



# LVI REUNIÓN

## SOCIEDAD de CIRUGÍA de GALICIA

Vigo  
Complejo Hospitalario  
Universitario  
19 y 20 de Octubre  
2012



SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE

Complejo Hospitalario  
Universitario de Vigo  
Vigo

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

# **COMUNICACIONES ORALES**

## **COMUNICACIONES ORALES SALÓN DE ACTOS (Sesión I)**

**Moderadores:**

**José M. Domínguez Carrera, Antonio Soto Ares**

### **C1. LA BILIOPLASTIA INTRAPANCREÁTICA EN LA INTERVENCIÓN DE FREY**

Álvarez García, Helena; Ausania, Fabio; Meléndez Villar, Reyes; Carracedo Iglesias, Roberto; Freiría Eiras, Miguel Ángel; Guzmán Suarez, Silvia; Costas Fernández, Verónica; Casal Núñez, Enrique  
Hospital Xeral de Vigo

#### **INTRODUCCIÓN:**

La obstrucción de la vía biliar intrapancreática (VBI) en los pacientes con pancreatitis crónica se produce en el 3.2-45.6% de los casos y se debe principalmente a la inflamación del parénquima pancreático y a la formación secundaria de litiasis. Sin embargo, solo el 5-10% de éstos precisará descompresión quirúrgica. Además, el 5-30% de los pacientes con pancreatitis crónica a los que se les realiza una pancreatícoyeyunostomía presentaran obstrucción de la VBI tras la cirugía, con una incidencia de colangitis y cirrosis biliar del 9.4% y 7.3% respectivamente.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Presentamos el caso de un varón de 66 años, diabético, con historia sintomática e invalidante de pancreatitis crónica de más de 5 años de evolución asociada a ictericia obstructiva por coledocolitiasis en molde, al que se le realizó una intervención de Frey (derivación Wirsungyeyunal y vaciamiento cefálico del páncreas), extracción de coledocolitiasis a través de una coledocotomía y una bilioplástia intrapancreática.

#### **DISCUSIÓN:**

El dolor en la pancreatitis crónica se explica por la inflamación parenquimatosa, la fibrosis perinerviosa y la hiperpresión del conducto pancreático. Como tratamiento quirúrgico se han propuesto técnicas como la derivación pancreaticoyeyunal, la duodenopancreatectomía cefálica y la esplaniectomía. De todas ellas, la intervención de Frey (IF) ha demostrado ser una técnica más eficaz por presentar mejores resultados peroperatorios y a largo plazo. Cuando hay obstrucción de la VBI asociada o por compresión del parénquima pancreático, es necesario realizar, además, una derivación de la vía biliar. La bilioplastia intrapancreática asociada a la IF, aunque técnicamente requiere de un cirujano experto, es un procedimiento adecuado para la descompresión de la VBI. El vaciamiento cefálico del páncreas soluciona la compresión por inflamación del parénquima pancreático, y facilita la realización de la bilioplastia intrapancreática. Además, el hecho de que la derivación biliar se realice en el mismo lugar que la derivación pancreática, disminuye el tiempo operatorio y el riesgo de complicaciones.

## **C2. RECIDIVA DE SÍNDROME DE BOERHAAVE DE CAUSA MECÁNICA**

Freiría Eiras, Miguel Angel; Cáceres Alvarado, Nieves; López Saco, Ángel; Álvarez García, Helena; Guzmán Suárez, Silvia; Costas Fernández, Verónica; Casal Núñez, J. Enrique  
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

### **INTRODUCCIÓN:**

El Síndrome de Boerhaave es la rotura de esófago distal causada por un aumento brusco de presión intraluminal y cierre del cricofaríngeo. Entidad poco frecuente, con alta morbimortalidad y errores diagnósticos que retrasan el tratamiento. Tras establecer el diagnóstico se plantea un dilema terapéutico a realizar en cada paciente.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Varón de 62 años trasladado a nuestro hospital por cuadro de diarrea, vómitos y dolor epigástrico. Antecedentes personales sin interés. Exploración física: estable, auscultación cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen doloroso en hipocondrio izquierdo con defensa abdominal a dicho nivel. TC tóraco-abdominal: hallazgos compatibles con perforación esofágica.

Se realiza toracotomía izquierda encontrando restos alimenticios en pleura mediastínica y laceración de 3 cm en tercio inferior de esófago. Se drena la cavidad torácica y se realiza sutura primaria de esófago. Se combina con abordaje abdominal para realizar drenaje, gastrostomía de descarga y yeyunostomía de alimentación. En postoperatorio se inicia cobertura antibiótica y nutrición por yeyunostomía con buena tolerancia. A los 3 días se repite TC de control que muestra resolución de las colecciones.

El 8º día PO comienza reflujo de contenido de nutrición por orificio de yeyunostomía; en días posteriores persiste salida de contenido bilioso, asociado a febrícula y distensión abdominal. Se suspende nutrición enteral y se comienza con NPT. El 11º día PO se retira yeyunostomía y se mantiene NPT con buena evolución clínica. El 15º día PO comenzamos nutrición enteral por gastrostomía y a los 3 días el paciente presenta episodio brusco de vómitos hemáticos, hipotensión e intenso dolor torácico y abdominal. Por drenaje torácico sale contenido alimentario. En TC urgente: salida de contraste oral en tercio inferior de esófago. Se decide reintervención quirúrgica.

Se realiza toracotomía izquierda de limpieza y posterior laparotomía donde se encuentra asa de yeyuno encarcerada. Se procede a esofagogastrectomía polar con gastroplastia tipo Lewis-Santay por toracotomía derecha y yeyunostomía

Tras esta cirugía el paciente presenta buena evolución clínica. En tránsito esófago-gástrico no se evidencian fístulas. Es dado de alta tras 1mes y 14 días de hospitalización.

### **DISCUSIÓN:**

El punto más importante del tratamiento del síndrome de Boerhaave es decidir el tipo de intervención quirúrgica o mantener un tratamiento conservador. El tiempo desde el inicio de la clínica, las complicaciones sépticas y las reservas fisiológicas del paciente son los factores que condicionarán la terapéutica a seguir.

En nuestro caso, dado que habían pasado menos de 12 horas desde el inicio de la clínica y el paciente se encontraba estable, optamos por realizar sutura primaria de la perforación esofágica presentando una buena evolución inicial. La presencia de una hernia incisional encarcerada inadvertida dio lugar a un síndrome oclusivo intestinal que provocó un nuevo desgarró esofágico. Dado el buen estado general del paciente y su estabilidad clínica se optó por una esofaguectomía y anastomosis primaria, con buena evolución postoperatoria.

### **CONCLUSIONES:**

1. No existen estudios clínicos con alto nivel de evidencia para hacer recomendaciones acerca del tratamiento del síndrome de Boerhaave.
2. El tratamiento debe ser individualizado en cada caso.
3. La presencia de complicaciones inadvertidas pueden condicionar la mala evolución de un tratamiento quirúrgico correcto.

### **C3. DE SLEEVE A BYPASS**

Maruri Chimeno, Ignacio; Otero Martínez, Isabel; Troncoso Pereira, Paula; Martínez Míguez, Marta; Senra Del Río, Paula; Blanco Galego, Bruno; De Urrutia Nadal, Blanca Amada; Casal Núñez, José Enrique  
Chuvi. H. Meixoeiro. Vigo

#### **INTRODUCCIÓN:**

Tanto la gastrectomía tubular como el bypass gástrico son efectivas para reducir el peso y mejorar el control o incluso conseguir la remisión de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con obesidad mórbida.

Las indicaciones de conversión de una gastrectomía tubular a un bypass gástrico serían una escasa pérdida de peso o una recuperación del peso perdido, una insuficiente resolución de los desórdenes metabólicos o reflujo gastroesofágico severo intratable.

Presentamos el caso de una paciente operada mediante una gastrectomía tubular, que posteriormente presentó una diabetes mellitus de difícil control, por lo que se decidió reintervenir y realizar un bypass gástrico en Y.Roux.

#### **CASO CLÍNICO:**

Paciente mujer de 58 años, con antecedentes de TEP y ACV en 1988, con ligera cojera como secuela. Intervenida de incontinencia urinaria, basalioma en párpado y ligadura de trompas.

Remitida a nuestro servicio en 2007 por obesidad mórbida con secuelas metabólicas, presentando un IMC 41 (Peso: 111.5 kg, talla; 1,65).

Se decide que la paciente es subsidiaria de intervención quirúrgica por lo que se solicita preoperatorio, se realiza gastroscopia cuya biopsia fue positiva para Helicobacter Pylori que es tratado, y se efectúa Ecografía abdominal que objetiva colelitiasis.

La intervención quirúrgica tuvo que acelerarse por varios episodios de cólico biliar por los que tuvo que acudir a Urgencias, realizándose una gastrectomía tubular y una colecistectomía por vía laparoscópica. El postoperatorio cursó sin incidencias de interés.

Tres años después de esta intervención, la paciente es nuevamente derivada a nuestro servicio desde el servicio de Endocrinología, ya que, a pesar de una importante pérdida de peso ( IMC 31,9, peso 86,800 kg. Talla 1,65) presenta una diabetes tipo 2 incontrolada a pesar de insulino terapia.

Se comenta el caso en sesión clínica y se decide reconversión a bypass gástrico laparoscópico, hallando en el acto quirúrgico la gastrectomía tubular previa con múltiples adherencias que se liberan, creando un reservorio gástrico de 3 x 5 con una anastomosis gastro-yeyunal con EEA nº 25 y una anastomosis yeyuno-yeyunal a modo de Y de Roux a 100 cm del ángulo de Treitz. El postoperatorio cursó sin incidencias.

#### **RESULTADOS:**

A los dos años tras la intervención, la paciente presenta un ligero sobrepeso con IMC 28.2 (77.8 kg peso). Su DM tipo 2 se encuentra controlada con metformina ,sin precisar insulina.

#### **CONCLUSIONES:**

A pesar de que ambas intervenciones son eficaces para perder peso y mejorar el control metabólico de los pacientes, la reconversión de una gastrectomía tubular a un bypass gástrico es una buena solución para algunos casos de pérdida insuficiente de peso, mal control de la DM tipo 2 o reflujo severo, por lo cual creemos estar indicada para este tipo de casos , además de poder completarse por vía laparoscópica, como presentamos en este video.

## **C4. RESULTADOS DE LA CIRUGÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE RECTO**

Echevarría Canoura, María; Loreto, Mariana; Núñez, Hector; López Goye, Sara; Paulos, Ana; Prieto, Daniel; Ladra, María Jesús; Fernández, A.; Ríos, A.; Fernández, F.; Paredes, Jesús Pedro; Bustamante, Manuel  
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

### **OBJETIVOS:**

Evaluar los resultados del tratamiento del cáncer de recto por vía laparoscópica en nuestro servicio, desde su inclusión en el Proyecto Vikingo de la AEC. La cirugía laparoscópica del cáncer de recto es técnicamente difícil. Exige un adiestramiento con una curva de aprendizaje larga. No obstante estos obstáculos se están aplicando de forma creciente, tras los buenos resultados a corto y largo plazo de la cirugía laparoscópica del cáncer de colon. Es necesario que los cirujanos evalúen sus resultados y los contrasten con los de su entorno y con los estándares de calidad, particularmente desde el punto de vista oncológico.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se han incluido los enfermos intervenidos por cáncer de recto por vía laparoscópica desde 2009 hasta 2011. Han sido tratados por los cirujanos de la Unidad de Cirugía Colorrectal de nuestro Servicio de Cirugía General. Los datos (clínicos, quirúrgicos, anátomo-patológicos...) han sido recogidos de forma prospectiva en la base de datos de la AEC, así como en una base de datos propia.

### **RESULTADOS:**

Se han intervenido 131 enfermos, 69% varones. Edad media 65 años (34-87). Estadificación TNM preoperatoria: I-6 (4,5%), II-23 (17,5%), III-94 (72%), IV-8 (6%). ASA II 73%, III 21%. Neoadyuvancia en 88,5%, en forma de radioquimioterapia en 96,5%. Localización tumoral: recto superior 28 (21%), medio 74 (57%) e inferior 29 (22%). Hubo 6 conversiones (4,5%). Las técnicas quirúrgicas realizadas han sido: resección anterior 92 (70%), alta 10 (7,5%), baja y ultrabaja 82 (62,5%); amputación abdomino-perineal 30 (23%); Hartmann 7 (5%); colectomía total asociada 1; panproctocolectomía total con reservorio ileal 1. Duración operatoria media 244 minutos (120-420). Extirpación mesorrectal total en 108 (82,5%) y parcial en 23 (17,5%). Estomas en 107 casos (89%), 37 colostomías definitivas (28%) y desfuncionalizantes transitorios en 80 (61%) tipo ileostomía en 78.

Complicaciones intraoperatorias 4 enfermos (3%): contaminación intraperitoneal en 2, lesión vesical en 1 y apertura del tumor en 1. Hubo que reintervenir a 15 pacientes (10%): 7 obstrucción intestinal, 2 dehiscencia anastomótica y 1 por margen distal R1, cuya RAB se convirtió en amputación abdomino-perineal.

Complicaciones postoperatorias: infección herida operatoria abdominal 10%, perineal 50%; dehiscencia anastomótica 7 (5%), absceso pélvico 13 (10%), colección intraabdominal 5 (4%), ileo prolongado (8%), obstrucción intestinal (6%). Mortalidad 0%.

Resección R0 95,5%, R1 0,5%, R2 4%. Mesorrecto óptimo en 108 (82,5%). Margen distal libre en 99%, circunferencial libre 96%. Promedio de GL aislados 16,4 (5-69). Grado de regresión de Mandard tras neoadyuvancia: 1-21,5%, 2-13%, 3-41%, 4-21,5%, 5-2,5%. Estadificación TNM patológica: 0-18%, I-33%, II-21%, III-21%.

En cuanto al seguimiento: libre de enfermedad 90 (83%), recidiva loco-regional 2 (2%), persistencia de la enfermedad 2 (2%), desarrollo de metástasis 12 (11%), éxitus 2 (2%).

### **CONCLUSIONES:**

Nuestra serie se caracteriza por un estadio localmente avanzado (EIII 75%), que motiva neoadyuvancia en casi el 90% de los casos. La cirugía es realizada por cirujanos expertos con especial dedicación. La vía laparoscópica ha mostrado resultados excelentes. Se conservan esfínteres en el 77% pero con un 5% de Hartmann por edad avanzada o incontinencia previa. La calidad de la resección es excelente, con una mortalidad postoperatoria de 0%. La morbilidad es considerable, en cuanto a infección del sitio quirúrgico perineal. La dehiscencia es baja, pero es difícil de precisar con exactitud ya que algún caso puede solaparse con formas de presentación como abscesos pélvicos (10%), con mínima repercusión clínica y fácilmente tratables de forma conservadora.

A medio plazo, a falta de mayor seguimiento, los resultados son buenos, con un 2% de recidiva local.

## **C5. CUERPOS EXTRAÑOS. MANEJO QUIRÚRGICO**

Paz Novo, Manuel; Puñal Rodríguez, José Antonio; Echevarría Canoura, María; Sartal Cuñarro, María Isabel; Martínez Lesquereux, Lucía; Ladra González, María Jesús; González Vinagre, Salustiano; Núñez Tasaico, Héctor; Bustamante Montalvo, Manuel  
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Durante los últimos años hemos registrado un aumento significativo de ingresos por cuerpos extraños en tubo digestivo y abdomen; no derivados de actos quirúrgicos. Por este motivo se decidió hacer una recogida y análisis de los casos desde 2007 a 2011.

El manejo de esos pacientes no está bien protocolizado y la bibliografía es escasa sin aportar grandes aclaraciones. En nuestra serie se basa en primer lugar, en la existencia de abdomen agudo al ingreso subsidiario de tratamiento quirúrgico. En caso negativo, el manejo en muchos casos puede ser endoscópico, médico y observación; y en otros es necesario cirugía no urgente.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Pacientes ingresados de manera urgente por cuerpos extraños localizados en tubo digestivo y abdomen, que precisaron de tratamiento quirúrgico durante el periodo de 2007 a 2011.

### **RESULTADOS:**

Durante este periodo hemos registrado un total de 50 ingresos por cuerpos extraños situados en diferentes localizaciones del aparato digestivo e intraabdominales, en un total de 43 pacientes. La edad media fue de 57.92 años (16-90 años). De todos estos ingresos 23 pacientes evolucionaron de forma satisfactoria con tratamiento médico, 5 pacientes se realizó tratamiento endoscópico.

En los 22 pacientes restantes fue necesario en manejo quirúrgico, en los que se va a centrar esta revisión. La media de edad fue de 58.59 años (23-92 años); tratándose de 9 mujeres (40.91%) y 13 hombres (59.09%). En cuanto a la localización la más frecuente fue en intestino delgado con 10 pacientes (45,5%), seguido de recto, intestino delgado y en cavidad gástrica. En 5 pacientes fue necesario la resección intestinal, 6 enterotomías para extracción; e incluso en un paciente fue necesario realizar una gastroenteroanastomosis derivativa por obstrucción duodenal. Diez de ellos ingresaron con abdomen agudo precisando tratamiento quirúrgico urgente. El motivo más frecuente fue la obstrucción de intestino delgado; seguido de la perforación. En los otros 12 pacientes se optó por tratamiento quirúrgico sin presentar cuadro abdominal agudo. Destacar la estancia media de este grupo de 22 pacientes, situada en 15.95 días (2-73 días).

### **CONCLUSIONES:**

Los ingresos por cuerpos extraños no son muy frecuentes en servicios de Cirugía General y Digestiva, pero ocasionan, en muchos casos altas estancias hospitalarias y un gran consumo de recursos por la necesidad de diferentes manejos; en muchos casos, el quirúrgico.

## **C6. RESECCIÓN ANTERIOR BAJA LAPAROSCÓPICA CON ESCISIÓN TOTAL DEL MESORRECTO**

Núñez Tasaico, Héctor; Paredes Cotoré, Jesús; Echevarría Canoura, María; López Goye, Sara; Fernández López, Fernando; Paulos, Ana; Ladra González, María Jesús; Ríos Ríos, Ángel  
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

Presentamos el video de una Resección anterior baja laparoscópica con TME por una N de recto de tercio superior tras neoadyuvancia.

La cirugía laparoscópica sigue pasos similares que en cirugía abierta, con el beneficio de la magnificación de las imágenes por el video. La disección en manos expertas es segura, cumple con los criterios oncológicos y los resultados globales no son inferiores a la cirugía abierta.

La escisión total del mesorrecto (TME) se lleva a cabo habitualmente en las resecciones rectales por cáncer y los procedimientos laparoscópicos permiten en este caso, una excelente

visión de las estructuras disecadas: uréteres, n. hipogástricos, vasos, suelo pélvico y veículas seminales.

El presente video detalla los pasos que seguimos habitualmente en nuestro centro en esta cirugía, en una Unidad de Cirugía Colorrectal.

## **C7. RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA: UN NUEVO PASO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL**

Loreto, Mariana; Goye, Sara; Paz, Manuel; Ladra, María; Fernández, Fernando; Paulos, Ana; Paredes, Jesús; Bustamante, Manuel

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La Radioterapia Intraoperatoria (RIO) es una herramienta terapéutica en el contexto del abordaje multidisciplinario del cáncer de recto que podría tener su indicación en: tumores localmente avanzados (T4) de recto medio e inferior (cara posterior o lateral); en tumores resecables con enfermedad residual (R1) o con riesgo de invasión de los márgenes y en las recurrencias locales posteriores a cirugía con intención curativa.

El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia inicial en nuestro centro con la utilización de la RIO y sus resultados inmediatos.

### **MÉTODOS:**

Desde enero de 2011 a abril de 2012 tres pacientes diagnosticados de adenocarcinoma colorrectal fueron sometidos a RIO. La intervención quirúrgica en dos de ellos fue una amputación abdominoperineal por vía abierta con excisión total de mesorrecto (TME) siendo las neoplasias localmente avanzadas (T4). El tercer enfermo presentaba una recidiva local tras hemicolectomía derecha años antes realizándose resección de la tumoración con RIO sobre el lecho tumoral. La intervención quirúrgica tuvo lugar en un quirófano especialmente preparado y dotado a escasos metros del acelerador donde se les administró una media de 12 Gy en un periodo de tiempo comprendido entre 12 y 13 minutos. En todos los casos se realizó un estudio de extensión y fueron valorados por el Comité de Cáncer Colorrectal del C.H.U.S.

### **RESULTADOS:**

Entre las complicaciones atribuibles a la radioterapia se evidenciaron niveles de toxicidad grado 1 (náuseas, diarrea, flictenas cutáneas perineales). Desde el punto de vista clínico los tres pacientes presentaron íleo postoperatorio de 7 días como media y un paciente presentó un absceso pre-sacro y hematuria que se resolvió con tratamiento antibiótico y drenaje de la colección a través de la herida perineal. Los tres pacientes fueron dados de alta tras una estancia media de 15 días. Aunque aún es pronto, en las revisiones clínicas realizadas ningún paciente ha presentado elevaciones del CEA ni datos clínico-radiológicos que sugieran recidiva.

### **CONCLUSIONES:**

A pesar de lo pequeña de la muestra analizada y el poco tiempo de evolución, la RIO se presenta como una opción terapéutica en casos especialmente seleccionados y con un abordaje multidisciplinar en la enfermedad localmente avanzada o en la recidiva local posterior a tratamiento quirúrgico radical, siempre seguido por radioterapia externa y quimioterapia adyuvante. Al disminuir los niveles de radiación sobre tejidos sanos se consigue menor toxicidad con aumento en la eficacia del tratamiento, teniendo su efecto localizado directamente en el lecho tumoral y triplicando su acción biológica a menores dosis de radiación. Actualmente se trata de una técnica de incorporación reciente con una corta experiencia para poder extrapolar resultados. Será necesaria más evidencia en la literatura para poder conocer su utilidad, eficacia e indicaciones concretas.

## **C8. CISTOADENOMA BILIAR GIGANTE**

Montoto Santomé, Paula; Montoto Santomé, Paula; Pérez Moreiras, Maria Isabel; Dorado Castro, Lucía; González López, Rocío; López López, María; Iglesias Porto, Eva; Alvarez Gutiérrez, Ana Elisa; Arijal Val, Félix  
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

### **OBJETIVO:**

Presentar un caso clínico de una paciente de 78 años, con cistadenoma biliar gigante, tumor primario hepatobiliar benigno poco frecuente y usualmente de diagnóstico anatomopatológico.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Mujer, 78 años. Refiere molestias epigástricas intensas y distensión abdominal de meses de evolución. Como antecedentes personales HTA y dislipemia a tratamiento con estatinas. Presentó elevación de transaminasas durante el seguimiento por dicho tratamiento, por lo que se le retiró, sin mejoría. Su Médico de Atención Primaria solicitó una ecografía, con los siguientes resultados: Quiste anexial izquierdo y engrosamiento endometrial. Múltiples quistes simples hepáticos, el mayor mide 19,6 cm., ecos dispersos en su interior y material ecogénico en su porción declive, lo que sugiere sangrado, con poco parénquima hepático preservado, por lo que se solicita TAC abdominal (foto1), en la que se evidencia poliquistosis hepática, el quiste de mayor comprime y desplaza estructuras adyacentes (páncreas, estómago, vena cava inferior), condicionando dilatación de la vía biliar intrahepática y circulación colateral. Se solicitó serología (VHC, VHC y parásitos) para completar estudio lesional siendo negativa para todos los antígenos, incluido hidatidosis. Se solicitaron marcadores tumorales, con CA 19.9 y CEA elevados (132 y 31 respectivamente). Se indica cirugía abierta conjunta con servicio de ginecología por sospecha de neoplasia endometrial y clínica digestiva, realizándose resección parcial de cápsula del quiste mayor (foto 2) y simples. Colectomía por encontrarse inmersa en la pared del quiste (foto 3) colangiografía intraoperatoria. por aparente quiste coledociano (foto 4), e histerectomía con doble anexectomía. El resultado de AP: quistes hepáticos compatibles con cistadenoma biliar, colecistitis crónica. Carcinoma epidermoide de cérvix. La paciente evolucionó favorablemente con desaparición de la clínica y normalización de las transaminasas, y actualmente es seguida en Consultas Externas de Cirugía General.

### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:**

El cistadenoma biliar es un tumor primario hepatobiliar benigno derivado de las células epiteliales, originado a partir de un conducto biliar intrahepático, fundamentalmente. Es poco frecuente y afecta en mayor medida a mujeres, en LHD y puede llevar asociado usualmente un incremento del CA19.9. Su potencial de malignización viene dado por la secuencia adenoma-carcinoma, lo que sienta su indicación quirúrgica. El drenaje o fenestración por vía laparoscópica debe evitarse, en los casos en los que existan dudas razonables de malignización (engrosamiento de pared o proyecciones digitiformes hacia la luz en pruebas de imagen), en caso contrario se recomienda observación y seguimiento periódico de la lesión; aunque en la mayoría de los casos el diagnóstico de esta entidad se realiza en función de los hallazgos anatomopatológicos. y la indicación quirúrgica se basa en la clínica, ya que se manifiesta de forma variada con hallazgos incidentales en exploraciones radiológicas, o bien sintomatología abdominal inespecífica, como dolor, distensión abdominal y signos como tumoración abdominal palpable o ictericia.

## **C9. ¿EXISTE UN PATRÓN ESPECÍFICO PARA EL CÁNCER DE MAMA DE INTERVALO?**

Sánchez Guillén, Luis; Alarcón Caballero, J.P.; Díaz Tie, M.; Espiñeira Martínez, B.; López De Los Reyes, R.; Adrio Díaz, G.  
Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide - Novoa Santos. Ferrol

### **OBJETIVO:**

Los cánceres de mama de intervalo representan un grupo heterogéneo de tumores, cuyo diagnóstico precoz constituye un reto para todos los equipos de patología mamaria. El objetivo del presente trabajo es evaluar la posible asociación de diferentes subtipos moleculares de

expresión inmunohistoquímica (IHQ) en los cánceres de intervalo y analizar las características clinicopatológicas e IHQ con el fin de aportar un importante valor pronóstico en tumores mamaros.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se han clasificado 196 pacientes con tumores de mama diagnosticados entre dos exploraciones mamográficas de cribado (cánceres de intervalo) del Área Sanitaria de Ferrol entre los años 2000 y 2010 en cuatro perfiles: carcinomas de mama de tipo luminal A, de tipo luminal B, de tipo basal y de tipo HER2. Mediante un estudio multivariante se compararon las características de las pacientes y las características moleculares tumorales de los cánceres de intervalo.

#### **RESULTADOS:**

Los subtipos moleculares más frecuentes fueron los tumores del tipo basal (47,8%) y HER2 (32,4%). El resto de subtipos moleculares obtuvieron unos valores inferiores: luminal A (12,1%) y luminal B (7,5%). Los casos correspondientes a los subtipos basal y HER2 correspondieron con lesiones de mayor tamaño en el momento del diagnóstico, así como mayor afectación ganglionar y por tanto estadios más avanzados. Además asociaban con mayor frecuencia índices de proliferación medidos mediante el valor de Ki 67 y tumores pobremente diferenciados. Los casos de cánceres de tipo luminal correspondían sin embargo a tumores de pequeño tamaño, ganglios axilares negativos y estadio precoz en el momento del diagnóstico. Se analizaron además características clinicopatológicas como la lateralidad, la focalidad y el tipo histológico.

#### **CONCLUSIONES:**

El cáncer de mama de intervalo puede clasificarse mediante parámetros inmunohistoquímicos permitiendo establecer una relación pronóstica. Tanto los carcinomas de mama de tipo basal como HER2 presentan características histopatológicas e IHQ asociadas con variables de peor pronóstico y se hayan con mayor frecuencia en cánceres de intervalo, lo que justificaría su infradiagnóstico, su pobre grado de diferenciación y su rápida progresión. El cáncer de intervalo podía correlacionarse con la expresión de determinados biomarcadores y fenotipo molecular más agresivo, pudiendo establecerse nuevos horizontes diagnósticos en los programas de cribado.

## **C10. UTILIDAD DE UNA CONSULTA PREOPERATORIA INMEDIATA**

Botelho, Patricia; Vázquez, Raquel; Salgado, Rocío; Poletto, Daniel; Toscano, Ernesto  
Povisa Hospital. Vigo

#### **OBJETIVOS:**

Mostrar la utilidad de la consulta preoperatoria llevada a cabo por cirujanos, en la mejora de la calidad asistencial quirúrgica de nuestros pacientes.

#### **MATERIAL:**

Consulta semanal, que se lleva realizando desde abril del 2002, de los pacientes que van a ser intervenidos la semana siguiente por nuestro Servicio de Cirugía. Se comprueba de cada paciente: consulta preanestésica, consentimientos informados, reserva de sangre, entendimiento del proceso por parte del paciente y de los familiares, medidas prequirúrgicas necesarias y día y hora de ingreso, informando, además, cirujano que realizará el procedimiento.

#### **RESULTADOS:**

Se han realizado 318 consultas con una media de 19,2 pacientes por consulta. Se registraron 516 deficiencias, de las cuales se subsanaron 317 antes de la cirugía. Se expone el número de cirugías que se suspendieron y causa.

#### **CONCLUSIONES:**

La consulta preoperatoria disminuye la suspensión de cirugías dentro del quirófano. Contribuye a reducir el estrés de los pacientes y familiares al optimizar la información proporcionada. Mejora la calidad asistencial ya que reduce los posibles imprevistos por falta de comprobación adecuada.

**PALABRAS CLAVE:**

Consulta, preoperatorio y cirugía.

# **COMUNICACIONES ORALES**

## **COMUNICACIONES ORALES**

### **SALA A (Sesión II)**

#### **Moderadores:**

**José Aquilino Fernández Pérez y José Couselo Villanueva**

### **C11. ¿SOBRETRATAMOS A LOS PACIENTES TRAS POLIPECTOMÍAS ENDOSCÓPICAS?**

Poletto González, Daniel; Vázquez, Raquel; Salgado, Rocío; Estévez, Alfredo; Climent, Antonio; Toscano, Alberto; Lozano, Manolo; Toscano, Ernesto  
Hospital POVISA. Vigo

#### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:**

Existe evidencia de la relación secuencial adenoma-carcinoma. La tasa anual de conversión de adenoma en carcinoma se estima en 0,25%, pero el riesgo es mayor en los pólipos mayores de 1 cm. (3%), vellosos (17%) y con alto grado de displasia (37%).

La secuencia pólipo-cáncer, y el manejo terapéutico del pólipo degenerado, conlleva controversias entre especialistas, motivo por el cual las decisiones terapéuticas en nuestro Hospital se consensúan en un comité específico. La extirpación endoscópica de un pólipo con cáncer implica establecer si la simple escisión es adecuada o requiere cirugía más radical.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de ADC postpolipectomía tratados en el Hospital Povisa entre enero 2007 y agosto del 2012. Se excluyen los pacientes con pólipos rectales y los que, tras el diagnóstico inicial, recibieron tratamiento neoadyuvante.

El número total de pacientes fue 86, de los cuales cumplieron los criterios de selección 32 (37,2%), De ellos son hombres 20 (62,5%) y mujeres 12 (37,5%). La práctica totalidad de los pacientes, excepto uno de ellos al que se realizó seguimiento endoscópico, fueron sometidos a Colectomía.

Resultados: De los pacientes intervenidos 10 (31,25%) no tuvieron evidencia de neoplasia en la pieza tras la resección.

Hemos analizado los criterios (tanto endoscópicos como anatomopatológicos) de la indicación quirúrgica de los pacientes sin neoplasia en la pieza reseçada. Exponemos los mismos.

#### **CONCLUSIONES:**

Hemos sobretratado a un tercio de los pacientes. Nos parece recomendable aunar criterios endoscópicos (Kudo) e histológicos (Haggit) para intentar disminuir este porcentaje.

### **C12. ¿ES NECESARIA LA OMENTECTOMÍA TOTAL EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO?**

Salgado, Rocío; Vázquez, Raquel; Poletto, Daniel; Lozano, Manolo; Toscano, Alberto; Toscano, Ernesto  
Hospital POVISA. Vigo

#### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La cirugía curativa en el cáncer gástrico tiene como objetivo la resección completa de la enfermedad y de los ganglios locorregionales para lograr una resección R0.

Mostramos nuestra experiencia de 9 años y medio en gastrectomías laparoscópicas con intención curativa por cáncer gástrico en las que no realizamos omentectomía total. Revisión de la literatura publicada y de los resultados oncológicos obtenidos.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo desde febrero de 2003 a agosto de 2012.

Se recogen datos demográficos, estadiaje, tipo histológico, técnica quirúrgica, tiempo quirúrgico, estancia media, índice de conversión, número de ganglios obtenidos, tipo de complicaciones según Strasberg\* y vida media, todo ello teniendo en cuenta el tipo de linfadenectomía realizada, y análisis de la supervivencia.

Hemos intervenido 134 pacientes subsidiarios de tratamiento curativo de su cáncer gástrico. La media de edad fue de 72 años. Según el patrón histológico el 68% fueron adenocarcinomas de tipo intestinal, el 22% en anillo de sello, seguidos de tumores del estroma gastrointestinal y carcinoides. En la mitad de las intervenciones se realizó una gastrectomía subtotal, en el 35% de los casos una gastrectomía total y en el 7% restante una gastrectomía segmentaria.

Revisamos la literatura sobre la presencia de ganglios en el epiplon mayor.

#### **RESULTADOS:**

Exponemos una tabla con los datos extraídos según la linfadenectomía realizada.

<b>Linfadenectomía= % pacientes</b>	<b>D1=28</b>	<b>D2=55</b>
Tiempo qx. (min)	221	260
Estancia postqx. (días)	13	14
Nº ganglios	11	30
Sin complicación	47%	48%
Complicación menor (1 y 2)*	30%	10%
Complicación mayor (3,4 y 5)*	15%	22%
Exitus (6)*	5%	12%
Vida media (meses)	32	55

A los 3 años el 86% de los pacientes estaban libres de enfermedad, destacando que los pacientes con estadio I y sin invasión linfática eran el 100%.

#### **CONCLUSIONES:**

Nuestros resultados con resección parcial del epiplón mayor, son al menos superponibles a las series publicadas con omentectomía total.

Creemos que nuestros resultados pueden justificar esta técnica.

La preservación del epiplón mayor contribuye a un un mejor manejo de la pieza en laparoscopia, disminuyendo el tiempo operatorio.

No hemos encontrado ninguna evidencia en la presencia de ganglios en el epiplon mayor más allá del territorio 4.

## **C13. CÁNCER GÁSTRICO EN EL OBESO MÓRBIDO. ¿LAPAROSCOPIA?**

Vázquez Bouzán, Raquel; Poletto González, Daniel; Salgado Álvarez, Rocío; Toscano Novella, Alberto; Climent Aira, Antonio; Lozano Gómez, Manuel; Toscano Novella, Ernesto  
Hospital Povisa. Vigo

#### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Desde el año 2002, en nuestro Servicio, la técnica laparoscópica ha sido de primera elección en el manejo terapéutico del cáncer gástrico.

En la literatura hemos encontrado referencias que comparan pacientes con diferentes IMCs, pero no a la obesidad mórbida.

Mostramos la factibilidad de la técnica mínimamente invasiva en un paciente obeso mórbido, a quien se realizó una gastrectomía subtotal con linfadenectomía D1, pese a las dificultades técnicas que ello conlleva.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Varón de 66 años, con IMC de 47, con diagnóstico de ADC gástrico antral de tipo intestinal moderadamente diferenciado, sometido a gastrectomía subtotal laparoscópica con linfadenectomía D1.

Mostramos en un vídeo la técnica quirúrgica empleada, comparando el caso con una gastrectomía subtotal laparoscópica en un paciente no obeso.

**RESULTADOS:**

El tiempo operatorio fue de 240 minutos, no requirió conversión. Linfadenectomía D1. Tránsito a las 48 h normal. No requirió transfusión. Estancia postoperatoria 6 días (24 horas en UCI). No sufrió complicaciones de ningún tipo. Morbilidad según Strasberg 0.

**CONCLUSIONES:**

La laparoscopia es una técnica factible para el tratamiento del cáncer gástrico en obesos mórbidos.

El IMC del paciente supone una dificultad añadida a la técnica pero creemos no la contraindica.

## **C14. HEPATECTOMÍA IZQUIERDA AMPLIADA AL LÓBULO CAUDADO PARA RESECCIÓN DE TUMORACIÓN HEPÁTICA PRIMARIA**

González Rodríguez, Francisco Javier; Domínguez Comesaña, Elías; Estévez, Sergio; Portela Serra, José Luis; Lede, Ángel; Carrera, Ester; Mariño, Ester; Ballinas, Julio; Piñón Cimadevila, Miguel Ángel

Complejo Hospitalario de Pontevedra

**INTRODUCCIÓN:**

Presentamos el caso clínico de una paciente de 27 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés a tratamiento con anticonceptivos orales que presenta molestias epigástricas de 6 meses de evolución, sin alteración del tránsito intestinal ni sintomatología urinaria asociada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Los estudios analíticos realizados no revelan ninguna alteración, presentando un hemograma, coagulación y bioquímica con pruebas de función hepática dentro de la normalidad. El TC abdomino-pélvico realizado revela la existencia de una gran lesión hepática de 10.7x 8.4x 8.8 cm localizada en los segmentos I y IV hepáticos de contornos lobulados con un intenso realce homogéneo en la fase arterial, con un importante lavado de la lesión en la fase portal, comportándose como hipodensa respecto al parénquima en la fase tardía, compatible con un adenoma

**RESULTADOS:**

La paciente es intervenida quirúrgicamente, realizamos una movilización completa hepática mediante la sección de los ligamentos redondo, falciforme, coronarios y triangulares hepáticos. Seccionamos todas las venas hepato-cavas, liberando completamente la tumoración localizada en el lóbulo caudado de la vena cava. Disecamos y controlamos las tres venas suprahepáticas, seccionamos mediante un abordaje extraglissoniano el pedículo portal izquierdo, seccionamos a nivel extrahepático las venas hepáticas izquierda y media, y mediante exclusión vascular selectiva con clampaje continuo de 15 minutos del pedículo portal y de la vena hepática derecha realizamos una hepatectomía izda ampliada al segmento I.

**CONCLUSIONES:**

La paciente tiene una evolución post-operatoria sin complicaciones y es dada de alta al 8º día.

## **C15. REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAS GESTACIÓN COMPLICADA CON PERFORACIÓN GÁSTRICA, EN PACIENTE CON BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO PREVIO**

Carrera Dacosta, Ester; Sánchez Santos, Raquel; Estévez Fernández, Sergio; Mariño Padín, Esther; González Fernández, Sonia; Brox Jiménez, Antonia; Ballinas Miranda, Julio; Piñón Cimadevila, Miguel Angel  
Complejo Hospitalario Montecelo. Pontevedra

### **INTRODUCCIÓN:**

Los defectos del hiato diafragmático son frecuentes en los obesos mórbidos. La reparación del diafragma durante la cirugía bariátrica es controvertida, pero tras la pérdida de peso el defecto puede aumentar y producir una complicación grave, como en el caso que presentamos.

### **CASO CLÍNICO:**

Mujer de 25 años obesa mórbida, intervenida en Enero del 2010 en otro centro, realizándose un Bypass gástrico laparoscópico: Talla 1,70 m, peso preoperatorio 148 kg, peso postoperatorio 70 kg (pérdida postquirúrgica de 80 kg) presenta un IMC de 24.

En Julio de 2001 acude al servicio de urgencias por dolor abdominal agudo. Está en el 8 mes de gestación de su primer hijo. Con el diagnóstico de abdomen agudo, presentado la paciente inestabilidad hemodinámica y signos de shock séptico se interviene de urgencia por el cirujano de guardia, realizándose laparotomía media evidenciando una peritonitis generalizada por perforación gástrica, la paciente evoluciona favorablemente de la intervención, concluyendo la gestación a término por medio de cesarea 1 mes después (Agosto 2011).

En septiembre acude nuevamente a consultas de cirugía general por presentar dolor abdominal y vómitos, se realiza tránsito intestinal y TAC abdominal, siendo diagnosticada de hernia diafragmática paraesofágica izquierda, con herniación de colon y omento a cavidad torácica izquierda. En el video se muestra la intervención realizada el 16/12/2011 por vía laparoscópica reduciendo el contenido herniario (colon y omento) identificando el remanente gástrico y reservorio y el asa eferente reparando el defecto herniario mediante cierre de pilares anterior y posterior con malla de Goretex anterior.

### **CONCLUSIONES:**

Los defectos del diafragma deben ser evaluados con precaución durante la cirugía bariátrica ya que pueden aumentar con la pérdida de peso y suponer un riesgo para el paciente y un reto para el cirujano.

## **C16. ALTERACIONES ENZIMÁTICAS PRODUCIDAS POR LA EXCLUSIÓN VASCULAR SELECTIVA HEPÁTICA DURANTE LA RESECCIÓN DE TUMORES HEPÁTICOS COMPLEJOS**

González Rodríguez, Francisco Javier; Carrera, Ester; Estévez, Sergio; Mariño, Ester; Ballinas, Julio; Rial, Agata; Luis Portela, José Luis; Domínguez Comesaña, Elías; Piñón Cimadevila, Miguel Angel  
Complejo Hospitalario de Pontevedra

### **INTRODUCCIÓN:**

El sangrado masivo intraoperatorio y el embolismo aéreo como consecuencia de una lesión en una vena suprahepática constituyen un grave problema que puede comprometer la vida del paciente. Existen diferentes técnicas quirúrgicas diseñadas para evitarlos.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el periodo comprendido entre Enero del 2008 y Septiembre del 2012 hemos realizado 132 hepatectomías (83 metástasis, 17 tumores benignos, 32 tumores malignos). 48 fueron hepatectomías mayores (36%) y 12 se completaron con abordaje laparoscópico (9%). Hemos recogido de forma prospectiva los datos correspondientes a dichos pacientes (edad, sexo, control vascular, duración de control vascular, tipo de hepatectomía, complicaciones,

mortalidad, estancia post-operatoria, niveles de GOT, GGT, FA, Bb, Albúmina, al primer y quinto días post-operatorios y al mes. Analizamos dichos datos con el programa estadístico SPSS ( $p < 0.05$ ).

#### **RESULTADOS:**

El control vascular realizado durante las hepatectomías ha sido el siguiente (Pringle 60 pacientes, oclusión vascular segmentaria 50 pacientes, exclusión vascular selectiva (EVS), 16 pacientes, ningún control 6 pacientes. El grupo de pacientes con EVS tenía una edad media de 60.5 años (DS 17). En dicho grupo ocho han sido hepatectomías derechas, cuatro hepatectomías izquierdas, dos hepatectomías centrales, y 2 hepatectomías izquierdas ampliadas al segmento I. Observamos la siguiente elevación enzimática al 1º, 5º y 30º días post-operatorios: GOT (456,83,44, U/L), GPT (352,170,42 U/L), GGT (103,674,190 U/L), FA (174,509,528, U/L). Los valores medios de Bb, Albúmina e INR al 1º, 5º, y 30º días post-operatorios fueron: Bb (1.8, 3.38, 0.6 mg/dl), Albúmina (2.76, 3.38, 4.2 g/dl), INR (1.3, 1.1, 1). Ningún paciente falleció, hubo dos fístulas biliares que se resolvieron al 10º día post-operatorio sin necesidad de tratamiento endoscópico, una hiperbilirrubinemia persistente durante dos meses, y fue necesario trasfundir a un paciente dos concentrados de hemáties. La estancia media post-operatoria fue de 11 días (DS 4.5).

#### **CONCLUSIONES:**

La EVS es una técnica de control vascular que permite la resección de tumores grandes que infiltran venas hepáticas, o con una localización central, o próximos a la confluencia hepato-cava y que evitan las hemorragias catastróficas y el embolismo aéreo en las lesiones accidentales de las venas suprahepáticas sin aumentar la incidencia de complicaciones post-operatorias.

## **C17. ESOFAGUECTOMÍA DE IVOR LEWIS MÍNIMAMENTE INVASIVA EN POSICIÓN DE DECÚBITO PRONO**

Iglesias Rodríguez, Nuria; Domínguez Carrera, José Manuel; Enríquez Sanmamed, Celso; Núñez Fernández, Sandra; Fernández Varela, Xuliana; Álvarez Sánchez, María; Aldrey Cao, Inés; Trillo Parejo, Pedro; Gómez Lorenzo, Francisco José  
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

#### **INTRODUCCIÓN:**

El cáncer de esófago es una de las neoplasias más agresivas, debido a su diagnóstico tardío. Es más frecuente en varones entre los 50-60 años y consumidores de tabaco y alcohol. Sobre un 35-40% asientan sobre el tercio distal. Las principales causas de mortalidad (hasta un 20%) se deben a fístulas anastomóticas, abscesos subfrénicos y complicaciones respiratorias.

#### **OBJETIVOS:**

Mostrar, a través de un vídeo, la técnica quirúrgica de esofaguectomía de Ivor Lewis mínimamente invasiva con posición en decúbito prono.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

La esofaguectomía clásica de Ivor Lewis se realizaba a través de una laparotomía y toracotomía, con anastomosis intratorácica. Ésta última se ha relacionado con mayor morbilidad cardiorrespiratoria y posibilidad de complicaciones sépticas y mediastinitis, infección de la herida quirúrgica, neumonía y empiema. Este tipo de abordaje permite una mejor visualización y una linfadenectomía más amplia que las transhiatales.

Actualmente las técnicas mínimamente invasivas que utilizan la laparoscopia y la toracoscopia, permiten disminuir el trauma quirúrgico. Se ha desarrollado una variante, descrita por Cushieri en 1992, colocando durante el tiempo de toracoscopia al paciente en decúbito prono.

La variante tiene las ventajas de una mejor fisiología respiratoria para el paciente, ya que el peso del pulmón lo hace descender, por lo que el esfuerzo de separación es menor sin necesidad de intubación selectiva y con presiones de CO<sub>2</sub> bajas (de 8 mmHg).

**RESULTADOS:**

Durante el tiempo abdominal laparoscópico se procede a la esqueletización del estómago y linfadenectomía D-2 con realización del tubular gástrico con grapadora lineal, quedando vascularizado por arteria gastroepiploica derecha y pilórica. Se realiza una piloroplastia a lo Heinecke-Mickulic con puntos de vicryl. Colectomía según técnica habitual y colocación de catéter de yeyunostomía.

En el tiempo torácico, abordado por toracoscopia, se coloca al paciente en posición de decúbito prono y se accede a través de hemitórax derecho abriendo la pleura mediastínica. Se realiza la disección del esófago hasta cayado de la ácidos, que se secciona entre dobles clips, con linfadenectomía periesofágica, peribronquial y subcarinal. La sección del esófago se realiza a nivel del cayado de la ácidos, con anastomosis T-L en cara posterior de la plastia gástrica con grapadora circular y dispositivo Orvil. Cierre de la plastia gástrica con grapadora lineal.

La extracción de pieza embolsada se realiza mediante minitoracotomía posterior derecha. Cierre sobre tubo de tórax del número 28.

**CONCLUSIONES:**

La Cirugía del cáncer de esófago se trata de una cirugía de gran complejidad, que obliga a la realización de varios abordajes (abdominal, torácico, cervical).

Si hacemos una revisión de la bibliografía, nos encontraremos con series cortas y falta de estudios prospectivos, pero la introducción de técnicas mínimamente invasivas resulta prometedora, ya que se minimiza el trauma quirúrgico y la morbimortalidad.

## **C18. NUESTROS RESULTADOS EN CÁNCER GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO**

Fernández Varela, Xuliana; Gómez Lorenzo, Francisco José; Mouronte Basso, Juan; Enríquez Sanmamed, Celso; Domínguez Carrera, José Manuel; Núñez Fernández, Sandra; Iglesias Rodríguez, Nuria; Álvarez Sánchez, María del Carmen; Aldrey Cao, Inés  
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

**INTRODUCCIÓN:**

El cáncer gástrico supone la segunda neoplasia más frecuente en el mundo. Su incidencia en nuestro país ha ido disminuyendo en gran parte gracias a la eficacia de los nuevos tratamientos adyuvantes, el diagnóstico más precoz y a los avances en el tratamiento quirúrgico. La cirugía constituye actualmente la única alternativa de tratamiento curativo. El abordaje laparoscópico presenta una serie de ventajas demostradas así como resultados comparables a la técnica abierta. Por ello, han sido muchos los centros que la han incorporado como técnica de elección. Nuestra unidad inicia el abordaje laparoscópico en 2009, empleando técnicas mínimamente invasivas y progresando hacia procedimientos completos minimizando las consecuencias de su aprendizaje.

**OBJETIVO:**

Presentar nuestra experiencia y resultados en la cirugía del cáncer esófago-gástrico mediante laparoscopia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se ha realizado una revisión retrospectiva y observacional de los casos de cáncer esófagogástrico intervenidos mediante técnica laparoscópica (videoasistida) en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario de Ourense, desde 2010 a 2011. Se registraron los datos clínicos de cada paciente, métodos diagnósticos, la patología asociada, técnica quirúrgica, estudio anatomopatológico, tratamiento complementario, complicaciones médicas y quirúrgicas a medio y largo plazo y supervivencia.

Se realizó un análisis descriptivo de las distintas variables clínicopatológicas, y se analizaron nuestros resultados.

**RESULTADOS:**

Se registraron 77 pacientes intervenidos mediante técnica laparoscópica desde enero de 2010 hasta Diciembre de 2011. De ellos, 51 eran hombres y 26 mujeres. La edad media se corresponde a 77,73 años.

El síntoma más frecuente por lo que requerían estudio es el síndrome constitucional seguido de la anemia y en tercer lugar el dolor abdominal. La patología asociada con mayor frecuencia es la hipertensión arterial, quedando en segundo lugar la diabetes mellitus seguido de los trastornos del ritmo cardíaco.

Las pruebas empleadas para diagnóstico fueron en orden de frecuencia: TAC y biopsia, esófagogastroduodenoscopia, ecoendoscopia, colonoscopia, ecografía abdominal, laparoscopia, y en último lugar, la RMN y el tránsito intestinal.

De los 77 casos la mayoría se localizaban en el antro (40 casos), siendo la segunda localización más frecuente el cuerpo con 17 casos.

Se realizaron 58 cirugías resectivas, de las cuales 30 fueron gastrectomías subtotales, 19 gastrectomías totales y 9 gastrectomías atípicas o limitadas. Se llevaron a cabo 10 cirugías derivativas, 8 laparoscopias exploradoras y 1 único caso de laparotomía exploradora. La técnica de reconstrucción del tránsito más empleada fue la Y de Roux seguida del Billroth tipo II, realizándose en la mayor parte de los casos anastomosis mecánicas. La media de ganglios linfáticos extirpados por intervención fue de 14, 40 con una media de ganglios afectados de 2,12.

El porcentaje de pacientes con tratamiento neoadyuvante fue de 7,79% y con tratamiento adyuvante del 45,45%. De éstos últimos, un 31, 16% recibió quimioterapia, un 12, 98% quimio-radioterapia y un 1,3% radioterapia sola.

La complicación postoperatoria que se observó con mayor frecuencia fue el fallo de la anastomosis en 5 casos, seguido de la hemorragia y la infección del sitio quirúrgico con 3 y 3 casos respectivamente. Se precisó reintervención en un total de 5 los 77 casos. La morbilidad asociada apareció en un 31, 16% de los pacientes, con una mortalidad del 7,79%.

#### **CONCLUSIONES:**

En los últimos años el abordaje laparoscópico se ha desarrollado como técnica de elección para el tratamiento del cáncer gástrico. A pesar de su curva de aprendizaje se ha convertido en un método factible.

En nuestra auditoría objetivamos resultados similares a la literatura, poniendo de manifiesto que la cirugía laparoscópica en manos expertas es una técnica quirúrgica comparable a la cirugía abierta en cuanto a la resección y linfadenectomía ( media de ganglios extirpados) y con una serie de complicaciones postquirúrgicas asumibles.

## **C19. LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE UN HOSPITAL GENERAL: ¿DOCENTES DE ESTUDIANTES DE MEDICINA?**

Trillo, Pedro; Couce, José Maria; Domínguez Carrera, José Manuel; Enríquez, Celso; Iglesias, David; Núñez, Sandra; Iglesias, Nuria; Fernández, Xuliana; Gómez Lorenzo, Francisco José  
Complejo Universitario Hospitalario de Ourense

#### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

El Real Decreto 1558/86, de 28 de Junio por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las universidades y las instituciones sanitarias define, de forma genérica a un Hospital que quiere tener la titulación de " universitario", como aquel que posee: una infraestructura necesaria, cumple con las necesidades docentes e investigadoras de una universidad , y ya esta incluido en el citado concierto universidad-institución sanitaria. Estos requisitos fueron cumplidos por el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, que ha pasado a llamarse: Complejo *Universitario* Hospitalario de Ourense (CHUOU). Esto implica el tener que adecuar las estructuras de los servicios médicos a una nueva manera de vivir la Medicina en el momento que recibe durante el año lectivo estudiantes de 4\*,5\* y 6\* de Medicina para clases practicas, que aunque ya se recibían desde hace años en los periodos estivales (rotaciones optativas), debido entre otros al plan Bolonia, y a los acuerdos USC- CONSELLERIA SANIDADE, se adscriben, sin demasiado entusiasmo a los distintos Hospitales Generales de la red del Sergas, grupos de estudiantes para realizar su periodo de practicas de Medicina, y por ende sus servicios, se ven obligados a trabajar en un nuevo concepto. Este concepto es el tratar de ofrecer un programa atrayente para que los estudiantes , por una parte encuentren que su desplazamiento a un Hospital General es provechoso, les sea útil, y los mas importante aprendan la practica de la Medicina. Si lo miramos desde el punto de vista de la Cirugia es un manera de atraer a nuestra especialidad futuros cirujanos, en una especialidad

no muy valorada en el momento de elegir plaza MIR. El objetivo de nuestra comunicación es presentar nuestro protocolo de trabajo de realización de practicas de los estudiantes de Medicina, en el Servicio de Cirugia del CHUOU.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

A través de la Subdirección de Docencia e Investigación del CHUOU, se ha coordinado un grupo de trabajo dependiente de la Comisión de Docencia, con un director del grupo. El trabajo consistió en un protocolo de recepción de los estudiantes de Medicina, elaboración de los programas y realización de seminarios, en un tiempo corto dadas las necesidades de recibir los estudiantes. La metodología empleada por el Servicio de Cirugia se ha basado en tres puntos: 1. Tutorización directa: figura del tutor-referente dentro del Servicio que se encarga de la recepción de los estudiantes, organización de los horarios y del trabajodiario; 2. Documentación: cada estudiante recibe a parte del programa de clases practicas de la asignatura con los distintos seminarios obligatorios, una serie de seminarios optativos, entre los que puede elegir dentro de la asignatura del cirugia del año en curso. Así mismo refiere documentación procedente de otros estamentos (ICOMOU) como son un manual de ética y deontología, elaborado por el grupo de trabajo de estudiantes de medicina del Consejo General de Colegios Médicos 3. Programación: a cada estudiante se le adjudica semanalmente un trabajo practico basado en rotaciones en planta, consultas y quirófanos. Para este ultimo el estudiante recibe una demostración practica de las bases de la asepsia, lavado de manos, etc. Así mismo recibe una clase practica sobre suturas. 4. Análisis: se ha iniciado un estudio de valoración (test) por parte de los estudiantes que rotan y reciben sus practicas en el servicio de cirugia del CHUO.

#### **RESULTADOS:**

Se han recibido con este planteamiento de trabajo un total de 15 alumnos, de tercer, cuarto y quinto años de Medicina para su realización de practicas. La integración con cirujanos y residentes ha sido excelente, no habiendo existido "tiempos muertos" dentro del programa de practicas de los alumnos. La valoración de los estudiantes ha sido buena, lo que ayuda a que la actividad docente de estudiantes de Medicina sea gratificante, aunque de momento sin ningún tipo de reconocimiento ni de remuneración.

#### **CONCLUSIONES:**

Un Servicio de Cirugia como el nuestro, esta capacitado perfectamente para la docencia tanto practica, en principio, como teórica en un futuro si es posible y las condiciones lo plantean para la Docencia de la Cirugia a estudiantes.

## **C20. LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEOENDOSCÓPICA: UNA ALTERNATIVA FACTIBLE A LA TÉCNICA ABIERTA**

Trillo Parejo, Pedro; Couce Santiago, José María; Núñez Fernández, Sandra; Iglesias Rodríguez, Nuria; Gómez Lorenzo, Francisco  
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

#### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La linfadenectomía inguinal es una parte indispensable del tratamiento de una amplia variedad de neoplasias, como pueden ser los melanomas de miembros inferiores o los cánceres del área genital. Sin embargo, por las características de la región inguinal, la cirugía abierta que requiere una incisión amplia y una disección extensa de colgajos presenta un alto índice de complicaciones postoperatorias. En nuestra experiencia, casi el 100% de las linfadenectomías inguinales realizadas presentó algún grado de complicación, desde los casos más leves de seroma o linfedema, hasta casos más graves de infección o necrosis de los "flaps" de la incisión, con estancias postoperatorias largas y altos costes para el sistema.

La aparición de técnicas de cirugía mínimamente invasiva supone un cambio esperanzador para evitar dichas complicaciones al evitar la causa de una buena parte de ellas, que es la incisión cutánea amplia.

Presentamos un vídeo con la primera linfadenectomía inguinal mediante técnica videoendoscópica realizada en nuestro servicio.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El paciente es un varón de 79 años y anticoagulado con acenocumarol por arritmia. Previamente había sido diagnosticado de un melanoma en el 5º dedo del pie izquierdo, siéndole practicada una amputación del mismo con biopsia selectiva de ganglio centinela. La anatomía patológica confirmó la presencia de un melanoma de 4 cm. de diámetro, ulcerado, con un nivel V de Clark y un índice de Breslow de 19 mm. En el estudio del ganglio centinela se evidenció metástasis de melanoma, por lo que se propuso linfadenectomía inguinal izquierda videoendoscópica.

**RESULTADOS:** El paciente se intervino mediante técnica videoendoscópica, utilizando un trócar de balón para crear la cavidad insuflada con gas e introducir una óptica de 30º y dos trócares de 12 mm para instrumentación. No hubo incidencias operatorias reseñables y el postoperatorio cursó sin incidencias. En las revisiones realizadas se evidenció leve seroma en la zona intervenida que se trató mediante punciones evacuadoras, con buenos resultados. En el estudio anatomopatológico de la pieza no se evidenciaron nuevas metástasis ganglionares.

**CONCLUSIONES:**

La linfadenectomía inguinal videoendoscópica es una alternativa prometedora a la técnica abierta, para la que esperamos mejores resultados funcionales y estéticos, aunque nuestra experiencia es aún corta para extraer conclusiones definitivas.

# **COMUNICACIONES PÓSTERS**

## **P1. ANGIOSARCOMA DE HUECO POPLITEO EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO I**

López Blanco, Marta Elisa; Blanco Freire, Narciso; Puñal Rodríguez, José Antonio; Bustamante Montalvo, Manuel  
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La neurofibromatosis tipo 1 es un trastorno autosómico dominante, con una compleja variedad de síntomas y presentaciones clínicas: desde manchas café hasta neurofibromas plexiformes que pueden degenerar a tumores malignos de la vaina nerviosa periférica. Exponemos el caso de un angiosarcoma originado sobre un neurofibroma plexiforme.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Mujer de 31 años con los antecedentes de: neurofibromatosis tipo I, operada de neurofibroma en la rodilla derecha y padre con neurofibromatosis. Presenta una tumoración en el hueso poplíteo izquierdo, de años de evolución, sugestivo de neurofibroma, que ha aumentado de tamaño considerablemente en las últimas semanas. No refiere dolor, sólo molestias locales y paresia. A la exploración física presenta gran tumoración de cara posterior de tercio inferior del muslo y región superior del hueso poplíteo de 25 cm, consistencia dura, lisa y circulación colateral. Se realiza RMN evidenciándose múltiples tumores neurogénicos en ambos muslos y neurofibromas plexiformes en ambos nervios ciáticos. En zona posterior y distal de muslo izquierdo / zona proximal poplíteo tumor neurogénico en relación con nervio ciático, con sospecha de degeneración, que produce desplazamiento de musculatura adyacente y de paquete vascular femoral y poplíteo. Mide unos 12 cm de diámetro transversal y 14,2 cm longitudinal y presenta zonas de sangrado/ necrosis. Existen otras tres lesiones neurogénicas de mayor tamaño que el resto en muslo izquierdo, glúteo y muslo derecho, de 6 cm, 7,5 cm y 8 cm de diámetro. Se completa el estudio con TC torácico, RMN cerebral y de columna presentando múltiples masas en mediastino superior (la mayor de 4,5 cm adyacente al arco aórtico), nódulos extrapulmonares y masas paravertebrales compatibles con neurofibromas plexiformes. La paciente realiza el estudio preoperatorio habitual y se interviene quirúrgicamente de neurofibroma gigante de hueso poplíteo izquierdo. Durante la intervención se observa gran tumoración de 25 cm de diámetro, encapsulada, heterogénea, íntimamente relacionada con el nervio ciático en su bifurcación, englobando al tibial y comprimiendo y desplazando al ciático-poplíteo externo. El nervio ciático distal y ciático poplíteo externo se encuentran rodeados por conglomerados de neurofibromas. Tras la imposibilidad de liberación del tibial por encontrarse englobado por el tumor, se decide sección del mismo y se completa la exéresis.

### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:**

Durante el postoperatorio la paciente presentó paresia e hipoestesia de pierna izquierda precisando la colocación de ortesis. La anatomía patológica en un principio lo cataloga de tumor maligno de vaina neural originado sobre neurofibroma plexiforme. Sin embargo a posteriori, al realizar el estudio inmunohistoquímico, las células tumorales mostraron positividad para marcadores de diferenciación vascular (CD31, Factor VIII y Fli-1) mientras que sólo algunas células eran positivas para los marcadores de diferenciación neural (S-100, calretinina). Por tanto se diagnóstica de angiosarcoma de hueso poplíteo de alto grado pT2NxM0 (G3). La paciente se remitió a oncología iniciando tratamiento con Ifosfamida-Adriamicina. Aunque el tumor maligno más habitual en los pacientes con neurofibromatosis es el tumor maligno de vaina nerviosa, el angiosarcoma ha sido descrito de forma esporádica en pacientes con NF1.

## **P2. ¿HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO EN REGIÓN GLÚTEA?**

López Blanco, Marta Elisa; Ladra González, M<sup>a</sup> Jesús; Puñal Rodríguez, José Antonio; Blanco Freire, Narciso; Bustamante Montalvo, Manuel  
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Los sarcomas de partes blandas representan el 1 % de los tumores malignos en adultos. Clínicamente son tumores palpables y dolorosos si son profundos y comprimen estructuras nerviosas. Su localización más frecuente es en extremidades con un 59%. Su diagnóstico se establece realizándose una prueba de imagen como el TAC y se confirma mediante la histología e inmunohistoquímica. El diagnóstico debe incluir la identificación del tipo de sarcoma (histiocitoma, rhabdomyosarcomas, liposarcomas y neurofibrosarcomas) y diferenciarlos de otros tumores (linfomas y enfermedad de Hodgkin). Las metástasis (frecuentemente pulmonares) constituyen la mayor causa de mortalidad, presentándose en el 50 % de los pacientes. El tratamiento de elección es la cirugía con márgenes de resección amplios y conservación de miembros. La radioterapia ó quimioterapia adyuvante debe indicarse cuando el margen quirúrgico es inadecuado (<2cm), lugares anatómicos como cabeza, cuello, pared torácica o abdominal, tumor mayor de 5 cm, alto grado de diferenciación celular y cuando el margen quirúrgico es positivo para células neoplásicas. Los factores pronósticos más importantes son el tamaño tumoral, grado de diferenciación e invasión ganglionar o metastásica.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Exponemos el caso de un varón de 35 años, sin antecedentes de interés, que consulta por palparse una tumoración dolorosa en la región glútea derecha desde hace un mes. A la exploración física presenta una tumoración esférica de 10 cm de diámetro en el cuadrante súpero externo de la nalga derecha. La ecografía muestra una tumoración sólida, heterogénea, con zonas quísticas de 9,5 x 5 cm y con vascularización interna por doppler color. La RMN evidencia una tumoración sólida de 10 cm sugestiva de sarcoma de partes blandas. Se realizan biopsias mediante PAG con el resultado de sarcoma de alto grado. Con éste diagnóstico se realiza resección local amplia con resección de los músculos glúteo mayor, mediano y músculo piramidal. En el postoperatorio inmediato el paciente presenta drenaje seroso abundante con evolución favorable. A los tres meses en TAC de control se objetiva una colección líquida en el lecho quirúrgico de 14 x 3.5 x 16 cm, sin evidenciar enfermedad metastásica toracoabdominopélvica. El resultado de la anatomía patológica es de Histiocitoma fibroso maligno, tipo pleomórfico, con márgenes quirúrgicos libres de tumor. La inmunohistoquímica mostró: vimentina +, alfa 1 antitripsina +, alfa 1 antiqumotripsina +, miosina -, actina de músculo liso focalmente + y S100 -. A los tres meses de la cirugía recibió RT adyuvante seguido de QT (Doxorubicina e Ifosfamida) con buena tolerancia. Actualmente se encuentra recibiendo el tercer ciclo de QT hasta completar un total de 4. Como secuela postquirúrgica el paciente presenta mínima limitación funcional de miembro inferior derecho.

### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:**

El histiocitoma fibroso maligno es el sarcoma más frecuente de tejidos blandos con un 23-41 %. Es un tumor agresivo, con alto índice mitótico, elevado porcentaje de recidivas, diseminación metastásica precoz y alta mortalidad. El tratamiento de elección es la cirugía, siendo la RT y QT complementarias. El tratamiento combinado con radio y/o quimioterapia mejora la supervivencia en un 20 – 30 % en tumores T2 y T3. En nuestro caso, al tratarse de un sarcoma de alto grado estadio III (HFM de componente pleomórfico > 10 cm) se indicó tratamiento adyuvante con radioterapia y quimioterapia.

### **P3. QUISTE DE NUCK, PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Costas Fernández, Verónica; Rivo Vázquez, Anxo; López Saco, Ángel; Flores Rodríguez, Erene; Pérez Domínguez, Lucinda; Álvarez García, Helena; Freiria Eiras, Miguel Ángel; Guzmán Suárez, Silvia; Casal Núñez, Enrique  
Chuvi. Hospital Xeral Cíes. Vigo

#### **INTRODUCCIÓN:**

El quiste del canal de Nuck fue descrito por primera vez por el anatomista Anton Nuck en 1961. Se define como una evaginación del peritoneo parietal que se extiende a través del canal inguinal en la mujer, acompañando al ligamento redondo, manifestándose como una masa quística a nivel inguinal y en el labio mayor. Es el equivalente femenino al hidrocele en el varón. En ambos casos, se debe a una falta de obliteración completa del conducto peritoneo-vaginal o proceso vaginal.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Presentamos el caso clínico y abordaje quirúrgico de una mujer de 38 años que consulta en nuestro Servicio en relación con un bultoma a nivel inguinal derecho.

#### **RESULTADOS:**

Se trata de una mujer de 38 años de edad sin antecedentes médicos de interés que consulta en nuestro Servicio de cirugía en relación con una tumoración en región inguino-crural derecha con proyección hacia la región vulvar cuya única sintomatología consiste en discreta molestia a la presión. A la exploración física se evidencia una tumoración inguino-crural no reductible, de aproximadamente 7 cm, ligeramente dolorosa y móvil a la palpación, de consistencia elástica. Se incluye en lista de espera con el diagnóstico de hernia inguinocrural derecha.

Durante el procedimiento quirúrgico, a través de una incisión transversa inguinal derecha, se evidencia una lesión quística polilobulada de aproximadamente 10 centímetros de longitud que, acompañando al ligamento redondo, se dirige al labio mayor. Con el diagnóstico de quiste del canal de Nuck se procede a una disección completa y exéresis del mismo. El procedimiento finaliza tras comprobar la ausencia de defectos herniarios.

La evolución postoperatoria es favorable. El patólogo en su informe describe la tumoración como una lesión quística multiloculada, de 10.7 \* 6 cm revestida por una fina membrana translúcida de epitelio mesotelial, con múltiples lesiones quísticas con contenido de material translúcido amarillento, y confirma el diagnóstico intraoperatorio de quiste de Nuck.

#### **CONCLUSIONES:**

El quiste del canal de Nuck es una entidad clínica poco frecuente que aparece fundamentalmente en la infancia, siendo rara su presentación en la edad adulta. El diagnóstico diferencial incluye fundamentalmente la hernia inguinal indirecta incarcerada. El diagnóstico preoperatorio puede no ser sencillo y en él son de utilidad técnicas de imagen como la ecografía o la RNM. El tratamiento consiste en la exéresis completa del quiste colocando una malla de material protésico en los casos en que exista defecto herniario asociado.

### **P4. OSIFICACIÓN DE HERIDAS LAPAROTÓMICAS. HALLAZGO CASUAL DURANTE CIRUGÍA DE REPARACIÓN DE EVENTRACIÓN COMPLEJA**

Iglesias Rodríguez, Nuria; Núñez Fernández, Sandra; Fernández Varela, Xuliana; Álvarez Sánchez, María; Aldrey Cao, Inés; Trillo Parejo, Pedro; Bello Giz, José Antonio; Gómez Lorenzo, Francisco José  
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

#### **INTRODUCCIÓN:**

La osificación de las heridas, llamada osificación heterotópica (OH) se considera dentro del grupo de las osificaciones secundarias y se define como la formación de nuevo hueso en tejidos que no se osifican en condiciones normales. Se considera una variante clínica de la miositis osificante, dentro del grupo de la OH traumática.

La diferencia con la calcificación distrófica es que, en esta, no existe actividad osteoblástica y se reduce al depósito de sales de calcio en los tejidos. En la OH se forman células óseas, hematopoyéticas y matriz mineral organizada.

Se trata de un trastorno bastante frecuente en cirugía ortopédica y muy raro en cirugía vascular; pero existen series en cirugía abdominal en las que hasta el 25% de los pacientes con incisión en línea media presentan OH (sobre todo en las supraumbilicales).

A pesar de que durante muchos años se consideró como causa principal la lesión del xifoides y la implantación de células en el tejido cicatricial, actualmente se habla de la presencia de células madre, que por estímulos todavía en línea de investigación, se acabarían diferenciando en células blásticas (mediadas por las BMPs).

De momento no se ha podido relacionar con alteraciones congénitas, infecciosas, metabólicas, endocrinas, ni tampoco con los materiales de sutura.

#### **OBJETIVOS:**

Mostrar un caso de OH como hallazgo casual durante la reparación de una eventración compleja.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Paciente varón de 51 años con antecedentes de diverticulitis a tratamiento conservador en 2007. Presenta una eventración importante, secundaria a laparotomía media por obstrucción intestinal, con postoperatorio tórpido que obliga a reintervención y curas tipo vacuum.

Portador de ileostomía en asa y defecto de pared cubierto con injerto libre de espesor parcial, tras crearse una eventración contenida.

#### **RESULTADOS:**

En febrero de 2011 se procede a la reparación de la eventración de forma programada mediante relaparotomía media supra-infraumbilical, extirpando la zona de injerto.

Durante la intervención se evidencia zona osificada que rodea la porción superior del anillo de eventración. Ante estos hallazgos se realiza biopsia intraoperatoria, dando como resultado una osificación heterotópica (variante de miositis osificante). Se extirpa en su totalidad.

Tras adhesiolisis nos encontramos ante un defecto de pared abdominal de 20x 30 cm y se decide su reconstrucción realizando una separación parcial de componentes y colocación de prótesis biológica subaponeurótica fijada con puntos sueltos de monofilamento.

Se procede a reconstrucción del tránsito sigmoideo y desmontaje de ileostomía en asa por prolapso y dehiscencia moderada, confeccionando una ileostomía terminal con cabo distal próximo. Se comprueba la estanqueidad de la prótesis con maniobras de Vasalva.

Buena evolución postoperatoria con alta a los 10 días de la intervención y sin recidiva en última revisión en consultas.

#### **CONCLUSIONES:**

En nuestro caso, el paciente presentaba una OH completa, asintomática, de la porción superior (adyacente al xifoides) del anillo de la eventración. Informada por AP como variante de miositis osificante.

## **P5. SARCOMA PLEOMÓRFICO DE PECTORAL MAYOR**

Mingorance Alberola, María; Rumenova Smilevska, Romyana; Ruiz-Piqueras Lecroisey, Macarena; Orts Micó, Francisco; Gil Santos, María; García Marín, Andrés; Diez Miralles, Manuel; Morales Calderón, Miguel; García García, Salvador

Hospital Universitario San Juan de Alicante

#### **OBJETIVOS:**

Los liposarcomas primarios del pectoral mayor son una patología infrecuente. Se suelen localizar en el muslo, el glúteo, el retroperitoneo, el hombro y crecen como masas asintomáticas. La variante pleomórfica es la más infrecuente de los liposarcomas y el pectoral es una localización extremadamente rara. En la literatura hasta ahora se ha descrito sólo un caso de liposarcoma pleomórfico de pectoral mayor, y pocos casos de lesiones intramusculares del pectoral mayor.

El objetivo es la presentación de un caso de sarcoma pleomórfico de pectoral mayor originado de un liposarcoma pleomórfico, intervenido en nuestro centro.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Revisión de la literatura a propósito de un caso.

#### **RESULTADOS:**

Presentamos el caso de un paciente varón de 66 años, con únicos antecedentes de dislipemia y fractura de meseta tibial, que es remitido a la consulta de cirugía por presentar tumefacción no dolorosa a nivel pectoral derecho de un mes de evolución. Se realiza ecografía de axila derecha que visualiza masa sólida heterogénea de aproximadamente 6 x 4, 2 x 3, 6 cm situada entre los vientres de la musculatura pectoral derecha próximo a axila y que plantea el diagnóstico diferencial entre tumoración de partes blandas y adenopatía tumoral. Adenopatías axilares derechas, de tamaño y apariencia ecográfica no patológicos. Se realiza punción-aspiración con aguja fina objetivando extendidos pobremente celulares que sugieren tumor de partes blandas probablemente maligno, de citoarquitectura fusocelular en relación con músculo pectoral (intra vs paramuscular). El estudio se completa con tomografía computerizada tóraco-abdomino-pélvica, que visualiza una lesión de partes blandas a nivel del pectoral derecho, heterogénea con zonas que captan más contraste y zonas más hipodensas en relación con necrosis-degeneración quística, con tamaño de 4,7 x 5,3 x 5 cm, sin evidencia de extensión a distancia.

Se interviene de manera programada, y se realiza exéresis de la masa. La anatomía patológica intraoperatoria informa de un tumor mesenquimal de grado moderado con márgenes infiltrados, se realiza ampliación de márgenes y linfadenectomía axilar derecha.

El informe histológico definitivo describe la presencia de un sarcoma pleomórfico de alto grado, originado en un liposarcoma pleomórfico, Vimetina, CD 68, CD 34, CD 99 y p53 positivos, intramuscular de 8 x 5,5 cm, con resección marginal – tumor en contacto con el margen quirúrgico. La evolución postoperatoria es favorable, con disminución progresiva del exudado por el drenaje tipo redón, hasta su retirada y el paciente es dado de alta al décimo día postoperatorio. Se realiza exploración gammagráfica ósea que no evidencia infiltración ósea tumoral loco-regional en el tórax, ni metástasis óseas a distancia.

Ante el juicio diagnóstico de sarcoma pleomórfico de pectoral mayor derecho pT2bN0M0 mediante biopsia intra-operatoria y tras exéresis y vaciamiento ganglionar axilar derecho con borde afectos, se remite al servicio de cirugía torácica para ampliación de márgenes, tras la cual se realizará quimio-radioterapia adyuvante.

#### **CONCLUSIÓN:**

Los sarcomas pleomórficos son tumores raros, cuyo tratamiento consiste en resección quirúrgica completa y radioterapia adyuvante, que son los factores que se han descrito como protectores contra recidiva local.

La afectación de los márgenes o invasión de la pseudocápsula da índices de recurrencia entre 40 y 100%. La resección amplia de los bordes tiene tasas de recidiva descritas del 1 al 10%.

Teniendo en cuenta que la entidad del pectoral mayor es infrecuente, no hay modalidad de tratamiento de elección descrita. Según los pocos datos publicados se recomienda realización de resección y reconstrucción de la pared torácica en caso de invasión. Se recomienda seguimiento para detectar recidivas, que se describen sobre todo en cirugías con bordes afectos.

## **P6. PAROTIDECTOMÍA CON BISTURÍ DE ULTRASONIDOS: NUESTRA EXPERIENCIA**

Iglesias Rodríguez, Nuria; Núñez Fernández, Sandra; Fernández Varela, Xuliana; Álvarez Sánchez, María; Aldrey Cao, Inés; Trillo Parejo, Pedro; Iglesias Diz, David; Salgado Vázquez, Marta; Gómez Lorenzo, José Francisco

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

#### **INTRODUCCIÓN:**

La incidencia de tumores de las glándulas salivares mayores es de 0,4-13,5 casos/100.000 habitantes/año. Alrededor del 80% de los tumores de parótida son benignos. El 65%

corresponde al adenoma pleomorfo y el 25% al tumor de Warthin. Otros tipos de adenomas y los tumores malignos son mucho menos frecuentes.

La parotidectomía superficial o total se considera el tratamiento de elección de los tumores benignos y malignos de la glándula parótida, pero debemos tener en cuenta la posibilidad de lesionar el nervio facial, no solo durante la disección, sino también secundario a una hemorragia intraoperatoria en la región cercana al nervio.

Las tasas registradas de parálisis del nervio facial son en la parotidectomía superficial un 15% temporales y un 25% permanentes; y en la parotidectomía total un 20% y 50% respectivamente. El síndrome de Frey es también mayor (30% vs 10%) en las totales.

En algunos artículos se menciona la disección extracapsular en los tumores benignos como una manera eficaz de disminuir las complicaciones postoperatorias, sobre todo la parálisis del facial. El uso del bisturí de ultrasonidos se ha extendido desde su nacimiento en 1993 a cada vez más tipos de cirugías, incluida la cervical.

#### **OBJETIVOS:**

Demostrar que la parotidectomía superficial con bisturí de ultrasonidos es segura y no se asocia a mayores tasas de complicaciones. .

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se revisaron los pacientes intervenidos por patología a nivel de las glándulas salivares mayores entre enero del 2006 y diciembre del 2011.

Se excluyeron los casos de tumores submaxilares y submandibulares y los parotídeos malignos, incluyéndose sólo los adenomas pleomorfos y los tumores mixtos, por lo que en todos los casos incluidos se realizó una parotidectomía superficial.

El procedimiento quirúrgico se realizó bajo anestesia general y comenzó con incisión de tipo bayoneta y parotidectomía reglada. En todos se utilizó como instrumento de disección y hemostasia el bisturí de ultrasonidos (*Harmonic Focus*®) exclusivamente, en lugar del bisturí eléctrico.

#### **RESULTADOS:**

Se revisaron un total de 25 casos, de los que, tras aplicar los criterios de exclusión, el número se redujo a 14. Un total de 11 varones y 3 mujeres, con edades comprendidas entre los 27 y 81 años, con una media de 45 años. No hubo diferencias en cuanto al lado afectado.

Histológicamente 11 de ellos correspondían a adenomas pleomorfos/tumores mixtos, 2 de ellos a tumores de Warthin y un caso a hipertrofia parotídea.

Todos los pacientes se sometieron a parotidectomía superficial utilizando el bisturí de ultrasonidos.

En cuanto a la evolución, se registraron 3 casos de paresias faciales transitorias, con recuperación completa de la movilidad a los 2 meses del postoperatorio, una de ellas relacionada con atrapamiento de la rama marginal por la tumoración; y un caso de hematoma tratado conservadoramente y con buena evolución posterior.

#### **CONCLUSIONES:**

Existen estudios que demuestran que el uso exclusivo del bisturí de ultrasonidos reduce el sangrado y el tiempo quirúrgico de la parotidectomía. En caso de sangrado cercano al nervio es segura su utilización, aunque siempre en manos de cirujanos expertos.

Nuestra experiencia corrobora estas conclusiones.

## **P7. CARCINOMA CORTICAL SUPRARRENAL GIGANTE ASOCIADO A ADENOCARCINOMA COLORRECTAL: RESECCIÓN MULTIVISCERAL SIMULTÁNEA**

Domínguez Sánchez, Iván; García Nebreda, María; García-Sesma Pérez-Fuentes, Álvaro; De la Fuente Bartolomé, Marta; Álvaro Cifuentes, Edurne; Gutiérrez Samaniego, María; Fakh Gómez, Naim; Loinaz Seguro, Carmelo; Jiménez Romero, Carlos  
Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

### **INTRODUCCIÓN:**

La presencia de tumores primarios múltiples en un mismo paciente constituye una condición clínica frecuente en la actualidad. Representan una incidencia variable, aproximadamente el 37% resultan ser tumores multicéntricos en el mismo órgano, el resto serían asociaciones de 2 o más tumores primarios en órganos diferentes.

Las asociaciones de órganos primarios comúnmente involucrados son de origen ginecológico y del territorio ORL. La elevada frecuencia de estas asociaciones, permite sospechar la intervención de factores hereditarios o de causas ambientales. Una presentación frecuente es el adenocarcinoma colorrectal con metástasis adrenal, que sin embargo no es el caso que nos ocupa. En la literatura médica (up to date, Pubmed, etc) no hemos encontrado informada una asociación parecida.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Descripción de un caso clínico de un paciente con tumores sincrónicos en glándula suprarrenal y de la unión rectosigmoidea.

### **RESULTADOS:**

Varón de 58 años con antecedentes de enolismo, en estudio por estreñimiento, dolor en hipocondrio derecho y fiebre de varias semanas de evolución.

Se realiza **colonoscopia** en la que se objetiva masa friable a nivel rectosigmoideo con biopsias compatibles con adenocarcinoma. En el estudio de extensión (TC "body") en el que se evidencia masa sólida en espacio hepatorenal, de 15 cm de diámetro y una **RMN** donde se observan múltiples lesiones hepáticas. Finalmente Se solicita **PET-TAC** con resultado compatible con lesión maligna primaria en unión rectosigmoidea junto con lesión infrahepática sin solución de continuidad respecto a la glándula adrenal derecha. En las analíticas se descarta tumor secretor y no se observan alteraciones significativas. Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica donde se confirma la existencia de masa suprarrenal derecha y se realiza adrenalectomía derecha asociando resección de tumoración rectosigmoidea con anastomosis mecánica colorrectal. Se evidencian cuatro nódulos hepáticos que se resecan con diagnóstico intraoperatorio de adenocarcinoma. La anatomía patológica extemporánea fue informada como lesiones hepáticas compatibles con **adenoma biliar** y **microhamartomas biliares**. Pieza de adrenalectomía derecha con **carcinoma cortical suprarrenal** sin signos de infiltración capsular. Pieza de resección colorrectal con **adenocarcinoma colorrectal pT3N0**. El paciente es dado de alta sin complicaciones. Actualmente se encuentra sin signos de recidiva.

### **CONCLUSIÓN:**

El carcinoma corticosuprarrenal aislado representa tan sólo el 0,2% de todas las tumoraciones malignas, esto hace que su asociación con otro primario sea una rareza, sin haber encontrado reportes en la literatura con esta asociación de tumores sincrónicos. En cuanto al manejo se recomienda resección oncológica siempre que sea posible para posteriormente realizar tratamiento quimioterápico. La estadificación se debe hacer de manera individualizada y el tratamiento establecido en unidades especializadas multidisciplinarias.

## **P8. RETRONEUMOPERITONEO SECUNDARIO A GANGRENA DE FOURNIER**

Rumenova Smilevska, Romyana; García Marín, Andrés; Ruiz-Piqueras Lecroisey, Macarena; Gil Santos, María; Orts Micó, Francisco; Pérez Bru, Susana; Soliveres Soliveres, Edelmira; Morales Calderón, Miguel; García García, Salvador  
Hospital Universitario San Juan de Alicante

### **OBJETIVOS:**

La gangrena de Fournier es una infección necrotizante del tejido perineal infrecuente, que se suele presentar en varones, entre la sexta y la séptima década de la vida. Los factores más frecuentemente asociados son la diabetes mellitus, la inmunosupresión, la desnutrición, las neoplasias, el alcoholismo crónico, la higiene deficiente, la insuficiencia renal y hepática. El objetivo es la presentación de un caso de retroneumoperitoneo durante la estancia hospitalaria de una gangrena de Fournier.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de la literatura a propósito de un caso.

## RESULTADOS:

Varón de 68 años con antecedente de cardiopatía isquémica con infarto agudo de miocardio hace 11 años que acudió por presentar dolor perianal de tres días de evolución, asociado a fiebre con escalofríos. Constantes al ingreso: temperatura 38°C, TA 155/64 mmHg y FC 100 lpm. En la exploración clínica presentaba signos inflamatorios en zona perianal con celulitis. Analítica: hemoglobina 8 mg/dl, leucocitos 20800 / mm<sup>3</sup> (neutrófilos 91.3%), creatinina 1.6 mg/dl y proteína C reactiva 27.21 mg/dl. Fue intervenido objetivando área extensa de necrosis que progresa en sentido craneal y caudal en la zona perineal realizándose desbridamiento, lavado y antibioterapia con piperacilina/ tazobactam con posteriores curas en quirófano durante los 8 primeros días. Cultivo positivo: E. coli. A nivel perineal presentaba importante pérdida de sustancias con visualización de los músculos del suelo de la pelvis. Dado que presentaba incontinencia fecal y contaminación de la herida se decidió la colocación de un colector fecal. Al vigésimo día de hospitalización, estando el paciente asintomático con elevación de los leucocitos (15.000 / mm<sup>3</sup>) se solicitó un TC que mostró una alteración de los planos grasos perineales, burbujas de aire en ambas bolsas escrotales e importante retroneumoperitoneo con componente intraperitoneal (figura 1), manejándose de forma conservadora con evolución posterior favorable. El paciente fue dado de alta al trigésimo segundo día de ingreso con la unidad de hospitalización a domicilio con continuidad de la curas. Actualmente está en seguimiento en consultas externas, asintomático, con las heridas cicatrizadas.

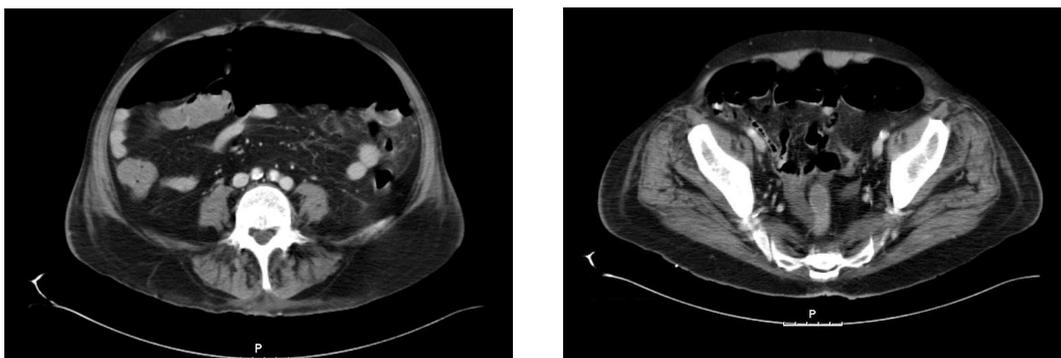


Figura 1 y 2 – TC abdomino-pélvico: Retroneumoperitoneo por gangrena de Fournier

## CONCLUSIÓN:

La posible causa del retroneumoperitoneo fue la destrucción de planos pélvicos por la infección y la manipulación en las curas.

Para la correcta interpretación y manejo de las lesiones visualizadas en las pruebas de imagen es importante su correlación clínica.

## P9. ¿GANGRENA DE FOURNIER: A PROPÓSITO DE UN CASO. TRATAMIENTO Y RECUPERACIÓN POSTERIOR TRAS CURA POR 3ª INTENCIÓN?

Carrera Dacosta, Ester; Martínez Alarcón, Manuel; Estévez Fernández, Sergio; Mariño Padín, Esther; Ballinas Miranda, Julio Roberto; Rial Durán, Ágata; Piñón Cimadevila, Miguel Ángel  
Complejo Hospitalario de Pontevedra. Hospital Montecelo

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante del área urogenital, descrita por primera vez por Fournier en 1883. De etiología polimicrobiana tanto aerobios como anaerobios que

causan una gran destrucción tisular y una evolución rápidamente fatal con una mortalidad próxima al 75% en algunas series.

**Material y métodos:**

Paciente remitido desde el S. de Urgencias para drenaje de absceso escrotal. Presenta una gran tumoración escrotal compatible con Fournier, que se confirma por Tac, ante el riesgo de complicaciones médicas importantes se decide intervención quirúrgica urgente realizándose desbridamiento y necrosectomía amplia.

Tras la cirugía y la estabilización del paciente se le realiza un cierre por 3ª intención siendo enterrados los testículos en la cara interna de los muslos, dada la gran extensión de tejido desbridado durante la cirugía.

**RESULTADOS:**

El paciente es dado de alta una vez recuperado de ambas cirugías, a los 8 años de la cirugía no ha presentado complicaciones y la plastia ha tenido un buen resultado.

**CONCLUSIONES:**

El tratamiento precoz de los pacientes con sospecha de gangrena de Fournier disminuye notablemente la morbimortalidad.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y debe apoyarse en pruebas radiológicas, fundamentalmente el TAC, que también debe utilizarse para control de evolución del paciente tras la cirugía.

El tratamiento se basa en antibioterapia de amplio espectro y un desbridamiento quirúrgico importante y necrosectomía.

El cierre quirúrgico puede realizarse por 2ª intención o por 3ª intención, con distintos tipos de plastias, según la experiencia del cirujano.

## **P10. QUISTE MULLERIANO RETROPERITONEAL**

Rumenova Smilevska, Rumyana; García Marín, Andrés; Orts Micó, Francisco; Gil Santos, María; Ruiz-Piqueras Lecroisey, Macarena; Mingorance Alberola, María; Morales Calderón, Miguel; Ivorra Muñóz, Francisco; García García, Salvador  
Hospital Universitario San Juan de Alicante

**OBJETIVOS:**

Los quistes mullerianos se producen a partir de los remanentes de los conductos de Müller los cuales se forman durante la sexta semana del desarrollo embrionario para dar lugar, en el feto femenino al útero y tercio superior de vagina y, en el masculino al utrículo prostático y apéndice testicular. El objetivo es la presentación de un caso intervenido en nuestro centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Revisión de la literatura a propósito de un caso.

**RESULTADOS:**

Presentamos el caso de una paciente mujer de 26 años sin antecedentes de interés que consulta por dolor en fosa ilíaca izquierda 4 meses después de un parto eutócico, que presenta masa palpable a la exploración física. La ecografía y tomografía abdominopélvica mostraron una lesión quística de 10 cm de pared fina que desplaza medialmente al colon transverso y, no parece depender de ninguna estructura anatómica sin evidencia de adenopatías, metástasis ni líquido libre (Figuras 1 y 2).

Fue intervenida de manera programada mediante laparotomía media realizándose la exéresis de una lesión unilocular de 10 x 7 x 6 cm que no infiltraba estructuras vecinas (Figura 3). La evolución postoperatoria fue favorable siendo dada de alta al cuarto día. La anatomía patológica reportó un quiste de pared lisa, contenido seroso compatible con quiste mulleriano.

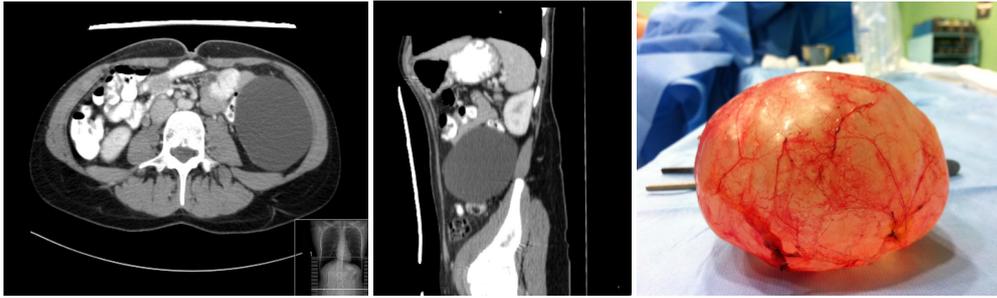


Figura 1 – TC corte axial.

Figura 2 – TC corte sagital.

Figura 3 – Pieza quirúrgica.

#### CONCLUSIÓN:

El tratamiento quirúrgico está indicado en pacientes sintomáticos. Se recomienda exéresis completa, dado que el índice de recurrencias es alto en caso contrario, también existen casos descritos de malignización.

En nuestro caso el diagnóstico se realizó en el período postgestacional lo que podría ser un dato a favor de la teoría de la hormonodependencia de la generación y desarrollo de los quistes müllerianos.

## P11. HERNIA DE SPIEGEL ESTRANGULADA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. UNA ENTIDAD INFRECUENTE

Peláez Torres, Pablo; Domínguez Sánchez, Iván; Supelano Eslait, Guillermo; García Gutiérrez, Virginia; Pérez Torres, Jorge; Ortiz Aguilar, Manuel; Butrón Vila, Teresa; Rubio González, Eduardo; Lomas Espadas, Manuel

Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid

#### INTRODUCCIÓN:

Las hernias de Spiegel son una variedad poco frecuente de defectos de la pared abdominal constituyendo el 0.1-2% del total de las hernias. Ocurren por una debilidad de la fascia spigeliana localizada entre la línea semilunar y el borde lateral del músculo recto. Son más frecuentes en la mujer y en el lado izquierdo con un pico de incidencia entre los 60-70 años. Entre los factores de riesgo que predisponen a su aparición se encuentran: broncopatía crónica, obesidad, traumatismos abdominales, intervenciones previas, estreñimiento, ascitis y esfuerzos musculares repetidos.

#### MATERIALES Y MÉTODOS:

Presentación de un caso en paciente anciano con elevada comorbilidad que debuta con cuadro de obstrucción intestinal aguda sin intervenciones quirúrgicas previas ni hernias en la región inguino-crural.

#### RESULTADOS:

Varón de 82 años con antecedentes de: HTA, HTP moderada, doble insuficiencia valvular mitral y tricuspídea, cardiopatía hipertensiva, insuficiencia renal crónica en hemodiálisis e hiperparatiroidismo secundario que acude a urgencias por presentar dolor en hemiabdomen izquierdo de 12 horas de evolución sobre una tumoración palpable que se acompaña de vómitos. En la exploración física destaca dolor a la palpación en flanco izquierdo sobre dicha masa dura e irreductible con las maniobras habituales, sin signos de irritación peritoneal acompañantes. Analítica normal salvo creatinina de 3.42 mg/dl. Rx de abdomen con dilatación de asas de intestino delgado y niveles hidroaéreos. Se realiza acceso local a través del flanco izquierdo identificando al abrir la aponeurosis del oblicuo mayor un saco herniario con aspecto necrótico, anillo de unos 2 cm de diámetro y asa intestinal estrangulada en su interior, practicando resección intestinal a través del anillo así como del saco, anastomosis manual latero-lateral y herniorrafia mediante cierre del anillo y reconstrucción por planos con material reabsorbible. Durante el postoperatorio el paciente evoluciona a un deterioro progresivo en el nivel de conciencia compatible con encefalopatía de origen indeterminado siendo exitus el

séptimo día postoperatorio. El resultado anatomopatológico es compatible con necrosis intestinal.

#### **CONCLUSIONES:**

El diagnóstico de la hernia de Spiegel requiere una alta sospecha siendo fundamentalmente clínico y reservando la ecografía y el TAC en casos de duda diagnóstica. En un porcentaje de pacientes la presentación inicial es mediante incarceration y/o estrangulación. El tratamiento de elección es quirúrgico incluyendo entre sus opciones el abordaje laparoscópico o las técnicas abiertas mediante cierre primario o interposición de malla en los casos de atrofia aponeurótica, defecto amplio o recurrencias.

## **P12. ASIMETRÍA DE PARED ABDOMINAL. HERNIAS LATERALES**

Peláez Torres, Pablo; Domínguez Sánchez, Iván; Butrón Vila, Teresa; Supelano Eslait, Guillermo; García Gutiérrez, Virginia; Pérez Torres, Jorge; Ortiz Aguilar, Manuel; Pascual Montero, José Antonio; Lomas Espadas, Manuel  
Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid

#### **INTRODUCCIÓN:**

La asimetría de la pared lateral abdominal se presenta en pacientes con disrupción en los músculos transverso y oblicuos, descritos con más frecuencia en el músculo transverso y oblicuo interno, ocasionando hernias de la pared lateral del abdomen sin cirugía previa. Esta patología es rara y puede ser de origen congénito o traumático (tos, cirugía, etc).

#### **MATERIALES Y MÉTODOS:**

Presentamos un caso con hernia lateral izquierda de pared abdominal sin antecedente traumático previo.

#### **RESULTADOS:**

Varón de 72 años, intervenido hace 21 años por estenosis ilíaca mediante tromboendarterectomía global aórtica, que refiere asimetría en la pared lateral izquierda desde hace 9 meses sin traumatismo previo conocido. En la exploración física presenta buena consolidación de la laparotomía media previa con abombamiento lateral izquierdo de 10x6 cm (TxL) que con maniobras de Valsalva desaparece. En el TAC de pared abdominal se observa una pared de morfología normal con un plano muscular discretamente adelgazado de forma uniforme sin confirmar claras lesiones focales ni imágenes herniarias.

#### **CONCLUSIONES:**

La asimetría de la pared lateral del abdomen es una entidad rara y ante un paciente que consulte por ello hay que sospechar hernia de la pared lateral por disrupción de la musculatura oblicuo interno y transverso.

## **P13. EL USO DE PRÓTESIS BIOLÓGICAS EN LA REPARACIÓN DE LOS DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL: NUESTROS RESULTADOS**

Álvarez Sánchez, M; Núñez Fernández, S; Iglesias Rodríguez, N; Fernández Varela, X; Aldrey Cao, I; Trillo Parejo, P; Gómez Lorenzo, F J.  
Complejo Hospitalario de Ourense

#### **INTRODUCCIÓN:**

Su gran influencia, complejidad anatómica y altos porcentajes de recidivas hacen de esta patología un tema de sumo interés para los cirujanos.

Las hernias incisionales y las recidivas producen importantes trastornos socio-económicos, laborales y psicológicos a quien las sufre y significan una carga extra para los sistemas sanitarios.

La utilización de prótesis y técnicas quirúrgicas sin tensión han supuesto un gran avance en este tipo de cirugías. Se consigue así reducir considerablemente el número de complicaciones y recurrencias.

La aparición de complicaciones como la infección conduce a la retirada del material protésico en un importante número de casos que implica la recidiva del proceso herniario. Va a ser en estos casos en donde estará indicada la utilización de las bioprótesis que permitirán solucionar el problema. Estas prótesis están realizadas con materiales derivados de colágeno de origen animal (generalmente porcino) o humano. Las bioprótesis además de la reparación del defecto inducen a la regeneración del tejido.

#### **OBJETIVO:**

Utilización de prótesis biológicas para la reparación de los defectos herniarios de la pared abdominal en campos quirúrgicos infectados.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se incluyeron en el estudio todos los casos de reparación de defectos herniarios de la pared abdominal con malla de origen biológico realizados en nuestro servicio entre enero de 2009 y diciembre de 2012.

#### **RESULTADOS:**

Se revisaron un total de 9 casos, 5 varones y 4 mujeres, con una media de edad de 62 años (desviación típica 37,48).

Todas las intervenciones se llevaron a cabo de manera programada.

En cuanto al tipo de hernia 8 de los casos fueron por eventración secundaria a laparotomía previa y un caso como consecuencia de una hernia umbilical gigante en un paciente sin cirugías previas.

En todos los casos la zona de la reparación estaba afectada por procesos infecciosos. En 3 de ellos el origen de dicha infección fue debido a la colocación previa de una malla de origen sintético. Un paciente con IRC a tratamiento con diálisis peritoneal. Y otro paciente diagnosticado de neoplasia de colon descendente que infiltra pared.

En cuanto a la evolución, se registraron 4 casos de infección del sitio quirúrgico. 3 superficiales y uno profundo que obligó a una nueva laparotomía para reparación de la evisceración.

Otro de los pacientes tuvo que ser reintervenido por un cuadro oclusivo y evisceración por desgarro de la pared.

No se registró ningún éxito.

#### **CONCLUSIONES:**

Las tasas registradas de infección del sitio quirúrgico son de un 44,44%, siendo un 11,11% infecciones profundas que obligan a relaparotomía. A pesar de la tasa infección no hubo que retirar la prótesis en ninguno de los casos.

Por el momento no podemos comparar nuestros resultados con los observados en la literatura ya que la experiencia clínica es todavía muy escasa.

No obstante presentan un futuro prometedor para el tratamiento de complicaciones infecciosas en las reparaciones de los defectos de la pared abdominal y como soportes temporales de la pared, en casos de pared abdominal catastrófica.

## **P14. DIVERTÍCULO DUODENAL: COMPLICACIONES AGUDAS Y SU MANEJO**

González López, Rocío; Pérez Moreiras, M.Isabel; Montoto Santomé, Paula; Dorado Castro, Lucía; López López, María; Gegúndez Gómez, Carlos; Cao Pena, Josefina; Conde Vales, José; Arija Val, Félix

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

### **INTRODUCCIÓN:**

La prevalencia de divertículos duodenales en la población general es del 22%. La mayoría son adquiridos y se localizan en la 2ª porción duodenal. La diverticulitis es una de sus infrecuentes complicaciones y sus manifestaciones clínicas son inespecíficas. La localización retroperitoneal del duodeno, hace que el diagnóstico preoperatorio de la diverticulitis duodenal perforada (DDP) sea difícil.

**OBJETIVO:** Presentamos un caso de DDP tratada de forma conservadora, y se revisan las distintas opciones terapéuticas.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Mujer de 53 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por un cuadro de dolor abdominal de 3 días de evolución, en región epigástrica e hipocondrio derecho, acompañado de vómitos y fiebre. No refiere abuso de alcohol, traumatismo abdominal reciente, ni ingesta de cuerpos extraños. En la analítica presenta leucocitosis con neutrofilia, amilasa y bilirrubina sin alteraciones. En la Tomografía Computarizada (TC) abdominal se objetiva: el marco duodenal, la segunda y tercera porción duodenales, engrosados y una colección entre duodeno y cabeza de páncreas con burbujas aéreas, sugestivas de perforación duodenal (Fig. 1).

Se inicia tratamiento conservador, mediante reposo intestinal, antibioterapia intravenosa empírica de amplio espectro, y nutrición parenteral total, presentando mejoría clínica.

Se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) con insuflación controlada de aire, evidenciándose una mucosa edematosa y con signos inflamatorios a nivel de la rodilla duodenal, y en la resonancia nuclear magnética abdominal, se visualiza un divertículo en la segunda porción duodenal, con componente inflamatorio perilesional. Por lo que se mantiene el tratamiento antibiótico intravenoso y el reposo digestivo hasta completar 12 días.

### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:**

Al mes del alta, mediante un tránsito intestinal con doble contraste se evidencia a nivel de la segunda porción duodenal una lesión sugestiva de pequeño divertículo (Fig. 2)

La perforación es una complicación rara de la diverticulitis duodenal. La prueba diagnóstica de elección es la TC abdominal, aunque los resultados no siempre son concluyentes.

El diagnóstico diferencial más difícil es con la úlcera duodenal perforada, que también presenta gas extraluminal y líquido libre en retroperitoneo, aunque, la mayoría se localizan en el bulbo o en la primera porción duodenal, mientras que los divertículos duodenales tienen preferencia por la 2ª y 3ª porción, aun así, a veces es imposible distinguirlos por TC. La EDA puede ofrecer una valiosa información complementaria, aunque su utilización es controvertida por el riesgo de diseminar la infección al espacio retroperitoneal.

El manejo de la DDP depende de las condiciones clínicas en las que se encuentre el paciente. Tradicionalmente el tratamiento era quirúrgico, recientemente se han publicado buenos resultados con el manejo conservador de estos pacientes, aunque a veces es preciso drenaje percutáneo de colecciones asociadas. De todos modos es la estabilidad hemodinámica del paciente, la que marca la pauta terapéutica a seguir.

## **P15. PAPEL DE LA LAPAROSCOPIA EN LOS CARCINOMAS GÁSTRICOS IRRESECABLES**

Senra del Rio, Paula; Martínez, Marta; Blanco, Bruno; Troncoso, Paula; De Urrutia, Blanca Amada; Otero, Isabel; Maruri, Ignacio; Casal, Enrique  
Hospital Meixoeiro de Vigo- Chuvi

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

En nuestro medio todavía sigue siendo muy alto el porcentaje de carcinomas gástricos (CG) diagnosticados en períodos avanzados y, por tanto, con un alto índice de irreseabilidad.

La irrupción de la laparoscopia y su rol en la estadificación tumoral, además de arma terapéutica, ha cambiado el algoritmo de estudio y actuación en los CG, evitando laparotomías innecesarias.

Presentamos una revisión de los CG irreseables tratados en nuestro servicio en los últimos 24 meses y el papel de la laparoscopia en los mismos.

## **MATERIAL Y MÉTODO:**

Durante los últimos 24 meses han sido intervenidos 80 CG en la unidad de cirugía esófago-gástrica del Hospital Meixoeiro. En 58 de ellos (72.5%) se realizó cirugía resectiva con intención curativa, pero los 22 restantes (27.5%) fueron irresecables. Se realizó un estudio retrospectivo correlacionando la clínica, los estudios complementarios y la cirugía realizada.

## **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:**

En los que se realizó cirugía exéretica curativa, ésta se llevó a cabo por vía laparoscópica en 37 casos (63.7%).

De los 22 CG irresecables se llevó a cabo laparoscopia estadificadora en 21 casos. Tan sólo en un caso se realizó laparotomía exploradora de entrada por sospecha de perforación tumoral por TC. En 11 casos (50%) la laparoscopia estadificadora fue el único acto quirúrgico debido a la demostración de carcinomatosis peritoneal y /o visceral en 7(31.8%) e infiltración tumoral del retroperitoneo en 4(18.2%). De éstos se convirtieron a laparotomía 2 para valorar resecabilidad(9.5%). En los restantes 10 casos, además, se llevó a cabo derivación gastroentérica(45.5%) .Se continuó con la técnica laparoscópica para dicho fin en 7, convirtiéndose a laparotomía en 5 ocasiones.

En todos los casos se tomaron biopsias para confirmación histológica.

Aunque la resección laparoscópica con intención curativa en los CG todavía no es el gold-estándar, la laparoscopia diagnóstico-estadificadora es un método de baja morbi-mortalidad capaz de evitar laparotomías innecesarias ya que permite establecer la existencia de carcinomatosis, no diagnosticada por técnicas de imagen. Permite la toma de biopsias y la realización de procedimientos paliativos(derivación gastroentérica, gastro/yeyunostomía) minimizando la agresión quirúrgica.

Por ello consideramos que su coste-beneficio justifica su utilización sistemática en los CG.

## **P16. ROTURA DIAFRAGMÁTICA DERECHA INADVERTIDA**

Guzmán Suárez, Silvia; Alvarez García, Helena; Carracedo, Roberto; Meléndez Villar, María Reyes; Freiría Eiras, Miguel Angel; Costas, Verónica; Cáceres, Nieves; Toscano, Angeles; Casal, Enrique  
Chuvi. Hospital Xeral de Vigo

### **INTRODUCCIÓN:**

Las lesiones diafragmáticas traumáticas derechas son mucho menos comunes que las izquierdas y es una entidad más difícil de diagnosticar. Raramente se combina con herniación de órganos abdominales. La sospecha diagnóstica es la clave del diagnóstico precoz.

### **CASO CLÍNICO:**

Presentamos el caso de una paciente de 52 años, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias tras sufrir un accidente con un vehículo agrícola. La paciente se encontraba estable clínica y hemodinámicamente presentando, únicamente dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. La analítica mostraba leucocitosis con neutrofilia. El TC toraco-abdominal mostró: Derrame pleural bilateral más marcado en hemitorax derecho, con una zona contusión en LSD y un mínimo neumotorax. . A nivel abdominal presenta una extensa área de contusión intrahepática a nivel de segmentos posteriores e inferiores y pequeña laceración posterior del hígado con mínimo hemoperitoneo. Al 4<sup>a</sup> día de ingreso, presenta en la radiografía de tórax una veladura casi completa del hemitorax derecho que impresiona de derrame pleural por lo que se coloca drenaje torácico no saliendo ningún contenido. Se realizó una TC de control apreciándose aumento del derrame pleural derecho con atelectasia, importante elevación diafragmática derecha y catéter de drenaje pleural en posición subfrénica, introducido en el espesor del parénquima hepático, a nivel de LHD e importante laceración hepática postraumática. Bajo control radiográfico, se retiró el tubo de tórax y se colocó un catéter percutáneo. En los días siguientes se evidenció la práctica desaparición del derrame pleural con persistencia de la elevación diafragmática. Evolucionó de forma asintomática hasta que el 24<sup>o</sup> día postoperatorio, presentó súbitamente cuadro de disnea y dolor en hemitorax y hombro derecho. Ante la sospecha de TEP, se realiza angioTC que fue negativo, pero mostraba una progresión de la

elevación del hemidiafragma derecho con una importante porción del hígado situada a nivel de hemitorax derecho y desplazamiento mediastínico hacia la izquierda con compresión medial de estructuras del mediastino derecho y derrame pleural derecho. Con la sospecha de rotura diafragmática con herniación hepática es intervenida de urgencia. A través de videotoracosopia se visualizó un hematoma a nivel posterior del diafragma, y dada la imposibilidad de exploración completa se decidió conversión a toracotomía. Se constató una amplia rotura diafragmática con desinserción anterior a nivel costal que se reparó mediante sutura continua con monofilamento doble reabsorbible y reinserción parcial a la pared torácica. Se colocó drenaje ápicoposterior aspirativo. El postoperatorio se complicó, únicamente, con infección de herida quirúrgica por SARM que evolucionó favorablemente con tratamiento antibiótico, recibiendo el alta el 30º día postoperatorio.

#### **CONCLUSIONES:**

Destacar la importancia del diagnóstico precoz, ya que la mayoría de las roturas diafragmáticas se producen en el seno de politraumatismos donde existe compromiso de otros órganos pudiendo pasar desapercibida en las pruebas complementarias.

## **P17. HERNIA DE MORGAGNI-LARREY EN EL ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**

Mato Iglesias, María Almudena; Vives Rodríguez, Eulalia; López de los Reyes, Ramón; Martínez Baracheta, Mar; Adrio Díaz, Germán; Rodríguez Velandia, Wilson  
Hospital Arquitecto Marcide- Ferrol

#### **OBJETIVOS:**

Presentamos el caso de un varón de 83 años que acude a urgencias hospitalarias por cuadro de dolor abdominal y rectorragias, secundario a Hernia de Morgagni- Larrey incarcerada.

#### **CASO CLÍNICO:**

Varón, 83 años, con antecedentes personales de HTA, FA crónica, Cardiopatía isquémica, demencia tipo Alzheimer, hipotiroidismo, HBP, EII sin diagnóstico anatomopatológico definitivo, e intervenido por hernia inguinal bilateral recidivada, facoexéresis izquierda y Prótesis cadera izquierda.

Acude a urgencias hospitalarias por rectorragias y dolor abdominal de 48 horas de evolución. A la exploración física destaca: hipofonesis basal a nivel de ambos campos pulmonares, abdomen doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho con disminución de los ruidos hidroaéreos y sangre fresca en ampolla rectal.

Se realiza analítica urgente con parámetros dentro de la normalidad; Ecografía abdominal sin hallazgos patológicos y radiografía de tórax, donde se aprecia una masa paracardíaca con una burbuja de aire en su interior compatible con Hernia de Morgagni-Larrey. Se realiza TAC toraco-abdominal e interconsulta a Cirugía General. En el TAC se aprecia una “herniación a nivel costodiafragmático anterior con paso de asas intestinales (colon transversal, donde parecen existir divertículos) hacia el hemitórax derecho, compatible con hernia de Morgagni-Larrey”. Se decide intervención quirúrgica urgente, por vía abdominal, encontrándose un defecto herniario diafragmático de localización antero-medial bilateral, con contenido de epiplón y colon transversal. Se reduce y se reseca el saco herniario, realizándose una herniorrafia con sutura simple del diafragma. El postoperatorio evoluciona favorablemente.

#### **DISCUSIÓN:**

La Hernia de Morgagni- Larrey es un defecto diafragmático a nivel antero medial, en la unión freno-costal-esternal. Constituye sólo el 2-3% de las hernias diafragmáticas congénitas. En este caso se presentó a ambos lados del esternón, pero su localización más frecuente es derecha, puesto que a nivel izquierdo se encuentra el pericardio que actúa como refuerzo. Cuando se manifiesta en la edad adulta, suele aparecer en relación a factores que aumentan la presión intraabdominal (embarazo, obesidad, ascitis, etc.) Siempre presentan saco herniario y el contenido generalmente es colon epiplón o colon transversal. A diferencia de la edad pediátrica, en adultos suelen ser asintomáticos y se diagnostican generalmente como hallazgo incidental en técnicas de imagen, aunque la mayoría de los pacientes refieren clínica respiratoria o gastrointestinal inespecífica que se relaciona con la hernia. El diagnóstico puede

realizarse mediante radiografía simple de tórax, pero generalmente es necesaria la realización de un TAC. De forma ocasional, su presentación es como abdomen agudo por complicación de la hernia, precisando en este caso, reparación quirúrgica urgente.

#### **CONCLUSIÓN:**

La Hernia de Morgagni es una patología rara en adultos, que se diagnostica frecuentemente como hallazgo incidental y que debe ser reparada quirúrgicamente siempre por el riesgo que presenta de complicaciones. En la actualidad, la vía de abordaje puede ser torácica o abdominal y las técnicas de VATS y laparoscopia han sustituido a los tradicionales abordajes mediante toracotomía o laparotomía.

## **P18. TIFLITIS - CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR EN FOSA ILÍACA DERECHA**

Rumenova Smilevska, Rumyana; Nofuentes Riera, Carmen; Mingorance Alberola, María; Ruiz-Piqueras Lecroisey, Macarena; Orts Micó, Francisco; Gil Santos, María; Martínez García, Raquel; Morales Calderón, Miguel; García García, Salvador  
Hospital Universitario San Juan de Alicante

#### **OBJETIVOS:**

La tiflitis o enterocolitis neutropénica es una entidad clínica rara, caracterizada por inflamación necrotizante del ciego. Se produce como complicación durante neutropenia intra o post-quimioterapia, en inmunodeprimidos, aunque también se da en pacientes mayores sin neutropenia y sin inmunodeficiencia. La actitud terapéutica es un tema controvertido: se recomienda manejo conservador con antibióticos de amplio espectro o tratamiento quirúrgico en el caso de fracaso del tratamiento médico. A pesar del tratamiento tiene una mortalidad muy alta (50-100%).

El objetivo es la presentación de tres casos clínicos de tiflitis tratados en nuestro centro.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Revisión de la literatura a propósito de tres casos.

#### **RESULTADOS:**

**CASO 1:** Mujer de 43 años con carcinoma ductal infiltrante de mama derecha con primer ciclo de quimioterapia 7 días previos al ingreso, que acude por dolor abdominal difuso, vómitos, diarrea y fiebre (39° C). Presenta hipotensión y signos de mala perfusión periférica, dolor en la fosa iliaca derecha (FID), con defensa. Analítica: leucopenia 400 leucocitos y neutropenia 2,3%, PCR de 7,46 mg/dl. Se realiza tomografía axial computerizada (TC – Figura 1 y 2), engrosamiento mural de ciego, con perforación y neumoperitoneo. Se interviene de manera urgente, objetivando líquido sero-hemático intraperitoneal y cambios isquémicos en todo el colon derecho. Se realiza hemicolectomía derecha. Presenta shock refractario, con fiebre elevada, oligoanuria, con deterioro progresivo de la función renal, precisando hemofiltración veno-venosa continua y éxitus al tercer día de ingreso. La histología describe necrosis hemorrágica de ciego y colon ascendente.

**CASO 2:** Mujer de 76 años con antecedentes de diabetes tipo 2, artritis reumatoide en tratamiento con Metotrexate, que acude en urgencias por dolor abdominal de 36 horas de evolución en epigastrio y FID, asociado a vómitos. Presenta dolor y defensa en FID. Analítica: Leucocitos: 11.100, Neutrófilos 70,9%, PCR: 35.68 mg/dl. La TC visualiza aumento de la atenuación de la grasa en FID. Se interviene con la sospecha de apendicitis aguda y se objetiva apéndice de aspecto normal y tiflitis aguda no gangrenosa. Se realiza lavado. La evolución postoperatoria es favorable, y es dada de alta al sexto día postoperatorio.

**CASO 3:** Varón de 72 años con mieloma múltiple, en tratamiento con Lenalidomida, acude a urgencias por dolor en FID e hipogastrio de 3 días de evolución. Analíticamente: Leucocitos = 7200, Neutrófilos = 69%, PCR = 4.76 mg/dl. El TC objetiva ciego con engrosamiento patológico de sus paredes, compatible con tiflitis. Se realiza tratamiento conservador, la evolución es favorable, y se da de alta al quinto día de ingreso.



Fig 1. TC: engrosamiento del ciego.



Fig 2. TC: Perforación del ciego. Neumoperitoneo

#### **CONCLUSION:**

La tiflitis es una enfermedad grave y hay que tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes neutropénicos o inmunodeprimidos con dolor fosa iliaca derecha y fiebre. El diagnóstico temprano permite un tratamiento precoz y disminuir la morbi-mortalidad.

El tratamiento es un tema controvertido. En los pacientes neutropénicos la hemicolectomía derecha precoz parece reducir la mortalidad. En los casos expuestos, los pacientes no neutropénicos evolucionaron de forma favorable sin necesidad de hemicolectomía derecha.

## **P19. TUMORACIÓN MESENTÉRICA Y ENFERMEDAD DE CASTLEMAN. A PROPÓSITO DE UN CASO**

De la Fuente Bartolome, Marta; Alvaro Cifuentes, Edurne; Calvo Pullido, Jorge; Domínguez Sánchez, Iván; García Nebreda, María; Sanabria Mateos, Rebeca; Fakh Gómez, Naim; Alegre, Cristina; Jiménez, Carlos  
Hospital 12 de Octubre Madrid

#### **INTRODUCCIÓN:**

La enfermedad de Castleman (EC) también conocida como hiperplasia nodular gigante o hiperplasia angiofolicular linfoide, es una entidad infrecuente definida por sus hallazgos anatomopatológicos: hiperplasia de las células dendríticas de los ganglios linfáticos y marcada proliferación capilar. Existen dos tipos histológicos: la variedad hialinovascular (80-90%) habitualmente asintomática y la plasmocelular (10%) con afectación del estado general, anemia, hipergammaglobulinemia y hepatoesplenomegalia. Desde el punto de vista clínico se han identificado dos cuadros bien diferenciados: la forma localizada (ECL), de curso clínico benigno, y la forma multicéntrica (ECM) de peor pronóstico.

#### **MATERIAL Y METODOS:**

Descripción de un caso clínico de EC de localización mesentérica con afectación generalizada, y su manejo, tanto diagnóstico como terapéutico.

#### **RESULTADOS:**

Mujer de 48 años, sin antecedentes personales de interés, en estudio por síndrome constitucional y anemia ferropénica, a la que se le realiza TAC abdominal donde se objetiva masa sólida sugestiva de tumor gastrointestinal del estroma (GIST) con adenopatías locorregionales y nódulo pulmonar de 7mm. Ante estos hallazgos, se decide completar el preoperatorio e intervención quirúrgica programada.

En la intervención quirúrgica se confirma la existencia de una masa tumoral de unos 8x8 cm y bordes bien definidos que depende del mesenterio a nivel de íleon proximal y que no infiltra el asa intestinal. Se realiza exéresis de la misma y de dos adenopatías locorregionales.

La anatomía patológica es informada como pieza quirúrgica compatible con Enfermedad de Castleman variable plasmocelular.

## **CONCLUSIONES:**

La EC de tipo hialino-vascular puede presentarse como una masa abdominal cuyo diagnóstico radiológico puede simular otras etiologías más frecuentes de tumoración intestinal, como los tumores del estroma.

El tratamiento no está estandarizado, pero se acepta que en las formas localizadas se debe realizar resección quirúrgica radical, con una tasa de curación en casi el 100% de los casos y con excepcionales recurrencias. Otras terapias como la resección parcial y la radioterapia (Rituximab, CHOP, Vinblastine, Etoposide, inmunosupresores...) se utilizan de forma adyuvante o en los casos irresecables.

## **P20. PLEXITIS LINFOCITICA DEL PLEXO MIENTÉRICO DE AUERBACH COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL**

Rodríguez Rivas, Angie Melina; Garcia Novoa, Maria Alejandra; Builes Ramírez, Sergio Andrés; Gómez Dovigo, Alba; Atienza Herrero, Javier; Maceira Quintan, Francisco  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La continuidad del tránsito gastrointestinal resulta imprescindible para garantizar la homeostasis digestiva/nutricional. Dicha continuidad depende de muchos factores, entre ellos el funcionamiento de los plexos nerviosos de Auerbach y Meissner, responsables de estimular la secreción endoluminal y contracción del músculo liso, dando lugar a la formación y progresión de las heces hasta su expulsión a través del ano.

Se define obstrucción intestinal como la detención de la progresión aboral del contenido intestinal; habitualmente responde a causas mecánicas: bridas, hernias encarceradas, tumores endoluminales, etc; y más raramente alteraciones como el íleo paralítico: fallo en la propulsión intestinal debido a parálisis aguda del músculo liso.

Se presenta el caso de una mujer de 48 años que acude a urgencias por distensión abdominal y estreñimiento.

### **MATERIAL Y METODOS:**

Mujer de 48 años que acude a urgencias por distensión abdominal progresiva y estreñimiento de 1 semana de evolución acompañado de náuseas y vómitos.

- Examen físico: Buen estado general, consciente, afebril, hemodinámicamente estable, no signos de deshidratación. Abdomen: distendido, timpánico, doloroso a la palpación difusa sin signos de irritación peritoneal.

- Pruebas complementarias:

Hemograma, bioquímica y pruebas de coagulación en valores normales

Rx de abdomen: Gran distensión de asas de intestino grueso con abundante presencia de gas y heces, hallazgos en relación con fecaloma.

TAC abdominopélvico: Dolico megasigma muy significativo, distendido, con abundantes fecalomas. Disminución del diámetro luminal discretamente progresiva hasta la ampolla rectal sin objetivar cambios de calibre bruscos ni masas. Discreta reticulación del epiplón visible, en flanco derecho que probablemente corresponda a ingurgitación venosa.

Gastroscoopia normal, colonoscopia infructuosa por la presencia de heces que impiden el paso del colonoscopio. Valoración ginecológica sin alteraciones.

Inicialmente la paciente ingresa para tratamiento médico con reposo dietético, laxantes y enemas, se realiza desimpactación manual. Se decide intervención quirúrgica debido al aumento diario progresivo la distensión abdominal aunado a dolor y ausencia de mejoría radiológica.

En la laparotomía exploradora se evidencia obstrucción de colon e intestino delgado, dilatación importante de asas, con impactación fecal pétreo en recto sigma a nivel de fondo de saco de Douglas. Se realiza colectomía subtotal y anastomosis ileo-sigmoidea L-L en dos planos

### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:**

La anatomía patológica de la pieza revela: Dilatación intensa del colon (megacolon) con plexitis linfocítica del plexo mientérico de Auerbach y marcada disminución de células ganglionares.

El sistema nervioso entérico está compuesto por los plexos submucoso de Meissner (el cual tiene un papel fundamental en la secreción y participa en la contracción local de las fibras musculares de la submucosa que modela el plegamiento parietal) y el plexo mientérico de Auerbach situado entre las capas muscular longitudinal y circular, tiene funciones determinantes en lo que respecta al control de la motilidad. La disminución o ausencia de células ganglionares de éstos plexos por ende, da lugar a cuadros de íleo, que al prolongarse en el tiempo se comporta clínicamente como obstrucción intestinal.

La pseudoobstrucción intestinal es un síndrome clínico, relativamente infrecuente, caracterizado por episodios recurrentes de signos y síntomas de obstrucción intestinal sin patología estructural evidenciable. Puede afectar a cualquier segmento del tracto gastrointestinal y la clínica variará dependiendo de la zona afectada. Cuando afecta exclusivamente al colon se manifiesta fundamentalmente como estreñimiento refractario al tratamiento farmacológico.

## **P21. OBSTRUCCION INTESTINAL POR HEMATOMA DE INTESTINO DELGADO EN LA ERA DE LA ANTICOAGULACION**

Fakih Gómez, Naim; Caso, Oscar; Marcaucuzco, Alberto; Sanabria, Rebeca; Garcia, Sandra; Alvaro, Edurne; Alegre, Cristina; Brandariz, Lorena; Jiménez, Carlos  
Hospital 12 de Octubre. Madrid

### **INTRODUCCIÓN:**

El hematoma intramural espontáneo es una entidad rara y muchas veces insospechada y que puede acarrear un dilema diagnóstico. Es importante diagnosticar esta entidad para evitar una intervención innecesaria. Se asocia generalmente a anticoagulación aunque otras entidades hematológicas pueden provocarlas.

### **CASO CLÍNICO:**

Presentamos el caso de varón de 50 años con antecedente de fibrilación auricular anticoagulado con dicumarol que acude a urgencias por dolor abdominal y distensión de 2 días de evolución asociado a náuseas y vómitos con estreñimiento. No refiere antecedente de trauma abdominal. A la exploración presenta distensión abdominal y dolor abdominal difuso. Análiticamente presentaba deterioro de la función renal y alteraciones hidroelectrolíticas con valores normales de hemoglobina. En el estudio de coagulación presentaba un INR de 7.4 y actividad de protrombina de 9%. Se le realiza TC abdominal evidenciándose engrosamiento circunferencial homogéneo de la pared de yeyuno con patrón en diana. Se diagnostica de hematoma intramural espontáneo, que se trata de forma conservadora y corrección de los factores de coagulación con vitamina K y plasma fresco congelado. El paciente es dado de alta a los 9 días sin incidencias.

### **DISCUSIÓN:**

El hematoma intramural de intestino delgado es una complicación infrecuente de la anticoagulación y su presentación como obstrucción intestinal es rara. Antes del auge de la anticoagulación, la mayoría de los casos eran secundarios a trauma aunque otras alteraciones hematológicas como la hemofilia pueden provocarla. Hoy en día, la anticoagulación con dicumarol es la causa más frecuente. El yeyuno es el lugar más frecuente de afectación probablemente por la mayor fijación del yeyuno al ligamento de Treitz. La clínica es muy variable desde cuadros de dolor abdominal inespecífico hasta obstrucción intestinal, que suele ser incompleta. La tomografía computerizada es el método de elección para el diagnóstico, siendo importante la sospecha clínica en paciente anticoagulado, evitando por lo tanto laparotomías innecesarias. El tratamiento conservador suele ser efectivo en la mayoría de los casos, reservándose el tratamiento quirúrgico para los casos que presenten peritonitis generalizada en relación con isquemia intestinal, fallo del tratamiento conservador o si el diagnóstico es muy dudoso.

### **CONCLUSIÓN:**

El hematoma espontáneo de intestino delgado es una entidad rara, que debe de sospecharse en cualquier paciente en tratamiento anticoagulante que presenta un abdomen agudo. El yeyuno es el lugar más frecuente de afectación. La sospecha diagnóstica es importante para un buen manejo de estos pacientes, evitando laparotomías innecesarias.

## **P22. TUBERCULOSIS INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Troncoso Pereira, Paula; García Martínez, María Teresa; Martínez Míguez, Marta; Senra Del Río, Paula; Blanco Galego, Bruno; De Urrutia Nadal, Blanca; Casal Núñez, José Enrique Chuvi. Hospital Meixoeiro. Vigo

### **INTRODUCCIÓN:**

La tuberculosis intestinal es una patología poco frecuente, aunque su incidencia y virulencia ha aumentado en los últimos años. La mayoría responden a tratamiento conservador sin necesidad de cirugía.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Varón de 48 años cuidador de paciente con tuberculosis pulmonar bacilífera un año antes. Presenta hemoptisis de 2 semanas y pérdida de peso en el último año. Sin clínica digestiva. Rx tórax: Nódulos parenquimatosos e infiltrados hiliares bilaterales. Compatible con proceso infeccioso o tumoral.

BAAR + en baciloscopia del esputo y presencia de Mycobacterium tuberculosis por PCR

TC : tuberculosis pulmonar diseminada y engrosamiento de la pared de íleon distal y colon derecho, con un trayecto fistuloso de 2,2 cms, hacia grasa pericolónica.

Colonoscopia: úlceras de gran tamaño y aspecto en empedrado en colon derecho y de menor profundidad en colon izquierdo.

Biopsias: Mucosa colónica con inflamación granulomatosa focal. Compatible por PCR con granulomas tuberculosos.

Se inició tratamiento con tuberculostáticos (cuádruple terapia). La evolución inicial fue favorable con desaparición de la clínica respiratoria y negativización de los cultivos del esputo. Sin clínica abdominal.

Tras seis semanas de tratamiento presenta dolor epigástrico, distensión y efecto masa en vacío derecho. Un nuevo TC objetiva dilatación de colon ascendente hasta estenosis en ángulo hepático. Se decide insistir en tratamiento médico antituberculoso, asociando reposo digestivo y nutrición parenteral.

Nueva colonoscopia: pseudopólipos en ángulo hepático que provocan estenosis y curación de úlceras previas

A pesar de tratamiento médico el cuadro no resuelve y ante el deterioro progresivo del paciente se realiza una hemicolectomía derecha diferida, a los 3 meses de ingreso, observándose un plastrón inflamatorio en ángulo hepático con dilatación retrógrada de intestino delgado. Se reconstruye el tránsito intestinal mediante anastomosis ileocolica.

Anatomía patológica; inflamación granulomatosa necrotizante transmural y peritonitis fibrino-leucocitaria, no demostrándose bacilos ácido-alcohol resistentes.

### **RESULTADOS:**

El postoperatorio fue tórpido, con ingreso durante un mes en reanimación por infección respiratoria; insuficiencia hepática secundaria a fármacos, insuficiencia suprarrenal y bacteriemia. La evolución fue lenta aunque favorable. Una vez recuperado su estado físico y nutricional, se le da el alta hospitalaria al quinto mes del ingreso.

### **CONCLUSIÓN:**

La tuberculosis intestinal es una entidad poco frecuente (0.5% de los casos de tuberculosis) pero su incidencia está aumentando asociada a VIH, tratamientos inmunosupresores, movimientos migratorios y resistencias antibióticas. Afecta principalmente a pacientes jóvenes y su localización más frecuente es la ileocecal (77%).

Se encuadra dentro de las enfermedades granulomatosas y su afectación se produce básicamente en forma de úlceras y pseudopólipos hiperplásicos.

Habitualmente, se presentará de forma insidiosa y paucisintomática con dolor abdominal leve y diarrea sólo en el 20%, asociando síntomas generales (anorexia, pérdida de peso, fiebre y diaforesis). Un pequeño porcentaje debutarán como una perforación o hemorragia masiva.

Como en el caso presentado, hasta una cuarta parte de los pacientes con formas paucisintomáticas en su inicio, desarrollarán complicaciones pese a un tratamiento médico correcto.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras enfermedades infecto-inflamatorias crónicas y patología tumoral.

El tratamiento médico con fármacos antituberculosos, será la primera elección, siendo efectivo en un 90% de los casos.

La cirugía se reservará para aquellos pacientes que presenten complicaciones que no mejoren con tratamiento médico y deberá ser lo más conservadora posible debido a su alta morbimortalidad.

## **P23. LIPOMA ATÍPICO DE INTESTINO DELGADO. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

García Gutiérrez, Virginia; Rubio González, Eduardo Enrique; Domínguez, Iván; Trapero Díaz, José Cruz; Ortega García, Ricardo; Peláez Torres, Pablo; Ortiz Aguilar, Manuel; Butrón Vila, Teresa; Lomas Espadas, Manuel

H. U. Doce De Octubre. Madrid

### **INTRODUCCIÓN:**

El liposarcoma bien diferenciado es una patología infrecuente que suele asociarse con mal pronóstico debido a un diagnóstico tardío. Es un tumor maligno de origen mesodérmico y derivado del tejido adiposo. Suponen del 14-18 % de los sarcomas. Más frecuente en la quinta década de la vida, en varones y pueden desarrollarse en cualquier localización. En el caso de estar localizado en intestino delgado suele presentarse como pólipo submucoso o invaginación de la mucosa sin ulceración. La clínica es inespecífica, masa palpable, blanda, de lento crecimiento y síntomas compresivos, si ha evolucionado. Para el diagnóstico, incluso en una radiografía abdominal se puede ver desplazamiento de asas de intestino, pero la técnica de elección es la RMN que muestra alta señal de intensidad en T1. Existen cuatro tipos histológicos: mixoide, pleomórfico, desdiferenciado y bien diferenciado, este último es el de mejor pronóstico y el más frecuente aunque tiene alta incidencia de recidiva local y de desdiferenciación. El tratamiento consiste en resección completa de la lesión. El pronóstico dependerá del subtipo histológico, el pleomórfico y desdiferenciado son los de peor pronóstico, con tendencia a recurrencia local y metástasis.

### **CASO:**

Paciente de 75 años, sin antecedentes personales de interés, con historia de dolor abdominal de 2 meses de evolución sin otra sintomatología. En la exploración física se palpa masa en hipogastrio de 10-12 cm de consistencia aumentada que se moviliza parcialmente con la movilización. Análíticamente no presenta alteraciones, con marcadores tumorales CEA y Ca 19.9, con Ca 125 en el límite alto de la normalidad. Análíticamente no presentaba ninguna alteración. Resultado de la RMN abdomino-pélvica: gran masa lipomatosa en hipogastrio de 12x13x7 cm, a descartar liposarcoma omental o mesentérico, con cuadro obstructivo parcial de intestino delgado. Se realiza intervención quirúrgica: resección de 10-15 cm que incluye masa de 12 cm que depende de intestino delgado y/o mesenterio con anastomosis latero-lateral manual. La pieza de intestino delgado tiene una lesión compatible con lipoma atípico (liposarcoma bien diferenciado) que tumoral parece depender de la pared intestinal en su lado antimesentérico, sin afectación de la mucosa.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:**

Es una patología infrecuente con una clínica inespecífica, difícil de sospechar. La RMN es una herramienta muy útil para establecer el diagnóstico previo a la cirugía. Muchos estudios apuntan a que el comportamiento del liposarcoma está influido por la localización, teniendo peor pronóstico los tumores de localización profunda, en especial el de retroperitoneo, con más tendencia a la recidiva y a la desdiferenciación. El peor pronóstico parece estar en relación con una resección incompleta. Por otro lado la desdiferenciación si el tumor se localiza en las extremidades es poco frecuente. La localización intestinal es extremadamente rara. Existe mucha controversia en la nomenclatura de estos tumores, los términos lipoma atípico y liposarcoma bien diferenciado se refieren a tumores no metastásicos, actualmente se denominan tumores atípicos lipomatosos, excepto si se localizan en retroperitoneo o mediastino. El tumor puede ser más extenso e infiltrante que lo objetivado la clínica y radiológicamente. El tratamiento curativo se basa en la cirugía.

## **P24. ACTINOMICOSIS ABDOMINAL: PRESENTACION CLINICA COMO NEOPLASIA INTRAABDOMINAL**

Fakih Gómez, Naim; Marcacuzco, Alberto; Caso, Oscar; Justo, Iago; Sanabria, Rebeca; García, Sandra; García, Maria; Alvaro, Edurne; Jiménez, Carlos  
Hospital 12 De Octubre. Madrid

### **INTRODUCCIÓN:**

En los países desarrollados la actinomicosis es una entidad poco frecuente y es causada principalmente por *Actinomyces israelii*, una bacteria gram positiva e anaerobia. La presentación puede ser cervicofacial, torácica o abdominopélvica. La afectación abdominal constituye el 20% de las actinomicosis y su diagnóstico suele ser difícil porque su presentación generalmente es como una tumoración abdominal. El diagnóstico histológico suele ser concluyente.

### **CASO CLÍNICO:**

Presentamos el caso de una paciente mujer de 50 años que acude a urgencias por dolor abdominal localizado en flanco derecho de 3 días de evolución asociado a náuseas y vómitos. No presentaba fiebre ni otra sintomatología digestiva. A la exploración presentaba defensa en dicha zona, y analíticamente no presentaba leucocitosis ni otras alteraciones significativas. Con la sospecha de apendicitis aguda se le realiza una ecografía abdominal visualizándose una tumoración mesentérica cercana al ángulo hepático del colon. En TC abdominal se visualiza tumoración mesentérica con reacción inflamatoria peri tumoral. En la colonoscopia presentaba signos de colitis inespecífica en colon derecho. Ante la sospecha de tumoración abdominal, se realiza resección laparoscópica del tumor, y su estudio histopatológico es compatible con actinomicosis abdominal. Se comienza con tratamiento con penicilina durante 4 semanas, evolucionando la paciente favorablemente.

### **DISCUSIÓN:**

La actinomicosis es una infección crónica supurativa poco frecuente causada por una bacteria gram positiva. Suele formar colonias reconocibles por los gránulos de sulfuro. El más frecuente es el *Actinomyces israelii*. Este microorganismo que existe en la flora saprofita de la cavidad oral es raramente patógeno y solo parece que causa infección cuando penetra en los tejidos tras una brecha en las mucosas. Las 3 formas de presentación son la cervicofacial, torácica y abdominopélvica. Esta última ocurre en el 20% de los casos, y suele ser secundaria a ruptura de la mucosas, que en la mayoría de los casos suele ser secundaria a cirugía previa. Se han publicado casos secundarios a apendicitis aguda, diverticulitis aguda o dispositivos intrauterinos. La presentación clínica de la actinomicosis incluye dolor abdominal difuso, vómitos y la presencia de masa abdominal o fístula. Las pruebas radiológicas suelen identificar una masa abdominal sin rasgos diagnósticos distintivos. La infección supurativa que ocurre progresa formando una masa con una marcada reacción inflamatoria pudiendo englobar órganos abdominales y ocasionalmente formando fístulas. El diagnóstico definitivo suele ser con el examen histopatológico de la lesión apareciendo los típicos aunque no patognomónicos gránulos de azufre. El tratamiento se basa en el drenaje o resección quirúrgica de la

tumoración, junto con tratamiento antibiótico prolongado, siendo de elección la penicilina-G sódica.

#### **CONCLUSIÓN:**

El diagnóstico de la actinomicosis abdominal es difícil. Todos los órganos abdominales pueden verse involucrados. Incluso cuando la afectación es extensa, el tratamiento combinado quirúrgico y con antibioterapia permite la curación en la mayoría de los casos.

## **P25. FÍSTULA APENDICOCUTÁNEA CON APENDICOLITO EN PARED ABDOMINAL**

Orts Micó, Francisco José; Nofuentes Riera, Carmen; Gil Santos, María; Rumenova Smilevska, Romyana; Ruiz-Piqueras Lecroisey, Macarena del Pilar; Soliveres Soliveres, Edelmira; Luri Prieto, Paloma; Compañ Rosique, Antonio; García García, Salvador  
Hospital Universitario San Juan de Alicante

#### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica urgente más frecuente en nuestro medio que suele cursar con dolor abdominal que acaba localizándose en fosa iliaca derecha, leucocitosis con neutrofilia y fiebre. Las complicaciones más frecuentes de la misma son el plastrón apendicular, absceso apendicular, peritonitis tanto localizada como difusa y pyleflebitis. Otras complicaciones mucho menos frecuentes son obstrucción intestinal, derrame pleural o fístula estercorácea. Presentamos un caso de apendicitis que debutó en forma de fístula apendicocutánea con apendicolito en pared abdominal.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Revisión de la bibliografía publicada hasta la fecha a propósito de un caso.

#### **RESULTADOS:**

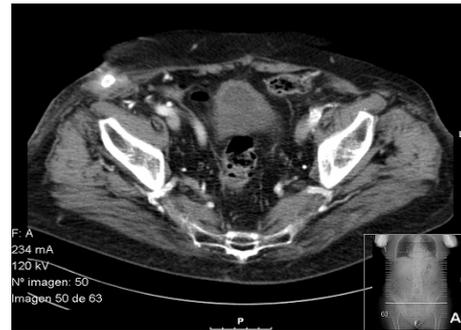
Mujer de 89 años con antecedentes de cardiopatía isquémica crónica, HTA e insuficiencia aórtica moderada-severa que acudió a nuestro hospital por dolor abdominal en FID de 4 días de evolución asociado a celulitis de la pared abdominal y un orificio fistuloso con débito escaso purulento-fecaloideo.

Se solicitó TC abdominal que informó de área flemonosa en FID sin objetivarse apéndice cecal e imagen de 1 cm densidad calcio sugestiva de apendicolito en pared abdominal. En cuanto a la analítica sanguínea destacar la leucocitosis 17.000, con neutrofilia 86.2% y una PCR de 14.3.

Dados los resultados clínico-analíticos y de exploraciones complementarias se decide intervención quirúrgica urgente realizándose una incisión de Rockey-Davis y encontrando tras la disección por planos el ciego adherido a la pared abdominal y el apéndice integrado en toda su longitud en la pared abdominal. Se individualizó y ligó la base apendicular y el apéndice se extrajo junto con el apendicolito mediante fistulectomía de la pared abdominal. El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias.

#### **CONCLUSIONES:**

La fístula apendicocutánea es una rara complicación de la apendicitis aguda perforada con algo más de una decena de casos publicados en la literatura revisada. Está asociada habitualmente a inmunodeficiencias tales como tratamiento corticoideo crónico, fibrosis quística o SIDA, hecho que nuestra paciente no tenía.



## P26. DIVERTICULITIS AGUDA EN MALROTACIÓN INTESTINAL

Orts Micó, Francisco José; Gil Santos, María; Ruiz-Piqueras Lecroisey, Macarena del Pilar; Rumenova Smilevska, Romyana; Pérez Bru, Susana; Mingorance Alberola, María; García Marín, Andrés; Compañ Rosique, Antonio; García García, Salvador  
Hospital Universitario San Juan de Alicante

### OBJETIVOS:

La malrotación intestinal puede presentarse en cualquier edad con una gran variedad de síntomas agudos y crónicos. Pero en algunos casos, como el que presentamos a continuación, la malrotación intestinal puede cursar paucisintomática o completamente asintomática durante años, siendo un hallazgo incidental por un proceso agudo como es la diverticulitis aguda.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de la literatura a propósito de un caso.

### RESULTADOS:

Presentamos un varón de 66 años de edad y antecedentes de HTA y en estudio por nódulo pulmonar pendiente de filiar que acude a Urgencias por presentar dolor abdominal difuso que se termina focalizando en FID de 24 horas de evolución, asociado a fiebre, sin náuseas ni vómitos. A la exploración abdominal se objetiva dolor y defensa localizada en FID sin signos de irritación peritoneal generalizada, palpándose plastrón en FID. Analíticamente no se aprecia leucocitosis, ni neutrofilia, hemoglobina dentro de parámetros normales y una PCR de 12.49.

Se decide la realización de TC abdominal cuyos hallazgos sugieren diverticulitis aguda (en FID) perforada como opción diagnóstica más probable en paciente con malrotación intestinal.

Dado el estado general del paciente y la exploración física se decide tratamiento médico conservador con antibioterapia, con evolución favorable, normalización de parámetros analíticos y de signos y síntomas por lo que se procede al alta al cuarto día asintomático.

### CONCLUSIONES:

La diverticulitis aguda es una entidad muy prevalente en nuestro entorno presentando variaciones tales como la que mostramos en el presente caso clínico siendo diagnóstico diferencial de otra patología prevalente como es la apendicitis aguda y la diverticulitis en otras localizaciones colónicas.



## **P27. CARCINOMA EPIDERMOIDE ANAL. CAMINOS TORTUOSOS**

Dorado Castro, Lucía; López López, María; Montoto Santomé, Paula; Maseda Díaz, Olga; Torres García, Ignacia; Alonso Fernández, Leticia; Monjero Ares, Inmaculada; Costa Buján, José Antonio; Arija Val, Félix  
Hospital Lucus Augusti. Lugo

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La incidencia de carcinoma epidermoide anal ha aumentado en los últimos años y especialmente en grupos de alto riesgo como homosexuales e inmunodeprimidos: VIH+ y trasplantados. La infección por un genotipo oncogénico del virus del papiloma humano (VPH) en el canal anal o en la piel perianal, desencadena la progresión de lesiones displásicas intraepiteliales (neoplasia intraepitelial anal o NIA) a carcinoma epidermoide. Estas neoplasias epiteliales se originan sobre lesiones premalignas que son potencialmente tratables con finalidad curativa con tratamientos locales. Sin embargo, estas lesiones iniciales pueden no dar clínica y pasar desapercibidas durante mucho tiempo. Presentamos el caso de un varón de 62 años homosexual, VIH+, con infección por VPH que presenta en canal anal: condiloma acuminado, NIA grado 3 y carcinoma epidermoide infiltrante.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Paciente con los antecedentes descritos que acude a urgencias por dolor anal intenso y fiebre de 1 semana de evolución. Presenta absceso perianal y al tacto rectal gran tumoración en canal anal. Se realiza drenaje quirúrgico del absceso y toma de biopsias del tumor siendo compatibles con NIA 3 tipo bowenoide. Con estos resultados se decide realizar: TAC abdominal: Masa rectal compatible con condiloma acuminado con probable importante componente inflamatorio. Se visualizan abundantes adenopatías locales y a distancia y LOE hepática en segmento IV sugestiva de metástasis; RMN pélvica: Voluminosa masa en canal anal extendiéndose al recto inferior, presencia de adenopatías inguinales derechas y trayecto fistuloso en región perianal izquierda a la 7 horaria, RMN hepática: Lesión de 2 cm en segmento IV compatible con metástasis. Con la sospecha de carcinoma metastásico se realizan nuevas biopsias de la tumoración compatibles con displasia de alto grado y PAAF de las adenopatías inguinales no evidenciándose presencia de celularidad neoplásica. Dado los resultados y la sintomatología del paciente, se decide cirugía mediante colostomía ílica izquierda de descarga y múltiples biopsias perianales siendo compatibles con NIA 3 sobre condiloma acuminado. Ante la alta sospecha y la imposibilidad diagnóstica se decide biopsia laparoscópica de la LOE hepática y biopsias múltiples de la tumoración recto-anal nuevamente siendo la LOE hepática: hemangioma hialinizado y la tumoración perianal positivo para carcinoma epidermoide infiltrante. (fotos).

### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:**

Con el diagnóstico anatómopatológico de carcinoma epidermoide infiltrante localmente avanzado y de tamaño de más de 5 cm (estadío de TNM IIIA-IIIB) se pauta quimio-radioterapia. El paciente evoluciona favorablemente.

Concluyendo, es muy importante tener en cuenta la dificultad diagnóstica que puede plantearnos el carcinoma epidermoide en el contexto de un paciente con displasia de alto grado y de vital importancia realizar un diagnóstico de certeza. Esto se debe a que es muy diferente el tratamiento de la displasia de alto grado y del carcinoma epidermoide. El tratamiento de elección en el carcinoma epidermoide es la radioterapia y la quimioterapia con 5-fluoracilo y mitomicina C. El tratamiento quirúrgico se valorará en estadíos muy iniciales y para el cáncer anal residual o recidivante tras quimio-radioterapia. Hoy en día se recomienda el screening de las poblaciones de alto riesgo. El tamaño del tumor y la presencia de metástasis linfáticas son el factor pronóstico más importante.

## **P28. TUMOR FIBROSO SOLITARIO PERIRRECTAL. UNA ENTIDAD RARA**

Álvarez García, Helena; Casal Núñez, Enrique; Cáceres Alvarado, Nieves; Mateos Martín, Alejandro; Freiría Eiras, Miguel A.; Guzmán Suárez, Silvia; Costas Fernández, Verónica; Toscano Novella, Angeles  
Hospital Xeral de Vigo

### **INTRODUCCIÓN:**

El tumor fibroso solitario (TFS) es un tumor raro, de partes blandas, descrito inicialmente en la pleura, pero que los avances de la inmunohistoquímica (IHQ) han permitido catalogar este tipo de tumor en otras localizaciones muy diversas.

### **CASO CLÍNICO:**

Presentamos el caso de una mujer de 63 años, diabética, que consulta por bultoma en la nalga de 5 años de evolución, que aumentó de tamaño a raíz de un traumatismo sobre dicha región. La RM revelaba una gran tumoración perirrectal de 16x9x10 cm, sólida, de aspecto nodular periférico, que desplazaba el ano y el recto junto con el esfínter externo y el músculo elevador del ano ipsilateral, ocupando la fosa isquiorrectal y extendiéndose a la grasa preperitoneal y subcutánea glútea. Bajo anestesia general se procedió a la exéresis completa de la lesión perineal que respetaba los planos musculares y la pared rectal. La anatomía patológica reveló una tumoración bien delimitada constituida por células mesenquimales sin patrón definido, alrededor de numerosos vasos sanguíneos, alternando con áreas hialinizadas. Dichas células tenían núcleos alargados sin atipias ni mitosis y citoplasmas mal definidos. La IHQ demostró intensa positividad para CD34 y vimentina y no muestra expresión de actina, desmina, S100 ni CD99.

### **CONCLUSIÓN:**

El TFS es una neoplasia mesenquimal, cuya localización perirrectal es extremadamente rara. Se han descrito casos en pulmón, mediastino, senos paranasales, pericardio, peritoneo, etc. Y para su caracterización es clave la IHQ, basada en la positividad para CD34 y vimentina, y en la negatividad de keratina, S100, actina, desmina. La clínica que producen este tipo de tumores son debidos a su gran crecimiento y a la compresión de estructuras vecinas. Si bien, un 4% de los TFS de la pleura producen hipoglucemia en relación con algunos factores insulina-like que producen estas células tumorales. La radioterapia y la quimioterapia aportan malos resultados a estos tumores, por lo que la cirugía es el único tratamiento disponible. En general, el comportamiento es benigno, salvo en el 10-15 % de los casos en los que puede haber recurrencia y signos de infiltración local. La presencia de metástasis es muy rara. La agresividad del curso del tumor podría tener relación con unos indicadores como son el tamaño tumoral grande, alta celularidad, pleomorfismo, numerosas mitosis y la presencia de áreas necróticas y hemorrágicas, aunque la características benignas anatómicas no excluyen la evolución agresiva.

## **P29. ENFERMEDAD DE CROHN EN EL HOSPITAL DE VIGO. REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS**

Álvarez García, Helena; Flores Rodríguez, Erene V.; López Saco, Angel; Freiría Eiras, Miguel Ángel; Guzmán Suárez, Silvia; Costas, Verónica; Cáceres Alvarado, Nieves; Toscano Novella, Ángeles; Casal Núñez, Enrique  
Hospital Xeral de Vigo

### **OBJETIVO:**

Revisar las características epidemiológicas, clínicas y la evolución de los pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn (EC) y que fueron intervenidos quirúrgicamente en los últimos 12 años en el Hospital Xeral de Vigo.

## **PACIENTES Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo observacional de 84 pacientes adultos que fueron intervenidos por EC intestinal (se excluye la enfermedad perianal) entre enero de 2000 y diciembre de 2011 en el Área Sanitaria del Hospital Xeral de Vigo con 265.422 habitantes.

## **RESULTADOS:**

Nuestra serie consta de 84 pacientes con una relación hombre/mujer de 1,3. Fueron intervenidos por EC en 96 ocasiones (8 intervenciones/año), de las cuales, el 28,87% fueron por recidiva.

La edad media al diagnóstico de estos pacientes fue de 33,2 años (9-65), aunque un 13% presentaban más de 50 años, y la edad media en la primera cirugía fue de 41,2 años (14-78). Entre el diagnóstico y la cirugía transcurrieron una media de 7,2 años, y el tiempo transcurrido entre la primera intervención y la intervención por recidiva fue de 1,88 años. El método diagnóstico más utilizado fue el tránsito gastrointestinal (44,05%) seguido de la endoscopia (27,38%), siendo la cirugía el motivo de diagnóstico el 21,43 % de los casos. En el momento del diagnóstico, un 63,10% de los pacientes presentaron afectación de un solo segmento intestinal frente al 36,90% que tenía afectación de varios, siendo la localización más frecuentemente afectada el ileon (80,95%). Con respecto a las intervenciones, el 85,42% se realizaron de forma programada, fundamentalmente por síntomas oclusivos (55,29%), y el 14,58% de forma urgente, principalmente por fístula o perforación (62,5%). El 14,58% de los pacientes recibieron más de una resección intestinal, y la resección que más se realizó fue la ileocecal (54,17%). Se realizó ileostomía y colostomía en 7 (6,09%) y 5 (4,35%) pacientes respectivamente. Se registró una morbilidad postoperatoria en 30 ocasiones (30,96%). Las principales causas fueron la dehiscencia anastomótica (5 pacientes, 5,21%), los abscesos intraabdominales (3), shock séptico (4) y alteraciones del tránsito intestinal que precisaron observación (9). Se presentaron 2 casos de hemoperitoneo y un hundimiento de la colostomía. Durante el postoperatorio tuvieron que reintervenirse 9 pacientes (9,38%) y se obtuvo la mortalidad de un paciente por hemoperitoneo en la tercera intervención por recidiva. Durante el periodo estudiado, 20 pacientes se reintervinieron por recidiva una vez, 7 pacientes 2 veces, y un paciente 3 veces. La morbilidad postoperatoria en la primera, segunda y tercera intervención fue del 25%, 33,3% y 42,86 % respectivamente, y precisaron cirugía en el 7,35%, 10% y 28,57% respectivamente. Con respecto al tratamiento farmacológico previo a la intervención, 9 pacientes (10%) no recibieron medicamento alguno frente a los 74 (89%) que sí tomaban algún tipo de tratamiento específico. 56 pacientes (65,88%) continuaron con tratamiento farmacológico tras la cirugía.

## **CONCLUSIONES:**

Aunque se dispone de múltiples tratamientos médicos y nuevas terapias biológicas, a veces se tiene que recurrir a la cirugía. No hemos encontrado datos significativos, pero las complicaciones y la necesidad de reintervenciones en el postoperatorio inmediato aumentan con las cirugías por recidiva. Por ello, hay que tratar de disminuir el número de cirugías necesarias e instaurar el tratamiento médico lo antes posible.

## **P30. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL ANCIANO COMO PRESENTACIÓN DE OBSTRUCCIÓN AGUDA**

Domínguez Sánchez, Iván; Peláez Torres, Pablo; Cámara, María; Supelano Eslait, Guillermo; García Gutiérrez, Virginia; Pérez Torres, Jorge; Butrón Vila, Teresa; Pascual Montero, José Antonio; Lomas Espadas, Manuel

Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid

## **INTRODUCCIÓN:**

La enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn) es un trastorno inmunoinflamatorio crónico cuyo órgano diana es el intestino y que se caracteriza por la inflamación recurrente de segmentos del intestino delgado y/o colon. Presentan una distribución epidemiológica bimodal, con un primer pico en la 3ª década de la vida y un segundo pico en la 6ª década estimando que entre el 5 y el 15% de los debuts se presentan a partir de los 60 años y que la clínica en el anciano es similar a la de los jóvenes. La gran

variedad de patologías incluidas en el diagnóstico diferencial hacen difícil la orientación diagnóstica inicial en estos pacientes.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Presentación de un caso acaecido en nuestro hospital de paciente anciana con diagnóstico incidental de EII tipo Crohn tras cuadro de obstrucción intestinal aguda.

#### **RESULTADOS:**

Mujer de 80 años de edad sin antecedentes quirúrgicos que acude a urgencias por presentar dolor abdominal difuso de 3 días de evolución y vómitos. En la analítica destaca elevación de la fórmula leucocitaria con desviación izquierda. Radiografía de abdomen con asas intestinales dilatadas y niveles hidroaéreos acompañantes. TAC abdominal compatible con obstrucción de íleon distal y abundantes adenopatías mesentéricas. Se practica laparotomía media infraumbilical encontrando un **segmento ileal engrosado** a 40 cm de la válvula ileocecal, **de aspecto infiltrativo y nodularidad palpable de unos 20 cm de longitud**, con numerosas adenopatías en el mesenterio correspondiente. Se realiza resección de intestino delgado y anastomosis laterolateral. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y el estudio histopatológico describe la existencia de múltiples ulceraciones compatibles con **enfermedad inflamatoria de tipo Crohn** así como numerosas adenopatías reactivas sin evidenciar neoplasia linfoide. La paciente continúa en seguimiento por Medicina de Aparato Digestivo, con buena evolución de su enfermedad.

#### **CONCLUSIÓN:**

La enfermedad inflamatoria intestinal del anciano debe formar parte del diagnóstico diferencial de otras enfermedades frecuentes en la edad avanzada como son los divertículos, sus complicaciones (hemorragia, inflamación), la colitis isquémica o el adenocarcinoma. No hay que olvidar que el algoritmo diagnóstico y terapéutico no dista del empleado en la población joven siendo la indicación principal el tratamiento farmacológico y reservar la cirugía para situaciones de resistencia al tratamiento médico o ante la presencia de complicaciones.

## **P31. UN DIA DE SUERTE**

Mariño Padín, Esther; Teijeiro Alexandra, Piñeiro; Estévez Fernández, Sergio; Castillo del Río, Raimundo; Ballinas Miranda, Julio; Carrera Dacosta, Ester; Piñón Cimadevila, Miguel Angel  
Complejo Hospitalario Pontevedra

#### **INTRODUCCIÓN:**

La hemorragia gastrointestinal oscura, se define como sangrado gastrointestinal cuyo origen no puede identificarse mediante gastroscopia o colonoscopia, y representa un 5% del total de pacientes con sangrado gastrointestinal.

Puede ser dividida en dos grupos: oscura oculta y manifiesta, basándose en la presencia o ausencia de hemorragia clínicamente evidente.

La entidad responsable de la hemorragia en menores de 40 años son los tumores como linfomas, carcinoides y tumores estromales, mientras que en los de edad más avanzada son más frecuentes las lesiones vasculares como las angiodisplasias, el aneurisma cirsoideo o lesión de Dieulafoy o úlceras del tracto gastrointestinal.

#### **CASO CLÍNICO:**

Paciente de 84 años, sin alergias conocidas, que como único antecedente presenta una Fibrilación Auricular a tratamiento con acenocumarol.

Paciente que acude a Urgencias por dolor en hemiabdomen izquierdo y cuadro presincoanal. A la llegada a Urgencias se objetiva rectorragia masiva con tendencia a hipoTA (80/40), por lo que se decide traslado a Rea para estabilización.

En su analítica a su llegada a REA destacaba : 5.4 Hb y 16.3% Htcto. 12400 Leucocitos y 1.4 de INR.

Se realiza colonoscopia en la que se demostró presencia de sangre hasta íleon terminal y gastroscopia sin hallazgos patológicos .

Frente a la persistencia de hemorragia y necesidad transfusional para mantener la estabilidad hemodinámica se realiza Angio-TAC, ya que no disponemos de otros métodos diagnóstico/terapéuticos en determinados horarios.

En el Angio-TAC se observa extravasado de contraste intraluminal en un asa de íleon a nivel de FII; hallazgos sugestivos de hemorragia digestiva con sangrado activo sin líquido libre a nivel intrabdominal.

Con los hallazgos descritos se decide laparotomía urgente, observando la presencia de contenido hemático oscuro en todo el yeyuno e íleon, sin lesiones visibles ni palpables y sin líquido libre intraperitoneal. Ante la dificultad de localizar la zona de sangrado se decide llamar al Endoscopista de guardia para realizar Enteroscopia intraoperatoria, mientras, se intenta clampaje selectivo de 20 en 20 cm de todo el intestino delgado desde el Treitz delimitando una zona a 40 cm del Treitz, con gran cantidad de coágulos y con sangrado activo observado por transluminación, por lo que se resecan esos 20 cm de yeyuno. Se procede a apertura intraoperatoria de la pieza visualizando una lesión vascular puntiforme transmucosa con sangrado activo.

En la anatomía patológica de la pieza informan de la presencia de una úlcera de unos 3 mm de diámetro mayor sin otros hallazgos.

El paciente es dado de alta a los 10 días sin complicaciones.

#### **CONCLUSIONES:**

En las hemorragias digestivas de origen oscuro, creemos que en los centros que no se dispone de medidas diagnóstico/terapéuticas como la angiografía o la enteroscopia con doble balón, puede ser de utilidad la realización de un Angio-TAC, que en el 70% de los casos puede localizar el punto de sangrado.

En los casos como el que presentamos en el que la causa es una lesión vascular milimétrica proponemos intentar el clampaje selectivo para delimitar la zona de sangrado activo.

## **P32. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA POR GIST: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Rial Durán, Ágata; Estévez Fernández, Sergio; Mariño Padín, Esther; Piñeiro Teijeiro, Alexandra; Carrera Dacosta, Esther; Castillo del Río, Raimundo; Ballinas Miranda, Julio; Piñón Cimadevila, Miguel Angel  
Complejo Hospitalario Pontevedra

#### **INTRODUCCIÓN:**

Los tumores estromales gastrointestinales (GIST), que se presentan principalmente en la pared intestinal, son tumores mesenquimales raros, con potencial maligno que afectan el tracto gastrointestinal. Los GIST son los tumores no epiteliales más comunes del tracto digestivo. La presentación clínica más común es un sangrado crónico o agudo, aunque depende de la situación donde se encuentre el tumor la sintomatología puede ser diferente. En nuestro caso, el paciente presentó anemia y hemorragia digestiva baja con repercusión hemodinámica.

#### **CASO CLÍNICO:**

Paciente varón de 56 años, sin alergias conocidas, fumador de 20 cig/día y bebedor ocasional. Ingresado en marzo 2012 por HDA con erosiones superficiales a nivel de antro (gastritis erosiva) en bulbo duodenal presentó úlcera con fibrina. El paciente acude a urgencias por mareo y rectorragia, primer episodio 3 días antes, acompañado de síncope, que precisó de transfusión sanguínea de 6 CH. A la exploración, no dolor abdominal; no vómitos ni hematemesis. Pruebas realizadas:

-Gastroscoopia digestiva alta: duodenitis erosiva, test de ureasa, biopsias de antro.  
-Colonoscopia: Hemorragia digestiva de causa no filiada. Hemorroides internas. Micropolipos de sigma y recto. Polipectomía

-TC abdominopélvico sin y tras administración de CIV en fases arterial y portal. No se evidencia extravasación de contraste que sugiera sangrado activo. En vacío izquierdo se evidencian una masa de aproximadamente 7,1 x 4,8 x 7,1 cm, localizada entre y dependiendo de asas de yeyuno, probablemente intra y extramural, con crecimiento exofítico hacia el meso. Adenopatías mesentéricas y retroperitoneales subcentimétricas, por lo que no se encuentran dentro del rango patológico en cuanto a tamaño. Lesiones hepáticas focales hipodensas

milimétricas en segmentos VIII y V, inespecíficas, probablemente quistes o hemangiomas. No se objetivan otra lesiones focales hepatoesplénicas ni suprarrenales. Divertículos aislados en sigma sin signos de diverticulitis. Mínimo engrosamiento pleural bilateral. Hallazgos sugestivos de neoplasia de intestino delgado.

Con el diagnóstico por imagen de tumoración en intestino delgado, Se interviene quirúrgicamente de urgencia realizando resección intestinal incluyendo la tumoración, con el análisis diferido anátomo-patológico de TUMOR ESTROMAL GÁSTROINTESTINAL.

#### **CONCLUSIÓN:**

En nuestro caso, el angioTAC ha sido clave para el diagnóstico prequirúrgico de la tumoración que provocaba el sangrado digestivo y fundamental para el manejo correcto del paciente.

### **P33. ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR EN MUJER DE 26 AÑOS. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

García Gutiérrez, Virginia; Justo Alonso, Iago; García Aroz, Sandra; García Nebreda, María; Sanabria Mateos, Rebeca; Manrique Municio, Alejandro; Calvo Pulido, Jorge; Lomas Espadas, Manuel; Jiménez Romero, Juan Carlos  
H.U. Doce de Octubre. Madrid

#### **INTRODUCCIÓN:**

El cáncer de vesícula representa una patología tan infrecuente como letal, diagnosticándose menos de 5000 casos al año en USA, la mayoría de forma incidental tras colecistectomía encontrándose hasta en un 1-2% de los casos. Presenta gran variabilidad geográfica presentándose en mayor parte en nuestro medio a raíz de la inmigración sudamericana. Ocupa el 5º lugar en frecuencia dentro de los tumores del aparato digestivo.

#### **CASO CLINICO:**

Se trata de una paciente mujer de 26 años que presenta cuadro de dolor en hipocondrio derecho de meses de evolución que se acompaña de febrícula, náuseas y vómitos. No presenta ictericia, coluria ni acolia. A la exploración se palpa efecto masa en HCD, dolorosa con Murphy (-). En la analítica se objetiva discreta elevación de las enzimas de colestasis, con bilirrubina normal. Marcadores tumorales no elevados. Se realiza CT que describe masa heterogénea hiperdensa de 8x7x8,5 cm de bordes bien definidos que en su parte anterior infiltra grasa abdominal, sin dilatación de la vía biliar. Realizándose PAAF con resultado de inflamación aguda y xantogranulomatosa. En la RMN no se corresponde con el aspecto habitual de neoplasia primaria, sin poder descartarse. Se realiza colecistectomía radical modificada con linfadenectomía con resultado de biopsia intraoperatoria de adenocarcinoma. Se extrae una segunda biopsia intraoperatoria en la que se descarta infiltración neoplásica del borde de sección del conducto cístico. Pieza de colecistectomía con adenocarcinoma vesicular bien diferenciado que infiltra el espesor parietal y el tejido conectivo perimuscular sin sobrepasar la serosa ni afectar el hígado. Se aislaron 12 ganglios linfáticos sin evidencia de infiltración neoplásica. pT2N0 (estadio II) El postoperatorio transcurre sin incidencias, siendo dada de alta el 9º día postoperatorio. Valorada por el servicio de oncología médica, que realiza seguimiento sin tratamiento adyuvante postquirúrgico. Un año después del tratamiento quirúrgico la paciente se encuentra asintomática, sin signos radiológicos de recidiva.

#### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:**

Ante el hallazgo de una masa en la vesícula biliar en las pruebas de imagen, nunca se debe descartar la posibilidad de neoplasia, a pesar de ser una patología infrecuente. El diagnóstico definitivo de carcinoma vesicular viene determinado por la anatomía patológica. El hallazgo anatomopatológico de adenocarcinoma de origen vesicular representa un mal pronóstico, exceptuando los casos de estadíos precoces (I y II). En todos los casos de sospecha de carcinoma se puede plantear una PAAF preoperatoria guiada por TC, más aún si parece un tumor localmente avanzado, puesto que esto supone un pronóstico ominoso evitando la intervención quirúrgica que no estaría indicada en estos casos. No está clara la pauta de tratamiento quimioterápico a seguir tras la cirugía radical. Varios estudios han mostrado que el tratamiento con colecistectomía simple en tumores T2 se asocia con un 35-40 % de pacientes

con tumor residual, sobre todo teniendo en cuenta que muchos de estos pacientes no reciben tratamiento adyuvante.

## **P34. GANGLIONEUROMA RETROPERITONEAL. A PROPOSITO DE 2 CASOS**

Gutiérrez Samaniego, Maria; Yuste García, Pedro; Pérez Zapata, Ana; Osorio Silla, Irene; Miñambres Cabañes, Carla; Bra Insa, Eneida; Domínguez Sánchez, Iván; De la Fuente Bartolomé, Marta; De la Cruz Vigo, Felipe  
Hospital Doce de Octubre. Madrid

### **OBJETIVOS:**

El ganglioneuroma es un tumor infrecuente. generalmente benigno y que ha sido descrito en diferentes localizaciones : mediastino (39%), retroperitoneo (31%), médula suprarrenal (21%) y cuello y pelvis (9%).La mayoría de estos tumores suelen ser asintomáticos y son descubiertos como incidentalomas.

El objetivo de la presente comunicación es determinar las características diagnósticas, plantear el diagnóstico diferencial y el tratamiento quirúrgico de elección (abierto / laparoscópico) del ganglioneuroma de origen retroperitoneal.

### **MATERIAL Y METODOS:**

#### **Caso 1:**

Mujer de 58 años, Asintomática. Acude a consulta tras una revisión rutinaria de su ginecólogo por presentar una tumoración retroperitoneal de origen incierto diagnosticada de forma incidental en ecografía abdominal

Exploración física: sin hallazgos dignos de mención.

Eco abdominal: Tumoración de 10 cm pararenal derecha que requiere estudio.

TAC abdominal: tumoración retroperitoneal medial a la glándula suprarrenal derecha de 10x7x5 cm parcialmente calcificada que desplaza vena renal derecha y vena cava inferior.

Analítica: estudio metabólico y funcional normal.

Gammagrafía con MIBG: sin captación patológica.

#### **Caso 2:**

Varón de 75 años. que refiere dolor en flanco irradiado a región lumbar y miembro inferior derechos.

Exploración física: sin hallazgos dignos de mención.

Eco abdominal: Tumoración de 6x4cm en glándula suprarrenal derecha.

TAC abdominal: Tumoración retroperitoneal en contacto con glándula suprarrenal derecha de 6x4x4 cm.

RM: Tumoración suprarrenal derecha con signos de hiperactividad en T2.

Analítica: estudio metabólico y funcional normal.

Gammagrafía con MIBG: sin captación patológica.

### **RESULTADOS:**

#### **Caso1**

Intervención: Laparotomía media .Exéresis completa de la tumoración.

Estudio Anatomopatológico e Inmunohistoquímico: Ganglioneuroma benigno.

Seguimiento: 2 años asintomática y sin signos de recidiva.

#### **Caso 2**

Intervención: Suprenalectomía laparoscópica.

Estudio Anatomopatológico e Inmunohistoquímico: Ganglioneuroma extraadrenal benigno con proliferación de células de Schwann.

Seguimiento: 1 año asintomática y sin signos de recidiva.

### **CONCLUSIONES:**

El ganglioneuroma retroperitoneal es un tumor inusual, clínicamente inespecífico y sin pruebas diagnósticas que confirmen el diagnóstico preoperatorio.

El tratamiento de elección es el quirúrgico, realizando la exéresis completa de la tumoración y el método de abordaje (laparoscópico/abierto) dependerá del tamaño y la sospecha de malignidad de la misma.

## **P35. LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

Mato Iglesias, María Almudena; Vives Rodríguez, Eulalia; López De Los Reyes, Ramón; Correa Cabana, Manuel; Abril Banet, Antonio; Rodríguez Velandia, Wilson; Adrio Díaz, Germán  
Hospital Arquitecto Marcide- Ferrol

### **OBJETIVO:**

Presentamos el caso de un varón de 70 años intervenido por masa retroperitoneal con diagnóstico anatomopatológico de liposarcoma bien diferenciado, con recidiva tumoral a los dos meses de la intervención.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Varón, 70 años, antecedentes de HTA y artrosis. Madre intervenida de tumor retroperitoneal. Derivado a Urgencias hospitalarias para descartar TVP por edema de miembros inferiores. Refiere aumento del perímetro abdominal progresivo en los últimos años y dolor lumbar que desde hace 3 meses se irradia a miembro inferior izquierdo. A la exploración destaca masa abdominal no dolorosa, edema escrotal y edema con fovea en miembros inferiores de predominio izquierdo. Se realiza TAC abdominal, apreciándose masa retroperitoneal izquierda compatible con Liposarcoma retroperitoneal que engloba riñón izquierdo de 20x30 cm de diámetro, desplazando estructuras vecinas. Se realiza exéresis quirúrgica de tumoración retroperitoneal, nefrectomía izquierda y suprarrenalectomía izquierda. El diagnóstico anatomopatológico es de Liposarcoma bien diferenciado. El postoperatorio cursa sin complicaciones. Dos meses después de la intervención, se realiza TAC que muestra proliferación de la grasa perirrenal de 15x20 cm, compatible con liposarcoma retroperitoneal derecho. El paciente rechaza la intervención. Se realiza seguimiento ambulatorio y 9 meses después decide operarse. Se interviene quirúrgicamente, con exéresis de gran tumoración retroperitoneal, preservando el riñón derecho. En el postoperatorio es necesario reintervenir por hematoma retroperitoneal. Posteriormente evoluciona favorablemente.

### **DISCUSIÓN:**

Los liposarcomas son tumores raros, de presentación en edad adulta. Constituyen el 15-20 % de los tumores mesenquimales, pero sólo el 0.1% de todas las neoplasias malignas. Su crecimiento es lento, expansivo y por su localización se diagnostican con tamaños elevados. La manifestación más frecuente es el aumento de perímetro abdominal por masas palpables e indoloras, aunque puede aparecer clínica neurológica, dolor o sintomatología gastrointestinal difusa. El diagnóstico se realiza por la clínica y con apoyo de técnicas de imagen: radiología, ecografía y de forma más específica, TC y RMN. El tratamiento es quirúrgico: exéresis de masa tumoral con márgenes quirúrgicos libres; aunque esto suponga la extirpación de órganos próximos o que se encuentre englobado por la masa tumoral. Las recidivas son muy frecuentes, sobre todo si no está encapsulado o no son resecaos completamente. Al ser tumores poco vascularizados, las metástasis a distancia son infrecuentes. El pronóstico depende de la localización, del tipo y grado histológico, porcentaje de mitosis, diferenciación celular y extensión de la necrosis. Puesto que la recurrencia local es tan frecuente, es necesario el seguimiento exhaustivo de estos pacientes, con RM o TAC.

### **CONCLUSIÓN:**

Los liposarcomas son tumores raros, de crecimiento lento y diagnóstico tardío, con una tasa de recidivas importante y cuyo tratamiento es siempre quirúrgico, puesto que la extirpación completa de la masa tumoral es el único tratamiento que disminuye la aparición de recidivas y por lo tanto, es el único factor que mejora el pronóstico. A pesar de ser tumores raros,

debemos sospecharlos en pacientes con sintomatología gastrointestinal inespecífica persistente.

## **P36. RECONSTRUCCION MAMARIA INMEDIATA CON IMPLANTE PROTÉSICO Y MATRIZ DÉRMICA: STRATTICE®. CASO CLINICO**

Núñez Fernández Sandra, Alvarez Alvarez Camilo, Iglesias Rodríguez Nuria, Fernández Varela Xuliana, Álvarez Sánchez María, Aldrey Cao Inés, Trillo Parejo Pedro, Gómez Lorenzo Francisco José.

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

### **INTRODUCCIÓN:**

La reconstrucción mamaria ha evolucionado de manera constante a lo largo de estos últimos años. Las matrices dérmicas suponen una novedad; se conciben más como técnicas de soporte que reconstrucción por sí solas. En ocasiones permiten simplificar la cirugía y actúan como elementos de rescate del proceso reconstructivo.

Strattice® Reconstructive Tissue Matrix es una matriz derivada de la dermis porcina que se somete a un proceso que elimina células y reduce los componentes que desempeñan un papel fundamental en la respuesta del rechazo. Se ha demostrado una rápida revascularización, repoblación celular y migración leucocitaria tras su implante, así como la presencia de una estructura vascular madura a los 6 meses de la intervención. Estas matrices aportan una protección extra al polo inferior de la mama proporcionando un tejido elástico que mejora la expansión y reduce complicaciones como la extrusión y la malposición de la prótesis.

### **OBJETIVOS:**

Presentar caso intervenido por la Unidad de Mama en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del CHUO, donde se emplea la matriz dérmica en la reconstrucción mamaria con implantes y observar los resultados.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Mujer de 32 años, a tratamiento con anticonceptivos orales desde hace 10 años y con antecedentes familiares de cáncer de mama. Acude a consulta por presentar nódulo en mama izquierda. Se realiza mamografía y ecografía mamaria bilateral donde se evidencia en mama izquierda 2 nódulos sólidos en CSE y CIE respectivamente BI RADS 5. Se realiza Biopsia mediante aguja gruesa de las lesiones cuyo resultado es Carcinoma ductal infiltrante multifocal. Se plantea caso en comité multidisciplinar y se decide intervención quirúrgica mediante mastectomía total izquierda y biopsia selectiva de ganglio centinela. A su vez, se lleva a cabo reconstrucción mamaria inmediata mediante colocación de expansor y para profilaxis mastectomía derecha siguiendo el mismo patrón. Posteriormente recibe tratamiento sistémico complementario con hormonoterapia y quimioterapia que es bien tolerado. No recibe radioterapia dado que se realizó linfadenectomía axilar izquierda por ganglios centinelas positivos. Tras seguimiento en nuestras consultas se observa retracción cutánea mamaria bilateral que plantea problemas para colocación de prótesis definitivas. Se decide el empleo de matriz dérmica bilateral para cobertura protésica. Se realiza intervención quirúrgica siete meses después de la primera cirugía. El postoperatorio inmediato transcurre sin incidencias. En sucesivos seguimientos se observa buen resultado estético, no signos de malposición protésica ni extrusión y desde el punto de vista oncológico la paciente no presenta recidiva.

### **CONCLUSIONES:**

La reconstrucción mamaria inmediata es más económica y ahorra sufrimiento psicológico a las pacientes. La reconstrucción con prótesis presenta un índice no despreciable de complicaciones.

Las matrices biológicas están cada vez más aceptadas para su uso en reconstrucción mamaria con expansor y prótesis. Son numerosos los beneficios que aportan: un mejor soporte para el implante, mejor cobertura del mismo y la posible reducción de la aparición de contractura capsular. Su uso simplifica la reconstrucción inmediata postmastectomía.