



ÍNDICE

1. Editorial

Raquel León Miranda, José Felipe Reoyo Pascual, Nerea Muñoz Plaza, María de los Llanos Carrillo Molina, Jesús Zanfaño Palacios, Amor Turienzo.
Revista Acircal 20; 12 (1): 3

2. Revisión Bibliográfica

GANGLIONEUROMA ADRENAL: SERIE DE CASOS Y DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN LA EVALUACIÓN DEL INCIDENTALOMA ADRENAL EN EL CAULE.

Pablo Puig Aznar, Óscar Andrés Sanz Guadarrama, Marta Cañón Lara, Cristina Sofía Ojeda Muñoz, Irene Medrano Montero, Andrea Fernández Fernández-Rebollos, María Del Carmen Ponte De la Mata, María Victoria Diago Santamaría.
Revista Acircal 20; 12 (1): 4-14

3. Nota científica

CUANDO EL VILLANO SE DISFRAZA DE APENDICITIS: DOS CASOS DE ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CALICIFORMES APENDICULAR.

Pilar López , Adrián García, Cristina Bodas, José Chavez, María de los Llanos Carrillo, Elena González, Juan Guillermo Aís.
Revista Acircal 20; 12 (1): 15-21

4. Imágenes en Cirugía

QUISTE RETRORRECTAL: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE ABORDAJE ROBÓTICO.

José Luis Maestro, Fernando Labarga , Andrea Carlota Lizarralde , Guillermo Estébanez , Gema María Nieto Romero de Ávila, Carla García , Javier Sánchez, David Pacheco.
Revista Acircal 20; 12 (1): 22-27

5. Rincón del MIR I

TIPS AND TRICKS PARA TU PRIMERA APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.

Cristina Bodas, María de los Llanos Carrillo.
Revista Acircal 20; 12 (1): 28-31.



6. Rincón del MIR II

FIEBRE POSTOPERATORIA.

José Laureano Chávez Zambrano, María de los Llanos Carrillo Molina.,
Adrián García Rosique, Pilar López Pérez , Cristina Bodas.

Revista Acircal 20; 12 (1):32-37.

7. Rincón de Enfermería

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO MEDIANTE PUERTO ÚNICO.

Sara Herrera, Ana Rosa de la Puerta.

Revista Acircal 20; 12 (1):38-40.

EDITORIAL

Nos alegra la publicación de este nuevo número de la nuestra Revista ACIRCAL, y os agradecemos vuestra colaboración porque sabemos que supone un esfuerzo y compromiso continuo, que mejora nuestra práctica clínica. Y seguimos animándoos a enviarnos artículos, a no perder el interés por compartir conocimiento entre compañeros, de esta forma nuestra comunidad quirúrgica recobra la vitalidad, y capacidad de generar, analizar, y difundir experiencia de calidad.

Cada nuevo número supone un paso más en este proyecto común, que busca convertirse en un espacio en el que tengan cabida tanto la actividad asistencial habitual como la innovación, la revisión crítica y el aprendizaje compartido. Y para mantener esta iniciativa, dependemos de la participación activa de todos.

En esta misma búsqueda de crecimiento y encuentro profesional, queremos animaros a participar en el próximo XXVII Congreso de la Asociación de Cirujanos de Castilla y León, que se celebrará en Salamanca, los próximos días 28 y 29 de mayo de 2026. Este evento representa una excelente oportunidad para intercambiar experiencias, actualiza conocimientos y dar visibilidad al trabajo que realizamos en nuestros Hospitales de Castilla y León.

Os invitamos especialmente a contribuir con comunicaciones orales, vídeos quirúrgicos o pósteres, todos ellos fundamentales para enriquecer el contenido científico del congreso y fomentar el debate constructivo. vuestra participación es clave para seguir fortaleciendo nuestra comunidad y avanzando juntos.

Contamos con todos vosotros.

El Equipo Editorial.





REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

GANGLIONEUROMA ADRENAL: SERIE DE CASOS Y DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN LA EVALUACIÓN DEL INCIDENTALOMA ADRENAL EN EL CAULE.

- Pablo Puig Aznar, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León

E-mail: ppuig@saludcastillayleon.es

- Óscar Andrés Sanz Guadarrama, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León
- Marta Cañón Lara, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León
- Cristina Sofía Ojeda Muñoz, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León
- Irene Medrano Montero, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León
- Andrea Fernández Fernández-Rebollos, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León
- María Del Carmen Ponte De la Mata, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León
- María Victoria Diago Santamaría, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El ganglioneuroma (GN) adrenal es una neoplasia neurogénica benigna e infrecuente, derivada de células de la cresta neural y caracterizada por su naturaleza no funcionante y curso habitualmente asintomático. Su hallazgo ocurre con frecuencia como incidentaloma, y su diferenciación respecto a feocromocitomas o lesiones malignas constituye un reto diagnóstico, dada la superposición de características radiológicas y la limitada capacidad de las pruebas de imagen para excluir malignidad de forma definitiva. La adrenalectomía laparoscópica (LPC) representa el tratamiento de elección cuando la lesión supera los 4 cm o presenta rasgos indeterminados. El objetivo de este trabajo es presentar dos casos de GN adrenal diagnosticados y tratados en el CAULE, ilustrando los desafíos diagnósticos y el enfoque multidisciplinar requerido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de dos pacientes con ganglioneuroma suprarrenal confirmado histopatológicamente tras adrenalectomía LPC. Se recogieron datos clínicos, analíticos y radiológicos, incluyendo estudios hormonales (metanefrinas, cortisol urinario, cociente renina/aldosterona), tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RMN) y gammagrafía MIBG cuando estuvo indicada. Asimismo, se revisaron las características anatomopatológicas para confirmar el diagnóstico definitivo.

RESULTADOS

El primer caso correspondía a un varón de 16 años con una masa suprarrenal derecha de 6.5 cm, no funcionante y con rasgos indeterminados en TC. El segundo caso fue una mujer de 43 años con un incidentaloma izquierdo de 5.5 cm, no funcionante y con hallazgos radiológicos sugestivos de feocromocitoma; la gammagrafía MIBG fue negativa. En ambos pacientes se realizó adrenalectomía laparoscópica sin complicaciones mayores. La histología confirmó ganglioneuroma maduro en los dos casos. La evolución posoperatoria fue favorable, sin evidencia de recidiva.

DISCUSIÓN

Los casos presentados reflejan la complejidad diagnóstica del GN, especialmente cuando los hallazgos radiológicos simulan lesiones funcionales, como en el segundo caso. La ausencia de criterios definitivos de benignidad por imagen y el tamaño tumoral justificaron la resección quirúrgica. La anatomía patológica continúa siendo imprescindible para el diagnóstico definitivo.

CONCLUSIONES

El ganglioneuroma adrenal es un tumor benigno poco frecuente cuyo diagnóstico preoperatorio es difícil. La evaluación hormonal completa y una caracterización radiológica minuciosa son esenciales para excluir feocromocitoma y malignidad. La adrenalectomía laparoscópica constituye un tratamiento seguro, curativo y diagnóstico, con un pronóstico excelente.

ABREVIATURAS

- **GN** – Ganglioneuroma
- **TC** – Tomografía computarizada
- **RMN** – Resonancia magnética nuclear
- **LPC** – Laparoscópica / Laparoscopia (en “adrenalectomía LPC”)
- **AP** – Anatomía patológica
- **PAAF** – Punción aspiración con aguja fina (biopsia percutánea)
- **MIBG** – Metayodobencilguanidina (gammagrafía con I-131 MIBG)
- **UH** – Unidades Hounsfield
- **HTA** – Hipertensión arterial
- **AHF** – Antecedentes hereditarios/familiares (A.H.F. feocromocitoma)
- **CAULE** – Complejo Asistencial Universitario de León
- **T2** – Secuencia T2 en resonancia magnética
- **H-E** – Hematoxilina-eosina (tinción histológica)

PALABRAS CLAVE

- Ganglioneuroma adrenal
- Incidentaloma suprarrenal
- Adrenalectomía laparoscópica
- Diagnóstico radiológico
- Feocromocitoma
- Evaluación hormonal

TEXTO MANUSCRITO

1. RESUMEN

El ganglioneuroma (GN) adrenal es una neoplasia neurogénica benigna infrecuente, derivada de la cresta neural. Se presenta típicamente como una masa indolente, no funcional, descubierta incidentalmente. Dada su baja atenuación en la tomografía computarizada (TC) y las características sugestivas en la resonancia magnética (RMN), su diagnóstico preoperatorio es un desafío. Presentamos dos casos de GN adrenal confirmados por histopatología que ilustran la necesidad de una rigurosa evaluación hormonal y radiológica para excluir feocromocitoma o malignidad. La resección quirúrgica, idealmente por vía laparoscópica (LPC), constituye el tratamiento de elección y es curativa.

2. INTRODUCCIÓN

El ganglioneuroma (GN) es el tumor más maduro dentro del espectro de neoplasias neuroblásticas, originándose de las células ganglionares simpáticas maduras [1]. A pesar de que es el tumor neurogénico suprarrenal benigno más común, su frecuencia absoluta es baja, representando aproximadamente el **1.9%** de todas las piezas de adrenalectomía [2]. La presentación clínica más común es el hallazgo incidental, siendo **asintomático en el 82.9%** de los casos [2, 3].

El principal dilema diagnóstico reside en la diferenciación con lesiones malignas (carcinoma adrenocortical) o funcionalmente activas (feocromocitoma) [9]. La presencia de una masa suprarrenal mayor de **4 cm** exige una evaluación exhaustiva y, frecuentemente, la resección quirúrgica para el diagnóstico histológico definitivo [4, 7].

Presentamos una serie de dos casos de ganglioneuroma adrenal, destacando el proceso diagnóstico que culminó en la adrenalectomía LPC.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de dos pacientes adultos jóvenes y de mediana edad con diagnóstico histopatológico de ganglioneuroma suprarrenal confirmado después de una adrenalectomía laparoscópica. Se recopilaron datos demográficos, presentación sintomática, resultados del cribado bioquímico hormonal (metanefrinas, cortisol libre en orina de 24 horas, cociente renina-aldosterona), hallazgos de imagen (TC, RMN, MIBG) y el informe de anatomía patológica (AP) detallado. La indicación para la resección quirúrgica fue el tamaño tumoral (> 4 cm) y las características radiológicas indeterminadas.

4. PRESENTACIÓN DE CASOS

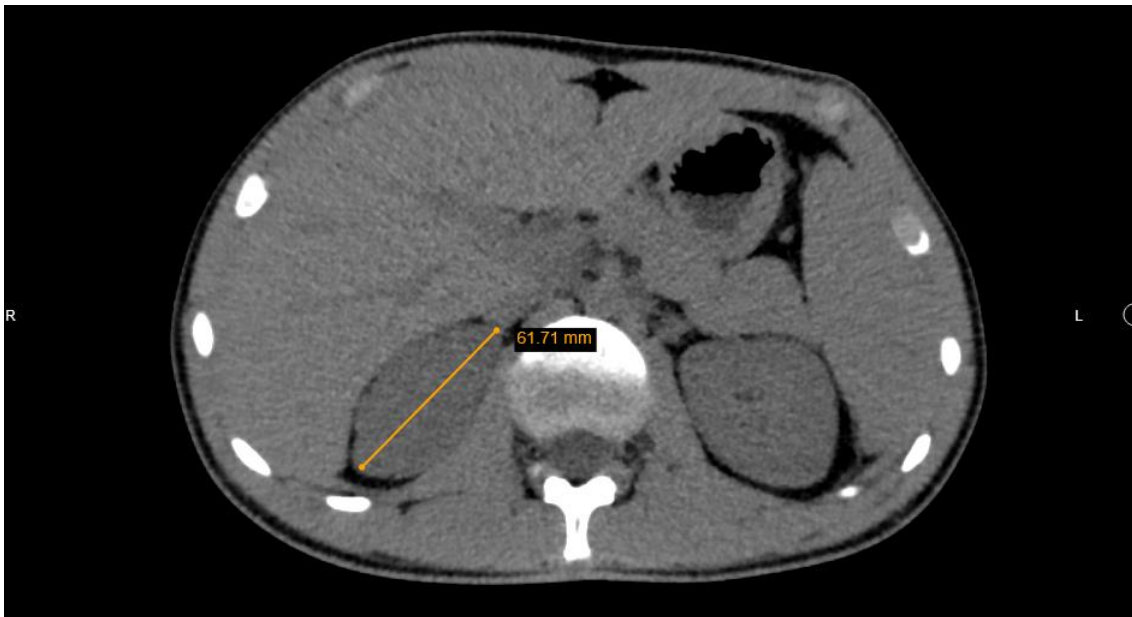
A. Caso 1: Paciente V.M. (Varón, 16 años)

Paciente varón de 16 años derivado desde Medicina Interna con diagnóstico de masa suprarrenal derecha **no funcionante**. La presentación clínica incluyó un

episodio autolimitado de dolor en el flanco derecho, fiebre y una HTA leve. La evaluación hormonal fue negativa para hiperfunción catecolaminérgica o cortisol. Se documentó una elevación aislada de renina (cociente renina/aldosterona de 37). Cabe señalar que la hipertensión se ha reportado en el **17%** de las presentaciones sintomáticas [3].

El **TC toraco-abdominal** reveló una masa suprarrenal derecha de 6.0 x 3.8 x 5.6 cm. La lesión era hipodensa, con calcificaciones lineales y realce progresivo (36.6 UH basal, 65.7 UH tardío). El deficiente *washout* la catalogó como **indeterminada** [2, 9].

Se realizó **adrenalectomía LPC derecha** [6]. La pieza pesó 65 g y midió 7.2 x 5.5 x 2.5 cm, conteniendo un tumor sólido de **6.5 cm**. El estudio histológico confirmó un **Ganglioneuroma** [1]: células ganglionares maduras dispersas en un estroma de células de Schwann (S100+), sin evidencia de neuroblastos, atipia o actividad mitótica significativa [8].



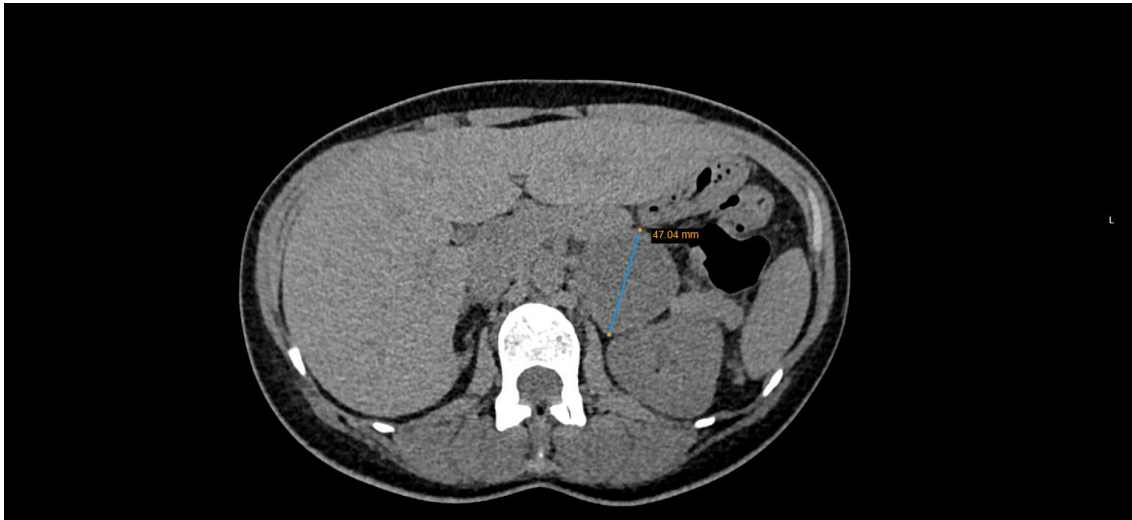
B. Caso 2: Paciente C.G. (Mujer, 43 años)

Paciente mujer de 43 años, derivada por un **incidentaloma** suprarrenal izquierdo detectado durante el estudio de molestias gastrointestinales. Presentaba un antecedente familiar de feocromocitoma (padre) [5]. El cribado hormonal fue completamente negativo [4].

La **TC** demostró una lesión de 4.9 cm con un lavado de contraste deficiente (<40% relativo), clasificándola como **indeterminada** [2, 9]. La **RMN** mostró una masa hiperintensa en T2 con realce progresivo [10], un patrón que suscitó la sospecha de **feocromocitoma no funcionante**. Para su exclusión definitiva, se realizó una **gammagrafía con I-131 MIBG**, la cual fue **negativa** [4, 5].

Se procedió a la **adrenalectomía LPC izquierda** [6]. La pieza quirúrgica midió 5.5 x 3 x 2.5 cm. La AP confirmó un **Ganglioneuroma** [1] con características idénticas de madurez celular y estroma de Schwann (S100+).

Es importante destacar que la **biopsia percutánea (PAAF)** se evita en estos casos debido a la baja sensibilidad para identificar células maduras y la imposibilidad de excluir elementos malignos o compuestos [3, 4].





5. RESULTADOS

	Caso 1 (Varón, 16 años)	Caso 2 (Mujer, 43 años)
Localización / Tamaño Máximo	Derecha / 6.5 cm	Izquierda / 5.5 cm
Presentación Clínica	Dolor abdominal (asintomático 82.9% de los casos [2])	Hallazgo incidental, AHF Feocromocitoma [5]
Estado Bioquímico	No Funcionante	No Funcionante
Hallazgos Radiológicos	TC: Mal <i>washout</i> , Indeterminado	RMN: Sugestiva de Feo. MIBG

	Caso 1 (Varón, 16 años)	Caso 2 (Mujer, 43 años)
Clave	[2, 9]. Tamaño compatible con media (~6.3 cm) [2].	Negativa [4, 5].
Procedimiento	Adrenalectomía Laparoscópica [6]	Adrenalectomía Laparoscópica [6]
Diagnóstico Histológico	Ganglioneuroma [1]	Ganglioneuroma [1]

Ambos procedimientos LPC se completaron con éxito sin morbilidad mayor. Los pacientes evolucionaron favorablemente y la resección completa se considera curativa, con series que reportan una **tasa de recurrencia nula** [2, 3].

6. DISCUSIÓN

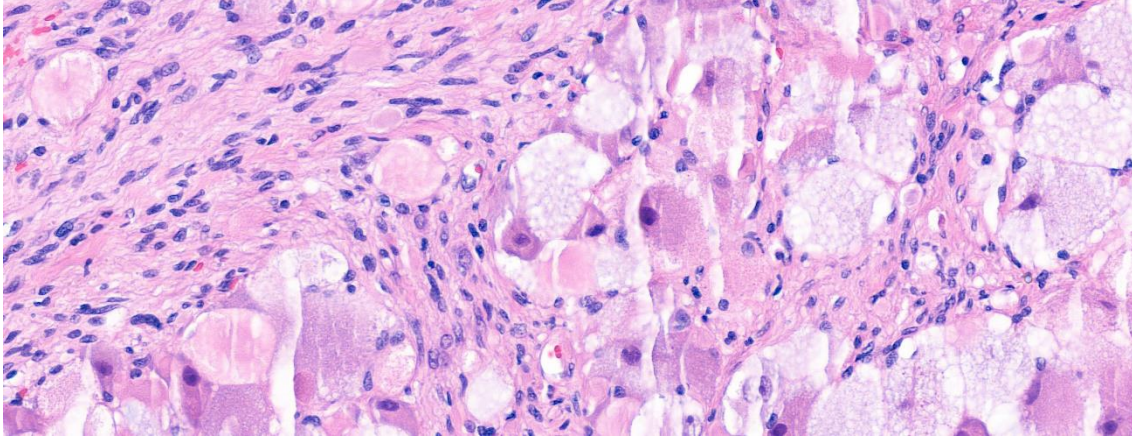
El ganglioneuroma adrenal se encuentra típicamente como una masa voluminosa, dado que el tamaño medio reportado es de **6.3 cm** [2], coherente con nuestros casos.

El principal desafío diagnóstico, ilustrado por el **Caso 2**, es la exclusión del feocromocitoma, dada la **superposición radiológica** (hiperintensidad en T2) y la posibilidad de que el tumor sea **compuesto** (es decir, que contenga elementos de feocromocitoma), lo que ocurre hasta en el **44%** de las series [11]. El antecedente familiar en el Caso 2 hizo imprescindible la realización de la **gammagrafía con MIBG**, la cual fue clave para descartar la presencia de tejido cromafín funcionante o no funcionante [5].

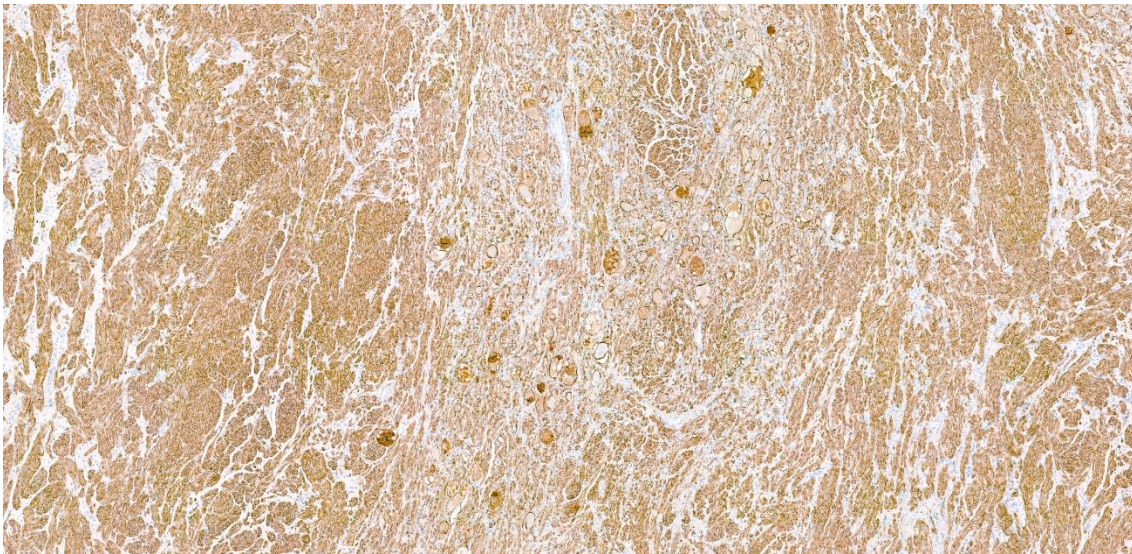
La **indicación quirúrgica** para ambas lesiones se basó en el criterio de masa adrenal no secretora de tamaño superior a 4 cm, ya que la malignidad no puede excluirse de manera fiable por imagen [7]. La **adrenalectomía LPC** [6] es el enfoque estándar para la resección de estas masas, ofreciendo un diagnóstico histológico definitivo y el tratamiento curativo.

El diagnóstico definitivo de **Ganglioneuroma** requiere la histopatología, demostrando la madurez de los elementos neurales (células ganglionares

maduras rodeadas por estroma de células de Schwann S100+) [1, 8], lo que lo diferencia del ganglioneuroblastoma y el neuroblastoma.



Tinción H-E: Se observan células de Schwann y células ganglionares.



Sinaptofisina: Tiñe exclusivamente las células ganglionares.

7. CONCLUSIÓN

El ganglioneuroma adrenal es un tumor raro y benigno. Se requiere un riguroso estudio diagnóstico bioquímico y radiológico para descartar feocromocitoma y malignidad. La **adrenalectomía laparoscópica** es el procedimiento de elección, proporcionando el diagnóstico definitivo y la cura, con un pronóstico excelente [2, 3, 6].

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lonergan GJ, Davis DO, Johns T. Neuroblastoma, ganglioneuroblastoma, and ganglioneuroma: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2002 May-Jun;22(3):S27-S41.
2. Kumar P, Uecker JM. Adrenal Ganglioneuroma: Diagnosis, Presentation, and Management of a Rare Tumor. *Cureus*. 2023 Jun;15(6):e39977.
3. Tarantino RM, de Lacerda AM, da C. Neto SH, Violante AHD, Vaisman M. Ganglioneuroma de adrenal. *Arquivos Brasileiros De Endocrinologia E Metabologia*. 2012 Jun;56(4):270–274.
4. Varghese J, Seshadri V. Adrenal Incidentaloma: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Indian J Surg*. 2017 Feb;79(1):70-74.
5. Pacak K, Eisenhofer G, Ahlman H, *et al*. Pheochromocytoma: progress in diagnosis, localization, and treatment. *Ann Intern Med*. 2001 Feb 20;134(4):315-329.
6. Gigantino M, Gherzi L, Costanza M, *al*. Laparoscopic Adrenalectomy for Adrenal Ganglioneuroma: Case Report and Review of the Literature. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2018 Jan;28(1):64-68.
7. Tritos NA, Biller BM. Adrenal Incidentalomas: A Review. *Horm Metab Res*. 2018 Jun;50(6):448-454.
8. Shimada H, Stram DO, Joshi VV, *et al*. International neuroblastoma pathology classification for prognostic evaluation of patients. *Cancer*. 1999 Aug 1;86(2):364-372.



9. Blake MA, Kalra MK, Sweeney AT, *al.* Distinguishing benign from malignant adrenal masses: an integrated clinical and imaging approach. *Radiographics*. 2008 Sep-Oct;28(5):1093-1111.
10. Rockall AG, Babar SA, Sohail B, *et al.* Imaging of adrenal disease. *Clin Radiol*. 2005 Sep;60(9):1043-55.
11. Fishbein L, *et al.* Adrenal ganglioneuromas: incidentalomas with misleading clinical and imaging features. *Surgery*. 2010 Jun;147(6):852-8.



NOTA CIENTÍFICA

**CUANDO EL VILLANO SE DISFRAZA DE APENDICITIS: DOS CASOS DE
ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CALICIFORMES APENDICULAR**

**WHEN THE VILLAIN MASQUERADES AS APPENDICITIS: TWO CASES OF
APPENDICEAL GOBLET CELL ADENOCARCINOMA**

AUTORES

Pilar López¹

Adrián García¹

Cristina Bodas¹

José Chavez¹

María de los Llanos Carrillo²

Elena González²

Juan Guillermo Aís³

¹Residente del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Segovia

²Adjunto del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Segovia

³Jefe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Segovia

Correspondencia:

Pilar López Pirez

Hospital General de Segovia

40002, Segovia

Correo electrónico: plopezipirez@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El adenocarcinoma de células caliciformes apendicular (AGCA) es un tumor poco frecuente con elevado potencial de agresividad. Presenta características que se solapan entre adenocarcinoma clásico y tumores neuroendocrinos y se suele diagnosticar de forma incidental tras una apendicectomía por sospecha de apendicitis aguda. Su manejo posterior

depende de la estadificación TNM y no existen protocolos estandarizados de tratamiento.

Caso clínico: Se trata de dos varones intervenidos por sospecha clínica y radiológica de apendicitis aguda. Se practica apendicectomía en ambos casos, obteniendo un tumor de tipo adenocarcinoma de células caliciformes apendicular, de intermedio y alto grado respectivamente. Tras valoración multidisciplinar se decide completar tratamiento con hemicolectomía derecha laparoscópica. Ambos pacientes presentaron un posoperatorio favorable, y en el análisis histopatológico no se evidenció extensión de la enfermedad.

Discusión: Estamos ante un tumor maligno con baja incidencia, que puede llegar a ser un reto diagnóstico a nivel histopatológico y cuya clasificación influye de forma directa en la supervivencia. Las mutaciones genéticas son poco frecuentes y el manejo pasa por la cirugía mediante hemicolectomía derecha reglada, y en función de los resultados, asociación de tratamiento adyuvante. La supervivencia varía desde 19% a 91% según el estadiaje.

Conclusiones: el AGCA es un tumor poco frecuente pero agresivo, con un comportamiento clínico-patológico peculiar. Es fundamental la correcta estadificación del tumor y el tratamiento quirúrgico asociado o no a un régimen de quimioterapia posterior, ya que su alto riesgo de metástasis vulnera la supervivencia a largo plazo de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE

Apendicitis aguda

Adenocarcinoma de células caliciformes

Carcinoma de células caliciformes

Apendicectomía

Tumores apendiculares

MANUSCRITO

Introducción:

El adenocarcinoma de células caliciformes apendicular (appendiceal goblet cell adenocarcinoma o AGCA) ha recibido diversas nominaciones a lo largo de la historia. En la actualización de la OMS (5ª ed. en el 2019¹) se le define de esta manera ya que presenta características morfológicas y clínicas que lo separan de otros carcinomas y tumores neuroendocrinos del tracto gastrointestinal. Su diagnóstico suele ser incidental tras una apendicectomía por sospecha de apendicitis aguda, y no existen protocolos estandarizados para su manejo posterior. Pueden ser agresivos ya que metastatizan por vía peritoneal, llegando a otros órganos del tracto gastrointestinal y los ovarios, condicionando un pésimo pronóstico.

Caso clínico:

Presentamos 2 casos tratados recientemente en nuestro centro. Se trata de 2 varones de mediana edad (57 y 47 años), uno de ellos derivado desde otra comunidad tras drenaje de absceso periapendicular mediante colocación de pigtail, y el otro acude a urgencias por clínica compatible con apendicitis aguda. El primer paciente es intervenido tras su llegada, realizándose drenaje quirúrgico del absceso y apendicectomía laparoscópica reglada. El segundo se interviene de urgencia practicándose apendicectomía laparoscópica.

En el informe histológico de ambas piezas se describe adenocarcinoma apendicular de células caliciformes, G2 y G1 respectivamente, con invasión perineural y ausencia de invasión linfovascular. Los márgenes de resección se encontraban libres, siendo ambos un estadio patológico pT3. No presentan inestabilidad de microsatélites. Ambos tumores presentaban perforación (el primero atravesado por pigtail del drenaje inicial, el otro perforación espontánea), por lo que al ser un factor de mal pronóstico y por la estadificación T, se decide completar el tratamiento mediante hemicolectomía derecha laparoscópica.

La evolución posoperatoria fue favorable en ambos casos. El resultado anatomopatológico de ambas cirugías revelaron ausencia de enfermedad en el colon, sin evidencia de infiltración ganglionar (8 y 11 ganglios libres respectivamente).

Discusión:

El adenocarcinoma de células caliciformes es poco frecuente (35-58% de los tumores apendiculares, 15% de los malignos²), afecta predominantemente a varones de 50-60 años y suele ser un diagnóstico incidental tras apendicectomía. Es habitual la infiltración perineural (> 90%) y esto no supone un peor pronóstico a largo plazo. Su principal vía de metástasis es la peritoneal, y tiene relación con el grado tumoral. Hasta un 40% de los pacientes pueden llegar a presentar enfermedad metastásica al diagnóstico^{3,4}.

La esquistosomiasis es el único factor de riesgo que ha demostrado una asociación estadísticamente significativa con este tumor.

Histológicamente se caracteriza por ser un tumor anficrino, formado predominantemente por células caliciformes llenas de mucina y en menor cantidad células endocrinas. Se cree que estos tumores derivan de las células pluripotentes que se encuentran en la base de las criptas intestinales y que tienen la capacidad de diferenciarse en células de ambas estirpes – mucinosa y neuroendocrina.

Suele infiltrar la pared del apéndice de forma difusa (respetando la mucosa)², en comparación con otros tumores que pueden presentarse como una masa apendicular.

Se clasifican según la proporción de células con crecimiento en patrón tubular o en clusters: grado 1 (< 50% células atípicas), grado 2 (50-75%) y grado 3 (> 75%).

Se ha visto que a mayor porcentaje de celularidad de adenocarcinoma la supervivencia se ve mermada⁵, por lo que se intuye la importancia de cuantificar la proporción de células similares o compatibles con adenocarcinoma de cara al pronóstico del paciente.

Las mutaciones genéticas son poco frecuentes, siendo la más frecuente TP53, y es extraordinario que presenten inestabilidad de microsatélites.

El manejo se basa en el estadiaje y grado histológico del tumor (según el consenso de Chicago⁶):

- Tumores limitados al apéndice: se recomienda hemicolectomía derecha independientemente de la T (aunque algunos estudios muestran que en los pT1-pT2 no aumenta la supervivencia) dentro de los 3 meses tras la apendicectomía. La positividad ganglionar varía en T1-T2 de 0% a 1.1-2.1% (7).
- Quimioterapia adyuvante: el consenso de Chicago lo recomienda en casos de G3, afectación nodal o recurrencia de la enfermedad. En el resto de casos no ha demostrado aumentar la supervivencia. Se recomienda un régimen similar al del cáncer colorrectal (FOLFOX, FOLFIRI...).

Otros factores como la invasión linfovascular, invasión perineural, perforación, apendicitis aguda o el tipo de resección realizada no han mostrado asociación significativa con la supervivencia.

Posteriormente se recomienda un seguimiento de 5 años (como en el resto de adenocarcinomas colorrectales).

Conclusiones:

El adenocarcinoma de células caliciformes es único dentro de los tumores apendiculares, tiene rasgos histológicos similares a los tumores neuroendocrinos sin el comportamiento clínico de estos. El estadio tumoral y el grado histológico marcan el tratamiento, y la supervivencia viene determinada por el componente adenocarcinomatoso del tumor, por lo que el tratamiento debe adecuarse a ello. Dicho tratamiento incluye resección del colon derecho, con linfadenectomía oncológica, asociando o no quimioterapia según la

afectación nodal u otros factores de mal pronóstico tras valoración en un comité multidisciplinar.

REFERENCIAS:

1. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, et al. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology*. 2020;76(2):182-8
2. Zhang K, Meyerson C, Kassardjian A, et al. Goblet Cell Carcinoid/Carcinoma: An Update. *Adv Anat Pathol* 2019;26(2):75-83
3. Gardner BM, Haymov A, Jones R. When appendicitis masks a malignancy: a case of appendiceal goblet cell adenocarcinoma. *Cureus*. 2025;17(8):e89868
4. Pham TH, Wolff B, Abraham SC, et al. Surgical and chemotherapy treatment outcomes of goblet cell carcinoid: a tertiary cancer center experience. *Ann Surg Oncol*. 2006;13:370.
5. Taggart MW, Abraham SC, Overman MJ, et al. Goblet cell carcinoid tumor, mixed goblet cell carcinoid-adenocarcinoma, and adenocarcinoma of the appendix: comparison of clinico-pathologic features and prognosis. *Arch Pathol Lab Med*. 2015;139:782-790.
6. Chicago Consensus Working Group. The Chicago consensus on peritoneal surface malignancies: management of appendiceal neoplasms. *Ann Surg Oncol* 2020;27:1753-60
7. Tsang ES, McConell YJ, Schaeffer DF, et al. Outcomes of surgical and chemotherapeutic treatments of goblet cell carcinoid tumors of the appendix. *Ann Surg Oncol* 2018;25:2391-9
8. Bell PD, Reetesh KP. Goblet cell adenocarcinoma of the appendix: an update and practical approach to diagnosis and grading. *Hum Path* 2023;132:183-196
9. Orr CE, Yantiss RK. Controversies in appendiceal pathology: mucinous and goblet cell neoplasms. *Pathology*. 2022;54(2):167-76.
10. Palmer K, Weerasuriya S, Chandrakumaran K, et al. Goblet cell adenocarcinoma of the appendix: a systematic review and incidence and



survival of 1,225 cases from an english cancer registry. *Front Oncol.* 2022;12:915028

11. Azuma T, Sato Y, Chiba H, Haga J. Appendiceal goblet cell adenocarcinoma newly classified by WHO 5th edition: a case report (a secondary publication). *Surg Case Rep.* 2024;10(1):168



IMÁGENES EN CIRUGÍA

QUISTE RETRORRECTAL: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE ABORDAJE ROBÓTICO

(RETROPERITONEAL CYST: SURGICAL TREATMENT USING A ROBOTIC
APPROACH).

AUTORES:

1. José Luis Maestro

<https://orcid.org/0000-0003-2735-109X>

2. Fernando Labarga

<https://orcid.org/0000-0002-8324-0311>.

3. Andrea Carlota Lizarralde

<https://orcid.org/0000-0003-4689-2633>

4. Guillermo Estébanez

<https://orcid.org/0000-0003-1122-2701>

5. Gema María Nieto Romero de Ávila

<https://orcid.org/0009-0001-1489-9286>

6. Carla García

<https://orcid.org/0009-0008-7024-2482>

7. Javier Sánchez

<https://orcid.org/0000-0002-5385-4435>

8. David Pacheco

<https://orcid.org/0000-0003-4232-8576>

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.



- AUTOR DE CORRESPONDENCIA

José Luis Maestro de Castro

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

jmaestro9191@gmail.com

RESUMEN

Los tumores retrorrectales son poco frecuentes y heterogéneos, siendo los quistes derivados de alteraciones embrionarias —epidermoides, dermoides o entéricos— los más comunes, pudiendo complicarse o malignizarse, lo que justifica su resección completa. La cirugía robótica ha demostrado ser especialmente útil en lesiones complejas, permitiendo abordajes transabdominales precisos incluso en tumores bajos.

Se reporta el caso de una mujer de 39 años con antecedentes de endometriosis y cirugías previas, que presentó dolor pélvico persistente.

Estudios por TC y RMN revelaron un quiste retrorrectal derecho de 42x41 mm.

Se realizó resección robótica transabdominal, completando la exéresis total de la lesión mediante abordaje mínimamente invasivo exclusivamente.

Este caso resalta que el abordaje robótico transabdominal es seguro, eficaz y menos invasivo, consolidándose como una opción emergente en el manejo de tumores retrorrectales complejos.

PALABRAS CLAVES

Quiste retrorrectal , abordaje robótico, cirugía mínimamente invasiva.

Introducción:

Los tumores retrorrectales constituyen una patología infrecuente y altamente heterogénea, sin consenso claro en la literatura respecto al tipo de tratamiento o el abordaje quirúrgico más adecuado¹. El desarrollo de la cirugía robótica ha demostrado beneficios potenciales en casos complejos y poco estandarizados, incluyendo tumores retrorrectales bajos tratados mediante abordaje transabdominal^{2,3}.

Caso clínico:

Se presenta el caso de una paciente de 39 años, con antecedentes de endometriosis y múltiples cirugías previas: dos resecciones laparoscópicas de implantes endometriósicos y colecistectomía. La paciente se encontraba en seguimiento por ginecología debido a dolor pélvico persistente. Tras la realización de una tomografía computarizada (TC) se reveló la existencia de una masa quística retrorrectal derecha de unos 42x41mm, sospechosa de hamartoma quístico retrorrectal. El estudio se completó con una resonancia magnética nuclear (RMN) (Fig. 1).

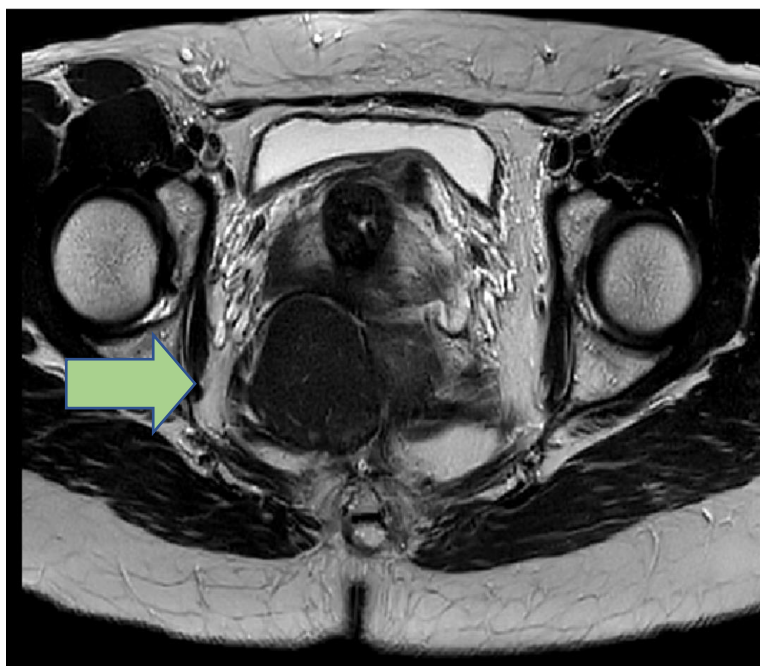


Fig.1. RMN: lesión quística retrorrectal.



Ante estos hallazgos, se decidió realizar tratamiento quirúrgico mediante abordaje robótico transabdominal.

La paciente se colocó en posición de litotomía y se estableció neumoperitoneo mediante aguja de Veress. Se emplearon cuatro trócares de 8mm y un trócar accesorio de 12 mm. Se procedió a la disección retrorrectal y lateral derecha, preservando el mesorrecto y localizando la lesión quística, adherida íntimamente a la fascia de los músculos elevadores del ano y a la cara lateral del recto, pero con plano de separación identificado.

Se realizó la disección perimetral completa de la lesión, incluyendo el músculo elevador del ano derecho por inclusión en el mismo, realizando una exéresis total de la lesión.

La evolución postoperatoria fue favorable, con adecuado control del dolor y tolerancia por la vía oral, permitiéndose el alta hospitalaria a domicilio a las 48 horas. Finalmente, el informe de anatomía patológica definió la lesión como quiste del espacio retrorrectal (quiste epidérmico).

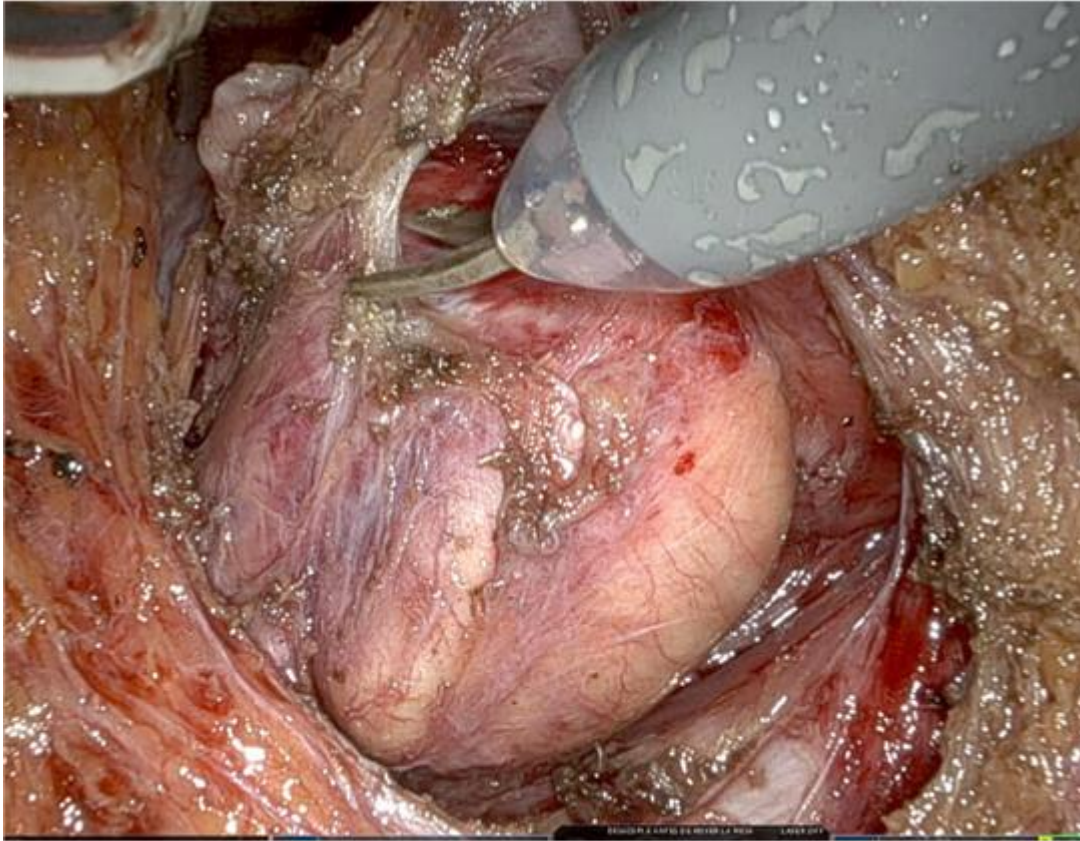


Fig. 2. Imagen intraoperatoria de quiste retrorrectal.

Discusión:

Las masas retrorrectales son poco frecuentes y presentan gran heterogeneidad¹. Los quistes relacionados con la alteración del desarrollo embrionario son la causa más común de tumores en el espacio retrorrectal e incluyen quistes epidermoides, quistes dermoides y quistes entéricos^{1,4}. Estas lesiones pueden ocasionar complicaciones y algunas presentan riesgo de malignización, lo que hace recomendable su exéresis completa mediante tratamiento quirúrgico, ya sea por abordaje perineal posterior, abdominal o incluso mixto².

En los últimos años, el auge de la cirugía robótica está transformando el manejo terapéutico de este tipo de lesiones, aumentando la posibilidad de cirugías transabdominales incluso en lesiones complejas por debajo de S3 gracias a la precisión y versatilidad que proporciona la plataforma robótica,

llevando a cabo cirugías precisas y menos agresivas. Esto se traduce en beneficios significativos para el paciente, incluyendo una recuperación más rápida y menor morbilidad³.

Conclusiones:

El abordaje robótico transabdominal es seguro y eficaz para el tratamiento de los tumores retrorrectales, constituyendo un paradigma emergente en la cirugía de estas lesiones complejas.

REFERENCIAS

1. Mullaney TG, Lightner AL, Johnston M, Kelley SR, Larson DW, Dozois EJ. A systematic review of minimally invasive surgery for retrorectal tumors. *Tech Coloproctol.* 2018 Apr;22(4):255–63.
2. Cataneo J, Cataldo T, Poylin V. Robotic Excision of Retrorectal Mass. *Journal of Gastrointestinal Surgery.* 2018 Oct;22(10):1811–3.
3. Solís-Peña A, Ngu LWS, Kraft Carré M, Gomez Jurado MJ, Vallribera Valls F, Pellino G, et al. Robotic abdominal resection of tailgut cysts – A technical note with step-by-step description. *Colorectal Disease.* 2022 Jun;24(6):793–6.
4. Toh JWT, Morgan M. Management approach and surgical strategies for retrorectal tumours: a systematic review. *Colorectal Disease.* 2016 Apr;18(4):337–50.



RINCON DEL MIR I

Título: TIPS AND TRICKS PARA TU PRIMERA APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Autores: Cristina Bodas, María de los Llanos Carrillo.

Complejo Asistencial Universitario de Segovia.

Datos del autor responsable de correspondencia:

- Cristina Bodas
- Correo electrónico: cbodas@saludcastillayleon.es

1. Preparación preoperatoria

La apendicectomía es un procedimiento que se realiza de manera urgente, por lo que a veces podemos caer en el error de saltarnos algunos de los pasos previos a la cirugía al tratar de gestionar rápido la situación.

Estos son los <<Checks>> que debes hacer antes de ir a quirófano:

- ✓ Explícale al paciente la intervención y cerciórate de que resuelves todas sus dudas.
- ✓ Asegúrate de que el paciente firme consentimiento informado de la cirugía.
- ✓ Pregunta al paciente por el tiempo de ayunas, el anestesista te lo va a preguntar.
- ✓ Comprueba los parámetros de coagulación en la analítica e interroga al paciente sobre toma de anticoagulantes, por si fuera necesario premedicar para evitar sangrados.
- ✓ Indícale al resto del equipo sanitario que rasuren el vello del abdomen del paciente, que le coloquen unas medias de compresión, y por último, deja pautado el antibiótico profiláctico.

2. Colocación del paciente, cirujanos y torre de laparoscopia

Una vez en quirófano, el paciente será posicionado en la mesa en decúbito supino, con los miembros inferiores juntos, el brazo derecho en ángulo recto y el izquierdo pegado al cuerpo. Esto es así para que ambos cirujanos puedan situarse a la izquierda del paciente cómodamente, con la torre de laparoscopia colocada enfrente, quedando esta a la derecha del paciente. El instrumentista, por su parte, se colocará a la izquierda del cirujano principal.

Durante la intervención, poner al paciente en posición de Trendelenburg y con decúbito lateral izquierdo te permitirá exponer tu campo quirúrgico más fácilmente.

3. Colocación de los trócares de laparoscopia

Una vez el paciente esté anestesiado y el campo quirúrgico preparado, empezaremos la cirugía colocando los trócares de laparoscopia. Por lo general, utilizaremos tres trócares:

- Trócar de 11mm supraumbilical para introducir la óptica que llevará el ayudante. Es recomendable que esta sea de 30°. Este trócar lo colocaremos el primero mediante un abordaje abierto, e insuflaremos a través de él el neumoperitoneo (objetivo de presión 12mmHg) para colocar el resto bajo visión directa.
- Trócar de 5 mm suprapúbico para que el cirujano principal utilice una pinza de agarre.
- Trócar de 5mm mm en fosa iliaca izquierda o flanco izquierdo para que el cirujano principal introduzca instrumentos de disección y de ligadura. En ocasiones, cuando hace falta una endograpadora, se amplía la incisión para introducir un trócar de 12 mm.
- En cirugías técnicamente complejas, se puede colocar un cuarto trócar de 5 mm en el hipocondrio derecho, a través del cual el segundo cirujano podrá ayudar.

Recuerda que la clave para estar cómodo en laparoscopia es colocar bien los trócares, siempre intentando triangularlos.

TIP: Pregúntale al paciente si ha orinado antes de la cirugía. Si no fuera así, colocar una sonda vesical te asegurará que la vejiga esté vacía, lo que disminuye el riesgo de lesionarla al colocar el trócar suprapúbico.

4. Técnica quirúrgica paso a paso

1º Encuentra el apéndice. En primer lugar, trata de exponer la región íleo-cecal apartando las asas del intestino delgado. Encontrarás el apéndice en la cara infero-medial del ciego, donde convergen sus tenias. Libéralo coagulando y cortando sus adherencias, y en caso de estar retrocecal, puede ser necesario que liberes el ciego de la fascia de Todt para movilizarlo.

2º Aspira el líquido libre y/o las colecciones que encuentres. No laves con suero para evitar así la diseminación bacteriana.

3º Disección y ligadura del mesoapéndice. Con una pinza de agarre en tu mano izquierda, tracciona el apéndice desde la punta y en sentido vertical. Con la derecha utiliza tu instrumento bipolar o monopolar para ir coagulando y seccionando el mesoapéndice en dirección a la base apendicular, hasta que diseques la arteria apendicular. Lígala con un endoloop, clips o hemolocks.

4º Liga la base del apéndice con una de las opciones anteriores, siempre a menos de 1 cm del ciego, para evitar dejar un muñón apendicular susceptible de sufrir una nueva apendicitis. Coloca dos ligaduras y corta con sección fría entre ellas. Teóricamente, colocar otra ligadura adicional en el muñón no disminuye el riesgo de reabertura del mismo.

5º Introduce la bolsa de plástico por el trócar supraumbilical y mete en su interior tu pieza.

6º Revisa el lecho quirúrgico. Comprueba las ligaduras y aspira el líquido libre residual, asegurándote de que todo el parietocólico derecho y el fondo de saco de Douglas quedan limpios. No es necesario dejar drenaje en casos de apendicitis no complicada.

7º Retira los trócares bajo visión directa y deshaz el neumoperitoneo.

8º Extrae tu pieza embolsada por la herida supraumbilical.



9º Cierre. En la herida supraumbilical cierra la aponeurosis con una sutura monofilamento de absorción lenta del 0 o del 1. Después cierra la piel de todas las heridas con grapas o suturas intradérmicas.

5. Revisión final

Para acabar, escribe el protocolo quirúrgico, deja pautado el tratamiento del paciente y haz los volantes pertinentes para el estudio anatómico-patológico de la pieza y/o microbiológico en caso de haber obtenido muestras.

Espero que encuentres útil esta miniguía para aprender y disfrutar de una de tus primeras cirugías. ¡Bienvenido a la especialidad más bonita!

Referencias:

Collard M, Maggiori L. Tratamiento de la apendicitis aguda del adulto. EMC – Técnicas quirúrgicas – Aparato digestivo. 2024;40(1):1-15.



RINCÓN DEL MIR II

FIEBRE POSTOPERATORIA

Autores:

- ¹ José Laureano Chávez Zambrano.

- ² María de los Llanos Carrillo Molina.

- ¹ Adrián García Rosique.

- ¹ Pilar López Pérez

- ¹ Cristina Bodas Muyo

¹ Residente del Servicio de Cirugía General y del Aparato digestivo, Hospital General Segovia.

² Adjunto del Servicio de Cirugía General y del Aparato digestivo, Hospital General Segovia.

Correspondencia:

José Laureano Chávez Zambrano.

Hospital General de Segovia

Correo electrónico: jchavez@saludcastillayleon.es

Palabras claves: Fiebre postoperatoria, diagnóstico y tratamiento.

TIPS AND TRICKS EN FIEBRE POSTOPERATORIA

La fiebre postoperatoria es una de las principales complicaciones que podemos ver tras una intervención en Cirugía General y, por tanto, una de las llamadas más frecuentes que va a recibir un residente durante una guardia de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

La fiebre postoperatoria se define como temperatura corporal mayor a 38 grados en un paciente que está cursando un postoperatorio reciente. Su

incidencia se estima entre el 10 y el 40%, dependiente del tipo de intervención (1).

Primer paso: ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la cirugía?

La etiología de la podremos orientar de acuerdo con el tiempo transcurrido de después de la cirugía. Hay fiebre de causa infecciosa y de causa no infecciosa, siendo estas últimas más frecuentes en las primeras 24-48 horas tras la cirugía (1,2). A continuación, se exponen las causas más frecuentes de fiebre según el tiempo transcurrido tras la cirugía (3).

Fiebre inmediata: aquella que ocurre de forma inmediata tras la cirugía o durante las primeras 24 horas (2). En este periodo, el aumento de temperatura suele ser autolimitado (3).

- Trauma asociado a la cirugía.
- Transfusión de sangre.
- Medicación preoperatoria.
- Atelectasia pulmonar
- Preexistencia de infección.
- Hipertermia maligna (muy excepcional).

Fiebre aguda: en la primera semana tras la intervención. En este momento hay que tener muy en cuenta las posibles infecciones nosocomiales (4), que suelen estar relacionadas con bacterias de la flora de la piel o el intestino (3).

- Infección del sitio quirúrgico.
- Infección de vías urinarias.
- Neumonía aspirativa o asociada al ventilador.
- Infección del sitio del catéter.
- Infarto agudo de miocardio.
- Pancreatitis.



- Abstinencia alcohólica.
- Tromboflebitis.
- Trombosis venosa profunda.
- Embolia pulmonar.
- Gota aguda.
- Fuga anastomótica

Fiebre subaguda: entre la primera y la cuarta semana postoperatorias.

- Infecciones del sitio quirúrgico.
- Infecciones asociadas al catéter.
- Colitis por *C. difficile*.
- Reacciones a medicamentos (antibióticos, heparina, etc).
- Tromboflebitis.
- Trombosis venosa profunda.

Fiebre tardía: aparece pasado un mes tras la intervención. También suele ser por causa infecciosa, aunque en este tiempo adquieren importancia otro tipo de microorganismos como parásitos y hongos.

- Infecciones bacterianas (especialmente estafilococos coagulasa negativos)
- Endocarditis
- Infecciones parasitarias.
- Infecciones fúngicas.
- Infecciones víricas.

Segundo paso: anamnesis y exploración física.

Como por cualquier otro motivo de llamada durante una guardia, lo principal es valorar al paciente mediante una adecuada anamnesis y exploración física (4).

Durante la **anamnesis** preguntaremos por el tiempo de evolución, otros síntomas acompañantes (tos, expectoración, dolor abdominal, lesiones cutáneas, etc) y confirmaremos alergias medicamentosas conocidas. También revisaremos el tratamiento actual de la paciente para descartar posibles reacciones adversas.

En la **exploración física** debemos atender a los siguientes puntos:

- Contantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno...
- Respiración: disnea, taquipnea, tiraje, ruidos audibles a distancia, auscultación pulmonar
- Diuresis: cantidad de orina y color de la misma.
- Herida quirúrgica: celulitis, rubor, dolor, calor, exudados.
- Drenajes: revisaremos las características como cantidad, color, olor, consistencia...
- Accesos venoso: descartar tromboflebitis

Tercer paso: ¿Qué pruebas diagnósticas debe solicitar?

Ante la expresión de fiebre, el tiempo de postoperatorio, síntomas y signos asociados y exploración física, debemos iniciar la búsqueda de foco infeccioso.

- Analítica completa: hemograma, coagulación, función renal y hepática, glucemia, proteínas totales, gasometría arterial, iones, D-dímero, ácido láctico, LDH, PCR.
- Radiografía de tórax (si se acompañante de sintomatología respiratoria).
- Hemocultivo x 2: Si es portador de catéter venoso periférico (con flebitis ó celulitis sitio de cateter), central.

- Sedimento y sistemático de orina y urocultivo: si sintomatología urinaria.
- Ecografía abdominal y/o TAC de abdomen: si dolor abdominal, irritación abdominal, abdomen agudo postquirúrgico.

Consejo 1: si solicitas una prueba de imagen, asegúrate de especificar en la petición tu sospecha diagnóstica (fistula anastomótica, dehiscencia de la anastomosis, colecciones), el tiempo transcurrido desde la intervención y la cirugía realizada, de modo que el radiólogo pueda orientar mejor la prueba y su interpretación.

- Eco-Doppler: para descartar trombosis venosa si el paciente presenta dolor en las extremidades inferiores o signo de Homans positivo.

- Eco-cardio: si fiebre + soplo cardiaco de nueva aparición ó persistencia de fiebre pese a tratamiento antibiótico y sin foco claro.

Cuarto paso: Ya tengo una sospecha diagnóstica, pero... ¿ahora qué hago?

Lo primero es retirar aquella medicación y catéteres que no sean necesarios e iniciar el tratamiento sintomático con antitérmicos (4).

La decisión de iniciar antibioterapia empírica va a depender de la sospecha diagnóstica. Como hemos comentado, la fiebre en el postoperatorio inmediato suele deberse a causas no infecciosas y ser autolimitada, por lo que podríamos esperar antes de iniciar el tratamiento antibiótico (3).

En el caso de la fiebre aguda, debemos considerar el inicio de antibiótico empírico a la espera de lo cultivos tomados (4).

Consejo 2: dado que en este momento las infecciones suelen ser nosocomiales, son frecuentes los microorganismos multirresistentes, por lo que es recomendable pautar antibióticos de amplio espectro.

Consejo 3: de cara a pautar un antibiótico empírico, es ideal conocer los microorganismos más frecuentes en tu medio y sus resistencias. En muchos



hospitales hay guías de antibioterapia empírica basadas en estos datos que resultan muy útiles para orientar el tratamiento lo mejor posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nye H, Shen E, Baig F. Postoperative Complications. *Med Clin North Am.* 2024;108(6):1201-1214.
2. Narayan M, Medinilla SP. Fever in the Postoperative Patient. *Emerg Med Clin N Am.* 2013;31:1045–1058.
3. Stephenson c, Mohabbat A, Raslau D, Gilman E, Wight E, Kashiwagi D. Management of Common Postoperative Complications. *Mayo Clin. Proc.* 2020;95(11): 2540-2554.
4. Gonzalez Romero J, Pezzetta Hernández L, Arteaga González Arteaga I, Fiebre Postoperatoria. En: Ramos JL, Jover JM, Molares D, directores. *Manual AEC del Residente de Cirugía General.* 2da Edición. Madrid: Bate Scientia Salus, SL. 2013:26-27.

RINCÓN DE ENFERMERIA

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO MEDIANTE PUERTO ÚNICO

Autoras: Sara Herrera, Ana Rosa de la Puerta

Hospital Universitarios de Burgos

INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica continúa evolucionando progresivamente, con el objetivo de disminuir el dolor postoperatorio y facilitar la recuperación de los pacientes. Se trata de una técnica quirúrgica ampliamente utilizada, mínimamente invasiva, siendo en muchas ocasiones la primera elección frente a la cirugía abierta.

VENTAJAS

- *Reduce el tiempo de hospitalización*
- *Cicatrices menos visibles, mejor resultado estético*
- *Disminución del dolor postoperatorio*
- *Reduce el riesgo de infección*
- *Menor pérdida de sangre*

Tabla 1.

En los últimos años numerosos estudios ponen de manifiesto la efectividad de la cirugía por puerto único (Tabla 1). Ha permitido realizar cirugías básicas como las apendicectomías o las colecistectomías y otras de mayor complejidad tales como las hemicolectomías, las cirugías bariátricas o las esplenectomías.

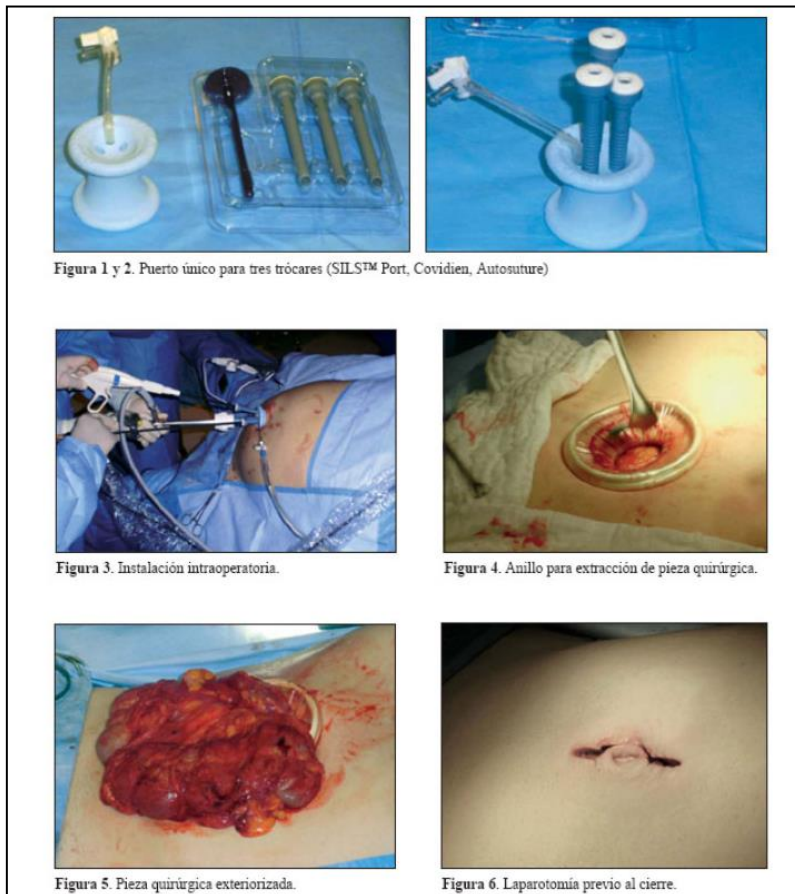
Consiste en un único puerto de entrada en el abdomen, siendo el más frecuente el abordaje umbilical. Este procedimiento va a permitir el uso simultáneo de hasta tres dispositivos laparoscópicos. Sustituye a las 4 incisiones que generalmente se realizan en la laparoscopia convencional, lo que minimiza las cicatrices y el dolor postoperatorio.

CASO CLÍNICO

A continuación, se expone un caso clínico que pone de manifiesto la efectividad del abordaje laparoscópico mediante puerto único:

Paciente de 64 años, tras la realización de una colonoscopia se observa una lesión polipoidea, situada frente a la válvula ileocecal en el ciego. La biopsia nos confirma que se trata de un adenocarcinoma invasor y se planifica tratamiento quirúrgico.

Para la realización de la hemicolectomía derecha laparoscópica se optó por realizar la disección a través de un único acceso umbilical, evitando así múltiples incisiones.



Tras la preparación previa del colon con polietilenglicol, se coloca al paciente en la posición de Lloyd-Davies. Para la instalación del puerto único se realiza una incisión paraumbilical de 3cm, a través de éste se instalarán 3 trócares (uno de 10mm y dos de 5mm)

Fig.1 Procedimiento puerto único

A través de este procedimiento la cirugía se llevó a cabo sin incidencias, en un tiempo inferior a 3 horas y un sangrado mínimo de 50 mililitros. Durante el primer día postoperatorio el paciente describió un valor bajo en la escala EVA, esto permitió la retirada inmediata de opiáceos y el manejo ocasional de



antiinflamatorios no esteroideos por vía intravenosa. Además, cabe destacar la ausencia de complicaciones intra ni postoperatorios. Presentó una buena tolerancia oral, permitiéndole recuperar el tránsito de gases y deposiciones al tercer día. Tras una rápida recuperación, el cuarto día postoperatorio es dado de alta.

En conclusión, la cirugía laparoscópica por puerto único es una nueva herramienta que debe conocer la enfermería para su desarrollo en la mínima invasión.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Morales-Conde, S. et al. (2010) Hemicolectomía derecha por cáncer de colon por vía laparoscópica con Puerto único, Cirugía Española. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-hemicolectomia-derecha-por-cancer-colon-S0009739X09004539>
2. López K, F. et al. (no date) Hemicolectomía derecha laparoscópica por Puerto único para cáncer de colon, Revista chilena de cirugía. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000600014
3. Moreno Sanz, C. et al. (2010) Cirugía laparoscópica Con Puerto único: Ampliación del Espectro de Utilización, Cirugía Española. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-cirugia-laparoscopica-con-puerto-unico-S0009739X09002711>
4. Bracho Arellano, M.C. et al. (no date) Apendicectomía LAPAROSCÓPICA por Puerto único versus técnica de tres Puertos: Estudio Clínico Aleatorizado, Revista Venezolana de Cirugía. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-64202023000100034