer una base de datos para la cirugía colorrectal realizada en nuestro servicio, que en el futuro permitirá realizar análisis más detallados de los resultados y compararlos con los estándares mundiales.

12:24

C.3 TÍTULO: GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

AUTOR/ES: Lucía Lesquereux Martínez/Purificación Parada González/Fernando Santos Benito/Fernando Fernandez/Manuel Bustamante Montalvo

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: Introducción y objetivo: La cirugía laparoscópica ha sido incorporada como una alternativa en el tratamiento quirúrgico de la patología gástrica, incluido el cáncer gástrico. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados quirúrgicos inmediatos y a corto plazo de pacientes sometidos a gastrectomía laparoscópica en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Material y método: Se incluyeron todos los pacientes sometidos a gastrectomía laparoscópica en nuestro Servicio.

Resultados: Fueron incluidos un total de 21 pacientes, de los cuales 13 fueron hombres (62%) y 8 mujeres (38%). La mediana de edad fue 69 años (rango 52-87). 5 pacientes (24%) tenían cirugía abdominal previa, 2 del compartimento supramesocólico. La indicación de gastrectomía fue una patología maligna en 19 casos (91%). Respecto a los estudios preoperatorios, a todos los pacientes se les realizó EDA, en 16 casos (76%) se realizó además estudio ecoendoscópico sobre la lesión gástrica y a 19 pacientes (91%) se les realizó TC abdominal. Otros estudios realizados con menos frecuencia fueron la ecografía abdominal (6 pacientes) o el estudio esófago gástrico baritado (10 casos). La mediana de estancia hospitalaria tras la intervención fue 10 días (Rango 7-55). La mediana del tiempo operatorio fue 290 minutos (Rango 230-450). El estudio histológico demostró 8 adenocarcinomas bien diferenciados (38%), 4 moderadamente diferenciados (19%), 4 pobremente diferenciados (19%), 2 displasias (9%) y 1 ectasia vascular (5%); en solo 3 casos de adenocarcinomas se demostró invasión perineural. La mediana del tamaño de la lesión fue 45 mm (Rango 6-110). En 14 casos (67%) pacientes se realizó gastrectomía subtotal, en 7 (33%) gastrectomía total. A 16 pacientes (76%) se les realizó una linfadenectomía D2, a 3 (15%) una D1b, en 2 casos (9%) no se realizó linfadenectomía. La mediana de ganglios resecaos fue de 24 (Rango 0-57). Se hizo EGD postoperatorio en 7 casos (33%). Entre las complicaciones posquirúrgicas hubo 2 fístulas esofagoyeyunales (9%), 1 absceso intrabdominal (5%), 1 caso de hemorragia digestiva alta (5%) y 2 obstrucciones intestinales (9%). Se reintervinieron 2 pacientes (9%), ambos por obstrucción intestinal. La mediana de seguimiento fue de 210 días (Rango 30-1950). A 5 pacientes (24%) se les administró quimio y radioterapia adyuvante. La mortalidad durante el

seguimiento fue de 2 pacientes (9%), ninguna de ellas relacionada con complicaciones quirúrgicas.

Discusión: La gastrectomía laparoscópica con disección ganglionar es un procedimiento factible y seguro con resultados postoperatorios inmediatos satisfactorios, en cuanto a morbilidad y radicalidad oncológica. Sin embargo técnicamente quedan aspectos por resolver, especialmente para la realización de la anastomosis esofagoyeyunal laparoscópica. Es probable que futuros estudios prospectivos puedan informarnos mejor sobre el verdadero impacto de la cirugía laparoscópica en el tratamiento del cáncer gástrico.

12:36

C4. TÍTULO: ¿POR QUÉ NO EMPLEAR EL MELD COMO PREDICTOR DE SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO?

AUTOR/ES: Iago Justo Alonso, Oscar Caso Maestro, Naim Fakhri Gomez, Alberto Marcaruzco, Sandra G^a-Aroz, Eneida Bra, Edurne Alvaro, Cristina Alegre, Felix Cambra, Alejandro Manrique, Jorge Calvo, Alvaro G^a_Sesma, E. Moreno, Carlos Jimenez
Hospital 12 de Octubre de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: Introducción

La limitación existente en el pool de donantes, requiere un esfuerzo por conocer que pacientes se beneficiarán más de que órganos. El índice de MELD, ha demostrado ser un parámetro válido en la determinación de la mortalidad en lista de espera. Diversos estudios lo insinúan como válido para el cálculo de supervivencia al año del trasplante, al menos a corto plazo.

Objetivos

Documentar la validez del índice de MELD como factor predictor de supervivencia a largo plazo del injerto hepático en nuestra serie.

Material y métodos

Llevamos a cabo un estudio retrospectivo de pacientes trasplantados hepáticos entre Enero de 2003 y Mayo de 2011. Se realizaron un total de 522 trasplantes en mayores de 18 años, sin contar retrasplantes en dicho periodo en nuestro centro. Se ha empleado las fórmulas de la UNOS para el cálculo del índice de MELD y MELD-Na

Resultados

Presentamos una serie de 522 pacientes con una edad media de $53.6 \pm 11,82$, con un porcentaje de 75% de varones. El seguimiento medio ha sido de 3 años

La tasa de retrasplante ha sido del 7%, con un porcentaje de HCC del 19,8% y de 47,5% de VHC (+). El índice de MELD medio ha sido de 15.55 (3-41), y el de MELD-Na de 17,9 (4-41). La etiología más frecuente de Trasplante ha sido de la alcohólica pura en un 23%, seguida de VHC 21.9%.

La grado de significación de correlación del índice de MELD con la Supervivencia del paciente esta ha sido de $p=0,000$, mientras que para el MELD-Na ha sido de 0.001.

En cuanto a la supervivencia del órgano esta diferencia ha sido de 0,012 para el MELD y de 0.020 para el MELD-Na

Conclusiones

El índice de MELD ha sido en nuestra serie un parámetro válido para predecir la supervivencia a largo plazo

12:48

C5. TÍTULO: CÁNCER GÁSTRICO EN EL ÁREA DEL HOSPITAL MEIXOEIRO

AUTOR/ES: Patricia Jove/Isabel Otero /Ignacio Maruri / Marta Martinez /Paula Senra /Enrique Casal
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: Cáncer gástrico en el área del Hospital Meixoeiro

Introducción:

Desde hace una década aproximadamente, diversos autores y publicaciones reflejan una disminución en la incidencia de cáncer gástrico a nivel occidental.

En Galicia desconocemos las tasas reales de incidencia. La Dirección Xeral de Saúde Pública refiere para Galicia, tasas brutas de mortalidad por 100000 habitantes, para el periodo 1980-2007, de 28% para los hombres y 20% para las mujeres.

También se describe en los últimos años variaciones en cuanto a la localización (con tendencia a aumentar las proximales sobre las distales) y al tipo histológico (difuso frente a enteroide).

En la revisión de los 619 pacientes intervenidos en el servicio de cirugía del Hospital Meixoeiro, en dos periodos (1990-2004 y 2005-2009), no hemos constatado en nuestra área, estas modificaciones.

Así mismo sigue predominando el diagnóstico en estadios avanzados (63%) y pacientes de edad avanzada con comorbilidades asociadas.

Hemos constatado que las unidades funcionales mejoran los resultados al concentrar experiencia y estandarizar procedimientos y manejo.

Defendemos el beneficio de medidas de precocidad diagnóstica (programas de acceso abierto a la endoscopia).

Material y métodos:

Basándonos en estos hechos, hemos revisado los 67 cánceres gástricos (39% de mujeres y 61% de hombres) tratados en nuestro servicio de cirugía del Hospital Meixoeiro en los últimos 24 meses.

Se revisan los posibles cambios reflejados en la literatura y no constatados en los estudios previos (pacientes, localización, histología, resecabilidad, estadios etc).

En este periodo se desarrolla en nuestro servicio la resección gástrica laparoscopia (56%), (en el periodo previo solo 5%), aunque reconocemos que todavía no se describe esta técnica como la habitual por la mayor parte de los cirujanos.

Resultados y conclusiones:

No se pretende con esta revisión, al tratarse de una serie pequeña, establecer comparaciones con la resección laparotómica, únicamente evaluar nuestros resultados desde la premisa de una cirugía oncológica reglada en el acceso laparoscópico, que permita un correcto estadiaje. Valorar el beneficio que este tipo de acceso pueda tener para esta patología (menor dolor, movilización precoz, morbilidad, estancia postoperatoria, eventraciones....)

13:00

C6. TÍTULO: TRATAMIENTO URGENTE DEL CANCER DE COLON COMPLICADO

AUTOR/ES: M^a Isabel Sartal Cuñarro, Francisco Barreiro Morandeira, Hector Nuñez Tasaico, María Echevarría Canoura, Manuel Bustamante Montalvo
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN:

Introducción.

El cáncer de colon es la afectación maligna más común del tubo digestivo, siendo la segunda causa más importante de mortalidad asociada a cáncer en América y la tercera en España. Causa 639000 muertes a nivel mundial cada año (7000 en España), con una incidencia que está en aumento. Lo más habitual es que se presente como un cuadro clínico insidioso, sin embargo, entre el 7% y el 40% de los casos puede debutar como un cáncer complicado; es decir, como una obstrucción intestinal, perforación, o menos frecuentemente como una hemorragia digestiva baja masiva, requiriendo tratamiento urgente (quirúrgico o no).

. Objetivos.

El objetivo de nuestro estudio es realizar una revisión de conjunto sobre el estado actual del cáncer de colon complicado en nuestro hospital, las características epidemiológicas, clínicas y las controversias relacionadas con el abordaje quirúrgico urgente.

. Material y métodos.

Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes atendidos de forma urgente por el Servicio de Cirugía General y Apto. Digestivo por presentar un cáncer colorrectal complicado, en el Hospital de Santiago de Compostela, en un período de dos años (1 de Junio de 2007 a 31 de Mayo de 2009).

Entre los criterios de urgencia quirúrgica que se han tenido en cuenta para ser incluido en este estudio se encuentran: la obstrucción, perforación y la hemorragia digestiva baja incoercible. Con ello se confeccionó un protocolo en el que se incluyeron además variables como la edad,

sexo, comorbilidad (ASA), ubicación topográfica del tumor, estadiaje, tipo de tratamiento urgente (quirúrgico o no), técnica quirúrgica (urgente o diferida), tipo de tratamiento no quirúrgico (endoprótesis, embolización angiográfica...), tiempo de hospitalización, complicaciones..., entre otras.

. Resultados.

Durante el período de tiempo considerado en el estudio, se diagnosticaron un total de 72 pacientes con cáncer colorrectal complicado. De los cuales el 59'72% fueron varones, con una edad de presentación más frecuente en la 7ª década de la vida. La complicación más frecuente del carcinoma colorrectal es la obstrucción intestinal (83'3%), seguida de la perforación; siendo el sigma y el colon izquierdo el segmento donde surgen más complicaciones. El tratamiento urgente es quirúrgico en la mayoría de los casos (72'2%), ganando cada vez más importancia los tratamientos no quirúrgicos como la colocación de endoprótesis, con un alto índice de éxitos. La intervención quirúrgica urgente que más se realiza es la intervención de Hartmann (42'6%). Se ha realizado cirugía en un solo tiempo en 44'2% de casos, más en colon derecho, aunque seguido de cerca por el colon izquierdo. La complicación más frecuente fue la infección de herida quirúrgica (29'9%). De 72 pacientes fue necesario reintervenir a 6 pacientes, siendo la causa más frecuente el absceso intraabdominal.

. Conclusiones.

El cáncer de colon ha experimentado un importante aumento en nuestro medio. Por tanto, es cada vez más frecuente para el cirujano verse expuesto a realizar una cirugía de urgencia por alguna de sus complicaciones más frecuentes. En nuestra experiencia el 72'2% de los casos fueron operados de urgencia, aunque afortunadamente hoy en día contamos con métodos no quirúrgicos como puede ser la colocación de endoprótesis por vía endoscópica en el caso de una obstrucción secundaria a un cáncer de colon; a la embolización angiográfica en caso de una hemorragia digestiva baja, u otras medidas no quirúrgicas, que nos permiten preparar al paciente de cara a una cirugía programada en mejores condiciones.

La intervención quirúrgica que más se realiza de manera urgente continua siendo la intervención de Hartmann, quedándose el paciente con un estoma, que en la mayoría de los casos de nuestro estudio (75'87%) será permanente. La cirugía en un solo tiempo de forma urgente se realiza como tratamiento de elección en lesiones neoplásicas de colon derecho y transversal, pero todavía plantea controversias en el colon izquierdo, sigma y recto; aunque se espera que poco a poco vaya en aumento, dado que ha demostrado ser segura, evitándole al paciente la morbilidad de la cirugía en dos o tres tiempos. Es necesario recordar además, pese a que la tendencia actual propicia claramente la cirugía en un tiempo, que muchos de estos pacientes son intervenidos en muy malas condiciones generales, por lo que la cirugía en dos tiempos (Hartmann o similar) aún mantiene un lugar importante.

13:12

C7.TÍTULO: ASPECTOS CLÍNICOS EN UNA SERIE PROSPECTIVA DE 104 PANCREATECTOMÍAS

AUTOR/ES: Ester Mariño Padin, Francisco Javier González Rodríguez, Elias Domínguez Comesaña, Angel Lede Fernandez, Jose Luis Portela Serra, Miguel Angel Piñón Cimadevila Complejo Hospitalario de Pontevedra

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: Introducción:

La pancreatectomía es el tratamiento de elección en el cáncer de páncreas, sin embargo, sigue presentando elevada morbimortalidad y una supervivencia a largo plazo baja.

Material y métodos:

Se han recogido prospectivamente los datos de los pacientes intervenidos entre 2002 y 2011 en nuestro centro y se ha realizado un estudio multivariable con el objetivo de definir las variables que influyen en la morbimortalidad de las pancreatectomías y los factores pronósticos de supervivencia de los adenocarcinomas.

Resultados:

Hemos realizado 104 pancreatectomías, 40 pacientes tenían una edad superior a los 70 años, 67 fueron por cáncer (cáncer de páncreas 44, colangiocarcinoma 5, adenocarcinoma duodeno 2, adenocarcinoma ampolla de Vater 16). Realizamos los siguientes procedimientos: duodenopancreatectomía cefálica 54 (4 con resección de vena porta y reconstrucción vascular con prótesis de PTFE), pancreatectomía total 14, pancreatectomía corporo-caudal 35 (12 mediante técnica laparoscópica). La morbilidad post-operatoria fue del 50%, se produjo fístula pancreática en 8 pacientes (7,9%), fue necesaria la reintervención en 14 pacientes (13%),

fallecieron en el post-operatorio inmediato 6 pacientes (5,7%). De los 44 pacientes intervenido por adenocarcinoma de páncreas permanecen vivos 18, con una supervivencia actuarial media de 26 meses (IC 95% 20-29). El estudio histológico evidenció adenocarcinoma en el 67% de los pacientes, invasión perineural en el 25%, invasión vascular en el 16%, el tumor resecado tenía un tamaño medio de 32mm y, el número medio de adenopatías infiltradas fue de 1,8.

Conclusiones:

La cirugía pancreática es una técnica segura pero con una morbilidad considerable por lo que las complicaciones deben tratarse de forma precoz para evitar una evolución desfavorable.

13:24

C8. TÍTULO: SÍNDROME FEOCROMOCITOMA- PARAGANGLIOMA FAMILIAR

AUTOR/ES: Dr. Paz Novo, M.; Dr. Puñal Rodríguez, J.A.; Dra. Parada Rodríguez, P.; Dr. Cabezas Agrícola, J.M.; Dra. Lesquereux Martínez, L.; Dr. Blanco Freire, N.; Dra. Echevevarría Canoura, M.; Dra. Sartal Cuñarro, M.I., Dr. Bustamante Montalvo, M.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN:

- Introducción

Los paragangliomas retroperitoneales son tumores frecuentemente benignos cuyas células se originan en la cresta neural embrionaria; que pueden derivar de tejido simpático (adrenal o extraadrenal), así como de tejido parasimpático. Son tumores de origen esporádico y en un 10% de los casos de origen hereditario, asociado a enfermedades neuroendocrinas como Neoplasia Endocrina Múltiple II, Síndrome de Von Hippel Lindau y más raramente Neurofibromatosis tipo I. En la última década se ha identificado una forma familiar no asociada a otras enfermedades, el SFPF. Estos casos hereditarios se asocian con más frecuencia a pacientes jóvenes, tumores malignos, recurrentes, bilaterales o múltiples, sincrónicos o metacrónicos.

- Material y métodos

Presentamos una familia con el SFPF por mutación de la subunidad D de la Succinato Deshidrogenasa (SDH), en la que dos miembros desarrollaron tumores.

- Resultados

El primero se trata de una paciente de 42 años intervenida en nuestro Servicio por Fecromocitoma Suprarrenal derecho funcionante, se realizó Suprarrenalectomía Laparoscópica; el estudio genético posterior reveló dicha mutación. Posteriormente, durante estudio familiar, en una hermana de 30 años, portadora de dicha mutación, se objetivó masa retroperitoneal anterior a la aorta el que el diagnóstico histológico tras exéresis de tumoración reveló paraganglioma retroperitoneal.

- Conclusiones

El SFPF está asociado a la enzima mitocondrial SDH que cataliza la oxidación de succinato a fumarato en el ciclo de Krebs. Se han descrito varias mutaciones en genes que codifican la subunidad D, B, C de la Succinato deshidrogenasa ocasionado el SFPF 1, 4 y 3 respectivamente; más recientemente una nueva mutación en la Subunidad A (con un solo caso descrito en el mundo durante este último año) y AF2 siendo en este caso los SFPF 5 y 2. Las diferentes mutaciones presentan características clínicas particulares asociándose a determinadas localizaciones, derivando con mayor frecuencia de tejido simpático o parasimpático y en algunos casos estas mutaciones se relacionan con mayor incidencia de tumores malignos, por lo que se debe realizar una intervención oncológica. El seguimiento es obligado, no solo por la posible malignidad, sino también por el desarrollo metacrónico de tumores en otras localizaciones.

13:36

C9. TÍTULO: RESULTADOS CLÍNICOS EN LAS PRIMERAS CIENTO HEPATECTOMÍAS DE UNA UNIDAD HBP DE RECIENTE CREACIÓN.

AUTOR/ES: Gonzalez Rodriguez Fj, Domínguez Comesaña E, Portela Serra JI, Lede Fernández A, Piñón Cimadevila Ma.
Complejo Hospitalario de Pontevedra

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN:

Analizamos prospectivamente la incidencia y factores de riesgo de las principales complicaciones de las resecciones hepáticas realizadas en la unidad de cirugía hepática de nuestro centro.

MATERIAL Y METODOS:

Desde el año 2008 hasta el 2011, realizamos 100 hepatectomías con los siguientes diagnósticos: metástasis hepáticas (n=75), tumores hepáticos primarios malignos (n=11), tumores hepáticos primarios benignos (n=14).

RESULTADOS:

La mortalidad global fue del 1%, la morbilidad global fue del 35%, significativamente más elevada en los pacientes con cáncer (25% frente al 38%, $p>0,001$). Las resecciones hepáticas mayores (54% frente al 28%, $p<0,001$), la necesidad de transfusión (64% frente al 28%, $p<0,001$) y la edad superior a los 70 años (51% frente al 26%, $p<0,001$), se asociaron a un aumento significativo en la incidencia de complicaciones. Se produjo fístula biliar en el 3% de los pacientes, siendo su incidencia mayor en las hepatectomías mayores ($p<0,001$). El 4% de los pacientes presentó insuficiencia hepática, influyendo significativamente en esta complicación la realización de una resección mayor ($p<0,001$).

CONCLUSIONES:

La creación de unidades especializadas en cirugía hepática permiten mejorar los resultados y una aplicación más amplia de la misma, tratamiento potencialmente curativo en determinadas enfermedades malignas.

13:48

C.10: TÍTULO: CÁNCER DE MAMA: VÍA RÁPIDA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA

AUTOR/ES: E.Carrera Dacosta, T.Fernández Álvarez, V. Gutiérrez-Solana Perea, M.García Vázquez, S. Estévez Fernández, E.Mariño Padín, J.Ballinas Miranda, M.A. Piñón Cimadevila. Complejo Hospitalario de Pontevedra

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN:

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres occidentales, siendo la incidencia en España de alrededor de 22000 nuevos casos por año. En la actualidad ha disminuido de forma considerable la morbimortalidad de esta enfermedad en occidente gracias a los programas de screening y tratamiento precoz.

Presentamos el programa de vía rápida del Complejo Hospitalario de Pontevedra, su protocolo de inclusión en el programa, objetivos y resultados obtenidos desde la implantación del programa.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Criterios necesarios para la inclusión en vía rápida:

- Nódulo palpable en rango de edad determinado (por encima de los 40 años).
- Nódulo con fijación a piel o estructuras profundas a cualquier edad.
- Secreción sanguinolenta uniorificial.
- Retracción reciente del pezón unilateral.
- Retracción cutánea, piel de naranja, adenopatías axilares.

Las pacientes incluidas en el programa de vía rápida pueden proceder tanto de la Atención Primaria como de nuestras consultas donde están siendo seguidas por alto riesgo por antecedentes familiares, lesiones indeterminadas..., al igual que también pueden ser pacientes del programa de screening de la Xunta de Galicia. En este último caso las pacientes acuden a la cita con la mamografía realizada

El día que la paciente acude a la primera prueba radiológica se le realiza estudio radiológico con biopsia incluida. A la semana siguiente, con los resultados anatomopatológicos, se decide el acto quirúrgico y se le realiza estudio de extensión con radiografía de tórax, ecografía abdominal y axilar, incluso PAAF de adenopatías sospechosas y consulta con el servicio de Anestesia. En el caso de optar por cirugía conservadora se somete a la paciente a una RMN de las mamas para descartar multicentricidad y multifocalidad.

Las pacientes se incluyen en lista de espera, siendo intervenidas quirúrgicamente en un plazo máximo de quince días.

CONCLUSIÓN:

El cáncer de mama es a día de hoy una de las patologías más incidentes en la mujer occidental. Un buen método de screening junto con un programa de inclusión en vía rápida ayuda a realizar diagnósticos y tratamientos precoces lo que mejora el pronóstico de la

paciente. La implantación de estos programas multidisciplinarios favorece una mejoría en la calidad del tratamiento de estas pacientes.

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

ORALES CORTAS



COMUNICACIONES ORALES CORTAS

Sala B (12:00 – 12:40)

Moderadores:

Mar Martínez Baracheta, Antonia Brox Jiménez

12:00

CC1. TÍTULO: OLIGOPOLIPOSIS DENTRO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN EL ADULTO JOVEN.

AUTORES: E.Álvaro; M. García; J.Perea; C.Alegre; M. Hidalgo
Hospital 12 de Octubre. Madrid

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: Introducción:

El cáncer colorrectal (CCR) de aparición precoz suele asociarse con las formas familiares y hereditarias del CCR. Éstas suponen un 15-20% de todos los casos de CCR. Dentro de éstas, el Síndrome de Lynch (SL) es el CCR hereditario más frecuente (2-5%), siendo otra forma hereditaria frecuente la poliposis adenomatosa familiar (PAF). Sin embargo, la proporción de casos hereditarios en el CCR de aparición precoz suele alcanzar apenas un tercio de los casos. En los últimos años se ha identificado una entidad denominada oligopoliposis, cuyos sujetos, habiéndose excluido el diagnóstico de PAF y SL, presentan, aparte del CCR, al menos cuatro o más pólipos en la evolución, suponiéndose en ellos una susceptibilidad especial al CCR. Nuestro objetivo es valorar las características clínicas de los sujetos con oligopoliposis en una población de CCR de inicio precoz, además de la carga familiar de los mismos a la hora de valorar el peso de una posible susceptibilidad genética.

Material y Métodos:

A partir de una serie de casos de CCR diagnosticados en nuestro centro en un periodo de tiempo de seis años, (88 casos), se han identificado aquellos casos con oligopoliposis: CCR junto con 4 o más pólipos en la evolución, descartando aquellos con diagnóstico de SL y PAF (nueve y seis, respectivamente). Se valoran las características clínicas y antecedentes familiares neoplásicos.

Resultados:

Se identifican 26 casos de pacientes con oligopoliposis (35,6%). 17 de ellos varones, con una edad media al diagnóstico de 38,5 años. La distribución de las localizaciones del CCR es equivalente para el colon derecho, izquierdo y recto. El 61,5% de los casos presentaron un Estadio A y el 30,8% un estadio B al diagnóstico. El número medio de pólipos por persona fueron de 6,5, con un mínimo de 5 y un máximo de 10. Los pólipos más frecuentes fueron de tipo hiperplásico y adenomas en proporciones semejantes. La mayoría de los pacientes presentaron los pólipos posteriores al CCR (73%). El 52% de los pacientes presentó historia familiar de CCR y el 60% de otra neoplasia relacionada con el SL diferente al CCR.

Conclusiones:

Existe un porcentaje importante de casos de oligopoliposis dentro del CCR a edad precoz, que presentan un riesgo elevado de desarrollar pólipos y consecuentemente CCR. Además poseen en una elevada proporción historia familiar oncológica positiva, tanto para el CCR como para el SL, y por tanto, puede que exista en este último subgrupo ciertos genes de baja penetrancia que pudieran aumentar el riesgo de desarrollar pólipos y CCR a edad precoz. Por otro lado, es posible que la sucesión respetada de adenoma-CCR en estos pacientes haga que sus síntomas sean más precoces y, por tanto, se diagnostiquen a estadios menos avanzados.

12:03

CC2. TÍTULO: MELANOMA ACRAL: CASO CLÍNICO

AUTOR/ES: Hector Nuñez Tasaico, Salustiano Gonzalez Vinagre, María Echevarría Canoura, Sara López Goye, Jesus Paredes Cotoré, Manuel Bustamante Montalvo
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: Presentamos el caso de un paciente de 78 años, que consulta por traumatismo en 1er dedo de mano derecha de un año de evolución, presentando desde entonces tumoración en lecho ungueal calificado como granuloma. Ante la falta de mejoría le realizan frotis de tumoración, con datos sugestivos de melanoma acral. El estudio pre operatorio reveló extensión ganglionar axilar.

Se realizó desarticulación de falange distal de 1er dedo de mano derecha y vaciamiento axilar ipsilateral.

Presentó hematoma axilar en el post operatorio tratado conservadoramente. Evolución posterior favorable.

Revisamos el algoritmo diagnóstico y de tratamiento del melanoma acral.

12:06

CC3. TÍTULO: HERNIA INTERNA A TRAVÉS DEL OMENTO MENOR COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL AGUDA.

AUTOR/ES: Vladimir Arteaga Peralta, José Manuel Ramia Ángel, Roberto De la Plaza Llamas, Andree W. Kuhnhardt Barrantes, José E. Quiñones Sampedro, María Labalde Martínez, Farah Adel Abdulla, Carmen Ramiro Pérez, Cristina Sabater Maroto, Juan Carlos Jurado López°, Jorge García-Parreño Jofre.

Hospital Universitario de Guadalajara

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN:

Introducción:

Las hernias internas (HI) representan el 0,2 a 0,9% de los casos de obstrucción intestinal y aproximadamente del 0,5 al 4,1% de los casos de la obstrucción intestinal aguda causada por hernias. Las hernias transommentales a través de la epiplón mayor o menor suponen el 1-4% de todas las HI. Presentamos un caso de HI por el omento menor, su iconografía y revisión bibliográfica.

Caso Clínico:

Paciente mujer de 46 años, que presenta como antecedentes síndrome de Sotos con hiperlaxitud y distrofia muscular degenerativa, histerectomía con doble anexectomía por miomas uterinos hace 8 años, institucionalizada en residencia por déficit motor. Es remitida al Servicio de Urgencias por dolor abdominal mesogástrico, vómitos y ausencia de tránsito intestinal de 3 días de evolución. A la exploración presenta el abdomen distendido, timpánico, dolor difuso, sin peritonismo. En la analítica destaca leucocitos $12.3 \times 1000/\text{mm}^3$ (89.5 % de neutrófilos), PCR 38.3 mg/L.

La TAC abdominal con contraste IV y oral, evidencia importante dilatación gástrica y yeyunal, cambio de calibre intestinal a nivel de mesogastrio, sin clara causa obstructiva, cierta rotación segmentaria de los vasos mesentéricos en esta zona. El antro gástrico se encuentra alojado en la región inferior de la pinza mesentérica, por debajo de la tercera porción duodenal. No se demuestran alteraciones en la disposición de los vasos mesentéricos proximales. Discreta cantidad de líquido libre.

Se realiza laparotomía exploradora, donde se observa herniación completa del yeyuno a través del epiplón menor, con malrotación intestinal incompleta y estómago en posición inframesocólica. Se realiza resección segmentaria de asas de yeyuno adheridas a pared y reducción del intestino herniado. La paciente presenta buena evolución clínica por lo que se da de alta al cuarto día postoperatorio.

Discusión:

Las HI congénitas por el epiplón menor son extremadamente raras. Los factores predisponentes para estas hernias incluyen defectos anatómicos transomental del hígado, los epiplones y el mesenterio, así como la presencia de adherencias intraabdominales.

Son de dos tipos: el primero, más común, se produce a través de un orificio libre en el epiplón mayor y el segundo, nuestro caso y más raro, contiene un saco herniario a través del ligamento gastrocólico. La edad al momento del diagnóstico suelen ser mayores de 50 años y la mayoría se producen en el lado derecho del epiplón mayor. La sintomatología puede ser intermitente con episodios de dolor periumbilical y cuadros de obstrucción intestinal recurrentes si la hernia interna se resuelve fácilmente. Cuando la hernia se incarcerationa, los síntomas se agudizan y el diagnóstico debe ser precoz por el riesgo de estrangulación. La radiografía de abdomen con tránsito baritado puede dar datos de una hernia interna, pero es la tomografía computarizada con imágenes tomadas a los 70-90 seg de la inyección del contraste IV (100ml administrados a 1-2ml/seg) consigue determinar la causa de la obstrucción. El tratamiento es la cirugía urgente en casos de estrangulación.

12:09

CC4. TÍTULO: PRESENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA DE PULMÓN OCULTO COMO TUMOR ESOFÁGICO SUBMUCOSO ESTENOSANTE.

AUTOR/ES: Vladimir Arteaga Peralta, Roberto De La Plaza Llamas, José Edecio Quiñones Sampedro, Farah Adel Abdulla, José Manuel Ramia Ángel, Cristina Sabater

Maroto, José Luis Izquierdo Alonso¹, Alejandro Repiso Ortega², Jorge García-Parreño Jofre. 1 Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Guadalajara

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN:

Introducción

Comunicamos un caso excepcional en la presentación de un adenocarcinoma de pulmón: tumor submucoso y estenosante esofágico sin masa parenquimatosa pulmonar. Desarrollamos el proceso diagnóstico realizado y mostramos la iconografía obtenida.

Caso clínico

Varón de 76 años remitido a nuestro Servicio con diagnóstico probable de GIST esofágico estenosante para recibir tratamiento quirúrgico. Antecedentes patológicos de HTA, ex fumador de 30 paquetes/año, EPOC tipo bronquitis crónica con LCFA grave, síndrome de obesidad-hipoventilación, disnea para moderados esfuerzos.

Acude al servicio de urgencias por disfagia progresiva a sólidos de 2 meses de evolución, acompañado de pérdida de peso de 15 kg. En la última semana, presenta dificultad para la deglución de líquidos. Se instaura nutrición enteral a través de sonda nasoyeyunal. Se realiza gastroscopia, donde se objetiva entre 30-37 cm de arcada dentaria, una estenosis asimétrica con efecto de masa que afecta a la mitad de la circunferencia de la luz recubierta de mucosa no ulcerada (biopsia: sin alteraciones). El tránsito esofagogastroduodenal muestra estenosis de 1/3 medio-bajo de 6-7 cm de longitud con cierta dificultad para el paso del contraste. La ecoendoscopia aprecia una lesión esofágica dependiente de capa muscular con signo de malignidad en posible relación con tumor mesenquimal tipo leiomioma o tipo GIST. Sin embargo, la citología fue sugerente de adenocarcinoma de células grandes de probable origen pulmonar. La nueva endoscopia realizada apreció una gran ulceración mucosa c

on necrosis y hemorragia (La inmunohistoquímica de la biopsia —positividad para citoqueratina-7, AE1/AE3 y TTF1— sugirió en primer lugar un origen pulmonar). Sin embargo, la tomografía computarizada (TC) torácica muestra una masa mediastínica de 4 x 5 cm subcarinal, sin plano de clivaje con respecto a pared esofágica, así como adenopatía paratraqueal de 16 mm y nódulo de 1 cm suprarrenal derecho. La resonancia magnética (RM) objetiva masa de partes blandas que se extiende en la dirección del esófago, con aspecto fusiforme, con unos diámetros aproximados de 12 cm por 37 mm por 48 mm, que se extiende concéntricamente a lo largo de las paredes del esófago, y que parece infiltrar el suelo de la carina sin producir afectación pulmonar secundaria. Se realizó PAAF transbronquial de la masa mediastínica sin obtenerse citología sugerente de malignidad. Se decide tratar como metástasis esofágica de un adenocarcinoma de origen no filiado, aunque de probable origen pulmonar. Inicialme

nte se valoró la aplicación de quimioterapia y radioterapia, pero esta posibilidad se desestimó al producirse un rápido e importante deterioro de la situación clínica del paciente con grave sangrado digestivo de origen esofágico difuso por lesión tumoral extensa, sin que se pudiera aplicar hemostasia terapéutica endoscópica. A partir de ese momento, se trató de forma exclusivamente sintomática. El paciente falleció a los 2 meses del ingreso. La necropsia determinó el origen en un carcinoma indiferenciado de célula grande de pulmón derecho que infiltra esófago, con metástasis ganglionares mediastínicas múltiples.

Conclusión

Excepcionalmente el cáncer de pulmón puede debutar como una tumoración esofágica, haciendo complejo su diagnóstico diferencial y precisando la necropsia para su diagnóstico definitivo.

12:12

CC5. TÍTULO: COMPARANDO LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPATICO DE DONANTES A CORAZON PARADO (MAASTRICHT II) CON OTROS DONANTES MARGINALES

AUTOR/ES: Iago Justo , Manuel Abradelo, Naim Fakh , Oscar Caso, Jorge Calvo , Alvaro Garcia, Felix Cambra, Alejandro Manrique , Enrique Moreno , Carlos Jimenez.
Hospital 12 de octubre. Madrid

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: Introducción: Los resultados obtenidos de donantes en asistolia (tipo Maastricht II) han sido criticados por su mayor frecuencia de disfunción primaria del injerto y complicaciones de la vía biliar, y su uso solo se podría justificar en el contexto de la falta de donantes.

Materiales y Métodos: Se analizan retrospectivamente los resultados de los trasplantes hepáticos realizados entre Enero de 2006 y Diciembre de 2009 en nuestro centro. En este periodo de tiempo, se realizaron 228 trasplantes hepáticos de los cuales 38 se obtuvieron de donantes a corazón parado. Los criterios aceptados para considerar a un donante como marginal son la edad >70, macroesteatosis >30% y injertos parciales.

Resultados: Cuando comparamos los receptores de órganos de asistolia con el resto de los receptores, no se objetivan diferencias significativas entre ambos grupos excepto en la edad de los pacientes que es menor en el grupo de asistolia (se consideraron también el sexo del receptor, MELD y la etiología de la cirrosis). Cuando comparamos los órganos de asistolia con los injertos con macroesteatosis, los primeros presentan una mayor supervivencia del injerto (932 días para grupo asistolia vs 712 para grupo macroesteatosis, $p=0.541$) y mayor supervivencia del receptor (1139 días para el grupo asistolia vs 712 para el grupo macroesteatosis, $p=0.127$). En cuando se comparan a los injertos parciales, los órganos de asistolia presentan una mayor supervivencia del injerto (932 días para grupo asistolia vs 711 para el grupo injertos parciales, $p=0.545$) y mayor supervivencia del paciente (1139 días para grupo asistolia vs 772 para el grupo injertos parciales, $p=0.163$). En cuando a los donan

tes > 70 años, se observa una supervivencia similar de injerto (932 días para el grupo asistolia vs 990 para el grupo > 70, $p=0.441$) y de paciente (1139 días para el grupo asistolia vs 1059 para el grupo > 70, $p=0.998$) entre ambos grupos.

Conclusión: Los resultados de injertos procedentes de donantes a corazón parado son comparables e incluso mejores que el resto de donantes marginales.

12:15

CC6. TÍTULO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PAPILOMATOSIS DIFUSA INTRADUCTAL BILIOPANCREÁTICA

AUTOR/ES: R. Sanabria; M. García Nebreda; E. Alvaro; C. Alegre; A. Gimeno; A. Manrique; M. Abradelo; S. Olivares; J. Calvo; A. García Sesma; C. Jimenez; E. Moreno
Hospital 12 de octubre. Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN:
Introducción.

Los tumores mucinosos papilares que afectan la vía biliar son poco frecuentes, y aunque la histología es a menudo benigna, están caracterizados por su tendencia a la transformación maligna y a la recidiva. La papilomatosis biliar es una enfermedad rara que se caracteriza por múltiples adenomas papilares en la vía biliar tanto intra como extrahepática e incluso en el ducto pancreático. Existe poca información concerniente a la morfología, el pronóstico y el tratamiento de estas lesiones pero se pueden observar tres rasgos característicos de las lesiones papilares de la vía biliar: recidiva tumoral, producción de mucina y elevado riesgo de transformación maligna, por lo que el tratamiento quirúrgico debe asegurar la exéresis completa de la lesión cuando sea posible.

Material y Métodos.

Descripción de dos casos clínicos y sus distintas opciones de tratamiento quirúrgico.

Resultados.

Mujer de 77 años diagnosticada en el 2001 de un colangiocarcinoma de vía biliar extrahepática que afectaba al conducto hepático izquierdo y al segmento IV, se realizó una resección hepática parcial (IV), la resección de la vía biliar principal y una colangioyeyunostomía en Y de Roux (adenocarcinoma papilar intraductal). Al año presentó una recidiva en II, III realizándose una bisegmentectomía lateral izquierda (adenocarcinoma sobre papilomatosis maligna intraductal). La paciente se ha mantenido asintomática hasta la actualidad en la que se ha objetivado una tumoración maligna en la cabeza pancreática realizándose duodenopancreatectomía cefálica.

Varón de 46 años, tratado en 2007 con duodenopancreatectomía cefálica por un adenocarcinoma papilar no invasivo de ampolla de Vater con papilomatosis múltiple biliopancreática (pTisN0Mx). En 2009 presenta recidiva sobre muñon pancreático precisando pancreatectomesplanectomía distal (papilomatosis difusa con displasia moderada-severa. La evolución desde entonces persiste tórpida con ictericia obstructiva no resuelta que no cede con la colocación de múltiples catéteres interno-externos y múltiples episodios de colangitis. En 2010 se diagnostica de probable papilomatosis múltiple que afecta a la vía biliar intrahepática realizándose trasplante hepático (papilomatosis biliopancreática con extensas zonas de adenocarcinoma papilar in situ p-Tis N0 Mx.).

Conclusiones.

La resección quirúrgica en caso de papilomatosis difusa biliopancreática siempre está indicada incluso de manera profiláctica por el elevado riesgo de malignización y por los buenos resultados de supervivencia obtenidos, que dependiendo de las series, será de hasta un 69% a 5 años.

El tratamiento quirúrgico de esta entidad es variable, sin existir series uniformes al respecto, que comprendería desde una resección parcial limitada (segmentectomía hepática), una pancreatectomía parcial, hasta incluso técnicas tan agresivas como una pancreatectomía total o el trasplante hepático.

12:18

CC7. TÍTULO: ILESOTOMÍA FANTASMA: UNA ALTERNATIVA A LA ILEOSTOMÍA PERMANENTE EN PACIENTE SOMETIDOS A RESECCIÓN ANTERIOR BAJA.

AUTOR/ES: M. G Nebreda, E. Álvaro, R.Sanabria, C. Alegre, S. G Aroz, S. Olivares, M. Abradelo, A. Manrique, C. Jiménez, E.Moreno González

Hospital 12 de Octubre. Madrid

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN:

La exéresis completa del mesorrecto ha demostrado aumentar la supervivencia total y libre de enfermedad en los pacientes con cáncer de recto. Esto junto con el empleo de las anastomosis mecánicas ha permitido que la realización de amputaciones abdominoperineales disminuya de forma considerable y aumenten las resecciones anteriores bajas y ultrabajas, a costa de un aumento en el porcentaje de dehiscencias anastomóticas. La dehiscencia de anastomosis es una de las complicaciones más graves y que más impacto tienen en la morbimortalidad postquirúrgica. La práctica de un estoma derivativo aunque no evita su aparición atenúa su impacto y disminuye el número de reintervenciones. Se recomienda realizar ostomía desfuncionalizante en pacientes con factores de riesgo como radiación pélvica previa, diabéticos, toma de esteroides... o en casos en los que existan dudas intraoperatorias sobre la estanqueidad o vascularización de la anastomosis. La realización de una ileostomía fantasma

(exteriorización a través de la piel mediante cintas de asa de ileon sin fijar y sin proceder a su apertura) puede ser una alternativa a la realización de ileostomía convencional.

Material y métodos:

Se presenta una serie de 8 pacientes sometidos a resección anterior baja o ultrabaja con exéresis completa de mesorrecto en los que se realizó ileostomía fantasma desde julio del 2010 hasta agosto del 2011.

Resultados:

Cuatro de los pacientes (50%) presentaron patologías médicas asociadas que podían favorecer la aparición de una fístula posterior. En otros dos casos (25%) existía el antecedente de radiación pélvica previa y en el 25% restante el ambiente anastomótico no fue el idóneo por lo que se decidió realizar dicha ileostomía. En cuanto al postoperatorio destacar que seis de los pacientes (75%) tuvieron un postoperatorio sin incidencias, sin signos de dehiscencia de anastomosis, por lo que se procedió a la interiorización del ileon previa al alta. Un paciente (12,5%) presentó signos clínicos, analíticos y radiológicos de dehiscencia de anastomosis, por lo que se procedió a la apertura de la ileostomía y su fijación con buena evolución posterior. El paciente restante (12,5%) tuvo que ser reintervenido por peritonitis, practicándose una ileostomía derivativa habitual.

Conclusiones

La ileostomía fantasma, puede ser una alternativa eficaz a la ileostomía convencional, evitando así las posibles alteraciones hidroelectrolíticas asociadas a las pérdidas por ileostomía y la importante merma en calidad de vida a la que los pacientes se ven sometidos al practicarse esta técnica. Por otro lado, el fácil manejo de la ileostomía fantasma a la hora de su apertura y el tratamiento eficaz de la dehiscencia anastomótica favorecen el empleo cada vez más habitual de estas técnicas novedosas.

12:21

CC8. TÍTULO: LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO CON AFECTACIÓN DIGESTIVA: UNA ENTIDAD RARA Y LETAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

AUTOR/ES: Sánchez Guillén, L., Alarcón Caballero, J.P., López de los Reyes, R., Basanta Calderón, Y., Mato Iglesias, A., Vives Rodríguez, E., Viñas Martínez, J., Adrio Díaz, G.

Hospital Arquitecto Marcide Ferrol

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los linfomas del aparato digestivo se han descrito en prácticamente todas las localizaciones del mismo, como lesión primaria o manifestación de un linfoma sistémico. La afectación gastrointestinal del linfoma en el momento del diagnóstico varía entre el 20-30%, siendo más frecuente en estómago y colon distal y menos en intestino delgado.

Su reciente clasificación como un subtipo de linfoma no Hodgkin y su escasa frecuencia, favorecen el desconocimiento y dificultan el reconocimiento de esta entidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 41 años que acude a Urgencias por cuadro de diarrea líquida de 12 horas de evolución, dolor abdominal tipo cólico, rectorragia y náuseas. Previamente bien, sin fiebre termometrada ni otra sintomatología por aparatos. A las 72 horas, inicia dolor abdominal intenso persistente con distensión y datos de peritonismo. Acidosis metabólica compensada, leucocitosis, trombopenia, dímero D elevado e insuficiencia renal aguda de probable origen prerrenal y anuria las últimas horas por lo que se decide traslado a UCI. Se realizan ecografía y TC abdominal (sin contraste) que objetiva una severa afectación continua de todo el colon (con afectación desde el ciego hasta el recto) con marcado engrosamiento circunferencial de la pared y estrechamiento de la luz, abundante cantidad de líquido libre intraabdominal sin pneumoperitoneo asociado y múltiples adenopatías intra y retroperitoneales.

Ante este cuadro de pancolitis de etiología desconocida que genera PIA elevada con síndrome compartimental abdominal y secundariamente anuria e insuficiencia renal, se comenta el caso con el servicio de Cirugía General, decidiéndose intervención quirúrgica urgente. Durante la cirugía se objetiva afectación de aspecto inflamatorio y negruzco de todo el colon y parte de íleon terminal, sin áreas de perforación macroscópica, múltiples adenopatías de hasta 3 cm y abundante líquido ascítico no purulento; se realiza colectomía subtotal e ileostomía terminal de Brooke, presentando la porción yeyunoileal conservada buen aspecto. A pesar de ello persiste trombopenia refractaria. Se inicia diálisis continua tras cirugía, persistiendo anuria. La primera impresión de anatomía patológica de la muestra quirúrgica es de aspecto macroscópico de colitis ulcerosa severa (pseudopólipos, ulceraciones, adenopatías). A las 12 h de la intervención, ya sin sedación, se objetiva pupilas midriáticas arreactivas, por lo que se procede a realización de TC craneal que muestra hemorragia parietal derecha de con edema perilesional, desviación de línea media hacia la izquierda, herniación subfalcial y edema cerebral difuso. La paciente fue exitus.

RESULTADOS

El LCM es una variante de linfoma no Hodgkin de tipo B originado por la proliferación de linfocitos B monomorfos en un estadio previo al paso por el centro germinal. Se caracteriza por la presencia de la translocación t(11;14) o “translocación recíproca”, que conlleva una sobreexpresión de la ciclina D1 y asociada a la positividad para CD5 y CD20.

Representa entre un 2,5-10% de todos los linfomas y algunas series demostraron que el LCM es responsable del 9% de los linfomas primarios gastrointestinales. Su incidencia es mayor en hombres, de edad media entre los 55 y los 64 años. El 70% de los pacientes son clasificados en estadio IV en el momento del diagnóstico y un tercio de ellos presentan síntomas B (fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso). Los sitios más frecuentemente comprometidos incluyen ganglios linfáticos, médula ósea (>60%), bazo (45-60%), anillo de Waldeyer, sangre (25-50%) y tracto gastrointestinal. En este último

puede comprometer estómago, duodeno, yeyuno/íleon o colon. El compromiso del sistema nervioso central es raro y es asociado con fase leucémica.

CONCLUSIONES

El LCM tiene un comportamiento muy agresivo con pobre respuesta al tratamiento quimioterápico, obteniéndose remisión completa en el 6-35% de los pacientes, con un periodo libre de enfermedad corto y una supervivencia media de 3-4 años.

Aunque los LCM son una patología de gran agresividad y cuyo diagnóstico suele darse en fases avanzadas de la misma, suponen un reto para el clínico y en especial para el cirujano. Debido a su escasa frecuencia (se han descrito alrededor de 100 casos) y la similitud de su sintomatología con otras patologías digestivas, hacen que la toma de decisiones quirúrgicas terapéuticas sea tan controvertida como decisiva para una supervivencia del paciente a corto y largo plazo.

12:24

CC9. TÍTULO: INVAGINACIÓN INTESTINAL EN ADULTOS. EXPERIENCIA EN 5 AÑOS

AUTOR/ES: Estévez-Fernández, Sergio; Mariño-Padín, Esther; Ballina, Julio; Carrera, Ester; Sánchez-Sántos, Raquel; Gutiérrez-Solana Perea, Victoria; Barreiro, Erika; Samartín, Carlos; Martínez-Alarcón, Manuel ; Piñón-Cimadevila, Miguel Ángel
Complejo Hospitalario de Pontevedra

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN:

Las invaginaciones intestinales en el adulto aglutinan solamente entre el 5-10% de todos los casos de invaginaciones y <1% de los pacientes presentan obstrucción intestinal, por lo que es una patología rara, de difícil diagnóstico clínico y manejo controvertido.

PACIENTES Y METODOS

Se realiza estudio retrospectivo descriptivo de pacientes adultos (mayores de 15 años) diagnosticados de invaginación intestinal en el CHOP desde septiembre 2005 hasta septiembre 2010. Se recogieron datos demográficos, clínicos, exploraciones complementarias, iconografía, diagnóstico presuntivo y tratamiento.

RESULTADOS

10 pacientes con rango de edad entre los 15 y 84 años. 5 mujeres / 5 varones. Dolor abdominal como síntoma inicial en el 100% de los casos. 40% presentaron vómitos. Diagnóstico previo por TAC en el 80% de los casos. El 60% presentaban antecedentes personales con factores de riesgo. Invaginación yeyuno-yeyunal:5 casos; íleo-cecal:2 casos; yeyuno-ileal:1 caso; íleo-ileal:1 caso; colo-rectal: 1 caso. Recibieron tratamiento quirúrgico el 80% (50% resección; 50% reducción). 20% tratamiento conservador.

CONCLUSIONES.

La invaginación intestinal sintomática es una presentación rara en el adulto, y hay que tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal. Para su diagnóstico es importante la realización de una correcta historia clínica, destacando los antecedentes personales/factores de riesgo y obteniendo una prueba de imagen adecuada, recomendable TAC, para plantearse el mejor manejo para cada caso.

12:27

CC10. METÁSTASIS INGUINALES DE TUMOR NEUROENDOCRINO DE ORIGEN DESCONOCIDO

AUTOR/ES: M^a Isabel Sartal Cuñarro, José Antonio Puñal Rodríguez, Manuel Paz Novo, Manuel Bustamante Montalvo

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN:

. Introducción.

El cáncer metastásico de primario desconocido, representa el 2,3 al 4,2% de todos los cánceres diagnosticados, con una incidencia del 7-18 por 100.000 habitantes. Corresponde a una neoplasia maligna secundaria confirmada histológicamente, en ausencia de un sitio primario identificable después de haber realizado una evaluación clínica completa y de exámenes complementarios básicos. El tumor primario rara vez manifiesta sintomatología, permaneciendo oculto, probablemente por tener un crecimiento lento o haber regresado durante la evolución de la enfermedad.

. Caso clínico.

Presentamos el caso de un varón de 63 años, con antecedentes de HTA, apendicectomía y menissectomía, que estando previamente asintomático, presenta una tumoración no dolorosa, de consistencia dura, no móvil, en región inguinal izquierda, que aumentó de tamaño en los últimos 6 meses. El resto de la exploración física, incluyendo tacto rectal, fue normal. Se solicita PAAF de la lesión que es indicativa de tumor maligno indiferenciado y se realiza TAC toraco-abdomino-pélvico, en el que se visualiza una masa a nivel inguinal izquierdo de 65 x 48 x 53 mm adyacente al paquete vascular (aunque sin afectarlo), que presenta áreas de necrosis y que impresiona de conglomerado adenopático maligno, y pequeñas adenopatías ilíacas externas derechas de aspecto no maligno, no evidenciando tumor primario. Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica programada, sometiendo al paciente a un vaciamiento inguinal izquierdo completo, superficial y profundo. En el postoperatorio cursa sin incidencias salvo por un drenaje linfático persistente. El estudio anatomopatológico informa de metástasis ganglionar por carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado, positivo para citoqueratina AE1, AE3 y cromogranina. Se le realiza una ecoendoscopia digestiva alta y colonoscopia completa que son normales y gammagrafía de receptores de somatostatina, SPECT y PET de cuerpo entero en las que no se encuentra tumor primario. Actualmente (siete meses tras la cirugía) se encuentra asintomático, recibiendo tratamiento adyuvante con quimio y radioterapia.

. Discusión.

Los tumores neuroendocrinos (TNE) son un grupo relativamente heterogéneo y de escasa incidencia, entre 2-5/100.000 habitantes por año, que pueden originarse en múltiples órganos y tener presentaciones clínicas muy variables. Se consideran tumores de crecimiento lento, y prolongada expectativa de vida, con una incidencia en aumento en los últimos treinta años, especialmente en hombres y sujetos de la raza negra, conformando un grupo de tumores en los que no se alcanza el diagnóstico temprano. Ante la sospecha de un TNE, fundamentalmente por la clínica, y la presencia de unos marcadores tumorales generales y/ o específicos, se debe proceder al diagnóstico de localización del tumor primario, de posibles metástasis, así como de otros tumores asociados en casos de síndromes endocrinos familiares. Para ello, las técnicas de imagen (TAC, PET, octreoscan ...) son una herramienta fundamental. Su localización más frecuente es el tracto gastrointestinal, donde representan menos del 2% del

total de las neoplasias. Siendo el pronóstico diferente según la localización del tumor primario, teniendo peor pronóstico los TNE de origen en el tracto respiratorio. Metastatizan fundamentalmente en los ganglios linfáticos, hígado y hueso.

El caso que presentamos se trata de un paciente con metástasis inguinales de un tumor neuroendocrino pobremente diferenciado de origen incierto. Además del tratamiento quirúrgico, la mayoría de estos pacientes recibirán además tratamiento adyuvante, respondiendo entre el 50 y el 70% de los enfermos al tratamiento quimioterápico, y en un 25%, esta respuesta es completa, con una supervivencia a los 5 años de un 10 a un 15%.

Los TNE es una patología amplia en la que debe estar implicado un equipo formado por cirujanos, oncólogos, anatomo-patólogos y médicos de medicina nuclear, siendo más importante reconocer aquellos casos que potencialmente podrían responder a un tratamiento adecuado que a la búsqueda exhaustiva de un tumor primario, y esto es fundamental en el caso que presentamos, donde tras múltiples pruebas complementarias no se ha logrado identificar el tumor primario.

12:30

CC11. TÍTULO: DIVERTICULITIS APENDICULAR A PROPÓSITO DE 2 CASOS

AUTOR/ES: Maria Gil Santos, Carmen Nofuentes Riera, Andres Garcia Marin, Susana Perez Bru, Francisco Jose Orts Mico, Rummyana Rumenova Smilevska, Macarena Ruiz-Piqueras Lecroisey, Edelmira Soliveres Soliveres, Mario Mella Laborde, Salvador Garcia Garcia.

H. Universitario de Sant Joan. Alicante

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La diverticulosis del apéndice cecal es una patología relativamente infrecuente. Normalmente es asintomático aunque puede complicarse con diverticulitis aguda con o sin apendicitis aguda. Presentamos dos casos de diverticulitis apendicular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de la literatura a propósito de 2 casos.

RESULTADOS

Caso 1: mujer de 28 años que acude a nuestro hospital por dolor abdominal de 3 días de evolución en fosa ilíaca derecha con náuseas y febrícula. A la exploración destaca un dolor a nivel de fosa ilíaca derecha sin defensa clara, por lo que se solicita una ecografía abdominal. La ecografía objetiva un apéndice cecal aumentado de tamaño (9mm de diámetro) con alteración de la grasa y leve cantidad de líquido libre, sugestiva de apendicitis aguda. Se indica cirugía urgente, se realiza abordaje laparoscópico y se evidencia apéndice inflamado con mínima cantidad de líquido libre. No hay divertículos en ciego ni colon ascendente. Se realiza apendicectomía laparoscópica, sin incidencias. La anatomía patológica es informada como “divertículo apendicular con diverticulitis perforada”.

Caso 2: mujer de 52 años que consulta por dolor abdominal de inicio difuso, posteriormente irradiado a fosa ilíaca derecha de 2 días de evolución con vómitos, sin alteración del hábito intestinal. A la exploración se objetiva dolor en fosa ilíaca derecha con defensa localizada, sin irritación peritoneal generalizada. En la analítica destaca una leucocitosis de 14000 con desviación izquierda y una PCR de 5,2. Ante la sospecha de

apendicitis aguda, se indica cirugía urgente y, tras incisión de Mc Burney, se objetiva apéndice cecal engrosado con signos inflamatorios evidentes y pus periapendicular. No se objetivan cambios en el ciego. Se realiza apendicectomía abierta, sin incidencias. El informe de anatomía patológica es: “divertículos apendiculares con diverticulitis”.

CONCLUSIONES

La mayor parte de los divertículos del apéndice son falsos o pseudodivertículos adquiridos, en menos casos son divertículos verdaderos, congénitos. La diverticulitis apendicular tiene un curso más rápido que la apendicitis aguda, por lo que tiende a perforarse antes y la morbi- mortalidad es mayor. El diagnóstico preoperatorio incluso con pruebas de imagen es difícil y suele confundirse con la apendicitis aguda. Según algunos autores, la diverticulosis del apéndice se relaciona con un mayor riesgo de neoplasias apendiculares (neuroendocrinos, adenocarcinoma...) por lo que es imprescindible un examen histopatológico exhaustivo de toda la pieza de apendicectomía. En casos de diverticulitis complicada con perforación o hallazgo incidental intraoperatorio el tratamiento es la apendicectomía (en este último caso por el riesgo de complicaciones y potencial asociación con neoplasia apendicular).

RESÚMENES DE PÓSTERS



POSTERS

P.1: TÍTULO: PANCREATITIS ENFISEMATOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autor/Es: E.Carrera Dacosta, S.Estévez Fernández, E.Mariño Padín, J.Ballinas Miranda, R.Sanchez Santos, S. Gonzalez Fernandez, M.A.Piñón Cimadevila

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una patología digestiva que debe tratarse lo más precoz posible por el riesgo vital que supone para el paciente, una complicación grave, pero poco frecuente de esta patología es la pancreatitis aguda enfisematosa

La fisiopatología de la pancreatitis aguda es poco conocida debido probablemente a: La inaccesibilidad del tejido pancreático, particularmente en los estadios tempranos de la enfermedad. Las condiciones etiológicas más comunes como son la litiasis y el consumo excesivo de alcohol.

El diagnóstico de la pancreatitis aguda se fundamenta en la anamnesis, examen físico y analítica que puede presentar datos de la bioquímica alterados.

CASO CLÍNICO

Paciente de 81 años

AP: No alergias medicamentosas conocidas.

No hábitos tóxicos.

Dislipemia. Sd depresivo a tratamiento.

Cardiopatía isquémica, Estenosis aórtica moderada. Hipertrofia benigna de próstata.

Ingresa por cuadro de dolor abdominal y vómitos. Refiere dolor abdominal de varios días de evolución que ha ido aumentando progresivamente. El dolor se inició en epigastrio y se extiende a ambas gotieras.

Exploración Física: dolor a la palpación en epigastrio y ambas gotieras, signo de Murphy -

Analítica Urgente: amilasa 3500, leucocitos 9700.

Eco abdominal: halo perivesicular y páncreas hipoecoico. Compatible con colecistitis aguda y/o pancreatitis aguda.

Ingresa en nuestro servicio con sospecha de pancreatitis aguda de carácter moderado-grave. Debido a los antecedentes personales del paciente y a los criterios de Ramson que presenta se decide realizar un TAC abdominal con los siguientes resultados retroneumoperitoneo, neumoperitoneo perihiliar y exudados peripancreáticos.

Se plantea diagnóstico diferencial entre pancreatitis enfisematosa y perforación de víscera hueca retroperitoneal (duodeno, colon derecho...) Se explica a la familia la gravedad de la situación y se propone cirugía urgente.

Se interviene el día 11/04/2009 y realizándose colecistectomía, necrosectomía y drenaje.

Durante el ingreso en la unidad de reanimación el paciente desarrolla shock séptico grave, con necesidad de aminas a dosis altas.

La terapéutica inicial se centró en el soporte vital, presentando una respuesta moderadamente positiva, pero con persistencia de leucocitosis importante a las 72 horas de su ingreso. Por lo que se decide el cambio de la terapéutica antimicrobiana, con una notable mejoría por parte del paciente. Se recibe el cultivo positivo con *Aspergillus fumigatus* por lo que se inicia tratamiento específico.

El paciente es remitido de nuevo a nuestro servicio tras mejoría significativa de clínica y alteraciones bioquímicas.

El paciente fue mejorando paulatinamente hasta la fecha de alta de 11/06/2009

CONCLUSIÓN

La pancreatitis enfisematosa es una complicación grave y rara de la pancreatitis aguda. El diagnóstico se basa en los datos clínicos y en el hallazgo radiológico de gas en el retroperitoneo (en el interior del páncreas y a su alrededor) La necrosis pancreática infectada es potencialmente letal, con una tasa de mortalidad próxima al 40%. La cirugía en estos pacientes asocia una alta morbimortalidad, cercana al 100%. Por lo tanto, ante sospecha clínica y radiológica de pancreatitis enfisematosa, es necesaria una actuación urgente para evitar las complicaciones que se presentan con el tiempo de evolución

P2. TÍTULO: DIVERTICULOSIS YEYUNAL EN EL BORDE MESENTÉRICO CON PERFORACIÓN. UN DIAGNÓSTICO INFRECLENTE

AUTOR/ES: Marta Elisa López Blanco, María Isabel Sartal Cuñarro, Cristina Fernández Saavedra, Pablo Concheiro Coello, María del Carmen Castro Piñeiro, María Jesús Ladra González, Manuel Bustamante Montalvo.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: -INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La enfermedad diverticular yeyunal en una entidad rara. Su diagnóstico es difícil de realizar preoperatoriamente ya que los síntomas clínicos son frecuentemente inespecíficos. A propósito de un caso clínico, pretendemos esclarecer unas pautas para el diagnóstico precoz, diagnóstico diferencial, y tratamiento más adecuado para la diverticulosis yeyunal en el borde mesentérico con perforación de uno o varios divertículos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 76 años con el único antecedente de HTA que acude a urgencias por dolor abdominal brusco en fosa ilíaca izquierda, de aproximadamente 24 horas de evolución acompañado de vómitos. Se encuentra apirética y hemodinámicamente estable. A la exploración física, el abdomen se encuentra blando, depresible, algo distendido, doloroso en FII con datos de irritación peritoneal y presenta una hernia umbilical no complicada. Como pruebas diagnósticas complementarias se realiza un ECG, analítica de sangre y orina, rx tórax y abdomen y un TAC abdominal. Destacar que en la analítica de sangre presenta leucocitosis con desviación izquierda (leucocitos 14650, N 90'6%, L 5'5%, 13% cayados). En la radiografía de abdomen presenta un patrón de gas intestinal inespecífico. En el TAC abdominal nos encontramos con que en hemiabdomen izquierdo se visualiza una zona de borrosidad y aumento de atenuación de la grasa en relación con un asa de intestino delgado, con alguna pequeña burbuja de gas que podría tener localización extraluminal. Los hallazgos son compatibles con proceso inflamatorio/infeccioso en relación con asa de intestino delgado. Diverticulosis sigmoidea. Alguna pequeña adenopatía mesentérica y periaórtico-cava. Ante el diagnóstico de proceso inflamatorio/infeccioso de ID, con perforación probablemente de un divertículo, se procedió a la realización de una laparotomía media, de manera urgente y bajo anestesia general, que confirmó la existencia de una peritonitis purulenta y plastrón de dos asas de ID que contenían una perforación de un divertículo en el borde mesentérico de intestino delgado, a aproximadamente 30 cm del ángulo de Treitz. Asimismo, se objetivaron la

presencia de múltiples divertículos adyacentes a la perforación a lo largo de un trayecto de aproximadamente 40 cm. El resto de intestino delgado se encontraba normal. Ante una diverticulosis de yeyuno proximal segmentaria con uno de los divertículos perforado, se procedió a la realización de resección de ese fragmento de ID (aproximadamente 40 cm) con anastomosis primaria yeyuno yeyunal manual. La anatomía patológica constató: pieza quirúrgica correspondiente a intestino delgado con enfermedad diverticular, diverticulitis aguda en relación con perforación, y linfadenitis reactiva inespecífica en cuatro adenopatías aisladas. RESULTADOS: La paciente permaneció ingresada 14 días, con evolución favorable salvo infección superficial de la herida quirúrgica, y en revisión de consultas externas mes y medio después se encontraba asintomática hasta el momento actual. CONCLUSIONES: La resección del segmento de intestino delgado afectado con anastomosis primaria, es el manejo quirúrgico de elección ante la presencia de enfermedad diverticular yeyunal perforada, hemorragia o formación de absceso después del fracaso del reposo intestinal y antibióticos durante un corto periodo de tiempo.

P.3 TÍTULO: RECONSTRUCCION INMEDIATA CON DORSAL AMPLIADO (CUTANEO-MUSCULO –GRASO) SIN PROTESIS.

AUTOR/ES: Autores: Aranzazu Prada, J.LuisAmaya, M^aIsabelCorrea, Diego Lopez, Sergio Estevez*, Esther Mariño*, M^aJoseEspada, Manuel Martinez.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: OBJETIVOS

Presentar nuestra experiencia en la técnica de reconstrucción inmediata mediante relleno de músculo dorsal en pacientes con cáncer de mama.

Con esta técnica, asociando la grasa de la zona suprailiaca al colgajo miocutáneo del dorsal podemos conseguir suficiente volumen como para reconstruir totalmente la mama sin necesidad de usar una prótesis

MATERIAL Y METODOS

Presentamos 18 pacientes con cáncer de mama sometidos a una mastectomía con preservación de piel (utilizando dos tipos de incisión patron en raqueta o de weis) y reconstrucción inmediata con relleno de músculo dorsal (colgajo cutáneo-musculo-graso) sin asociación de prótesis

RESULTADOS

Los 18 pacientes eran mujeres con edades comprendidas entre 37 y 60 años (media de 44,8).

Todas las paciente presentaban un Ca ductal infiltrante a excepción de un caso de Ca papilar; 44.5% de mama derecha y 55.5% de mama izquierda.

Se realizo BSGC en dos casos, (realizandose posterior limpieza axilar en uno de ellos), en los otros 16 casos la LA fue electiva.

No hubo complicaciones intraoperatorias ni en el postoperatorio inmediato.

De las 18 intervenciones, 15 fueron realizadas por el mismo cirujano que actuó como ayudante en las otras tres.

El tiempo medio de ingreso postoperatorio fue de 7 días (con rango entre 4 y 10)

CONCLUSIONES

La reconstrucción con dorsal ampliado es una técnica valida con resultados oncológicos y de estancia hospitalaria equiparables a otras técnicas.

Se evita en las pacientes el traumatismo físico y psicológico de la mastectomía, con la reconstrucción inmediata.

Al ser una neomama realizada a expensas de tejido autólogo es mas fisiológica, adaptándose a los cambios del cuerpo y evitando las complicaciones propias de una prótesis.

P4. TÍTULO: ABSCESO DE PARED CON CÁLCULOS BILIARES: COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

AUTOR/ES: González López R, Alonso Fernández L, Dorado Castro L, Muíños Ruano L, Montoto Santomé P, López López M, Pérez Moreiras M.I, Monjero Ares I, Arija Val J. F.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La colecistectomía laparoscópica (CL) es el tratamiento de elección de la colelitiasis sintomática. A pesar de las múltiples ventajas frente al abordaje laparotómico convencional, es frecuente la perforación accidental de la vesícula biliar (20-40%), con salida de bilis y cálculos durante la laparoscopia (10-20%). Las complicaciones por cálculos intraperitoneales son poco frecuentes, aunque en ocasiones pueden conllevar consecuencias graves. Debe realizarse el máximo esfuerzo para

recuperar por vía laparoscópica los cálculos vertidos a la cavidad peritoneal, reservando la conversión a laparotomía para casos seleccionados.

Presentamos un caso de absceso retroperitoneal, subhepático y de pared, a nivel de flanco derecho, como complicación tardía por cálculos abandonados en la cavidad abdominal tras una colecistectomía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hombre de 68 años, al que se le realiza colecistectomía laparoscópica programada por colelitiasis sintomática, con apertura accidental de la vesícula intraoperatoriamente y salida de bilis y cálculos a la cavidad abdominal, por lo que se procede a lavado y aspirado de la misma. Un mes más tarde el paciente reingresa en Cirugía por un absceso subhepático postcolecistectomía, realizándose drenaje percutáneo guiado por Tomografía computarizada (TC) y antibioterapia intravenosa de amplio espectro durante 12 días. A los 6 meses ingresa en el Servicio de Infecciosos por un absceso hepático piógeno con afectación subhepática y retroperitoneal, resolviéndose con tratamiento antibiótico intravenoso durante 15 días (Linezolid y Levofloxacino).

Dos años después acude al servicio de Urgencias por tumoración dolorosa, eritematosa, caliente y fluctuante a nivel de flanco derecho (foto). Se realiza ecografía de partes blandas que informan de posible hematoma infectado, por lo que se procede a drenaje urgente, objetivándose emisión de contenido purulento y cálculos biliares (foto), se inicia tratamiento antibiótico empírico y se solicita TC abdominal de control, que evidencia una colección residual de unos 4cm subhepática, con engrosamiento y borramiento de planos grasos de pared torácica suprayacente en la zona del drenaje. El paciente evoluciona de forma favorable y es dado de alta tras 14 días de antibioterapia intravenosa.

Actualmente se encuentra en seguimiento por nuestro Servicio, pendiente de realizar nuevo TC abdominal de control.

CONCLUSIONES: La CL ha demostrado ventajas frente a la colecistectomía abierta o convencional en términos de menor dolor postoperatorio, reducción de la hospitalización, recuperación más rápida y mejores resultados estéticos. La tasa de complicaciones generales también es menor, aunque la lesión de la vía biliar y la infección intraabdominal por cálculos abandonados en la cavidad peritoneal son más frecuentes en la CL.

A pesar de los intentos por extraer todos los cálculos vertidos, en el 0,2-32% de las CL persisten cálculos abandonados en la cavidad peritoneal. Numerosas publicaciones clínicas y experimentales han demostrado el riesgo de complicaciones graves por cálculos abandonados en la cavidad abdominal, incluso años después de la cirugía; complicaciones como abscesos intraabdominales, fistulas cutáneas, digestivas etc., sobre todo cuando se trata de cálculos pigmentados y en presencia de bilis infectada. Para establecer el diagnóstico, la TC es la prueba más sensible. El mejor tratamiento es preventivo, evitando el abandono de los cálculos en la cavidad abdominal, pero en cualquier caso es muy importante de cara al diagnóstico, reflejar en el informe quirúrgico la salida de cálculos al interior de la cavidad abdominal e informar al paciente de ello. La cirugía es el tratamiento definitivo, especialmente cuando hay dudas diagnósticas. Aunque en ocasiones es posible la extracción de los cálculos y el drenaje del absceso por vía percutánea, como en nuestro caso, aún así, la tasa de recidivas o fracasos es elevada.

P5. TÍTULO: LINFANGIOMA QUÍSTICO ABDOMINAL

AUTOR/ES: C. Alegre Torrado, E. Álvaro Cifuentes, M. García Nebreda, R. Sanabria Mateo, I. Osorio Silla, I. Justo Alonso, S. Olivares Pizarro, J. Calvo Pulido, A. Manrique Municio, A. Garcia-Sesma, C. Jiménez Romero.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

El linfangioma quístico es un tumor de carácter benigno muy poco frecuente. Se diagnostica habitualmente en la infancia, el 80% antes de los 6 años. Se produce por una malformación del sistema linfático que produce ausencia de drenaje al sistema venoso en una región provocando la formación de una masa linfática de estructura quística. Su localización más común es en cuello y axila (95%). La localización abdominal es rara (2-8%), pero se han presentado casos en mesenterio, tracto gastrointestinal, retroperitoneo, bazo, hígado y páncreas.

No produce cuadro clínico típico. Puede diagnosticarse de forma incidental o producir síntomas por compresión de estructuras vecinas como distensión y dolor abdominal (agudo o crónico), náuseas, vómitos, obstrucción intestinal e incluso peritonitis por torsión o ruptura. La ECO y el TAC abdominal pueden ayudar al diagnóstico pero el diagnóstico definitivo lo da el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica

completa, presentando un excelente pronóstico. Si existiera invasión de algún órgano abdominal, deberá ser resecado siempre que sea posible. Si la resección fuera incompleta podría conllevar la aparición de recidivas. La ecografía abdominal es la prueba de elección para su seguimiento.

Presentamos el caso de una paciente diagnosticada y tratada de linfangioma quístico en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Paciente mujer de 21 años que acude por clínica de distensión abdominal, dispepsia, náuseas y vómitos de varios meses de evolución. Se le realiza TAC abdominopélvico siendo diagnosticada de linfangioma quístico de localización próxima a mesocolon y ángulo esplénico.

RESULTADOS.

Se interviene realizándose resección simple de la pared del quiste así como aspiración del contenido líquido. Doce años más tarde comienza con síntomas similares así como dolor en hipocondrio izquierdo. Analítica sin hallazgos relevantes y TAC en el que se observa una lesión quística desde la región subdiafragmática posterior contactando con borde medial y superior del bazo, fundus gástrico, riñón y adrenal izquierda, que desplaza cola de páncreas anteriormente introduciéndose en pelvis por delante del uréter y vasos iliacos izquierdos. Se realizó resección de la lesión con resultado de la anatomía patológica de linfangioma quístico y citología negativa para células malignas. La paciente presentó un postoperatorio favorable, siendo dada de alta al 4º día del postoperatorio. Tras seis meses de seguimiento tras la última cirugía, la paciente permanece asintomática.

CONCLUSIONES.

Aunque el linfangioma quístico es considerado una patología benigna, puede acabar invadiendo órganos vecinos. Puede ser asintomático o presentar clínica de compresión de estructuras vecinas. El tratamiento de elección es la resección completa, con un pronóstico excelente, mientras que si es incompleta presenta un alto índice de recidivas.

P6. TÍTULO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ANATOMOPATOLÓGICAS Y FAMILIARES DEL CÁNCER COLORRECTAL SINCRÓNICO

AUTOR/ES: C. Alegre Torrado, E. Álvaro Cifuentes, J. Perea García, M. García Nebreda, J. Trapero Díaz, A. Pérez Zapata, I. Osorio Silla, F. Colina, M. Lomas, M. Hidalgo, M. Urioste

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) representa un 10-15% de todas las causas de cáncer, siendo la segunda causa de muerte por cáncer en los países occidentales. Su incidencia va en aumento. El riesgo del cáncer colorrectal sincrónico (CCRS) en un mismo paciente es de 1,1-7%. Su presencia es considerada un signo de susceptibilidad en el individuo para presentar un nuevo CCR. El objetivo principal de este estudio es caracterizar, desde el punto de vista clínico, anatomopatológico y familiar, el CCRS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo sobre las características clínicas, anatomopatológicas y antecedentes familiares de neoplasias, del CCRS en un intervalo de 18 meses. Hemos excluido los casos de Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF) y Poliposis Adenomatosa Familiar Atenuada (PAFA) del análisis descriptivo. Hemos estudiado las siguientes variables: sexo, edad media al diagnóstico, número total de CCRs, localización y estadio (considerando el tumor de mayor estadificación), producción de mucina, supervivencia (total y libre de enfermedad), pólipos asociados e historia oncológica familiar y personal. Dependiendo de la localización del tumor, los hemos definido como: mismo segmento (cuando los tumores se localizan en colon derecho o colon izquierdo) o diferente segmento (cuando se distribuyen por todo el colon).

RESULTADOS

55 paciente con CCRS, 67,3% varones y 32,7% mujeres, con una edad media al diagnóstico de 69,76 años (40-91), fueron diagnosticados en el periodo de estudio. Un paciente presentó Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF) y 12 Poliposis Adenomatosa Familiar Atenuada. El número más frecuente de CCRS fue 2 CCR (36 pacientes), y el caso con mayor número de CCR presentó un total de 6. La localización más frecuente fue en colon derecho (42,9%) seguido de rectosigma (38,1%). 22 pacientes (52,4%), presentaron CCRS en el mismo segmento del colon (derecho o izquierdo). Sobre los aspectos anatomopatológicos, el 26,2% eran tumores productores de mucina. 57,4% presentaron estadio B seguido del C con un 28,9%. Sin tener en cuenta las poliposis mencionadas previamente, el 88,1% de los pacientes presentaron pólipos asociados en el seguimiento. La supervivencia media libre de enfermedad

fue de 19,57 meses, con una supervivencia total de 68,48 años. Solo un paciente desarrolló CCR metacrónico. 2 ca

so cumplían los criterios de Ámsterdam tipo II para el Síndrome de Lynch, y el 70% fueron casos esporádicos en cuanto a su historia familiar.

CONCLUSIONES

Existe una proporción importante de CCRS que son PAF o APAF. El CCRS raramente se localiza en colon izquierdo y presenta un porcentaje no despreciable de tumores productores de mucina. La presencia de pólipos en el seguimiento y el hecho de que más de la mitad se localizan en un mismo segmento del colon, puede demostrar una predisposición genética, aunque la escasa historia familiar oncológica de los casos, unida a la ausencia de CCR metacrónico (aunque el seguimiento del estudio no fue demasiado largo), nos hace pensar en una susceptibilidad a factores medioambientales e individuales más que en factores hereditarios en el génesis del CCRS.

P7. TÍTULO: HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE O ANGIOSARCOMA EPITELIOIDE DE TIROIDES: TUMOR ANAPLÁSICO?

AUTOR/ES: Erene Flores R, Francisco García L, Pablo Díaz C, Helena Alvarez G, Miguel Freiría E, Silvia Guzman, J. Enrique Casal.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN

Los tumores de tiroides se pueden clasificar en: Tumores bien diferenciados (95%), Tumores Indiferenciados o Anaplásicos (4%) y otros tipos de tumores (<1%): Linfomas, Sarcomas y Metastásicos.

Presentamos el caso clínico de una paciente con diagnóstico de carcinoma Anaplásico de Tiroides que fue intervenido quirúrgicamente por parte de nuestro servicio de cirugía general, siendo el diagnóstico definitivo de Angiosarcoma Epitelioide vs. Hemangioendotelioma Epitelioide de Tiroides. Con este motivo realizamos una revisión bibliográfica sobre la presentación clínica de esta entidad clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de paciente varón de 50 años, con antecedentes de Linfoma histiocítico (1985) tratado con radioterapia cervical, que refiere crecimiento progresivo de nódulo en lóbulo tiroideo derecho por lo que acudió a urgencias. Se realiza ecografía tiroidea: LTD de diámetros con varias imágenes nodulares hipoecogénicas se demuestra varias imágenes nodulares isoecogénicas y bocio multinodular. La PAAF diagnóstica neoplasia maligna indiferenciada, sugestiva de carcinoma anaplásico de tiroides. Se interviene quirúrgicamente y se realiza tiroidectomía total presentando un nódulo duro que se adhiere al músculo esterno-tiroideo a nivel del cartílago tiroides. El estudio histológico describe que la pieza quirúrgica mide 6 x 6,5 x 3,5 y pesa 41g. La lesión mal delimitada, constituida por nódulo heterogéneo, de coloración blanquecina, con centro necrótico. El nódulo corresponde a neoplasia maligna, indiferenciada, constituida por proliferación celular de crecimiento sólido y difuso, con patrón organoide, constituida por abundante celularidad atípica, con núcleos fusocelular y aspecto pleomórfico. Con tinciones inmunohistoquímicas, la neoplasia es negativa mayoritariamente para citoqueratinas (AE-AE3, CAM5) y muestra positividad focal para CD31. Es negativa para Actina, Desmina, Melan – A y S – 100, EMA y CEA. El Ki67 (índice proliferativo) es muy elevado. El P53 y P63 son rigurosamente negativos, Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran: Angiosarcoma Epitelioide vs. Hemangioendotelioma Epitelioide de Tiroides.

DISCUSIÓN

Dentro de los tumores vasculares de tiroides que derivan del endotelio de los vasos sanguíneos se incluyen los hemangiomas benignos y también los raros hemangioendoteliomas y los angiosarcomas, éstos presentan una incidencia muy baja y sobre todo en regiones Alpinas de Europa Central, donde la deficiencia de yodo es endémica. El hemangioendotelioma es muy raro y pertenece al grupo de tumores vasculares de partes blandas de malignidad intermedia (Borderline) entre el hemangioma benigno y el angiosarcoma. Los hemangioendoteliomas se presentan en la piel, tiroides, hueso, pulmón, pleura, hígado, peritoneo y mediastino. Aunque los términos hemangioendotelioma maligno y angiosarcoma se hayan utilizado como sinónimos, actualmente se reconoce que cada lesión presenta características clínicas e histológicas propias. Hay pocos artículos en la literatura por la rareza de estas entidades, por lo que hay que hacer más estudios para dilucidar mejor las diferencias de las mismas.

P8. TÍTULO: PANCREATECTOMÍA TOTAL POR NEOPLASIA MUCINOSA INTRADUCTAL DE PÁNCREAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTOR/ES: Erene Flores R, Roberto Carracedo I, Reyes Melendez V, Patricia Jove, Helena Alvarez G, Paula Senra D, Miguel Freiría E, Silvia Guzman, Mauricio Iribarren, J. E Casal.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN

Las neoplasias papilares mucinosas intraductales del páncreas (IPMN) son tumores intraepiteliales productores de moco que crecen en el ducto pancreático principal o en sus ramas mayores. Dependiendo del grado de atipia citológica y arquitectural se subdividen en tres grupos: IPMN adenoma, IPMN borderline y carcinoma papilar mucinoso intraductal.

Presentamos el caso clínico de un paciente con diagnóstico de Neoplasia Mucinoso Papilar Intraductal de Páncreas que fue intervenido quirúrgicamente por parte de nuestro servicio de cirugía general. Con este motivo realizamos una revisión bibliográfica sobre la presentación clínica de esta entidad clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente varón de 76 años con antecedentes de HTA, AAA, y episodios de pancreatitis aguda de repetición que en el tercer episodio se diagnostica mediante TAC abdominal Dilatación irregular del conducto pancreático principal que puede estar en relación con pancreatitis crónica o neoplasia mucinosa intraductal de páncreas. Se realiza ECO-Endoscopia: Parénquima pancreático algo irregular, heterogéneo y mínimamente atrófico. A nivel de cola de páncreas se identifica una lesión quística de 22mm de diámetro mayor, unilocular, con nódulo mural asociado, todo ello en probable relación con tumor quístico de páncreas (mucinoso). La anatomía patológica plantea como diagnóstico diferencial cistadenoma mucinoso potencialmente maligno o carcinoma mucinoso. Se interviene quirúrgicamente y se realiza pancreatectomía total más esplenectomía, con preservación pilórica y reconstrucción mediante hepatico-yeyunostomía y duodeno-yeyunostomía termino lateral. El diagnóstico histopatológico es de Carcinoma Mucinoso - Papilar Intraductal a nivel de la zona media-cola pancreática.

DISCUSIÓN

Las neoplasias intraductales mucinosas son tumores intraductales productores de mucina con epitelio columnar con proyecciones papilares o sin ellas, y se clasifican en benignos, malignos y limitrofes. Entre éstas neoplasias, los tumores quísticos como el cistoadenoma seroso (32% a 39%), la neoplasia mucinosa quística (10% a 45%) y la neoplasia papilar intraductal (21% a 33%) son los más frecuentes y las neoplasias sólidas pseudopapilares representan el 10%. Los tumores mucinosos del páncreas se clasifican en dos: la neoplasia mucinosa quística y la neoplasia papilar intraductal. La primera, se encuentra unida a la presencia de tumores mucinosos biliares y ováricos, los cuales son casi exclusivos en mujeres, a diferencia de la neoplasia mucinosa intraductal. Otra diferencia entre las neoplasias mucinosas quísticas y la neoplasia mucinosa papilar intraductal, es que la última se comunica con el conducto pancreático principal. El pronóstico depende de la presencia de infiltración: hay supervivencia mayor al 90% a 5 años si no se encuentra infiltración y de 40% en el caso de los carcinomas invasivos. Otro factor que se ha visto asociado con un mejor pronóstico es el crecimiento tumoral a partir de ramas secundarias de los conductos pancreáticos, en lugar del conducto pancreático principal. El tratamiento de esta patología debe ser quirúrgico; la extirpación completa del tumor por pancreatoduodenectomía o pancreatectomía total.

P9. TÍTULO: SCHWANOMA GÁSTRICO

AUTOR/ES: Jose E. Quiñones Sampetro, Vladimir Arteaga Peralta, Farah Adel Abdulla, Andree Wolfgang Kühnhardt Barrantes, Jhonny David Gonzales, Jana Morante Castaño, Jose Manuel Ramia Ángel, Roberto de la Plaza Llamas, Carmen Ramiro López, Jorge García-Parreño Jofre.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: Los Schwannomas Gástricos (SG) son tumores muy infrecuentes (aproximadamente un 0.2% del total de las neoplasias gástricas). Habitualmente son tumores benignos, de lento crecimiento y asintomáticos, pero en ocasiones pueden debutar como hemorragia digestiva alta o masa palpable.

Caso clínico: Paciente de 86 años de edad con antecedentes de Enfermedad de Paget, ACVA sin secuelas y carcinoma papilar de vejiga. Durante una revisión rutinaria, se encuentra en TAC: masa redondeada en fundus gástrico de 43 x 47 mm. Se realiza EDA apreciándose lesión recubierta de mucosa de aspecto normal. Eco-endoscopia: tumor GIST de 4 cm dependiente

de muscular propia gástrica con signos ecográficos de atipia sin adenopatías adyacentes. PAAF: GIST.

Se realiza resección gástrica atípica, calibrando estómago mediante sonda de Maloney de 15 mm, con refuerzo de la sutura gástrica mediante monofilamento irreabsorbible. Alta al sexto día sin complicaciones. Anatomía patológica de la pieza: Proliferación mesenquimal fusocelular con células de núcleo alargado, ocasionalmente vesiculoso. No figuras de mitosis en el material estudiado. No afectación mucosa ni serosa. La inmunohistoquímica, muestra marcada inmunotinción frente a S-100, siendo totalmente negativas, la actina, c-Kit (CD117) y alfa-actina. El índice de proliferación medio con Ki-67 es del 2%, todo ello compatible con Schwannoma gástrico. Tras cinco meses de seguimiento la paciente permanece asintomática.

Discusión: Los SG son neoplasias muy infrecuentes (0,2% de todas las neoplasias gástricas). Históricamente los SG estaban incluidos en los GIST, actualmente no. Los SG suelen ser lesiones benignas de crecimiento lento y paucisintomáticas, confinados entre la submucosa y la muscular propia por lo que de manera habitual no se aprecian cambios en la mucosa del órgano en la endoscopia digestiva. El TAC y la RMN nos sirven de ayudan para la localización, medición del tamaño y extensión. La eco-endoscopia aporta una información fundamental. La PAAF no siempre aporta un diagnóstico de certeza por lo que su empleo es discutible. La inmunohistoquímica del SG es típica: negatividad a c-Kit y positividad para S-100 como en este caso. El tratamiento del SG es la exéresis quirúrgica con márgenes libres, no precisando resecciones más agresivas ya que es excepcional su malignización.

P10. TÍTULO: ADENOMIOMATOSIS VESICULAR: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

AUTOR/ES: Andree Wolfgang Kühnhardt Barrantes, Vladimir Arteaga Peralta, Farah Adel Abdulla, Jhonny David Gonzales, Jose E. Quiñones Sampredo, Jose Manuel Ramia Ángel, Roberto de la Plaza Llamas, Carmen Ramiro López, Jorge García-Parreño Jofre.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: La adenomiomatosis vesicular (AV) es una lesión hiperplásica benigna adquirida, caracterizada por una excesiva proliferación del epitelio superficial con invaginaciones que profundizan hasta la capa muscular de la vesícula biliar (VB). Presentamos nuestra experiencia de 3 casos de AV, adjuntando iconografía y una revisión bibliográfica.

Casos Clínicos: En el periodo comprendido de enero del 2002 a marzo del 2011. realizamos 2500 colecistectomías. En el estudio histológico de las vesículas intervenidas solo encontramos 3 casos de AV:

Caso 1: Mujer de 47 años con diagnóstico de colelitiasis, a la que se le realiza una colecistectomía laparoscópica (CL), objetivando en el intraoperatorio un engrosamiento de la pared de la VB. El estudio histológico confirmó la colelitiasis y AV.

Caso 2: Mujer de 41 años con diagnóstico de colelitiasis, que en la ecografía abdominal preoperatoria se observa una VB poliseptada con paredes de grosor normal. Se realiza una CL, encontrando en la intervención VB con paredes engrosadas. El estudio anatomopatológico apreció hiperplasia adenomiomatosa.

Caso 3: Mujer de 36 años con diagnóstico de colelitiasis, que en la tomografía computarizada preoperatoria se objetiva una lesión sugestiva de adenomioma vesicular. Se realiza CL. La AP es informada como Colecistitis crónica y AV.

Discusión:

La AV corresponde a una proliferación del epitelio y de la musculatura lisa. Se caracteriza por la formación de divertículos hiperplásicos intramurales conocidos como senos de Rokitansky-Aschoff (RA). Es más común en las mujeres con una incidencia de 1-8.7 % de las colecistectomías. Se han identificado 3 formas de presentación: difusa (compromete toda la pared vesicular), segmentaria (compromete el tercio proximal medio o distal de manera circular), y local o fúndica, siendo esta última la más frecuente (48%). En las imágenes la presencia de quistes intramurales con artefactos de reverberación, con completo o parcial engrosamiento de la pared vesicular es considerado como criterio diagnóstico. En la resonancia magnética, T2 es útil para visualizar los senos de RA que permiten diferenciar entre hiperplasia adenomiomatosa y carcinoma de vesícula. En la adenomiomatosis difusa el "signo de collar de perlas" es característico. Este signo se describe como pequeños focos redondos de alta intensidad de señal que representan los senos de RA en la pared engrosada de la VB. Este signo es altamente específico para adenomiomatosis.

De nuestros pacientes, solo en el tercer caso se intervino quirúrgicamente con la sospecha de AV, en los demás fueron hallazgos incidentales. Todas son pacientes de sexo femenino, y con

síntomas típicos de colelitiasis. La importancia del estudio y de la intervención quirúrgica temprana, ante la sospecha de AV es descartar que se trate de una neoplasia de VB que es el mas importante diagnostico diferencial. Hasta el momento las pruebas de imagen nos orientan a un diagnostico de presunción, pero el diagnostico definitivo lo sigue dando el estudio anatomopatológico.

P11. TÍTULO: FÍSTULA COLECISTOCUTÁNEA COMPLEJA TRAS BIOPSIA HEPÁTICA

AUTOR/ES: Paula Montoto Santomé . Eva Iglesias Porto , Rocío González López, Lucía Dorado Castro ,María López López, Isabel Pérez Moreiras ,Inmaculada Monjero Ares, Félix Arija Val. HLA Lugo

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: Introducción y objetivo:

Comunicar el caso de una paciente con fístula colecistocutánea secundaria a biopsia hepática de una LOE en segmento III, como ejemplo de una complicación rara tras la cirugía.

Material y métodos:

Se presenta el caso clínico de una paciente de 82 años, sin otros antecedentes relevantes salvo HTA , a estudio por anemia microcítica , durante el que es diagnosticada de neoplasia gástrica antral ulcerada , con adenopatías patológicas y una LOE de 6 x 4 cm en lóbulo hepático izquierdo, sugestiva de malignidad .

La paciente es intervenida quirúrgicamente de forma programada a través de laparotomía media , realizándose una gastrectomía subtotal BIII D2 y biopsia de la lesión en segmento III hepático, el resultado anatomopatológico fue de adenocarcinoma pobremente diferenciando, en la muestra hepática se encontró tejido fibroso con estructuras tipo ducto biliar negativo para malignidad (pT2 N0 M0).

La paciente fue seguida en consultas externas de Oncología, por presentar factores de riesgo de recidiva tumoral, con controles negativos y clínica de dolor ocasional en hipocondrio derecho desde la fecha de la cirugía.

Quince meses después de la intervención acude a Urgencias por presentar un absceso a nivel de la cicatriz quirúrgica, que fue drenado, remitiéndose la paciente a consultas de Cirugía para valoración y seguimiento.

En consultas se toma cultivo del contenido, siendo positivo para *Providencia Rettgeri* por lo que se administra tratamiento antibiótico, así mismo, se solicita ecografía abdominal donde se demuestra la existencia de un trayecto fistuloso de 2,5 cm cuyo origen no se puede precisar .Tras 4 meses de seguimiento , y ante la persistencia de la exudación , se pide fistulograma(Fig 1.) que demuestra la existencia de una fístula cutánea que rellena una cavidad que se continúa con la vía biliar intra y extrahepática , alcanzando incluso la vesícula, dicha cavidad se localiza mediante TAC en el segmento III(Fig 2).

Tras sesión multidisciplinar con endoscopistas y radiólogos , se decide optar por manejo conservador , objetivándose disminución significativa del débito fistuloso en la última revisión.

Resultados y conclusiones:

Aunque existe poca bibliografía al respecto, la enfermedad litiásica se identifica como una de las causas más frecuentes de las fístulas colecistocutáneas .Este tipo de fístulas pueden surgir como complicación tras cirugía de la vía biliar e hígado. El tratamiento abarca desde técnicas endoscópicas a quirúrgicas , siendo el manejo conservador una opción válida, teniendo en cuenta que se debe individualizar cada caso.

P12. TÍTULO: MICROCIROUGÍA: DESARROLLO DE UNA TÉCNICA

AUTOR/ES: Salgado M, Nuñez S, Iglesias N, Fernandez X, Alvarez M, Iglesias D, Toubes JL, Trillo P, Gómez FJ

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: Introducción

El aprendizaje del arte de la Cirugía General ha evolucionado hacia un modelo mas mecanicista y departamentalista, en el sentido de que las nuevas tecnologías han invadido la técnica diaria (laparoscopia, robótica, ultrasonidos, biotecnología), y por otra parte se han desarrollado "superespecialidades" como son unidades o áreas, a veces multidisciplinarias, donde hay expertos en una determinada cirugía. Esto último ha dado lugar al desarrollo de, no solamente nuevas técnicas, sino también al aprendizaje de otras por parte de los cirujanos generales para dar calidad quirúrgica a intervenciones en zonas anatómicamente complejas como pueden ser la cirugía oncológica cervical. Dicha cirugía, troncal en un principio de la

Cirugía General, debe ser practicada con la máxima meticulosidad y técnica adecuada para no producir efectos no deseables sobre estructuras pequeñas.

Objetivo

Presentar un aprendizaje, con poco predicamento entre los cirujanos generales, para lograr meticulosidad, destreza y técnica adecuadas para la práctica de éste tipo de cirugía u otras, necesarias para cualquier cirujano general a través del aprendizaje de la Microcirugía Experimental.

Material y Métodos

En el Complejo Hospitalario de Ourense se cuenta desde hace años con un Laboratorio de éstas características dónde se practica ésta técnica, dirigido por Cirujanos Generales. En forma de cursos intensivos de una semana de duración el alumno aprende los rudimentos de la microcirugía, así como el manejo del animal de experimentación que habilita a otro campo de la Medicina como es la investigación. Resultados: desde su instauración se han desarrollado varios cursos de microcirugía, de 5 alumnos como máximo lo que permite una tutela máxima sobre el alumno. Las encuestas realizadas a los alumnos (100) demuestran un buen grado de satisfacción, un alto nivel técnico del curso, y una buena valoración por parte del alumnado. Conclusiones: La microcirugía experimental en centros dotados y capacitados como el nuestro permite el desarrollo técnico del cirujano general.

P13. TÍTULO: LA UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE. DE LA MASTECTOMIA AL DIEP

AUTOR/ES: Nuñez S, Salgado M, Iglesias N, Fernandez X, Alvarez M, Alvarez C, Trillo P, Gómez FJ

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: Introducción

El cáncer de mama sigue siendo la causa más frecuente de la mujer en nuestro medio. A pesar de los medios terapéuticos a nuestro alcance. A la mortalidad que produce esta enfermedad, hay que añadir una intervención en ocasiones mutilante, como es la mastectomía, a veces en mujeres jóvenes. Desde hace el cáncer de mama está siendo tratada en Unidades especializadas en nuestro país y en el resto de Europa. Es aquí donde se ha formado asociaciones como, Senonetwork, que intentan agrupar mediante una serie de requisitos mínimos las Unidades existentes en distintos países a través de criterios de calidad y/o diversidad. En el tratamiento de las enfermedades de la mama

Objetivos

Presentar la Unidad de Patología mamaria del complejo Hospitalario de Ourense

Material y Métodos

La Unidad de Patología Mamaria del Complejo hospitalario de Ourense es centro de referencia para el tratamiento para el cáncer de mama. Fundada en 1998, ha ido creciendo paulatinamente en técnicas y personal sanitario, habiéndose incluida en su cartera de servicios todas las técnicas en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Es pionera en el diagnóstico mediante la biopsia selectiva del ganglio centinela. Muchos de sus miembros han recibido cursos de cirugía oncológica, reconstrucción mamaria y técnicas de microcirugía

Resultados

La Unidad está capacitada, en la actualidad para el tratamiento integral de la mama. Interviene más de 200 cánceres anuales, en muchos de ellos con práctica de ganglio centinela. La cirugía reconstructiva es boyante, empezando a practicar técnicas microquirúrgicas como el DIEP.

Conclusiones

La Unidad de Patología Mamaria del Complejo Hospitalario de Ourense constituye un ejemplo de Unidad integral en el tratamiento de las enfermedades de la mama

P14. TÍTULO: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA DIAFRAGMÁTICA IATROGÉNICA

Autor/Es: García Aroz, S.; Justo Alonso, I.; Gimeno Calvo, A.; García Nebreda, M.; Sanabria, R.; Alvaro, E.; Alegre, C.; Caso, O.; Olivares, S.; Jimenez, C.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN

Sennertus, en 1541, fue el primero en describir la hernia diafragmática traumática. En 1853, Bowditch realiza el primer diagnóstico antemortem de la misma. Aún hoy, bastantes casos de

dicha entidad progresan sin ser diagnosticados, ni tan siquiera sospechados hasta que alcanzan una fase obstructiva o estrangulada. Su origen más frecuente es un traumatismo cerrado, abdominal en su mayor parte aunque también torácico, otros mecanismos son los traumatismos penetrantes y las lesiones iatrogénicas secundarias a procesos médicos o quirúrgicos. La lesión diafragmática presenta un diagnóstico difícil, por lo que se requiere mantener un alto índice de sospecha y la realización de los estudios de imagen pertinentes.

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años, intervenido en Abril 2010, por Aspergiloma en cavidad residual post-TBC en LSI, realizándose resección pulmonar, con desgarro del diafragma izquierdo que fue suturado. En TAC de control se describe un defecto de 18x22 mm en la cúpula diafragmática izquierda. Acude a urgencias por primera vez por cuadro de dolor abdominal en hemiabdomen izquierdo, de mayor intensidad en HCI, sin otra sintomatología asociada; no náuseas, ni vómitos, TGI+, y resultados en la analítica dentro de la normalidad, en la Rx de abdomen se observa un único NHA, y es dado de alta con el diagnóstico de dolor abdominal inespecífico. Tras repetidos ingresos en el Servicio de Urgencias, acude de nuevo, por cuadro de dolor abdominal epigástrico asociado a náuseas, vómitos, ausencia de TGI de 6 días de evolución y distensión abdominal, en la Rx de abdomen se observa dilatación del marco cólico a nivel de ángulo esplénico con ausencia de gas distal, dilatación de asas de ID, presencia de NH

A y dudosa imagen de herniación de contenido abdominal en hemitorax izquierdo. Se realiza TAC abdominal en el que se observa obstrucción intestinal secundaria a herniación del ángulo esplénico del colon por defecto diafragmático izquierdo. Se decide intervención quirúrgica en la que se evidencia defecto diafragmático de 4x3 cm con herniación de ángulo esplénico de colon y epiplon, con signos de obstrucción intestinal, pero sin signos de isquemia, realizándose herniorrafia con puntos entrecortados de prolene 0.

CONCLUSIONES

La lesión diafragmática es una entidad poco frecuente. El hemidiafragma izquierdo es más comúnmente afectado. Los órganos que con mayor frecuencia se hernian en la cavidad torácica son el estómago y el bazo, seguidos del colon, ID e hígado. La Rx de abdomen está considerada como prueba de imagen de primera línea en el diagnóstico y su sensibilidad es de hasta un 70%. El CT ha demostrado ser capaz de identificar lesiones diafragmáticas con mayor sensibilidad y especificidad. El tratamiento requiere habitualmente, en casos de obstrucción, intervención quirúrgica.

P15. TÍTULO: INVAGINACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO

AUTOR/ES: María Carral Freire, Alberto Bouzón Alejandro, Alba Gómez Dovigo, Javier Atienza Herrero, Aggie Rodríguez Rivas, Alejandra García Novoa, Celsa Fernández Blanco, Carlos Gómez Freijoso

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN:

La obstrucción intestinal por invaginación intestinal en el adulto es poco frecuente y representa menos del 5 % de todos los casos de obstrucción.

La causa más frecuente de invaginación intestinal en el adulto generalmente es un tumor benigno o maligno que forma la cabeza de la invaginación, aunque también puede deberse a divertículo de Meckel, úlceras crónicas, bridas y adherencias, ganglios mesentéricos de gran tamaño, siendo un 10 o 20 % invaginaciones idiopáticas. Las lesiones localizadas en colon son malignas en un 50 % y la mayoría benignas si se encuentran en intestino delgado.

Hay distintos tipos de invaginación intestinal: 1) entérica, 2) ileocólica, 3) ileocecal, 4) colocolica. En el tipo ileocecal el efecto de estenosis de la válvula ileocecal puede producir una gangrena isquémica del íleon.

Se manifiesta con dolor abdominal, vómitos y heces sanguinolentas con masa abdominal en 63-85% de los casos.

Su diagnóstico es fundamentalmente radiológico y el tratamiento de elección en adultos, debido al riesgo asociado de malignidad (65%), será en el 70-90% de los casos, quirúrgico.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 77 años, con antecedentes de HTA, DM2, DI, hernia de hiato, osteoporosis, litiasis renal, derrame pleural izquierdo metaneumónico complicado. Presenta dolor abdominal difuso de dos meses de evolución que se acompaña de sensación nauseosa, vómitos ocasionales y pérdida de 5 kg.

En la Exploración Física se evidencia dolor a la palpación en fosa Ilíaca derecha con discreta defensa pero sin peritonismo y una hernia umbilical reductible.

La analítica no muestra alteraciones, pero en la Tomografía Axial Computarizada se evidencia una invaginación ileocólica desde íleon terminal hasta ángulo esplénico del colon, con distensión de íleon proximal, así como una lesión de 4x2 cm en pared medial de colon transversal y tres lesiones hepáticas en segmentos VIII y VI de 1 cm de diámetro sugestivas de metástasis.

RESULTADO:

Se realiza tratamiento quirúrgico urgente evidenciando obstrucción intestinal secundaria a invaginación ileocólica por neoformación de colon transversal con tres metástasis hepáticas por lo que se practica hemicolectomía derecha ampliada.

La paciente evoluciona favorablemente, siendo alta el 11º día postoperatorio para iniciar tratamiento oncológico complementario.

El resultado anatomopatológico de la pieza es de adenocarcinoma polipoides de ciego de 7,5x5x4 cm que alcanza muscular propia con 12 ganglios libres de tumor

CONCLUSIONES:

- La invaginación intestinal es una causa infrecuente de obstrucción intestinal en el adulto.
- La principal causa de invaginación intestinal en el adulto es un tumor benigno o maligno que forma la cabeza de la invaginación.
- Su tratamiento deberá ser quirúrgico debido al riesgo asociado de malignidad (65%),

P16. TÍTULO: VÓLVULO DE CIEGO EN PACIENTE CON ANOMALÍAS ANATÓMICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autor/Es: Garcia Aroz, S.; Beteta, A.; Nevado García, C. Miñambres, C.; Osorio, I.; Perez Zapata, A.; De La Cruz Vigo, F.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN

Un vólvulo de colon es la torsión o rotación anómala de una porción del mismo sobre su eje mesentérico, que normalmente, si no se resuelve, evoluciona hacia una obstrucción intestinal en asa cerrada. Las zonas que con mayor frecuencia se volvulan son el sigma y el ciego. El vólvulo de ciego representa el 10-40% de los casos de vólvulo de colon, dependiendo de la edad del paciente y de la localización geográfica. La mayoría de los pacientes tienen una rotación axial total, causando la torsión del mesenterio y de los vasos. Normalmente ocurren en pacientes con gran movilidad del ciego como resultado de una fijación anormal del colon derecho, anomalías anatómicas adquiridas tales como bridas pueden contribuir.

CASO CLÍNICO

Paciente de 84 años que acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de dolor abdominal de 3 días de evolución, asociado a náuseas y vómitos postprandiales desde ayer. Refiere ausencia de TGI a gases y heces de 2 días de evolución, no presenta fiebre. No refiere cirugías abdominales previas. En la exploración física destaca un abdomen distendido, timpánico a la percusión, RHA escasos, doloroso a la palpación de forma difusa, sin signos de peritonismo. No se palpan hernias. Se realiza Rx de abdomen en la que se observa imagen de "STOP" a nivel de colon derecho, con ausencia de gas distal y dilatación proximal. Se decide entonces realizar un TAC, en el que aprecia importante dilatación de colon derecho desde el ciego hasta el ángulo hepático (que se encuentra anterior al hígado), apreciando un cambio brusco de calibre, con un "signo del remolino" sugestivo de vólvulo, con colon trasverso y descendente colapsado. Se completa preoperatorio y la paciente es intervenida realizando una hemicolectomía derecha, ya que durante la intervención se observan múltiples zonas deserosadas, moderada cantidad de líquido libre en cavidad y signos de sufrimiento e isquemia en la zona volvulada. Como dato característico la paciente presenta anomalías anatómicas; el duodeno se encuentra intraperitoneal, tanto la segunda como tercera porción no se observan en retroperitoneo, junto con una inserción atípica del parietocólico derecho.

CONCLUSIONES

En aproximadamente el 10% de los casos el ciego y el colon ascendente adquieren una dirección antero-cranial (conocido como báscula cecal). La mayoría de los pacientes con vólvulo de ciego tienen una clínica similar a los que presentan una obstrucción de ID, los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, náuseas, vómitos y estreñimiento. La TC es la prueba de elección, el signo del remolino (whirl sign) es altamente sugestivo de vólvulo. Los objetivos del tratamiento son prevenir el desarrollo de isquemia intestinal, y filiar las anomalías anatómicas que favorecen la aparición del vólvulo, estos objetivos se cumplen con la cirugía (fijación vs resección) que es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos.

P17. TÍTULO: ANEURISMA MICOTICO EN PACIENTE CON NEOPLASIA DE COLON: CASO CLINICO INUSUAL

AUTOR/ES: Dr. Juan Pablo Alarcon Caballero, Dr. Luis Sanchez Guillen, Dra. Elisa Rodriguez Martinez, Dr. Ramon Lopez de los Reyes, Dr. German Adrio Diaz

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: Describimos un paciente tratado exitosamente de un aneurisma micotico aortico y una neoplasia de colon. El paciente diagnosticado de una neoplasia de colon secundaria a una rectorragia es ingresado para realizar una hemicolectomia derecha, contando con estudios de imagen sin presencia de metastasis demostrandose un aneurisma aorto-abdominal de 3cm no complicado. Durante su ingreso previo a la cirugía, presenta deterioro del estado general y dolor abdominal. Se realiza nuevo TAC presenciando aumento y cambio de densidad del aneurisma. Es tratado posteriormente en 2 intervenciones, corroborando la micosis del aneurisma así como también la neoplasia de colon. Se realiza un bypass protesico del aneurisma y simultaneamente una hemicolectomia derecha. Su post-operatorio fue satisfactorio.

La incidencia de los aneurismas micoticos abdominales es muy baja y al presentarse en un paciente con cancer de colon lo convierte en un caso muy peculiar e interesante.

La coordinación y cooperación de los equipos multidisciplinarios así como la actuación quirurgica acertada, fueron aspectos claves en este caso.

P18. TÍTULO: MANEJO DE TUMOR MALIGNO DE LA VAINA NERVIOSA PERIFÉRICA A NIVEL TORÁCICO

AUTOR/ES: Lucía Dorado Castro. Rocío González López. Paula Montoto Santomé. Eva Iglesias Porto. María López López. Isabel Pérez Moreiras. Inmaculada Monjero Ares. J.Félix Arija Val.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: Introducción y objetivos:

Los tumores malignos de la vaina nerviosa periférica (TM-VNP) son una forma de sarcoma poco común y de mal pronóstico. Estos tumores pueden derivar de neurofibromas plexiformes, de perineurinomas o de vainas nerviosas normales. Lo más frecuente es que deriven de plexos nerviosos mayores y la situación más frecuente son extremidades. Representan un 10% de los tumores en cirugía de nervios periféricos y presentan una incidencia en la población general de un 0'001%. En la anamnesis es importante descartar neurofibromatosis tipo I (NF-1), ya que del 22 al 50 % de los afectados por TM-VNP la presentan, siendo tumores más precoces (3º a 4º década) que los esporádicos, de mayor tamaño y de peor pronóstico. La presentación clínica de estos tumores se caracteriza por crecimiento rápido, dolor y presencia de síntomas neurológicos motores o sensitivos. Macroscópicamente, son características definitorias de estos tumores: tamaño mayor de 5 cm, heterogenicidad, márgenes mal definidos, áreas de necrosis y hemorragia, edema circundante o invasión de planos grasos; microscópicamente: aumento de la celularidad con presencia de células fusiformes, alta actividad mitótica y positividad débil para S100.

Presentamos el caso de un varón de 62 años que presenta un TM-VNP a nivel torácico.

Material y métodos:

Varón de 62 a que acude a la consulta de cirugía por presentar bultoma doloroso, de crecimiento rápido, a nivel de la 10º-11º costilla derechas. Como antecedentes presenta HTA, síndrome de hiperlipidemia familiar combinada e hiperuricemia. Se realiza Tomografía computarizada (TC) tóraca que confirma la existencia de lesión sólida, vascularizada, bien delimitada, de 6.2x4 cm, sin calcificaciones ni evidencia de afectación ósea, de probable origen neurogénico o mesénquimal. Se descarta enfermedad metastásica por las pruebas de imagen y se realiza PAAF guiada por ECO para biopsiar la lesión, con el consiguiente resultado de neurofibroma de tipo anciano con atipias citológicas. (Imagen)

Resultados y conclusiones

Se realiza tratamiento quirúrgico mediante resección de la tumoración, de segmentos costales 10 y 11 y de los nervios intercostales de estos niveles (R0); no precisando reconstrucción de la pared dado la localización a nivel bajo y en la perifería. Finalmente el resultado del estudio anatomopatológico es TM-VNP de bajo grado o grado II del NCI (Instituto Nacional del Cáncer), por lo que se decidió RDT posterior. El seguimiento a corto plazo fue favorable, no presentando recidiva local ni enfermedad a distancia. (Imagen)

Comentar que, con respecto al diagnóstico de estos tumores, es común que presenten biopsias negativas para malignidad ya que hay áreas del tumor con menos atipia y por tanto, es preciso

realizar biopsias múltiples del tumor y a pesar de resultados favorables para benignidad es conveniente realizar una resección R0. La primera herramienta para el tratamiento de estos tumores es la cirugía, que en ocasiones puede llegar a ser mutilante llegándose a amputaciones de miembros o sacrificio de estructuras nerviosas atendiendo a dejar márgenes libres de tumor. Se puede añadir radioterapia neoadyuvante o adyuvante ya que ha mostrado beneficio en algunos estudios. Con respecto al uso de quimioterapia se ha observado buena respuesta inicial con el uso de imatinib con disminución importante del tamaño del tumor, pero en todos los casos recurría el tumor no volviendo a responder a la terapia. Por tanto, aunque se está investigando, actualmente no existen evidencias de que ésta aporte beneficio. El pronóstico es infausto, siendo factores de mal pronóstico: tamaño mayor de 5-7 cm, tumores de alto grado (III-IV), asociación con NF-1, presentación en ancianos, resecciones con márgenes incompletos y los de localización en tronco. La media de supervivencia son 66 meses. Recurren un 26%, desde 2 meses a 10 años después de la resección y en un 20% presentan enfermedad metastásica a distancia con posibilidad de afectación linfática, pulmonar, ósea, hepática, leptomenígea, cerebral y adrenal.

P19. TÍTULO: USO DE LA TERAPIA V.A.C. EN UN CASO COMPLEJO

AUTOR/ES: Estévez-Fernández, Sergio; Días-Silva, Antonio; Castillo, Raimundo; Mariño-Padín, Esther; Ballinas, Julio; Carrera, Ester; Piñón-Cimadevila, Miguel Ángel

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN

Han sido descritas múltiples técnicas de cierre para el tratamiento de un abdomen abierto. En este caso concreto, queremos destacar la Terapia de cierre asistida por vacío(VAC) para tratamiento de abdomen abierto de difícil manejo.

PACIENTES Y MÉTODO

Descripción de caso clínico con iconográfica de la evolución postquirúrgica en paciente a tratamiento con terapia VAC.

CASO CLÍNICO: Paciente de 48 años que acude por cuadro de 6 días de evolución de dolor abdominal, en urgencias se realiza TAC en donde se objetiva trombosis de vena porta y mesenterica superior . Se decide cirugía urgente donde se aprecia isquemia intestinal masiva con únicamente colon, 20 cm de íleon terminal y 25 cm de yeyuno proximal respetados. Con la paciente en situación inestable, se decide actitud conservadora y second look pasadas 24 h. dejando laparostomía con malla de Goretex que se sutura a fascia. Se realiza second look y se coloca bolsa de Bogotá. En las siguientes revisiones, se aprecia mejoría de la vascularización intestinal y pasados 11 días tras la primera intervención, se decide colocación de sistema VAC. Durante los días posteriores se realiza revisión y cambio de VAC cada 48-72 horas . A los 36 días de la 1ª intervención se realiza TAC abdominal que descarta complicaciones intrabdominales se realiza nueva revisión de laparostomía , lavado de cavidad, se colocan mallas de poliglactin , descarga aponeurótica , aproximación cutánea y colocación de VAC. A los 40 días se realiza Plastia con malla de polipropileno sobre mallas de poliglactin , cierre de laparostomía y retirada de VAC. La evolución posterior es favorable. Sube a la planta a los 54 días y es dado de alta un mes más tarde.

CONCLUSIONES

El uso de la terapia VAC puede ser una ayuda importante en el manejo de abdómenes abiertos complicados, como ocurre en pacientes que sufrieron laparostomía con revisiones programadas, favoreciendo la cicatrización y la aproximación de los bordes para conseguir el cierre definitivo.

P20. TÍTULO: HIDRONEUMOTORAX MASIVO SECUNDARIO A MALPOSICIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA

AUTOR/ES: González López R, Iglesias Porto E, Montoto Santomé P, Dorado Castro L, López López M. Pérez Moreiras M. I, Torres García M. I. Seoane Vigo M. Arijá Val J. F.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La colocación de sondas nasogástricas flexibles para aspiración del contenido gástrico en pacientes obstruidos o para nutrición enteral, es cada vez más utilizada en pacientes críticos y malnutridos, pero también en pacientes conscientes. A pesar del manejo sencillo y uso habitual no es una técnica exenta de riesgos, presentando complicaciones como la perforación esofágica y la penetración pulmonar que causan neumotórax e infusión de la alimentación en el pulmón y en el espacio pleural. La mayoría de las complicaciones broncopleurales se deben a la colocación de la

sonda en el bronquio principal derecho, especialmente en pacientes ancianos con deterioro cognitivo y reflejos disminuidos, pacientes intubados etc.

Presentamos un caso de hidroneumotorax derecho, masivo, secundario a la introducción de alimentación enteral intrapulmonar, a través de una sonda nasogástrica malposicionada en vía aérea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un anciano de 77 años, con deterioro cognitivo grave en relación con enfermedad de Parkinson muy evolucionada, totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, que presenta múltiples ingresos hospitalarios en relación con neumonías por broncoaspiración. Se hospitaliza por un nuevo episodio de infección respiratoria secundaria a broncoaspiración y se instaura tratamiento médico conservador, colocándose una sonda nasogástrica de alimentación. Durante este ingreso el paciente se retira la sonda nasogástrica en un episodio de desorientación. Se recoloca una nueva sonda y se reinicia la nutrición enteral tras la comprobación errónea, de correcta colocación de la sonda mediante radiografía de tórax (Fig. 1), coincidiendo con el inicio brusco de un cuadro de tos, disnea y fiebre. Ante estos hallazgos y con la sospecha de sonda nasogástrica malposicionada se realiza una Tomografía computarizada (TC) torácica, objetivándose: un Hidroneumotorax derecho tras la introducción de la nutrición enteral intrapulmonar por una sonda de alimentación. Se realiza aspirado parcial de la nutrición por la sonda nasogástrica, y se retira la sonda de alimentación sin resistencia y se coloca de forma urgente un drenaje torácico a nivel de 5º espacio intercostal derecho, en línea axilar anterior, objetivando emisión de la nutrición enteral por el drenaje torácico.

RESULTADOS: Posteriormente el paciente presenta una evolución favorable con antibioterapia intravenosa.

CONCLUSIONES: La nutrición enteral es fácil, barata, confortable y con menos complicaciones que la parenteral y actualmente se utilizan sondas más blandas y flexibles que irritan mínimamente y pueden mantenerse hasta 6 semanas. Los estiletes usados para facilitar la inserción y avance de la sonda, al aumentar la rigidez del tubo pueden provocar mayor riesgo de perforación de estructuras. Entre los factores de riesgo para presentar complicaciones pleuropulmonares están la disminución del nivel de conciencia, reciente intubación endotraqueal, abolición de reflejo nauseoso, uso de bloqueantes neuromusculares y la existencia de estenosis esofágica.

La incidencia de malposición de las sondas nasogástricas en tráquea o vía aérea distal oscila entre 0.3-15% y la introducción de productos químicos en el parénquima pulmonar y en los espacios pleurales puede ocasionar graves complicaciones como neumonía aspirativa, hidrotórax, neumotórax, hemotórax empiema etc.

El examen físico predice difícilmente la malposición del tubo, la colocación del mismo se comprueba mediante aspiración de contenido digestivo e insuflación de aire mientras se ausculta en la región epigástrica, sin embargo ambos métodos pueden dar falsos positivos.

Se debe sospechar la malposición de la sonda si el paciente presenta síntomas respiratorios tras la colocación de la misma. Se debe comprobar la correcta colocación del tubo mediante radiología simple, especialmente si la finalidad de la sonda es la introducción de alimentación enteral a su través, a pesar de que puede ocurrir como en nuestro caso, una interpretación errónea de la radiología.

La radiología simple y la TC torácica son suficientes para un correcto diagnóstico de esta grave complicación, aunque en ocasiones se puede emplear la laringoscopia para visualizar la localización exacta del tubo, en cuanto al tratamiento, el drenaje torácico es la técnica de elección, en ocasiones un drenaje aislado no es suficiente y se requiere colocación de drenajes torácicos adicionales o la realización de una fibrobroncoscopia para aspirado del contenido alimentario.

P21. TÍTULO: PANCREATITIS AGUDA NECROHEMORRÁGICA POR TRAUMATISMO ABDOMINAL POR ARMA DE AIRE COMPRIMIDO

AUTOR/ES: González López R., Alvite Canosa M., Iglesias Porto E., Pérez Moreiras M.I., Montoto Santomé P., Dorado Castro L., Gegúndez Gómez C., Mohammed Salem A., Arija Val J. F.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La incidencia de lesiones pancreáticas en los traumatismos abdominales es baja 0.2 a 6%, siendo los traumatismos abdominales penetrantes la causa más frecuente, fundamentalmente por arma blanca o por arma de fuego. La lesión pancreática aislada, es infrecuente, debido a su

proximidad anatómica a otras estructuras; la lesión hepática es la lesión visceral, que más se asocia a la lesión pancreática 19.3%. Las lesiones vasculares ocupan el tercer lugar entre las lesiones que acompañan al traumatismo pancreático.

Presentamos un caso de pancreatitis aguda necrohemorrágica (PANH) secundaria a traumatismo abdominal por arma de fuego, asociado a embolismo pulmonar del proyectil.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hombre de 36 años que acude a Urgencias, tras sufrir traumatismo abdominal por proyectil de arma de aire comprimido.

En la exploración física: presenta Glasgow de 15, estabilidad hemodinámica y en abdomen se visualiza orificio de entrada en hipocondrio izquierdo, con dolor a la palpación, sin defensa.

En las pruebas complementarias se evidencia leucocitosis moderada y neutrofilia, en la Tomografía Computarizada (TC) toraco-abdomino-pélvica, se objetiva un proyectil alojado en retroperitoneo, a 3mm de la cava inferior, con borrosidad de la grasa peripancreática en relación con lesión leve de la glándula pancreática(Fig.1).

Se realiza laparotomía exploradora urgente, encontrándose hematoma paraduodenal con escaso líquido libre hemático y contusión pancreática con pequeño hematoma en la raíz mesentérica, mínima laceración hepática sin datos de sangrado activo. No se identifica el proyectil y se deja un drenaje aspirativo paraduodenal.

Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y a las 48 horas de la intervención, presenta empeoramiento clínico, con intenso dolor abdominal, fiebre, taquicardia y leucocitosis. Se realiza TC de tórax y abdomen visualizándose gran cantidad de líquido libre intraabdominal y desestructuración de la cabeza pancreática. Se objetiva el proyectil alojado en el lóbulo pulmonar inferior izquierdo(Fig.2). Ante estos hallazgos se decide reintervención quirúrgica, encontrándose gran cantidad de líquido serosanguinolento y pancreatitis aguda necrohemorrágica de la cabeza pancreática y periduodenal sin datos de sangrado. Se realiza lavado, desbridamiento y necrosectomía pancreática, dejando drenajes de lavado intraabdominales.

RESULTADOS: El paciente presentó ingreso prolongado en UCI, con ventilación mecánica, sobreinfección respiratoria y Síndrome de Distress respiratorio del adulto. Posteriormente evolucionó satisfactoriamente con antibioterapia de amplio espectro e importante mejoría radiológica de colecciones intraabdominales, siendo dado de alta a los 75 días de la intervención. Tras 10 meses de seguimiento el paciente se encuentra asintomático y con el proyectil alojado en hemitórax izquierdo.

CONCLUSIONES: El retraso en el diagnóstico y tratamiento de una lesión pancreática tras un traumatismo abdominal incrementa significativamente la morbimortalidad.

La TC helicoidal con contraste es la prueba de elección, ya que permite establecer el diagnóstico y la gradación de posibles lesiones. En caso de lesiones dudosas, la colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) puede diagnosticarlas.

Entre las opciones terapéuticas están: drenaje externo, desbridamiento, resección, procedimientos de reconstrucción y la pancreatoduodenectomía, en función del grado de lesión. La aparición tardía de colecciones intraabdominales es frecuente en los traumatismos pancreáticos, pero el desarrollo de abscesos es raro y suele deberse a lesiones viscerales. Todavía más infrecuente y de mayor gravedad es la aparición de pancreatitis con necrosis infectada, cuyo tratamiento es similar a las de origen no traumático.

La embolización al hemitórax izquierdo del proyectil es una entidad extremadamente rara, cuyo tratamiento no está protocolizado, debido a su baja incidencia. El proyectil al migrar por el sistema vascular y atravesar las cavidades cardíacas, puede causar cuadros de: insuficiencia cardíaca, taponamiento, arritmias, pericarditis, fenómenos embólicos, o permanecer asintomático, como nuestro paciente.

P22. TÍTULO: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A FÍSTULA AORTOENTÉRICA PRIMARIA

AUTOR/ES: González López R, Alvite Canosa M, Pérez Moreiras M. I, Iglesias Porto E, Montoto Santomé P, Dorado Castro L, López López M, Couselo Villanueva J.M, Arijá Val J. F.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La fístula aorto-entérica es una enfermedad infrecuente, que se clasifica en secundaria, cuando existe una cirugía vascular previa, con colocación de injertos vasculares, y primaria, extremadamente rara, cuando se asocia con aneurisma de aorta abdominal (AAA), úlcera péptica, litiasis vesicular, cáncer de páncreas, infecciones de aorta, ingesta de cuerpo extraño, radioterapia abdominal.

La fístula aorto-entérica se produce fundamentalmente en la tercera porción duodenal. La forma de presentación es inespecífica, manifestándose habitualmente en forma de melenas y hematemesis, y menos frecuentemente: hematoquecia y rectorragia. Clásicamente se ha descrito el signo de "la hemorragia heráldica": un sangrado autolimitado que precede a la hemorragia masiva, con un intervalo de tiempo variable. Presentamos un caso de fístula aorto-duodenal primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hombre de 73 años, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por presentar hematemesis. A la exploración se observa palidez cutáneo-mucosa y TA:90/60. En la analítica presenta hemoglobina: 9.9g/dL, hematocrito:29.3% y urea:70. Se solicita Endoscopia digestiva alta urgente, evidenciándose una lesión ulcerada con marcado latido arterial por posible vaso adyacente, sin sangrado activo, a nivel de la tercera porción duodenal, con la sospecha de fístula aorto-duodenal se realiza Tomografía axial computarizada con contraste (Fig. 1) urgente, objetivando una fístula aorto-duodenal primaria a expensas de un AAA infrarrenal. Con estos hallazgos se realiza cirugía urgente, conjuntamente con el Servicio de Cirugía Vascular, confirmándose la presencia de fístula aorto-duodenal primaria a expensas de un AAA infrarrenal (Fig. 2). Se procede a liberación del duodeno y reparación del defecto duodenal mediante sutura primaria con puntos sueltos de monocryl 3/0 y refuerzo con puntos sueltos de seda 3/0. Seguidamente se realiza aneurismectomía e injerto de prótesis de Dacron aorto-bifemoral.

RESULTADOS: En el postoperatorio el paciente ingresó en el Servicio de Reanimación, presentando como complicaciones edema agudo de pulmón, pancreatitis aguda leve y neumonía nosocomial por pseudomona aeruginosa, con evolución satisfactoria tras tratamiento médico conservador, siendo dado de alta a los 40 días del ingreso.

CONCLUSIONES: La fístula aorto-duodenal primaria es una entidad infrecuente, no llegando a 300 los casos descritos. Presenta elevada morbimortalidad si no es diagnosticada y tratada a tiempo, pero su diagnóstico es difícil y ha de basarse en la sospecha clínica y en las exploraciones complementarias, la Endoscopia digestiva alta es inefectiva hasta en el 30% de los casos, presentando la Tomografía axial computarizada de alta resolución con contraste intravenoso unas elevadas sensibilidad y especificidad. El único tratamiento eficaz demostrado es la cirugía, mediante reparación del aneurisma aórtico con interposición de un injerto sintético y reparación del orificio gastrointestinal, realizando sutura primaria o resección y anastomosis si la destrucción de la pared intestinal es muy extensa. La técnica endovascular con un stent cubierto debe considerarse una alternativa, salvo cuando se sospecha una infección como origen del cuadro. El pronóstico es malo, el 100% de los pacientes fallecen sin cirugía, habitualmente por shock hipovolémico secundario a la hemorragia, el 51% fallecen durante la cirugía y el 46% tras ésta por hipovolemia

P23. TÍTULO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE PANCREATITIS AUTOINMUNE Y CÁNCER DE PÁNCREAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTOR/ES: Jove Alborés, P; Flores Rodriguez, E; Senra del Río, P; Carracedo Iglesias, R; Melendez Villar, R; Iribarren Díaz, M; Casal Nuñez, JE

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 72 años, sin antecedentes personales de interés y con antecedentes familiares de hermana con hepatitis autoinmune y enf. de Von Willebrandt y un hermano con crioglobulinemia, ingresado en S. Digestivo por ictericia y coluria de un mes de evolución.

En ECO Abdominal se aprecia dilatación de vía biliar intra y extrahepática.

Se solicita TAC Abdominal que confirma la existencia de dilatación de la vía biliar sin poder apreciarse la causa. No datos de infiltración local.

En la RMN se aprecia afilamiento del colédoco intrapancreático sin demostrarse la causa y engrosamiento difuso de la cabeza pancreática sin observarse lesiones.

En la ecoendoscopia se aprecia una masa pancreática informada como probable neoplasia pancreática con obstrucción coledociana y probable infiltración duodenal. No disponemos en nuestro centro del equipamiento necesario para realizar biopsias pancreáticas guiadas con ecoendoscopia.

Se realiza CPRE en la que se observan engrosamiento de pliegues de la mucosa duodenal próxima a la papila de Vater, por probable infiltración. El conducto pancreático no presenta alteraciones y no se logra canalizar la vía biliar. Se toman biopsias de la mucosa duodenal siendo negativas para malignidad.

RESULTADOS: Bajo la sospecha diagnóstica de neoplasia de páncreas intervenimos al paciente apreciándose voluminosa masa en cabez pancreática. Realizamos DPC y antrectomía. La evolución postoperatoria curso sin incidencias.

La anatomía patológica de la pieza fue informada como pancreatitis crónica autoinmune tipo I sin elevación de IgG4 sérica.

CONCLUSIONES: La pancreatitis autoinmune es una entidad muy infrecuente, con una incidencia de 0,7 casos por 100.000 habitantes. Algunos estudios retrospectivos han demostrado que en el 2,5% de pacientes sometidos a DPC presentan pancreatitis autoinmune. Es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de tumor pancreático, sobre todo la forma focal de la enfermedad. La presencia de estenosis irregular del Wirsung y niveles elevados de IgG4 son claves para el diagnóstico. La biopsia con aguja fina de la masa puede confirmar la etiología autoinmune en sólo el 50% de los casos. Responde muy bien a tratamiento esteroideo.

P24. P45.-TÍTULO: PSEUDOLINFOMA HEPÁTICO

AUTORES: ¿?

INTRODUCCION Y OBJETIVOS: La hiperplasia nodular linfoide (HNL) o pseudolinfoma hepático es una entidad muy rara de la que tan sólo han sido descritos 37 casos en la literatura actual y que plantea el diagnóstico diferencial con otras lesiones focales del hígado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un caso de un paciente varón de 71 años con antecedentes de hepatopatía crónica por VHC a quien en un control ecográfico se le descubre una lesión hepática en segmento 8 hipoecoica y de bordes bien definidos y que en estudio de TC hepático y RM hepática es sugestiva de hepatocarcinoma. La lesión había crecido de tamaño en los estudios sucesivos pero los valores de alfafetoproteína, CEA y CA 19.9 eran normales. La PAAF realizada informó de hiperplasia benigna de células hepáticas. Ante la imposibilidad de descartar malignidad, se practicó resección quirúrgica de dicha lesión, cuyo estudio anatomopatológico definitivo fue de HNL.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: La HNL es un tumor hepático benigno muy poco frecuente cuya etiopatogenia permanece todavía desconocida. Se ha relacionado con distintas causas de hepatopatía crónica, tumores malignos y enfermedad autoinmune y tiene predilección por el sexo femenino. Histológicamente se caracteriza por un infiltrado de linfocitos polimorfonucleares que se suelen acompañar de numerosos centros germinales, sin atipias citológicas, en el espesor del parénquima hepático. Radiológicamente se comporta como un nódulo hipoecoico de paredes bien definidas por ecografía. En la TC suele presentar un carácter hipodenso con captación del medio de contraste en fase arterial y lavado en fases tardías. En RM suele presentar un comportamiento hipointenso en T1 y discretamente hiperintenso en T2. Estas características plantean el diagnóstico diferencial con otras lesiones hipervascularizadas, principalmente con el hepatocarcinoma y los tumores metastásicos. A nivel microscópico se debe descartar un linfoma, fundamentalmente de tipo MALT. Por todo ello consideramos tener en cuenta esta rara entidad ante la presencia de un nódulo hepático con características sospechosas de malignidad y realizar PAAF, previa a cualquier planteamiento quirúrgico e incluso repetirla en caso de que fuere negativa.

P25. TÍTULO: RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE LINFANGIOMA QUÍSTICO ABDOMINAL

AUTOR/ES: M.L. Gonzalez, F. Herrerias, J. Melé, C. Gas, V.L. Palacios, F. Vilardell, J. Escoll**

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN

Los linfangiomas son un grupo poco frecuente de tumores benignos del sistema linfático. Su localización más frecuente es en tejido subcutáneo de cabeza, cuello y axila. Son raros en el adulto y la afectación abdominal es infrecuente.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 60 años que durante el estudio de diarrea crónica y dolor abdominal inespecífico se realiza un TAC abdomino-pélvico y es diagnosticada de quiste mesentérico de gran tamaño. Se realiza un abordaje laparoscópico para la resección del quiste a nivel del mesenterio del ileon proximal. El estudio anatomopatológico informa de linfangioma quístico abdominal.

DISCUSIÓN

El linfangioma quístico abdominal es una malformación de los vasos linfáticos mesentéricos o retroperitoneales que pierden su comunicación con el resto del sistema linfático. El 75% se manifiestan en la edad adulta, aunque la mayoría están presentes antes de los 5 años de edad. Con frecuencia son asintomáticos y suelen presentarse con una clínica inespecífica, dolor abdominal, distensión o vómitos, aunque a veces se presentan como una masa abdominal palpable. El diagnóstico diferencial se plantea con otras formaciones quísticas en el ovario, páncreas, bazo, riñón e hígado.

El tratamiento de elección es la enucleación o la resección pero cuando no son posibles debido a su situación anatómica, la opción es la escisión parcial con marsupialización a la cavidad abdominal con riesgo de recidivas.

CONCLUSIONES

El abordaje laparoscópico es totalmente viable para la resección de este tipo de tumores, permitiendo una rápida recuperación postoperatoria y un alta precoz. Es importante el seguimiento en consultas ante la posibilidad de recidivas sobretodo cuando la resección tumoral ha sido parcial.

P26. TÍTULO: EVISCERACIÓN VAGINAL

AUTOR/ES: Farah Adel Abdulla, Jose Edecio Quiñones Sampedro, Vladimir Arteaga Peralta, Andreé Kuhnhardt Barrantes, Johny David Gonzales Aguilar, Cristina Sabater Maroto, Jose manuel Ramia Angel, Roberto de la Plaza Llamas, Jorge Garcia Parreño Jofre.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

INTRODUCCIÓN

La evisceración vaginal (EV) es una complicación poco frecuente y supone una urgencia quirúrgica. Suele presentarse en mujeres posmenopáusicas, relacionada sobre todo con cirugía vaginal previa y cierto grado de disfunción del suelo pélvico.

Es mucho menos frecuente en el caso de la mujer premenopáusica, y suele estar asociada con traumatismos durante el coito, violaciones, iatrogenia, e introducción de cuerpos extraños.

Presentamos un nuevo caso sin antecedente claro.

CASO CLÍNICO

Paciente 81 años con antecedente de histerectomía y doble anexectomía hace 14 años y gastrectomía subtotal por adenocarcinoma gástrico estadio pT2N1M1 con carcinomatosis tratada con quimioterapia, actualmente en remisión completa. Acude a urgencias por salida de intestino delgado por vagina coincidiendo con la deposición, mareos y sudoración fría.

A la exploración se aprecia erosión de la pared posterior de la vagina y evisceración de parte de intestino delgado. Se le realiza TAC abdominopélvica que confirma la presencia de enterocele a través del fundus vaginal. Se procede a intervención quirúrgica urgente.

En posición ginecológica, se reduce el intestino delgado vía vaginal sin éxito. Se accede a la cavidad abdominal mediante laparotomía media infraumbilical. Se reduce intestino delgado a la cavidad abdominal por completo, comprobando previamente su viabilidad e integridad. Cierre de la pared posterior de la vagina. Se deja un drenaje de silicona en la pelvis y se cierra la cavidad abdominal. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta al 4 día postoperatorio. A los 6 meses de la intervención quirúrgica la paciente se encuentra asintomática, sin dolor abdominal ni pelviano y sin signos de recidiva del enterocele.

CONCLUSIÓN

La EV es una urgencia quirúrgica, que se da con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas con antecedente de cirugía vaginal previa. El tratamiento consta de tres fases, la primera es la reducción del contenido abdominal eviscerado y actuación sobre el intestino comprometido si existe y posteriormente debe extirparse el tejido isquémico y por último reparar el defecto vaginal. Dada la alta tasa de recidiva por la debilidad de los tejidos pélvicos, es importante el seguimiento de estas pacientes.

P27. TÍTULO: ENDOMETRIOSIS DEL CONDUCTO DE NUCK: UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL INUSUAL DE LA TUMORACION INGUINAL

AUTOR/ES: Romyana Rumenova Smilevska, María Gil Santos, Andrés García Marín, Francisco Orts Micó, Macarena Ruiz-Piqueras Lecroisey, María Mingorance Alberola, Susana Pérez Bru, Edelmira Soliveres Soliveres, Mario Mella Laborde, Miguel Morales Calderón, Salvador García García

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCION Y OBJETIVOS:

La endometriosis extrapélvica es rara (10-12%) y sus localizaciones más infrecuentes son el ombligo, las cicatrices de incisiones, el bíceps braquial, el hueso, los nervios periféricos y el canal inguinal.

La endometriosis inguinal tiene una incidencia de 0,07% y su clínica más habitual es de tumoración inguinal. La sintomatología aumenta de forma cíclica catamenial, situación que a menudo no es reconocida por el cirujano por lo que el correcto diagnóstico prequirúrgico es poco frecuente siendo por regla general diagnóstico anatomopatológico tras ser intervenida con el diagnóstico clínico de hernia inguinal. El objetivo es la presentación de un caso clínico de endometriosis del conducto de Nuck.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de la literatura a propósito de un caso.

RESULTADOS

Mujer de 48 años de edad, con antecedentes de miomectomía uterina que consultó por la aparición de una tumoración inguinal derecha dolorosa no asociada a otra sintomatología. La ecografía y, posteriormente la tomografía (TC) abdominopélvica, mostró una lesión de 3 x 1.2 cm que no se modificaba con las maniobras de Valsalva sugestiva de hematoma, por lo que se decidió tratamiento conservador. A los dos años la paciente volvió nuevamente a consultar por crecimiento de la tumoración inguinal, por lo que se repitió la ecografía pélvica que visualizó colección líquida, alargada de 6,6 x 1,9 x 3,9 cm de forma ahusada. La paciente fue intervenida, realizándose exéresis de la masa quística, de contenido serohemático. La anatomía patológica fue compatible con quiste del canal de Nuck con focos de endometriosis y áreas inflamatorias con microhemorragias en diferentes estadios evolutivos.

CONCLUSIONES:

La endometriosis en el canal de Nuck debe tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial de una tumoración inguinal de la mujer en edad fértil. La sospecha clínica debe ser alta si se trata de sintomatología cíclica. El diagnóstico definitivo viene dado por la anatomía patológica. El tratamiento es quirúrgico, consistiendo en exéresis completa. Un estudio pélvico asociado es recomendable, teniendo en cuenta el alto índice de presencia de enfermedad pélvica concomitante.

P28. TÍTULO: “RECIDIVA PERITONEAL DE QUISTE HIDATÍDICO. A PROPÓSITO DE UN CASO”.

Autor/Es: Maria Gil Santos, Andres Garcia Marin, Francisco Jose Orts Mico, Romyana Rumenova Smilevska, Suana Perez Bru, Edelmira Soliveres Soliveres, Mario Mella Laborde, Carmen Nofuentes Riera, Irene Ortega Vazquez, Carmen Jimenez Ceinos, Salvador Garcia Garcia.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria causada por E. granulosus. Su localización más frecuente es hepática (70%), aunque en ocasiones puede ubicarse en otros órganos o existir una diseminación al torrente sanguíneo o a cavidad peritoneal lo cual es raro.

Presentación de un caso clínico de recidiva peritoneal de un quiste hidatídico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de literatura a propósito de un caso.

RESULTADOS

Varón de 54 años con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica antiagregado con ácido acetil salicílico y coledocotomía con exploración de vía biliar por colangitis hallando en su interior hidátides de forma secundaria a quiste hidatídico en segmentos II-III fistulizado a la vía biliar por lo que se realizó una quistoperiquistectomía hace 30 años. Ingresó para estudio de una pancreatitis aguda durante la cual se diagnosticó mediante tomografía computerizada una lesión quística intraperitoneal de 4 cm entre el colon transversal y la primera asa yeyunal con serología positiva (1/180) para Echinococcus granulosus, por lo que fue intervenido quirúrgicamente mediante una laparotomía media supraumbilical realizándose una exéresis completa de la lesión (figura 1) no evidenciando otras lesiones y posterior tratamiento adyuvante con albendazol 400 mg/12 horas 6 ciclos de 28 días con espacios de 2 semanas sin tratamiento, no evidenciándose en controles sucesivos recidiva de la enfermedad..

CONCLUSIONES

La diseminación suele deberse a la rotura de los quistes durante su manipulación o, como en nuestro caso, por la salida de hidátides a la cavidad peritoneal durante la exploración de la vía biliar. El diagnóstico se basa en la asociación de pruebas de imagen (ecografía / tomografía abdominal) con la serología de quiste hidatídico que permite confirmar el diagnóstico y realizar un control postquirúrgico. El tratamiento de elección es quirúrgico; en lo relacionado al tratamiento adyuvante aunque se recomienda el uso de antiparasitarios (albendazol) para disminuir el riesgo de recidiva en la cirugía primaria, no está claro la necesidad de éste en los casos de recidiva peritoneal tratada quirúrgicamente.

P29. TÍTULO: APENDICITIS POR PARÁSITOS

AUTOR/ES: Edelmira Soliveres Soliveres; Susana Pérez Brú; Mario Mella Laborde; Carmen Nofuentes Riera; Maria Gil Santos; Romyana Rumenowa Smilevska; Francisco Orts Micó; Macarena Ruiz-Piqueras Lecroisey; María Mingorance Alberola; Andrés García Marín; Salvador García García

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN: INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

La apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, producida por la obstrucción de su luz normalmente por un fecalito / hiperplasia de folículos linfoides, siendo poco frecuente la etiología parasitaria. Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia en la apendicitis aguda de origen parasitario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, descriptivo de las apendicitis agudas parasitarias obtenidas del registro de anatomía patológica en un período de 28 años (1992-2010). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS empleando la mediana y percentiles (25; 75) para las variables cuantitativas y la frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas.

RESULTADOS:

De las 1812 apendicectomías realizadas, 6 (0.33%) tuvieron un origen parasitario, de los cuales 5 casos eran mujeres (83.3%) con una mediana de edad de 15 (13; 24). Ninguno de los pacientes presentaban antecedentes de interés. El tiempo de evolución de la clínica fue de 27 horas (19; 43). Los resultados analíticos fueron: Hb 13.9 (13.1; 14.6), hematocrito 41.2 (38.2; 44.3), leucocitos 11750 (8900; 15300), neutrófilos 67.7 (54.6; 81), eosinófilos 2.9 (0.8; 7.2), plaquetas 215500 (185000; 264200), proteína C reactiva 1.7 (0.2; 3.7), urea 24 (18; 41), creatinina 0.7 (0.5; 1.1), sodio 140 (138; 140), potasio 3.8 (3.7; 3.9), índice de Quick 91 (85; 96). El abordaje empleado fue abierto mediante incisión de McBurney salvo en uno de ellos que se realizó por vía laparoscópica no observándose complicaciones en ninguno de los casos con una estancia mediana de 2 días. La anatomía patológica informó: flemonosa (3 casos), gangrenosa (1 caso), perforada (1 caso), normal (1 caso). El parásito implicado fue *Enterobius vermicularis* en 4 casos no tipificándose en el resto.

CONCLUSIONES:

En nuestro centro la incidencia de apendicitis por parásitos fue baja, inferior a la de otras series publicadas (0,64-12%). Éste tipo de etiología se da más frecuentemente en mujeres. Aparece mayoritariamente en pacientes jóvenes. El parásito más frecuentemente implicado fue *Enterobius Vermicularis*.