

R0003 TROMBOSIS ESPLENOPORTAL TRAS ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

JOSÉ FELIPE REOYO PASCUAL, ADEL ELDABE MIKHAIL, INÉS BAYONA GARCÍA, RAQUEL LEÓN MIRANDA, MAR VIANA MIGUEL, ROSA M^a MARTÍNEZ CASTRO, ROMINA PARRA LÓPEZ, JUAN LUIS SECO GIL

INTRODUCCIÓN

La trombosis esplenoportal tras esplenectomía, es una complicación poco frecuente acompañada de importante morbimortalidad. Un diagnóstico temprano, utilizando pruebas como el TC abdominal con contraste, puede llevarnos al tratamiento precoz y efectivo mediante anticoagulación, y conseguir una buena evolución.

CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años sin antecedentes personales de interés, diagnosticada de anemia hemolítica autoinmune, remitida para esplenectomía. El TC preoperatorio informa de bazo ligeramente aumentado de tamaño con vena porta y esplénica (de diámetro normal), permeables. Bajo profilaxis de tromboembolismo es intervenida, practicando esplenectomía laparoscópica sin incidencias. Dada de alta al sexto día postoperatorio sin complicaciones. A los 45 días ingresa de nuevo por presentar dolor epigástrico que comenzó 15 días tras la intervención quirúrgica asociado a fiebre, malestar general y náuseas. Se realiza TC abdominal en el que se encuentran datos compatibles con trombosis y cavernomatosis portal y de vena mesentérica superior. Se instaura tratamiento con heparina de bajo peso molecular y acenocumarol durante los siete días del ingreso presentando buena evolución.

DISCUSIÓN.

En la bibliografía publicada, se insiste en la importancia de un diagnóstico temprano (que a menudo resulta difícil por presentar clínica anodina o asintomática) sobre todo utilizando TC abdominal con contraste.. En nuestro caso, el cuadro clínico acompañado de las pruebas de imagen, llevó al diagnóstico y a la instauración de tratamiento precoz y efectivo, que ha de ser la anticoagulación, lo cual permitió la buena evolución.

R0004 HERNIA OBTURATRIZ: UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA

JOSÉ FELIPE REOYO PASCUAL, M^a CARMEN REGUILÓN RIVERO, RAQUEL LEÓN MIRANDA, ROSA M^a MARTÍNEZ CASTRO, MIGUEL ÁLVAREZ RICO, EVELIO ALONSO ALONSO, IVAN GIL LASO, JUAN LUIS SECO GIL

INTRODUCCIÓN

La hernia obturatriz es una patología poco frecuente, pero de alta morbimortalidad, por lo que ante un cuadro sindrómico de obstrucción intestinal es un diagnóstico a tener en consideración.

CASO CLÍNICO

Mujer de 76 años sin antecedentes médicoquirúrgicos de interés que acude a urgencias por dolor en hemiabdomen inferior de 4 días de evolución, náuseas, vómitos, ausencia de ventoseo y deposición. Exploración física: abdomen distendido, doloroso a nivel hipogástrico, no defensa ni peritonismo. No se palpan hernias inguinales ni crurales aunque presenta signo de Howship-Romberg positivo. Analítica anodina, y en Rx simple de abdomen se observa dilatación de asas de intestino delgado. La ecografía abdominal observa cuadro suboclusivo de intestino delgado sin objetivar causa orgánica. Se pauta dieta absoluta y sueroterapia, observándose empeoramiento general durante su primer día de ingreso, solicitando TC que identifica asa de intestino delgado que se introduce en orificio obturatriz derecho, en relación a hernia obturatriz obstructiva. Se decide intervención quirúrgica urgente en la que, a través de laparotomía media, se observa asa de intestino delgado encarcelada en el orificio obturador derecho que se libera y se comprueba su viabilidad, cerrando el orificio herniario. Durante su postoperatorio, la paciente evoluciona favorablemente .

CONCLUSIÓN

La hernia obturatriz es una entidad rara pero que se ha de tener en cuenta ante un cuadro de obstrucción intestinal de causa incierta. Presenta alta tasa de estrangulación, por lo que, un diagnóstico temprano, ayudándonos de pruebas de imagen, conducirá a un tratamiento eficaz que permita la evolución favorable del paciente.

R0007 CÁNCER DE COLON INTRAHERNIARIO

JOSÉ FELIPE REOYO PASCUAL, ROSA M^a MARTÍNEZ CASTRO, OSCAR VIDAL DOCE, RAQUEL LEÓN MIRANDA, MARÍA DE LA PLAZA GALINDO, ADEL ELDABE MIKHAIL, ALBERTO PALOMO LUQUERO, JUAN LUIS SECO GIL

INTRODUCCIÓN:

La hernia inguinal y el cáncer de colon son patologías frecuentes, pero la forma de presentación de un cáncer de colon contenido dentro del saco de una hernia inguinal es rara y sólo 28 casos han sido publicados hasta el momento actual.

CASO CLÍNICO:

Varón de 65 años, tetrapléjico, que acude a urgencias por dolor abdominal difuso, y ausencia de deposición y ventoseo de 3 días de evolución. Exploración física: hernia inguinoescrotal gigante izquierda incarcerada, abdomen distendido, timpánico con ruidos metálicos. Analítica: 19200 leucocitos. Rx abdomen: signos de obstrucción de intestino delgado con niveles hidroaéreos. TAC abdomen: dilatación de colon y de intestino delgado hasta sigma herniado a nivel escrotal izquierdo, sugiriendo hernia inguino-escrotal con signos de isquemia de asa. Se decide intervención quirúrgica urgente a través de incisión inguinal izquierda abriendo saco herniario que contiene asas de delgado y sigma obstruido por tumoración estenosante, realizando resección de sigma con anastomosis mecánica laterolateral, reducción a cavidad abdominal y hernioplastia Rutkow Robbins. A.P Adenocarcinoma estadio C de Dukes. El 12º día postoperatorio, desarrolla cuadro de obstrucción intestinal, siendo reintervenido a través de laparotomía media y encontrando obstrucción de yeyuno por adherencia a la anastomosis previa, realizando liberación. Posteriormente el paciente evoluciona satisfactoriamente, siendo dado de alta el 26º día postoperatorio.

CONCLUSIÓN:

Ante la presentación de una hernia inguinal incarcerada asociada a obstrucción intestinal debemos descartar la asociación de un cáncer de colon contenido en la misma mediante técnicas de imagen, tanto para confirmar el diagnóstico como para planificar la técnica quirúrgica.

R0008 GIST GÁSTRICOS

*JOSÉ FELIPE REOYO PASCUAL, GREGORIO MORAL MORAL, M^a
CARMEN REGUILÓN RIVERO, MAR VIANA MIGUEL, ROSA M^a MARTÍNEZ
CASTRO, OSCAR VIDAL DOCE, RAQUEL LEÓN MIRANDA, JUAN LUIS
SECO GIL*

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan el 2 % de las neoplasias digestivas. Son lesiones CD117+ cuya localización preferente es estómago (60%), I. delgado , colon y esófago. De tamaño variable, sólo el 60% producen síntomas.

CASO CLÍNICO

De 2007 a 2010, 7 han sido los GIST gástricos operados, lo que supone el 2,26% de todos los tumores gástricos intervenidos en estos 4 años. Son 3 mujeres y 4 hombres con media de edad de 72 años ,asintomáticos en 4 de los casos mientras que 2 presentaron dolor epigástrico y un caso, hemorragia digestiva alta.. Las pruebas realizadas fueron: EGD(1 caso), ecografía (3 casos); TC (5 casos) y gastroscopia (7 casos).Se realiza Cirugía : 2 resecciones transgástricas, 4 gastrectomías atípicas y 1 gastrectomía subtotal.

La A.P describió 5 GIST de bajo grado, 1 de alto potencial maligno que presentó metástasis cerebrales y 1 de potencial incierto de malignidad .

DISCUSIÓN

Los Gist gástricos son los más frecuentes de los tumores mesenquimales CD117+ cuya clínica muchas veces inexpresiva, hace que su diagnóstico suponga todo un reto. El 53% de los caso están localizados, si bien el 20% presentan extensión local. El número de mitosis por campo y el tamaño tumoral son las variables más importantes para establecer los grupos de riesgo y el pronóstico. La resección quirúrgica completa (R0), es la única posibilidad de curación. El Imatinib Mesilato puede ser útil en determinados casos.

R0009 NEUMOMEDIÁSTINO Y ENFISEMA SUBCUTÁNEO POR PERFORACIÓN YATROGÉNICA DE COLÓN

Javier Páramo Zunzunegui, Sara Corral Moreno, Raquel Latorre Fragua, Mariana Gonzalez Zunzarren, Francisca García-Moreno Nisa, Teresa Pozancos De Simón, Pedro Carda Abella, Eduardo Lobo Martínez

Introducción

La colonoscopia es una técnica, no exenta de riesgos, empleada como procedimiento diagnóstico y terapéutico en patología colorrectal. Entre las complicaciones secundarias destacamos el dolor y distensión abdominal, la crisis vasovagal, la trombosis venosa, la hemorragia y la perforación como las más frecuentes.

Presentamos un caso de neumomediastino y enfisema subcutáneo tras la realización de una colonoscopia con perforación de colon secundaria a barotrauma a nivel de una neoplasia de ciego.

Caso clínico

Mujer de 76 años con antecedentes de diabetes mellitus y cardiopatía hipertensiva leve a la que en el contexto de un estudio por anemia ferropénica se le realiza una colonoscopia diagnóstica.

Tras la realización de dicha prueba la paciente debuta a las 4 horas con dolor abdominal difuso de carácter opresivo e intensidad leve. En la exploración física los únicos hallazgos clínicos destacables eran signos de irritación peritoneal difusa y crepitación en pared abdominal de hemiabdomen derecho, sugiriendo enfisema subcutáneo.

En la radiografía de abdomen se evidencia importante neumoperitoneo con desplazamiento caudal del hígado, enfisema subcutáneo y retroneumoperitoneo que dibuja la silueta del músculo Psoas. En la radiografía de tórax importante neumoperitoneo y neumomediastino.

La paciente es intervenida quirúrgicamente de manera urgente mediante laparotomía exploradora donde se evidencia neoplasia de ciego perforada hacia retroperitoneo, sin otras lesiones en intestino restante, ausencia de líquido libre intrabdominal, importante enfisema a nivel de mesenterio y retroperitoneo y presencia de varias lesiones metastásicas hepáticas. Se practica hemicolectomía derecha con evolución postoperatoria satisfactoria.

Discusión

La incidencia de perforación colónica tras la realización de colonoscopia, aunque inusual, ha sido discutida en distintas revisiones. Siendo de aproximadamente 0,2% en colonoscopías diagnósticas y de hasta un 2% en las terapéuticas. Los factores de riesgo para la perforación incluyen la edad avanzada, la presencia de comorbilidades médicas y la realización de procedimientos terapéuticos durante la endoscopia como la polipectomía o el electrocauterio .

Presentamos un caso de colonoscopia diagnóstica en la que, la insuflación de aire provoca una perforación de colon sobre neoplasia cecal con un resultante amplio espectro de aire extraluminal: enfisema subcutáneo, neumomediastino, neumoperitoneo y retroneumoperitoneo. La perforación tras la realización de procedimientos endoscópico colorrectales es una complicación infrecuente asociada a una importante morbimortalidad. El manejo de este tipo de pacientes debe ser individualizado, de manera que un manejo conservador podría estar justificado en pacientes con pequeñas perforaciones y una buena preparación del colon, manteniendo siempre una actitud expectante ante la evolución del enfermo. En los casos de una perforación grande, asociación a neoplasia y signos clínicos de irritación peritoneal o inestabilidad del enfermo el tratamiento quirúrgico es incuestionablemente el tratamiento de elección .

R0010 MALLAS EN EL HIATO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PRÓPOSITO DE UN CASO

Javier Páramo Zunzunegui, Sara Corral Moreno, Raquel Latorre Fragua, Natacha Apentchenko, Teresa Pozancos de Simón, Magdalena Coll Sastre, Julio Galindo Álvarez, Eduardo Lobo Martínez

INTRODUCCIÓN

El uso de mallas para la reparación del hiato diafragmático es considerado como seguro y previene la recidiva, no obstante existen controversias acerca del uso sistemático de mallas por existencia de importantes, aunque escasas, complicaciones postquirúrgicas. Se expone caso clínico de complicación de malla en la reparación de hernia de hiato gigante, adjuntando imágenes de EGD y Endoscopia,

CASO CLÍNICO

Mujer de 73 años que ingresa en nuestro hospital por disfagia progresiva tras realización de Nissen laparoscópico con colocación de malla, 5 meses antes, por hernia de hiato gigante. La paciente experimenta durante seguimiento un cuadro de desnutrición con pérdida ponderal secundario a intolerancia oral, que no remite tras dilatación endoscópica. A la exploración el abdomen es blando y depresible sin dolor a la palpación ni signos de irritación peritoneal. Se practican EGD, que muestra amputación de esófago distal a nivel hiatal con discreta estenosis de Nissen, y endoscopia que evidencia gran ulceración a unos 33-35 mm de cavidad oral con exposición de malla intraluminal. Se inició tratamiento con nutrición parenteral y sucralfato sin mejoría del cuadro por lo que se decide intervención quirúrgica. Se evidencia de manera intraoperatoria ulceración esofágica posterior y perforación de la malla de GORE-PROLENE, con presencia de líquido purulento en el lecho de la lesión. Se practica retirada de malla, apertura de la valva de Nissen, anastomosis esófago-gástrica en los 2-3 centímetros de úlcera y yeyunostomía de alimentación. La paciente durante seguimiento experimenta mejoría de tolerancia oral de manera progresiva.

DISCUSIÓN

Se presenta un caso clínico de complicación de malla de reparación hiatal con complicación de perforación esofágica contenida y se realiza breve revisión bibliográfica de los resultados de ésta técnica en los últimos años. Existen escasos estudios aleatorizados en los que se compare el uso de malla y el cierre simple del defecto diafragmático en hernias paraesofágicas o mixtas. No obstante se considera el uso de malla como una técnica segura en manos experimentadas que previene la recidiva. Las complicaciones a largo plazo no se detallan en los estudios de manera amplia, por lo que es recomendable el uso selectivo en manos e un cirujano experto.

R0011 APENDICITIS GRANULOMATOSA. A PRÓPOSITO DE UN CASO

Javier Páramo Zunzunegui, Natacha Apentchenko, Magdalena Coll Sastre, Sara Corral Moreno, Raquel Latorre Fragua, Maria Vicenta Collado Guirao, Silvia Conde Someso, Eduardo Lobo Martinez

INTRODUCCIÓN

Siendo la enfermedad granulomatosa apendicular una rara enfermedad, con un complejo diagnóstico diferencial, es conveniente exponer un caso clínico, con el que revisamos la literatura, que aporte detalles de esta patología para conocimiento de la comunidad científica.

CASO CLÍNICO

Niña de 12 años que ingresa en nuestro hospital por dolor abdominal de dos días de evolución y fiebre. En la exploración física destaca abdomen blando y depresible doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha. La analítica mostraba leucocitosis de 17600 con neutrofilia 91%. Ante la sospecha de apendicitis aguda se decide intervención quirúrgica urgente. De manera intraoperatoria se identifica un apéndice cecal de unas dimensiones 8x5 cm con signos intensos de inflamación y consistencia pétreo. El estudio anatomopatológico informa de intensa apendicitis granulomatosa sin identificarse BAAR con la técnica de Zhiel ni estructuras micóticas con las de PAS ni Metenamina. Por las características histológicas se plantea la enfermedad de Crohn como primera entidad patológica a descartar. La paciente evoluciona tópidamente durante su ingreso en planta, desarrollando cuadro febril postquirúrgico no filiado, probablemente secundario a proceso inflamatorio en lecho quirúrgico.

Durante ingreso se practican distintas pruebas diagnósticas para descartar las principales entidades patológicas responsables de apendicitis granulomatosa en nuestro medio, como Sarcoidosis, enfermedad de Crohn, tuberculosis o infección por Yersinia, siendo el diagnóstico final enfermedad granulomatosa idiopática, a descartar, evolutivamente, otros procesos inflamatorios intestinales.

DISCUSIÓN

La apendicitis granulomatosa constituye un proceso nosológico que obliga a realizar un importante diagnóstico diferencial entre distintas entidades, entre las que se incluyen las formas de enfermedad de Crohn apendicular, la Sarcoidosis, la reacción a cuerpo extraño y la infección por distintos microorganismos (*Mycobacterium tuberculosis*, *Enterobius vermicularis*,

Actinomyces y Yersinia). Suele presentarse como un cuadro clínico superponible a la apendicitis aguda y su evolución, incluso en los casos tipificados como enfermedad de Crohn apendicular, tiene un curso benigno, dado que los pacientes raramente desarrollan una enfermedad inflamatoria intestinal en otros tramos del tracto gastrointestinal. Se realiza a propósito del caso una revisión de la patología, realizando un algoritmo diagnóstico que ayude al clínico a alcanzar el diagnóstico definitivo.

R0012 REVISIÓN DEL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN LA APENDICECTOMÍA URGENTE

Javier Páramo Zunzunegui, Sara Corral Moreno, Juan Diego Pina Hernandez, Pablo Priego, Roberto Peromingo Fresneda, Mariana Gonzalez Zunzarren, Julio Galindo Alvarez, Eduardo Lobo martinez

Introducción:

A pesar del desarrollo que ha experimentado la cirugía laparoscópica en los últimos años, la implantación del abordaje laparoscópico de la apendicitis aguda continúa siendo motivo de controversia, El objetivo del trabajo es evaluar los resultados obtenidos en nuestro hospital en los últimos años.

Material y métodos:

Desde enero de 2000 a enero de 2010, se han realizado en el Hospital Ramón y Cajal 198 apendicectomías laparoscópicas, siendo 125 mujeres y 73 varones con una edad media de 32,1 años (Rango 15-64). La cirugía fue efectuada por personal del staff en 90 casos y por residentes en 108 casos. La técnica quirúrgica, en cuanto a creación de neumoperitoneo y utilización de trócares va a ser variable en función del cirujano.

Resultados:

La duración media de la cirugía fue de 52,3 minutos (30- 120 min). La estancia media hospitalaria fue de 3,4días (1-14 d). Hubo que convertir a cirugía abierta 7 casos (2,61%): 2 sangrados de arteria apendicular, perforación de un ulcus duodenal, 2 sospecha de perforación intestinal y 2 plastrones apendiculares. La tasa de complicaciones fue del 10,6%, siendo la más frecuente la infección del trócar (5,6%), y el absceso intrabdominal. Tuvimos que reintervenir a un paciente (0,65%) por hemoperitoneo. Un 47,8% fueron a quirófano tras efectuar ecografía abdominal y un 3,5% con TAC abdominal. En el 10% de los casos, a pesar de que el diagnóstico radiológico fue negativo, se encontró una apendicitis aguda. El diagnóstico anatomopatológico revela un 73,21% de apéndices flegmonosos, un 12,4% de apéndices gangrenoso-supurados, un 0,75% de mucocelos apendiculares y 13,63% de apéndices hiperémicos, de los cuales, 12 casos corresponden a quistes de ovario rotos, 2 perforación de ulcus duodenal, 2 sd adherencial, 5 casos de enfermedad inflamatoria pélvica, 2 casos de endometriosis, 1 colecistitis aguda, 1 HDA secundaria a divertículo de Meckel , 1 diverticulitis aguda, 1 apéndice epiploico torsionado y una cirugía programada de plastrón apendicular resuelto.

Conclusión:

La apendicectomía laparoscópica es una técnica eficaz y segura en la mayoría de los casos.

La tasa de complicaciones es similar a la de la cirugía abierta.

Establecemos la indicación segura en mujeres jóvenes con diagnóstico incierto y pacientes obesos.

R0013 A PROPÓSITO DE UN CASO DE NEUMOMEDIASTINO ESPONTANEOS

Javier Páramo zunzunegui, Sara Corral moreno, Raquel Latorre Fragua, Teresa Pozancos de Simon, Natacha Apentchenko, Javier Die Trill, Roberto Peromingo Fresneda, Eduardo Lobo martinez

El neumomediastino espontáneo (NME) es una entidad clínica infrecuente, aunque probablemente infradiagnosticada, que ocurre en personas jóvenes sin factores de riesgo precipitantes. Se realiza revisión bibliográfica de la patología a propósito de un caso de neumomediastino espontáneo en cirujano residente en el transcurso de una intervención quirúrgica. El término espontáneo hace referencia a la ausencia de trauma u otros procesos subyacentes como responsables del cuadro, que se caracteriza desde el punto de vista fisiopatológico por una ruptura alveolar en el parénquima pulmonar y posterior disección del tejido conjuntivo hacia hilio y mediastino. Se consideran mecanismos precipitantes: el mecanismo de Valsalva, la hiperreactividad bronquial inducida por tóxicos o infecciones y el consumo de marihuana. Según la literatura y a pesar del escaso número documentado de casos, el tratamiento conservador y el control radiológico durante el seguimiento son los pilares fundamentales de manejo clínico.

R0014 SILICONOMA BILATERAL

PABLO DÍEZ GONZÁLEZ, ROSARIO CANSECO FERNÁNDEZ, RUBÉN ÁLVAREZ GARCÍA, LUIS MIGUEL ALCOBA GARCÍA, MARÍA VICTORIA DIAGO SANTAMARÍA, JOSÉ MARCIANO MATAMORO ÁLVAREZ, JOSÉ ANTONIO PEDROSA SIMÓN, TOMÁS GONZÁLEZ DE FRANCISCO

Servicio de Cirugía General. *Servicio de Cirugía Plástica

Complejo Asistencial Universitario de León

Introducción

En los años 60 y 70, la inyección intramamaria de silicona líquida fue un procedimiento muy difundido como técnica de aumento mamario, dada la sencillez y su bajo coste. La descripción de múltiples complicaciones relacionadas con ella llevaron a su abandono y a la prohibición de su utilización.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 59 años, que refiere inyección de silicona líquida intramamaria hace 29 años.

A la exploración presenta induración y eritema crónico que afecta a gran parte de la piel. Se palpan múltiples zonas nodulares y adenopatías axilares bilaterales.

Mamografía/ Ecografía: importante engrosamiento cutáneo. Múltiples nódulos que pueden estar en relación con siliconomas. Birads 3.

RM: engrosamiento cutáneo difuso. Alteración de la señal debido a la inyección de silicona líquida que se distribuye al azar entre la grasa y el tejido fibroglandular.

Se le realiza una mastectomía con linfadenectomía axilar bilateral y reconstrucción inmediata con expansores subpectorales. A. P.: mastitis y linfadenitis por silicona.

Conclusiones

El empleo de silicona líquida dificulta posteriormente el diagnóstico temprano del cáncer de mama, por lo que este grupo de pacientes han de seguir controles periódicos y exhaustivos. La resonancia magnética es la mejor prueba de imagen para la detección temprana de procesos malignos.

R0015 TROMBOSIS MESENTÉRICA Y ESPLENOPORTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Laura Patricia Zorrilla Matilla, Elisa Revuelta del Peral, Francisca Moreno Racionero, Henar Nuñez del barrio, Juan Ramón Gomez, Luis Merino Peñacoba, Javier Ortiz de Solórzano, Juan Pablo Beltrán de Heredia y Rentería

Objetivo: Presentamos una trombosis mesenterica y esplenoportal con isquemia intestinal de etiologia desconocida.

Material y Método:

Mujer joven fumadora, en tratamiento hormonal, antecedentes de preeclampsia. Presenta abdominalgia en hemiabdomen superior de 3 semanas de evolución.

Abdomen distendido, doloroso en region periumbilical, no irritacion peritoneal.

Leucocitosis con neutrofilia , coagulación normal. Ingresó urgente en Medicina Interna. TAC y Ecografia: trombosis del eje esplenoportal y vena mesenterica superior sin causa locoregional que lo justifique. Evolución desfavorable por lo que se decido intervencion quirúrgica urgente a los 5 días del ingreso.

Resultados:

Intervención:necrosis segmentaria de ileon proximal. Técnica: resección ileal , ileostomia proximal.

Anatomía Patológica: isquemia intestinal

Evolución : Satisfactoria.

Pendiente de estudio para descartar coagulopatía.

Conclusiones:

La trombosis mesenterica superior y esplenoportal es infrecuente, presentando elevada morbimortalidad. La causa mas frecuente es la cirrosis hepatica, menos frecuentes las coagulopatías. Un 15 % son multifactoriales debiendose buscar factores locales y sistémicos como causa etiológica.

El TAC es la mejor técnica para valorar estas lesiones. La complicación más temida es la necrosis intestinal. El 10-40% de los casos se repermeabilizan con tratamiento anticoagulante con heparina sodica, seguida de dicumarinicos 6 meses que se mantendran en caso de coagulopatía. En caso de isquemia intestinal se asocia cirugía realizando resección del segmento intestinal afecto, lo que ocurrió en el caso que presentamos.

Aunque de baja incidencia, ante un abdomen agudo en mujeres jóvenes debemos pensar en la trombosis venosa mesentérica como una de las posibles etiologías dada su morbimortalidad.

R0017 ENFISEMA SUBCUTANEO FACIAL Y SÍNDROME COMPARTIMENTAL COMO SÍNTOMAS INICIALES DE PERFORACIÓN TRAS COLONOSCOPIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

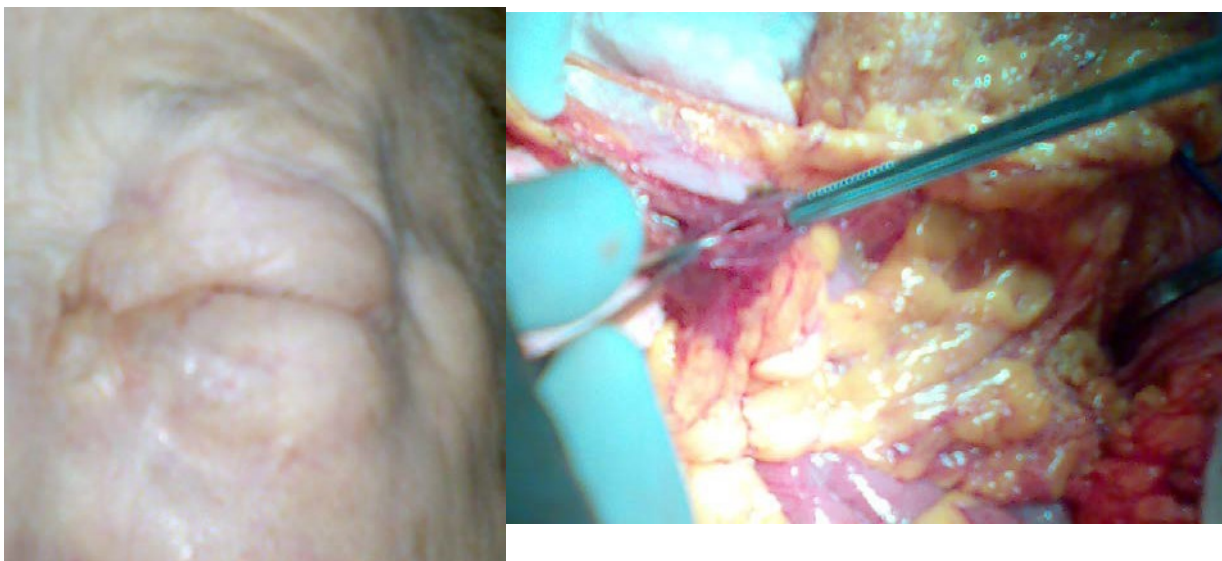
Raquel Latorre Fragua, Jacobo Cabañas Montero, Raquel Grajal Marino, Lucía Latorre Marlasca, Gada Housari Martín, Mariana González Zunzarren, Jorge Herrador Benito, Eduardo Lobo Martínez

Introducción

La colonoscopia es un procedimiento ampliamente utilizado. Se trata de un procedimiento seguro con una incidencia baja de complicaciones graves (5/1000). Presentamos un paciente que debutó con enfisema subcutáneo masivo, asociado a síndrome compartimental intraabdominal con inestabilidad hemodinámica tras la realización de una colonoscopia.

Caso

Mujer de 79 años. Se realiza colonoscopia con sedación muy dificultosa e incompleta por espasticidad intensa del colon. A los pocos minutos de haber finalizado la prueba comienza a presentar dolor abdominal, dificultad respiratoria, con ventilación difícil por elevadas presiones a pesar de procederse a ventilación mecánica y enfisema cutáneo masivo. Se realiza laparotomía exploradora con salida de abundante gas tras la apertura del peritoneo y mejoría inmediata del estado general de la paciente. Presentado perforación de pequeño tamaño en colon transversal, realizándose cierre primario. Buena evolución posterior, alta a los 17 días sin sufrir nuevas complicaciones.



Conclusiones

La presencia de grandes cantidades de aire en la cavidad peritoneal puede llevar a un rápido y progresivo aumento de la presión intra-abdominal, produciéndose un pneumoperitoneo hipertensivo.

El síndrome compartimental intra-abdominal es una emergencia médica. El tratamiento consiste en la descompresión abdominal, asociado a soporte hemodinámico y respiratorio. En caso de que se produzca durante la realización de la colonoscopia esta debe interrumpirse inmediatamente, procediéndose a la realización de laparotomía o a la punción con un cateter.

R0022 ABDOMEN AGUDO DE CAUSA POCO FRECUENTE: INFARTO OMENTAL

Neda Farhangmehr Setayeshi, Karina Cuiñas León, Antonio Gil Pérez, Matías Cea Soriano, María Pérez Seoane de Zunzunegui, Lucía de Gregorio Muñiz, Arturo García Pavía, Jose Luis Lucena de la Poza

Objetivo

El infarto omental es un cuadro de baja incidencia, que debe ser considerado en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo. Presentamos dos casos tratados en nuestro servicio.

Material y métodos

CASO 1: Varón de 25 años de edad, obeso que acude a urgencia por dolor en hemiabdomen derecho de 24 horas de evolución. Presentaba discreta leucocitosis y ecografía normal. La TC fue informado como infarto omental.

CASO 2: Mujer de 69 años con dolor en flanco derecho de 4 días de evolución. Presenta dolor y defensa abdominal en fosa iliaca derecha. Se solicita ecografía abdominal que no es concluyente por lo que se realiza TC informándose como infarto omental.

Resultados

Ambos pacientes son ingresados para tratamiento analgésico y antiinflamatorio siendo dados de alta a las 72 horas.

Conclusiones

El infarto omental debe ser considerado en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo .

Puede ser **primario**, o **secundario** a adherencias, quistes, tumores epiploicos, Son más frecuentes en el lado derecho donde el epiplon es grande y más móvil.

Clínicamente se presenta como dolor abdominal y, ocasionalmente, fiebre.

Analíticamente puede aparecer leucocitosis y aumento de VSG. El diagnóstico se realiza mediante ecografía y, fundamentalmente con TC. El

tratamiento es conservador con analgesia y antiinflamatorios . Es indicación de tratamiento quirúrgico complicaciones tales como dolor persistente, obstrucción intestinal, absceso o adherencias.

En conclusión, la detección de estas entidades en los estudios de imagen puede suponer la reducción de costes hospitalarios y evitar cirugías innecesarias al tratarse de patologías autolimitadas que responden al tratamiento conservador

R0023 RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA MEDIANTE COLGAJO DIEP

PABLO DÍEZ GONZÁLEZ, ROSARIO CANSECO FERNÁNDEZ, RUBÉN ÁLVAREZ GARCÍA, LUIS MIGUEL ALCOBA GARCÍA, MARÍA VICTORIA DIAGO SANTAMARÍA, JOSÉ MARCIANO MATAMORO ÁLVAREZ, JOSÉ ANTONIO PEDROSA SIMÓN, TOMÁS GONZÁLEZ DE FRANCISCO

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA MEDIANTE COLGAJO DIEP

Díez González P, Canseco Fernández R, Álvarez García R*, Alcoba García LM, Diago Santamaría MV, Matamoro Álvarez JM, Pedrosa Simón JA, González De Francisco T.

Servicio de Cirugía General. *Servicio de Cirugía Plástica. Complejo Asistencial Universitario de León

Introducción

La reconstrucción inmediata tiene una serie de ventajas con respecto a la diferida, entre las cuales están: adaptar las incisiones de la mastectomía para mejorar el resultado estético (sin comprometer el resultado oncológico) y disminuir el impacto psicológico que produce la mastectomía.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 45 años, diagnosticada de carcinoma de mama izquierda.

A. P.: carcinoma ductal in situ de alto grado. Ganglio centinela negativo.

Intervención: Se realiza una mastectomía izquierda ahorradora de piel y biopsia de ganglio centinela homolateral. A continuación se realiza una reconstrucción inmediata con colgajo DIEP.

Conclusiones

El DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) es una técnica quirúrgica que permite trasplantar piel y grasa del abdomen sin alterar la función muscular de la zona.

Presenta ventajas sobre otras técnicas como: el tejido utilizado es el más parecido a la mama natural y proporciona un volumen suficiente para la reconstrucción mamaria, la simetría mamaria conseguida será duradera, la morbilidad de la zona donante es mínima, la recuperación postoperatoria es más rápida y menos dolorosa y en muchas ocasiones se puede ofrecer un beneficio estético al abdomen. Todas estas características nos llevan a definir el DIEP como la técnica quirúrgica más fisiológica y de elección para la reconstrucción mamaria.

R0024 ABSCESO PRESACRO TRAS EXCISIÓN MESORRECTAL TRATADO CON ENDOSPONGE

JOSÉ FELIPE REOYO PASCUAL, JOSÉ ANDRÉS ORTEGA SEDA, ADEL ELDABE MIKHAIL, RAQUEL LEÓN MIRANDA, EVELIO ALONSO ALONSO, MIGUEL ÁLVAREZ RICO, ESTHER GARCÍA-PLATA POLO, JUAN LUIS SECO GIL

Introducción.

La fuga anastomótica es una temida complicación de la cirugía colorrectal y que se asocia con importante morbimortalidad. La cavidad presacra resultante de la fuga puede ser tratada mediante Endo-Sponge.

Caso clínico

Varón de 70 años ,diagnosticado de adenocarcinoma de recto situado en cara posterior del mismo. Se realiza resección anterior baja con exéresis total del mesorrecto y anastomosis a unos 3-4 cm de márgenes anales + ileostomía de protección.

Durante el postoperatorio, presenta fiebre, por lo que se realiza TAC evidenciando dehiscencia de cara posterior de la anastomosis con formación de absceso presacro que se drena por vía endorrectal colocándose endoSponge que se recorta según el tamaño de la cavidad, se introduce en la misma y se conecta a aspiración, necesitando de 8 a 9 recambios.La evolución es lenta pero favorable.

En la actualidad se encuentra con buen estado general, afebril, con anastomosis algo estenosada pero franqueable con el dedo y mínima cavidad posterior.

Discusión

Las resecciones anteriores bajas presentan una tasa de fuga del 1-24% y pueden asociar complicaciones tales como, incontinencia defecatoria y disfunción sexual.

La endo-sponge puede ser útil en el tratamiento de la fuga anastomótica y puede prevenir el desarrollo de un absceso presacro crónico. Si la cavidad del absceso es pequeña, puede curar espontáneamente.La endo-sponge facilita el cierre del espacio presacro por creación de presión negativa, asegurando el drenaje continuo y el control de la infección, incrementando el flujo sanguíneo, estimulando el tejido de granulación y disminuyendo el tamaño de la cavidad.

R0026 APENDICECTOMÍA MEDIANTE LAPAROTOMÍA EN PACIENTE CON DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR

Beatriz Láiz Díez, Luis Eduardo Giménez Alvira, Gualtero Sanmartín de Castro, Javier Segovia Cubero, Jesús Gabriel García Schiever, Karina Cuiñas León, Jose Luis Lucena de la Poza, Víctor Sánchez Turrión

OBJETIVOS:

Presentación del caso clínico de un paciente con asistencia ventricular izquierda y apendicitis aguda.

MATERIAL Y METODOS:

Varón de 31 años con asistencia ventricular izquierda por miocardiopatía dilatada no compactada. Al 9º día postoperatorio de la colocación del dispositivo comienza con fiebre, dolor abdominal y diarrea, leucocitosis y desviación izquierda. Se realiza TAC abdominal que es informado como ileítis distal inflamatoria versus infecciosa. Dada la mala evolución a pesar del tratamiento médico, se realiza a la semana un nuevo TAC abdominal donde se objetiva apendicitis aguda evolucionada con absceso periapendicular. Debido a la imposibilidad de realizar un drenaje percutáneo del mismo, se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía.

RESULTADOS:

Tras 2 días de ingreso en UCI es dado de alta a planta. Resto de ingreso hospitalario sin incidencias hasta recibir trasplante cardíaco al cabo de 2 meses y alta a los 20 días con seguimiento posterior satisfactorio.

CONCLUSIONES:

Los dispositivos de asistencia ventricular se usan como puente al trasplante cardíaco. El 20% de los pacientes que los portan pueden presentar complicaciones extracardíacas. La patología intraabdominal se presenta en un 11% de los casos y eleva la mortalidad pretrasplante a un 36% (60% si etiología infecciosa). Las complicaciones intraabdominales más frecuentes son apendicitis aguda, colitis isquémica, ileítis, colecistitis, pancreatitis, patología herniaria y eventraciones. La cirugía intraabdominal es difícil debido a la posición de los dispositivos de asistencia ventricular, a la circulación extracorpórea y a la anticoagulación que conllevan, pero debe realizarse precozmente para disminuir las complicaciones postoperatorias y la mortalidad.

R0027 SÍNDROME DE BOUVERET: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gada Housari Martín, Purificación Calero García, Adolfo López Buenadicha, Raquel Latorre Fragua, Mariana González Zunzarren, Laura Tortolero, Lucía Latorre Marlasca, Natacha Apentchenko

Introducción: El síndrome de Bouveret es una forma infrecuente de íleo biliar (3% de los casos) consecuencia de la impactación de cálculos biliares en el duodeno. El tratamiento de elección es la enterotomía, siendo controvertida la realización de colecistectomía y reparación de la fístula en un mismo tiempo dado la edad avanzada y comorbilidad de los pacientes.

Caso clínico: Mujer de 78 años con dolor abdominal tipo cólico y vómitos biliosos de 3 semanas de evolución. Destaca ingreso previo hacía 4 meses por colecistitis aguda litiásica tratada conservadoramente. Exploración: abdomen levemente distendido y doloroso en epigastrio. Ecografía abdominal: en lecho vesicular imagen de gas en continuidad con duodeno y aerobilia. ColangioRMN: vesícula biliar colapsada, aerobilia y en duodeno múltiples litiasis, la mayor de 4,3 cm de diámetro localizado en ángulo de Treitz con dilatación proximal. Con diagnóstico de fístula colecisto- dudodenal e íleo biliar secundario se realiza enterotomía en primer asa yeyunal y extracción de litiasis, la mayor de ellas enclavada en el Treitz. Se da de alta al 5º día y en una revisión al año no presenta sintomatología pese a no haberse realizado colecistectomía.

Conclusiones: En nuestra experiencia es un cuadro a sospechar ante la presencia de patología biliar previa y síntomas de obstrucción intestinal alta. Se puede emplear inicialmente la ecografía abdominal y como prueba complementaria el TC o la RMN abdominal. Un tratamiento adecuado en personas de edad avanzada es resolver el cuadro obstructivo agudo mediante enterotomía, dejando para un segundo tiempo la colecistectomía si fuese necesario.

R0028 DESENLACE FATAL POR RARA COMPLICACIÓN INMUNOLÓGICA EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO

Enrique Asensio Díaz, Baltasar Pérez Saborido, Fernando Labarga Rodríguez, Ruth Martínez Díaz, Marta Gonzalo Martín, Mario Rodríguez López, David Pacheco Sánchez, Asterio Barrera Rebollo

Desenlace fatal por rara complicación inmunológica en paciente trasplantado hepático.

Introducción: La enfermedad injerto contra huésped es una enfermedad infrecuente tras el trasplante hepático (<1%), con una alta mortalidad pese al tratamiento.

Caso clínico: Varón de 68 años con trasplante hepático por cirrosis alcohólica. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones siendo dado de alta al 17º día con triple terapia inmunosupresora: tacrolimus, MMF y prednisona. Reingresó por diarrea (8-10 deposiciones líquidas diarias), insuficiencia renal, rash cutáneo descamativo en brazos y tronco, y fiebre. Las pruebas de laboratorio fueron normales excepto datos de insuficiencia renal, con hemocultivos, serología viral y coprocultivos normales. Gastroscopia y colonoscopia: ulceraciones mucosas irregulares, superficie nodular y friable de dicha mucosa en duodeno, íleon y colon. Biopsia: ulceraciones con pérdida de epitelio superficial, destrucción de las criptas y apoptosis celular sin inclusiones virales. Biopsia cutánea: degeneración vacuolar en la membrana basal con células disqueratósicas, células apoptoicas e infiltración linfocitaria. Con el diagnóstico de enfermedad de injerto contra huésped grado III se intentan varias modalidades de tratamiento (bolos de corticoides, retirada de inmunosupresión de base y administración de basiliximab, profilaxis infecciosa con antibióticos, antivirales y antifúngicos...). A pesar de todos los intentos terapéuticos que se realizan, a los 90 días tras el trasplante el paciente falleció por infección sistémica por CMV.

Conclusiones: La EICH es una rara pero grave complicación con una alta tasa de mortalidad. Suele afectar a piel y tracto gastrointestinal. No hay consenso acerca de su tratamiento: aumento o retirada de inmunosupresión asociado a cuidados intensivos, antibióticos y antifúngicos de amplio espectro para prevenir complicaciones infecciosas.

R0029 PERITONITIS ESCLEROSANTE EN PACIENTE CON DIÁLISIS PERITONEAL

Gada Housari Martín, Joaquín Pérez de Oteyza, Raquel Latorre Fragua, Lucía Latorre Marlasca, Natacha Apentchenko, Mariana González Zunzarren, Laura Tortolero, Eduardo Lobo

Introducción: La peritonitis esclerosante es una complicación muy grave de la diálisis peritoneal (DP) con una incidencia del 0,9-7,3%.

Caso clínico: Varón de 66 años con insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis, tratado con DP durante 8 años hasta el desarrollo de peritonitis aguda bacteriana grave en que se retira el catéter y se comienza con hemodiálisis. A los 2 meses comienza con dolor abdominal y cuadros suboclusivos por lo que se inicia tratamiento conservador con dieta absoluta, nutrición parenteral, tamoxifeno y prednisona. En un TC abdominal se observa una gran colección intraabdominal de 30x8 cm que se extiende desde espacio subfrénico hasta fosa ilíaca derecha que está en íntimo contacto con asas de intestino delgado y colon ascendente, así como, calcificaciones peritoneales. Dada la ausencia de mejoría con tratamiento conservador se interviene hallándose una gran peritonitis esclerosante y la colección descrita con una gruesa cápsula adherida firmemente a intestino delgado, colon ascendente e hígado. Se realiza enterolisis y resección de la cápsula sin causar ninguna perforación. En el postoperatorio inmediato el paciente es reintervenido por empeoramiento del estado general hallándose peritonitis fecaloidea secundaria a pequeña perforación de aspecto necrótico en íleon que se sutura de forma primaria. El paciente fallece al 10^o día postoperatorio.

Conclusiones: En la obstrucción intestinal refractaria a tratamiento conservador está indicada la cirugía realizándose enterolisis con resección de la cápsula, y en caso de perforación, siempre sutura primaria. Ha de ser realizada por cirujanos expertos pese a lo cual la mortalidad es muy alta.

R0030 TIROTOXICOSIS SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON AMIODARONA

Gada Housari Martín, Jacobo Cabañas, Augusto García Villanueva, Raquel Latorre Fragua, Natacha Apentchenko, Lucía Latorre Marlasca, Mariana González Zunzarren, Eduardo Lobo

Introducción: La amiodarona es un antiarrítmico de clase III con una estructura molecular similar a la tiroxina y con alto contenido en yodo. La incidencia de tirotoxicosis secundaria a amiodarona varía del 1 al 23% con mayor incidencia en áreas con déficit de yodo.

Caso clínico: Varón de 35 años con antecedente de transposición de grandes vasos corregido quirúrgicamente en la infancia y episodios de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida que precisó tratamiento con amiodarona. A los 2 años de iniciar el tratamiento el paciente comienza con clínica de palpitaciones, sudoración, nerviosismo, diarrea y pérdida de peso, así como aumento de su disnea habitual, siendo diagnosticado de hipertiroidismo secundario a amiodarona. Se comienza tratamiento con antitiroideos y prednisona sin conseguir buen control de la función tiroidea por lo que se suspende la amiodarona con el consiguiente empeoramiento cardiológico del paciente. Dadas las circunstancias, se decide realizar tratamiento quirúrgico con tiroidectomía total tras lo cual el paciente normaliza la función tiroidea pudiendo instaurar su tratamiento cardiológico previo.

Conclusiones: El tratamiento conservador con antitiroideos e inmunosupresores puede ser ineficaz o tener una duración muy prolongada hasta conseguir el estado eutiroideo, por lo que se recomienda el tratamiento quirúrgico precoz con tiroidectomía en estos casos en que el paciente ha de mantener el tratamiento con amiodarona o su situación cardiológica puede empeorar por el mal control de la función tiroidea.

R0031 SARCOMA GASTRICO DE CELULAS CLARAS

M^a Concepción de la Guardia Rueda, Marta Pérez López, Miguel Angel Teillet Roldan, Fermín Alvarez Sastre, Jesus Pinto Blazquez

¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. **Objetivo:** Exposición de un caso clínico “muy raro”.

Caso clínico: Paciente de 54 años sin AMC y con dislipemia como única comorbilidad que acude a urgencias por melenas por lo que ingresa para estudio en el servicio de Digestivo realizándose las siguientes exploraciones complementarias. **Analítica:** Hemoglobina de 8 gr con hematocrito del 23%. Resto normal. **Fibrogastroscoopia:** tumor submucoso ulcerado en antro gástrico sugestivo de GIST **TC Tóraco-abdominal:** Tumoración en pared posterior de antro gástrico de crecimiento endofítico sin signos de extensión locorregional ni metástasis a distancia. Sugestivo de tumor del estroma gastrointestinal.

Eco-endoscopia: Lesión submucosa antral. **PAAF** no concluyente.

Diagnóstico: probable GIST gástrico.

Tratamiento: resección polar inferior gástrica con reconstrucción del tránsito mediante anastomosis gastroduodenal (Billroth I), por parte del Servicio de Cirugía. **Estudio Anatómo- Patológico:** Tumoración submucosa blanda de 3x3 cm con Negatividad para marcadores de tumor GIST.

DIAGNOSTICO: Sarcoma de células claras gástrico. Conclusiones:

- Tumor “extremadamente raro y muy agresivo”. Sólo 3 sarcomas de células claras

gástricos descritos en la literatura^a.

- El diagnóstico sólo se realiza mediante inmunohistoquímica: PAN melanina, HMB45 y S-100 han de ser positivos. Resto de marcadores negativos.^o

- No se puede predecir el curso clínico y no existe ningún tratamiento eficaz.

^aClear cell sarcoma of the stomach.**Pawels P. Histopathology** 2002;41:526-30.

^oClear cell sarcoma of tendon and aponeurose, and osteoclast-rich tumor of the gastrointestinal tract whit features resembling clear cell sarcoma of soft parts: a review and update.Kemal Kosemehmetoglu and Andrew L. Folpe. 2010.JCIncl Pathol

R0032 CASO CLÍNICO: FIBROMATOSIS MESENTÉRICA

JORGE HERRADOR BENITO, MARIANA GONZÁLEZ ZUNZARREN, TERESA POZANCOS DE SIMÓN, PURIFICACIÓN CALERO GARCIA, JACOBO CABAÑAS MONTERO, RAQUEL LATORRE FRAGUA, EDUARDO LOBO MARTÍNEZ,

Introducción: La fibromatosis mesentérica es una causa rara de tumoración intraabdominal en pacientes jóvenes. Presentamos un caso tratado quirúrgicamente con posterior evolución satisfactoria.

Caso clínico: Mujer, 24 años, molestias abdominales en epigastrio e hipocondrio izquierdo, plenitud y distensión postprandiales. Pérdida de 6-8 kilos, apetito conservado. Tumoración palpable en hipocondrio y vacío izquierdos, 10 x 10 cm, dura, levemente dolorosa. Marcadores tumorales negativos. Tomografía computarizada: masa de 10 cm, redondeada y bien delimitada excepto en la base donde parece relacionarse con asa de intestino delgado; importante distensión gástrica. Confirmación con tránsito gastrointestinal y ecoendoscopia. Anatomía patológica (biopsia): neoplasia fusocelular mesenquimal, sin atipia ni mitosis: posible tumor del estroma gastrointestinal o fibromatosis. Se decide realizar intervención quirúrgica: resección en bloque de masa dependiente de colon transverso y de asa yeyunal. Anastomosis yeyuno-yeyunal y colo-cólica. Adenopatías benignas en la biopsia intraoperatoria. Anatomía patológica de la lesión: proliferación fibromiofibroblástica histológicamente benigna, compatible con fibromatosis mesentérica con infiltración de la pared de intestino delgado; ganglios linfáticos reactivos. Discusión: La fibromatosis mesentérica supone el 0,03% de todos los tumores malignos y benignos. Aparece en la pared abdominal o en extremidades de las mujeres que han tenido hijos, pero también se puede originar en el mesenterio. Ocasional agresividad local, normalmente sin metástasis. Síntomas habituales: dolor, intolerancia oral, masa palpable, pérdida de peso y fiebre. Posibles complicaciones: obstrucción digestiva o ureteral, perforación intestinal, fístulas enterocutáneas o hemorragia intestinal. La tomografía computarizada es clave en el diagnóstico y el tratamiento es básicamente quirúrgico, complementado a veces con quimioterapia.

R0033 LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL Y DUPLICIDAD URETERAL INCOMPLETA - UNA EXTRAÑA COINCIDENCIA

Alberto Palomo Luquero, Juan Manuel Pérez Triñanes, Vidina Aurora Rodrigo Amador, Raquel León Miranda, Romina Parra López, Iván Gil Laso, Gregorio Isaías Moral Moral, Juan Luis Seco Gil

Objetivos: presentar un caso en el que coinciden dos circunstancias extremadamente infrecuentes, como es un liposarcoma retroperitoneal y una duplicidad ureteral incompleta.

Material y métodos: mujer de 74 años con antecedentes de HTA y DM tipo 2 que presenta un síndrome general con hiporexia, astenia y pérdida ponderal. En el estudio de la paciente se realiza un TAC que muestra una gran masa retroperitoneal compatible con un liposarcoma.

Resultados: la paciente es intervenida mediante laparotomía media, objetivándose una gran masa retroperitoneal que engloba los anejos derechos, la arteria ilíaca derecha y el uréter derecho, el cual, tras una cuidadosa disección, se observa que presenta una duplicidad incompleta. Se procede a extirpación tumoral, con el resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica, de 21 x 17 x 8 cm, de liposarcoma bien diferenciado.

Conclusiones: el liposarcoma retroperitoneal supone el 15% de todos los sarcomas, y supone el tumor retroperitoneal más frecuente, siendo su extirpación completa el tratamiento de elección. La duplicidad ureteral incompleta, por otra parte, aparece en el 0,4% de los estudios urográficos, y puede ser causa de infecciones urinarias de repetición. La presentación de ambas patologías es infrecuente, y puede suponer una importante dificultad técnica durante la disección de la masa retroperitoneal.

R0035 ABDOMEN ABIERTO: UN RETO TERAPEÚTICO

JOSÉ FELIPE REOYO PASCUAL, GREGORIO MORAL MORAL, ROSA M^a MARTÍNEZ CASTRO, MARIA DE LA PLAZA GALINDO, MAR VIANA MIGUEL, RAQUEL LEÓN MIRANDA, ALBERTO PALOMO LUQUERO, JUAN LUIS SECO GIL

INTRODUCCIÓN

El abdomen abierto es una patología desafiante para el cirujano que exige abordaje multidisciplinar y ejecución de numerosas técnicas progresivas para lograr el cierre definitivo.

CASO CLÍNICO

Varón de 65 años trasladado desde otro hospital por fístulas enterocutáneas de I. delgado secundarias a perforación de colon transverso y peritonitis tras polipectomía colonoscópica, habiendo sufrido varias intervenciones y colocación de malla composix. Se practica inicialmente retirada de la malla con cura vacum y posteriormente injerto de piel. Tras cuatro meses, se consigue epitelización de casi toda la herida excepto en los dos orificios fistulosos, trasladándose a hospitalización a domicilio. A los 7 meses, se practica resección de fístulas y anastomosis de delgado con reconstrucción de pared abdominal por cirugía plástica que fracasa por necrosis de los injertos, con resección de los mismos y nuevo abdomen abierto con cura vacum. La anastomosis de i. delgado evoluciona correctamente pero aparece fístula de colon transverso de bajo débito por decúbito. Sobre el tejido de granulación, 2 meses después, se coloca injerto de piel que lentamente logra epitelizar toda la pared abdominal, cerrándose espontáneamente la fístula de colon a los 20 meses del inicio del proceso.

CONCLUSIÓN

El abdomen abierto, implica la aplicación de un plan terapéutico complejo y secuencial, sin lugar para el desánimo por su alta tasa de fracasos, que conlleva en muchas ocasiones, la vuelta al punto de partida y la realización de técnicas terapéuticas progresivas, en el momento oportuno, hasta conseguir finalmente el cierre definitivo.

R0036 PERFORACIÓN DUODENAL TRAS CONSUMO DE COCAÍNA

Neda Farhangmehr Setayeshi, Karina Cuiñas León, Vicente Rojo Blanco, Juan González González, Matías Cea Soriano, Antonio Gil Pérez, Lucía de Gregorio Muñiz, Arturo García Pavía

Objetivo

Presentar un caso de perforación yuxtapilórica en consumidor de cocaína y revisión de la literatura.

Material y métodos

Varón de 22 años de edad fumador de 1 paquete de cigarrillos /día. Consumidor habitual de cocaína y tratamiento habitual con Almax. Fue diagnosticado en Urgencias de gastritis en los 3 meses previos sin seguimiento. Acude a Urgencias por dolor abdominal intenso generalizado tras consumo de cocaína y alcohol reciente. Presenta leucocitosis 20.140 cels/mm³ Radiografía: neumoperitoneo bilateral

Resultados

Intervención quirúrgica: Laparoscopia exploradora. Se objetiva perforación subcentimétrica a nivel yuxtapilórico. Se realiza sutura simple y epiploplastia.

Evolución satisfactoria con alta hospitalaria a los 4 días con tratamiento erradicador anti H. pylori,

Conclusiones

Se ha descrito el consumo de cocaína tanto como causa de úlceras gastroduodenales como precipitante de la perforación gastroduodenal.

El mecanismo subyacente descrito en la literatura es su acción alfa-adrenérgica vasoconstrictora, disminución de la motilidad gástrica, aumento de concentración de ACTH y cortisona, aumento de secreción de LTC₄ y disminución de PGE₂ y la trombosis vascular in situ por la agregación plaquetaria causada por la cocaína.

La mayoría de estudios está en relación con la cocaína fumada o inhalada (crack) . Las perforaciones yuxtapilóricas en los consumidores de cocaína presentan peculiaridades: pacientes varones unos 8-10 años menores que el grupo control que presentan perforaciones puntiformes de 3-5 mm.

Lo que está aún por determinar es el papel del *Helicobacter pylori*.

En, resumen el consumo de cocaína asociado a otros factores de riesgo conocidos (alcohol, tabaco, H.Pylor...i) favorece la perforación gastroduodenal.

R0040 TRIPLE HERNIA DE SPIEGEL

Milagros Borrego Galán, Jose María Fernández Rodríguez, Carlos Marcelo Francos von Hünefeld, Mar Roldán Cuenca, Ana Serantes Gómez, Andrés de Juan Fernández, Fernando Ozalla Romero-del Castillo, María Eugenia Blanco

INTRODUCCIÓN: Las hernias de Spiegel representan menos del 1% de las hernias abdominales, el 3% son bilaterales, y menos del 0.7% ipsilaterales. Tras una revisión bibliográfica exhaustiva, no hemos encontrado ningún caso que reúna las características de nuestro paciente: hernia de Spiegel triple e incarceration bilateral sincrónica.

CASO CLÍNICO: Varón de 88 años, con clínica de suboclusión intestinal, masa abdominal bilateral y hernia inguinal bilateral no complicada. La TAC informó de hernia de Spiegel bilateral, con intestino grueso en su interior, sin signos de obstrucción. Se intervino de urgencias. En el lado derecho, el saco herniario se reintrodujo a la cavidad, cerramos al anillo según técnica de Mayo y colocamos una malla plana de polipropileno. En el lado izquierdo, de forma simétrica, encontramos un gran saco que contenía sigma viable y 3 centímetros por debajo, protuía otro saco pequeño que contenía grasa preperitoneal, que hasta este momento había pasado desapercibido. Colocamos un cono de polipropileno en el anillo inferior y una malla de prolene 3DPatch que cubría los dos defectos herniarios. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, 5 años después, el paciente se encuentra en buen estado. **DISCUSIÓN:** Las hernias de Spiegel aparecen a través de la aponeurosis de Spiegel, que está situada entre la línea semilunar de Spiegel y el borde externo del músculo recto. Aparecen con mayor frecuencia por debajo del ombligo. Las manifestaciones clínicas son muy variadas y el diagnóstico a veces es difícil. La T.A.C se considera el mejor método de diagnóstico complementario, por su gran exactitud diagnóstica.

La tasa de complicaciones es elevada (20-35%): incarceration (10%), estrangulación (6,7-14%), obstrucción intestinal (13%), y suboclusión (5,5%). No hemos encontrado en la literatura ningún dato sobre la incidencia de la incarceration en el caso de hernias múltiples.

El tratamiento es quirúrgico para prevenir y para tratar las complicaciones. En un 21- 40% de los casos la cirugía es urgente y tanto la vía de abordaje como la técnica de reparación aún no están estandarizadas, y encontramos desde simples reparaciones primarias hasta complejas reconstrucciones con colgajos

R0044 CONTROL DE LA FLUIDOTERAPIA INTRAOPERATORIA DURANTE AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL LAPAROSCÓPICA CON TIEMPO PERINEAL EN PRONO MEDIANTE SONDA DOPPLER TRANSESOFÁGICA

HENAR MUÑOZ HERNANDEZ, FRANCISCO BLANCO ANTONA, GABINO MOZO HERRERA, MARIA TERESA FERNANDEZ MARTIN, JUDIT ANDRES SAINZ, TEODORA GUTIERREZ, JAVIER PLATERO BURGOS,

La amputación abdominoperineal (AAP) de recto descrita inicialmente por Ernest Miles en 1908¹, en la que se efectuaba la intervención en dos campos quirúrgicos independientes, con cambio de la posición del paciente, ha sido considerada la técnica de elección para el tratamiento quirúrgico del cáncer de tercio inferior de recto, si bien la técnica ha sido progresivamente modificada y simplificada, realizando la resección en un solo tiempo quirúrgico, sin cambiar la posición del paciente.

Actualmente los nuevos estándares de calidad de la resección quirúrgica propuestos inicialmente por Heald² y por Quirke^{3,4,5}, han condicionado que se vuelva a realizar esta intervención en 2 tiempos, con algunas modificaciones técnicas, tal y como ha descrito recientemente Holm⁶, para conseguir una correcta exéresis del tumor, y disminuir así la tasa de recidivas locales.

Por otra parte, desde comienzos de los años 90 se ha introducido el abordaje laparoscópico para la patología colorrectal^{7,8,9,10,11}, así como los programas de reanimación multimodal (ERAS)¹². Las ventajas atribuidas a este abordaje son la reducción del dolor y del íleo postoperatorio, la pronta deambulación y reincorporación a la actividad normal, y la reducción de las complicaciones de la laparotomía¹³, entre otras.

Bajo una anestesia general, el uso de un protocolo de reposición de líquidos basado en la monitorización intraoperatoria mediante el uso del Doppler esofágico ha demostrado mejorar la morbilidad y reducir la estancia hospitalaria en pacientes intervenidos por patología colorrectal de forma electiva^{14,15}.

Se presenta el caso clínico de una varón de 65 años, sin antecedentes clínicos de interés, al que se le realizó una AAP laparoscópica con tiempo perineal en posición prono, en el que se optimizó la reposición de fluidos con el uso del Doppler esofágico.

Bibliografía:

1. Miles E. A Method of Performing Abdomino-Perineal Excision for Carcinoma of the Rectum and of the Terminal Portion of the Pelvic Colon. *Lancet* 1908;1812-1813.
2. Heald RJ, Moran B, Ryall R, Sexton R, MacFarlane J. Rectal cancer. The Basingstoke experience of total mesorectal excision, 1978-1997. *Arch Surg* 1998; 133: 894 - 899.
3. Quirke P, Dixon MF, Durdey P, Williams NS. Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection. *Lancet* 1986; 1: 996-999.
4. Marr R, Birbeck K, Garvican J, Macklin CP, Tiffin NJ, Parsons WJ, Dixon MF, Mapstone NP, Sebag-Montefiore D, Scott N, Johnston D, Sagar P, Finan P, Quirke P. The modern abdominoperineal excision: the next challenge after total mesorectal excision. *Ann Surg*. 2005 Jul;242(1):74-82.
5. Nagtegaal ID, van de Velde CJ, Marijnen CA, van Krieken JH, Quirke P; Dutch Colorectal Cancer Group; Pathology Review Committee. Low rectal cancer: a call for a change of approach in abdominoperineal resection. *J Clin Oncol*. 2005 Dec 20;23(36):9257-64.
6. Holm T, Ljung A, Häggmark T, Jurell G, Lagergren J. Extended abdominoperineal resection with gluteus maximus flap reconstruction of the pelvic floor for rectal cancer. *Br J Surg*. 2007 Feb;94(2):232-8.
7. Fowler DL, White SA. Laparoscopy-assisted sigmoid resection. *Surg. Laparosc. Endosc.*,1991;1:183-188
8. Redwine DB, Sharpe DR. Laparoscopic segmental resection of the sigmoid colon for endometriosis. *J Laparoendosc Surg* 1991;1:217-220.
9. Sackier JM. Laparoscopy: Applications to colorectal surgery. *Semin Colon Rectal Surg* 1992;3:2-8.
10. Franklin ME, Ramos R, Rosenthal D; Schuessler W. Laparoscopic coonic procedures. *World J Surg* 1993;17:51-56.
11. Trias M, Targarona EM, Pons MJ, Caceres JP, Novell F, Taura P. Amputación abdominoperineal del recto asistida por laparoscopia. *Cir Esp*1994;55:85-88.
12. Eskicioglu C, Forbes SS, Aarts MA, Okrainec A, McLeod RS. Enhanced recovery after surgery (ERAS) programs for patients having colorectal surgery: a meta-analysis of randomized trials. *J Gastrointest Surg*. 2009 Dec;13(12):2321-9.
13. Lacy AM, García-Valdecasas JC, Pique JM, Delgado S, Campo E, Bordas JM, Taura P et al. Short-term outcome analysis of a randomized study comparing laparoscopic vs open colectomy for colon cancer. *Surg Endosc* 1995;9:1101-1105.

14. Noblett SE, Snowden CP, Shenton BK, Horgan AF. Randomized clinical trial assessing the effect of Doppler-optimized fluid management on outcome after elective colorectal resection. *Br J Surg* 2006;93:1069-76.

15. Sanders GM. Randomized clinical trial assessing the effect of Doppler-optimized fluid management on outcome after elective colorectal resection (*Br J Surg*) 2006;93:1069-1076. *Br J Surg* 2006;93:1563.

R0046 FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA: MANEJO COMO YEYUNOSTOMÍA PARA UN TRATAMIENTO DIFERIDO

Nicolás Monge Ropero, Luis Malavé Cardozo, Javier Etreros Alonso, Sandra del Barrio Anaya, Juan Pablo Arjona Trujillo, Alberto Delgado Mucientes, Guillermo Aís Conde, Juan Javier Manzanares Sacristán

Paciente de 65 años de edad, con antecedentes de gastrectomía subtotal hace 14 años por neoplasia antro gástrica con Billroth II, recidiva tumoral en boca anastomótica realizándose desgastrogastrectomía con malla Dualmesh para cierre abdominal, diabético insulín dependiente, obeso, EPOC. En el décimo día presenta infección de herida quirúrgica, con salida de contenido intestinal y aparición de fístula enterocutánea, intervenido 8 días más tarde de cierre de la fístula. Ingresado durante este tiempo, presenta fiebre y a los 20 días de nueva aparición de la fístula enterocutánea, realizadas pruebas de imagen se objetiva que es alta y de gran débito. Se coloca en el asa aferente una sonda y manejo similar a una yeyunostomía, con nutrición enteral así como reintroducción de jugos biliares, desaparición de fiebre, mejora general del paciente y es reintervenido 4 meses más tarde. Estando asintomático hasta la fecha.

R0047 INVAGINACIÓN INTESTINAL COMO SIGNO ÚNICO EN RECIDIVA DE MELANOMA

Nicolás Monge Ropero, Javier Etreros Alonso, Juan Pablo Arjona Trujillo, Luis Malavé Cardozo, Sandra del Barrio Anaya, Alberto Delgado Mucientes, Miguel Picatoste Merino, Juan Javier Manzanares Sacristán

Paciente de 73 años, intervenida hace 18 años de melanoma en MII; con recidiva local 8 años más tarde, tratado con exéresis e injerto libre, con resultado de anatomía patológica sin bordes afectados. Presenta 6 años más tarde un cuadro de obstrucción intestinal con imagen en TAC de invaginación en asa de intestino delgado, con abdomen agudo, se decide intervención y se comprueban dos tumoraciones intraluminales que producen invaginación y obstrucción de intestino delgado. Se realizan resecciones de dos segmentos de intestino delgado con buena evolución posterior. Anatomía patológica de melanoma.

Junto con ello, revisamos la incidencia de esta forma de metástasis del melanoma.

R0048 ABSCESOS ESPLÉNICOS MÚLTIPLES Y TROMBOSIS ESPLENOMESENTÉRICA, MANEJO CON TRATAMIENTO CONSERVADOR

Nicolás Monge^o Ropero, Juan Pablo Arjona Trujillo, Javier Etreros Alonso, Luis Malavé Cardozo, Sandra del Barrio Anaya, Pablo Vázquez Santos, Begoña Fadrique Fernández, Juan Javier Manzanares Sacristán

Paciente de 67 años de edad, antecedentes psiquiátricos, exfumador. Acude por malestar general de 20 días de evolución, así como fiebre de 38 en los últimos 3 días. Presenta dolor abdominal fundamental en hipocondrio izquierdo, sin defensa; ligera ictericia mucocutánea. Leucocitosis y alteración de la coagulación con VSG 39. En el TAC urgente se objetivan múltiples abscesos esplénicos, con trombosis esplenomesentérica y en parénquima hepático imágenes compatibles con infartos. En Rx tórax hay un mínimo derrame pleural izquierdo con atelectasia pulmonar asociada. Ingresa con tratamiento antibiótico + sueroterapia y se cultiva en PAFF de lesiones esplénicas *Klebsiella pneumoniae* así como en hemocultivos. Se inicia tratamiento según cultivo desescalando, y anticoagulación del paciente. Ingreso durante 1 mes, con mejoría progresiva. En TAC de 6 meses, presenta regresión de prácticamente todas lesiones esplénicas, mejoría de las hepáticas y circulación colateral periportal.

Así mismo, en esta presentación, revisaremos los gérmenes más implicados en los abscesos esplénicos así como el órgano de origen de los émbolos sépticos.

R0049 ENTEROBACTERIA COMO CAUSA RARA DE TUMORACIÓN ABDOMINAL ABSCESIFICADA

Susana Bahamonde Cabrria, Francisco Blanco Antona

INTRODUCCIÓN

Yersinia pseudotuberculosis, un coco-bacilo gramnegativo, de la familia de las enterobacterias es una zoonosis cuyos huéspedes son los pájaros y los roedores. Los síntomas suelen ser de tipo intestinal (adenitis mesentérica o enteritis), junto con manifestaciones sistémicas asociadas (eritema nodoso, artritis), y ocasionalmente la septicemia.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 42 años de edad, sin antecedentes de interés, con fiebre de 38.5°C y sudoración de 2 semanas de evolución junto con dolor abdominal difuso, pérdida de peso y malestar general. Analíticamente destacaba leucocitosis de 14.000 con neutrofilia, PCR > 9. Ingresó a cargo del Servicio de Medicina Interna para estudio. Se realizó TC abdominal con contraste intravenoso en el que se observó una lesión informada como absceso sobre cuerpo extraño practicándose una punción percutánea dirigida por TC que evolucionó desfavorablemente siendo necesaria intervención quirúrgica urgente. Intraoperatoriamente se observó una tumoración en la raíz del meso, de 8 cm de diámetro con una estructura sólida en su interior, sin presencia de pus. Se realizó resección de dicha estructura junto con 30 cm de yeyuno por isquemia. La evolución post-operatoria fue favorable, siendo alta hospitalaria al noveno día. La histología de la pieza extirpada mostró tejido inflamatorio con granulomas de células gigantes, y los cultivos revelaron la presencia de *Yersinia pseudotuberculosis*.

CONCLUSIÓN

Las infecciones abdominales por gérmenes poco habituales, como *Yersinia pseudotuberculosis*, deben ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial de la fiebre de origen abdominal. La obtención de material para su aislamiento es necesaria para iniciar tratamiento específico.

R0050 DEGENERACION DE LINFEDEMA CRONICO TRAS MASTECTOMIA RADICAL Y VACIAMIENTO GANGLIONAR AXILAR

Susana Bahamonde Cabria, Francisco Blanco Antona, Leticia Blanco Antona,

INTRODUCCIÓN

El hemangiosarcoma es una patología poco frecuente, con unos 200 casos descritos en la literatura, que aparece tras mastectomía unilateral y vaciamiento axilar con radioterapia post- operatoria por cáncer de mama (Síndrome de Stewart-Treves). Se trata de un tumor agresivo con una alta tasa de recurrencia local y una gran tendencia a metastatizar, que se desarrolla sobre linfedema crónico, debido a inmunodeficiencia local, sin relación con la radioterapia previa. Se presenta como maculo-pápulas violáceas, ocasionalmente polipoides, con hemorragias e infecciones. El tratamiento de elección y que proporciona la mejor supervivencia a largo plazo es la cirugía, con la amputación del miembro afectado. Aún realizando una cirugía precoz y administrando tratamientos coadyuvantes (quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia), presentan una elevada tasa de recurrencia local y metástasis a distancia.

CASO CLÍNICO

Mujer de 77 años con antecedentes de mastectomía parcial y linfadenectomía axilar con radioterapia post-operatoria por carcinoma de mama izquierda, tras el que desarrolla linfedema crónico en extremidad superior izquierda (ESI). Consulta por dolor y eritema progresivo de aspecto geográfico en dicha extremidad acompañado de febrícula. Se inició tratamiento antibiótico sin respuesta por lo que se biopsia informándose como angiosarcoma. En la TC se objetiva edema de tejidos blandos de la ESI, sin metástasis a distancia. Se realizó desarticulación inter-escápulo-torácica de ESI. La anatomía patológica definitiva fue de angiosarcoma con afectación cutánea, mamaria y de tejidos blandos. A pesar del tratamiento la paciente falleció a los 10 meses.

CONCLUSIÓN

El hemangiosarcoma es una patología infrecuente que debe ser diagnosticada precozmente dadas las escasas opciones terapéuticas y su mal pronóstico.

R0051 INCIDENTALOMA SUPRARRENAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE PLASMOCITOMA

Susana Bahamonde Cabria, Francisco Blanco Antona, Leticia Blanco Antona

INTRODUCCIÓN

Se denomina mieloma múltiple a una proliferación monoclonal de plasmocitos, que puede hallarse en casi cualquier localización, siendo ésta extra-ósea o extra-medular en un 3-5% de los pacientes (90% en cabeza y cuello), denominándose en estos casos plasmocitoma extramedular.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 76 años de edad, sin antecedentes personales de interés, en estudio por dolor abdominal cólico localizado en hipocondrio derecho, acompañado de pérdida de ponderal de 4kg en los últimos 2 meses y en la exploración física destacaba hepatomegalia.

Analíticamente se objetiva leve alteración de pruebas de función hepática, y anemia (Hb 11,3g/dl). En el TC abdominal se observó una masa retroperitoneal de 6x6x5cm, heterogénea en contacto con glándula supra-renal izquierda, compatible con liposarcoma. Se realizó extirpación en bloque de la tumoración retroperitoneal, incluyendo la glándula supra-renal izquierda. La anatomía patológica de la pieza resecada se informó como "mieloma" de localización supra-renal. Posteriormente recibió tratamiento quimioterápico adyuvante, encontrándose asintomática tras 40 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

Existen 5 casos de plasmocitoma extramedular localizados en la glándulas supra- renales descritos en la literatura. Tres de ellos eran unilaterales, de pequeño tamaño (<3.5cm) y no funcionantes. El tratamiento fue quirúrgico en 4 de los pacientes, con un abordaje laparoscópico de la tumoración suprarrenal en 3 de ellos.

CONCLUSIÓN

Los plasmocitomas se deben considerar, a pesar de su excepcionalidad, en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones retroperitoneales. El tratamiento de elección es quirúrgico, reservándose la radioterapia y la quimioterapia para los casos irresecables.

R0055 TRAUMATISMO HEPÁTICO. LA IMPORTANCIA DE TOMAR DECISIONES

EUGENIA BLANCO MARTÍN, LUIS MIGUEL URIEN BLAZQUEZ, ANTONIO CARMONA, JAVIER HERNÁNDEZ GUTIERREZ, MILAGROS BORREGO GALÁN

Desde la antigüedad romana, se define al Médico como: VIR BONUS MEDENDI PERITUS (Hombre bueno, perito en el arte de curar).

...Cuando un Médico no consigue unir la clínica con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, se dice que los usa incorrectamente.

La toma de decisiones, se presenta como un desafío para cualquier Médico, especialmente para el CIRUJANO.

El presente trabajo pretende comunicar la necesidad de una correcta TOMA DE DECISIONES=...DILEMA...

Los autores analizan el caso clínico de un paciente de 18 años con traumatismo hepático grado III-IV con abundante hemoperitoneo.

La indicación quirúrgica de urgencia, vino condicionada por la inestabilidad hemodinámica del paciente.

Intraoperatoriamente, y tras varias tentativas de control hemorrágico, se realizó Packing hepático. Fue retirado pasadas 36 horas, con control perfecto de la hemorragia.

En el postoperatorio, desarrolló una fístula biliar externa, que se trató de forma conservadora.

Como lesión residual, apareció un bilioma intrahepático, asintomático. Esta lesión se fue reduciendo progresivamente en los TAC de control en follow-up de consulta externa y se mantiene totalmente asintomático.

¿CUALES FUERON LAS DECISIONES TOMADAS?

1. Opción de Packing para Damage Control.
2. Opción de tratamiento conservador de Fístula Biliar.
3. Opción de seguimiento de Bilioma no sintomático en lugar de punción- aspiración.

Fueron estos, los DILEMAS que estuvieron presentes en nuestras decisiones.

Los traumatismos hepáticos continúan siendo un DILEMA diagnóstico y terapéutico.

R0056 VÓLVULO GÁSTRICO INTRATORÁCICO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO

Lucía Latorre Marlasca, Gloria Rodríguez Velasco, Raquel Latorre Fragua, Natalia Apentchenko, Gada Housari Martín, Eduardo Lobo Martínez

Introducción: El vólvulo gástrico puede presentarse de forma ideopática, pero hasta en el 75% de los casos se asocia anomalías anatómicas. Se puede clasificar en función del eje de rotación, extensión, dirección y forma de presentación.

Presentamos el caso de un vólvulo gástrico intratorácico secundario a hernia diafragmática recidivada que debutó como abdomen agudo.

Caso clínico: Varón de 35 años acude a urgencias por cuadro de inicio brusco de dolor en HCl con náuseas sin vómitos. Como único antecedente, intervención de hernia diafragmática en la infancia. Se encuentra muy afectado por el dolor y en la exploración destaca hipoventilación en hemitórax izquierdo y dolor a la palpación en epigastrio e HCl con defensa a ese nivel. Analíticamente marcada leucocitosis con neutrofilia y en la radiografía de tórax se evidencia un nivel hidroaéreo en hemitórax izquierdo. En TAC toraco-abdominal se aprecia gran distensión gástrica con estómago volvulado intratorácico, desplazamiento mediastínico contralateral, atelectasia del pulmón adyacente e hipoplasia de arteria pulmonar izquierda.

Es intervenido de urgencia mediante laparotomía media encontrándose el estómago completamente intratorácico, volvulado y con signos incipientes de isquemia, que se recupera rápidamente tras devolvulación y reducción a cavidad abdominal. Se cierra el defecto diafragmático reforzándolo con malla de vicryl y se realiza gastrostomía, dejando drenaje torácico. La evolución postoperatoria es satisfactoria con rápida reexpansión del pulmón izquierdo.

Discusión: El vólvulo gástrico más frecuentemente asociado a hernia diafragmática es el organoaxial y lo más común es que curse con una clínica insidiosa. La volvulación aguda es infrecuente y cursa con la triada de Bouchardt (dolor y distensión, náuseas con incapacidad para vomitar e imposibilidad de colocar SNG). En estos casos está indicada la intervención urgente por la posibilidad de evolución hacia isquemia y perforación gástrica. El abordaje abdominal es preferido al torácico para poder resolver probables lesiones de órganos intraabdominales asociadas.

R0058 PERFORACION ESTERCORACEA DE SIGMA: A PROPOSITO DE UN CASO

ANA BELEN SANCHEZ CASADO, HENAR SAN JOSE, RUBEN DEL OLMO, ROSA PELAEZ, IGNACIO GONZALEZ MUÑOZ, MARIA ANGOSO, JOSE MARIA FERNANDEZ, EMILIO PEREZ GARCIA

La perforación colónica debida a impactación fecal o perforación estercoracea es una entidad rara (2,3% de las perforaciones de colon) y que afecta predominantemente a personas de edad avanzada.

El estreñimiento crónico, la administración de fármacos inhibidores del peristaltismo intestinal, y la insuficiencia renal son factores predisponentes para el desarrollo de este proceso.

El mecanismo patogénico se explica por la presión isquémica que ejerce el fecaloma contra la pared colónica hasta llegar a la perforación transmural. La localización más frecuente de la perforación es a nivel de sigma(43%) y rectosigma(30%).

El diagnóstico definitivo suele ser la mayoría de las veces intraoperatorio.

Algunos autores han establecido unos criterios diagnósticos: a) la perforación colónica es ovoide , mayor de un centímetro y localizada en el borde antimesentérico; b) existencia de feclomas emergiendo de la perforación o en cavidad abdominal; c) microscópicamente : necrosis o úlcera por presión e inflamación crónica en pared colónica ; d) exclusión de otras causas de perforación.

Presentamos un caso clínico de una mujer de 53 años con antecedentes de estreñimiento crónico y síndrome depresivo, que debutó con una peritonitis fecaloidea debida a una perforación de sigma por escíbalos.

R0059 LOCALIZACIÓN ATÍPICA DE ADENOMA PARATIROIDEO

Romina Parra López, Carmen Reguilón Rivero, Alberto Palomo Luquero, Ivan Gil Laso, Fernando Martín Acebes, Vidina Rodrigo Amador, Raquel León Miranda, Juan Luis Seco Gil

Objetivos: Presentación de un caso de adenoma paratiroideo que requiere la realización de una prueba poco habitual para la localización del mismo.

Material y métodos: Mujer de 74 años que presenta hipercalcemia, elevación de PTH e hiperfosforemia (calcio 12,1; PTH 175; fósforo 2,5) con clínica de hipertensión arterial, estreñimiento, osteoartropatía leve y cefalea ocasional. Tras ecografía cervical y gammagrafía, y con el diagnóstico de adenoma paratiroideo inferior derecho, la paciente es sometida a exploración quirúrgica, no localizando la paratiroides patológica. Se realiza nueva gammagrafía y resonancia magnética cervical, no aportando más información, motivo por el cual se realiza un SPECT-TC.

Resultados: Hallazgo de un adenoma paratiroideo inferior derecho retrotraqueal, paraesofágico, de 1,2 cm de diámetro, que se extirpa evidenciando disminución de las cifras de PTH intraoperatorias, con la confirmación anatomopatológica de adenoma paratiroideo.

Conclusiones: En los adenomas paratiroides de localización habitual es suficiente con la concordancia entre la ecografía y la gammagrafía. En las paratiroides ectópicas es preciso utilizar otras pruebas como el SPECT-TC para completar el estudio.

R0061 ESTABILIZACIÓN COSTAL POSTRAUMÁTICA

LUIS MIGUEL ALCOBA GARCÍA, CARLOS MARÍA SIMÓN ADIEGO, ROSARIO CANSECO FERNÁNDEZ, LEIRE AZCÁRATE PEREA, JESÚS ISEA VIÑA, LUIS HUERTA MARTÍNEZ, RAFAEL PEÑALVER PASCUAL, FEDERICO GONZÁLEZ ARAGONESES

Introducción

El tratamiento de las fracturas costales traumáticas es generalmente conservador, siendo infrecuentes las indicaciones de fijación costal precoz (fragmento costal perforante, tras toracotomía indicada por otra causa o tórax inestable causante de ventilación mecánica prolongada) o tardía (hernia pulmonar o pseudoartrosis). En la actualidad se disponen de placas de aleación de titanio que facilitan la fijación costal. Caso clínico

Varón de 49 años con antecedente de accidente de tráfico con fracturas costales derechas hacía un año que refiere, tras una crisis de tos, intenso dolor con deformidad costal derecha. A la exploración se pone de manifiesto una inestabilidad de la pared torácica costal derecha y hernia pulmonar.

En el TAC se identifican fracturas de arcos costales del 8º al 11º del lado derecho en su tercio posterior aún en fase precoz de consolidación. Son fracturas apenas desplazadas salvo en el caso de la 10ª costilla que presenta fractura bifocal con foco posterior ligeramente angulado y foco en tercio medio-anterior muy desplazado. Este desplazamiento condiciona un defecto óseo de la pared posterolateral del hemotórax, donde se encuentra la hernia pulmonar.

Bajo anestesia general, se realiza disección y alineamiento de los extremos de la fractura anterior del 10º arco costal derecho y fijación con placa de titanio de bajo perfil.

Conclusiones

Cuando está indicada la reducción abierta y fijación interna de fracturas costales, la osteosíntesis con placas de titanio es un procedimiento de fácil aplicación, rápida recuperación clínica y laboral, con escasas complicaciones.

R0062 TUMOR SINCRONICO APENDICULAR

Luis Malave Cardozo, Javier Etreros Alonso, Nicolas Monge Ropero, Sandra Del Barrio Anaya, Juan Pablo Arjona Trujillo, Alberto Delgado Mucientes, Marisol Perez Cerdeira, Juan Javier Mazanares Sacristan

Las neoplasias del apéndice cecal están en relación con un grupo variable de tumores, cuya manifestación y pronóstico es heterogéneo; cualquier tumor en el aparato gastro intestinal puede afectar al apéndice debido a su relación embriológica con los demás órganos del aparato digestivo.

Presentamos el caso de una paciente 45 años; antecedentes de: heterocigoto para homocisteina, infarto central en región lateral y posterior del tálamo, bocio multinodular, fibromatosis uterina, no gestaciones no alergia a medicamentos, en tratamiento con AAS y HBP. Se realiza apendicetomía de forma urgente con el hallazgo de tumor mucinoso borderline y tumor carcinoide sincrónico de más de 2cm con afectación de la base. Posteriormente se decide realizar hemicolectomía derecha con los resultados anatomopatológicos: Adenoma mucoso productor de 1mm en íleo terminal con afectación serosa por tumor mucinoso borderline, no infiltración vascular, 20 ganglios libres, no evidencia de lesión carcinoide. Fue dada de alta por evolución favorable..Los tumores apendiculares son mas frecuentes alrededor de los

45 años y con mayor frecuencia en el sexo femenino; la mayoría de los tumores apendiculares no presentan un compromiso ganglionar y esto se traduce en un pronóstico favorable a pesar de sus características malignas. El porcentaje de tumores sincrónicos apendiculares sigue siendo muy bajo con una incidencia que escasamente llega al 0,3%.

R0063 HERNIA DE AMYAND. PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE HERNIA INGUINAL INCARCERADA

LUIS MIGUEL ALCOBA GARCÍA, REYES ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, JOSÉ MARCIANO MATAMORO ÁLVAREZ, ROSARIO CANSECO FERNÁNDEZ, MANUEL MUINELO LORENZO, PILAR SUÁREZ VEGA, LAURA BALLESTA RUSSO, PABLO DÍEZ GONZÁLEZ

Introducción

El hallazgo del apéndice no inflamado dentro de una hernia es una entidad rara (1%), descrita por primera vez en 1731 por Garangeot. El descubrimiento de una apendicitis en su interior es aún más inusual (0.3%), descrita por primera vez por Claudius Amyand en 1735.

La fisiopatología puede deberse al compromiso de la vascularización al pasar el apéndice por el anillo herniario, o por obstrucción de la luz apendicular de manera habitual.

Caso clínico 1

Varón de 71 años que acude a Urgencias por hernia inguinal derecha de años de evolución que en las 48 últimas horas se hace dolorosa e irreductible.

Se interviene objetivándose hernia inguinal derecha con apendicitis aguda gangrenada perforada con absceso periapendicular. Se realiza apendicectomía vía inguinal y herniorrafia tipo Bassini previo lavado exhaustivo.

Caso clínico 2

Varón de 92 años con dolor en región inguinal de dos días de evolución y calor en dicha región. A la exploración presenta hernia inguinal derecha incarcerada, dolorosa, caliente y eritematosa. Se interviene evidenciándose apendicitis gangrenosa en el interior de la hernia inguinal derecha, se realiza incisión auxiliar de Mc Burney ante la imposibilidad de completar la apendicectomía vía inguinal, se realiza apendicectomía y lavado de la región inguinal y herniorrafia Bassini.

Conclusiones

Es una patología que rara vez se realiza el diagnóstico preoperatorio.

El diagnóstico diferencial puede incluir la Hernia de Amyand, omentocele estrangulado, Hernia de Richater, tumor testicular con hemorragia, adenitis inguinal y epididimitis.

El uso de malla protésica para la reparación herniaria está contraindicado.

R0064 SARCOMA GASTRICO DE CELULAS CLARAS

M.C. de la Guardia Rueda¹, M. Pérez López¹, M.A. Teillet Roldán¹. F. Álvarez Sastre¹. J. Pinto Blázquez².

¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. **Objetivo:** Exposición de un caso clínico “muy raro”.

Caso clínico: Paciente de 54 años sin AMC y con dislipemia como única comorbilidad que acude a urgencias por melenas por lo que ingresa para estudio en el servicio de Digestivo realizándose las siguientes exploraciones complementarias. **Analítica:** Hemoglobina de 8 gr con hematocrito del 23%. Resto normal. **Fibrogastroscoopia:** tumor submucoso ulcerado en antro gástrico sugestivo de GIST **TC Tóraco-abdominal:** Tumoración en pared posterior de antro gástrico de crecimiento endofítico sin signos de extensión locorregional ni metástasis a distancia. Sugestivo de tumor del estroma gastrointestinal.

Eco-endoscopia: Lesión submucosa antral. **PAAF** no concluyente.

Diagnóstico: probable GIST gástrico.

Tratamiento: resección polar inferior gástrica con reconstrucción del tránsito mediante anastomosis gastroduodenal (Billroth I), por parte del Servicio de Cirugía. **Estudio Anatómo-Patológico:** Tumoración submucosa blanda de 3x3 cm con Negatividad para marcadores de tumor GIST.

DIAGNOSTICO: Sarcoma de células claras gástrico. Conclusiones:

- Tumor “extremadamente raro y muy agresivo”. Sólo 3 sarcomas de células claras gástricos descritos en la literatura^a.
- El diagnóstico sólo se realiza mediante inmunohistoquímica: PAN melanina, HMB45 y S-100 han de ser positivos. Resto de marcadores negativos.^o
- No se puede predecir el curso clínico y no existe ningún tratamiento eficaz.

^aClear cell sarcoma of the stomach. **Pawels P.** *Histopathology* 2002;41:526-30.

^oClear cell sarcoma of tendon and aponeurose, and osteoclast-rich tumor of the gastrointestinal tract whit features resembling clear cell sarcoma of soft parts: a review and update. Kemal Kosemehmetoglu and Andrew L. Folpe. 2010. *JClin Pathol*

R0066 TUMORES RETROPERITONEALES

Raquel León Miranda, Jose Felipe Reoyo Pascual, Francisco Javier Sánchez Manuel, Miguel Ángel Álvarez Rico, Fernando Martín Acebes, Ivan Gil Laso, Rosa Martínez Castro, Juan Luis Seco Gil

INTRODUCCIÓN: Son neoformaciones desarrolladas en el retroperitoneo, que derivan de células y tejidos no diferenciados. Incluyen neoplasias derivadas de vasos, nervios, músculos y restos embrionarios.

CASO CLÍNICO: Mujer de 63 años, presenta dolor abdominal progresivo, en los últimos 3 meses, que irradia a región lumbar y extremidad inferior derechas, palpándose masa de 15 cm en flanco derecho. Se realizaron: Análisis sanguíneo y Marcadores tumorales: CA19.9: 193.4, resto normal. Rx tórax: normal. Ecografía abdominal: Tumoración de 16 cm en flanco derecho, quistes simples hepáticos. TAC y RMN abdominal: masa retroperitoneal que engloba desde diafragma a pelvis, afectando al psoas derecho, de 12 cm quístico, sólido en su porción psóica, parcialmente calcificado anteriormente, desplazando riñón derecho. Quistes simples hepáticos. Biopsia por punción: Tumor maligno indiferenciado. Intervención: gran tumoración retroperitoneal que desplaza riñón, infiltra íleon terminal-ciego. Al resecar el tumor se abre una cavidad con material hemático, que ocupa desde el psoas hasta la pared posterior y lateral del abdomen. Se reseca toda la parte libre tumoral, restos del apéndice y un fragmento de peritoneo infiltrado totalmente y adherido a los vasos ilíacos. Apreciando engrosamiento difuso del psoas y adenopatías duras junto a la cava. AP: apéndice y peritoneo: adenocarcinoma indiferenciado; tumoración: adenocarcinoma, probable origen Mulleriano.

DISCUSIÓN: Estamos ante un caso de carcinoma indiferenciado no metastásico, cuya incidencia se encuentra entorno al 4% de los tumores retroperitoneales, de origen Mulleriano, restos embrionarios paraováricos. Los tumores retroperitoneales no disponen de clasificaciones, diagnóstico ni tratamiento estandarizados, estableciendo como única base el tratamiento de elección, la resección quirúrgica completa.

R0068 ADENOMA DUODENAL EN POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

Raquel León Miranda, Francisco Javier Sánchez Manuel, Jose Felipe Reoyo Pascual, Carmen Reguilón Rivero, Miguel Ángel Álvarez Rico, Romina Parra López, Alberto Palomo Luquero, Juan Luis Seco Gil

INTRODUCCIÓN: Síndrome autosómico dominante, caracterizado por la presencia de más de 100 pólipos adenomatosos en colon y recto. Otras manifestaciones incluyen lesiones pigmentadas del epitelio retiniano y tumores extracolónicos, los más frecuentes, pólipos gástricos y adenomas duodenales. Las opciones quirúrgicas son proctocolectomía con ileostomía, colectomía subtotal con anastomosis ileorrectal y proctocolectomía restauradora con reservorio ileorrectal o ileoanal, dependiendo del riesgo de cáncer colorrectal de cada paciente.

CASO CLÍNICO: Mujer de 48 años, tras realización de gastroscopia para resección de pólipos duodenales, acude a Urgencias con intensa abdominalgia generalizada de inicio brusco e inestabilidad hemodinámica. AP: Poliposis adenomatosa familiar. Poliposis duodenal. IQ previas: colectomía subtotal con anastomosis ileorrectal. PC: Endoscopia (previa): Tumoración de aspecto adenomato-velloso de 2-2.5cm de diámetro, parcialmente desplazable sobre la ampolla de Vater, que impide identificar la papila. (AP: adenoma tubulo-velloso con dudosa infiltración de lámina propia). TAC: retroneumoperitoneo. **INTERVENCIÓN:** encontrando escasa cantidad de líquido libre, del que se toma cultivo (E.Coli). Maniobra de Kocher, hallando entre 2^a-3^a porción duodenal, zona esfacelada, con enfisema en tejidos circundantes y perforación duodenal de 1cm que se sutura.

DISCUSIÓN: A pesar de la baja frecuencia de este síndrome, su presencia se relaciona con un riesgo de cáncer colorrectal de casi 100%, lo que nos lleva a diagnosticar y tratar precozmente ante historial familiar conocida o ante una colonoscopia, por molestias abdominales inespecíficas o pérdida de sangre. Hoy, las pruebas genéticas son estándar para el diagnóstico de FAP. Como norma general, las mutaciones entre los codones 169-1393 se asocian a este síndrome.

R0069 HEMATOMA SUPRARRENAL ESPONTÁNEO

Beatriz Láiz Díez, Jose Luis Lucena de la Poza, Félix Martínez Arrieta, Jesús Gabriel García Schiever, Arturo García Pavía, Karina Cuiñas León, María Pérez-Seoane de Zunzunegui, Victor Sánchez Turrión

OBJETIVOS:

Presentación del caso de un paciente con dolor abdominal de causa infrecuente. MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 63 años que acude a Urgencias con dolor abdominal de inicio brusco en flanco izquierdo. En la exploración física se objetiva TA 86/63, FC 107, palidez cutáneomucosa y diaforesis. El hemograma revela una Hb de 11,2 y una discreta leucocitosis. Se realiza TAC abdominal demostrando hematoma retroperitoneal expansivo de gran tamaño afectando a polo superior de riñón izquierdo. Dado el fracaso de las medidas conservadoras se decide intervención quirúrgica urgente.

RESULTADOS:

Se realiza laparotomía encontrándose un gran hematoma retroperitoneal que se extiende desde el riñón izquierdo hasta la cúpula diafragmática. Tras su evacuación se objetiva estallido de la glándula suprarrenal. Se realiza suprarrenelectomía. El informe anatomopatológico informa de hemorragia masiva de la glándula suprarrenal intraglandular. El paciente tuvo un postoperatorio sin incidencias con alta al séptimo día. El seguimiento posterior mostró una glándula suprarrenal derecha y riñones de características normales.

CONCLUSIONES:

La hemorragia suprarrenal espontánea es una entidad rara que puede producirse de forma uni o bilateral, que rara vez se diagnostica clínicamente (si en autopsias) y que puede afectar a la propia glándula o a tejidos adyacentes. Es más frecuente en varones mayores de 50 años. Entre sus causas destacan el estrés producido por sepsis, cirugías, quemaduras o traumas, alteraciones de la hemostasia, tumores, etc. El método diagnóstico es el TAC y el tratamiento puede ser conservador en caso de estabilidad hemodinámica o precisar arteriografía o, como en nuestro caso, cirugía.

R0073 TRAUMATISMOS ANO-RECTALES. CASO CLÍNICO

MARIA PILAR SUÁREZ VEGA, TOMÁS GONZÁLEZ-ELOSUA, LUIS MIGUEL ALCOBA, LAURA BALLESTA, PABLO DIEZ, TOMÁS G de FRANCISCO

Objetivos e Introducción: Los traumatismos perianales han descendido drásticamente desde el 67-80% para las heridas por arma de fuego en la 1ª Guerra Mundial hasta el 0-10% en el ámbito actual.

Las lesiones ano-rectales suelen ocurrir en contexto de traumatismo penetrante como resultado de heridas por arma de fuego o arma blanca, práctica deportiva o accidente laboral; y en nuestro medio más frecuentemente por accidente de tráfico y la herida por asta de toro o iatrogénicas.

El nivel de gravedad variará según la afectación sea perineal, intra o extraperitoneal. Las opciones técnicas varían desde la exploración, con o sin reparación primaria, el drenaje presacro, el lavado rectal o la colostomía derivativa.

Presentamos el caso de un traumatismo por empalamiento en la región perianal

Material y métodos (caso clínico): Varón de 25 años que estando practicando deporte al aire libre, sobre terreno escarpado y en la nieve sufre una caída casual siendo empalado por una rama de árbol en la región perianal.

En la TC se objetivó un trayecto ocupado por un cuerpo extraño desde la región perianal derecha y pliegue interglúteo atravesando la fosa isquiorrectal y hasta alcanzar el tejido celular subcutáneo de la piel del glúteo derecho. El trayecto rozaba de forma tangencial el aparato esfinteriano sin evidencia radiológica de afectación del mismo.

El paciente fue llevado a quirófano para revisión bajo anestesia con extracción directa de la rama y exploración de la integridad rectal y esfinteriana. No se apreciaron lesiones, se revisó la hemostasia del trayecto, lavado y colocación de drenajes.

Resultados: A pesar de la magnitud de traumatismo, ni en las pruebas de imagen ni en la exploración quirúrgica se objetivaron daños en el esfínter ni en el recto.

El paciente evolucionó favorablemente, con cobertura antibiótica de amplio espectro siendo alta al quinto día. Presenta en el seguimiento una función defecatoria satisfactoria sin secuelas (Wexner de 0).

Conclusiones:

Las lesiones de la región perianal deben ser exploradas para confirmar la integridad y funcionalidad del recto y el aparato esfinteriano.

La incidencia de complicaciones sépticas es alta pero el uso de una correcta profilaxis antibiótica durante al menos 48 horas, que cubra flora aerobia y anaerobia es fundamental y puede disminuir las mismas.

Los objetivos del tratamiento son disminuir la morbimortalidad y evitar las secuelas locales (incontinencia anal, fístulas complejas y estenosis).

R0074 HERNIA DE SPIEGEL INCARCERADA: DIFICULTAD DIAGNÓSTICA

Sandra del Barrio Anaya, Javier Etreros Alonso, Nicolás Monge Ropero, Luis Malavé Cardozo, Ana González, Pablo Vázquez, Diana Oquillas, Javier Manzanares

La hernia de Spiegel es una patología descrita por Adriaan Van Spiegel a principios del siglo XVII. Se trata de una hernia poco frecuente que es intervenida de forma ocasional en nuestro medio. En la literatura hay pocos casos de incarceración intervenida de manera urgente.

Presentamos un caso clínico de una paciente obesa de 60 años de edad que consulta por dolor cólico en hemiabdomen izquierdo de un año de evolución, sin otra sintomatología. Se habían realizado estudios de imagen (TAC) y colonoscopia, sin apreciar patología alguna. Un mes previo a su ingreso el dolor se había intensificado, sin alteración del tránsito, sin palpación a la exploración de masas ni megalias ni hernias. Es atendida en varias ocasiones por el Servicio de Urgencias sin encontrar patología, ingresada finalmente en nuestro servicio por intenso dolor, acompañado de náuseas, vómitos y disminución de la deposición y el ventoseo. La radiografía simple de abdomen muestra dilatación de asas de delgado junto con leucocitosis en la analítica. Se realiza un nuevo TAC en el que se aprecia hernia de Spiegel izquierda incarcerada con Intestino delgado atrapado y dilatación proximal.

Fue intervenida de manera urgente, encontrando un asa de Intestino delgado estrangulado que recuperó su viabilidad y se practicó reparación primaria de la hernia con sutura. El postoperatorio cursó sin incidencias y la paciente se encuentra actualmente asintomática.

Incorporamos imágenes radiológicas e intraoperatorias. Insistimos en la dificultad diagnóstica de esta rara entidad siendo fundamentales los estudios de imagen para su diagnóstico.

R0077 ABSCESO TRAS RESECCIÓN TRANSANAL DE CÁNCER DE RECTO

ARTURO GARCIA PAVIA, ARSENIO SANCHEZ MOVILLA, MATIAS CEA SORIANO, NEDA FARHANGMEHR SETAYESHI, BEATRIZ LAIZ DIEZ, KARINA CUIÑAS LEON, MARIA PEREZ SEOANE DE ZUNZUNEGUI, VICTOR SANCHEZ TURRION

INTRODUCCIÓN

Los tumores localizados en los últimos 15cm de intestino grueso, comparten muchas de las características de los cánceres de colon. Existen tres grandes opciones quirúrgicas: escisión local, resección anterior baja (RAB) y amputación abdominoperineal (AAP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente con carcinoma de recto a 2-3cm del margen anal externo. Estadiaje prequirúrgico: T2N0M0.

RESULTADOS

Cirugía: resección transanal incluyendo la pared rectal y grasa peri-rectal. Sutura por planos del defecto. El paciente acude al Servicio de Urgencias (SU) a los 14 días del alta domiciliaria, por malestar y tenesmo. TAC pélvico: extravasación de contraste en cara posterior. Ingreso para antibioterapia iv (Tigeciclina).

AP: adenocarcinoma que infiltra la capa superficial de muscular propia y respeta márgenes quirúrgicos. No invasión vascular. Un ganglio linfático sin metástasis. Estadio pT2NX. Se realiza AAP, para asegurar un tratamiento oncológico óptimo.

CONCLUSIONES

La cirugía de escisión local en el cáncer de recto es una alternativa a la cirugía radical en casos seleccionados. Los tumores uT1uN0, con factores histológicos favorables, son los más adecuados para esta técnica. Los tumores T2 deben ser evaluados de manera selectiva. La morbilidad tras resección transanal es inferior al 10%. Las complicaciones más importantes incluyen sangrado, infección local, retención urinaria, hematomas e incontinencia temporal. Existen en la literatura casos aislados de enfisema y flemones tras escisiones locales. En caso de colecciones que no se comuniquen con la luz rectal, puede ser necesaria la realización de drenajes en los que la vía de abordaje puede ser transanal o externa.

R0078 ESTENOSIS INTESTINAL POSTRAUMATISMO

ARTURO GARCIA PAVIA, ISABEL ALONSO SEBASTIAN, JUAN RUIPEREZ SANCHEZ, MATIAS CEA SORIANO, KARINA CUIÑAS LEON, JESUS GABRIEL GARCIA SCHIEVER, MARIA PEREZ SEOANE DE ZUNZUNEGUI, VICTOR SANCHEZ TURRION

INTRODUCCIÓN

Las pruebas diagnóstico-terapéuticas permiten un manejo conservador no quirúrgico en la mayoría de los casos de traumatismos abdominales. La estenosis intestinal postraumatismo, es una entidad poco frecuente que puede producirse por varios mecanismos (adherencias, perforación, afectación mesentérica, hemorragia intramural o isquemia localizada).

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente que acude al Servicio de Urgencias (SU) tras agresión. TAC: contusión esplénica y hemoperitoneo de moderada cuantía. Ingreso en UCI. TAC a las 48h: área sugestiva de pequeña laceración mesentérica de delgado, sin sangrado activo.

Alta tras tres días de ingreso en planta. En días posteriores, acude al SU por dolor abdominal recurrente, náuseas y vómitos. TAC: engrosamiento de nueva aparición en un segmento largo de intestino delgado. ENTERORM: estenosis corta de asa de ileon proximal con repercusión suboclusiva.

RESULTADOS

Cirugía abierta: resección de segmento de ileon estenosado. AP: segmento de intestino delgado con perforación transmural puntual en proceso de reparación con estenosis de la luz, y contusión mesentérica con necrosis del tejido adiposo.

CONCLUSIONES

La lesión del intestino delgado tras un traumatismo abdominal cerrado oscila entre un 5-20%. El enfermo descrito presentó un traumatismo abdominal que provocó a medio plazo una estenosis intestinal con repercusión clínica. Las estenosis intestinales postraumáticas están recogidas en la literatura como casos clínicos aislados. Existen varias comunicaciones que hacen referencia al trauma del cinturón de seguridad bien abrochado tras un accidente de tráfico, y como las marcas del cinturón a nivel cutáneo deben hacernos sospechar posibles lesiones intestinales.

R0080 METÁSTASIS ESPLÉNICAS DE ADENOCARCINOMA DE CERVIX. A PROPÓSITO DE UN CASO

FERNANDO LABARGA RODRÍGUEZ, BALTASAR PEREZ SABORIDO, ENRIQUE ASENSIO DIAZ, RUTH MARTINEZ DIAZ, MARTA GONZALO MARTÍN, MARIO RODRIGUEZ LOPEZ, LUIS MIGUEL DIEZ GONZALEZ, ASTERIO BARRERA REBOLLO

INTRODUCCIÓN:

Las metástasis esplénicas del adenocarcinoma de cervix uterino en una afectación poco frecuente de la historia natural de la enfermedad. La bibliografía es escasa siendo casos aislados su forma habitual de presentación.

CASO CLÍNICO:

Presentamos a una mujer de 63 años diagnosticada dos años antes de adenocarcinoma de canal endocervical estadio IIIB que fue tratada con radioquimioterapia con intención radical. Durante el seguimiento, y tras ser considerada la enfermedad en remisión completa, se observa durante un control radiológico por tomografía computerizada la existencia de dos lesiones focales esplénicas de aproximadamente 10 cm de diámetro de aspecto quístico de reciente aparición, con un buen control local. La PAAF es negativa para células malignas. En la analítica existe una elevación de marcadores tumorales.

Se decide someter a la paciente a cirugía programada mediante laparotomía subcostal derecha. Durante la intervención quirúrgica se observa infiltración diafragmática de la metástasis del polo superior esplénico, pequeños nódulos subcentimétricos de consistencia dura en el centro frénico y un implante de unos dos centímetros en el epiplon mayor informado de forma intraoperatoria como sugestivo de malignidad. De forma electiva realizamos esplenectomía con resección local diafragmática, omentectomía parcial y peritonectomía de centro frénico. La paciente fue dada de alta sin complicaciones para posterior seguimiento oncológico. La AP confirma la existencia de metástasis esplénicas de ca endometrial.

CONCLUSIÓN:

La existencia de LOES sólidas esplénicas son poco frecuentes. Menos frecuentes aún metástasis de carcinoma de cervix. Ante la sospecha, el tratamiento de la enfermedad localizada es quirúrgico.

R0081 SINDROME DE BUDD-CHIARI ASOCIADO A ENFERMEDAD HIDATÍDICA

FERNANDO LABARGA RODRÍGUEZ, ASTERIO BARRERA REBOLLO, ENRIQUE ASENSIO DIAZ, RUTH MARTINEZ DIAZ, MARTA GONZALO MARTÍN, MARIO RODRIGUEZ LOPEZ, PILAR PINTO FUENTES, DAVID PACHECO SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Budd-Chiari se puede definir como cualquier proceso fisiopatológico que de lugar a la obstrucción del drenaje venoso hepático.

Un trastorno subyacente puede ser identificado en más del 80%. El conjunto de infecciones y lesiones benignas del hígado representan menos del 10% de los casos de Síndrome de Budd-Chiari.

CASO CLÍNICO: Mujer de 69 años intervenida en 1993 por hidatidosis abdominal múltiple.

Durante el seguimiento, tras 12 años de evolución, refiere aumento del perímetro abdominal con molestias inespecíficas, astenia, pérdida de apetito y coluria ocasional. A la exploración observamos discreta hepatomegalia dolorosa y aumento del perímetro abdominal con matidez en los flancos. El análisis bioquímico de la función hepática es normal. Son las técnicas de imagen (TC, colangio RMN y urografía) las que nos objetivan una recidiva hidatídica en región subfrénica media, flanco derecho (donde existe dilatación del sistema pielocalicial derecho), polo cecal y fondo de saco de Douglas. Posteriormente, la realización de una CPRE evidencia una fístula bilio-quistica. Llegado el tiempo quirúrgico, en el espacio subfrénico medio, liberamos un gran quiste de unos 8 cm sobre las venas suprahepáticas. Se realiza Quistectomía parcial tipo Lagrot previo tratamiento del parásito con suero hipertónico y sutura de la comunicación biliar. Se completa la cirugía con la misma técnica en el resto de las lesiones y tomando una biopsia hepática que posteriormente constatará la afectación parenquimatosa del drenaje venoso y de los grandes ductos biliares.

CONCLUSIÓN: Ésta condición excepcional debe ser sospechada en pacientes con antecedentes o factores de riesgo de hidatidosis.

No existen ensayos controlados que guíen el abordaje terapéutico; las recomendaciones se derivan de estudios retrospectivos y la experiencia clínica.

R0082 HERNIA DE MORGAGNI: DE NEUMONÍA A LAPAROTOMÍA

FERNANDO LABARGA RODRÍGUEZ, CESAR NOVO ALONSO, ENRIQUE ASENSIO DIAZ, RUTH MARTINEZ DIAZ, MARTA GONZALO MARTÍN, MARIO RODRIGUEZ LOPEZ, PALOMA RODRIGUEZ VIELBA, JOSE IGNACIO BLANCO ALVAREZ

INTRODUCCIÓN: La hernia de Morgagni supone un reto diagnóstico difícil de abordar debido a su escasa prevalencia. Etiológicamente se habla de un origen congénito y representa un 3-5% del total de hernias diafragmáticas en el adulto.

CASO CLÍNICO: Mujer de 53 años, apendicectomizada, que acude a Urgencias derivada por su médico de atención primaria por mala evolución radiológica de una neumonía basal derecha que lleva tratándose con tres ciclos completos de antibioterapia en su domicilio desde hace un mes. En un primer momento la paciente debutó con tos seca y fiebre de 38°C, siendo un proceso limitado a 4 días.

En el momento de la exploración física se encuentra asintomática y únicamente llama la atención una hipoventilación de la base pulmonar derecha. Se completa el estudio con hemograma y bioquímica, que no nos aportan datos de interés, y radiografía de torax donde observamos un área pulmonar opaca, bien delimitada, paracardial, anteroinferior y con una imagen que sugiere nivel hidroaéreo en su interior. Se decide completar el estudio con TAC que reveló un defecto diafragmático anteromedial derecho con ascenso de epiplón mayor y colon transversal que produce una atelectasia pasiva del segmento medial del lóbulo medio pulmonar derecho, todo ello compatible con hernia diafragmática de Morgagni.

Se realiza un abordaje abdominal programado mediante una laparotomía subcostal derecha ampliada. Observamos un gran defecto diafragmático anterior por el que se desliza un gran saco herniario con el contenido de epiplón mayor y colon transversal sin signos que duden de su viabilidad. Se reduce el contenido; disecamos y resecamos el saco herniario. El importante defecto muscular no nos permite un cierre primario por lo que cerramos el orificio herniario con una malla de material irreabsorbible de goretex y polipropileno.

En el postoperatorio inmediato presentó un neumotórax derecho sin repercusión clínica que se resolvió con la colocación de un drenaje aspirativo tipo pleurecath®.

CONCLUSIÓN: La Hernia de Morgagni se ha considerado un proceso diagnosticado de forma incidental en adultos en el curso de exámenes radiológicos y con menor frecuencia en base a manifestaciones clínicas

inespecíficas.

El tratamiento, por principio, es quirúrgico. La vía abdominal es de elección. La vía laparoscópica ha sido empleada con éxito en procesos delimitados y de mediano volumen. Las complicaciones descritas son de fácil manejo y solución.

R0083 METÁSTASIS CEREBRALES DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: UNA LOCALIZACIÓN POCO FRECUENTE

ANA SANCHEZ RAMOS, ARTURO GARCIA PAVIA, LUIS GIMENEZ ALVIRA, MANUEL JIMENEZ GARRIDO, MARIA PEREZ-SEOANE DE ZUNZUNEGUI, NEDA FARHANGMEHR SETAYESHI, LUCIA DE GREGORIO MUÑIZ, KARINA CUIÑAS

Objetivo

Presentación de un caso de metástasis cerebrales de cáncer gástrico como única localización metastásica a distancia, en un paciente operado en nuestro servicio.

Material y Métodos

Paciente de 72 años, operado de adenocarcinoma gástrico: gastrectomía subtotal Billroth II (pT2 N1 M0). Tres años después comienza con crisis de dolor epigástrico postprandial intenso, náuseas, vómitos y pérdida de peso. Análisis de sangre, marcadores tumorales, panendoscopia oral con biopsias, TC toracoabdominal y arteriografía de tronco celíaco y mesentérica superior: sin alteraciones. Se decide realizar laparotomía exploradora.

Resultados

Intervención quirúrgica: tumor de 2 cm localizado en boca anastomótica y curvatura menor gástrica, exteriorizado en serosa, con infiltración de cuerpo pancreático y segmento III hepático.

Se realiza degastrogastrectomía total, pancreatectomía córpore-caudal, esplenectomía, subsegmentectomía III hepática y linfadenectomía D2. Histopatología: adenocarcinoma moderadamente diferenciado de cuerpo gástrico que afecta páncreas, hígado, y 4 ganglios linfáticos.

A las 6 semanas postoperatorias: pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho, dolor en miembro superior derecho y somnolencia. TC cerebral: metástasis intraparenquimatosas múltiples y diseminación tumoral subependimaria. Fallece a las 2 semanas del comienzo de los síntomas neurológicos, sin evidencia de metástasis en otras localizaciones.

Conclusiones

Las metástasis cerebrales de adenocarcinoma gástrico son muy poco frecuentes (menos de 1%) y se asocian a muy mal pronóstico (mediana de supervivencia 9 semanas). El hecho de manifestarse con síntomas digestivos como náuseas y vómitos puede retrasar el diagnóstico. Las nuevas técnicas de tratamiento mediante bisturí de rayos gamma, en pacientes seleccionados, pueden mejorar el pronóstico en el futuro.

R0084 DISOLUCIÓN DE BEZOAR GASTRO-INTESTINAL CON COCA-COLA®: UNA TERAPIA EMERGENTE

KARINA CUIÑAS, ANA SANCHEZ RAMOS, LUIS GIMENEZ ALVIRA, MARIA PEREZ-SEOANE DE ZUNZUNEGUI, NEDA FARHANGMEHR SETAYESHI, LUCIA DE GREGORIO MUÑIZ, ARTURO GARCIA PAVIA, BEATRIZ LAIZ

INTRODUCCIÓN

El bezoar es una masa de material ingerido (fibra, plantas, cabello,...) acumulado en el tracto digestivo. Son factores de riesgo la cirugía gástrica y el retraso del vaciado gástrico. El manejo conservador comprende tratamiento médico y/o endoscópico. En casos no efectivos se opta por el quirúrgico.

OBJETIVO

Presentación de un caso clínico que responde al manejo conservador con una terapia emergente: ingestión y/o lavados gástricos con Coca-cola®.

CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años con antecedentes de ulcus gástrico que acude por dolor abdominal, vómitos y diarrea. En la exploración física se palpa una gran masa que ocupa la práctica totalidad del abdomen. En el TAC abdominal se observa gran dilatación gástrica con contenido hasta una zona de estenosis a nivel del antro distal. La extracción endoscópica del material en varias ocasiones es inefectiva.

Se somete a la paciente a lavados con sonda nasogástrica con 33cl de Coca-cola® cada 4 horas durante 1 semana.

RESULTADOS

Mejoría clínica y radiológica. La endoscopia de control reveló la resolución de la masa y permitió el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico.

CONCLUSIONES

La finalidad en el tratamiento del bezoar es su extracción. La Coca-cola® tiene capacidad disolvente debido a varios de sus componentes: el ácido fosfórico, capaz de producir un pH de 2.8, permite que las burbujas de ácido carbónico penetren por la superficie del bezoar y ayuden a la digestión de las fibras, que

junto con el bicarbonato sódico, con acción mucolítica y otros agentes desconocidos, disuelven el bezoar. Se trata de un tratamiento sencillo y económico que puede evitar el quirófano.

El manejo conservador comprende entre otros el uso de celulasa y metoclopramida, celulasa y papaína, lavado con NaHCO_3 .

En caso de extracción quirúrgica se puede realizar gastrostomía y/o enterotomía, llegando a veces a tener que realizar resección gástrica o intestinal en caso de perforación o hemorragia.

R0085 VIPOMA PANCREATICO ECTOPICO: A PROPOSITO DE UN CASO

ARTURO GARCIA PAVIA, ANA SANCHEZ RAMOS, JOSE ANGEL RIVERA, MARIA PEREZ-SEOANE DE ZUNZUNEGUI, KARINA CUIÑAS, NEDA FARHANGMEHR SETAYESHI, LUCIA DE GREGORIO MUÑIZ, JESUS GARCIA SCHIEVER

Objetivos.

Los tumores neuroendocrinos pancreáticos secretores de VIP (vipoma) son neoplasias muy infrecuentes. Habitualmente se manifiestan mediante un síndrome metabólico específico, tienen gran tamaño y presentan metástasis hepáticas en el momento de su diagnóstico.

Presentamos un caso de vipoma con origen pancreático ectópico sin metástasis hepáticas, y revisamos el manejo de este tipo de neoplasias.

Material y métodos.

Varón de 63 años que debuta con cuadro de diarrea acuosa, hipopotasemia y aclorhidria (S.de Werner-Morrison). Entre las exploraciones complementarias, se evidencia elevación plasmática de VIP (210pg/ml). Se realizan pruebas de imagen para localizar la lesión (TC, RMN y octreoscan) encontrándose lesión retroperitoneal extrapancreática de 10cm de diámetro sin evidencia de lesiones hepáticas sospechosas. Se realiza laparotomía exploradora y exéresis completa del tumor, sin evidenciar metástasis hepáticas. Postoperatorio inmediato sin complicaciones Anatomía Patológica: neoplasia neuroendocrina bien diferenciada productora de VIP sobre páncreas microscópico, de 100x65mm, >2mitosis por campo, de comportamiento incierto.

Resultados.

Los vipomas suelen manifestarse clínicamente por su síndrome metabólico. Presentan asimismo, elevación plasmática de VIP. El tumor primario aparece en la mayor parte de casos en la cola pancreática y, dado su gran tamaño, se evidencia en la TC. Para localizar de forma preoperatoria metástasis a distancia es de elección el uso de octreoscan. La malignidad viene definida por la existencia de afectación capsular, ganglionar regional o hepática. La intención del tratamiento es la exéresis de la tumoración pancreática con linfadenectomía regional y el tratamiento de las metástasis hepáticas. Las metástasis no resecables son susceptibles de ablación o de tratamiento con radioisótopos. La supervivencia en pacientes con enfermedad metastásica tratada es prolongada.

Conclusiones.

El vipoma es una neoplasia infrecuente, localizada en la cola pancreática, que habitualmente se presenta con un síndrome metabólico característico y con metástasis hepáticas en el momento del diagnóstico. El tratamiento quirúrgico se basa en la resección del tumor primario y en el tratamiento de las metástasis hepáticas. La localización ectópica de la lesión primaria no modifica los principios del tratamiento y la ausencia de metástasis hepáticas, confiere mejor evolución.

R0087 COLANGITIS SUPURATIVA: UNA CAUSA DE GAS MESENTÉRICO-PORTAL

ANA SANCHEZ RAMOS, KARINA CUIÑAS LEON, LUIS GIMENEZ ALVIRA, JOSE ANGEL RIVERA BAUTISTA, MARIA PEREZ-SEOANE DE ZUNZUNEGUI, NEDA FARHANGMEHR SETAYESHI, LUCIA DE GREGORIO MUÑIZ, ARTURO GARCIA PAVIA

Introducción

La presencia de gas mesentérico-portal es un hallazgo radiológico raro. En la mayoría de los casos se relaciona con fenómenos isquémicos extensos, aportando datos de severidad y la necesidad de laparotomía urgente. También puede encontrarse en procesos no isquémicos, como por ejemplo la colangitis supurativa, que en principio no requieren tratamiento quirúrgico. Es por tanto muy importante tener conocimiento de los múltiples procesos patológicos que pueden cursar con gas porto-mesentérico y realizar un diagnóstico diferencial.

Caso

Hombre de 78 años con fibrilación auricular anticoagulado con acenocumarol. Acude por mal estado general y dolor abdominal.

TAC: gas en venas mesentéricas de intestino delgado; ausencia de defectos de repleción arteriales; compatible con patología vascular oclusiva de vaso de pequeño calibre. Dilatación de vía biliar intrahepática y colédoco intrapancreático; coledocolitiasis múltiple.

Se practica laparoscopia urgente: no se apreció sufrimiento intestinal, ni peritonitis, ni alteraciones en los órganos abdominales. Ingresa en UCI.

Resultados

Se practica esfinterotomía biliar, por tener analítica de patrón colestásico, apreciándose la salida de moldes, barro biliar, litiasis y pus. Evolución posterior satisfactoria. Colecistectomía laparoscópica diferida.

Conclusiones

El gas porta-mesentérico se debe a la presencia de gas intraluminal desde el intestino o a gas producido por determinadas bacterias que entra a la circulación porto-mesentérica.

Existen tres factores predisponentes: disrupción de la mucosa intestinal,

distensión intestinal y sepsis.

Entre los fenómenos no isquémicos donde se puede encontrar gas portal se incluyen: colangitis supurativas, colitis, diverticulitis, enfermedad injerto-contrahuésped, enfermedad inflamatoria intestinal, úlcera gástrica, procedimientos endoscópicos complicados, etc.

Se puede visualizar por radiología convencional, ultrasonidos o TAC, siendo este último el mejor procedimiento. La presencia de gas mesentérico-portal no es por sí mismo un predictor de mortalidad, tan solo es un hallazgo clínico; ni siquiera la cantidad de gas mesentérico-portal tiene correlación con la mortalidad.

R0088 NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1 Y GIST MÚLTIPLES DE INTESTINO DELGADO

Jose María Canga Presa, Luis Miguel Alcoba García, Alvarez Díez Maria Nuria, Silvino Pacho Valbuena, Amaya Villafañe Pacho, Antonio Alvarez Martínez, Jose Antonio Mariño Ramírez, Tomás Gonzalez De Francisco

OBJETIVO

Presentar un caso de neurofibromatosis tipo 1 y tumores GIST múltiples del intestino delgado

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón 76 años con síndrome general, anemia de un año de evolución y vómitos. Fenotipo típico de neurofibromatosis tipo I: neurofibromas y manchas café con leche.

Realizado tránsito EGD en el que las primeras asas yeyunales visualizadas eran normales, sugería la posibilidad de presentar neoplasia gástrica. La gastroscopia descartó la sospecha radiológica. TAC: descarta metástasis a distancia. Delante del riñón izquierdo se visualiza masa de contornos lobulados, con plano de separación, de localización intraperitoneal, que orienta a tumor sólido, bien de origen intestinal o mesentérico. Marcadores tumorales normales

RESULTADOS

Laparotomía media. Múltiples lesiones tumorales en yeyuno medio. Resección intestinal con anastomosis T-T manual con poliglicólico. Evolución postoperatoria satisfactoria. Alta al 12º día con Ciprofloxacino oral por cultivo positivo del drenaje para Enterobacter.

AP: Segmento de yeyuno (70 cm) con tumores GIST múltiples de riesgo intermedio, desde 5,5 a 0,4 cm de diámetro, tipo fusocelular y 1 mitosis por 50 campos, asociados a ganglioneuromatosis. 11 adenopatías sin malignidad. CD34 y CD 117 (c-kit) positivos. Adyuvancia con Imatinib a dosis de 400 mgr día. Libre de enfermedad a los 3 años

CONCLUSIONES

La neurofibromatosis se asocia a GIST y ganglioneuromatosis.

La resección con margen de los GIST es el patrón oro del tratamiento, cualquiera que sea su localización.

Debido al pequeño tamaño de las lesiones yeyunales la detección preoperatoria con métodos de imagen y endoscopia en la mayoría de los casos no se consigue.

R0089 ESTÓMAGO RETENCIONISTA: VACIADO INTRAOPERATORIO CON TUBO CORRUGADO

Jose María Canga Presa, Luis Miguel Alcoba García, Silvino Pacho Valbuena, María Nuria Alvarez Díez, Jose Antonio Mariño Ramírez, Antonio Alvarez Martínez, Amaya Villafañe Pacho, Tomás Gonzalez De Francisco

OBJETIVO: Presentar una forma de vaciado intraoperatorio del contenido gástrico en un estómago retencionista, de forma similar a cómo se lleva a cabo un lavado intraoperatorio del colon.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El estómago retencionista secundario a tumor antral estenosante se presenta de forma bastante frecuente en nuestro medio, donde casi el 70% de los adenocarcinomas gástricos se diagnostican en estadios clínicos localmente avanzados. Se trata de una situación que el cirujano debe manejar con el mayor grado posible de asepsia. Presentamos una forma de vaciamiento gástrico que puede ser útil cuando el contenido alimenticio es muy denso y con material sólido que impide la correcta evacuación por SNG o por un Yankauer convencional. Consiste en la conexión mediante una bolsa de tabaco en la zona más declive gástrica, de un tubo corrugado enfundado en una bolsa estéril, que por su diámetro permite un vaciado más cómodo, rápido y sin contaminación del campo quirúrgico.

CONCLUSIONES:

- 1- La presencia de restos de alimentos sólidos en un estómago retencionista con estómago lleno hacen a veces difícil el vaciado del mismo por medios habituales (SNG o Yankauer) de forma aséptica.
- 2- El vaciado de todo el contenido gástrico sólido es importante para evitar obstrucciones postoperatorias.
- 3- La utilización de un tubo corrugado estéril se presenta como una alternativa en estos casos en los que preveemos un vaciado dificultoso, antes de que se contamine el campo quirúrgico con restos alimentarios.

R0090 LINFOMA COMO CAUSA DE INVAGINACIÓN INTESTINAL

Jose María Canga Presa, M Pilar Suárez Vega, M Nuria Alvarez Díez, Silvino Pacho Valbuena, Luis Miguel Alcoba García, Amaya Villafañe Pacho, Jose Antonio Mariño Ramírez, Tomás Gonzalez De Francisco

OBJETIVO: La invaginación intestinal es frecuente en niños. En adultos sólo se da en un 5% , representando menos del 3% de las obstrucciones intestinales.

Presentamos una caso infrecuente de invaginación ileocecal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 60 años, acude a Urgencias por cuadro de 48 horas de evolución de dolor abdominal. Presentaba una eventración posthisterectomía. Analítica normal. A destacar distensión y timpanismo abdominal. Rx abdomen: dilatación importante de intestino delgado. Ecografía abdominal: Compatible con invaginación ileocólica.

RESULTADOS: Se realizó intervención urgente mediante laparotomía media.

Hemicolectomía derecha con anastomosis ileon-transverso L-L mecánica. Corrección de eventración con puntos totales de pared. A.P.: compatible con linfoma de alto grado.

Los distintos autores discrepan sobre si son los tumores malignos (adenocarcinomas y linfomas), en torno a la válvula ileocecal las causas más frecuentes de invaginación en el adulto; o bien, los tumores benignos (pólipos lipomas, hamartomas o leiomiomas) . En lo que si coinciden todos es en que la resección es el tratamiento de elección , pues en casi todos los casos hay una causa orgánica en el adulto, que actúa como cabeza de invaginación. Para el diagnóstico se recomiendan la ecografía y la TC, esta última con una alta sensibilidad (85%).

CONCLUSIONES:

- 1-La invaginación intestinal en el adulto constituye una rara causa de obstrucción intestinal, sobre la que subyace una causa orgánica en la mayoría de los casos.
- 2- Para el diagnóstico son de gran utilidad las pruebas de imagen.
- 3- El tratamiento de elección es la cirugía urgente.

R0094 MODIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE STOLLER EN LA NEUROMODULACIÓN DEL NERVIOS TIBIAL POSTERIOR EN LA INCONTINENCIA ANAL

Mario Ortega López, Carlos Cerdán Santacruz, Angel Gortázar, Oscar Cano Valderrama, Fernando Esteban Collazo, Mauricio García Alonso, Rodrigo Sanz López, Javier Cerdán Miguel

Introducción

La Neuromodulación del Nervio Tibial Posterior, es una técnica de fácil aplicación, que permite estimular las raíces S3 a través de un nervio periférico. Se aplica método de Stoller. Se considera factor pronóstico la intensidad en la estimulación. El objetivo del estudio es reducir intensidad de estimulación del nervio mediante la localización del mismo, previo a la punción.

Material y Métodos

Se realizaron 88 mediciones de voltaje aplicado. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad, Wexner 10 o más, tener más de 4 fugas al mes, duración de la incontinencia superior a 6 meses, fracaso de tratamiento conservador e integridad esfinteriana. 69 mediciones se realizaron mediante punción en el canal del tibial y 19 en ese mismo canal pero localizando la posición exacta del nervio, antes de la punción, con un Neuroestimulador Multistim-Sensor superficial.

Resultados

Se analizó con SPSS la condición de normalidad de las variables (dosis voltaje) y posteriormente se analizó la diferencia de medias entre el grupo con localizador de nervio y el que no lo tenía, aplicándose T de Student. La media con localizador fue 3,74 mA y sin localizador 7,26 mA. La diferencia es significativa, lo que indica una reducción significativa de la dosis aplicada utilizando localizador de nervio.

Conclusiones

La localización del nervio tibial posterior mediante un neuroestimulador superficial antes de la punción-estimulación hace que se reduzca de forma significativa las dosis de voltaje aplicadas. Puede que dicha precisión en la localización del nervio pueda proporcionar mayor efectividad en la neuromodulación.

R0098 PERFORACION DE PIOMETRA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

PILAR CONCEJO, ANA BAYON, ELENA GONZALEZ FERNANDEZ, FABIO ARES, EDUARDO BORDONS, ZORAIDA GONZALEZ, LOURDES GALAN, LUIS GONZALEZ CRESPO

La rotura espontánea de útero es una entidad poco frecuente. Aunque los trastornos malignos se consideran la principal causa, los trastornos benignos son responsables de la mayoría de los casos. La piometra es una afección relativamente frecuente en mujeres posmenopáusicas. Clarke lo describió como la acumulación de material purulento dentro de la cavidad uterina cuando existe interferencia u obstrucción a su drenaje natural. La perforación uterina espontánea como complicación de una piometra es de difícil diagnóstico, En la mayoría de los casos se realiza intraoperatoriamente al ser intervenidas por abdomen agudo.

Presentamos el caso de una paciente de 75 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 4 días de evolución. A la exploración presentaba dolor y defensa generalizada. En la analítica leucocitosis y desviación izquierda. En la TAC neumoperitoneo. Con el diagnóstico de perforación de víscera hueca, fue intervenida de urgencia objetivándose una peritonitis generalizada secundaria a la perforación de la cara anterior del útero que presentaba una necrosis del endometrio y exudaba pus por la perforación. Se realizó histerectomía y doble anexectomía.

La perforación uterina espontánea secundaria a piometra es una entidad poco frecuente, que se presenta en mujeres posmenopáusicas de edad avanzada y debe considerarse en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo en estas pacientes, aun sin signos ginecológicos

R0099 MASA GLÚTEA GIGANTE : DEPÓSITO DE CALCIO EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Lucía Latorre Marlasca, Gada Housari Martín, Natalia Apentchenko, Augusto García Villanueva, María Vicenta Collado Guirao, Roberto Rojo Blanco, Gloria Rodríguez Velasco, Eduardo Lobo Martínez

Introducción

La calcinosis es el depósito de sales de calcio en los tejidos blandos. Existen múltiples causas, y las complicaciones son raras.

Caso clínico

Varón de 46 años con insuficiencia renal crónica por nefropatía VIH en diálisis peritoneal presenta tumoración glútea de meses de evolución que va aumentando de tamaño provocando molestias locales. A la exploración se objetiva una tumoración de **8-10 cm** ulcerada con supuración caseosa a la presión. En radiografía simple se observa una gran calcificación grumosa. En TAC importante componente de calcificación en el espesor del tejido celular subcutáneo, sugiriendo **calcinosis** que se confirmó mediante biopsia. Se realizó exéresis en bloque de la tumoración y cierre primario de la herida dejando un drenaje que se retiró al segundo día, siendo dado de alta sin complicaciones.

Discusión

El depósito de sales de calcio en los tejidos blandos se debe a múltiples causas. Existen distintos tipos: distrófica (la más frecuente), metastásica, yatrogénica o idiopática. Los síntomas dependen del trastorno subyacente y de la localización (dolor, impotencia funcional) A la exploración suelen presentarse como lesiones de consistencia dura que se ulceran o sobreinfectan. Es importante una historia clínica detallada, analítica y pruebas de imagen (**Rx simple**, TAC) que muestran las calcificaciones, siendo el diagnóstico definitivo histopatológico. Su pronóstico es benigno y las complicaciones raras. El tratamiento es fundamentalmente **médico**, de la patología subyacente y complicaciones, y cirugía si hay dolor, infecciones recurrentes o ulceraciones, dado que el trauma quirúrgico puede estimular la formación de calcio y es frecuente recidiva.

R0100 PAROTIDITIS SUPURATIVA: UNA COMPLICACIÓN RARA TRAS CIRUGÍA ABDOMINAL

Lucía Latorre Marlasca, Alicia Calero Amaro, Raquel Latorre Fragua, Gloria Rodríguez Velasco, Elena Mendía Conde, Eduardo Lobo Martínez, Renato Sáinz

Introducción

La parotiditis supurativa postquirúrgica es una complicación excepcional tras cirugía que puede ocurrir en pacientes con determinados factores de riesgo.

Caso Clínico

Varón de 80 años presenta adenocarcinoma bien diferenciado en ángulo hepático y pólipo adenomatoso vellosos en recto que se hallan en estudio por anemia. Se interviene quirúrgicamente de forma programada realizándose colectomía subtotal con anastomosis primaria y extirpación transanal del pólipo rectal. A las 48 horas el paciente es reintervenido por sospecha de sangrado tras episodio de disminución de la tensión arterial con diuresis escasa, palidez mucocutánea y anemia encontrando hemoperitoneo y un punto sangrante a nivel parietal en fosa iliaca izquierda y realizándose hemostasia y lavado. Al tercer día postquirúrgico se objetiva una tumefacción parotídea bilateral de consistencia blanda dolorosa a la palpación y salida de material purulento a través del conducto de Stenon a la presión. Es diagnosticado de parotiditis aguda supurativa bilateral y se trata con sobrehidratación, antibioterapia, corticoides y analgesia, aislando *Klebsiella pneumoniae* y *staphylococcus aureus* en el cultivo. El paciente presenta buena evolución siendo dado de alta tras el tratamiento antibiótico.

Discusión

La parotiditis supurativa era una complicación común tras cirugía abdominal antes de la profilaxis antibiótica, siendo hoy día rara. Ocurre en pacientes con ciertos factores de riesgo y es favorecida por el estasis salivar (Edad avanzada, malnutrición, inmunosupresión, DM, mala higiene bucal, deshidratación). Se trata mediante antibioterapia de amplio espectro siendo a veces necesario el drenaje del absceso. Es importante su diagnóstico y tratamiento temprano para evitar las complicaciones.

R0101 OCLUSIÓN INTESTINAL POR TUMOR SECUNDARIO DE ORIGEN GINECOLÓGICO

Enrique Asensio Díaz, Ana María Arnal Burro, Fernando Labarga Rodríguez, Ruth Martínez Díaz, Marta Gonzalo Martín, Mario Rodríguez López, Ana Moreno Reviriego, Jose María García Abril

Presentamos el caso de una mujer de 73 años que consulta en 2009 por metrorragia postmenopáusica, objetivándose una lesión excrecente a nivel cervical que se biopsió con resultado de carcinoma epidermoide de cérvix. Fue sometida a una histerectomía radical tipo II con linfadenectomía pélvica, sin evidencia de infiltración neoplásica en ninguno de los 14 ganglios aislados. El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue de carcinoma epidermoide bien diferenciado de cérvix, infiltrante y ulcerado, que afecta al endocervix, endometrio y miometrio pero sin alcanzar el tejido parametrial. Recibió RT externa y braquiterapia adyuvantes. En la actualidad, y casi dos años después, acude por clínica de obstrucción intestinal, por lo que se realiza estudio completo identificándose masa en yeyuno medio que obstruye la luz intestinal. Se intervino quirúrgicamente, realizando una resección del tumor yeyunal obstructivo, con el hallazgo anatomopatológico de metástasis de carcinoma epidermoide con origen en cérvix uterino.

Las metástasis entéricas no son un sitio habitual de metástasis del cáncer de cérvix, pese a lo cual debe pensarse en ello ante una paciente con dicho antecedente que presente clínica intestinal. Se han documentado casos de metástasis en localizaciones infrecuentes intraabdominales, como son el apéndice cecal, el bazo o el intestino delgado, como en el caso que presentamos.

R0102 CIRUGÍA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA: CURVA DE APRENDIZAJE

Javier Etreros Alonso, Nicolas Monge, Luis Malave Cardozo, Sandra Del Barrio, Ruben Serra, Alberto Delgado Mucientes, Pablo Vázquez Santos, Juan Javier Manzanares Sacristán

Objetivo: Comunicar la experiencia de la introducción de el abordaje laparoscópico en la cirugía colorrectal en un hospital de segundo nivel como es el Hospital General de Segovia.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyen a todos los pacientes intervenidos de sigmoidectomía laparoscópica desde la introducción de esta técnica en nuestro centro en el año 2008 hasta el fin de la recogida de datos (febrero 2011).

Resultados: Contamos con un tamaño muestral de 32 pacientes, todos ellos intervenidos por causa tumoral. Encontramos una tasa de conversión global del 12,5% y una tasa dehiscencia de anastomosis de 21,8%. La estancia media postoperatorio de nuestra muestra fue de 8,28 días y, en las piezas quirúrgicas analizadas encontramos una media de 15,46 ganglios. Al dividir la muestra en dos periodos, los primeros 13 pacientes intervenidos y los restantes 19; encontramos una disminución en la tasa de dehiscencia anastomótica, así como, un acortamiento del tiempo de estancia media y un aumento del número de ganglios obtenidos. En todas las piezas de resección, los márgenes quirúrgicos se hallaron libres de enfermedad tumoral. No encontramos mortalidad en nuestra serie.

Conclusión: La sigmoidectomía laparoscópica es una técnica que se ha demostrado segura pero que requiere una curva de aprendizaje con un mayor índice de complicaciones. Aunque nuestra serie no es suficientemente extensa como para encontrar diferencias significativas, sí observamos una tendencia de mejoría en los resultados a medida que el cirujano adquiere experiencia.

R0103 QUISTE HIDATÍDICO EN BÍCEPS BRAQUIAL

Javier Etreros Alonso, Nicolas Monge, Luis Malavé Cardozo, Sandra Del Barrio, Rubén Serra, Alberto Delgado Mucientes, Pablo Vázquez Santos, Juan Javier Manzanares Sacristán

Introducción. La hidatidosis es una entidad cuyo órgano diana típicamente en el hígado y en segundo lugar el pulmón con un 75% y 15% respectivamente. Afecta de forma primaria al aparato musculoesquelético con una incidencia entre 1-4% según las distintas series. El tratamiento de elección es la quistoperiquistectomía siendo fundamental el manejo cuidadoso del quiste para evitar la recidiva local y la siembra regional. En los pacientes que presentan dos localizaciones no contiguas, ya sean estas sincrónicas o diferidas en el tiempo, parece razonable hablar de dos quistes hidatídicos primarios.

Caso Clínico: Paciente varón de 68 años de edad intervenido en 2006 de quiste hidatídico hepático en segmentos VI y VII, se realizó quistoperiquistectomía y colecistectomía. En el seguimiento no presentó signos de recidiva. Consulta en 2010 por tumoración dolorosa en brazo derecho, presente desde la infancia, a la que no había dado importancia por ser considerada ésta un quiste epidérmico simple. Dicha tumoración no tenida en cuenta durante su ingreso en 2006. Se realiza estudio de imagen de la tumoración en el brazo derecho (TC y RM) encontrando datos sugerentes de quiste hidatídico en bíceps braquial derecho. Se realiza quistoperiquistectomía casi total. El paciente presenta buena evolución y tras un año de seguimiento no presenta signos de recidiva.

Conclusión: Aunque el aparato osteomuscular es una localización atípica en los quistes hidatídicos, debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial tumoraciones quísticas; máxime en pacientes con antecedentes de hidatidosis. Así mismo, es crucial en pacientes con hidatidosis hepática, la exploración exhaustiva con el fin de descartar afectación sincrónica en otras localizaciones.

R0104 NEUMATOSIS INTESTINAL QUÍSTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Nicolás Monge Ropero, Alberto Delgado Mucientes, Juan Pablo Arjona Trujillo, Javier Etreros Alonso, Luis Malavé Cardozo, Sandra del Barrio Anaya, Marisol Pérez Cerdeira, Juan Javier Manzanares Sacristán

OBJETIVOS

La neumatosis intestinal quística es una enfermedad rara, benigna y de etiología desconocida. En muy pocas ocasiones requiere cirugía ya que un manejo conservador suele ser suficiente.

MATERIAL Y METODO

Paciente de 56 años de edad sin antecedentes personales de interés que acude a Urgencias por dolor de inicio súbito y de gran intensidad localizado en epigastrio e hipocondrio derecho. A la exploración presentaba signos de irritación peritoneal. En las pruebas de imagen informaban neumoperitoneo sin otras alteraciones significativas. Es sometido a una laparotomía exploradora de urgencia encontrando un segmento largo (50 cm) de íleon con toda su pared llena de pequeños quistes milimétricos y además una dilatación proximal en las asas de intestino delgado. Se procede a resección intestinal del segmento enfermo y restauración del tránsito con anastomosis latero-lateral. La evolución postoperatoria fue favorable.

DISCUSION

Los pacientes con neumatosis intestinal quística suelen estar asintomáticos o con síntomas inespecíficos.

En un porcentaje elevado de casos esta enfermedad se encuentra asociado a otras enfermedades sistémicas o de origen abdominal.

El diagnóstico es a veces difícil. La prueba de mayor rentabilidad es el TAC que puede demostrar las formaciones quísticas en la pared intestinal.

CONCLUSION

El manejo de la neumatosis intestinal quística será conservador en la mayoría de los casos. Sólo cuando aparezcan datos de sepsis o peritonitis los pacientes deben ser sometidos a una laparotomía exploradora.

R0108 ANALISIS DE LA RESPUESTA A LA NEOADYUVANCIA EN TUMORES DE RECTO MEDIANTE ESCALA DE DWORAK Y ESTADIFICACION TNM

ANA BELEN SANCHEZ CASADO, LUIS MIGUEL GONZALEZ, JOSE ANTONIO ALCAZAR, FERNANDO GUTIERREZ CONDE, ANTONIO MARIN, EMILIO FONSECA, MANUELA MARTIN, JACINTO GARCIA GARCIA

INTRODUCCION: El tratamiento radioquimioterápico preoperatorio para el cáncer de recto localmente avanzado es utilizado actualmente de forma generalizada mejorando la reseccabilidad del tumor y aumentando la supervivencia de estos pacientes al disminuir las recidivas locales. Se analiza la respuesta a la neoadyuvancia en pacientes intervenidos de cáncer de recto valorando la disminución del estadio comparando la T y la N de la pieza operatoria con las establecidas en la estadificación preoperatoria por Eco y RMN y grado de regresión de la escala de Dworak

MATERIAL Y METODOS: Protocolo diagnóstico terapéutico y análisis histológico de las piezas quirúrgicas según la vía clínica del Cáncer de Recto de nuestro hospital y los criterios del Proyecto Wikingo de la AEC del que la que la Unidad forma parte .

RESULTADOS Y DISCUSION

Se incluyen 65 pacientes en los que se realizó resección R0 en el 86% de los casos y el promedio de ganglios extirpados fue de 12. Valorando la escala de Dworak se logró respuesta completa en el 11% y no hubo repuesta en el 14 %

El % de respuesta global valorando la disminución de la T fue del 68 % y el de la N del 62 % En la TABLA se correlacionan los resultados de la modificación de la T (valoración preoperatoria respecto a la realizada en la pieza de resección) con el grado de repuesta a la neoadyuvancia (Escala de Dworak) .

Modificación de la T	Respuesta tumoral a la Neoadyuvancia	
	SI(grados I/II)	NO(gradosIII/V)
Si (disminución)	19	25
NO (No modificación)	0	21

(Sensibilidad del 100% , especificidad del 45% ,VP+ del 43% y VP- del 100 %)

Solo en el caso de las respuestas más favorables se aprecia correlación significativa entre ambas escalas , aunque menor en la N. Descensos de la T y N asociados se observaron en 29 casos .En el 58 % de los casos se produjo disminución del estadio en la pieza de reseccion respecto al preoperatorio

El análisis de subgrupos (pacientes con R0, con resección mesorrectal satisfactorio, etc) no contribuye a mejorar los resultados

CONCLUSION: Ambas escalas analizadas son complementarias pero no comparables

R0109 PILEFLEBITIS TRAS APENDICECTOMÍA ABIERTA. A PROPÓSITO DE UN CASO

pedro abadía barnó, magdalena coll sastre, teresa pozancos de simón, julio galindo, laura tortolero gíamate, gloria rodríguez velasco, francisca garcía moreno, pedro carda abella

INTRODUCCIÓN

La pileflebitis supone entre el 5 y el 15% de causa de isquemia intestinal, con una mortalidad alta que se sitúa entre el 15 y el 40% según series, en probable relación con la demora diagnóstica. La prevalencia en cuanto a sexos es similar con un rango de edad de 48 a 60 años.

La etiología de la pileflebitis se relaciona con estados de hipercoagulabilidad tanto congénitos como adquiridos (embarazo, neoplasias). El resto supone un 60% entre hipertensión portal y cirrosis hepática; traumatismos abdominales cerrados; procesos inflamatorios/infecciosos abdominales (pancreatitis, apendicitis, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, colecistitis) e intervenciones quirúrgicas. En el 10% de los casos se desconoce la causa.

La localización y origen en la arcada vascular esta relacionada con la etiología, en estados de hipercoagulabilidad se centra en ramas pequeñas mientras que en el resto es más frecuente su localización en las grandes ramas abdominales, tales como la arteria mesentérica superior e inferior, la vana esplénica y la vena porta.

El cuadro clínico se caracteriza por ser larvado e insidioso al contrario de la isquemia de origen arterial. Se distinguen tres tipos según su momento de aparición: aguda que se caracteriza por su mayor riesgo a desarrollar isquemia intestinal y síntomas como un dolor abdominal desproporcionado a la exploración física, náuseas-vómitos, diarrea o hemorragia intestinal, la subaguda y la crónica, esta última con menos síntomas y mayor riesgo de sangrado por varices esofágicas.

El diagnóstico es difícil, requiriendo en muchas ocasiones un alto índice de sospecha. La radiología simple puede llegar a ser patológica en un 65% de los casos, pero la técnica de imagen de elección es el TAC con contraste por su mayor sensibilidad en detectar trombosis de pequeño vaso. Los signos precoces son el edema de pared y cambios en la pared, y conforme va evolucionando el cuadro aparecen la neumatosis intestinal, gas portal y circulación colateral. El gold Standard es la arteriografía ya que detecta trombosis y vasoespasmo, diferencia trombosis arterial de la venosa y permite la administración de vasodilatadores o la realización de técnicas intervencionistas para la resolución del cuadro.

El tratamiento consiste en antibioterapia y anticoagulación con heparina sódica intravenosa en el momento del diagnóstico ya que ha demostrado disminución en la mortalidad y de recidivas, y asociar cirugía si infarto o compromiso

intestinal. Si el paciente no presenta datos de mal pronóstico, se cambiará a tratamiento con acenocumarol durante 6-12 meses o de por vida si persisten los factores de riesgo.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de un varón de 68 años de edad con antecedentes de HTA que acude a urgencias por abdomen agudo y leucocitosis. Se realiza apendicectomía abierta y se le da el alta a la semana con seroma de la herida quirúrgica en remisión. A las tres semanas acude a urgencias por dolor en FID y fiebre de hasta 38.5°C, se realiza ecografía objetivándose colección en plano muscular profundo, siendo dado de alta tras drenaje del mismo y antibioterapia via oral.

A la semana acude por dolor abdominal en mesogastrio y fiebre de hasta 39°C por lo que se decide ingreso y se realiza TAC urgente programado donde se objetiva tromboflebitis de vena mesentérica superior sin sufrimiento intestinal, iniciándose terapia con heparina sódica y antibioterapia. A las dos semanas se informa el TAC de control con extensión a VMI y cavernomatosis portal sin signos de infarto intestinal. Se introduce acenocumarol hasta rangos terapéuticos y ante la estabilidad clínica y control radiológico sin mayor extensión, se decide alta al mes del ingreso con anticoagulación durante 6 meses y control en consultas externas

DISCUSIÓN

Se presenta el caso clínico de pileflebitis. Es destacable lo insidioso de los síntomas y su clínica larvada. Destacamos la terapia conservadora con antibioterapia y anticoagulación, a pesar de la extensión de la trombosis en la técnicas de imagen, ya que el paciente se encontraba clínicamente asintomático y analíticamente estable, como otra opción a la cirugía o la terapia intervencionista, en casos sin claro sufrimiento intestinal en el momento del diagnóstico.

R0110 ANEURISMA ESPLÉNICO ROTO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO. MANEJO ENDOVASCULAR URGENTE

pedro abadía barno, raquel grajal marino, jose manuel molina villar, jesus sanchez, magdalena coll sastre, antonio mena, jose blazquez, luis cabañas

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas abdominales suponen el 0,1-2% de las causas de abdomen agudo, entre ellos los más frecuentes son los aórticos e iliacos. Dentro de los aneurismas viscerales, los más frecuentes son los de la arteria esplénica que representan el 60%.

Son más frecuentes en adultos y en el sexo femenino con un pico de incidencia entre los 50-60 años.

En torno a un 90% son clínicamente silentes. El síntoma más frecuente es el sangrado, seguido de dolor en hipocondrio izquierdo. La rotura de un aneurisma de la arteria esplénica ocurre entre un 3 a 9% de los casos, la mitad de estos, durante el embarazo.

Suelen ser únicos, menores de 3cms, saculares y localizarse en el tercio distal. El 30% corresponden a aneurismas múltiples.

CASO CLINICO

Presentamos el caso clínico de un varón de 41 años sin antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias (SU) refiriendo un cuadro de dolor en región lumbar que irradia a flanco izquierdo e hipocondrio de características constantes, sin otra sintomatología acompañante. Anteriormente había acudido en dos ocasiones en la última semana al SU sin apreciarse alteraciones analíticas ni clínicas significativas, siendo dado de alta con el diagnóstico de cólico biliar no complicado.

A su llegada se encuentra hemodinámicamente estable con una tensión arterial de 110/60, 90 latidos por minuto, y en la analítica urgente se aprecia una leucocitosis de 13900 y una hemoglobina de 7,2 gr/dl, lo que supone una anemización de 5 puntos respecto a la previa de hace 3 días.

Se solicita una angio-TC por sospecha de sangrado agudo informándose de aneurisma sacular de la arteria esplénica roto con sangrado activo y hemoperitoneo de moderada cuantía. El paciente permanece estable con ausencia de peritonismo, por lo que se decide optar por la terapia endovascular, realizando la embolización del aneurisma con coils, y ocluyendo en su totalidad la luz del mismo. Precisa un total de 7 concentrados de hematíes (4 de ellos antes de la embolización). Tras 48 horas de observación en UCI, se traslada a planta. A los 5 días se solicita una angio-TAC de control sin evidenciar sangrado activo, sin reperfusión del aneurisma y con una

disminución clara del hemoperitoneo. Es dado de alta a los 8 días de su ingreso.

DISCUSIÓN

Se presenta un caso clínico de abdomen agudo secundario a la rotura de un aneurisma de la arteria esplénica. Es destacable a pesar de la gravedad del cuadro, el curso insidioso de los síntomas y la estabilidad hemodinámica del paciente. Esta situación clínica nos permitió optar por la terapia endovascular evitando al paciente la cirugía abierta.

En la actualidad, este tipo de abordaje permite una intervención que, aunque no exenta de riesgos, disminuye la estancia hospitalaria y mejora la recuperación del paciente, con unos resultados equiparables a los conseguidos con las técnicas invasivas tradicionales.

R0111 DETERMINACION DE PARAMETROS ANATOMOCLINICOS PREDICTORES DE LA RESPUESTA A LA NEOADYUVANCIA EN EL CANCER DE RECTO

ANA BELEN SANCHEZ CASADO, JOSE ANTONIO ALCAZAR, LUIS MIGUEL GONZALEZ, FERNANDO GUTIERREZ CONDE, ANTONIO MARIN, OSCAR BENGOCHEA, ANA RODRIGUEZ, JACINTO GARCIA GARCIA

INTRODUCCION: El tratamiento radioquimioterápico preoperatorio para el cáncer de recto localmente avanzado es utilizado actualmente de forma generalizada mejorando la resecabilidad del tumor y aumentando la supervivencia de estos pacientes al disminuir las recidivas locales. Sin embargo, este tratamiento no está exento de efectos adversos y existen pacientes que no tienen respuesta a dicha terapia. Por lo tanto, sería interesante intentar predecir que pacientes van a responder a la neoadyuvancia. El objetivo de este estudio es analizar factores que puedan influir en la respuesta al tratamiento neoadyuvante

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizan retrospectivamente diversos factores anatomoclínicos que puedan predecir la respuesta a la neoadyuvancia en 65 pacientes intervenidos de cáncer de recto valorando la disminución del estadio comparando la T y la N de la pieza operatoria con las establecidas en la estadificación preoperatoria por Eco y RMN y grado de regresión de la escala de Dworak.

RESULTADOS Y DISCUSION

Se incluyen 65 pacientes en los que se realizó resección R0 en el 86% de los casos y el promedio de ganglios extirpados fue de 12. Valorando la escala de Dworak se logró respuesta completa en el 11% y no hubo repuesta en el 14%

El % de respuesta global valorando la disminución de la T fue del 68 % y el de la N del 62 %

Se determinaron los valores preoperatorios de CEA en 62 pacientes. La relación entre valores de CEA preoperatorio y respuesta a la neoadyuvancia se muestra en la TABLA

Respuesta a la Neoadyuvancia	CEA Preoperatorio	
	Normal (<5)	Patológico(>5)
COMPLETA	3(50%)	3(50%)
PARCIAL	27(57%)	20(43%)
NO RESPUESTA	7(78%)	2(22%)

Los pacientes que presentaron valores normales de CEA en el preoperatorio tuvieron peor respuesta a la neoadyuvancia (El 78 % de los pacientes que no

respondieron a la neoadyuvancia tenían el CEA dentro de valores normales frente al 50 % de los que tuvieron respuesta completa) aunque estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas

El análisis mediante correlación simple y regresión logística de otros factores tales como la distancia del tumor a margen anal, tipo y número de cuadrantes afectados, tamaño tumoral, estadio preoperatorio etc junto a los valores del CEA no tienen significación sobre la respuesta del tumor a la neoadyuvancia

CONCLUSION : en nuestra serie los parámetros anatomoclinicos analizados no nos permite predecir la respuesta del tumor a la neoadyuvancia

R0112 RESULTADOS DE LA CIRUGÍA “METABÓLICA” EN NUESTRA UNIDAD

LOURDES HERNÁNDEZ COSIDO, NICOLAS MACIAS HERNÁNDEZ, ORLANDO ROZO CORONEL, RAUL SANCHEZ JIMENZ, ALBERTO BLANCO ALVAREZ, ALFONSO SÁNCHEZ RODRIGUEZ, ISIDRO JIMENEZ VAQUERO, LUIS EMILIO ORTEGA MARTIN CORRAL

INTRODUCCIÓN: El síndrome metabólico es la asociación de obesidad abdominal con dos enfermedades asociadas como Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hipercolesterolemia. Varios estudios han demostrado que la pérdida de peso esta asociada con descenso del riesgo de diabetes y de factores de riesgo cardiovasculares.

OBJETIVO: Estudiar los efectos de la cirugía “metabólica” en la resolución de la DM2 y el síndrome metabólico en pacientes intervenidos de obesidad mórbida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 120 pacientes obesos mórbidos sometidos a by-pass biliopancreático, y gastroplastia tubular. La edad media de los pacientes fue de 40 años (Rango 17-64) de los cuales 103 eran mujeres y 17 hombres. La media de peso fue 130 Kg (Rango 99-195) y el índice de masa corporal medio (IMC) de 49.3 Kg/m².

RESULTADOS: El 21,8 % de los pacientes presentaban DM2, un 30% dislipemias, un 30% presentaban HTA, un 7,4 % insuficiencia cardiaca, un 33% tenían insuficiencia venosa. Después de la cirugía el 72,3 % de los DM y el 81% de los HTA no precisaron tratamiento. El 81% mejoraron tras la intervención. La derivación BP presentó mayor grado de resolución de la DM e HTA (81% de los casos) que la gastroplastia tubular (65,6%).

CONCLUSIONES: Este estudio sugiere que el by-pass biliopancreático y la gastroplastia tubular son un buen tratamiento para la remisión de la DM2 y que en la mayoría de los pacientes el síndrome metabólico se resuelve o mejora. La cirugía aporta una oportunidad de mejoría o curación de la diabetes y los factores de riesgo cardiovasculares.

R0113 SEGURIDAD DEL PACIENTE OBESO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

NICOLAS MACIAS HERNÁNDEZ, LOURDES HERNÁNDEZ COSIDO, ORLANDO ROZO CORONEL, ALBERTO BLANCO ÁLVAREZ, RAUL SÁNCHEZ JIMENEZ, ALFONSO SÁNCHEZ RODRIGUEZ, ISIDRO JIMENEZ VAQUERO, LUIS EMILIO ORTEGA MARTÍN CORRAL

INTRODUCCIÓN: La obesidad se está convirtiendo en un problema sanitario de primera magnitud debido al rápido crecimiento de esta patología. Existe obesidad cuando el IMC es ≥ 30 kg/m², y obesidad mórbida cuando el IMC es ≥ 40 kg/m².

OBJETIVO: El objetivo principal es conseguir un manejo adecuado del paciente obeso en el quirófano con una monitorización correcta y un manejo adecuado de aparataje, para proporcionar el cuidado más seguro, manteniendo las condiciones asépticas en todo momento tanto antes, durante y después del acto quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos los cuidados perioperatorios que se realizan en nuestro hospital. La evaluación anestésica y la preparación del quirófano suponen una estrecha relación del equipo quirúrgico con el anestesista y el resto de personal enfermería, auxiliar y celadores de quirófano.

RESULTADOS: El quirófano debe estar equipado adecuadamente. Son necesarios dispositivos de traslado del paciente especiales (planchas, colchones, grúas ..). La enfermera es la encargada de supervisar y facilitar el correcto cumplimiento de la técnica aséptica y de todos los procedimientos que se realicen en el paciente. Participa en la monitorización del paciente, colabora en el acto anestésico, la administración de medicamentos, la instalación de las vendas neumáticas y medias antiembólicas. La posición y colocación del paciente es fundamental en cirugía bariátrica y sobre todo en cirugía laparoscópica. La mesa de quirófano debe soportar un peso elevado y la realización de trend y antitrendelemburg. También es importante la preparación de la zona operatoria de forma adecuada, el manejo de los equipos de laparoscopia, los registros anestésicos y el traslado del paciente hacia la sala de recuperación. Esta es otra parte esencial, con el control del dolor postoperatorio, se debe promover la fisioterapia respiratoria precoz, la movilización de las extremidades y la vigilancia de las constantes.

CONCLUSIONES: La realización del proceso quirúrgico en un paciente obeso conlleva unos cuidados mínimos fundamentales para dar seguridad al paciente. La labor del equipo multidisciplinar es esencial en el tratamiento quirúrgico en los cuidados perioperatorios para disminuir las complicaciones postoperatorias.

R0114 INVAGINACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Luis Malavé Cardozo, Alberto Delgado Mucientes, Juan Pablo Arjona Trujillo, Javier Etreros Alonso, Nicolás Monge Roper, Sandra del Barrio Anaya, Marisol Pérez Cerdeira, Juan Javier Manzanares Sacristán

OBJETIVOS

La invaginación intestinal en el adulto es una enfermedad potencialmente grave, infrecuente y en la mayoría de los casos asociada a una lesión orgánica.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 69 años de edad que acude a Urgencias por clínica de obstrucción intestinal desde hace 4 días. A la exploración presenta un abdomen muy distendido sin signos de irritación peritoneal. En el TAC se objetiva invaginación a nivel de asa de intestino delgado en el flanco derecho. Se realiza una laparotomía exploradora

observando importante dilatación del intestino delgado secundaria a una invaginación a nivel del íleon. Se procede a la resección intestinal y anastomosis laterolateral. El examen de la pieza reseçada demuestra una tumoración endoluminal de unos 3 cm que correspondía a un tumor de GIST. La evolución postoperatoria fue favorable.

DISCUSIÓN

La clínica suele ser insidiosa no siendo frecuente la obstrucción intestinal completa. La prueba de diagnóstico más rentable es el TAC abdominal.

La localización más frecuente son las invaginaciones enteroentéricas como el caso que presentamos.

En la mayoría de los casos se encontrará una lesión que actuará como cabeza de la invaginación. Dicha lesión puede ser un proceso benigno, diverticular, adherencial o tumor maligno muy frecuentemente metastásico.

CONCLUSIÓN

El tratamiento de la invaginación intestinal en el adulto será quirúrgico de entrada ya que suele existir una lesión etiológica específica que requerirá resección.

R0115 SEGURIDAD DEL PACIENTE OBESO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

*NICOLAS MACIAS HERNÁNDEZ, LOURDES HERNÁNDEZ COSIDO,
ORLANDO ROZO CORONEL, ALBERTO BLANCO ÁLVAREZ, RAUL
SÁNCHEZ JIMENEZ, ALFONSO SÁNCHEZ RODRIGUEZ, ISIDRO JIMENEZ
VAQUERO, LUIS EMILIO ORTEGA MARTIN CORRAL*

INTRODUCCIÓN: La obesidad se está convirtiendo en un problema sanitario de primera magnitud debido al rápido crecimiento de esta patología. Existe obesidad cuando el IMC es ≥ 30 kg/m², y obesidad mórbida cuando el IMC es ≥ 40 kg/m².

OBJETIVO: El objetivo principal es conseguir un manejo adecuado del paciente obeso en el quirófano con una monitorización correcta y un manejo adecuado de aparataje, para proporcionar el cuidado más seguro, manteniendo las condiciones asépticas en todo momento tanto antes, durante y después del acto quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos los cuidados perioperatorios que se realizan en nuestro hospital. La evaluación anestésica y la preparación del quirófano suponen una estrecha relación del equipo quirúrgico con el anestesista y el resto de personal enfermería, auxiliar y celadores de quirófano.

RESULTADOS: El quirófano debe estar equipado adecuadamente. Son necesarios dispositivos de traslado del paciente especiales (planchas, colchones, grúas ..). La enfermera es la encargada de supervisar y facilitar el correcto cumplimiento de la técnica aséptica y de todos los procedimientos que se realicen en el paciente. Participa en la monitorización del paciente, colabora en el acto anestésico, la administración de medicamentos, la instalación de las vendas neumáticas y medias antiembólicas. La posición y colocación del paciente es fundamental en cirugía bariátrica y sobre todo en cirugía laparoscópica. La mesa de quirófano debe soportar un peso elevado y la realización de trend y antitrendelemburg. También es importante la preparación de la zona operatoria de forma adecuada, el manejo de los equipos de laparoscopia, los registros anestésicos y el traslado del paciente hacia la sala de recuperación. Esta es otra parte esencial, con el control del dolor postoperatorio, se debe promover la fisioterapia respiratoria precoz, la movilización de las extremidades y la vigilancia de las constantes.

CONCLUSIONES: La realización del proceso quirúrgico en un paciente obeso conlleva unos cuidados mínimos fundamentales para dar seguridad al paciente. La labor del equipo multidisciplinar es esencial en el tratamiento quirúrgico en los cuidados perioperatorios para disminuir las complicaciones postoperatorias.

R0118 ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES MALIGNOS DEL ÁRBOL BILIAR

Carlos Alberto Blanco Alvarez, Raúl Sánchez Jiménez, Ana Belén Sánchez Casado, Yari Aguilera, Juan Ignacio González Muñoz, Carmen Esteban Velasco, Luis Muñoz Bellvís, Alberto Gómez Alonso

Unidad Cirugía Hepática, Pancreática y Transplante de Páncreas.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN: Los colangiocarcinomas son tumores que se originan en el epitelio de los conductos biliares y que tienen un tratamiento complejo y multidisciplinario. Representan el 6% de los cánceres hepatobiliares y se consideran frecuentemente irresecables en el momento del diagnóstico. La resección, incluso cuando no sea curativa (R1), proporciona mejor paliación que los tratamientos no quirúrgicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos 80 casos operados en nuestra unidad entre los años 2003 a 2011, con el diagnóstico de colangiocarcinoma. De estos 80 casos, el 50 % fueron irresecables en el momento de la cirugía y el otro 50 % fueron resecados. De entre estos últimos el 80% de los mismos eran tumores extrahepáticos (15% distales y 85% hiliares) y el 20% intrahepáticos.

Las técnicas quirúrgicas varían en función del tipo de colangiocarcinoma (intra o extrahepático).

DISCUSIÓN: En la literatura, tanto la localización de los colangiocarcinomas, como el tipo de cirugía que se le realiza a los pacientes y la resecabilidad de los tumores, tiene unas estadísticas muy similares a las presentadas en esta comunicación.

CONCLUSIÓN: La resección ofrece la única posibilidad de cura y en último caso parece la mejor paliación. La tasa de resecabilidad aumenta con una actitud agresiva

R0128 FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA SECUNDARIA A APENDICITIS EN LA INFANCIA

Nicolás Monge Ropero, Luis Malavé Cardozo, Alberto Delgado Mucientes, Javier Etreros Alonso, Juan Pablo Arjona Trujillo, Rubén Serra Lorenzo, Miguel Picatoste Merino, Juan Javier Manzanares Sacristán

Paciente de 51 años, intervenida hace 32 años de apendicitis perforada con peritonitis, que requirió drenaje en cavidad abdominal. Acude por presentar salida de contenido intestinal a nivel de cicatriz de drenaje en fosa iliaca izquierda, de alto débito, sin mejorar con medidas conservadoras. Se decide intervención quirúrgica con resección de 10 cm ileon proximal así como el trayecto fistuloso. El paciente presentó dos episodios de obstrucción mecánica, necesitando tratamiento quirúrgico en cada uno de ellos. Actualmente, asintomático.

R0129 QUISTE DE MULLER RETROPERITONEAL

José Félix Cuezva Guzmán, Ana María San José Borreguero, M. Pilar Rupérez Arribas, Antonia Gutiérrez Martín

Introducción: los quistes retroperitoneales son lesiones raras, usualmente asintomáticas. El quiste de Muller se considera un subtipo de quiste urogenital. Presentamos un caso, se revisa la literatura.

Caso clínico: mujer de 40 años, asintomática. En una Rx de columna lumbar se aprecia una masa en hemiabdomen derecho. No presenta síntomas digestivos, urológicos ni ginecológicos.

Ecografía: masa anecoica no vascularizada de 12,5 x 7 cm. en hemiabdomen derecho que desplaza asas intestinales y riñón derecho.

TAC abdominal: masa de naturaleza líquida en hemiabdomen derecho de 13 x 9,9 x 6 cm., contacta con músculo psoas y desplaza al riñón derecho.

RNM abdomen: lesión en hemiabdomen derecho de pared fina irregular con contenido hiperintenso en T2, no se identifica dependencia de ningún órgano concreto.

Tratamiento: se realizó laparotomía y se extirpa completamente la lesión

Estudio histológico: Quiste Mulleriano

Discusión: el mecanismo patogénico no es claro, podría ser tejido derivado de los conductos de Muller que crece en respuesta a estímulo hormonal. Afecta a mujeres en la 4ª década de la vida, Suele ser asintomático o presenta una masa abdominal.

En pocos casos se puede presentar como abdomen agudo por sangrado o torsión. Se han descrito hidronefrosis por oclusión ureteral. En 3%, se han descrito casos de degeneración maligna en forma de sarcomas de bajo grado. El método diagnóstico es la ecografía, aunque la RNM determina la naturaleza de la lesión quística. El tratamiento óptimo es la extirpación.

R0132 LINFANGIOMA QUÍSTICO ESPLÉNICO

RUTH M DÍAZ, ENRIQUE ASENSIO DÍAZ, JOSE LUIS ARTECHE LLANO, BALTASAR PÉREZ SABORIDO, FERNANDO LABARGA RODRÍGUEZ, MARTA GONZALO MARTIN, JOSE IGNACIO BLANCO ÁLVAREZ, MARIO RODRÍGUEZ LÓPEZ

Servicio de Cirugía General del Hospital Rio Hortega de Valladolid

INTRODUCCIÓN:

El linfangioma es un tumor muy poco frecuente que afecta a los vasos linfáticos, que provocan grandes cavidades. Tiene comportamiento benigno y se presenta habitualmente en tejidos blandos (cuello, mediastino, retroperitoneo), siendo menos frecuente en hígado, bazo u otros órganos. Más frecuentes en edad infantil, con frecuencia son asintomáticos o se presentan como tumoración abdominal. Pueden aparecer de forma aislada o como enfermedad diseminada (linfangiomatosis)

CASO CLÍNICO:

Paciente mujer de 51 años, sin antecedentes de interés que presenta gran masa no dolorosa en hipocondrio izquierdo. Durante su ingreso se realiza estudio abdominal mediante TAC y RMN, donde llama la atención un bazo de 20x10cms que ocupa gran parte del hemiabdomen izquierdo, con multitud de quistes en su interior, algunos con pared parcialmente calcificada. El tamaño de dichos quistes es variable, desde milímetros hasta 6,5 cms, Se informa como hidatidosis esplénica. Se realiza esplenectomía programada. La anatomía patológica se describe como linfangioma quístico esplénico. La paciente es dada de alta sin complicaciones al 6º día postoperatorio.

CONCLUSIONES:

La TAC abdominal es el estudio de imagen de elección. El linfangioma quístico aislado es de muy buen pronóstico con un correcto tratamiento con escasa morbimortalidad. En los casos de linfangiomatosis la mortalidad puede llegar hasta 80%.

R0136 SARCOMA RETROPERITONEAL PÉLVICO DE VAINA NERVIOSA. CASO CLÍNICO

MARIA PILAR SUÁREZ, EMILIO ÁLVAREZ-PRIDA, FRANCISCO MIGUEL IZQUIERDO, LUIS MIGUEL ALCOBA, LAURA BALLESTA, PABLO DIEZ, ANA GONZÁLEZ-GANSO, TOMÁS GONZÁLEZ- de FRANCISCO

Introducción: Tumoración pélvica sarcomatosa asociada a Neurofibromatosis de Von Recklinghausen tipo I.

Caso clínico: Mujer de 21 años remitida por tumoración pélvica y clínica álgica en MID con irradiación ciática de 8 meses de evolución.

En TC-RMN se observa una masa voluminosa de 9x10x6 cm, en hemipelvis derecha, ubicada entre el músculo psoas-íliaco y los vasos ilíacos que comprime y desplaza asas intestinales, vejiga, uréter, útero y anejo. Se sugiere origen mesodérmico.

Intervención: Enero 2010. Cateterización previa de uréter derecho. Incisión Pfannestiel y abordaje totalmente extraperitoneal. Objetivamos una gran masa en profundidad de pelvis menor, apoyada en el nervio ciático con íntima adherencia a pared muscular, arteria y vena ilíacas comunes. Se realiza exéresis en bloque íntegro previo control vascular ilíaco.

Anatomía Patológica: sarcoma de vaina de nervio periférico (SVNP) con márgenes libres. Se descartó sarcoma sinovial realizándose estudios de FISH y biología molecular.

Postoperatorio: presentó hematoma parietal expansivo y colección serosa en lecho quirúrgico resuelta con drenaje y recateterización ureteral por compresión.

Se encuentra asintomática y sin signos de recidiva en RMN pélvica tras 15 meses.

Conclusiones:

El SVNP originado en componentes de las vainas nerviosas, fibroblastos, células perineurales y células de Schwann se asocia a neurofibromatosis tipo I con un riesgo de un 10 a 20%.

Debutan como masas voluminosas que dificultan su exéresis quirúrgica y su ubicación anatómica pélvica limita el margen de resección, siendo, por tanto, de especial importancia mantener la integridad tumoral en la manipulación quirúrgica.

R0138 SARCOMA GIGANTE RETROPERITONEAL: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

JESUS MANUEL SILVA FERNANDEZ, ANGEL MARTIN LOUREDO MENDEZ, FRANCISCO JOSE DEL RIEGO TOMAS, DANIEL GÓMEZ ALONSO, JOHNN HENRY HERRERA KÖK, PAOLA DE CASTRO MONEDERO, JULIO ENRIQUE CASTRILLO ARCONADA, JOSE LUIS ALVAREZ CONDE

OBJETIVOS: Los sarcomas retroperitoneales son una patología heterogénea e infrecuente. Son tumores localmente muy agresivos y en el momento del diagnóstico se presentan como grandes masas que requieren amplias cirugías con extirpación en bloque, márgenes libres y resección de órganos adyacentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presentan dos casos clínicos intervenidos en los últimos meses. El primer caso, varón de 38 años de edad que consultó por síndrome constitucional y dolor abdominal. El segundo caso, varón de 51 años de edad, ingresó por uropatía obstructiva sin otra sintomatología. Se realizó preoperatoriamente estudio radiológico de estadiaje tumoral.

RESULTADOS: Ambos casos fueron resecados en su totalidad (se adjuntan fotos), con amplias resecciones en bloque. Actualmente están en tratamiento adyuvante.

CONCLUSIONES: Los sarcomas retroperitoneales son una patología infrecuente y muy agresiva que requiere cirugías amplias y que en gran parte de los casos es insuficiente. Creemos que deberían realizarse estudios prospectivos para establecer de forma multidisciplinar estrategias terapéuticas específicas para cada tipo de tumor.

R0139 TUMOR RETROPERITONEAL GIGANTE. CASO CLÍNICO

MARÍA PILAR SUÁREZ, LUIS GONZÁLEZ-HERRÁEZ, LUIS MIGUEL ALCOBA, LAURA BALLESTA, PABLO DIEZ, MANUEL MUINELO, TOMÁS GONZÁLEZ - de FRANCISCO

Introducción: Tumoración pélvica retroperitoneal gigante.

Caso Clínico: Mujer de 47 años en estudio por tumoración abdominal de crecimiento progresivo e indoloro. Por los estudios de imagen se diagnostica de una masa retroperitoneal gigante que desplaza asas intestinales, útero y anejos.

Es intervenida tras los estudios complementarios, reseccándose un masa de 10,47 kg de apariencia lipomatosa pseudoencapsulada compatible con liposarcoma de bajo grado en el estudio histológico con bordes de resección libres.

Postoperatorio favorable siendo dada de alta al quinto día del postoperatorio. Última revisión con TC de control (24^o mes) sin signos de recidiva.

Conclusiones: El liposarcoma retroperitoneal es una neoplasia maligna de origen mesenquimatoso y constituye el 15 % de todos los sarcomas. Su crecimiento es insidioso, por lo que puede adquirir un gran tamaño permaneciendo asintomáticos. Se detecta en el examen físico como aumento del perímetro abdominal o mediante exámenes complementarios.

Los liposarcomas retroperitoneales son más propensos a desplazar que a invadir estructuras adyacentes, por lo que pueden presentarse síntomas urinarios, digestivos o neurológicos. Mayor prevalencia entre la quinta y séptima década de la vida. La resección del tumor con márgenes libres de enfermedad es la mejor opción terapéutica para lograr una supervivencia a largo plazo. El tamaño del tumor y el grado histológico influyen en el pronóstico.

El seguimiento debe ser extremadamente cuidadoso durante los 2 primeros años después del tratamiento, por la frecuencia de recidiva local o metástasis.

R0140 FÍSTULA QUILOSA COMO COMPLICACIÓN DE LA TIROIDECTOMÍA SIN LINFADENECTOMÍA

JOSÉ FELIPE REOYO PASCUAL, ADEL ELDABE MIKHAIL, MIGUEL ÁLVAREZ RICO, M^a CARMEN REGUILÓN RIVERO, JOSÉ ANDRÉS ORTEGA SEDA, RAQUEL LEÓN MIRANDA, ROMINA PARRA LÓPEZ, JUAN LUIS SECO GIL

INTRODUCCIÓN

La fístula del conducto torácico es una entidad poco frecuente cuya aparición como complicación temprana después de la tiroidectomía es casi desconocida, siendo más frecuente tras los vaciamientos ganglionares.

CASO CLÍNICO

Mujer de 48 años remitida para evaluación de nódulo tiroideo de 8 meses de evolución. La exoración revela un nódulo en lóbulo izquierdo de 1 cm que se confirma ecográficamente. La citología es de células foliculares. Se practica tiroidectomía total sin disección ganglionar. La A.P es de variante folicular de carcinoma papilar.

El primer día postoperatorio, el débito del drenaje es de 650 ml, con aspecto lechoso y cifras de triglicéridos > 500 mg/dl. La linfografía isotópica detecta un depósito patológico en la base de la región cervical anterior izquierda en relación con fuga de linfa del conducto torácico. Se inicia dieta sin grasas junto a triglicéridos de cadena media y fuerte compresión de la fosa supraclavicular izquierda, con lo que el débito baja a 500 ml, hasta el noveno día, en el que se instaure dieta absoluta y nutrición parenteral, consiguiendo débito de 200 ml/día mantenido hasta el vigésimo día. Se decide entonces terapia con octeotride, y el débito sigue reduciéndose hasta cerrarse la fístula en torno al 25º día postoperatorio.

CONCLUSIÓN

La fístula quilosa es una complicación casi desconocida tras la tiroidectomía sin actuación ganglionar. Este es el primer caso de drenaje quiloso inmediato después de una tiroidectomía sin linfadenectomía. El bajo débito y la ausencia de complicaciones permitieron seguir tratamiento conservador hasta conseguir su cierre definitivo.

R0141 OBSTRUCCIÓN DE COLON POR ENFERMEDAD DE CROHN

M^a Antonia Montenegro Martín, Juan Ramón Gómez López, Henar Núñez del Barrio, Laura Patricia Zorrilla Matilla, Francisca Moreno Racionero, Carlos Abril Vega, Alejandro Romero de Diego, Juan Beltran de Heredia Renteria

INTRODUCCIÓN.

Las causas de obstrucción del intestino grueso son principalmente tumores malignos, vólvulos y estenosis secundaria a diverticulitis. Estas patologías suponen el 90% de las obstrucciones colónicas. Como causas menos frecuentes se incluyen enfermedad de Crohn, endometriosis, invaginación y tumores extrínsecos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer, 73 años, que acude a Urgencias por abdominalgia difusa de 48 horas de evolución, sin síntomas paraneoplásicos.

Radiografía de abdomen: dilatación de marco cólico hasta unión rectosigmoidea. Exploración física: abdomen distendido, doloroso a la palpación de forma difusa, más intenso en hemiabdomen derecho y ruidos hidroaéreos disminuidos. Tacto rectal: no se palpan masas.

Con sospecha diagnóstica de obstrucción intestinal a nivel de colon, se solicita TC de abdomen.

TC abdomen: importante dilatación de marco cólico (8 cm de diámetro en región cecal) hasta sigma donde se aprecia cambio de calibre con engrosamiento circunferencial de la pared, aproximadamente a 15 cm del margen anal, en probable relación con tumor.

Se realiza intervención quirúrgica urgente, practicando lavado anterógrado, sección de colon descendente y recto y anastomosis mecánica.

Postoperatorio favorable con buena tolerancia oral y tránsito intestinal satisfactorio. Anatomía patológica: enfermedad de Crohn con fistulización y perforación.

DISCUSION

La enfermedad de Crohn puede afectar a todo el tracto gastrointestinal y puede evolucionar, de forma progresiva, extendiéndose a diferentes segmentos intestinales. La afectación cólica exclusiva se da en un 25-30% de los pacientes. Las indicaciones del tratamiento quirúrgico en la enfermedad de Crohn con afectación colónica son fracaso del tratamiento médico y complicaciones de la enfermedad como la obstrucción.

R0142 CÁPSULA ENDOSCÓPICA, COMPLICACIÓN ¿INUSUAL?

Juan Ramón Gómez López, Íñigo López de Cenarruzabeitia, María Antonia Montenegro Martín, Henar Núñez del Barrio, Laura Patricia Zorrilla Matilla, Francisca Moreno Racionero, Patricia Legido Morán, Juan Beltrán de Heredia Rentería

OBJETIVOS

La cápsula endoscópica (CE) es un dispositivo de reducidas dimensiones que, mediante la ingestión oral, alcanza el tubo digestivo permitiendo la obtención de imágenes del mismo durante su tránsito a través de él. Siendo creado para la visualización de la mucosa del intestino delgado con el fin de detectar anomalías en el mismo de diferente orden. Esta técnica diagnóstica, no está exenta de complicaciones. En esta presentación exponemos un caso que ilustra una de ellas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente en estudio por Servicio de Digestivo por anemia, con gastroscopia y colonoscopia negativas, proponiéndosele estudio mediante CE. Se procede a su administración y obtención de las imágenes, tras 5 semanas de seguimiento no ha sido eliminada. Se realiza TAC donde aparece masa abscesificada en ciego acompañada de ileitis terminal con la confirmación de la presencia CE. Se decide realizar laparotomía urgente por cuadro séptico del paciente, efectuándose hemicolectomía derecha, recuperándose la CE.

RESULTADOS

Postoperatorio inmediato favorable. Pendiente de la anatomía patológica.

CONCLUSIONES

La utilización de la CE es un procedimiento de gran potencia diagnóstica. Disminuye el tiempo diagnóstico, facilitando la premura del plan terapéutico.

La retención es la complicación más frecuentes (1-5%) y suele deberse a estenosis no conocidas, debiendo alertar de un posible proceso neofornativo, teniendo en cuenta que suelen realizarse en el contexto de un estudio de anemia o hemorragia digestiva.

La realización de un TAC Abdómino-pélvico, en estos casos, tiene un alto rendimiento diagnóstico, confirmando la causa que impide la evolución de la CE.

R0143 ETIOLOGÍAS ATÍPICAS DE APENDICITIS AGUDA

M^a Antonia Montenegro Martín, Henar Núñez del Barrio, Juan Ramón Gómez López, Francisca Moreno Racionero, Laura Patricia Zorrilla Matilla, Alejandro Romero de Diego, Jose Herreros Rodríguez, Juan Beltran de Heredia Renteria

OBJETIVOS

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente.

Se describen dos casos de etiologías poco frecuente de esta entidad clínica.

MATERIAL Y METODOS Caso 1.

Mujer, de 15 años, que acude a Urgencias por dolor en cuadrante inferior derecho, vómitos y fiebre.

A la exploración: abdomen doloroso a la palpación en cuadrante inferior derecho con Valsalva y Blumberg positivo.

En las pruebas complementarias realizadas (analítica y ecografía abdominal) no se observan datos de interés.

Con el diagnóstico clínico de apendicitis aguda se realiza intervención quirúrgica practicando apendicectomía laparoscópica.

Evolución favorable en el postoperatorio siendo dada de alta a las 24 horas tras la cirugía.

La anatomía patológica fue apendicitis por Virus de Epstein-Barr.

Caso 2.

Mujer, de 68 años, que acude a Urgencias por dolor abdominal en cuadrante inferior derecho.

Se realiza intervención quirúrgica ante el diagnóstico de apendicitis aguda:

cequectomía laparoscópica, incluyendo el apéndice vermiforme por tumor de base apendicular que se extiende a base de ciego.

Evolución postoperatoria favorable siendo dada de alta a las 48 horas. La anatomía patológica fue mucocele apendicular.

DISCUSION

Transmitir al resto de cirujanos otro tipo de etiologías menos frecuentes de la apendicitis aguda.

El mecanismo patogénico fundamental es la obstrucción de la luz apendicular. En la adolescencia, la causa más frecuente es la hiperplasia de los folículos linfoides submucosos y en los adultos son las concreciones fecales (fecalitos). A diferencia de esto, en los casos descritos estamos ante una patología infecciosa y una causa obstructiva infrecuente.

R0144 EVISCERACIÓN TARDÍA

Juan Ramón Gómez López, María Antonia Montenegro Martín, Henar Núñez del Barrio, Laura Patricia Zorrilla Matilla, Francisca Moreno Racionero, Genaro Solís Palacios, Jesús Gabriel González Perea, Juan Beltrán de Heredia Rentería

OBJETIVOS

La evisceración es una de las complicaciones más dramáticas tanto para el paciente como para el cirujano. Se estima que su prevalencia oscila entre el 0,2 – 3% de las laparotomías y que su aparición se produce en el postoperatorio inmediato. Exponemos aquí el caso de un paciente que presentó una evisceración tras dos años de la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 80 años, intervenido de carcinoma de laringe en 1979 (laringuectomía total) y de adenocarcinoma de sigma en 2009 (sigmoidectomía). Actualmente neoplasia de pulmón estadio IV, en tratamiento paliativo con quimioterapia. Remitido al Servicio de Urgencias por el oncólogo tras observar asa de intestino delgado a través de pared abdominal. Se realiza intervención urgente objetivando un importante defecto de pared abdominal.

RESULTADOS

Tras la intervención el paciente presenta fallo multiorgánico y fallece.

CONCLUSIONES

A pesar de los adelantos en las técnicas quirúrgicas para el cierre de laparotomías y de la mejora de las suturas, las tasas de prevalencia de la evisceración desde 1937 hasta nuestros días no han variado ostensiblemente, con fluctuaciones entre 0,2 y 3,5 % de todas las laparotomías.

Los principales factores favorecedores de la evisceración pueden ser locales (aumento de la presión abdominal, cicatrices de laparotomías previas, incisiones en línea media y radiaciones externas) o generales (hipoproteïnemia, diabetes mellitus, cirrosis hepática, neoplasias malignas, cirugía de urgencia, edad mayor de 50 - 55 años y medicamentos)

La reparación quirúrgica de la evisceración conlleva una elevada morbi - mortalidad.

R0145 EMPIEMA COMPLICADO: UN CASO DE EMPIEMA NECESSITATIS

LUCIA DE GREGORIO MUÑIZ, LIDIA MACÍAS SOTUELA, JENNIFER MARIEL ESPIRITUSANTO ARECHE, JOSE LUIS CAMPO-CAÑAVERAL DE LA CRUZ, JOSE LUIS LUCENA DE LA POZA, SILVANA CROWLEY CRESPO, NEDA FARHANGMEHR SETAYESHI, VICTOR SANCHEZ TURRION

OBJETIVOS: El empiema necessitatis es una rara complicación del empiema pleural, caracterizada por la extensión de la supuración desde el espacio pleural al exterior, a través de la pared torácica. Presentamos un caso de empiema necessitatis tratado en nuestro centro, y revisamos la bibliografía relacionada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un varón de 65 años, sin antecedentes patológicos de interés, que consulta en Urgencias por cuadro de dolor costal izquierdo de dos semanas de evolución que se acompaña de fiebre de 38,9°C. Hemodinámicamente estable, con saturación basal de oxígeno del 92% y eupnéico, en la auscultación pulmonar del paciente destaca una hipoventilación en los dos tercios basales del hemitórax izquierdo. La radiografía de tórax muestra derrame pleural basal izquierdo y veladura del pulmón ipsilateral. En la analítica destacan 25.000 leucocitos/dL, neutrófilos 89% y hemoglobina 11,8 g/dL. Se realiza toracocentesis diagnóstica obteniéndose un líquido lechoso amarillento y maloliente del que, al analizarlo se obtiene Glucosa <10 mg/dL, Proteínas 2.6 g/dL, pH 6.9 y un recuento leucocitario de 10500 cel/mm³.

Se inicia antibioterapia empírica de amplio espectro con piperacilina/tazobactam y clindamicina. El TAC de tórax revela un importante derrame pleural loculado izquierdo, de 13cm de dimensión máxima, bicavitado, en LSI y LII, con comunicación entre ambas cavidades. El realce de la pleura parietal y visceral lo hacen sugestivo de empiema. En el parénquima pulmonar no existen alteraciones reseñables.

Se coloca drenaje pleural posterior (28F) obteniéndose 500cc de líquido purulento. Se conecta a aspiración continua y se inician instilaciones de urokinasa. Ante la persistencia de fiebre, leucocitosis y débito purulento, se cambia el antibiótico por meropenem hasta que se evidencia empiema necessitatis con importante celulitis en pared torácica posterior, por lo que se decide intervención quirúrgica videoasistida. **RESULTADOS:** A través de minitoracotomía de asistencia posterior, se comprueba la ocupación por material purulento, del plano subcutáneo de la pared torácica posterior hasta la zona lumbar, en comunicación con la cavidad pleural izquierda. Se realiza desbridamiento de la cavidad y de la pared torácicas, lavados con suero y antiséptico y se colocan dos drenajes nº 36, en cavidad pleural junto con un drenaje tipo Penrose en el subcutáneo.

El resultado del cultivo de líquido pleural es positivo para *Prevotella oralis*. Se ajusta el tratamiento según antibiograma, iniciándose terapia con ceftriaxona y clindamicina. Manteniendo las instilaciones con urokinasa, el paciente

mejora progresivamente, clínica, radiológica y analíticamente, y es dado de alta tras 16 días de ingreso, permaneciendo bajo tratamiento antibiótico oral durante 15 días más con amoxicilina/clavulánico. Revisado en consultas externas, se encuentra asintomático y tan sólo persiste un pinzamiento del seno costofrénico izquierdo en la radiografía de tórax.

CONCLUSIONES: El empiema necessitatis es una complicación rara del empiema pleural, caracterizada por la extensión de la supuración al exterior, a través de la pared torácica. Los agentes etiológicos más frecuentes son *Mycobacterium tuberculosis* y *Actinomyces*, sobre la base de un paciente inmunodeprimido. El tratamiento habitualmente requiere un abordaje quirúrgico, bien por toracotomía o bien por toracoscopia, además del tratamiento antibiótico oportuno.

R0146 SUPRARRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS DEL ÚLTIMO AÑO

LUCIA DE GREGORIO MUÑIZ, KARINA CUIÑAS LEON, ARTURO GARCIA PAVIA, NEDA FARHANGMEHR SETAYESHI, ANA SANCHEZ RAMOS, MARIANO ARTES CASELLES, JUAN GONZALEZ GONZALEZ, VICTOR SANCHEZ TURRION

OBJETIVOS: Entre febrero de 2010 y febrero de 2011, la Unidad de Cirugía Endocrina de nuestro centro realizó 14 suprarrenalectomías laparoscópicas (SL) a 13 pacientes con diversas indicaciones. Presentamos retrospectivamente los datos de nuestra casuística relativos a demografía, indicación quirúrgica, datos intraoperatorios, complicaciones y estancia hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de 13 pacientes, 4 varones y 9 mujeres, con una edad media de 52.2 años (rango 36 -76 años). Seis de los 13 pacientes se intervinieron por adenomas suprarrenales productores de cortisol (síndrome de Cushing), aunque 4 de estos 6 pacientes no presentaban clínica por hipercortisolismo (Cushing subclínico). En una paciente de 36 años se realizó una suprarrenalectomía bilateral por hipercortisolismo terciario (hipercortisolismo persistente tras exéresis de microadenoma hipofisario productor de ACTH). Un varón de 39 años solapaba clínica de hipercortisolismo con episodios de rubicundez facial y nerviosismo, hallándose en las pruebas bioquímicas y de imagen metanefrinas elevadas en orina y una masa adrenal derecha de 5cm, llegándose al diagnóstico de feocromocitoma productor de ACTH, que fue posteriormente confirmado por el patólogo. Dos pacientes se intervinieron por hiperaldosteronismo primario (síndrome de Conn). Los tres casos restantes se indicaron por incidentaloma, uno de ellos sospechoso de malignidad.

RESULTADOS: En total se realizaron siete SL derechas, 5 izquierdas y una suprarrenalectomía bilateral. En el periodo analizado no hubo reconversiones a cirugía abierta ni reintervenciones en el postoperatorio inmediato. La posición preferida por el equipo quirúrgico es decúbito lateral sobre el lado opuesto a la lesión, con flexión lateral forzada. El abordaje fue siempre transperitoneal con 3, 4 y ocasionalmente 5 puertos. En 6 de los casos, se dejó un drenaje aspirativo en el lecho quirúrgico.

De los 6 casos de adenomas productores de cortisol, 5 de ellos fueron determinados por el patólogo como adenomas corticales, con un tamaño medio de 4.1cm (rango 2-7cm), y una hiperplasia cortical difusa. En el caso de la suprarrenalectomía bilateral el patólogo determinó también la presencia de hiperplasia cortical difusa. Los 2 casos de hiperaldosteronismo primario se confirmaron como adenomas productores de aldosterona de tamaño medio 1.2 cm (rango 1-1.5cm) y las cifras tensionales de ambos pacientes mejoraron tras la cirugía. Uno de los incidentalomas fue catalogado como mielolipoma y los otros dos, como adenomas no funcionantes sin signos de malignidad.

Como complicaciones reseñables, una paciente presentó fiebre y leucocitosis en el segundo día postoperatorio, hallándose en TC un derrame pleural

bilateral y atelectasia de ambos lóbulos inferiores pulmonares, que se manejó con antibiótico y fisioterapia respiratoria. Otro paciente, con antecedentes de esquizofrenia paranoide, ingresó en UCI por un cuadro de sepsis por catéter venoso central y síndrome neuroléptico maligno. La estancia media hospitalaria fue de 6.6 días (rango 3-20 días).

En el seguimiento externo no se han observado complicaciones relacionadas con la cirugía, salvo molestias en una herida quirúrgica.

CONCLUSIONES: La SL está ampliamente reconocida como una técnica segura y apropiada para la exéresis de la mayoría de lesiones suprarrenales. Independientemente de la indicación, los resultados postoperatorios son excelentes en términos de recuperación y complicaciones.

R0148 ESTENOSIS BILIAR POSTRASPLANTE HEPÁTICO POR NEUROMA DE AMPUTACIÓN

Karina Cuiñas León, Victor Sánchez Turrión, Felix Martínez Arrieta, María Pérez-Seoane De Zunzunegui, Lucía De Gregorio Muñiz, Manuel Jiménez Garrido, Luis Giménez Alvira, Jose Luis Lucena De la Poza

OBJETIVO: Presentar dos casos de estenosis de la vía biliar postrasplante hepático por neuroma de amputación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de dos pacientes con trasplante hepático por cirrosis VHC y cirrosis biliar primaria que durante el seguimiento (a los 6 meses y 24 años respectivamente) se evidencia mediante pruebas de imagen una estenosis focal a nivel de la anastomosis de la vía biliar sin poder excluir diagnóstico de colangiocarcinoma, tratándose con endoprótesis y esfinterotomía. Cepillado de vía biliar y marcadores tumorales negativos.

RESULTADOS: En ambos casos se realizó laparotomía exploradora hallándose tumoración redondeada a nivel de la vía biliar de 3x2 cm. Se realiza resección y hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. Anatomía patológica: neuroma de amputación de la vía biliar.

CONCLUSIONES: Los neuromas traumáticos o de amputación son tumoraciones formadas por conglomerados axonales hiperplásicos recubiertos de tejido fibroso. Generalmente son asintomáticos y cuando presentan clínica el síntoma más frecuente es el dolor, y en menor medida ictericia obstructiva. Es obligado establecer diagnóstico diferencial con neoformaciones malignas. Puede aparecer después de un trasplante hepático, generalmente en los primeros 6 meses y su incidencia está infravalorada. Deben ser tenidos en cuenta en el diagnóstico diferencial de estenosis biliar, sobre todo si no responden al tratamiento endoscópico o percutáneo. El tratamiento es quirúrgico ante la evidencia de una neoformación estenosante en la vía biliar de etiología no filiada como en los casos que presentamos. Es preciso el estrecho seguimiento dado el riesgo de recidivas a pesar de un correcto tratamiento quirúrgico.

R0149 PSEUDOANEURISMAS ESPLÉNICOS COMO COMPLICACIÓN DEL TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

Karina Cuiñas León, Ana Sánchez Ramos, Neda Farhangmehr Setayeshi, Arturo García Pavía, Manuel Jiménez Garrido, María Dolores Chaparro Cabezas, Luis Giménez Alvira, Jose Luis Lucena De la Poza

OBJETIVO: Presentar el caso de un paciente con pseudoaneurismas esplénicos postraumáticos y su manejo no quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 60 años remitido a urgencias tras accidente de tráfico. A la exploración, dolor en hipocondrio izquierdo con peritonismo. Dada su estabilidad hemodinámica se realiza una TC, evidenciándose fractura del cuerpo esplénico con alteración parcheada del parénquima y hematoma periesplénico.

RESULTADOS: Ingresa en UCI para seguimiento, manteniéndose hemodinámicamente estable y sin anemización. Ecografía, angioTC y arteriografía de control confirman la existencia de varios pseudoaneurismas traumáticos y se realiza embolización del de mayor tamaño en hilio esplénico. A los 19 días del alta acude a urgencias por fiebre y disnea, realizándose TC abdominal donde se demuestra abscesificación de región de infarto esplénico postembolización. Se inicia antibioterapia empírica y drenaje percutáneo de la colección.

CONCLUSIONES: El bazo es el órgano intraabdominal más frecuentemente lesionado tras un traumatismo abdominal cerrado. Sin embargo los pseudoaneurismas postraumáticos son complicaciones poco frecuentes. La angiografía esplénica seguida de embolización arterial es una alternativa segura y efectiva para su tratamiento, pero presenta el riesgo de desarrollar abscesos esplénicos, cuyo tratamiento de elección en la actualidad, en pacientes seleccionados, es el drenaje percutáneo. En este caso demostramos la importancia del seguimiento radiológico de las lesiones esplénicas para iniciar precozmente un tratamiento adecuado. Con el desarrollo de las técnicas diagnóstico-terapéuticas de la radiología intervencionista se puede tratar las lesiones esplénicas en pacientes hemodinámicamente estables evitando la morbi-mortalidad asociada a la esplenectomía, como déficit inmunológicos y riesgo de sepsis bacteriana.

R0150 TUMORACIONES LIPOMATOSAS DE COLON

Karina Cuiñas León, Alberto Pueyo Rabanal, Isabel Alonso Sebastián, Juan González González, María Pérez-Seoane De Zunzunegui, Matías Cea Soriano, Lucía De Gregorio Muñiz, Arturo García Pavía

OBJETIVO: Presentar dos casos intervenidos en nuestro servicio por lipoma colónico y revisar dicha patología.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentamos dos pacientes con un cuadro de dolor abdominal y clínica suboclusiva, siendo diagnosticados mediante TC abdominal de tumoración de tipo lipomatoso que condiciona invaginación colónica. En el primer caso se localiza en colon transverso y en el segundo en colon derecho.

RESULTADOS: Ambos se intervinieron mediante laparotomía, el primero mediante resección segmentaria de colon transverso y el segundo hemicolectomía derecha, ambos con anastomosis primaria. No complicaciones postoperatorias ni evidencia de recidiva tras 3 años de seguimiento en el segundo caso.

CONCLUSIONES: Los lipomas de colon son tumores benignos raros, aunque son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal. Su localización más frecuente es en colon derecho y ciego, seguidos por el transverso, descendente, sigmoide y recto. Los síntomas aparecen en menos del 10% de los casos y se relacionan con el tamaño, apareciendo habitualmente en los mayores de 3 cm (dolor abdominal, rectorragia, alteraciones del tránsito intestinal e intususcepciones colo-cólicas). Existe consenso en cuanto al tratamiento endoscópico de los sintomáticos menores de 2 cm. En los de gran tamaño el diagnóstico diferencial con pólipos adenomatosos o carcinomas de forma preoperatoria no es siempre posible, lo cual permitiría una colotomía con lipomectomía o la resección limitada. Por este motivo la hemicolectomía o resección colónica segmentaria están justificadas y el diagnóstico definitivo lo ofrece el análisis histológico. Hasta el momento no se han descrito recidivas tras el tratamiento quirúrgico.

R0151 ENTERITIS POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Karina Cuiñas León, Felix Martínez Arrieta, Antonio Ramos Martínez, Luis Giménez Alvira, Antonio Gil Pérez, Ana Sánchez Ramos, Neda Farhangmehr Setayeshi, María Dolores Chaparro Cabezas

OBJETIVO: Presentar un caso de enteritis por *Clostridium difficile* y revisar esta patología cada vez más frecuente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 29 años que al noveno día postoperatorio de nefrectomía izquierda presenta fiebre, vómitos, dolor y distensión abdominal, con taquicardia, hipotensión arterial y oligoanuria. Toxina para *Clostridium difficile* en heces positiva. Se inicia antibioterapia con metronidazol y vancomicina. Ante la evolución tórpida del paciente con inestabilidad hemodinámica, elevación de presión intraabdominal y fracaso renal, se realiza TC abdominal encontrando gran dilatación de asas de intestino delgado con ligero aumento del grosor de la pared y cambio de calibre a nivel de íleon distal.

RESULTADOS: Se propone para laparotomía exploradora, encontrándose importante dilatación intestinal con abundantes pseudomembranas que ocluyen la luz, por lo que se realiza ileostomía lateral y gastrostomía de alimentación. Toxina para *Clostridium difficile* de pseudomembranas positiva. Evolución postoperatoria lenta precisando estancia prolongada en UCI.

CONCLUSIONES: Las infecciones asociadas al *Clostridium difficile* varían desde diarrea a enterocolitis pseudomembranosa, y asocian elevada morbimortalidad. Aunque normalmente afecta al colon, la enteritis por *Clostridium difficile* está en aumento, siendo más frecuente tras colectomías totales o reservorios ileoanales. Aproximadamente el 3% de la población, son portadores asintomáticos, que pueden desencadenar la infección por alteraciones anatómicas posquirúrgicas e ingesta de antibióticos. La elevada permeabilidad de la mucosa intestinal incrementa la gravedad del cuadro séptico. Es importante tener la sospecha clínica para reconocer el cuadro lo antes posible y así poder iniciar el tratamiento adecuado, controlando la infección y evitando sus complicaciones.

R0153 PERFORACIÓN YEYUNAL TRAS TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

Beatriz Laiz Diez, Luis Eduardo Giménez Alvira, Arturo García Pavía, Ana Sánchez Ramos, Neda Farhangmehr Setayesi, Karina Cuiñas León, Jose Luis Lucena de laPoza, Víctor Sánchez Turrión

OBJETIVOS:

Presentación del caso de la complicación sufrida por un paciente operado en nuestro servicio tras sufrir un traumatismo abdominal cerrado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 45 años con antecedentes quirúrgicos de laparotomía media por isquemia intestinal con resección intestinal y anastomosis primaria hace 8 años, acude a Urgencias por dolor abdominal tras sufrir traumatismo abdominal al caerse de la bicicleta a baja velocidad. En la exploración física destaca defensa abdominal generalizada, eventración en cicatriz de laparotomía y hematoma en línea media. Se solicita analítica completa donde objetivamos una intensa leucocitosis con neutrofilia y TAC abdominal que es informado como perforación de intestino delgado. Con estos hallazgos se decide cirugía urgente.

RESULTADOS:

Se aborda el abdomen a través de cicatriz previa evidenciándose perforación subcentrímetra en yeyuno con importante contaminación intraabdominal. Se realiza sutura simple de la perforación, resección de segmento de epiplón mayor de aspecto congestivo, eventroplastia con malla de Vicryl y lavado de la cavidad dejando drenaje en la misma. Se instaura tratamiento empírico con antibioterapia de amplio espectro. Se produce tolerancia progresiva y recuperación del tránsito intestinal con alta hospitalaria a las 2 semanas con seguimiento posterior en consultas sin incidencias.

CONCLUSIONES:

Se estima que entre un 1 y un 15% de los traumatismos abdominales cerrados tendrán lesión de víscera hueca (perforación, hernia traumática, etc). Aunque la incidencia es baja, el retraso en el diagnóstico y el tratamiento eleva enormemente la mortalidad. La prueba diagnóstica de elección es la TAC, con una sensibilidad de entre el 64 y el 94% y una especificidad que puede llegar al 99,4%. El tratamiento es quirúrgico, con sutura simple de lesión.

R0155 ESTENOSIS ESOFÁGICA SEVERA POR CÁUSTICOS REFRACTARIA A DILATACIONES-ESOFAGUECTOMÍA TRANSHIATAL Y COLOPLASTIA TRANSVERSA ISOPERISTÁLTICA

VIDINA RODRIGO AMADOR, GREGORIO MORAL MORAL, SERGIO NOVOTNY CANALS, ALBERTO PALOMO LUQUERO, ROMINA PARRA LÓPEZ, IVÁN GIL LASO, JUAN LUIS SECO GIL,

Caso clínico de un varón sano de 41 años con diagnóstico de estenosis esofágica severa, tras ingesta de cáusticos. Inicialmente se optó por realizar yeyunostomía de alimentación, dilataciones endoscópicas y colocación de prótesis que emigró a yeyuno, extrayéndose por enterotomía. Finalmente, dado el fracaso de los anteriores métodos, y que el paciente toleraba únicamente líquidos, a causa de una estenosis esofágica longitudinal refractaria (de 9 cm.), se decide tratamiento quirúrgico definitivo. Se practica esofaguectomía transhiatal y coloplastia transversa isoperistáltica. Evolución favorable.

Tras ingerir cáusticos, los daños esofágicos son los que producen complicaciones más severas. Los álcalis provocan necrosis de la mucosa por licuefacción, y dañan más frecuentemente esófago. Los ácidos por coagulación (menos agresiva).

Tras diez días: tejido de granulación y el esófago es más vulnerable a perforaciones. En tres semanas: la fibrogénesis y estenosis el mayor problema.

La clínica más frecuente es disfagia. También: dolor retroesternal-abdominal, hematemesis o estridor. La presencia o ausencia de clínica, no es predictora de la gravedad de las lesiones.

El método más fiable para catalogar las lesiones es la endoscopia flexible.

Tratamiento inicial: prevenir vómitos-aspiraciones. SNG sólo mediante visualización directa. No neutralizantes, ni corticoides, ni dilataciones precoces. Esofaguectomía en perforaciones, mediastinitis o peritonitis.

La estenosis esofágica es la complicación más frecuente. Sobre todo en lesiones de tercer grado que abarcan toda la circunferencia. El tratamiento óptimo consiste en dilataciones endoscópicas. Sólo 33-48% exitosas. Muchos pacientes requieren esofaguectomía con interposición colónica.

R0158 UTILIDAD DE LA LAPAROSCOPIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS TRAUMÁTICAS

Autores: Louredo Méndez, A; Saldarriaga Ospino, LC; Eguía Larrea M; Herrera Kock, JH; Fernández Rodríguez, JA; Huidobro Piriz, A; Álvarez Conde, JL.

Introducción: La rotura diafragmática traumática representa el 10 – 15% de las heridas penetrantes torácicas y/o abdominales, cifra que aumenta a un 45% en heridas torácicas bajas. La incidencia disminuye de manera considerable, 0.8 – 1.6%, por traumatismo cerrado.

Objetivo: Los autores presentan dos casos de rotura diafragmática por traumatismo abierto y cerrado respectivamente, ambas lesiones reparadas exclusivamente por vía laparoscópica.

Caso 1: mujer de 19 años que ingresa con herida por arma blanca en el séptimo espacio intercostal izquierdo línea axilar media. Refería dolor en el hombro izquierdo que se acentuaba con los movimientos inspiratorios y leve taquipnea. La radiología de tórax no aportó datos, sin embargo el TAC sugería lesión diafragmática izquierda. Se practicó laparoscopia en la que apreciamos una laceración de 2 cm en la porción tendinosa del hemidiafragma izquierdo con herniación del epiploon a su través. La brecha diafragmática se suturó por vía laparoscópica, previa colocación de un tubo pleural izquierdo. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Caso: varón de 20 años que acude a Urgencias tras sufrir traumatismo abdominal cerrado por accidente de tráfico, colisión frontal. A su ingreso refería dolor abdominal difuso, constante y de moderada intensidad. Mantenía constantes estables y en la analítica destacaba leucocitosis con neutrofilia con cifras de hemoglobina y hematocrito normal. Se realizó un TAC abdomino-pélvico con contraste en el que se objetivó una perforación diafragmática izquierda y vesical intraperitoneal. Se le practicó una laparoscopia en la que se confirmó una laceración diafragmática izquierda de 4 cm, justo por encima del hiato esofágico comunicada hacia el mediastino, así como una perforación del fondo vesical. Tanto la hernia diafragmática traumática como la perforación vesical fueron reparadas mediante sutura por vía laparoscópica. La evolución fue satisfactoria.

Comentario: Los autores destacan la utilidad, tanto diagnóstica como terapéutica, de la laparoscopia en el tratamiento de las hernias diafragmáticas por traumatismo cerrado y abierto. La laparoscopia permite, además con mínima invasividad, el tratamiento de lesiones asociadas de órganos en dos compartimentos alejados entre sí.

R0161 POLIPO INFLAMATORIO RECTAL

Jesús Gabriel García Schiever, Arturo García Pavía, Karina Cuiñas León, Matías Cea Soriano, Arsenio Sánchez Movilla, Luis Giménez Alvira, Beatriz Láiz Díez, Víctor Sánchez Turrión

OBJETIVOS.

Los pólipos inflamatorios intestinales son entidades descritas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), si bien existe la posibilidad de hallar estas lesiones en pacientes sin este antecedente.

Presentamos 1 caso de pólipo reactivo-inflamatorio rectal y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Mujer de 27 años que consulta por rectorragias de 3 meses de evolución, asociadas a dolor anal al comienzo del cuadro. En una colonoscopia se observa una formación polipoidea de 1,5 cm en cara lateral de recto a unos 3 cm del margen anal. Se toma biopsia con resultado de pseudopólipo inflamatorio.

RESULTADOS.

Se realizó resección transanal de la lesión. La Anatomía Patológica definitiva describió una lesión inflamatoria/infecciosa rica en células plasmáticas, neutrofilia e hiperplasia folicular linfoide, sin signos de malignidad, ulcerada en su superficie. En el posterior seguimiento se realizaron pruebas serológicas para determinar el origen infeccioso de la lesión, siendo todas las determinaciones negativas.

CONCLUSIONES.

Los pólipos inflamatorios intestinales se han descrito habitualmente en pacientes con EII, pudiendo alcanzar tamaños que hagan sospechar lesiones malignas. Pero, aunque raros, también se han descrito en pacientes sin antecedentes personales de EII. De hecho, son escasos los casos descritos en la literatura, aunque bien definidos.

R0162 SHOCK HIPOVOLEMICO POR ANISAKIASIS

M^a DEL HENAR NUÑEZ DEL BARRIO, JUAN RAMON GOMEZ LOPEZ, M^a ANTONIA MONTENEGRO MARTIN, LAURA ZORRILLA MATILLA, FRANCISCA MORENO RACIONERO, JOSE HERREROS RODRIGUEZ, CARLOS ABRIL VEGA, JUAN BELTRAN DE HEREDIA RENTERIA

OBJETIVOS.

La anisakidosis es la infestación del ser humano por el estado larvario de parásitos marinos. Estas larvas, que son ingeridas accidentalmente en pescados crudos o poco cocinados, pueden producir reacciones alérgicas y daño tisular directo por invasión de la pared intestinal

MATERIAL Y METODOS.

Varón, 53 años, antecedentes de hepatopatía alcohólica. Acude al Servicio de Urgencias por dolor epigástrico brusco, mareo y vómitos en posos de café. A la exploración hipotensión arterial, palidez y frialdad cutánea, taquicardia, signos de irritación peritoneal en hemiabdomen superior. Por SNG, sangrado activo. El paciente ingresa en la UVI con el diagnóstico de shock hipovolémico secundario a hemorragia digestiva alta para reanimación y soporte hemodinámico. En gastroscopia urgente se observa gran cantidad de sangre en estómago con salida de abundante sangre roja a través del píloro. Ante esta se decide intervención quirúrgica emergente. En la cirugía se aprecia una masa que afecta a cabeza del páncreas, duodeno y a la vía biliar principal a la que engloba, con destrucción completa de pared posterior de primera y segunda porciones duodenales y un sangrado activo desde la arteria pilórica. Se sutura el vaso sangrante, se realiza exclusión duodenal con sección del estómago a nivel de antro, colecistectomía, coledocotomía y tubo de Kehr. Reconstrucción digestiva mediante gastro - yeyunostomía en "Y" de Roux mecánica.

RESULTADOS

La evolución del paciente fue favorable. Se solicitó TAC toraco-abdominal posterior para completar el diagnóstico evidenciándose adenopatías mesentéricas y retroperitoneales entorno al tronco celíaco, inflamación de asas intestinales adyacentes al duodeno y Parénquima pancreático con características radiológicas normales. Los marcadores tumorales fueron normales. El resultado anatomo- patológico fue de duodenitis eosinofílica. La serología frente a Anisakis fue IgE positivo, Ig G negativo.

CONCLUSIONES.

La anisakidosis es una causa subestimada de abdomen agudo, que se debe tener en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial del mismo, y que sólo se confirmará mediante la anatomía patológica, la serología (IgE específica) o la visualización directa del parásito.

R0163 PERFORACIÓN DUODENAL BAJO EVENTRACIÓN TRAS TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

Beatriz Laiz Diez, Luis Eduardo Gimenez Alvira, Arturo García Pavía, Ana Sanchez Ramos, Karina Cuiñas Leon, Neda Farhangmehr Setayesi, Jose Luis Lucena de la Poza, Victor Sanchez Turrion

OBJETIVOS:

Presentación del caso de la complicación sufrida por un paciente operado en nuestro servicio tras sufrir un traumatismo abdominal indirecto cerrado en una eventración.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 45 años con antecedente de laparotomía media por isquemia intestinal con resección intestinal y anastomosis primaria hace 8 años; presenta eventración supraumbilical pendiente de reparación quirúrgica; acude a Urgencias por dolor abdominal tras sufrir traumatismo abdominal al caerse de la bicicleta a baja velocidad y golpearse con el manillar sobre la eventración. Exploración física: defensa abdominal generalizada, eventración en cicatriz de laparotomía y hematoma en línea media, sobre la misma. Análisis de sangre: intensa leucocitosis con neutrofilia; TAC abdominal: perforación de intestino delgado. Se decide cirugía urgente.

RESULTADOS:

Laparotomía a través de cicatriz previa: eventración y perforación subcentrítrica en yeyuno con importante contaminación intraabdominal. Se realiza sutura simple de la perforación y eventroplastia con malla de ácido poliglactínico (Vicryl[®]). Presenta infección de herida quirúrgica, con alta hospitalaria a las 2 semanas y seguimiento posterior en consultas sin incidencias. CONCLUSIONES:

Entre 1-15% de los traumatismos abdominales cerrados tienen lesión de víscera hueca (perforación, hernia traumática, etc) y esta incidencia se supone mayor sin la protección de las vísceras abdominales que proporciona el plano músculo- aponeurótico de la pared abdominal. La prueba diagnóstica de elección es la TAC (sensibilidad entre 64-94% y especificidad hasta el 99,4%). El tratamiento es quirúrgico, son sutura simple de lesión y reparación provisional, o bien, definitiva de la eventración; controversia debida a la contaminación subyacente.

R0164 TUMOR GASTRICO EN PACIENTE CON GASTRITIS CRONICA ATROFICA Y ANEMIA PERNICIOSA

Jesús Gabriel García Schiever, Karina Cuiñas León, Arturo García Pavía, Luis Giménez Alvira, Manuel Jiménez Garrido, Ana Sánchez Ramos, Beatriz Láiz Díez, Víctor Sánchez Turrión

OBJETIVOS.

Tanto la gastritis crónica atrófica como la anemia perniciosa han demostrado ser factores de riesgo para el desarrollo de adenocarcinomas y tumores carcinoides gástricos, por lo que se recomienda un seguimiento con endoscopias.

Presentamos 1 caso de tumor gástrico en paciente con gastritis crónica atrófica y anemia perniciosa y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Mujer de 65 años diagnosticada de gastritis crónica atrófica y anemia perniciosa, remitida por el servicio de Gastroenterología tras hallazgo en una endoscopia de control con toma de biopsias de un adenocarcinoma gástrico en 2 focos en cuerpo gástrico. El estudio de extensión resultó negativo.

RESULTADOS.

Se realizó una gastrectomía total oncológica con esofago-yeyunostomía termino-lateral sobre asa desfuncionalizada en Y de Roux. La anatomía patológica reveló múltiples tumores carcinoides en cuerpo gástrico, todos menores de 1 cm, sin imágenes de angioinvasión. También se evidenciaron 4 leiomiomas en cuerpo gástrico y hallazgos compatibles con gastritis crónica atrófica. En sucesivas revisiones la paciente ha presentado una evolución satisfactoria.

CONCLUSIONES.

Tanto adenocarcinomas como tumores carcinoides se asocian a la gastritis crónica atrófica y la anemia perniciosa. Nuestro caso se clasifica como tumor carcinoide tipo I, que suelen ser múltiples, aunque también pueden presentarse como tumor único. Adenocarcinoma gástrico y tumor carcinoide pueden también presentarse simultáneamente, lo que empeora el pronóstico.

R0165 TROMBOSIS TUMORAL DE VENA CAVA RETROHEPATICA

Yari Aguilera Molina, Nicolas Macias, Ana Belen Casado, Teresa Ramos, Alberto Blanco, Manolo Iglesias, Luis Muñoz-Bellvis, Alberto Gomez Alonso

Introducción: La trombosis tumoral de la vena cava retrohepática, con o sin extensión a la aurícula derecha constituye un reto técnico que no puede ser resuelto con éxito sin la cooperación de numerosos especialistas. Presentamos un caso de trombosis masiva de cava, vena renal izquierda y extensión a aurícula derecha en la que la colaboración del equipo de cirugía cardíaca, urología y cirugía HBP permitió una extirpación completa de la enfermedad.

Caso Clínico: Paciente varón de 60 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, se comienza el estudio ante la existencia de edemas generalizados en ambas extremidades inferiores objetivándose la existencia de un carcinoma renal izquierdo con trombosis tumoral que afecta a vena renal izquierda, vena cava inferior por encima de renal derecha, cava retrohepática y posible trombo en aurícula derecha. Tras un completo y minucioso estudio del paciente, coordinado entre los equipos quirúrgicos participantes, se establece el abordaje quirúrgico. Se procede a cirugía en un tiempo quirúrgico, realizándose por parte de Cirugía HBP: movilización hepática completa, exposición de toda la cava retrohepática con aislamiento de cava suprahepática y de venas hepáticas, ligadura y sección de todas las venas de drenaje a cava retrohepática y trombectomía de la vena cava retrohepática y suprahepáticas afectadas. Urología realizó nefrectomía izquierda, exeresis de vena renal izquierda y liberación de trombosis residual de la vena cava inferior a nivel de las venas renales, por último el equipo de Cirugía Cardíaca bajo circulación extracorpórea y con la ayuda de ecocardiograma intraoperatorio transesofágico, detecta trombosis en aurícula derecha que extirpa mediante atriotomía derecha. En el postoperatorio el paciente presenta una evolución favorable siendo dado de alta con resultados satisfactorios y sin datos de recidiva a los 4 meses postcirugía.

Conclusión: El tratamiento de estos tumores ofrece buenos resultados si se realiza de forma multidisciplinar con una adecuada planificación quirúrgica. Resulta obligada la remisión de estos pacientes a centros con disponibilidad de todos los equipos implicados.

R0166 ALTERACIONES EN LA DISTRIBUCIÓN DEL GAS INTESTINAL: COMPLIACIÓN RARA DE CIERTOS PROCEDIMIENTOS COLORRECTALES

*Marta Gonzalo Martín, Vicente Resines Llorente, Enrique Asensio Díaz,
Fernando Labarga Rodríguez, Ruth Martínez Díaz, Mario Rodríguez López,
Rosalía Velasco López, José Ignacio Blanco Álvarez*

INTRODUCCIÓN. Existen circunstancias, muy poco frecuentes, en las que se produce una alteración en la distribución del gas intestinal como complicación. Las causas son de naturaleza muy variadas, desde intervenciones de cirugía proctológica a procedimientos endoscópicos o radiológicos sobre intestino delgado y colon.

CASO 1- Retroneumoperitoneo, neumomediastino y enfisema subcutáneo tras hemorroidectomía con mucosectomía y esfinterotomía.

Mujer de 76 edad, intervenida por hemorroides más fisura anal, con mucosectomía con colgajo de avance debido a prolapso mucoso anterior.

Al 2º día de posoperatorio, inicia un cuadro de malestar y vómitos persistentes. Los hallazgos exploratorios y analíticos son inespecíficos. Se realiza TC abdominal, detectándose un amplio retroneumoperitoneo, neumomediastino y enfisema subcutáneo.

Ante la estabilidad de la paciente, se instaura tratamiento conservador (nutrición parenteral y antibioticoterapia), con evolución favorable.

CASO 2- Neumatosis portal asociada a la administración de contraste para TC- enema.

Varón de 67 años de edad, ingresado por cuadro de diverticulitis aguda abscesificada que ha presentado buena evolución con tratamiento antibiótico. Al 9º día, se realiza TC control, observándose tras la administración de enema la aparición de un patrón de portograma aéreo. Dado el estado clínico estable del paciente, se decide tratamiento conservador y observación, con evolución favorable posterior.

CONCLUSIÓN: Existen casos aislados en la literatura que describen patrones de gas abdominal patológicos tras ciertos procedimientos. Técnicas como las expuestas, especialmente sobre un colon dañado (enfermedad inflamatoria lo más frecuente), pueden producirlos. Su tratamiento se ajustará individualmente, siendo buena opción un tratamiento conservador si el paciente lo permite.

R0167 PECULIARIDADES HISTOLÓGICAS EN CIRUGÍA LOCAL

Juan Ramón Gómez López, Henar Núñez del Barrio, María Antonia Montenegro Martín, Laura Patricia Zorrilla Matilla, Francisca Moreno Racionero, José Luis Robles García, Manuel Bombín Mínguez, Juan Beltrán de Heredia Rentería

OBJETIVOS

Parte de nuestra especialidad es la denominada cirugía local; a menudo denostada por los cirujanos. Las actuaciones más frecuentes en ella, son las exéresis de lipomas y quistes de inclusión. No obstante, en ocasiones pueden aparecer lesiones importantes y por ello queremos recordar, con este caso, la repercusión que puede llegar a tener.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 66 años, sin antecedentes de interés, que acude a consulta de cirugía por tumoración en cara lateral externa de rodilla derecha, rodadera, bien delimitada, de años de evolución, que comienza a molestar. Se realiza protocolo para exéresis de tumoración de partes blandas bajo anestesia local. Se extirpa la lesión sin complicaciones y se envía a anatomía patológica.

El resultado histológico inicial apunta hacia un carcinoma epidermoide. Se avisa a la paciente, se efectúa ampliación de bordes y, de acuerdo con el Servicio de Oncología, se pide TC para descartar otras lesiones. Siendo el escáner negativo, se revisa la muestra obteniéndose el resultado final de tumor ecrino de tipo poroide (antiguamente conocido como acroespiroma ecrino).

DISCUSIÓN

La Cirugía Local, sin importancia para muchos profesionales sanitarios, tiene gran interés. Con ella, los residentes inician su contacto con la cirugía y adquieren destreza.

Los tumores de las glándulas ecrinas son poco frecuentes y muchos de ellos desconocidos para nosotros. Nuestro caso, finalmente parece corresponder a un tumor benigno de las glándulas sudoríparas, aunque con alto índice de proliferación; requiriendo controles y seguimientos periódicos.

La actuación interdisciplinaria mejora la atención a los pacientes.

R0170 PÓLIPO INFLAMATORIO CAUSANTE DE INTUSUSCEPCIÓN

Mario Rodriguez Lopez, Baltasar Perez Saborido, Raul Otero Roussel, Fernando Labarga Rodriguez, Ruth Martinez Diaz, Marta Gonzalo Martin, Jose Luis Marcos Rodriguez, Alfonso de Anta Román

Autores: M. Rodríguez López, B.Pérez Saborido, R.Otero Roussel, F.Labarga Rodríguez, R.Martínez Díaz, M.Gonzalo Martín, J.L.Marcos Rodríguez, A. Anta Román. Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario “Río Hortega”, Valladolid.

Objetivo: Descripción de un caso de pólipo inflamatorio causante de intususcepción de intestino delgado, intervenido recientemente en nuestra unidad de Cirugía Esófago-Gastro-Intestinal.

Paciente y método: Mujer de 56 años, ingresada por clínica recurrente de crisis suboclusivas autolimitadas. La analítica fue negativa para marcadores tumorales, la colonoscopia fue normal y en la tomografía computarizada se observó una imagen en diana a nivel de delgado compatible con intususcepción. La paciente fue intervenida, evidenciándose dicho hallazgo. Se practicó reducción y resección segmentaria con márgenes de seguridad seguida de anastomosis mecánica.

Resultados: No hubo incidencias en el postoperatorio, probando tolerancia al quinto día y con alta hospitalaria al séptimo. El diagnóstico histopatológico fue de pólipo fibroide inflamatorio.

Discusión: El 1-5% de las obstrucciones intestinales son causadas por intususcepción. En adultos suele aparecer sobre una lesión estructural, generalmente neoplásica, aunque los tumores del intestino delgado sólo suponen el 2% del total del tracto digestivo. Cursa con episodios autolimitados de síntomas oclusivos subagudos o crónicos, siendo menos frecuente la obstrucción intestinal completa, la hemorragia digestiva o la masa palpable. La Tomografía Computarizada es la prueba más útil para visualizar la típica imagen en diana. El tratamiento consiste en la resección del asa invaginada, existiendo controversia sobre la conveniencia o no de reducirla previamente. Nosotros practicamos reducción porque los hallazgos intraoperatorios orientaban hacia benignidad.

R0171 ISQUEMIA MESENTÉRICA: BENEFICIOS DE LA RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Marta Gonzalo Martín, Baltasar Pérez Saborido, Enrique Asensio Díaz, Fernando Labarga Rodríguez, Ruth Martínez Díaz, Mario Rodríguez López, Rosalía Velasco López, Alfonso Anta Román

INTRODUCCIÓN. La isquemia mesentérica supone una patología poco frecuente pero de pronóstico habitualmente fatal. Los avances en las medidas diagnósticas y terapéuticas son recientes pero no han conseguido reducir una tasa de mortalidad que ronda el 50-70%. La evolución del cuadro, está relacionada con la duración del mismo y su etiología: oclusiva aguda o crónica (arterial o venosa), y no oclusiva o por bajo gasto. Un 60-70% de los casos, se deben a cuadros de isquemia arterial aguda, secundaria a émbolos de origen cardiogénico o bien a un trombo arterial. La exploración aporta datos inespecíficos que dificultan el diagnóstico o bien signos de gravedad en casos avanzados. En la actualidad, el desarrollo del TC y de la radiología intervencionista nos permite, no sólo acelerar el diagnóstico, sino tratar la causa de la oclusión.

CASO CLÍNICO. Varón de 89 años con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante y cardiopatía isquémica. Ingresa por abdominalgia brusca y difusa, con abdomen blando y depresible a la exploración. En la analítica, neutrofilia y elevación de lactato. Se solicita TC confirmándose isquemia mesentérica, indicándose a continuación arteriografía que detecta gran trombo en arteria mesentérica y permite trombolisis con heparina y uroquinasa.

CONCLUSIÓN. El avance de la radiología intervencionista, nos ofrece en ciertos pacientes la posibilidad de tratamiento percutáneo mediante fibrinólisis, como en el caso presentado, la administración de vasodilatadores o la colocación de un stent, según la etiología. Aunque los resultados son prometedores, son necesarios estudios que arrojen evidencia sobre su efectividad.

R0172 SOMATOSTATINOMA DUODENAL

Neda Farhangmehr Setayeshi, Luis Giménez Alvira, Arturo García Pavía, KARina Cuiñas León, Lucía de Gregorio Muñiz, Jesús García Schiever, Beatriz Laíz Díez,

Objetivo

Presentar un caso de somatostatinoma duodenal, un tumor poco frecuente con menos de 100 casos descritos

Material y métodos

Varón de 65 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2 que en estudio de dolor epigástrico de 6 meses de evolución sin otros síntomas acompañantes se halla una masa duodenal de unos 3,6 cm con múltiples adenopatías adyacentes. En la biopsia endoscópica el estudio inmunohistoquímico muestra : CK7+, cromogranina+, sinaptofisina+, somatostatina +, CD56 +. El rastreo con octreotride no hay evidencia de tumor.

Resultados

Se realiza duodenopancreatecomía cefálica con linfadenectomía. Postoperatorio sin incidencias con alta a las 2 semanas.

Conclusiones

El somatostatinoma es un tumor neuroendocrino poco frecuente (< 0,5%) que se suele encontrar más frecuentemente en páncreas y luego en duodeno. La clínica suele ser inespecífica (dolor abdominal, pérdida de peso, náuseas...) El síndrome somatostatínico (diabetes, esteatorrea, hipoclorhidria y colelitiasis) suele darse en tumores mayores de 4 cm. Existe una asociación con la neurofibromatosis de Von

Recklinghausen.

Debido a su potencial maligno (50% malignidad) el tratamiento debe ser la excisión quirúrgica. En tumores menores de 1 cm se puede realizar resección endoscópica por su baja incidencia metastásica. La colecistectomía es obligada aunque no se evidencie colelitiasis.