XVI Congreso

de la Asociación de Cirujanos de Castilla y León (ACIRCAL)

Zamora

Palacio de La Alhóndiga
6 de Junio 2014

LIBRO DE RESÚMENES

Queridos amigos y compañeros:

Hace unos meses en el último Congreso de la ACIRCAL en Ávila, nos comprometimos a organizar el próximo Congreso de nuestra Sociedad del 2014, en Zamora. Asumimos la idea con entusiasmo y con la ilusión de poder reuniros a todos de nuevo.

Una vez valoradas las posibles fechas y teniendo en cuenta el resto de eventos científicos, me complace comunicaros que se celebrará el viernes 6 de Junio de 2014. Como ya se comentó en la última Asamblea de nuestra Sociedad, se desarrollara únicamente en una jornada, dadas las limitaciones económicas que todos conocéis existentes en la actualidad para poder financiar más de un día.

El congreso contará con dos mesas redondas (con tiempo suficiente para la discusión), una conferencia magistral, sesiones de comunicaciones orales, videos y posters, nuestra asamblea y la cena de clausura de rigor.

Se han buscado temas para las mesas, que aunque clásicos siguen siendo el caballo de batalla diario de nuestros pacientes, por sus temidas complicaciones o por sus aspectos novedosos tanto diagnósticos como terapéuticos en los últimos años. Se completará con una conferencia magistral, que esperamos resulte controvertida.

Hemos elegido un marco especialmente agradable, como es el Palacio de la Alhóndiga, antiguo palacio del pan, hoy convertido en centro cultural, en pleno centro de la ciudad.

Esperamos poder contar con vuestra presencia. Aunque el tiempo sea escaso, no debemos perder la oportunidad de juntarnos de nuevo y mantener el espíritu con el que nació hace ya muchos años la ACIRCAL (actualizar conocimientos, disfrutar de los compañeros, la ciudad, su gastronomía, etc.).

Hasta entonces recibe un fuerte abrazo.

Manuel Albarrán Fernández

Presidente del Comité Organizador

COMITÉ DE HONOR

ALCALDESA DE ZAMORA

Ilma. Sra. Dña. Rosa Valdeón Santiago.

CONSEJERO DE SANIDAD, JUNTA CASTILLA Y LEÓN

Excmo. Sr. D. Antonio María Sáez Aguado.

PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN DE ZAMORA ALCALDESA DE ZAMORA

Ilmo. Sr. D. Fernando Martínez Maillo.

DELEGADO TERRITORIAL DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

Ilmo. Sr. D. José Alberto de Castro Cañibano.

PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ZAMORA

Ilmo. Dr. D. Sebastián Martínez Fernández.

GERENTE DEL ÁREA DE SALUD DE ZAMORA

Dr. D. Jerónimo García Bermejo.

GERENTE DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

Dr. D. Rafael López Iglesias.

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE

Dr. Manuel Albarrán Fernández

VOCALES

Dr Fco. J. García Faria Del Corral

Dr Martin de Castro Ciriano

Dr Luis Salvador Fernández

Dr Juan Gatón Gómez

Dra. Concepción de La Guardia Rueda

Dra. Mª Pilar González Pascual

Dr. José Luis Revilla Hernández

Dra. Mónica Fernández Benito

Dra. Eva Mª Alonso Nieves

Dra. Marta Pérez López

Dr. Luís R. Cabezudo San José

Dra. Mª Dolores Perea Álvarez

Dr. Miguel Ángel Teillet Roldan

Dra. Beatriz Montejo Maillo

Dra. Ruth Martínez Díaz

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTE

Dr. Manuel Albarrán Fernández

VOCALES

Dr Fco. J. García Faria Del Corral

Dr Martin de Castro Ciriano

Dr Luis Salvador Fernández

Dr Juan Gatón Gómez

Dra. Concepción de La Guardia Rueda

Dra. Mª Pilar González Pascual

Dr. José Luis Revilla Hernández

Dra. Mónica Fernández Benito

Dra. Eva Mª Alonso Nieves

Dra. Marta Pérez López

Dr. Luís R. Cabezudo San José

Dra. Mª Dolores Perea Álvarez

Dr. Miguel Ángel Teillet Roldan

Dra. Beatriz Montejo Maillo

Dr. Guzmán Franch Arcas

Dra. Ruth Martínez Díaz

Patrocinadores y colaboradores:

Presentación e instrucciones:

En este libro de resúmenes se incorporan los resúmenes de comunicaciones aceptadas por el Comité Científico de la XVI Reunión de la Asociación de Cirujanos de Castilla y León para su consulta y revisión por parte de los congresistas.

Cada grupo de comunicaciones ordenadas por tipo (oral, vídeo y póster) va precedido de un índice con el orden en que se presentaron en el congreso para encontrarlas fácilmente; en esos índices existen hipervínculos en el título de cada trabajo que nos dirigirán a la comunicación pertinente. Igualmente desde cada resumen se podrá volver mediante hipervínculos a los menús de índices.

COMUNICACIONES ORALES:

9,30-10,30h: Presentación de Comunicaciones Orales: Dos salas

PRESIDENTE: Dr. José Luís Marcos Rodríguez (Hospital Rio Hortega. Valladolid)

VICEPRESIDENTE: Dr. Felipe Parreño Manchado (Hospital Universitario. Salamanca)

SESIÓN 1 SALA 1:

Horario**: 8:30-9:30am.**

PRESENTACIONES DE COMUNICACIONES ORALES:

Horario:	Código:	Título:
	R-0002	Cirugía Laparoscópica Oncológica Gástrica en un Hospital Comarcal.
	R-0014	Sufre el paciente del comarcal las consecuencias del aprendizaje en cirugía colorrectal laparoscópica.
	R-0015	Lecciones aprendidas tras 256 hernioplastias laparoscópicas tapp.
	R-0080	Resultados a corto y medio plazo del complejo asistencial de Ávila en el abordaje de la carcinomatosis peritoneal de diferentes orígenes mediante citorreduccion máxima, quimioterapia intraperitoneal postoperatoria selectiva y quimioterapia sistémica.
	R-0081	Cirugia hepática laparoscopica en el complejo asistencia universitario de Palencia.

SESIÓN 1 SALA 2:

Horario: **8:30-9:30am**.

PRESIDENTE: Dr. Fco. Javier García Faria del Corral (Complejo Asistencial. Zamora)

VICEPRESIDENTE: Dr. Asterio Barrera (Hospital Rio Hortega. Valladolid)

PRESENTACIONES DE COMUNICACIONES ORALES

Horario:	Código:	Título:
	R-0049	Cáncer de mama y cánceres primarios sincrónico y metacrónico de pulmón.
	R-0071	Linfadenectomías evitadas en cancer de mama.
	R-0072	Estudio de gánglio centinela en cáncer de mama ¿osna o hematosilina-eosina?
	R-0073	Estudio epidemiológico de más de mil cánceres de mama.
	R-0064	¿Cuál es el tratamiento ideal del vólvulo gástrico?

COMUNICACIONES ORALES:

SALA 1

R-0002.- CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ONCOLÓGICA GÁSTRICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Toledano Trincado, Miguel; Sanchez González, Javier; Blanco Antona, Francisco; Martin Esteban, Mª Luz; Colao Garcia, Laura; Montenegro Martin, Mª Antonia; Martin del Olmo, Juan Carlos

INTRODUCCIÓN

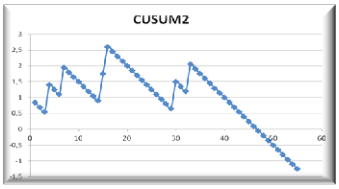
La cirugía laparoscópica colorrectal oncológica está muy aceptada, realizándose actualmente en casi el 50% de nuestros hospitales, sin embargo la cirugía oncológica gástrica laparoscópica se realiza en menos del 10 %. La dificultad de la reconstrucción y la linfadenectomía oncológica son la causa de esta baja aceptación. Comparamos nuestra serie con estudios más extensos para valorar la idoneidad de esta cirugía en un Hospital Comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS

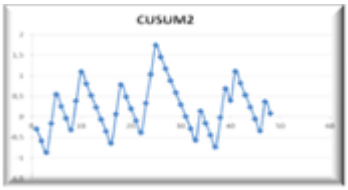
Realizamos un estudio prospectivo descriptivo sobre 70 pacientes intervenidos de proceso gástrico oncológico por vía laparoscópica en un periodo de 7 años. Los datos se recogieron en una base de datos tipo ACCESS con 180 variables y analizados posteriormente en el programa estadístico SPPS. La influencia del tiempo sobre las distintas variables nos marcó el aprendizaje con las Curvas de CUSUM y Moving Average.

RESULTADOS

La edad media fue de 69.08 años, 57% varones, con predominio de riesgo anestésico ASA II y III y lo síntomas más frecuentes el síndrome constitucional, la anemia y el dolor. La localización más frecuentes de la lesión, fue en cuerpo y antro gástrico, predominando las resección subtotales (54.1%), y el tipo de cirugía predominante fue el Bilrroth II (64.7%). El 30% de los pacientes tenía cirugía abdominal previa y la conversión al final del estudio fue del 11.5%. El 67% fue cirugía resectiva curativa, la linfadenectomía realizada fue D1 (54.1%), D1 + o D2 en el resto. El estadio más frecuentemente encontrado fue el IIA (18.9%) y IIIA (16.20%). El tiempo quirúrgico medio fue de 258 min, estancia postoperatoria 14 días, comienzo a tolerancia oral medio 9.7 días y las necesidades de analgésicos de segundo escalón de 4 días. La morbilidad fue del 23.9%, con una mortalidad del 6.5% y un índice de fístulas anastomóticas y de muñón duodenal del 17%. La tasa de reintervenciones fue del 20%. Con un tiempo de seguimiento medio de 37 meses (1-90), la tasa de recidiva local se sitúa en el 18.8%, y la metastásica en 9.4%, con una supervivencia libre de enfermedad a los 5 años del 60%. Observamos una tendencia a la mejora en la conversión, y las complicaciones a partir del caso 20 de nuestra serie en las curvas de aprendizaje realizadas.



Conversión.



Complicaciones.

CONCLUSIÓN

La cirugía oncológica laparoscópica del cáncer gástrico es factible en un hospital comarcal, con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada. Los resultados obtenidos son comparables con series publicadas. La mejora en el aprendizaje es más lenta que en otras patologías y la introducción de linfadenectomías más extensas alarga el tiempo quirúrgico.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0014.- SUFRE EL PACIENTE DEL COMARCAL LAS CONSECUENCIAS DEL APRENDIZAJE EN CIRUGÍA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA

Toledano Trincado, Miguel; Maria Antonia Montenegro, Martin; Javier Sanchez, Gonzalez; Francisco Blanco, Antona; Maria Luz Martin, Esteban; Laura Colao, Garcia; Juan Carlos Martin, del Olmo

OBJETIVOS

El aprendizaje de las técnicas laparoscópicas para el abordaje de la patología colorrectal ha supuesto el principal obstáculo para la universalización de las mismas. Numerosos estudios cifran este periodo entre 15 y 45 procedimientos realizados por el mismo cirujano. Esto supone más tiempo para adquirir experiencia en los hospitales pequeños, con menor incidencia anual de estas patologías. Nos proponemos evaluar nuestros resultados tras sobrepasar nuestra curva de aprendizaje.

MATERIAL Y MÉTODOS

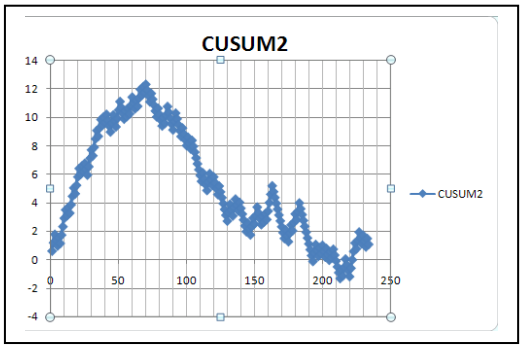
Analizamos nuestros resultados en 356 procedimientos colorrectales laparoscópicos. Excluyendo la patología rectal, 234 colectomías laparoscópicas, con 26 conversiones (11%), quedando n=208 Colectomías laparoscópicas**.**

Curva de Aprendizaje.

-Conversión.

-Complicación quirúrgica.

-Ganglios < 12.



Estudiamos la curva de aprendizaje obteniendo medias móviles o sumas acumulativas para diferentes variables que influyen en los resultados de la cirugía.

Tras establecer nuestra curva de Aprendizaje en 70 procedimientos realizados colectivamente por el equipo quirúrgico, comparamos los resultados de los primeros 70 procedimientos frente a los 136 restantes comprobando previamente la homogeneidad de ambos grupos en cuanto a sexo, ASA, edad, localización y estadío tumoral.

RESULTADOS

El índice de conversión mejoró en el segundo periodo (14% vs 9% p<0.05). Obtuvimos mejoría en la estancia postoperatoria (13.6 días vs 9.6 p< 0.006), en el número de complicaciones (47.1% vs 28.3% p<0.006), en complicaciones quirúrgicas (37% vs 19.6% p<0.005) y en la infección de la herida quirúrgica (22.9% vs 7.2% p< 0.002). Por el contrario no encontramos diferencias en el tiempo quirúrgico (193.36 vs 191.25 min), número de ganglios obtenidos (21 vs 20), fístulas (10% vs 10.9%), éxitus (1.4 vs 3.6), reintervenciones (4.3% vs 12.3%), resecciones R0 (91.1% vs 95.2%) y número de ganglios recogidos por debajo de12 (17.2 vs 13.6).

CONCLUSIONES

Las gráficas de medias móviles y de sumas acumulativas, son herramientas útiles para ayudar a los servicios a mejorar los procedimientos. Conocer la evolución de las variables que pueden medir la calidad de la cirugía es fundamental en la implantación de nuevas técnicas quirúrgicas.

En nuestro estudio observamos que el aprendizaje solo afecta a la conversión, la estancia media y las complicaciones, sin afectar a la radicalidad oncológica, la mortalidad ni el tiempo quirúrgico. La implantación de procedimientos laparoscópicos oncológicos colorrectales puede hacerse en hospitales pequeños con experiencia quirúrgica laparoscópica.

R-0015.- LECCIONES APRENDIDAS TRAS 256 HERNIOPLASTIAS LAPAROSCÓPICAS TAPP

Toledano Trincado, Miguel; Maria Antonia Montenegro, Martin; Javier Sanchez, Gonzalez; Francisco Blanco, Antona; Maria Luz Martin, Esteban; Laura Colao, Garcia; Juan Carlos Martin, del Olmo

INTRODUCCIÓN

La hernioplastia inguinal transperitoneal por vía laparoscópica ha demostrado durante los últimos años ser una técnica segura, con resultados similares a los conseguidos con la técnica abierta. Las causas de su baja aceptación quizás sean coste del procedimiento y la necesaria curva de aprendizaje. Por contrapartida disminuye sobremanera el dolor postoperatorio y el periodo de baja laboral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde Febrero 2006 a Junio 2013, se han intervenido 147 enfermos de hernia bilateral y recidivada en nuestro hospital por vía laparoscópica transperitoneal (TAPP) con un total de 256 hernias. Se recogieron los datos en base de datos prospectiva de Acces 2003 y se analizaron con SPSS. La edad media fue de 57 años. ASA: 47.6% I, 46.3% II, 6,1% III. El 73.5% fueron bilaterales, el 21.1% recidivadas, 14.3% por cirugía laparoscópica asociada y el 9.5% por petición propia. En el 21.1% existió cirugía abdominal previa.

RESULTADOS

El tiempo medio quirúrgico en las bilaterales fue de 100 min y en las unilaterales de 60 min. La estancia hospitalaria tanto en la unilaterales como en las bilaterales fue de un día. El tipo de hernia más frecuente fue el Nyhus II. En el 85.2 % de los casos se utilizó malla preformada de Polipropileno para cirugía laparoscópica (Parietex). La fijación de la malla se realizó en el 82.4% con agrafes metálicos helicoidales. La reperitonización con sutura continua de Endostich 35.2%, agrafes helicoidales 31.1% o sutura continua con porta 20.3%%. Las complicaciones inmediatas fueron hematoma 4.3%, seroma 1.6% y retención urinaria 3.4%. El dolor postoperatorio en escala EVA (0-10) a las 24 h fue de 2.9 y a las 48 h de 1.6. Con un seguimiento medio de 10.5 meses observamos neuritis en un 2%, dolor residual al mes de la cirugía en el 5.1%, hernia transtrocar en el 0.7% y en el 6.6% hematomas en zona suprapúbica. El índice de recidivas fue del 3.9%, dándose casi todos en los primeros años de nuestra experiencia. El hematoma apareció más frecuentemente en pacientes anticoagulados y la neuritis no se relacionó con el tipo de fijación.

DISCUSIÓN

Las actuales series publicadas en la literatura demuestran que la laparoscopia aporta hasta un 15 % de bilateralidad no sospechada, mejora el dolor postoperatorio en las bilaterales y el número de reintervenciones en la hernias recidivadas. Nuestros resultados concuerdan con lo publicado disminuyendo el dolor postoperatorio sobre todo en las bilaterales, reduciendo la tasa de recidivas y el diámetro de los puertos de entrada con la experiencia..

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscópica TAPP de la Hernia Inguinal reduce el dolor postoperatorio, con un índice de complicaciones similar al de la cirugía abierta. El aprendizaje, como en cualquier técnica nueva, aumenta la tasa de recidivas. En nuestra opinión el abordaje laparoscópico TAPP es el ideal para las hernias bilaterales y las reoperaciones en recidivas.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0080.- RESULTADOS A CORTO Y MEDIO PLAZO DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA EN EL ABORDAJE DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE DIFERENTES ORÍGENES MEDIANTE CITORREDUCCION MÁXIMA, QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL POSTOPERATORIA SELECTIVA Y QUIMIOTERAPIA SISTÉMICA

Trébol López, Jacobo; Sánchez Jiménez, Raúl; Blanco Álvarez, Carlos Alberto; Roldán Cuena, María del Mar; Rodríguez Sanz, María Belén; Ozalla Romero del Castillo, Fernando; Hernández Gutiérrez, Francisco Javier; Francos von Hunefeld, Carlos Marcelo

OBJETIVOS

Presentamos nuestros resultados en citorreducciones radicales por carcinomatosis peritoneal (CP).

MATERIAL Y MÉTODOS

31 pacientes (período 2004-2014); 5 second-look. Analizamos variables clínicas, histologías, tratamientos y evolución.

RESULTADOS

26 mujeres y 5 hombres, edad 35-79 (media 59,32). Tumor primario: ovario 19, colorrectal 8, apéndice 2, otros 2. Diagnóstico simultáneo CP-primario 21 casos; tratamiento sincrónico 18.

16 habían recibido quimioterapias y 13 cirugías (6 Previous Surgical Score –PSS-"1", 6 PSS-"2"; 10 "citorreducciones" completas y 3 incompletas). Espera media cirugía CP: 2,89 meses.

ICP medio 13,65 (rango 5-30, modas: 6,8,9,10); Citorreducción Conseguida (CC) completa 29 (CC-0 "24"; CC-1 "5") e incompleta 2 (CC2). Número medio de resecciones: peritoneo parietal 4,48 (sobre 6 áreas), visceral 1,32 (sobre 5; 10 ninguna) y viscerales 6,35 (1-15) con 0,83 anastomosis/procedimiento (0-3). Duración media: 6,76 horas (3-11). Requerimientos intraoperatorios medios: 1.55 concentrado hematíes (14 ninguno), 0,42 plasma (26 ninguno) y 8 precisaron inotrópicos. 5 lesiones indeseadas (2 ureterales, 2 vesicales, 1 diafragmática) reparadas in situ.

Estancias medias: críticos 4,42 días (moda 1, rango 0-64, 8 no precisaron) y hospitalización 19,32 (mediana 15, rango 5-69).

Recibieron quimioterapia intraperitoneal postoperatoria (QIPPP) 5 de 10 con carcinoma colorrectal o apendicular.

22 (70,9%) presentaron 43 complicaciones; las más frecuentes anemia que precisa transfusión (9) e íleo (7). 36 (83,72%) grados I-II; 2 grado III, 3 fracasos uniorgánicos

(IVa) y 2 multiorgánicos (1 IVb, resuelto; 1 desencadenó exitus –V-). Aparte un caso falleció tras varias complicaciones a los 69 días y otro al mes del alta por broncoaspiración tras ciclo de quimioterapia. Destacar 2 fístulas (no precisaron tratamiento), que no hubo dehiscencias y solo 1 reintervención. 10 presentan complicaciones diferidas (6 oclusiones, 2 deshidrataciones, 2 incarceraciones).

17 recibieron quimioterapia sistémica adyuvante.

Seguimiento medio: 19,3 meses (rango 0-117); al año están vivos 13 de 16 evaluables (81.25%) y a los 2 6 de 8 (75%). Supervivencia libre de enfermedad media: 15,67 meses (1-117). 14 presentan recaídas: 7 peritoneales puras y 5 con otra zona (todas ellas años 1º y 2º) y 2 extraperitoneales (años 2 y 4).

Predicen peor evolución: histología (colorrectal y apéndice), ICP e índice CC.

De los second-look destacar: tres citorreducciones completas y postoperatorios más complejos.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados de morbimortalidad y oncológicos son equiparables a los de otros grupos. Esto nos insta a proseguir con el programa, solicitar acreditación como unidad de referencia de nuestra comunidad e intentar optimizarlo implantando la quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica y/o sistematizando la QIPPP.

R-0081.- CIRUGIA HEPATICA LAPAROSCOPICA EN EL COMPLEJO ASISTENCIA UNIVERSITARIO DE PALENCIA

Louredo Mendez, Angel Martin; Silva Fernandez, Jesus; Fernandez Rodriguez, Jose Alberto; Suero Rodriguez, Carlenny; Eguia Larrea, Marta; Barra Valencia, Vanesa; Alvarez Conde, Jose Luis

INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica como técnica terapéutica aplicada a múltiples patologías de la cavidad abdominal en comparación con las técnicas abiertas ha mostrado ventajas en relación con menor morbilidad, menor dolor postoperatorio, reducción de estancias hospitalarias y reincorporación precoz a las actividades de la vida cotidiana. De manera similar, la cirugía laparoscópica dirigida a lesiones hepáticas benignas y malignas combina todas estas ventajas y en casos seleccionados podría considerarse la técnica de primera elección por ser un procedimiento de mínima invasividad.

OBJETIVO

Mostrar la utilidad y ventajas de la cirugía laparoscópica exerética en el tratamiento de lesiones hepáticas benignas y malignas primarias o metastásicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte prospectivo. Período de estudio: desde enero de 2011 a marzo de 2014. Población: 6 pacientes con diversas lesiones hepáticas ocupantes de espacio benignas y malignas, tanto primarias como metastásicas. Criterios de inclusión: lesiones hepáticas periféricas o en segmentos anteriores. Patología tumoral primaria o metastásica menor de 4 cm y subsidiaria de resecciones no complejas. Los procedimientos se ha realizado con instrumental laparoscópico convencional, dispositivos de sellado bipolar, clampaje pedicular intermitente y utilización de materiales hemostáticos.

RESULTADOS

edad	patología	procedimiento	morbilidad	mortalidad	estancia	recidivas	seguimiento
69	Quiste hidatídico de 5 cm en segmento V	Quistoperiquistectomia en segmento V	Seroma umbilical	no	5 días	no	29 meses
57	Quiste hidatídico 15 cm en Segmentos II - III	Bisegmentectomía II-III	no	no	6 días	no	12 meses
64	Hepatocarcinoma 3 cm segmento V	Segmentectomía V	no	no	4 días	no	36 meses
87 años	Metastasis hepática colorrectal, 2,1 cm Segmento II	Metasectomía	no	no	4 días	no	
51 años	Poliquistosis hepatica	Fenestración	Ileo adinámico	no	6	si	34 meses
72	Poliquistosis hepática	Fenestración	no	no	5	si	34 meses

CONCLUSIONES

La resección laparoscópica completa de quistes hidatídicos hepáticos, en segmentos anteriores, es técnicamente posible y constituye la técnica de elección debido a que, gracias a su menor invasividad, se obtiene una recuperación precoz de los pacientes. La resección de hepatocarcinomas periféricos menores de 4 y de lesiones metástasicas cm por vía laparoscópica es una técnica factible, segura, oncológica y con escasa morbi-mortalidad. En la poliquistosis hepática la fenestración y comunicación de cavidades quísticas permite una disminución de volumen de los mismos y se puede realizar por vía laparoscópica con mínima morbilidad.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

COMUNICACIONES ORALES:

SALA 2

R-0049.- CÁNCER DE MAMA Y CÁNCERES PRIMARIOS SINCRÓNICO Y METACRÓNICO DE PULMÓN

Cavero, A.; Diago , M.; Alcoba , LM.; Ballesta , LD.; Marco , I.; Olmos , V.; Pacho , S.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la primera causa de muerte en la mujer en los países industrializados. En España se ha incrementado la incidencia en los últimos años, alcanzando cada año 14.000 casos nuevos.

Las neoplasias primarias múltiples se dividen en sincrónicas y metacrónicas. Los tumores metacrónicos son los más prevalentes.

La frecuencia de primeras neoplasias es: cáncer de mama (19.2%), de cabeza y cuello (11.5%), colorrectal (9.2%). El más común es el cáncer de mama como tumor primario, con mayor riesgo de desarrollar secundariamente un tumor ginecológico.

Aquí presentamos dos casos de tumores primarios independientes.

CASOS CLÍNICOS

Mujer de 61 años asintomática, diagnosticada de masa en mama y adenopatías axilares derechas. Se realiza tumorectomía y linfadenectomía axilar derecha. El diagnóstico anatomopatológico es de carcinoma ductal infiltrante que respeta bordes quirúrgicos, y ganglios con linfadenitis reactiva. Recibe radioterapia y quimioterapia.

En revisiones, mantiene remisión de su enfermedad. Un escáner posterior objetiva nódulo en lóbulo pulmonar superior y otro en base pulmonar derecha con adenopatías mediastínicas, hiliares e intralobares y adenopatía supraclavicular derechas que se punciona y es compatible con metástasis de carcinoma de pulmón no microcítico. La citología del broncoaspirado es positiva para malignidad. Se desentima tratamiento adyuvante.

Ingresa por fractura de cadera de origen probablemente patológica, empeorando clínicamente e iniciándose sedación paliatitiva.

Mujer de 84 años que refiere desde hace 1 mes tumoración en mama izquierda. Explorándola mide 2 cm. No se palpan adenopatías. Se biopsia y diagnostica de carcinoma mamario metaplásico con diferenciación condroide, con receptores hormonales negativos, Ki67 20% y her-2 negativo. En TAC, masa de 9 cm en lóbulo superior derecho que estenosa el bronquio lobar, una de 2,7 cm en lóbulo inferior derecha, otra de 1,7 cm que contacta con el 12 arco costal derecho y otra de 2 cm en tejido celular subcutáneo en pared anterolateral izquierda.

Es diagnosticada de carcinoma de mama izquierda (pT1, Nx,Mx) y adenocarcinoma infiltrante de pulmón probablemente diseminado metacrónicos.

Se decide tratamiento paliativo.

CONCLUSIONES

Las neoplasias múltiples sincrónicas y metacrónicas están aumentando en frecuencia, los mecanismos responsables más importantes son la presencia de mutaciones genéticas asociadas; el sistema inmune de los pacientes y los carcinogénicos.

Existen otros tumores cuya coexistencia en el tiempo no se explica a causa de la genética, pudiendo existir factores carcinogénicos del tipo de la dieta, tabaco, radio y quimioterapia. Los mecanismos moleculares que envuelven a muchos de estos tumores están aún por dilucidar.

R-0071.- LINFADENECTOMÍAS EVITADAS EN CÁNCER DE MAMA

González Martínez, Lucía; Sanz Guadarrama, Óscar; Diago Santamaría, María Victoria; Canseco Fernández, Rosario; Olmos Juste, Valle; Marco López, Isabel María; Ballesta Russo, Laura; Parra López, Romina; Cavero , Adriana; Pedrosa Simón, Jose

Antonio

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la aplicación del artículo publicado por Giuliano y colaboradores en 2011("Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis. A randomized clinical trial"), a partir del cual se decidió establecer una actitud terapéutica diferente en cuanto a la linfadenectomía axilar en el cáncer de mama en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO

En el año 2011, el Dr Giuliano y sus colaboradores publican los resultados de un ensayo clínico randomizado para evaluar la supervivencia y la recidiva locorregional del cáncer de mama en función de la realización o no de linfadenectomía axilar. Este estudio concluye que en determinados casos (pacientes con tumores T1-T2, con axila clínica y ecográficamente negativa, sometidas a cirugía conservadora más radioterapia, y a las que posteriormente se trató con quimio u hormonoterapia adyuvante), no realizar linfadenectomía axilar a pesar de la afectación metastásica del gánglio centinela, no supone una disminución de la supervivencia a 5 años, ni aumenta la tasa de recurrencia locorregional.

Desde el año 2012, en nuestro servicio se ha modificado la estrategia de tratamiento para el cáncer de mama, aplicando los resultados del estudio de Giuliano. Así, el gánglio centinela es analizado y su afectación metastásica sirve como base para establecer el tratamiento adyuvante posterior, pero no supone la realización de linfadenectomía en aquellos casos que cumplen los criterios especificados previamente

Desde noviembre de 2012 han sido realizadas en nuestro servicio 84 intervenciones quirúrgicas conservadoras por cáncer de mama en pacientes que cumplían los criterios de Giuliano. El estudio del gánglio centinela reveló afectación metastásica en 15 de los casos; de ellos, tan sólo requirieron linfadenectomía 3 (es decir, un 3'7% de los casos). De esta manera, en estas pacientes dejamos de hacer un 80% de vaciamientos axilares respecto a lo que se habrían hecho previamente.

Analizando los datos recogidos en nuestra base de cáncer de mama desde 2007, encontramos que entre septiembre de 2007 y noviembre de 2012, se venía realizando linfadenectomía a un 36'1% del total de pacientes sometidas a cirugía conservadora

(es decir, no solo de aquellas que cumplían los criterios). Tras modificar los protocolos para ajustar el manejo axilar a partir del estudio, se pasó a realizar un 22% de linfadenectoías, ahorrándose, por tanto, un 14% de vaciamientos axilares en cirugía conservadora del cáncer de mama.

CONCLUSIONES

Aplicar las conclusiones del estudio de Giuliano en la toma de decisiones de cara a la linfadenectomía axilar de las pacientes con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora nos ha permitido disminuir notablemente el número de linfadenectomías realizadas, sin comprometer la supervivencia de las pacientes ni su intervalo libre de enfermedad en cuanto a recurrencia locorregional. Esto evita a las pacientes las indeseables consecuencias que supone el vaciamiento axilar, mejorando de manera importante su calidad de vida.

R-0072.- ESTUDIO DE GÁNGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA ¿OSNA O HEMATOSILINA-EOSINA?

Juste, Valle; Marco López, Isabel María; Ballesta Russo, Laura; Parra López, Romina; Cavero , Adriana; Pedrosa Simón, Jose Antonio

OBJETIVOS

El cáncer de mama supone la primera causa de muerte por cáncer en mujeres. En los últimos 50 años su tratamiento ha evolucionado notablemente. En esta evolución cumple un papel fundamental el análisis del gánglio centinela, que permite minimizar la cirugía y evitar secuelas en un amplio porcentaje de pacientes que no se beneficiarían de la linfadenectomía axilar.

Con este analisis, se pretende comparar dos métodos de estudio de ganglio centinela: el método OSNA y la tinción Hematoxilina-Eosina (H-E).

MATERIAL Y MÉTODO

En marzo de 2010, incorporamos el método OSNA (one-step nucleic acid amplification) al estudio intraoperatorio del ganglio centinela, que detecta metástasis mediante el análisis del número de copias de ARNm de CK19 en el primer ganglio axilar que recibe el drenaje linfático de la mama.

Se comparan 235 casos de análisis intraoparatorio del ganglio centinela mediante método H-E (recogidos hasta noviembre 2012) con los estudiados mediante método OSNA (409 pacientes de marzo 2010 a abril 2014).

De los 235 casos analizados con H-E, el resultado fue positivo para metástasis en 72 (31.1%), en los que se realizó linfadenectomía; de ellos, en un tercio se evidenció ausencia de afectación de más gánglios, y otro 33% halló invasión metastásica tan sólo en un gánglio más.

Por su parte, de los 409 casos analizados con OSNA, resultaron negativos 216 (52.81%), 62 presentaron afectación por micrometástasis, y 123 por macrometástasis. En el estudio anatomopatológico de las linfadenectomías realizadas, ninguno de los casos afectados por micrometástasis y menos de 500 copias tenía afectación de más gánglios, el 69.9% de los pacientes con macrometastasis tenían como mucho otro ganglio afecto.

CONCLUSIONES

La tinción con H-E reveló la afectación metastásica en un 14% menos de los ganglios que el método OSNA. Puede considerarse, por tanto, que el método OSNA presenta mayor sensibilidad de diagnóstico, detectando menor cantidad de falsos negativos. De

esta manera, estadifica de forma más correcta a nuestras pacientes, para que puedan recibir un tratamiento más adecuado a su enfermedad.

Son necesarios nuevos estudios que analicen la necesidad de variar el valor umbral límite a partir del cual debe considerarse positivo en los casos analizados con OSNA; dado que en ninguno de los casos que en que se cuantificaron menos de 500 copias de ARN se encontró más afectación que la del gánglio centinela, probablemente se esté llevando a cabo una sobreestadificación de estas pacientes, con un respectivo tratamiento excesivo.

R-0073.- ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE MÁS DE MIL CÁNCERES DE MAMA

González Martínez, Lucía; Sanz Guadarrama, Óscar; Diago Santamaría, María Victoria; Canseco Fernández, Rosario; Olmos Juste, Valle; Marco López, Isabel María; Ballesta Russo, Laura; Parra López, Romina; Cavero , Adriana; Pedrosa Simón, Jose Antonio

OBJETIVOS

Desde noviembre de 2007 se ha recogido de manera prospectiva los datos relacionados con el tratamiento del cáncer de mama en nuestro Hospital. Se pretende realizar un estudio descriptivo de la epidemiología de los cánceres de mama operados en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

1063 pacientes con cáncer de mama intervenidos en nuestro hospital desde enero 2008 hasta diciembre 2013, se analizan datos de filiación, procedencia, antecedentes, estudios complementarios, cirugía y estudio anatomopatológico.

RESULTADOS

De los 1063 cánceres, en un 79'2% de los casos (842) se trató de un carcinoma ductal infiltrante. El 60'3% de ellos presentaba un tamaño menor a 21mm, y su edad media fue de 61'6 años. En 431 casos se optó por cirugía conservadora, realizándose técnicas oncoplásticas en un 35'2% de las intervenciones; los otros 403 casos fueron tratados quirúrgicamente con mastectomía.

105 casos (un 9'87%) correspondieron a carcinomas lobulillares infiltrantes. Su tamaño medio fue de 24'73mm, y la edad media de presentación fue a los 65 años. Se realizaron 50 cirugías conservadoras (15 de ellas oncoplásticas) y 55 mastectomías.

Un 5'92% de los casos de cáncer de mama (63) fueron por carcinoma in situ.

En cuanto a la distribución por edades, en nuestra serie de pacientes un 30'85% se encontraba por encima de los 70 años, siendo el subgrupo con tumores de mayor tamaño (27'44mm de media), con un 44'83% de casos de afectación ganglionar.

Un 58'8% presentaba edades de entre 45 y 70 años en el momento del diagnóstico. Este es el subgrupo de edad que entra dentro del plan de screening de la Junta de Castilla y León; de las 626 pacientes, 212 fueron remitidas a nuestra consulta por dicho screening. El tamaño medio de los tumores fue de 18'85mm, siendo más pequeños aquellos remitidos desde el programa de detección (14'74 mm frente a 21'25mm), y con menor afectación ganglionar (un 33% frente a un 44'25% de los casos).

Por debajo de los 45 años, las pacientes presentaban los tumores más pequeños (17'79mm), y sin embargo son el subgrupo con mayor porcentaje de afectación ganglionar (un 48'8%).

CONCLUSIONES

En las pacientes más jóvenes, el cáncer de mama presenta mayor agresividad. El tamaño medio en el momento del diagnóstico se encuentra dentro de lo recogido como normal en la literatura, a pesar de los cual es probable que su pronóstico mejorase si se diagnosticase de manera más precoz.

R-0064.- ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO IDEAL DEL VÓLVULO GÁSTRICO?

Rozo , Orlando; Abdul-lah Fernandez, Omar; Anduaga , Maria Fernanda; Aguilera , Yari; Caraballo , Mariana; Pelaez , Rosa; García , Asunción; Carrero , Sixto; Parreño , Felipe; Muñoz , Luis

INTRODUCCIÓN

El vólvulo gástrico es una entidad rara, incidente en la 5º década de la vida. Es una malrotación gástrica sobre sus ejes axiales con diferentes grados de obstrucción, produciendo cuadros clínicos agudos con isquemia gástrica (mortalidad 50%), subagudos y crónicos. Puede ser primario (alteración suspensoria) o secundario (hernias hiatales). Dado que la presentación aguda es poco frecuente, la experiencia y la evidencia científica de su tratamiento es muy limitada.

OBJETIVOS

Estudiar una serie de casos de vólvulos gástricos agudos y así obtener alguna recomendación para el tratamiento más adecuado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de vólvulos gástricos agudos durante enero/2008 y diciembre/ 2013 en el Hospital Clínico Salamanca. Analizamos características demográficas, pruebas complementarias, tratamiento médico y/o quirúrgico recibido, complicaciones y evolución. Se incluyeron casos compatibles con vólvulo gástrico agudo en urgencias, y se excluyeron pacientes con vólvulo gástrico diagnosticados de forma ambulatoria sin episodios agudos. Las exploraciones complementarias en función del estado clínico fueron: Rx Tórax/abdomen, TAC abdominal y el transito digestivo.

RESULTADOS

Se identificaron 15 pacientes con vólvulo gástrico agudo, 9 varones (60%) y 6 mujeres (40%), con edad media 68 años (rango:34-92 años). Los síntomas más frecuentes fueron: náuseas/vómitos 12(80%), epigastralgia 9(60%), disnea 6(40%), dolor torácico/disnea 4(27%), Hematemesis 2(13%). Se realizarón Rx abdomen /tórax a todos(100%), TAC abdomen 8 (53%), Transito-GI 8(53%). Según riesgo anestésico (ASA): 2(13%) ASA-I, 6(40%) ASA-II, 5(33%) ASA-III, 2(13%) ASA-IV. Evaluando el tratamiento se intervinieron de urgencia 3 casos(20%): 2 fallecieron (Mortalidad 13%); uno con vólvulo mesentéro-axial con isquemia gástrica total/mesentérica de 92 años y el otro de 78 años por broncoaspiración, al tercero se le realizó gastropexia anterior abierta, por vólvulo primario de 34 años sin respuesta a medidas iniciales (SNG/gastroscopia). El resto no precisaron cirugía urgente (12 casos): 8(66%) respondieron a tratamiento descompresivo-SNG y 4 (33%) requirierón devolvulación endoscópica; 6 (50%) fueron intervenidos de forma programada: 4 con reducción

herniaria y fundoplicatura-Nissen (ASA I-III) y 2 gastropexia anterior (ASA III-IV) vía laparoscópica. El resto no ha recibido tratamiento 6(50%): 1 no autorizó cirugía y 5 se perdieron en el seguimiento.

El seguimiento medio alcanza los 20 meses (rango:6-36 meses), sin observarse complicaciones/recidivas en los pacientes intervenidos. El paciente joven intervenido de forma urgente falleció a los 8 meses por causa oncológica no relacionada.

Observamos que con la descompresión (SNG y/o gastroscopia) para conseguir la devolvulación, minimizamos el compromiso vascular gástrico y evitamos la cirugía urgente con su elevada mortalidad, permitiendo diferir la urgencia a una intervención programada con abordaje preferentemente mínimamente invasivo.

CONCLUSIONES

El diagnóstico y tratamiento oportuno del vólvulo gástrico agudo mejora el pronóstico del paciente. Desafortunadamente la mayor parte de los pacientes con esta entidad fueron pacientes mayores con comorbilidades y con mayor riesgo quirúrgico, lo cual empeora su supervivencia.

Consideramos que se debe intentar el tratamiento en dos tiempos, primero descompresión y desvolvulación endoscópica y posteriormente reparación programada preferentemente por vía laparoscópica, que no fue utilizada de manera urgente pero que permite con sus ventajas menor agresión, y sin embargo, la experiencia es escasa por su baja frecuencia.

COMUNICACIONES TIPO VÍDEO:

9,30-10,30h: Presentación de Comunicaciones Tipo Video.

PRESIDENTE: Dr. Javier Sánchez (Hospital Rio Hortega. Valladolid)

VICEPRESIDENTE: Dr. Carlos Abril Vega (Hospital Clínico. Valladolid**)**

SALÓN DE ACTOS:

PRESENTACIONES DE COMUNICACIONES TIPO VIDEO

Horario:	Código:	Título:
	R-0003	Hemicolectomia derecha con reducción de puertos.
	R-0084	Panproctocolectomía total laparoscópica con reservorio en "j" en paciente con poliposis adenomatosa familiar.
	R-0085	Descenso laparoscópico del ángulo esplénico del colon.

R-0003.- HEMICOLECTOMIA DERECHA CON REDUCCIÓN DE PUERTOS

Toledano Trincado, Miguel; Blanco Antona, Francisco; Colao Garcia, Laura; Martin Esteban, MªLuz; MonteNegro Martin, Mª Antonia; Sanchez Gonzalez, Javier; Martin del Olmo, Juan Carlos

OBJETIVOS

La cirugía oncológica colorrectal laparoscópica, implantada ya en nuestro quehacer cotidiano, demuestra resultados, a corto, medio y largo plazo, similares a la cirugía abierta. El desarrollo de procedimientos laparoscópicos mínimamente invasivos a través de orificios naturales, transumbilicales y ministrumentos, con el objetivo de minimizar el trauma abdominal, está permitiendo la implementación de instrumentos de tracción que evitan el uso de pinzas y trócares accesorios y minimizan el trauma parietal. Pretendemos reproducir la cirugía laparoscópica colorrectal convencional, reduciendo el número y el tamaño de las puertas de entrada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el video de una hemicolectomía derecha laparoscópica convencional, en un enfermo de 78 años con Adenocarcinoma de Colon derecho muy voluminoso pT4pN0 realizada con instrumentos laparoscópicos convencionales y sistemas endoscópicos de tracción. La estrategia de entrada y el uso de estos sistemas de tracción, da como resultado una minilaparotomía supraumbilical y 2 orificos en sendos flancos de 5 mm. Reducimos de esta forma el daño parietal al mínimo.

RESULTADOS

El desarrollo de los instrumentos para la cirugía transumbilical, la minilaparoscopia y los sistemas de tracción endocavitaros, hace que actualmente la gran mayoría de los procedimientos colorrectales puedan realizarse siguiendo los principios oncológicos colorrectales convencionales y reduciendo el número de trócares. Mantenemos la aprendida estandarización de la cirugía laparoscópica como triangulación, distancia óptica, nivel de neumoperitoneo, posicionamiento del enfermo, etc y minimizamos el trauma parietal, reduciendo el dolor postoperatorio, la morbilidad de las heridas y mejorando la estética.

CONCLUSIONES

La solidez actual de los sistemas de tracción endocavitarios, nos permite realizar procedimientos oncológicos con la misma rapidez, y eficacia que aprendimos, mejorando el truama y sin curva de aprendizaje. Estos sistemas no causan daño en las vísceras y soportan piezas pesadas, por lo que permiten la exposición del campo

quirúrgico estable sin perder la triangulación. De igual forma son una ayuda para ayudar a triangular en prodecimientos monopuerto.

R-0084.- PANPROCTOCOLECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA CON RESERVORIO EN "J" EN PACIENTE CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

Saldarriaga Ospino, Luis Carlos; Simó Fernández, Vicente; Silva Fernández, Jesus Manuel; de Castro Monedero, Paola; Suero Rodríguez, Carlenny; Díaz Maag, Carlos Rafael; Labarga, Fernando; Huidobro Piriz, Ana; Castrillo Arconada, Julio Enrique; Alvarez Conde, Jose Luis

INTRODUCCIÓN

La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es el síndrome de poliposis más frecuente en nuestro medio. Se hereda de forma autosómica dominante con penetrancia del 80% al 100%. Se caracteriza por la aparición progresiva de pólipos adenomatosos a lo largo de todo colon.

La PAF se origina de mutaciones germinales del gen supresor del APC y se estima que entorno al 90% de los portadores del gen habrán desarrollado Cáncer Colorrectal a los 45 años. La cirugía es la opción terapéutica adecuada realizándose a una proctocolectomía total de forma temprana.

A pesar de una mayor complejidad y exigencia para el cirujano, el abordaje laparoscópico de esta patología parece estar justificado, al favorecer la recuperación más temprana y disminuir adherencias postoperatorias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente de 31 años, con antecedentes familiares de PAF (madre, tía y hermana), que en Colonoscopia desde recto se evidencian incontables pólipos. Se realizar múltiples biopsias con informe anatomopatológico de cambios adenomatosos y focos de displasia leve.

Se realiza de forma programada panproctocolectomía total laparoscópica, anastomosis ileoanal con reservorio en "J" e ileostomía de protección. En el vídeo ilustramos algunos detalles técnicos.

El paciente es dado de alta al 5º día postoperatorio con una evolución favorable. Posteriormente se realiza reservoriograma que resulta normal y se cierra la ileostomía.

CONCLUSIONES

La panproctocolectomía total con anastomosis ileoanal con reservorio en "J" es el tratamiento de elección en pacientes con PAF. El abordaje laparoscópico ha demostrado beneficios a corto y a largo plazo, presentando una recuperación postoperatoria más temprana y menor índice de cuadros obstructivos. Los resultados son equiparables al de la cirugía abierta. No obstante hay que mencionar que el

abordaje laparoscópico de esta patología requiere de gran experiencia en cirugía colorrectal y de unidades multidisciplinares cualificadas.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0085.- DESCENSO LAPAROSCÓPICO DEL ÁNGULO ESPLÉNICO DEL COLON

Saldarriaga Ospino, Luis Carlos; Simó Fernández, Vicente; Silva Fernández, Jesus Manuel; de Castro Monedero, Paola; Suero Rodríguez, Carlenny; Díaz Maag, Carlos Rafael; Labarga , Fernando; Huidobro Piriz, Ana; Castrillo Arconada, Julio Enrique; Alvarez Conde, Jose Luis

OBJETIVOS

Describir las opciones técnicas disponibles para la realización del descenso del ángulo esplénico en cirugía laparoscópica de la patología benigna y maligna del colon.

MATERIAL Y MÉTODOS

El descenso del ángulo esplénico es un gesto quirúrgico que debe estar en el arsenal técnico de los cirujanos laparoscopistas colorrectales. Su realización puede ser indispensable para realizar anastomosis seguras, así como para la disección del colon en tumores de esta zona anatómica. Se considera una técnica relativamente compleja. Existen diferentes alternativas para el abordaje, cada una con sus ventajas e inconvenientes.

RESULTADOS

Revisamos las diferentes alternativas para el abordaje del ángulo esplénico por laparoscopia, fundamentalmente lateral y medial, realizando una descripción de las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas y algunas recomendaciones de los detalles que pueden permitir una disección más sencilla, cómoda o segura**.**

CONCLUSIONES

El descenso del ángulo esplénico es una técnica quirúrgica compleja que deben realizar con seguridad todos los cirujanos laparoscopistas colorrectales. El conocimiento de las posibles vías, su descripción, las ventajas e inconvenientes de cada una y los detalles técnicos que pueden ayudar a realizar la disección, conllevan que este abordaje sea más sencillo para el cirujano y, en consecuencia, más seguro para el paciente.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

16,00-17,00h: Presentación de Comunicaciones Orales: Dos salas.

PRESIDENTE: Dr. José Luís Álvarez Conde (Hospital Rio Carrión. Palencia)

VICEPRESIDENTE: Dr. José Félix Cuezva Guzmán (Complejo Hospitalario Soria)

Sala 1:

PRESENTACIONES DE COMUNICACIONES ORALES

Horario	Código	Título:
	R-0016	Cirugía laparoscópica urgente en el hospital u. Río hortega: revisión de una serie de 191enfermos.
	R-0020	Síndrome de atrapamiento del nervio pudendo: tratamiento con punciones anestésicas del nervio.
	R-0021	Resección rectosigmoidea laparoscópica con extracción transanal de la pieza : nuestros resultados.
	R-0042	Fibromatosis agresiva gástrica tras gastrectomía parcial por gist gástrico.
	R-0098	Enfermedad chagas iba en el diagnóstico diferencial de volvulo sigmoide.

PRESIDENTE: Dr. Luís Muñoz Bellvis (Complejo Hospitalario. Salamanca)

VICEPRESIDENTE: Dr. Marcelo Francos Von Hunefeld (Complejo Hospitalario. Ávila)

Sala 2:

PRESENTACIONES DE COMUNICACIONES ORALES

Horario:	Código	Título
	R-0029	Tumores neuroendocrinos pancreáticos: revisión retrospectiva y resultados.
	R-0057	Donantes a corazón parado tipo III (Maastricht): Una opción real en el Río Hortega.
	R-0083	Cirugia hepatica laparoscopica en el complejo asistencial universitario de Palencia.
	R-0093	Tratamiento del cancer de recto inferior con excisión mesorrectal total y anastomosis ultrabajas mediante la utilización del dispositivo monopuerto (gelpoint path ®): experiencia del Complejo asistencial universitario de Palencia.
	R-0097	TRAUMATISMO PANCREÁTICO: Actualización y opciones de tratamiento conservador. Exposición de caso clínico.

COMUNICACIONES ORALES:

SALA 1:

R-0016.- CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA URGENTE EN EL HOSPITAL U. RÍO HORTEGA: REVISIÓN DE UNA SERIE DE 191 ENFERMOS

Rodríguez López, Mario; Blanco , José Ignacio; Said , Awwad; Gonzalo , Marta; Velasco , Rosalía; Mambrilla , Sara; Bailón , Martín; Pérez Saborido, Baltasar; Asensio , Enrique; Marcos , José Luis

INTRODUCCIÓN

La Laparoscopia está perfectamente integrada en cirugía electiva. Sin embargo y por diversos motivos, en cirugía urgente no siempre ocurre así. Numerosos estudios muestran ventajas de la vía laparoscópica frente a la abierta en determinadas patologías urgentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Enfermos ingresados desde Urgencias e intervenidos por laparoscopia entre enero 2010 y julio 2013. Criterios de exclusión: enfermos ingresados que precisaron intervención laparoscópica urgente durante su estancia hospitalaria por patología intercurrente, pacientes reintervenidos por laparoscopia. Análisis descriptivo retrospectivo y análisis univariante de factores que influyen en la estancia postoperatoria, la aparición de infección del sitio quirúrgico y la gravedad de las complicaciones. SPSS 18.0.

RESULTADOS

En ese período, 191 pacientes fueron intervenidos (tendencia temporal ascendente). Edad media: 44,3 años (R: 13-92). Relación varón-mujer de 1,15:1. ASA I y II: 90%. Intervenciones más frecuentes: apendicectomía (77,5%) colecistectomía (12%). Tasa de conversión: 4,2% (principal motivo: dificultad técnica). Mediana de estancia en reanimación: 0 días (R: 0-58). Mediana de estancia postoperatoria: 3 días (R: 1-85). Mediana de días hasta la ingesta: 1 día (R: 0-53). Ausencia de complicación postquirúrgica: 77%. Ausencia de infección del sitio quirúrgico: 88,5%, infección superficial el 2,1% y profunda, 9,4%. Según la clasificación de Dindo-Clavien, de 191 pacientes totales, 26 enfermos fueron tipo II; 8 tipos III; 1 tipo IV; y 2 Clavien V (mortalidad: 1%). Tasa de reintervención: 3,6%. Tasa de reingreso: 3,7%. En el análisis univariante, obtuvimos asociación estadísticamente significativa de

1.- Estancia postoperatoria con: edad, etiología, ASA, técnica quirúrgica, conversión, complicaciones (incluyendo infección del sitio quirúrgico) y gravedad de las mismas (Dindo-Clavien) y la reintervención. Asimismo, existe fuerte correlación con los días hasta la ingesta ($r=0,92$, $p<0,001$) y la estancia en reanimación ($r=0,86$, $p<0,001$).

2.- Infección del sitio quirúrgico con: etiología, técnica quirúrgica, conversión, reintervención y reingreso.

3.- Gravedad de las complicaciones (Dindo-Clavien) con: edad, etiología, ASA, técnica quirúrgica, infección del sitio quirúrgico, reintervención y reingreso.

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscópica de urgencia está consolidada en nuestro Servicio. Es un abordaje cotidiano entre los cirujanos de guardia, que han alcanzado una destreza evidente, dada la baja tasa de conversión, y que seleccionan enfermos jóvenes con pocas comorbilidades, como corresponde a los pacientes con apendicitis aguda (patología más frecuente). Dada la situación de urgencia y la etiología infecciosa en la mayoría de los pacientes, nuestros resultados, a pesar de ser una serie aún corta, se ajustan en gran medida con la literatura, aunque podrían ser mejorables.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0020.- SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO DEL NERVIO PUDENDO: TRATAMIENTO CON PUNCIONES ANESTÉSICAS DEL NERVIO

Reoyo Pascual, José Felipe; Martínez Castro, Rosa Mª; Valero Cerrato, Xandra; León Miranda, Raquel; Zambrano Muñoz, Rocio; Alonso Alonso, Evelio; Martinez Martínez, Ángel; Eldabe Mikhail, Adel; Sánchez Manuel, Javier; Seco Gil, Juan Luis

OBJETIVOS

Establecer la relación entre proctalgia y Síndrome de atrapamiento del nervio pudendo (SANP) confirmado desde el punto de vista clínico.

En 53 casos de SANP tratados mediante hidrodistensión- punción anestésica del nervio pudendo y sus tamas terminales y observar la evolución a partir de los 6 meses en términos clínicos de intensidad de dolor (Escala EVA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio clínico observacional, prospectivo de 53 pacientes etiquetados de SANP, que presenten proctalgia, y en los que se haya practicado infiltración anestésica del nervio pudendo realizando control clínico del dolor pre y postinfiltración (a partir de los 6 meses), basándonos en la escala analógica del dolor (EVA)

RESULTADOS

De los 53 pacientes etiquetados de proctalgia en el contexto de SANP que han recibido infiltraciones del nervio pudendo, 23 son varones y 30 mujeres. La edad media es 56,8 años (24-85). Entre la sintomatología, todos presentaban proctalgia, 41 asociaban síntomas de rama anterior y 43 sintomatología de rama media. La escala visual analógica del dolor (EVA) preinfiltracion presentaba una media de 7,74 (2,8-10). A todos se les realizó un primer tratamiento de 3 sesiones de infiltración del nervio pudendo, presentando al final de dichas sesiones una EVA 0 en 42 casos y en 11 persistía proctalgia de intensidad variable con una EVA media de 5,46 (0,4-10). A los 6-12 meses de dicho tratamiento, 13 pacientes (30,952%) permanecían con EVA 0 y 40 presentaban proctalgia con una EVA media de 5,39 (2-10). En 22 de estos casos, la proctalgia presentaba una intensidad igual o mayor que lo señalado ántes de la primera infiltración. De estos 40 pacientes, 16 están siendo tratados con una segunda "tanda" de infiltración anestésica.

CONCLUSIONES

El SANP, es una entidad frecuente que, a la vista de nuestros resultados, explica muchos de los casos de proctalgia pero que resulta a menudo desconocida, por lo que los especialistas involucrados han de tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de la proctalgia. Una vez diagnosticado, el tratamiento es secuencial, aunque de acuerdo

a nuestra experiencia,la punción anestésica del nervio es una técnica aplicable y reproducible, que puede lograr mejoría completa de la sintomatología en una cuarta parte de los pacientes, mejorando parcialmente en otros tantos.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0021.- RESECCIÓN RECTOSIGMOIDEA LAPAROSCÓPICA CON EXTRACCIÓN TRANSANAL DE LA PIEZA: NUESTROS RESULTADOS

Reoyo Pascual, José Felipe; Martínez Castro, Rosa Mª; León Miranda, Raquel; Valero Cerrato, Xandra; Alonso Alonso, Evelio; Zambrano Muñoz, Rocio; Ortega Seda, José Andrés; Álvarez Rico, Miguel; García Plata Polo, Esther; Seco Gil, Juan Luis

OBJETIVOS

Exponer nuestra serie de casos de resección rectosigmoidea con extracción transanal del especimen quirúrgico (Técnica NOSE) intervenidos en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos los 6 casos de resección rectosigmoidea con extracción transanal de la pieza (técnica NOSE) realizados en nuestro servicio durante los últimos 12 meses debidos a tumores malignos en estadío precoz o a lesiones benignas irresecables endoscópiamente.

RESULTADOS

En los últimos 12 meses hemos realizado 6 resecciones rectosigmoideas mediante técnica NOSE en nuestro servicio.De ellos 5 han sido varones y 1 mujer con una edad media de 55 años (55-83). La distancia al márgen anal de la lesión varía desde los 15 hasta los 30 cm. El estudio de extensión fue negativo en todos los casos y en 5 casos la indicación de la intervención fue adenocarcinoma y en 1 de pólipo con displasia epitelial severa irresecable endoscópicamente. En todos los casos se realiza resección rectosigmoidea de diferente amplitud según altura de la lesión, y se efectúa extracción transanal de la pieza. Asímismo se realiza anastomosis intracorpórea mecánica (circular) con cabezal introducido sin precisar de laparotomia para colocación o manipulación alguna. El estudio anatomopatológico reveló un caso de adenoma túbulovelloso con displasia de alto grado, un adenocarcinoma intramucoso N0, un adenocarcinoma intramucoso N1, un adenocarcinoma T1N0 y un adenocarcinoma T2 N1.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria en todos los casos, con un inicio de tolerancia oral en el primer día postoperatorio y una estancia media de 6 días.

CONCLUSIONES

La resección rectosigmoidea laparoscópica con extracción transanal de la pieza (NOSE) es una cirugía factible y reproducible, indicado en casos de lesiones benignas y tumores precoces, alcanzando un postoperatorio exitoso que permite una recuperación funcional temprana.

R-0042.- FIBROMATOSIS AGRESIVA GÁSTRICA TRAS GASTRECTOMÍA PARCIAL POR GIST GÁSTRICO

Ballestero, Araceli; Cornejo, María de los Ángeles; Pato , Julio; Abadía , Pedro; Galindo , Julio; Sanjuanbenito , Alfonso; Lobo , Eduardo

INTRODUCCIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) y los tumores desmoides o fibromatosis agresiva, son tumores mesenquimales poco frecuentes, cuya etiología es desconocida. El 10 % de los tumores desmoides están asociados a cirugía o trauma abdominal previos, estando descrita la asociación de fibromatosis intraabdominal en la antigua localización de un tumor GIST previamente resecado.

CASO CLÍNICO

Presentamos a una mujer de 66 años intervenida hacia 2 años de GIST gástrico (estadio IIIB) realizando gastrectomía parcial con tratamiento adyuvante posterior y que se estudia por probable recidiva de GIST identificada en pruebas de imagen con histopatología tras punción percutánea de fibromatosis con positividad para beta-catenina. Se realiza laparotomía exploradora identificando tumoración en curvadura menor gástrica que infiltra pared abdominal y colon transverso. Se realiza resección en bloque de masa que incluye antro gástrico, fascia posterior de recto y segmento de colon transverso con reconstrucción gástrica en Y de Roux y anastomosis colo-cólica. El resultado anatomopatológico fue de fibromatosis agresiva con hallazgos de positividad para vinementina y beta-catenina y negatividad para CD 117, CD 34, activa y miosina.

DISCUSIÓN

Los tumores desmoides presentan una incidencia muy baja en la población pudiendo presentarse de manera esporádica o en asociación a otros síndromes (Poliposis Adenomatosa Familiar o Síndrome de Gardner). La fibromatosis agresiva aparece como resultado de la proliferación fibroblástica, presentando una gran capacidad de invasión local aunque carece de capacidad metastásica. Pueden aparecer en localización extra-abdominal o intra-abdominal, siendo esta última la responsable del 8% de las fibromatosis. Hasta un 10% de los casos están asociados a trauma o cirugía abdominal previa y se han descrito casos similares al nuestro con aparición de fibromatosis intra-abdominal tras GIST previo. La mayoría se diagnostican como probable recidiva de GIST y es tras la anatomía patológica cuando se evidencia el diagnóstico de fibromatosis y no de recidiva. El intervalo de aparición es variable. El tratamiento de elección será el quirúrgico y en los casos que no sean resecables, existen protocolos de tratamiento entre los que se incluyen Imatinib, Sunitinib, Bevacizumab o Sorafenib.

CONCLUSIONES

La cicatriz de resección de GIST puede predisponer a la aparición de fibromatosis agresiva intraabdominal haciendo falta el diagnóstico diferencial ante una posible recidiva de tumor GIST. El tratamiento de elección será el quirúrgico siempre que sea resecable y en los casos de irresecabilidad o enfermedad residual existen múltiples protocolos de tratamiento.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0098.- ENFERMEDAD CHAGAS IBA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE VOLVULO SIGMOIDE

Gómez Carmona, Zahira; Beatriz De andres, Asensio; Diana Fernanda Benavides, De la Rosa; Moises ezequiel, Juarez; Luis Merino, peñacoba; Francisca Moreno, Racionero; Jesús Ortiz, De Solorzano

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas es una enfermedad endémica, producida por el Trypanosoma cruzi, parásito que se transmite por picadura de insectos. Es muy frecuente en Sudamérica, África, Europa del Este y Asia, a diferencia de Europa y EEUU. Se caracteriza principalmente en su etapa crónica por cardiomiopatía difusa, demencia, megaesófago y megacolon, producidos estos dos últimos por la denervación parasimpática del tracto gastrointestinal.

El megacolon puede complicarse con volvulación, especialmente de sigma, el cual cursa con clínica de obstrucción intestinal. El tratamiento urgente de elección es la reducción endoscópica en pacientes no complicados, siendo la cirugía el tratamiento electivo definitivo.

CASO CLÍNICO

Varón sudamericano de 46 años de edad sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por presentar dolor abdominal difuso y ausencia de tránsito intestinal de varios días de evolución. A la exploración, abdomen muy distendido, timpánico, dolor difuso a la palpación y ausencia de ruidos intestinales. En analítica sanguínea se objetivó discreta eosinofilia. En radiografía simple de abdomen se observó importante dilatación colónica y el signo “en grano de café”. Tras colonoscopia descompresiva no efectiva, se desvolvuló con colocación de sonda rectal. Posteriormente, el paciente es intervenido quirúrgicamente de forma electiva, realizándose sigmoidectomía y anastomosis colorrectal latero-terminal mecánica. El postoperatorio cursó con normalidad.

El estudio anatomopatológico confirmó que se trataba de una pieza de colectomía parcial con dilatación fusiforme de 45 cm de longitud, diámetro de 15 cm y perímetro de 42 cm sugestivo de megacolon con intensa reducción de las células ganglionares y en fase avanzada de la enfermedad de Chagas.

CONCLUSIONES

El vólvulo de sigma es una patología poco frecuente que se presenta en nuestro país, principalmente en pacientes de edad avanzada. Cuando aparece en gente joven, y especialmente procedente de otros países (Sudamérica, África, Europa del Este y Asia), debemos pensar en la enfermedad de Chagas como etiología principal del vólvulo, ya

que en dichas zonas es muy frecuente dicha patología, a diferencia de España. Su tratamiento definitivo es la cirugía, siendo la exéresis del sigma redundante la técnica gold standard. El tratamiento quirúrgico del megacolon de Chagas no cura la enfermedad, pero soluciona el estreñimiento y previene complicaciones como el fecaloma y el vólvulo sigmoideo.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

COMUNICACIONES ORALES:

SALA 2:

R-0029.- TUMORES NEUROENDOCRINOS PANCREÁTICOS: REVISIÓN RETROSPECTIVA Y RESULTADOS

Abadía Barnó, Pedro; Coll Sastre, Magdalena; Pozancos de Simón, Teresa; Gonzalez Zunzarren, Mariana; Yagüe Adan, Sandra; Ballestero, Araceli; Cornejo , Marian; Sanjuanbenito Dehesa, Alfonso; Lobo Martinez, Eduardo

INTRODUCCIÓN

Los tumores neuroendocrinos del páncreas (TNEp) son neoplasias raras que se originan en el tejido endocrino y que representan el 3% de todos los tumores pancreáticos. Todos los TNEp son secretores de una o varias hormonas pero en torno al 50-70% son asintomáticos y por lo tanto son denominados no funcionantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos una revisión retrospectiva, entre Mayo 1999 y Abril de 2014, de 32 pacientes con TNEp, 21 mujeres y 11 hombres, con una edad media de 50 años.

Ocho de ellos fueron diagnosticados como TNEp no funcionantes, tres somatostatinomas, diez glucagonomas y once insulinomas.

La sintomatología fue de hipoglucemia sintomática en el 100% de los insulinomas con test de ayuno positivo y clínica de diarrea en un paciente con somatostatinoma. El 60% de los glucagonomas asociaban sindrome MEN1.

En el 93% de todos los pacientes el TAC fue diagnóstico, y asociaron RNM y ecoendoscopia en 46% y 40% respectivamente como pruebas complementarias.

RESULTADOS

En el grupo del insulinoma, la enucleación fue la técnica más realizada. En el 60% la localización fue en la cola, con un tamaño medio de 18 milímetros, bien diferenciados en la anatomía patológica y normoglucemias al alta en todos ellos.

En el grupo del glucagonoma, la localización más frecuente fue en la cabeza con un tamaño medio de 27 milímetros. Se realizaron 3 enucleaciones y 7 pancreatectomías corporocaudales que asociaron esplenectomía en 6 pacientes y metastasectomía hepática en otro. El análisis anatomopatológico fue de TNEp bien diferenciado en 6 pacientes con una media de 1,3 mitosis por campo y un índice de proliferación del 6%. En 2 pacientes durante el seguimiento se produjeron recidivas pancreática y hepática con reintervención quirúrgica en ambos y en otro paciente tratamiento adyuvante por metástasis bilobares hepáticas. La totalidad de los pacientes revisados sobreviven en el momento actual con una media libre de enfermedad de 180 meses.Dos de los tres somatostaninomas se localizaron en cola por lo que se realizó pancreatectomía corporocaudal.

La mediana de estancia hospitalaria fue de 11 días. Como complicación más frecuente en el 12% fue la colección asintomática y la fístula pancreática en el 9%.

DISCUSIÓN

Los TNEp son neoplasias raras en las que se debe estudiar y tratar de forma individualizada a cada paciente, ya que dependiendo de la funcionalidad y del tipo de hormona secretada la actitud quirúrgica y el pronóstico variarán entre los diferentes tipos de TNEp.

R-0054.- DUODENECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DE NEOPLASIA DE LA SEGUNDA PORCIÓN

Gonzalo Martín, Marta; Pérez Saborido, Baltasar; Díez González, Luis M.; Rodríguez López, Mario; Velasco López, Rosalía; Mambrilla Herrero, Sara; Bailón Cuadrado, Martín; Asensio Díaz, Enrique; Barrera Rebollo, Asterio

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias duodenales constituyen una entidad rara dentro de la patología maligna del tracto gastrointestinal. Globalmente, no suponen más de un 0,5% de la misma, aunque se la frecuencia se eleva hasta el 50% al referirnos exclusivamente al intestino delgado. La causa de esta reducida incidencia es desconocida. Se han descrito tumoraciones de tipo adenocarcinoma (el más frecuente, 50-70%), sarcomas, carcinoides, linfomas no Hodgkin y metástasis. Su sintomatología es inespecífica (pérdida de peso, abdominalgia), lo que provoca un habitual diagnóstico tardío. La mayoría se detecta en fases avanzadas, existiendo metástasis en un 50% de las ocasiones. El tratamiento de elección es la cirugía, pudiéndose optar por una duodenopancreatectomía cefálica en las lesiones situadas en primera-segunda porción, o bien, resección duodenal para las más distales. En los casos en que la intención de la intervención sea paliativa, se realizará una derivación intestinal.

CASO CLÍNICO

Varón de 60 años. Antecedentes de HTA, dislipemia y depresión. Bebedor moderado. Ingreso por cuadro de vómitos incoercibles tras la ingesta de dos meses de evolución más síndrome constitucional. Exploración y analítica normales. La gastroscopia y ecoendoscopia revelan neoplasia estenosante en segunda porción duodenal, T3N0. Sin metástasis a distancia en TC. Se decide intervención quirúrgica, hallándose neoplasia avanzada locorregionalmente con extensa afectación linfática. Se realiza duodenectomía y anastomosis primaria terminoterminal.

CONCLUSIÓN

Las neoplasias de duodeno son lesiones muy infrecuentes y de difícil diagnóstico por su clínica insidiosa. Su tratamiento, curativo o paliativo, es quirúrgico. Conviene conocer y considerar esta patología con el fin de mejorar las tasas de detección y supervivencia, pobres actualmente.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0057.- DONANTES A CORAZÓN PARADO TIPO III (MAASTRICHT): UNA OPCIÓN REAL EN EL RÍO HORTEGA

Mambrilla Herrero, Sara; Pacheco Sánchez, David; Gonzalo Martín, Marta; Rodríguez López, Mario; Velasco Martín, Rosalía; Bailón Cuadrado, Martín; Pinto Fuentes, Pilar; Asensio Díaz, Enrique; Pérez Saborido, Baltasar; Barrera Rebollo, Asterio

INTRODUCCIÓN

Los donantes tipo III de Maastricht o donantes a corazón parado controlados (DCPc) son aquellos pacientes con patologías graves no recuperables, que no están en situación de muerte encefálica, que son dependientes de ventilación mecánica en los que se decide de forma consensuada la limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV), esperando a que fallezca en asistolia.

En el hospital Universitario Río Hortega hemos desarrollado un protocolo de DPC en consenso con los servicios de UCI y Anestesia, así como con el comité ético y la organización nacional del trasplante. Este protocolo consta de unos criterios de donación estrictos tanto para las características de los pacientes como para las condiciones en las que fallece el mismo. En nuestro centro optamos por la técnica "super-rápida" para la canulación y extracción de los órganos. Presentamos los 2 primeros casos de Donación a corazón parado en nuestro hospital.

CASO CLÍNICO

Caso1: Paciente con hemorragia cerebelosa derecha que condiciona efecto compresivo sobre el cuarto ventrículo. Tras cirugía descompresiva se objetiva daño cerebral grave e irreversible sin perspectiva de evolución a muerte encefálica. Dada la situación de mal pronóstico se explica a la familia las opciones terapéuticas decidiendo conjuntamente LTSV, se acepta la donación de órganos como donante tipo Maastricht III. El tiempo trascurrido desde la extubación hasta el paro circulatorio fue de 10 min. Se extrajeron los riñones, que se implantaron sin incidencias en diferentes receptores. El hígado no fue extraído por presentar importante esteatosis.

Caso 2: Paciente que ingresa con síndrome de la arteria cerebral derecha maligna que no responde a tratamiento quirúrgico. Ante la situación clínica del paciente, la ausencia de respuesta al tratamiento médico y quirúrgico se habla con la familia quienes aceptan LSTV y donación de órganos según protocolo de donación Maastricht III. El tiempo trascurrido desde la extubación hasta paro circulatorio fue de 8 min. Se extrajeron riñones e hígado, que se implantaron en diferentes receptores.

CONCLUSIÓN

Los DCP actualmente representan una alternativa válida y eficaz de donación de órganos. La implementación de este protocolo en nuestro hospital ha supuesto un reto

organizativo. Con él se otorga una oportunidad a pacientes que, de no ser por estos donantes, quizá morirían a la espera de un órgano.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0083.- CIRUGÍA HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA

Louredo Mendez, Angel Martin; Silva Fernandez, Jesus; Fernandez Rodriguez, Jose Alberto; Suero Rodriguez, Carlenny; Eguia Larrea, Marta; Barra Valencia, Vanesa; Alvarez Conde, Jose Luis

INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica como técnica terapéutica aplicada a múltiples patologías de la cavidad abdominal en comparación con las técnicas abiertas ha mostrado ventajas en relación con menor morbilidad, menor dolor postoperatorio, reducción de estancias hospitalarias y reincorporación precoz a las actividades de la vida cotidiana. De manera similar, la cirugía laparoscópica dirigida a lesiones hepáticas benignas y malignas combina todas estas ventajas y en casos seleccionados podría considerarse la técnica de primera elección por ser un procedimiento de mínima invasividad.

OBJETIVO

Mostrar la utilidad y ventajas de la cirugía laparoscópica exerética en el tratamiento de lesiones hepáticas benignas y malignas primarias o metastásicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte prospectivo. Período de estudio: desde enero de 2011 a marzo de 2014. Población: 6 pacientes con diversas lesiones hepáticas ocupantes de espacio benignas y malignas, tanto primarias como metastásicas. Criterios de inclusión: lesiones hepáticas periféricas o en segmentos anteriores. Patología tumoral primaria o metastásica menor de 4 cm y subsidiaria de resecciones no complejas. Los procedimientos se han realizado con instrumental laparoscópico convencional, dispositivos de sellado bipolar, clampaje pedicular intermitente y utilización de materiales hemostáticos.

RESULTADOS

En la siguiente tabla se resumen los resultados obtenidos:

edad	patología	procedimiento	morbilidad	mortalidad	estancia	recidivas	seguimiento
69	Quiste hidatídico de 5 cm en segmento V	Quistoperiquistectomia en segmento V	Seroma umbilical	no	5 días	no	29 meses
57	Quiste hidatídico 15 cm en Segmentos II - III	Bisegmentectomía II-III	no	no	6 días	no	12 meses
64	Hepatocarcinoma 3 cm segmento V	Segmentectomía V	no	no	4 días	no	36 meses
87 años	Metastasis hepática colorrectal, 2,1 cm Segmento II	Metasectomía	no	no	4 días	no	
51 años	Poliquistosis hepatica	Fenestración	Ileo adinámico	no	6	si	34 meses
72	Poliquistosis hepática	Fenestración	no	no	5	si	34 meses

CONCLUSIONES

La resección laparoscópica completa de quistes hidatídicos hepáticos, en segmentos anteriores, es técnicamente posible y constituye la técnica de elección debido a que, gracias a su menor invasividad, se obtiene una recuperación precoz de los pacientes. La resección de hepatocarcinomas periféricos menores de 4 y de lesiones metástasicas menores de 3 cm por vía laparoscópica es una técnica factible, segura, oncológica y con escasa morbi-mortalidad. En la poliquistosis hepática la fenestración y comunicación de cavidades quísticas permite una disminución de volumen de los mismos y se puede realizar por vía laparoscópica con mínima morbilidad.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0093.- TRATAMIENTO DEL CANCER DE RECTO INFERIOR CON EXCISIÓN MESORRECTAL TOTAL Y ANASTOMOSIS ULTRABAJAS MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DEL DISPOSITIVO MONOPUERTO (GELPOINT PATH ®): EXPERIENCIA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA

Simó Fernández, Vicente; Silva Fernández, Jesús Manuel; Díaz Maag, Carlos Rafael; Labarga Rodríguez, Fernando; De Castro Monedero, Paola; Saldarriaga Ospino, Luis Carlos; Suero Rodríguez, Carlenny Adelaida; Huidobro Piriz, Ana; Castrillo Arconada, Julio Enrique; Alvarez Conde, Jose Luis

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el abordaje laparoscópico es la vía de abordaje incicial para tumores de recto. Mejora parámetros como el dolor postoperatorio, la estancia hospitalaria, menores adherencias postoperatorias…etc sin variar los resultados oncológicos a largo plazo.

En cuanto a tumores de recto bajo, la excisión mesorrectal total (EMT) se puede realizar mediante abordaje transanal laparoscópico con buenos resultados sin variar los parámetros anteriormente descritos. El uso de dispositivos tipo monopuerto facilita el abordaje de este tipo de cirugías.

El objetivo de este estudio es presentar y analizar nuestra experiencia inicial en este tipo de abordaje en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos una serie de pacientes intervenidos quirúrgicamente por tumores de recto bajo, desde mayo de 2013 a mayo de 2014, realizándose técnica de EMT por vía transanal asistido con dispositivo monopuerto (gelpoint path ®) y tiempo abdominal por cirugía laparoscópica convencional.

RESULTADOS

Se han intervenido 7 pacientes, todos de ellos varones, con una edad media de 68 años (53-82). Se realizó neoadyuvancia en 5 de ellos. La distancia media desde margen anal fue de 4,7 cm. La anastomosis coloanal se ha hecho manual con ileostomía de protección, salvo un caso que se realizó técnica de Pull-Through. En otro caso se realizó reservorio tipo coloplastia transversa. La mediana de estancia hospitalaria ha sido de 5 días. Hemos tenido una morbilidad general y una tasa de reingresos del 30%. Hemos tenido un caso de fuga a través de coloplastia y otro caso de absceso perianastomótico drenado vía transanal. El estudio anatomopatológico definitivo ha reflejado dos regresiones completas respecto al estadiaje preoperatorio. El margen distal ha sido en todos los casos mayor a 1 cm.

CONCLUSIONES

El abordaje transanal para la EMT es válido y factible quirúrgicamente en manos de cirujanos expertos. Así mismo el uso de dispositivos monopuerto mejora y facilita el abordaje de este tipo de cirugías en cuanto a visión y disección de las estructuras. Principalmente, ayuda a la sección distal, con mayor seguridad y exactitud. Los criterios oncológicos de resección por esta vía están respetados y sin variar el pronóstico.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0097.- TRAUMATISMO PANCREÁTICO: ACTUALIZACIÓN Y OPCIONES DE TRATAMIENTO CONSERVADOR. EXPOSICIÓN DE CASO CLÍNICO.

Gonzalo Martín, Marta; Pérez Saborido, Baltasar; Asensio Díaz, Enrique; Rodríguez López, Mario; Velasco López, Rosalía; Mambrilla Herrero, Sara; Bailón Cuadrado, Martín; Pacheco Sánchez, David; Barrera Rebollo, Asterio

INTRODUCCIÓN

El trauma pancreático es infrecuente debido a la localización retroperitoneal de este órgano, pero su morbimortalidad es elevada. Puede presentarse en el 4% de los traumatismos abdominales. Más de la mitad se observan en traumatismos abiertos-penetrantes, sobre todo por arma de fuego o cortopunzante. En caso de de trauma cerrado, el accidente automovilístico es la causa más habitual (75-85%). Raramente se halla una lesión pancreática aislada; suelen ser secciones longitudinales de la glándula, generalmente a nivel del cuello. Las lesiones asociadas más frecuentes son las hepáticas (50-19%), gástricas (16%), lesiones vasculares mayores (16-10%), duodenales, renales y esplénicas (11-8%), y cólicas (8%). Los grandes vasos más afectados son la vena cava inferior, porta y vena mesentérica inferior. La cabeza y cuello pancreático son el lugar donde mayormente asienta el daño (37%), antes que cuerpo (36%) y cola (26%). El diagnóstico requiere alto grado de sospecha baso en la anamnesis y exploración. El dolor abdominal con signos de irritación peritoneal son característicos pero inespecíficos. Una epigastralgia progresiva, vómitos, hipotensión injustificada, amilasemia en aumento, obstrucción intestinal proximal… pueden orientarnos hacia el diagnóstico, que se hará definitivo mediante técnicas de imagen (TC) o en el curso de una laparotomía exploradora. La CPRE es la prueba más precisa para valorar el grado de lesión y la integridad del conducto pancreático principal. El tratamiento conservador está aceptado para traumatismos cerrados grado I-II (clasificación AAST). El resto, clásicamente, son indicación de cirugía. Hoy, el desarrollo de técnicas endoscópicas y colocación de endoprótesis permiten ampliar el espectro de pacientes a manejar de forma conservadora, con un éxito del 55-100%. Existen ciertos factores predictivos de dicho éxito.

CASO CLÍNICO.

Varón de 46 años. Bebedor habitual. En tratamiento hipolipemiante. Ingresa por epigastralgia intensa con defensa tras accidente automovilístico. En analítica: 17000leucocitos, amilasa: 530, lipasa:707, CPK:1191. El TC al ingreso muestra laceración longitudinal en cola pancreática, laceración renal izquierda, hematoma sobre suprarrenal izquierda. Se realiza CPRE que revela disrupción de Wirsung caudal y se coloca endoprótesis plástica. En TC de control: colección de 9x9cm peripancreática, que posteriormente es drenada mediante prótesis AXIOS transgástrica. La evolución es favorable, con mejoría clínica y radiológica, por lo que es alta 25 días después.

CONCLUSIÓN

La elevada morbimortalidad del traumatismo pancreático obligan a la sospecha diagnóstica temprana. Las lesiones complejas con afectación del conducto principal, clásicamente quirúrgicas, empiezan a encontrar opciones para un tratamiento conservador gracias a las nuevas técnicas endoscópicas y endoprótesis transpapilares.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

COMUNICACIONES TIPO VIDEO:

16,00-17,00h: Presentación de Comunicaciones Tipo Video.

PRESIDENTE: Dr. Miguel Toledano Trincado (Hospital Medina del Campo. Valladolid)

VICEPRESIDENTE: Dr. Salvador Rodríguez Serrano (Complejo Hospitalario. Burgos)

PRESENTACIONES DE COMUNICACIONES TIPO VIDEO

Horario	Código	Título
	R-0037	Oclusión intestinal por hernia transepiploica.
	R-0090	Manejo de la fístula perianal compleja en el complejo asistencial universitario de Palencia.
	R-0094	Prolapso de órganos pélvicos: colporrectosacropexia por vía laparoscópica.
	R-0096	Cirugía del cáncer de recto por vía laparoscópica: resección de recto interesfinteriana con excisión mesorrectal total, abordaje endoscopico transanal y anastomosis coloanal manual.

R-0037.- OCLUSIÓN INTESTINAL POR HERNIA TRANSEPIPLOICA

Olmos Juste, Valle; González Elosua, Tomás; Marco López, Isabel; Cavero Ibiricu, Adriana; Ballesta Russo, Laura; Díez González, Pablo; Álvarez Rodríguez, Reyes; Sahagún Fernández, Julio; González De Francisco, Tomás; Pacho Valbuena, Silvino

INTRODUCCIÓN

Las hernias internas, definidas como la protrusión de una víscera a través de un orificio en el interior de la cavidad abdominal, constituyen una patología poco común ya que tan sólo causan el 5% de las obstrucciones intestinales. Entre ellas, las hernias transepiploicas son una entidad aún menos frecuente (1% del total de hernias internas). El aumento de la experiencia en las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas ha hecho posible el tratamiento de las oclusiones intestinales consiguiendo una más rápida recuperación del paciente.

CASO CLÍNICO

Varón de 71 años con antecedentes de alergia a trimetoprima-sulfametoxazol, EPOC, colecistectomía laparoscópica y hernioplastia inguinal izquierda, que acude a Urgencias por distensión y dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos fecaloideos de 36 horas de evolución. Presenta leucocitosis con desviación izquierda, y en el TAC abdominal se objetiva dilatación de asas de intestino delgado con una zona de estenosis, compatible con adherencias. Ante tales hallazgos se indica la realización de laparoscopia exploradora, en la que se aprecia incarceración de unos 25 cm de intestino delgado sin signos de isquemia a través de un orificio en epiplon mayor. Se procede a la reducción de las asas protruidas y a la sección del orificio herniario. 24 horas tras la cirugía, el paciente reinicia tolerancia oral, y es dado de alta a las 72 horas.

DISCUSIÓN Y COMENTARIO

Las hernias internas presentan hallazgos radiológicos inespecíficos y además constituyen una poco frecuente causa de oclusión intestinal. Sin embargo han de considerarse en el diagnóstico diferencial de esta patología. El resultado de ello es un retraso en el diagnóstico, y por tanto, en el tratamiento, que puede condicionar isquemia intestinal. Esto es particularmente importante en el caso de las hernias transomentales, ya que suelen ser causadas por orificios estrechos debidos a defectos congénitos, postquirúrgicos, postraumáticos o bien a una atrofia senil del epiplon. En cirujanos con experiencia, la laparoscopia es una alternativa a la laparotomía en el tratamiento de la obstrucción intestinal, que consigue menores estancias postoperatorias. Para conseguir una mejor visualización de la cavidad abdominal y debido a que la obstrucción intestinal se asocia a una dilatación importante del intestino delgado, el paciente debe ser correctamente colocado en la mesa quirúrgica

para poder permitir variar su posición y así desplazar las asas intestinales según las necesidades. Además se ha de realizar una cuidadosa manipulación de dichas asas intestinales dilatadas para minimizar las lesiones iatrogénicas.

R-0090.- MANEJO DE LA FÍSTULA PERIANAL COMPLEJA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA

Suero Rodríguez, Carlenny Adelaida; Simó Fernández, Vicente; De Castro Monedero, Paola; Silva Fernández, Jesús Manuel; Saldarriaga Ospino, Luis Carlos; Labarga Rodrígez, Fernando; Ordás Macias, Hector; Huidobro Piriz, Ana; Díaz Maag, Carlos Rafael; Alvarez Conde, Jose Luis

INTRODUCCIÓN

La fístula perianal es una patología frecuente en nuestro medio, y que la incidencia es el doble en varones. Se asume actualmente que el origen es secundario a un proceso infeccioso de las glándulas perianales, por obstrucción de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos dos casos de fístula perianal compleja, con dos varones, de 57 y 59 años respectivamente. El primero de ellos presenta una fístula transesfinteriana en herradura con orificio fistuloso interno posterior y dos orificios fistulosos externos laterales. El segundo presenta una fístula transesfinteriana radial.

RESULTADOS

Al primero de ellos se le realiza en un primer tiempo fistulotomía y setón, con apertura del espacio postanal profundo. Posteriormente se le realiza en tres meses colgajo de avance o también denominado “flap”.

Al segundo ante la fístula transesfinteriana radial se le realiza una ligadura del trayecto en el espacio interesfinteriano (LIFT).

CONCLUSIONES

La fístula perianal es una patología frecuente y el tratamiento de elección es la cirugía. El objetivo principal es curar al paciente y preservar la función esfinteriana. Dependiendo ante qué tipo de fístula nos encontremos realizaremos una técnica u otra, en beneficio del paciente para su curación. Las formas complejas de fístula perianal son dificultosas de tratar y debe ser manejada por cirujanos expertos en unidades debidamente cualificadas.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0094.- PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS: COLPORRECTOSACROPEXIA POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Silva Fernández, Jesús Manuel; Simó Fernández, Vicente; Labarga Rodríguez, Fernando; Huidobro Piriz, Ana; De Castro Monedero, PAola; Saldarriaga Ospino, Luis Carlos; Suero Rodríguez, Carlenny Adelaida; Castrillo Arconada, Julio Enrique; Diaz Maag, Carlos Rafael; Alvarez Conde, Jose Luis

INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal es una patología infrecuente en nuestro medio. Se estima que el 90% son mujeres y sobretodo en el periodo comprendido entre la octava y la novena década de la vida. La etiología del proceso suele ser multifactorial y el tratamiento es quirúrgico. El acceso laparoscópico ha demostrado ser una opción válida en el abordaje de este tipo de patología, con las ventajas que la laparoscopia conlleva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos una paciente de X años de edad, que presenta prolapso rectovaginal

RESULTADOS

CONCLUSIONES

El abordaje laparoscópico del prolapso rectal es una vía segura y factible, con menores adherencias postoperatorias, menor estancia hospitalaria y menor morbilidad. Así mismo los resultados a largo plazo son satisfactorios según las series publicadas. En cuanto al tiempo operatorio, en un principio fue mayor en la cirugía laparoscópica, pero hoy en día se asemejan al de la cirugía abierta en manos de cirujanos expertos.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0096.- CIRUGÍA DEL CÁNCER DE RECTO POR VÍA LAPAROSCÓPICA: RESECCIÓN DE RECTO INTERESFINTERIANA CON EXCISIÓN MESORRECTAL TOTAL, ABORDAJE ENDOSCOPICO TRANSANAL Y ANASTOMOSIS COLOANAL MANUAL

Silva Fernández, Jesús Manuel; Simó Fernández, Vicente; Labarga Rodríguez, Fernando; De Castro Monedero, Paola; Huidobro Piriz, Ana; Suero Rodrígez, Carlenny Adelaida; Castrillo Arconada, Julio Enrique; Saldarriaga Ospino, Luis Carlos; Díaz Maag, Carlos Rafael; Alvarez Conde, Jose Luis

OBJETIVOS

Los principales objetivos en el tratamiento del cáncer de recto son la realización de una cirugía oncológica y la necesidad de mantener una calidad de vida adecuada de los pacientes.

La aportación de la cirugía laparoscópica transanal ta-TAMIS puede aportar beneficios en el abordaje del cáncer de recto inferior.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 62 años sin antecedentes de interés, que acude a su médico por rectorragia. El estudio preoperatorio tacto rectal: masa a 2 cm de margen anal. Colonoscopia: tumoración ulcerad a 5 cms de margen anal, rectoscopia: masa a 3 cms de margen anal, ecografia endorectal: uT3N0, TAC : Engrosamiento mural del recto, No LOES a distancia. RNM pélvica: T3N1.Por lo que se decide tratamiento neoadyuvante. A las 8 semanas es intervenido realizándose una resección anterior interesfinterica laparoscópica transanal transabdominal (ta-TAMIS) con anastomosis coloanal manual. El primer tiempo quirúrgico comienza con la disección laparoscópica transanal del recto. El segundo tiempo de la cirugía se completa por abordaje laparoscópico transabdominal para la movilización del ángulo esplénico, colon izquierdo y ligadura del pedículo vascular. Se realiza la confección del reservorio cólico mediante una coloplastia transversa y anastomosis coloanal manual. Se realiza ileostomía lateral de protección.

RESULTADOS

El postoperatorio evoluciona favorablemente, siendo dado de alta al quinto día. El estudio anatomopatológico de la pieza resecada confirma adenocarcinoma de recto T2N0.

CONCLUSIONES

La mejora en la técnica quirúrgica, así como en la instrumentación y el tratamiento neoadyuvante ha cambiado el tratamiento del cáncer de recto permitiendo una cirugía con preservación esfinteriana mediante técnicas mínimamente invasivas.

La revisión de la literatura muestra excelentes resultados en la recidiva local de la enfermedad y la supervivencia a los 5 años.

16,00-17,00: Lectura-Exposición de Póster.

PRESIDENTE: Dr. Juan Guillermo Ais Conde (Complejo Hospitalario. Segovia)

VICEPRESIDENTE: Dr. Mª Victoria Diago Santamaría (Complejo Hospitalario. León)

PRESENTACIONES DE PÓSTER

Horario	Código	Título
	R-0000	Conglomerado adenopático abscesificado en hilio hepático como primera manifestación de tuberculosis extrapulmonar en paciente vih positiva.
	R-0001	Adenocarcinoma mucinoso apendicular: estrategia de tratamiento médico y quirúrgico.
	R-0004	Perforación gástrica tras colocación de peg.
	R-0005	Retroneumoperitoneo tras fístula interesfinteriana baja intervenida.
	R-0006	Tumores presacros retrorrectales: a propósito de un caso.
	R-0007	Mucocele apendicular: tratamiento y seguimiento ante un hallazgo quirurgico.
	R-0008	Invaginacion intestinal, a proposito de un caso.
	R-0009	Comparativa cost y color acircal.
	R-0010	Carcinomatosis peritoneal en el hepatocarcinoma: a propósito de un caso.
	R-0011	Quiste de colédoco: revisión de casos.
	R-0012	Una complicación poco frecuente sobre esófago de barrett

	R-0013	Tumores primarios quisticos mesentericos.
	R-0017	Carcinoma neuroendocrino primario de mama: rara neoplasia. A propósito de un caso.
	R-0018	Manejo y revisión de la pancreatitis aguda garve enfisematosa: a propósito de un caso.
	R-0019	Manejo conservador en pacientes con colecistitis aguda enfisematosa grave.
	R-0022	Laparoscopia monopuerto en tiempos de crisis.
	R-0023	De la hernioplastia tapp al tep...primeras impresiones.
	R-0024	Ileo biliar. Complicación infrecuente de la litiasis biliar.
	R-0025	Sincronicidad de carcinoma tipo linfoepitelioma y adenocarcinoma.
	R-0026	Vía de abordaje del síndrome de boerhaave.
	R-0027	Trombosis de la vena mesenterica superior y del eje esplenoportal idiopatica.
	R-0028	Indicación y técnica quirúrgica en la enfermedad de chagas.
	R-0030	Prolapso colorrectal como primera manifestación de adenocarcinoma en sigma.
	R-0031	Metástasis femoral subcutánea de melanoma sin foco primario.
	R-0032	Paniculitis lúpica en nódulos subcutáneos de mujer joven.

	R-0033	Eventración de trócar laparoscópico umbilical que provoca hernia de littré estrangulada.
	R-0034	Fístula vasculo-entérica secundaria a aflibercept vs radioterapia.
	R-0035	Tne de intestino delgado.
	R-0036	Angiofibroma celular. Presentación poco frecuente de tumoración inguinal.
	R-0038	Hernia diafragmática traumática.
	R-0039	Tumor neuroendocrino de intestino delgado.
	R-0040	Quiste hidatídico hepático fistulizado a vena cava inferior con embolismo pulmonar secundario.
	R-0041	Linfangioma quístico mesentérico de intestino delgado.
	R-0043	Leiomioma del tabique rectovaginal.
	R-0044	Pólipo hamartomatoso en íleon.
	R-0045	Adenocarcinoma de apéndice.
	R-0046	Hipoglucemias que terminan en quirófano: el insulinoma.
	R-0047	Síndrome de bouveret. A propósito de un caso y revisión de la literatura.

	R-0048	Hemangioma cavernoso hepatico gigante: a propósito de un caso.
	R-0050	Lesiones hepáticas quísticas: cistoadenoma; un caso poco frecuente.
	R-0051	Tratamiento conservador de la diverticulitis yeyunal aguda complicada.
	R-0052	Hidatidosis hepática: complicaciones infrecuentes de una enfermedad bien conocida en Castilla y León.
	R-0053	Hidatidosis quística hepática: estudio comparativo entre provincias de Castilla y León.
	R-0054	Duodenectomía como tratamiento de neoplasia de la segunda porción: un caso infrecuente.
	R-0055	Obstrucción de ileon distal por endometriosis.
	R-0056	Obstrucción de ileon distal por endometriosis.
	R-0058	Metástasis de gran leiomiosarcoma retroperitoneal, un reto en el seguimiento de los pacientes.
	R-0059	Rara causa de abdomen agudo: infarto omental. ¿es seguro el manejo conservador?
	R-0060	Resección multivisceral de tumoración abdominal gigante con diagnóstico anatomopatológico incierto.
	R-0061	Hamartoma retrorrectal: abordaje posterior con preservación esfintérica.

	R-0062	Pólipo fibroide inflamatorio como causainfrecuente de invaginación yeyunal proximal deladulto.
	R-0063	Adenoma hepático gigante complicado sin factores de riesgo asociados.
	R-0065	Gran tumor retroperitoneal funcionante: hipertensión arterial secundaria en paciente joven.
	R-0066	Modificaciones estructural proteicas y su presencia en la obesidad mórbida.
	R-0067	Asociaciónpolimorfismos geneticos específicos durante la reducción de peso en los pacientes sometidos a cirugía bariatrica.
	R-0068	Cómo manejar el hueco pélvico tras la amputación abdominoperineal.
	R-0069	Diágnostico de metástasis intestinal durante estudio por hemorragia digestiva.
	R-0070	Infección mortal de tejidos blandos secundario a adc recto perforado.
	R-0075	Sarcoma retroperitoneal: cuando diagnosticamos metástasis.
	R-0076	Tumor fibroso solitario pélvico retroperitoneal con criterios de malignidad. Reporte de un caso.
	R-0077	Insuficiencia respiratoria aguda como presentación clínica del

		bocio benigno multinodular.
	R-0078	Carcinoides apendiculares. Experiencia en nuestro centro.
	R-0079	Fractura patológica como presentación clínica del carcinoma papilar de tiroides braf negativo. A propósito de un caso.
	R-0082	Schwannoma inguinal; una localización infrecuente de una tumoración rara de difícil diagnóstico.
	R-0088	¿Tumor ovárico? No. Gist de intestino delgado.
	R-0089	Invaginación intestinal en adulto, a propósito de un caso.
	R-0091	Torsión de mucocele apendicular como causa de dolor abdominal crónico.
	R-0092	Múltiples heridas cervico-toraco-abdominales: a punto de morir.
	R-0095	Recidiva local y metástasis gástrica de liposarcoma mixoide. Manejo y tratamiento.
	R-0099	Liposarcoma retroperitoneal: gigante dormido.

COMUNICACIONES TIPO PÓSTER:

R-0000.- CONGLOMERADO ADENOPÁTICO ABSCESIFICADO EN HILIO HEPÁTICO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN PACIENTE VIH POSITIVA

González Zunzarren, Mariana; Abadia Barno, Pedro; Coll Sastre, Magdalena; Pozancos de Simon, Teresa; Herrador Benito, Jorge; Ballestero Pérez, Araceli; Cornejo López, Marian; luengo Pierrad, Patricia; Lisa Catalan, Eduardo; Lobo Martínez, Eduardo

INTRODUCCIÓN

La localización más frecuente de la tuberculosis es pulmonar aunque puede afectar a todos los órganos. Dentro de las formas extrapulmonares la más frecuente es la ganglionar. Las formas extrapulmonares son de peor pronóstico y de más difícil diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años, natural de Guinea Ecuatorial, VIH positiva estadío C3, en tratamiento antirretroviral, que acude a urgencias por dolor abdominal de comienzo brusco, de 12 horas de evolución, difuso, asociado a tiritona sin fiebre termometrada. A su llegada presenta TA 132/106; FC 141; Tª 39,7ºC. A la exploración abdomen doloroso a la palpación de forma difusa con predominio en epigastrio e irritación peritoneal generalizada. En la analítica destaca PCR de 110, neutrofilia sin leucocitosis y FA de 165. Radiografía de tórax sin alteraciones. Se solicita TAC abdomino-pélvico con hallazgo de asa de yeyuno de localización atípica, con signos incipientes de sufrimiento, en relación a probable hernia interna y conglomerados adenopáticos con centro necrótico en hilio hepático y omento menor. Se realiza laparotomía exploradora urgente con hallazgo de bloque adenopático abscesificado en hilio hepático que se drena y asas intestinales sin signos de sufrimiento. Se mandan cultivos del contenido del absceso a microbiología y la cápsula de la adenopatía a anatomía patológica, siendo ambos positivos para tuberculosis.

DISCUSIÓN

La tuberculosis continúa siendo un grave problema de salud pública. La localización más frecuente es la pulmonar aunque puede afectar a todos los órganos siendo lo más frecuente los ganglios linfáticos. El diagnóstico de la tuberculosis extrapulmonar es más difícil ya que generalmente los bacilos en las lesiones son escasos y puede afectar a muchos órganos y presentar una gran variedad de manifestaciones clínicas. Los pacientes coinfectados con el VIH tienen un riesgo mayor de presentar tuberculosis, presentan con mayor frecuencia localizaciones extrapulmonares diseminadas y tienen una tasa de mortalidad por tuberculosis mayor que los pacientes VIH negativos. En el África subsahariana existe una tasa de coinfección de tuberculosis/VIH del 82%. La

incidencia de tuberculosis en pacientes VIH varía en función del estadío de la enfermedad, siendo mayor cuando el recuento de CD4 es menor de 200.

CONCLUSIONES

A pesar de que la forma de tuberculosis más frecuente es la pulmonar, esta puede afectar a cualquier órgano. La sospecha de tuberculosis extraganglionar es importante ya que tiene peor pronóstico y es de difícil diagnóstico. Una carga baja de CD4 (< 200) es un factor de riesgo para tuberculosis extrapulmonar.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0001.- ADENOCARCINOMA MUCINOSO APENDICULAR: ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO

Díez González, Pablo; De La Hoz Riesco, María Luisa; Álvarez Rodríguez, María Reyes; González Elosua, Tomás; Simó Fernández, Vicente; Ballesta Russo, Laura Daniela; Marco López, Isabel María; Olmos Juste, Valle; Pedrosa Simón, José Antonio; Pacho Valbuena, Silvino

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma apendicular es una entidad rara en comparación con otros tumores apendiculares tales como el adenoma mucinoso y el carcinoide. Histológicamente se caracteriza por una mayor afectación mucosa y atipia; con un patrón infiltrativo irregular. La mayoría se presentan como apendicitis aguda o plastrones apendiculares. No existe un consenso global de tratamiento.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 65 años sometida a una apendicectomía de urgencia por apendicitis aguda con postoperatorio complicado con íleo paralítico. La A.P. detectó ADC mucinoso apendicular de 4,5 cm perforado a 2,5 cm del margen quirúrgico. pT3.

TC t-a-p: No presenta signos de malignidad regional ni a distancia.

INTERVENCIÓN

Laparoscopia exploradora. Biopsias de hígado, diafragma, ganglios ileocólicos y epiplón mayor. Citología y marcadores tumorales de líquido peritoneal.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Biopsias negativas para malignidad. T3N0M0. Ca 12.5 elevado**.**

TRATAMIENTO

QT (Xelox). Se suspende tras dos ciclos por enteritis tóxica. Evolución: La paciente se encuentra asintomática en revisiones periódicas.

CONCLUSIÓN

Estudios recientes demuestran que la apendicectomía simple no empeora la supervivencia frente a la hemicolectomía derecha; reservándose ésta para casos en que el adenocarcinoma diste menos de 2 cm de la base apendicular, sea indiferenciado o presente un alto índice mitótico. Es esencial la revisión de la cavidad peritoneal para completar la estadificación. La invasión linfática marca el pronóstico. Alternativas

como la quimioterapia sistémica y/o peritonectomía son consideradas, si existe invasión linfática o peritoneal.

R-0004.- PERFORACIÓN GÁSTRICA TRAS COLOCACIÓN DE PEG

Velasco López, Rosalía; Gonzalo Martín, Marta; Rodríguez López, Mario; Mambrilla Herrero, Sara; Bailón Cuadrado, Martín; Díez González, Luis Miguel; Blanco Álvarez, José Ignacio; Pérez Saborido, Baltasar; Asensio Díaz, Enrique; Marcos Rodríguez, José Luis

OBJETIVOS

La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), se ha convertido en el gold estándar del aporte nutricional enteral de larga duración en pacientes con inadecuada ingesta oral. Sus principales indicaciones son las neoplasias de cabeza y cuello, enfermedades neurológicas, ACV o demencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón, de 56 años, remitido desde su residencia, por fiebre de 38ºC y dolor abdominal de 24h de evolución. Antecedentes de esclerosis lateral amiotrófica, con tetraparesia. Hace 3 meses se le colocó una PEG para conseguir una nutrición suplementaria adecuada, y se recambió hace una semana. Está consciente y emite sonidos vagamente inteligibles. Presenta dolor abdominal difuso y signos de irritación peritoneal. La PEG aparentemente es permeable. Se realiza un TC, observándose la PEG extravasada en la cavidad peritoneal. La recolocación endoscópica se desestimó al objetivarse “pus” en el interior del estómago. Se realizó una laparotomía exploradora de urgencia, encontrándose el trayecto de la PEG a través del mesocolon transverso, contenido alimenticio en la transcavidad de los epiplones y una peritonitis generalizada. Se realizó sutura simple de la cara posterior gástrica, tras refrescamiento de sus bordes, y lavados de toda la cavidad.

RESULTADOS

Tras 5 días en Reanimación, fue trasladado a la planta, donde sufrió un empeoramiento de su enfermedad de base con insuficiencia respiratoria y el decimoquinto día, realizó una broncoaspiración, y falleció.

CONCLUSIONES

A pesar de ser una técnica relativamente sencilla, la colocación de una PEG no está exenta de riesgos. Su trayecto comienza a madurar en 1-2 semanas y está totalmente cicatrizado a las 4-6 semanas, salvo en pacientes con malnutrición grave, ascitis o inmunodeprimidos, en los que puede tardar más tiempo. Se debe verificar su correcta posición intragástrica, mediante aspiración del contenido, radiografía abdominal administrando contraste hidrosoluble por la sonda o bien mediante gastroscopia. Las complicaciones más comunes (8-30%), son menores, como la infección de la herida, las fugas perisonda o la obstrucción de la misma. Existen otras de mayor gravedad (1-4%),

como la hemorragia, la broncoaspiración, la migración del tubo o la perforación. En caso de sospechar una colocación intraperitoneal, puede optarse por un manejo conservador en pacientes estables, retirando la PEG, asociando SNG y antibióticos de amplio espectro. Para aquellos que presenten signos de irritación peritoneal, la intervención quirúrgica es la norma. A pesar de que la incidencia de colocación intraperitoneal de la PEG en pacientes que ya tienen un trayecto maduro es desconocida, se asocia a gran morbimortalidad.

R-0005.- RETRONEUMOPERITONEO TRAS FÍSTULA INTERESFINTERIANA BAJA INTERVENIDA

Velasco López, Rosalía; Gonzalo Martín, Marta; Rodríguez López, Mario; Mambrilla Herrero, Sara; Bailón Cuadrado, Martín; Resines Llorente, Vicente; Marcos Rodríguez, José Luis; Blanco Álvarez, José Ignacio; Pérez Saborido, Baltasar; Díaz Martínez, Ruth

OBJETIVOS

Las fístulas perianales son una de las patologías más frecuentes en la consulta de Proctología. Su tratamiento va dirigido a conseguir la curación, evitando la recidiva y tratando de preservar la función esfinteriana. Para ello, un buen estudio diagnóstico, usando habitualmente RMN pélvica para la identificación de los trayectos, localizando los orificios, interno y externo, su relación con el aparato esfinteriano, y el estado previo de la continencia anal, como en los casos recidivados, nos ayudarán a escoger la mejor técnica quirúrgica para su reparación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente varón de 39 años de edad, dado de alta el día previo tras cirugía programada, por fístula interesfinteriana baja recidivada, con realización de fistulotomía y colgajo de avance mucoso rectal, con evolución favorable. Acude a urgencias por fiebre de hasta 39ºC y dolor perianal, asociado a tenesmo y deposiciones con sangre, en número de 8-10. Presenta leucopenia asociada a neutrofilia y fracaso renal agudo, que condicionan un estado séptico del paciente. Se realiza un TC, objetivándose burbujas de gas a nivel presacro y retroperitoneales, hasta la bifurcación Aórtica, compatibles con perforación rectal, sin líquido libre ni colecciones. Ingresa en Cirugía con diagnóstico de sepsis de origen perianal y se instaura tratamiento antibiótico con Meropenem, Metronidazol y Linezolid.

RESULTADOS

Durante su estancia en la planta, el paciente fue manejado con tratamiento conservador. Presentó varios episodios autolimitados de emisión de heces con coágulos de sangre fresca, sin poder objetivar punto claro de sangrado, que requirieron varias trasfusiones. El paciente evolucionó de forma satisfactoria con desaparición progresiva del gas retroperitoneal en el TC de control, siendo dado de alta 10 días después, asintomático.

CONCLUSIONES

La utilización de colgajos de avance es buen método terapéutico en caso de fístulas recidivadas bajas que no comprometen la función esfinteriana, asociándose a un menor riesgo de incontinencia y a una cicatrización más rápida. A pesar de ser una patología banal, el tratamiento quirúrgico de las fístulas puede producir

complicaciones serias que si no se diagnostican a tiempo, pueden comprometer la vida del enfermo, como perforación rectal, sepsis retroperitoneal, gangrena de Fournier… Su tratamiento puede ser bien el cierre primario, drenaje de espacios perianales o realización de procedimiento de Hartmann. En el caso de la infección de partes blandas, más frecuentes en pacientes diabéticos e inmunodeprimidos, el manejo debe ser agresivo desde el principio, con antibióticos de amplio espectro, drenaje y desbridamiento de las zonas cruentas.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0006.- TUMORES PRESACROS RETRORRECTALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Serra Lorenzo, Rubén; del Barrio Anaya, Sandra; Acosta Rodríguez, Alejandro; Malavé Cardozo, Luis; Fadrique Fernández, Begoña; Delgado Mucientes, Alberto; Trapero Díaz, José Cruz; Etreros Alonso, Javier; Ais Conde, Juan Guillermo

Presentamos una mujer de 48 años sin antecedentes de interés, remitida desde la consulta de ginecología por detección de tumoración pélvica, entre coxis y recto, durante una exploración ginecológica rutinaria. La paciente no presenta sintomatología alguna. A la exploración el abdomen es normal, al Tacto rectal se palpa masa extraluminal en pared posterior. Analítica y Marcadores tumorales normales. Colonoscopía sin hallazgos. TAC presenta masa redondeada de 5,5x5,5x3,8 postero-lateral derecha al recto de características quísticas sin calcificaciones. RMN se confirma dicha masa independiente de recto y anejos. Se decide intervención programada de la paciente, se coloca en posición de navaja sevillana y se accede a la tumoración por vía posterior de Kraske extirpándose íntegramente la tumoración. La paciente es dada de alta a los pocos días de la intervención. La anatomía patológica concluye que se trata de un quiste epidermoide.

Exponemos mediante el caso tumores que son infrecuentes en dicha localización, la mayoría no suelen dar sintomatología y se dan en personas jóvenes. Pueden ser de distintas extirpes, la mayoría benignas, y que precisan intervención quirúrgica.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0007.- MUCOCELE APENDICULAR: TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO ANTE UN HALLAZGO QUIRÚRGICO

Se describe el caso de un paciente de 72 años, que presenta dolor abdominal desde hace 7 días, y que es intervenido de urgencia por un abdomen agudo. En quirófano se objetiva una tumoración dependiente del apéndice de 11 x 5 x 5 cm con base libre, se realiza apendicetomía, en el estudio anatomopatológico informa de cistoadenoma apendicular, con citología de líquido peritoneal positiva para malignidad. Adjuntamos imágenes de la pieza quirúrgica. El objetivo es hacer una revisión bibliografía y replantear la actitud con respecto al tratamiento y seguimiento de esta entidad.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0008.- INVAGINACION INTESTINAL, A PROPOSITO DE UN CASO

Acosta Rodriguez, Alejandro; Monge Ropero, Nicolas; Serra Lorenzo, Ruben; del Barrio Anaya, Sandra; Etreros Alonso, Javier; Malave Cardozo, Luis; Perez Cerdeira, Marisol; Arjona Trujillo, Juan Pablo; Ais Conde, Guillermo.

Presentamos el caso de una paciente de 30 años, quien presenta dolor abdominal de leve intensidad en los últimos meses y es seguida por el servicio de Digestivo para descarta EII, es intervenida en el contexto de un abdomen agudo, encontrando en la cirugía una invaginación de 60 cm ileo-colica y un pólipo en íleo distal de 6 cm causante de la misma. Adjuntamos las imágenes radiológicas y quirúrgicas y hacemos una revisión bibliográfica de la entidad clínica

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-009.- EVALUACIÓN PROSPECTIVA COMPARTIVA DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL.

Francisco Blanco Antona, María Antonia Montenegro Martín, Javier Sánchez González, Miguel Toledano Trincado, María Luz Martín Esteban, Laura Colao García, Juan Carlos Martín del Olmo

INTRODUCCIÓN

El abordaje laparoscópico ha demostrado superioridad respecto a la cirugía abierta en términos de recuperación y reducción de la morbi-mortalidad en la cirugía del cáncer colorrectal, tal y como han evidenciado diferentes publicaciones (COST, CLASICC, COST I y II).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudiamos los pacientes intervenidos por cáncer colorrectal durante el periodo enero 2002-diciembre 2012, incluidos en una base de datos prospectiva de procesos de Coloproctología (Access).Se analizan los datos mediante SPSS versión 19.0 y se comparan los datos recogidos con los resultados mostrados en los Estudios COST y COLOR II.

RESULTADOS

Se han intervenido 271 pacientes por patología colorrectal con abordaje laparoscópico (103 rectales y 168 colónicas). La mediana de edad de la serie es de 68 años (18-91), con un 55.4% de varones, la clasificación ASA más frecuente es II (62.5%), la localización tumoral en el colon fue derecho-transverso en el 51.5% de los casos, colon izquierdo en el 10.1%, sigma en el 38.1%. Respecto al recto los tumores fueron mayoritariamente de tercio inferior, si bien sólo el 22.3% recibieron neoadyuvancia con radio-quimioterapia. Los tiempos quirúrgicos medios fueron de 208 minutos para el colon y de 232 minutos para el recto. La morbilidad global de la serie en patología colónica fue de 26.1%, y de 46.6% en recto (con un 8.7% de fugas anastomóticas). La mortalidad en colon fue del 2.9% y del 1% en recto.

		HMC	COST
N		168	435
Edad		68 (18-91)	70 (28-96)
Sexo	Femenino	75 (44.6%)	212 (49%)
	Masculino	93 (55.4%)	223 (51%)
ASA	I - II	105 (62.5%)	373 (86%)
	III	56 (34.1%)	62 (14%)
	IV	7 (3.4%)	-
Localización T	Derecho	87 (51.8%)	237 (54%)
	Izquierdo	17 (10.1%)	32 (7%)
	Sigma	64 (38.1%)	166 (38%)
	Desconocido	-	4 (1%)
T	1	15 (8.9%)	67 (15%)
	2	18 (10.7%)	105 (24%)
	3	81 (48.2%)	226 (52%)
	4	54 (32%)	-
Tiempo IQ	(min)	208 (100-400)	150 (35 – 450)
Conversión		21 (12.5%)	90 (21%)
Adherencias		56 (33.3%)	244 (56%)
Analgesia IV	(días)	3 (2-4)	3 (2 – 4)
Hospitalización	(días)	9 (2-58)	5 (4 – 6)
Mortalidad	(30 días)	5 (2.9%)	2 (< 1%)
Complicaciones	Global	44 (26.1%)	92 (21%)

	HOSPITAL DE MEDINA DEL CAMPO	COLOR II
N	103	699
ASA III-IV	35%	20%
Tercio		
Superior	33%	29%
Medio	27%	39%
Inferior	40%	32%
Tratamiento neoadyuvante	22.3%	59%
Cirugía paliativa	6.8%	No especificado
T4	11.7%	No especificado
Ileostomía de protección	20%	35%
Tipo de IQ		
RAB	22%	10%
RAUB	41%	60%
AAP	37%	29%
Hartmann	3.9%	5%
Tiempo quirúrgico	232 min (120 - 400)	240 min (184 - 300)
Número de ganglios extirpados	17.3 (8 - 64)	13 (10 - 18)
MCR	8.8 mm (0 – 22)	10 mm (5 - 18)
Inicio de tolerancia oral	3.8 días (1 – 17)	2 (1 – 3)
Morbilidad (general)	46.6%	40%
Fugas anastomóticas	8.7%	13%
Reintervenciones	15.5%	16%
Mortalidad	1%	1%

CONCLUSIÓN

La cirugía laparoscópica del cáncer colorrectal puede ser realizada de forma segura en un hospital de tercer nivel, obteniendo resultados similares al abordaje clásico, en el seno de equipos quirúrgicos experimentados.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0010.- CARCINOMATOSIS PERITONEAL EN EL HEPATOCARCINOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Coll Sastre, Magdalena; Abadia Barnó, Pedro; Pozancos de Simón, Teresa; González Zunzarren, Mariana; Tortolero Giamante, Laura; Cornejo , Maria de los Angeles; Yagüe Adán, Sandra; Garcia Angarita, Francisco; Nuño Vazquez-Garza, Javier

INTRODUCCIÓN

El hepatocarcinoma es uno de los tipos tumorales de mayor incidencia en todo el mundo, asociado a factores predisponentes como la cirrosis hepática alcohólica o la infección por VHB y C. Los sitios más frecuentes de metástasis a distancia son el pulmón, ganglios linfáticos y el hueso, siendo la diseminación peritoneal extremadamente rara.

CASO CLÍNICO

Varón de 54 años con antecedentes de hepatitis crónica por VHC desde 1994 e intervenido por hepatocarcinoma realizándose trisegmentegtomia VI, VII y VIII y resección parcial del diafragma por infiltración del mismo. El diagnóstico anatomo-patológico describía una lesión de 17cm que se correspondiente a un hepatocarcinoma sólido pobremente diferenciado y con áreas anaplásicas. A los 3 meses de la cirugía se observa una elevación de la AFP y en el TAC body se detecta una masa mesentérica de unos 7-8cm y otros dos implantes satélite más pequeños alrededor. Se reinterviene al paciente realizándose una extirpación completa de la masa, situada a nivel de omento mayor y de los dos implantes peritoneales macroscópicos, que comprimían sigma y producían obstrucción intestinal con dilatación retrógrada de asas. El paciente se encuentra clínicamente bien, asintomático. La anatomía patológica de la pieza es de metástasis de hepatocarcinoma anaplásico.

DISCUSIÓN

La diseminación peritoneal en el hepatocarcinoma es rara, se estima que la incidencia de metástasis en epiplón mayor es sólo un 3,8%, y cuándo ocurre es considerado un estadio muy avanzado de enfermedad. La metástasis peritoneal se ha descrito en algunos casos tras realización de biopsia con aguja gruesa, o por rotura del tumor primario, lo que ocasiona una situación de emergencia con peritonitis grave asociada. En cambio, la metástasis peritoneal aislada se ha descrito en contadas ocasiones y siempre asociada es estirpes histológicas poco diferenciadas. La resección quirúrgica en estos casos supone un dilema, ya que no implica curación de la enfermedad.

Presentamos un caso poco frecuente de diseminación peritoneal como metástasis única en un hepatocarcinoma indiferenciado, en el que la cirugía ha supuesto una

mejoría clara en la calidad y expectativa de vida del paciente. Dada la rareza de ésta entidad es importante conocer los pocos casos descritos.

CONCLUSIÓN

Incluso en aquellos casos de pacientes con hepatocarcinoma y diseminación de la enfermedad, debemos considerar la opción quirúrgica como tratamiento, en aquellos casos seleccionados en que pueda favorecer una mejoría en la calidad de vida de éstos.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0011.- QUISTE DE COLÉDOCO: REVISIÓN DE CASOS

Coll Sastre, Magdalena; Abadia Barnó, Pedro; Pozancos de Simón, Teresa; González Zunzarren, Mariana; Yagüe Adán, Sandra; Tortolero Giamante, Laura; Lopez Hervás, Pedro; Peromingo Fresneda, Roberto; Lobo Martínez, Eduardo

INTRODUCCIÓN

Las dilataciones congénitas de la vía biliar son un grupo de alteraciones poco frecuentes, con una incidencia de 1/150000 en los países Occidentales y de 1/1000 nacimientos en Japón, comúnmente asociadas con la presencia de una anomalía de la unión del conducto biliar con el conducto pancreático que favorece el reflujo de jugo pancreático en el interior del árbol biliar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los casos diagnosticados en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Ramón y Cajal entre 1997 y 2012

RESULTADOS

En nuestro centro se han diagnosticado un total de 6 casos entre 1997 y 2012. De los 6 casos, 4 eran mujeres y 2 varones y la edad de presentación muy variable, entre los 12 y los 68 años. La mitad de los casos eran quistes tipo I, el tipo más frecuente en las series halladas en la literatura. En todos ellos se realizó una extirpación completa del quiste con reconstrucción biliodigestiva en Y de Roux. Se ha realizado seguimiento contínuo de los pacientes tras la cirugía sin hallarse ningún caso de malignización hasta el momento actual.

DISCUSIÓN

Las malformaciones de la vía biliar son una entidad muy poco frecuente en nuestro medio, siendo más frecuente en mujeres y durante la infancia. Sólo un 20% de los casos se diagnostican en la edad adulta. Es de radical importancia un diagnóstico y tratamiento precoz dada su capacidad de malignización, que varía en función de la edad y las series estudiadas; siendo menor al 0,7% en la primera década de la vida y de hasta un 15% en mayores de 20 años. El tratamiento definitivo varia en función del tipo, en resumen se aconseja realizar una extirpación completa del quiste y la vía biliar extrahepática con una reconstrucción biliodigestiva en Y de Roux. El seguimiento debe ser de por vida, ya que incluso después de la cirugía existe un riego de 0,7% de malignización

CONCLUSIÓN

Los quistes de colédoco son una patología congénita muy poco frecuente en nuestro entorno, pero de vital importancia dada su capacidad de malignizar, por lo que es fundamental un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado mediante extirpación completa del quiste.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0012.- UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE SOBRE ESÓFAGO DE BARRETT

Anduaga Peña, Maria Fernanda; Rozo , Orlando; Aguilera Molina, Yari; Asunción Garcia, Plaza; Abdel-Lah Fernandez, Omar; Carrero , Sixto; Parreño Manchado, Felipe; Peláez , Rosa; Muñoz Bellvis, Luis

INTRODUCCIÓN

El Esófago de Barrett se define como la presencia de metaplasia columnar en el esófago distal. Por lo tanto, la úlcera de Barrett es aquella úlcera, que ocurre en una mucosa metaplásica en aproximadamente el 10% de los casos diagnósticada mediante gastroscopia. Excepcionalmente estas se perforan o fistulizan a tejidos adyacentes.

OBJETIVOS

Describir el caso de un paciente con HDA, en el que mediante gastroscopia, se diagnosticó una fístula esofágica contenida sobre una ulcera de Barrett descartándose malignidad mediante biopsias seriadas y que ante la estabilidad hemodinamica del mismo, se decidio tratamiento conservador.

CASO CLINICO

Paciente varón de 66 años con antecedentes de esquizofrenia residual, Esofago de Barret, úlcera esofagica visualizada por endoscopia un año antes y DM de novo. Acudió a urgencias por HDA con inestabilidad hemodinámica, requirió ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos realizándose gastroscopia que describia a 35 cm, orificio fistuloso que comunica con cavidad de fondo necrótico (AP: mucosa con metaplasia intestinal y displasia de bajo grado, compatible con Esófago de Barrett). Estabilizado se le realizó TAC torácico evidenciándose fuga de contraste oral en 1/3 distal de esófago a pseuodocavidad retrocardiaca que se extiende hacia región paramediastínica derecha de 7x8 cm. El paciente es evaluado por nuestro servicio para definir conducta quirúrgica. Durante su estancia, el paciente estuvo estable hemodinámicamente con dieta absoluta, tto antibiótico y nutrición parenteral realizándose las siguientes pruebas, un primer transito EGD que describe imagen de adición sacular redondeada elongada con pared mal definida y cuello de1.2cm, sugiriendo divertículo epifrénico perforado con fistula y formación de pseudocavidad. Gastroscopia que refiere (desde 30cm) mucosa ectópica (hasta 35cm) y tejido mamelonado de aspecto tumoral, fistula de 15mm con contenido purulento que comunica con cavidad de gran tamaño. Biopsia: fondo y bordes de úlcera: Tejido de granulación con inflamación aguda y crónica; obtiviendose dos biopsias negativas para células malignas. A las tres semanas un nuevo transito EGD donde no se visualiza imagen de adición descrita en 1/3 distal esofágico y una última gastroscopia al mes sin visualizarse orificio fistuloso siendo dado de alta tolerando la vía oral.

CONCLUSIONES

La Ulcera de Barrett es una complicación bastante infrecuente sobre Esófago de Barrett, siendo excepcional la perforación y fistulización a una seudocavidad que evolucione de forma crónica como en el caso descrito. Creemos que el tratamiento puede ser conservador sobre el esófago si se cumplen ciertos criterios: estabilidad hemodinámica, evolución crónica y ausencia de malignidad.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0013.- TUMORES PRIMARIOS QUÍSTICOS MESENTÉRICOS

Aguilera Molina, YARI; Abdel-lah Fernandez, Omar; Rozo Coronel, Orlando; Caraballo Angeli, Mariana; Anduaga Peña, Maria Fernanda; Pelaez Barrigon, Rosa; Iglesias Iglesias, Manuel; Garcia Plaza, Asuncion; Parreño Manchado, Felipe; Muñoz Bellvis, Luis

INTRODUCCIÓN

Los tumores mesentéricos son entidades poco frecuentes, la incidencia de tumores mesentéri-cos quísticos es de 1/100000.

OBJETIVO

A través de dos casos representativos mostrar las diferencias y similitudes de los posibles diagnósticos dentro de esta entidad clínica relativamente poco frecuente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan dos casos intervenidos en el Hospital Clínico de Salamanca durante el año 2013.

Caso 1: Mujer de 50 años. Que de forma incidental en decúbito supino nota una masa abdomi-nal. Sin sintomatología asociada. Exploración física: presenta en la fosa iliaca izq. una tumo-ración palpable de 5 cm. fija, con bordes lisos. En el TAC se aprecia una lesión quística en hemiabdomen inferior de paredes finas en contacto con asas de delgado, el psoas izquierdo, aorta distal y arteria iliaca primitiva de 8x11 cm. Compatible con quiste mesentérico. Los ha-llazgos de la intervención evidenciaron una tumoración quística en FII retroperitoneal de 15 cm, se realizó una quistectomia. La anatomía patológica fue informada como Linfangioma Cavernoso.

Caso 2: Varón de 44 años. Sin antecedentes de interés. Es visto en la consulta de cirugía por presentar una masa abdominal acompañado de dolor y disminución de peso de dos meses de evolución. Exploración física: presenta una masa móvil en mesogastrio de 15 cm. poco dolorosa, signo de Tillaux positivo. Entre los estudios complementarios se realizó una ecografía abdominal que ponía de manifiesto una tumoración quística de 12cm, con contornos bien definidos, compatible con quiste mesentérico. Y un TAC abdomino-pélvico: Tumoración quística no tabicada de 12cm. en hemiabdomen inferior que condicionaba el desplazamiento de asas de intestino delgado. En la intervención se objetivó una gran tumoración quística hipervascularizada dependiente del mesenterio, se practicó una extirpación completa sin apertura de la misma ni resección intestinal. La anatomía patológica fue informada como quiste unilocular con pared fibro-inflamatoria.

RESULTADO

La evolución postoperatoria de los pacientes fue favorable, no presentaron complicación alguna. Actualmente en seguimiento por la consulta de cirugía general con controles al mes 3 y 6 meses evolucionando adecuadamente , sin necesidad de tratamiento adicional.

CONCLUSIÓN

El manejo de los tumores quísticos mesentéricos es complejo por la gran variedad de entida-des patológicas que engloban. La toma de decisiones depende en gran medida de los estudios de imagen; los puntos esenciales a la hora de decidir un tratamiento terapéutico son: la resecabilidad del tumor mesentérico y la intensidad de la sintomatología producida por la masa.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0017.- CARCINOMA NEUROENDOCRINO PRIMARIO DE MAMA: RARA NEOPLASIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Suero Rodríguez, Carlenny; Barra Valencia, Vanesa; Eguía Larrea, Marta; De Castro Monedero, Paola; Silva Fernández, Jésus; Saldarriaga Ospino, Luis Carlos; San José Santamarta, Henar; Fernández Rodríguez, Jose Alberto; Louredo Méndez, Angel; Alvárez Conde, José Luis

OBJETIVOS

Los tumores neuroendocrinos primarios de la mama son neoplasias raras, con una incidencia del 2-5% representando menos del 0,1 % de todos los cánceres de mama. Fueron incluidos por la Organización Mundial de la Salud en la clasificación de tumores de mama como tipo histológico específico en 2003 distinguiendo tres variantes: sólido, de célula pequeña y de célula grande. Son más frecuentes en mujeres de edad avanzada y se presentan como una lesión única y bien delimitada. Para su diagnóstico se requiere que más del 50% de las células tumorales presente marcadores neuroendocrinos (inmunohistoquímica) y es necesario hacer el diagnóstico diferencial con las metástasis de un tumor neuroendocrino primario previo. MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente mujer de 64 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés que refiere nódulo en CSE de mama derecha de tres meses de evolución y de rápido crecimiento. En la exploración física presenta deformidad en CSE de mama derecha por nódulo de unos 3 cm de diámetro, bien delimitado, duro y móvil, sin afectación cutánea ni axilar. Se realiza analítica completa con marcadores tumorales, cromogranina sérica y acido 5 hidroxindolacético en orina sin alteraciones, mamografía, ecografía mamaria y RMN que confirman la presencia de una lesión única de 3.3 cm en CSE de mama derecha sospechosa de malignidad y BAG de la misma con resultado de carcinoma infiltrante de características neuroendocrinas (inmunohistoquímica: receptores hormonales negativos, ki67%: 80%, Her 2 neu negativo, CK 19 positiva en menos del 10% de las células tumorales, cromogranina negativa, sinaptofisina, CD56 y ENS positivos y TTF1 negativo). Se completa estudio con un TAC tóraco-abdomino-pélvico y rastreo corporal con pentreteotrido-In-111 y SPECT-TAC que confirman la presencia de una tumoración mamaria derecha con receptores de somatostatina. RESULTADOS: Con el diagnóstico de carcinoma neuroendocrino primario de mama con estudio de extensión negativo se interviene quirúrgicamente a la paciente realizándose mastectomía derecha, BSGC en axila derecha (se detecta un único ganglio centinela que se envía para estudio en diferido al no poder utilizarse el sistema OSNA) identificándose ganglio axilar en nivel I (no centinela) sospechoso de infiltración tumoral que se envía a Anatomía Patológica para estudio intraoperatorio siendo informado como metástasis de carcinoma, por lo que se realiza linfadenectomía axilar derecha (niveles I y II de Berg y ganglios interpectorales de Rotter). El postoperatorio trascurre sin incidencias. CONCLUSIONES: Los carcinomas

neuroendocrinos primarios de la mama son tumores muy poco frecuentes. Existen pocos casos descritos en la literatura por lo que su tratamiento no está claramente establecido aunque existe consenso en que deberían tratarse como tumores mamarios de riesgo. Su pronóstico no está claro aunque parece mejor que el de los tumores neuroendocrinos primarios de otras localizaciones y mejor que el de los primarios de otras localizaciones metastatizados en la mama pareciendo depender éste de los factores tradicionales como el tamaño tumoral, la ausencia de afectación ganglionar y los positividad de los receptores hormonales.

R-0018.- MANEJO Y REVISIÓN DE LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE ENFISEMATOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Abadía Barnó, Pedro; Coll Sastre, Magdalena; Pozancos de Simón, Teresa; Gonzalez Zunzarren, Mariana; Lisa , Eduardo; Rodriguez Velasco, Gloria; García Moreno, Francisca; Galindo , Julio; Lobo Martinez, Eduardo Delgado Mucientes, Alberto; Fadrique Fernandez, Begoña; Mlave Cardozo, Luis; Ais Conde, Guillermo

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis enfisematosa es una complicación grave y poco frecuente de la pancreatitis aguda, con una tasa de mortalidad superior al 35%. El diagnóstico se basa en los datos clínicos y analíticos de gravedad, y en el hallazgo radiológico de gas en el retroperitoneo y necrosis pancreática. El microrganismo más frecuentemente aislado es el Escherichia Coli.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 53 años, sin antecedentes de interés, que acude al servicio de urgencias por dolor epigástrico de doce horas de evolución irradiado a ambos hipocondrios y espalda, acompañado de nauseas y vómitos biliosos. A la exploración física la paciente presenta ictericia mucocutánea y dolor a la palpación abdominal con signos de irritación peritoneal. En la analitica destaca leucocitosis con desviación izquierda, colemia e hiperamilasemia. En la TAC se evidencia colelitiasis y gas en su interior, aerobilia e importante cantidad de gas en páncreas con una necrosis mayor del 50%, liquido libre y colección parrenal izquierda.

RESULTADOS

Ante la gravedad del cuadro clínico y radiológico asociado al empeoramiento de la paciente, se realiza laparotomía exploradora de forma urgente hallándose una pancreatitis aguda grave con gas peripancreático y líquido libre y realizando colecistectomía, necrosectomía, drenaje de colecciones, yeyunostomía de alimentación, drenaje transcístico y cuatro tubos de drenaje para lavado. Durante su evolución en los tres meses de ingreso, la paciente se recuperó de una insuficiencia respiratoria leve en UCI y el manejo de las colecciones intrabdominales evidenciadas en los controles radiológicos con la TAC, se manejaron con antibioterapia intravenosa de amplio espectro. Al segundo mes se retiró la nutrición enteral y comenzó con dieta oral,con buena tolerancia, y afebril durante su última semana de ingreso tras la retirada de antibióticos.

DISCUSIÓN

El tratamiento inicial de las pancreatitis aguda grave con necrosis pancreática asociada es conservador. El hallazgo de gas en retroperitoneo o evidencia radiológica de colecciones peripancreáticas, no otorga una indicación de cirugía urgente en si misma sino su situación clínica. La mortalidad varía dependiendo del momento de la indicación quirúrgica, siendo mayor cuando la necrosectomía es precoz (dos primeras semanas) en torno a un 60% y del 32% cuando se realiza en la cuarta semana, principalmente debido a complicaciones sépticas. En centros especializados en cirugía del páncreas la mortalidad se ha llegado a disminuir hasta un 10-20%.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0019.- MANEJO CONSERVADOR EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA ENFISEMATOSA GRAVE

Abadía Barnó, Pedro; Coll Sastre, Magdalena; Pozancos de Simón, Teresa; Gonzalez Zunzarren, Mariana; Yagüe Adán, Sandra; Pato , Julio; Luengo , Patricia; Cornejo , Marian; Ballestero , Araceli; Lobo Martínez, Eduardo

INTRODUCCIÓN

La colecistitis enfisematosa, es una infección aguda de la vesícula biliar, que supone el 1 por ciento de todas las colecistitis agudas con una incidencia de colelitiasis menor del 50%.

Ocurre en el seno de pacientes mayores con comorbilidades asociadas, como la diabetes mellitus tipo II, con una frecuencia del doble en varones y está causada por microorganismos productores de gas, como el Clostridium.

La manifestación clínica suele ser insidiosa y en algunos casos similar a la de la colecistitis aguda, con dolor en hipocondrio derecho, naúseas, vómitos o fiebre, aunque a menudo se presenta con compromiso del estado general y shock tóxico.

La prueba de imagen más sensible y específica es la TAC, cuya imagen se caracteriza por la presencia de gas en la luz y pared, en ausencia de fístulas biliodigestivas aunque en los casos más avanzados se evidencia isquemia, abscesos perivesicualres, gangrena vesicular, neumoperitoneo o liquido libre.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 87 años con antecedentes de DM II, fibrilación auricular, hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca moderada, que ingresó en el servicio de urgencias por epigastralgia de 72 horas de evolución, asociado a vómitos y diarrea. A la exploración física, hemodinámicamente estable, anictérica, con dolor en HCD y Murphy negativo, leucocitosis con desviación izquierda y leve acidosis metabólica en la analítica. En la tac se evidencia enfisema vesicular y aerobilia, sin neumoperitoneo y abscesos perivesiculares. Ante la estabilidad clínica y la ausencia de complicaciones, se decide ingreso para manejo conservador con antibioterapia intravenosa, realizándose colecistostomía percutánea al día siguiente, cuyo cultivo biliar es positivo para Clostridium perfringens y Streptococcus sp. Al quinto día de ingreso, la paciente inicia tolerancia, se descarta fístula biliodigestiva mediante tránsito baritado y colangiografia, y es dada de alta tras cierre de colecistostomía, para control evolutivo, retirada posterior ambulatoria y programación de colecistectomía programada.

DISCUSIÓN

La colecistitis enfisematosa en una patología rara dentro de las colecistitis agudas, que requieren un diagnóstico precoz y un manejo urgente dada la alta morbimortalidad asociada. La cirugía urgente es el tratamiento gold standard, aunque en pacientes seleccionados, el manejo conservador mediante antibioterapia intravenosa, colecistostomía percutánea y colecistectomía en un segundo tiempo, está indicada.

En nuestro caso se optó por un manejo conservador, ya que la paciente presentaba estabilidad hemodinámica y clínica, leve alteración analítica y ausencia de datos de complicación en las pruebas de imagen realizadas durante su estrecho seguimiento de estancia hospitalaria.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0022.- LAPAROSCOPIA MONOPUERTO EN TIEMPOS DE CRISIS

Reoyo Pascual, José Felipe; Valero Cerrato, Xandra; León Miranda, Raquel; Martínez Castro, Rosa Mª; Alonso Alonso, Evelio; Zambrano Muñoz, Rocio; Álvarez Rico, Miguel; Ortega Seda, José; Seco Gil, Juan Luis

OBJETIVOS

Exponer nuestra casuística de apendicectomías laparoscópicas realizadas por puerto único utilizando un guante como sistema monopuerto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Apendicectomías laparoscópicas por puerto único utilizando el sistema monopuerto de guante en el que se insertan tres trócares (dos de 5 mm y uno de 12 mm) acoplado a un Alexis introducido en una incisión transumbilical de unos 2 cm , realizadas en nuestro servicio en los últimos 12 meses.

RESULTADOS

En momentos de crisis es cuando el ingenio del cirujano se acentúa, por ello al sentir la necesidad de comenzar con las técnicas laparoscópicas monopuerto, y ante las dificultades económicas para adquirir puertos únicos prefabricados, investigando en la literatura científica al respecto, nos resultó factible la utilización de un guante acoplado a un sistema alexis como sistema monopuerto. En un periodo de 12 meses se han realizado 20 apendicectomías laparoscópicas por puerto único utilizando un guante como medio monopuerto. Han sido 12 varones y 8 mujeres con una edad media de 46 años (15-73). La apendicitis fue flegmonosa en 13 casos y en 7 ocasiones gangrenosa-perforada. El tiempo medio de intervención ha sido de 40 minutos. Para la ligadura del mesoapéndice se ha utilizado clips y para la ligadura de la base apendicular, endoloops en 18 casos y en 2 ocasiones se ha utilizado endograpadora. La dificultades intraoperatorias que hemos evidenciado han sido las propias de cualquier procedimiento realizado por puerto único. La estancia media ha sido de 24 horas. En la revisión al mes no se han objetivado complicaciones hasta el momento.

CONCLUSIONES

El sistema monopuerto basado en un guante , acoplado a un alexis, donde se insertan los trócares, es un metodo factible y reproducible para realizar cirugia laparoscópica por puerto único.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0023.- DE LA HERNIOPLASTIA TAPP AL TEP...PRIMERAS IMPRESIONES

Reoyo Pascual, José Felipe; Martínez Castro, Rosa Mª; Valero Cerrato, Xandra; León Miranda, Raquel; Zambrano muñoz, rocio; reguilón rivero, m.carmen; alonso alonso, evelio; juez juez, josé maria; ortega seda, josé; seco gil, juan luis

OBJETIVOS

Describir nuestras primeras impresiones sobre la instauración de la hernioplastia inguinal TEP en un servicio familiarizado con la hernioplastia TAPP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos nuestra experiencia inicial sobre el salto en la técnica quirúrgica de la hernioplastia inguinal laparoscópica desde la vía TAPP a la vía TEP.

RESULTADOS

Tras muchos años de desconfianza en el servicio de cirugia general acerca de la técnica laparoscópìca de la hernioplastia inguinal hace 2 años que un grupo reducido de cirujanos emprendimos la vía TAPP para la reparación de la hernia inguinal. Para su aplicación, a parte de un profundo conocimiento anatómico de la vía preperitoneal, gran desconocido para el cirujano habituado a la vía anterior, es esencial desarrollar una sistemática que aplicada a cada caso en particular ofrezca una técnica eficaz y aumente la comodidad del cirujano en este campo quirúrgico. Tras más de 50 casos de hernioplastia inguinal TAPP en los que obtuvimos buenos resultados, con una estancia media de 24 horas, y como complicaciones objetivadas, un seroma, una neuralgia crónica y una recidiva herniaria, decidimos, tal y como aconsejan la mayoría de las series publicadas, estudiar , aprender y comenzar con la ejecución de la hernioplastia inguinal totalmente extraperitoneal, también conocida con hernioplastia TEP. Con las ventajas que adquiere el conocimiento anatómico adquirido en la técnica TAPP, en los primeros 10 casos de hernia inguinal intervenidos por vía TEP, hemos percibido dos grandes dificultades en el acto quirúrgico; el primero, el campo quirúrgico reducido que ofrece la vía TEP con respecto al TAPP, que pone a prueba, en los primeros casos, la confianza del cirujano en la nueva técnica. El segundo inconveniente de la técnica que hemos percibido hasta el momento es la dificultad de colocación de la malla por la vía TEP con respecto al TAPP, probablemente también en relación con el inconveniente del campo quirúrgico reducido comentado anteriormente. Sin embargo, tras los primeros 60 minutos de la primera hernioplastia TEP, actualmente cuando apenas llevamos 10 casos, el tiempo medio es de 40 minutos. Las ventajas más claras que observamos del TEP con respecto al TAPP es , en primer lugar, la posibilidad de ofrecer una técnica anestésica locorregional o general con mascarilla laringea no recomendada por nuestros anestesistas al realizar la técnica TAPP, y en segundo lugar, al no utilizar la vía transabdominal, el confort y la recuperación del paciente es aún

más temprana que en el TAPP permitiendo su aplicación en régimen de cirugia mayor ambulatoria.

CONCLUSIONES

La hernioplastia inguinal laparoscópica TEP es la preferida por la comunidad quirúrgica internacional sobre la técnica TAPP. En nuestra experiencia, confirmamos las ventajas del TEP con respecto a un confort postoperatorio más temprano, evidenciando también las mayores dificultades técnicas de esta vía con respecto al TAPP. Así consideramos importante el aprendizaje de la hernioplastia inguinal preperitoneal con la vía TAPP ántes de dar el paso a la ejecución de la técnica TEP.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0024.- ILEO BILIAR. COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA LITIASIS BILIAR

Serra Lorenzo, Rubén; del Barrio Anaya, Sandra; Acosta Rodríguez, Alejandro; Delgado Mucientes, Alberto; Malave Cardozo, Luis; Monge Ropero, Nicolás; Cruz Trapero, Jose; Etreros Alonso, Javier; Arjona Trujillo, Juan Pablo; Ais Conde, Guillermo

Presentamos 2 casos en referencia a esta patología. El primer caso es un varón de 57 años con antecedentes personales de apendicectomía en la infancia. Diabetes mellitus tipo II. Acude a urgencias por dolor abdominal en epigastrio, vómitos y ausencia de ventoseo y deposición de días de evolución. A la exploración presenta un abdomen con discreto dolor en epigastrio sin otra alteración. Analítica normal, Rx de abdomen dilatación de intestino delgado y escaso gas en colon sin causa evidente y en ecografía colelitiasis; se realiza TAC presentando ileo biliar con cálculo en yeyuno, fístula colecistoentérica y signos de colecistitis. Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente realizándose enterotomía, extracción de cálculo, cierre primario de enterotomía y no se actúa sobre la vesícula. El paciente es dado de alta del servicio al cabo de unos días. En segundo lugar, una mujer de 78 años sin antecedentes de interés que presenta dolor en hemiabdomen izquierdo, vómitos y ausencia de ventoseo y deposición de días de evolución. A la exploración presenta abdomen un poco distendido, con dolor en hemiabdomen izquierdo, Tacto rectal normal. Analítica normal. Rx abdomen distensión de marco cólico sin causa evidente. TAC presenta ileo biliar con cálculo en sigma. Se decide intervención quirúrgica urgente se realiza colotomía, extracción de cálculo, cierre primario de la colotomía y no actúa sobre la vesícula. La paciente es dada de alta a los días.

Se exponen dos casos de ileo biliar, una con cálculo en intestino delgado y otro con cálculo en sigma, es una complicación infrecuente de la litiasis biliar y es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Mostramos el manejo habitual de estos enfermos que se presentan en una urgencia.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0025.- SINCRONICIDAD DE CARCINOMA TIPO LINFOEPITELIOMA Y ADENOCARCINOMA

Valero Cerrato, X; Martínez Castro, R.M.; Reoyo Pascual, J.F.; Moral Moral, G; Zambrano Muñoz, R; León Miranda, R; González Martínez, L; Parra López, R; Gil Laso, I; Sánchez Pedrique, I

OBJETIVOS

El cáncer gástrico representa la segunda causa de muerte por malignidad. Se acepta que es una enfermedad de origen multifactorial. Papel preponderante pero indirecto de la infección por Helicobacter pylori que ocasiona gastritis atróficas, metaplasias intestinales y lesiones precancerosas. En los últimos años se ha descrito también el virus de Epstein-Barr como un agente infeccioso relacionado con la patogenia del cáncer gástrico, teniendo un papel más activo en la carcinogenia y dando lugar a tumores con estroma de predominio linfoide.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentación de un caso clínico y revisión de literatura. Varón de 45 años. Dolor epigástrico con persistencia de H.Pylori a pesar de tratamiento erradicador. Se realiza endoscopia y se objetiva lesión en cuerpo gástrico con células en anillo de sello. Se programa para cirugía en la que se realiza gastrectomía total. La anatomía patológica informa de coexistencia de adenocarcinoma y carcinoma tipo linfoepitelioma. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

RESULTADOS

La asociación de adenocarcinoma y carcinoma tipo linfoepitelioma es muy infrecuente (0,8% de los casos), pues lo común es la presencia simultánea de adenocarcinoma y linfoma gástrico primario. El carcinoma gástrico tipo linfoepitelioma que se asocia a la infección por VEB presenta características propias, tanto desde el punto de vista inmuno- histoquímico (expresión de CLDN 18) como en el pronóstico, resultando éste mejor.

CONCLUSIONES

Se espera identificar dianas terapeúticas que permitan optimizar el tratamiento incidiendo en el papel activo y contínuo del virus en la patogenia de esta enfermedad.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0026.- VÍA DE ABORDAJE DEL SÍNDROME DE BOERHAAVE

Valero Cerrato, X.; Seco Gil, J.L.; García Plata Polo, E.B.; Reoyo Pascual, J.F.; León Miranda, R.; Zambrano Muñoz, R.; González Martínez, L.; Parra López, R.; Gil Laso, I.; Rodrigo Amador, V.

OBJETIVOS

Valoración de la vía de abordaje más adecuada en la ruptura esofágica espontánea. Ya descrito por el Dr. Herman Boerhhave en 1724, este síndrome consiste en una ruptura esofágica espontánea que va a ser transmural. La etiología es barogénica, un aumento de presión intraabdominal se transmite al esófago contra la glotis cerrada provocando el daño. Este aumento de presión hasta en un 90% de los casos es ocasionado por vómitos. La clínica más frecuente consiste en dolor torácico y disnea, pudiéndose acompañar además de fiebre y enfisema subcutáneo. Las pruebas diagnósticas incluyen Rx de tórax, TAC y esofagograma. El lugar más frecuente de perforación es inferior izquierda (estudio de Korn). Factor tiempo determinante en pronóstico (mortalidad > 60% si retraso diagnóstico > de 24h) y tratamiento (< 24h cierre primario y drenaje mediastínico; > 24h exclusión esofágica). La toracotomía se presenta como la vía de abordaje recomendada en las guías, pero no siempre resulta ser la más práctica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentación de un caso clínico. Varón de 34 años. Acude a urgencias por disnea y dolor torácico precedido de episodio de vómitos profusos. En Rx se observa hidroneumotórax. Se realiza TAC en el que se aprecia aire fuera de luz esofágica así como contenido que sugiere perforación. En esofagograma se confirma. Se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza vía abdominal. Se halla perforación 2 cm por encima de cardias, con bordes limpios, por lo que se realiza sutura primaria. Evolución favorable postoperatoria.

RESULTADOS

No se ha establecido una vía de abordaje clara ante esta patología ya que si bien la toracocomía, como las guías recomiendan, ofrece ventajas en la limpieza del mediastino, la localización más habitual de la perforación hace más favorable el abordaje vía abdominal.

CONCLUSIONES

Es precisa una individualización en la vía de abordaje y el tratamiento adecuado a cada caso, debiendo llevarse a cabo éste en la mayor brevedad posible, ya que como en otras tantas patologías, el factor tiempo resulta determinante en el pronóstico y resultado

R-0027.- TROMBOSIS DE LA VENA MESENTERICA SUPERIOR Y DEL EJE ESPLENOPORTAL IDIOPÁTICA

Luengo Pierrard, Patricia; Tortolero Giamate, Laura; Herrador Benito, Jorge; Cornejo Lopez, Marian; Yagüe Adan, Sandra; Ballestero Perez, Araceli; Garcia Angarita, Francisco; Giordano , Pietro Giovani; Gonzalez Zunzarren, Mariana; Lobo Martinez, Eduardo

OBJETIVOS

La trombosis de la vena mesentérica superior y del eje esplenoportal no asociada a cirrosis o a neoplasias, cumple criterios de enfermedad rara de la OMS (5 casos por cada 10.000 habitantes). En un 60% de los casos se identifica la causa, generalmente secundario a estados de hipercoagulabilidad pero en un 30% no llega a identificarse y se clasifica como causa idiopática. La clínica es poco específica, manifestándose habitualmente como dolor abdominal difuso y progresivo, por lo que su diagnóstico suele ser tardío y por tanto existe un retraso en el tratamiento. El estudio radiológico es fundamental para su diagnóstico. El tratamiento se basa en la anticoagulación precoz para intentar evitar la aparición de hipertensión portal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 50 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 3 semanas de evolución.

En la exploración física destacaba dolor a la palpación profunda en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal.

En la analítica destacaba leucocitosis de 18.400 con neutrofilia. Bioquímica y coagulación dentro de la normalidad

Se solicita TAC abdominal objetivándose trombosis de la vena mesentérica superior con extensión a la vena esplénica y vena porta (afectación de ambas ramas portales). Parénquima hepático y esplénico con atenuación heterogénea en relación con alteración en la reperfusión. Engrosamiento de las paredes de un segmento largo del intestino delgado con ingurgitación de los vasos.

RESULTADOS

Se ingresa a la paciente, iniciando tratamiento anticoagulante con Enoxaparina. Durante su ingreso se realizó estudio de hipercoagulabilidad: anticuerpos antifosfolípido, proteína C, proteína S, Antitrombina III: negativos. Marcadores tumorales, estudio del complemento, anticuerpos ANCAs y ANOEs: negativos. Proteinograma negativo. Estudio JAK2 negativo. Endoscopia digestiva alta sin datos de HTP

Se realiza RMN un mes de iniciado el tratamiento anticoagulante persistiendo trombosis de la vena porta y mesentérica con circulación colateral venosa en hilio hepático. Se observa deformidad de la vía biliar intra y extrahepática con identaciones vasculares compatibles con incipiente colangiopatía portal.

CONCLUSIÓN

La trombosis de la vena mesentérica superior y del eje esplenoportal en pacientes no cirróticos ni tumorales es infrecuente, pero puede conllevar una mortalidad de hasta el 50% y es la segunda causa de hipertensión portal en el mundo occidental. Su sospecha clínica es fundamental para llegar a un diagnóstico precoz e iniciar tratamiento anticoagulante. En un 30% de los casos, como ocurre con nuestra paciente, no llega a identificarse la causa etiológica.

R-0028.- INDICACIÓN Y TÉCNICA QUIRÚRGICA EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Abadía Barnó, Pedro; Coll Sastre, Magdalena; Pozancos de Simón, Teresa; Gonzalez Zunzarren, Mariana; Yagüe Adán, Sandra; Luengo Pierrard, Patricia; Die Trill, Javier; Morales , Vicente; Devesa , Manuel; Lobo Martínez, Eduardo

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas es una parasitosis causada por el protozoo Tripanosoma Cruzii, clásica de regiones rurales y endémicas de centroamérica. No existen diferencias entre sexos, con una edad entre los 40 y los 60 años.

Fisiopatológicamente se inicia con una afectación y denervación del sistema nervioso autonómico afectando al colon, corazón y esófago, siendo este último el más frecuentemente afectado. La clínica esofágica consta de disfagia y reflujo; la colónica de estreñimiento; y la cardíaca de palpitaciones y dolor precordial.

El diagnóstico de esta enfermedad se realiza mediante la historia clínica y pruebas complementarias como el ecocardiograma, radiología con contraste, tomografía axial computerizada (TAC), manometría y test serológico específico de la Enfermedad de Chagas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso clínico de una mujer de 54 años, natural de Bolivia, diagnosticada de enfermedad de Chagas en 2009, con historia de estreñimiento crónico de años de evolución e implantación de marcapasos en 2012; en seguimiento por el servicio de enfermedades tropicales de nuestro hospital.

Ingresa con clínica de estreñimiento e intolerancia oral. Durante su ingreso se realizan pruebas complementarias, evidenciándose megaesófago, achalasia y megacolon en el tránsito gastrointestinal; dilatación de la luz esofágica en la panendoscopia oral; y sensibilidad disminuida y reflejo anal inhibitorio conservado en la manometria rectal.

RESULTADOS

Mediante laparotomía media se realiza una miocardiotomía lateral esofágica de Heller, funduplicatura tipo D'or y sigmoidectomía con anastomosis término lateral a cara posterior rectal según la técnica de HABR GAMMA. La paciente se reinterviene al día siguiente por inestabilización hemodinámica y anemización, sin evidenciarse punto de sangrado.

La evolución clínica de la paciente es satisfactoria, con buena tolerancia a dieta por via oral y con deposiciones de características normales cada 1 o 2 días. Durante la tercera semana de hospitalización, mientras se reintroduce el acenocumarol en rango terapeútico, la paciente fallece súbitamente, por causa cardiológica.

DISCUSIÓN

El manejo quirúrgico en los pacientes con Enfermedad de Chagas, debe individualizarse tras agotar las opciones terapeúticas conservadoras, debido a la complejidad quirúrgica, que consiste en una cirugía antirreflujo y una variante técnica de Duhamel, denominada Habr Gamma, donde se ha demostrado una mejoría de la sintomatología digestiva, de la motilidad intestinal y una disminución de las tasas de complicaciones.

De los pacientes infectados sintomáticos, el 75% asocian cardiopatía, con tasas de muerte súbita de hasta el 60% debido en su mayoría por fallo crónico progresivo.

R-0030.- PROLAPSO COLORRECTAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ADENOCARCINOMA EN SIGMA

Bailón Cuadrado, Martín; Blanco , José Ignacio; Gonzalo , Marta; Rodríguez , Mario; Velasco , Rosalía; Mambrilla , Sara; Sarmentero , José Carlos; Asensio , Enrique; Pérez Saborido, Baltasar; Marcos , José Luis

INTRODUCCIÓN

El prolapso colorrectal aparece fundamentalmente en pacientes mayores de 60 años que comienzan presentando una masa que protruye a través del ano, cada vez más voluminosa, y que puede llegar a sangrar hasta en uno de cada tres casos. Se produce por la laxitud tisular propia de la edad, a lo que se suma un aumento de presión intraabdominal habitualmente secundario al estreñimiento. La prevalencia de cáncer en recto-sigma entre los pacientes con prolapso rectal es del 5,7%, lo que supone hasta 4 veces más riesgo de desarrollarlo que el resto de la población.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 59 años, institucionalizada por discapacidad intelectual, epilepsia severa y trastorno de la conducta con agresividad. Ingresó ante la sospecha de neumonía bilateral, en probable relación con un episodio de broncoaspiración. Durante el ingreso se objetivó un voluminoso prolapso rectal con una zona nodular de consistencia dura de la que se tomaron biopsias, las cuales fueron informadas de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Tras la reducción del prolapso se realizó una colonoscopia, que objetivó una lesión de aspecto neoplásico, a unos 45-50 cm del margen anal, que ocupaba 2/3 de la circunferencia, y que fue marcada con tinta. Ante estos hallazgos y ante la repercusión clínica que suponía para la paciente, se decidió intervención quirúrgica. Se realizó sigmoidectomía laparoscópica sobre un dolicosigma de gran longitud, reconstruyéndose el tránsito intestinal con una anastomosis colorrectal mecánica. No se apreciaron LOE hepáticas ni signos de carcinomatosis peritoneal. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica informó de adenocarcinoma moderadamente diferenciado que infiltraba la serosa, sin afectación de ninguno de los ganglios remitidos. La evolución fue favorable y la paciente fue dada de alta el 9º día después de la cirugía.

CONCLUSIONES

Aunque no es del todo infrecuente que la primera manifestación de un cáncer colorrectal sea un prolapso, sí lo es el hecho de que esté provocado por una tumoración en colon sigmoide, a unos 45-50 cm del margen anal. También queremos destacar que, ante el mayor riesgo de desarrollar cáncer entre los pacientes con prolapso rectal, es importante realizar una colonoscopia con toma de biopsias para así poder descartar esta asociación.

R-0031.- METÁSTASIS FEMORAL SUBCUTÁNEA DE MELANOMA SIN FOCO PRIMARIO

Bailón Cuadrado, Martín; Blanco , José Ignacio; Gonzalo , Marta; Rodríguez , Mario; Velasco , Rosalía; Mambrilla , Sara; Sarmentero , José Carlos; Asensio , Enrique; Pérez Saborido, Baltasar; Marcos , José Luis

INTRODUCCIÓN

El melanoma es una de las neoplasias que más está aumentando en los últimos años. Los factores pronósticos más importantes son aquellos que hacen referencia a la diseminación tumoral, y que por orden de frecuencia son: la existencia de metástasis a distancia, la afectación de ganglios regionales y las lesiones satélites. No es infrecuente su presentación diseminada, tratándose en el 70% de los casos de extensión locorregional, y en el 30% restante de metástasis a distancia. En las pruebas de imagen, las metástasis subcutáneas del melanoma pueden ser confundidas con otros tipos de lesiones. Un ejemplo sería el angiomixoma, un tumor muy poco común, de origen mesenquimal, que aunque de carácter benigno, se le considera localmente agresivo por su alto riesgo de recurrencia. En la RMN, el angiomixoma aparece como una lesión bien definida, isointensa en T1 e hipertensa en T2, que desplaza sin invadir.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 83 años, a la que se le extirpó un epitelioma basocelular a nivel malar derecho 7 años antes. Presentaba una tumoración de unos 5 cm, en la región femoral derecha, que le provocaba edema en la extremidad inferior ipsilateral, por la compresión del cayado de la vena safena. Tanto la ecografía como la RMN sugerían que se trataba de un angiomixoma. Ante estos hallazgos y ante la repercusión clínica que provocaba la masa, se decidió su resección quirúrgica, que se llevó a cabo sin complicaciones. La anatomía patológica informó de metástasis de melanoma maligno. Se realizó una TC que mostró múltiples metástasis óseas, subcutáneas, suprarrenales y peritoneales, así como adenopatías axilares y supraclaviculares sospechosas de malignidad. Ante estos hallazgos, la paciente comenzó con tratamiento quimioterápico, que no pudo frenar su rápido deterioro clínico. Las TC de los meses siguientes mostraron un aumento de tamaño de las metástasis ya conocidas, así como la aparición de otras nuevas en diversas localizaciones. La paciente falleció a los 6 meses del diagnóstico sin que la exploración ni las diferentes pruebas de imagen lograsen objetivar un foco primario.

CONCLUSIONES

Aunque no es infrecuente la presentación de un melanoma como enfermedad diseminada, sí lo es el hecho de que se presente como una lesión a distancia sin lesiones cutáneas satélites, ni afectación ganglionar locorregional, ni foco primario.

Tampoco es común que el diagnóstico se realice a través de la biopsia de una masa subcutánea de la que se sospechaba, por pruebas de imagen, un angiomixoma.

R-0032.- PANICULITIS LÚPICA EN NÓDULOS SUBCUTÁNEOS DE MUJER JOVEN

Bailón Cuadrado, Martín; Blanco , José Ignacio; Gonzalo , Marta; Rodríguez , Mario; Velasco , Rosalía; Mambrilla , Sara; Sarmentero , José Carlos; Asensio , Enrique; Pérez Saborido, Baltasar; Marcos , José Luis

INTRODUCCIÓN

La paniculitis lúpica es una patología poco frecuente que se caracteriza por la aparición de nódulos subcutáneos eritemato-violáceos. Se presenta principalmente en mujeres (80%) de raza blanca (90%), con una mediana de edad de 40 años. Para llegar al diagnóstico es fundamental la biopsia de estas lesiones, las cuales se sitúan principalmente en brazos y muslos; y con menos frecuencia en cara, glúteos, pecho y abdomen. Las características anatomopatológicas que permiten realizar el diagnóstico diferencial con otras paniculitis son la afectación principalmente lobar, la existencia de un infiltrado profundo con depósitos de mucina, y la presencia de células plasmáticas y de linfocitos formando centros germinales. La paniculitis lúpica se presenta como una entidad aislada en más de la mitad de los casos, pero puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes como el lupus discoide o el lupus eritematoso sistémico, motivo por el cual resulta fundamental el seguimiento clínico del paciente para descartar que esta paniculitis sea la primera manifestación de otra entidad de mayor importancia.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 22 años, sin antecedentes de interés, que desde hace algunos meses presentaba nódulos subcutáneos en ambos brazos, de consistencia elástica, sin asociar ningún tipo de clínica. La exploración física y la ecografía iniciales sugierieron que se trataba de fibromas. Se realizó la exéresis quirúrgica de uno de ellos y se envió para estudio anatomopatológico, el cual informó de paniculitis lúpica, descartándose mediante inmunohistoquímica la existencia de un proceso linfoproliferativo. Se remitió a la paciente al servicio de Reumatología, donde la exploración física, el hemograma, la bioquímica, los niveles hormonales, los anticuerpos, el proteinograma, la radiografía de tórax y el sedimento urinario fueron completamente normales; lo que sumado a la ausencia de cualquier otra clínica permitió descartar la existencia de patología reumática en ese momento. La paciente se encuentra en seguimiento por parte de Dermatología para el control de su paniculitis lúpica.

CONCLUSIONES

La paniculitis lúpica es una patología poco frecuente cuyo diagnóstico se fundamenta en el estudio anatomopatológico de las lesiones biopsiadas quirúrgicamente. Aunque se suele presentar de forma aislada, el seguimiento clínico es fundamental para descartar su asociación con otras enfermedades autoinmunes

R-0033.- EVENTRACIÓN DE TRÓCAR LAPAROSCÓPICO UMBILICAL QUE PROVOCA HERNIA DE LITTRÉ ESTRANGULADA

Bailón Cuadrado, Martín; Rodríguez Vielba, Paloma; Gonzalo , Marta; Rodríguez , Mario; Velasco , Rosalía; Mambrilla , Sara; Blanco , José Ignacio; Asensio , Enrique; Pérez Saborido, Baltasar; Marcos , José Luis

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel se localiza en el borde antimesentérico del intestino delgado y constituye la variante más frecuente de persistencia del conducto onfalomesentérico. Tiene un tamaño de unos 3-6 cm de longitud y unos 2 cm de diámetro, localizándose en la mayoría de los casos a una distancia de entre 30 y 90 cm de la válvula ileocecal. Aunque su incidencia global es relativamente baja (1-3% de la población), constituye la anomalía congénita más frecuente en el abdomen y su hallazgo incidental obliga a la resección en todos los casos. El divertículo de Meckel puede constituir el contenido herniario de lo que se denomina hernia de Littré, aunque su frecuencia es muy baja. Lo más frecuente es que se trate de una hernia inguinal (50%), seguido por la crural y la umbilical (20% en cada caso). La hernia de Littré, como cualquier otra hernia, es susceptible de estrangularse, aunque esta complicación es muy infrecuente, estimándose en el 0,33% de todas las hernias estranguladas.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 63 años, obesa, diabética e hipertensa; y con antecedentes quirúrgicos de colecistectomía laparoscópica e histerectomía abierta. Acudió a Urgencias por abdominalgia de 10 días de evolución, de carácter continuo, localizado en región umbilical, sin otra clínica. Presentaba un abdomen anodino salvo por intenso dolor en la región umbilical, donde se palpaba una masa irreductible de unos 2-3 cm compatible con una eventración estrangulada del puerto de la colecistectomía laparoscópica previa. Tanto la analítica como la radiografía de abdomen no mostraban alteraciones. Con esta sospecha, se decidió intervención quirúrgica urgente que confirmó el diagnostico preoperatorio. Tras la apertura del saco herniario evidenciamos un asa en fondo de saco que correspondía a un divertículo de Meckel. Ante este hallazgo, se practicó la diverticulectomía con GIA seguida de herniorrafia y hernioplastia. La anatomía patológica mostró que el divertículo de Meckel presentaba mucosa gástrica heterotópica. La evolución fue favorable, con alta al 6º día de ingreso.

CONCLUSIONES

Las hernias de Littré son una entidad poco común en la práctica clínica, siendo aún menos frecuente su localización umbilical. Aunque la incidencia de estrangulación en hernias umbilicales no es despreciable, el hecho de que el contenido herniario de la misma sea un divertículo de Meckel sí supone una rareza. Tras revisar la literatura, no

hemos encontrado ningún caso de hernia de Littré estrangulada en localización umbilical debida a eventración de puerto laparoscópico, como presentaba nuestra paciente.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0034.- FÍSTULA VASCULO-ENTÉRICA SECUNDARIA A AFLIBERCEPT VS RADIOTERAPIA

del Barrio Anaya, Sandra; Aís Conde, Guillermo; Fadrique Fernández, Begoña; Serra Lorenzo, Rubén; Acosta Rodriguez, Alejandro; Etreros Alonso, Javier; Monge Ropero, Nicolás; Delgado Mucientes, Alberto; Jiménez Torquemada, María

Presentamos el caso clínico de una paciente de 46 años de edad, intervenida de urgencia en abril de 2012 con clínica de abdomen agudo supuestamente secundarioa a diverticulitis complicada donde se objetiva tumoración de unión recto-sigmoidea localmente avanzada, considerándose irresecable con imposibilidad de márgenes libres realizándose colostomía de descarga y anexectomía izquierda y posterior neoadyuvancia con RT y QT para rescate quirúrgico posterior..

En abril de 2013 tras reestadificar a la paciente y objetivando la posibilidad de una resección R0 se reinterviene a la paciente, realizándose resección anterior baja de recto con histerectomía en bloque, apendicectomía y colostomía transversa de protección siendo un adenocarcinoma colorectal bien diferenciado con resección R0 según la anatomía patológica.

En el seguimiento oncológico posterior se objetivan metástasis pulmonares y simultáneamente fibrosis retroperitoneal manifestada como hidronefrosis bilateral que necesito nefrostomía bilateral. La paciente comienza tratamiento oncológico con aflibercept.

En febrero de 2014 la paciente ingresa a cargo de Oncología por mal estado general, presentando durante dicho ingreso cuadro de hemorragia digestiva baja que produce shock hipovolémico a pesar del tratamiento médico por lo que se decide laparotomía urgente: se objetiva fístula entre arteria ilíaca primitiva izquierda e ileon medio , formando ambas estructuras una unidad entre si. Se realiza reparación del segmento arterial afecto y exéresis de intestino delgado. Se observaron múltiples implantes peritoneales sugerentes de carcinomatosis.

DISCUSIÓN

Lo interesante del caso presentado es debatir sobre las posibles causas de presentación de fístula vasculo-entérica ya que es una paciente con múltiples etiologías posibles. Si revisamos la literatura podemos ver que una de las causas descritas de fístula es el tratamiento oncológico que la paciente presentaba, el Aflibercept. Otra de las causas que no podemos pasar por alto en este caso es el antecedente de radioterapia en la zona, ya que en la última intervención se objetivó intensa afectación entérica y retroperitoneal que engloba uréteres y grandes vasos.

R-0035.- TNE DE INTESTINO DELGADO

Del Barrio Anaya, Sandra; Etreros Alonso, Javier; Delgado Mucientes, Alberto; Monge Ropero, Nicolás; Serra Lorenzo, Rubén; Acosta Rodriguez, Alejandro; Jiménez Torquemada, María; García Sánchez, Lourdes; Romero Figueroa, Karen; Aís Conde, Guillermo

INTRODUCCIÓN

En los últimos 35 años se ha observado una incidencia progresivamente creciente de tumores neuroendocrinos de intestino delgado. Este hecho está relacionado con la cada vez mayor utilización de pruebas diagnósticas más precisas (entero TAC, PET).

No sólo se ha observado una mayor incidencia de estos tumores, sino que su diagnóstico es cada vez más precoz, siendo menos frecuentes los casos que debutan con sintomatología relacionada con el síndrome carcinoide, casi siempre expresión de un tumor evolucionado, con afectación hepática.

La sintomatología que presenta inicialmente es muy inespecífica, siendo necesario un alto índice de sospecha para llegar a un diagnóstico precoz que posibilite un tratamiento curativo.

Presentamos dos casos tratados en nuestro servicio que reflejan la necesidad de considerar los tumores neuroendocrinos en el diagnóstico diferencial de dolores abdominales no bien tipificados.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0036.- ANGIOFIBROMA CELULAR. PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE TUMORACIÓN INGUINAL

Marco López, Isabel María; González Ganso, Ana; Olmos Juste, Valle; Cavero Ibiricu, Adriana; Ballesta Russo, Laura; Alcoba García, Luis Miguel; Alonso Orcajo, Nieves; Alvarez Prida De Paz, Emilio; Pacho Valbuena, Silvino

INTRODUCCIÓN

El angiofibroma celular es una neoplasia mesenquimal benigna poco frecuente con similar proporción en ambos sexos que aparece habitualmente en la edad adulta (40-60 años). Alrededor del 70% de los casos se presentan en la vulva y región inguinoescrotal aunque puede afectar a toda la región pélvica involucrando tejido blandos superficiales, habiéndose descrito sólo un caso en retroperitoneo.

La forma de presentación suele ser una masa no dolorosa de crecimiento lento generalmente bien circunscrita.

Histológicamente se caracteriza por células fusiformes y vasos sanguíneos hialinizados en el estroma. Pueden presentar actividad mitótica prominente pero sin mitosis anormales, por lo general no hay atipia celular o necrosis. Las células muestran a veces positividad para CD34, siendo negativas para S100 y proteína de retinoblastoma.

El diagnóstico diferencial incluye el lipoma de células fusiformes, fibroma solitario, miofibroblastoma mamario, angiomiofibroblastoma, angiomixoma agresivo y pólipos estromales fibroepiteliales.

El tratamiento es quirúrgico y consiste en la escisión en bloque. No se han descrito casos de metástasis ni recurrencia local.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 44 años con tumoración indolora en región inguinal izquierda de 9 meses de evolución. A la exploración tumoración redondeada de 2 cms, móvil, localizada entre la raíz del pene y la región inguinal izquierda.

En RM se identifica una masa heterogénea de 2.5x2.9 cm en región inguinal izquierda por delante y medial al canal inguinal y en contacto con el músculo recto anterior izquierdo

Se realiza PAAF con diagnóstico de angiomixoma agresivo profundo.

Se realiza extirpación en bloque con márgenes amplios de la lesión localizada entre pubis y arco crural izquierdo que no depende de ninguna estructura adyacente. Anatomía patológica compatible con angiofibroma celular con inmunohistoquímica

positiva para receptores de estrógeno y progesterona, CD34 y negativa para desmina y S100.

CONCLUSIÓN

El angiofibroma celular es una neoplasia poco frecuente que aparece con frecuencia en vulva y región inguinoescrotal.

El diagnostico diferencial debe hacerse con otros tumores de partes blandas.

El diagnóstico definitivo en la mayoría de los casos se realiza en el postoperatorio mediante los hallazgos anatomopatológicos e inmunohistoquímicos.

Dado su comportamiento benigno el tratamiento de elección consiste en la resección quirúrgica en bloque.

R-0038.- HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA

Marco López, Isabel María; González Herráez, Luis; Olmos Juste, Valle; Cavero Ibiricu, Adriana; Ballesta Russo, Laura; Alcoba García, Luis Miguel; Fernández Fueyo, Jesús; González Martínez, Lucía; Pacho Valbuena, Silvino

INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática traumática consiste en la penetración de vísceras abdominales hacia tórax a través de un orifico en diafragma como consecuencia de traumatismo reciente o tardío.

Las rupturas diafragmáticas son poco frecuentes, el 60-80% se producen por traumatismos cerrados (80% accidentes de tráfico) El 60-70% afecta a varones con edad media 30-45 años siendo el hemidiafragma izquierdo el más afectado.

El tiempo de producción de la hernia es muy variable y depende del mecanismo lesional, tamaño de la brecha diafragmática y hemidiafragma afectado.

La clínica es variable e inespecífica, puede debutar con estrangulación del saco herniario siendo una situación grave de comienzo agudo con dolor torácico o epigástrico acompañado de disnea y vómitos.

Las pruebas de imagen muestran posición anómala de vísceras pero presentan dificultad para revelar la ruptura. El TC toracoabdominal con reconstrucción coronal y sagital es la prueba de elección.

En caso de hernia diafragmática aguda, la intervención quirúrgica de urgencia es necesaria cuando sospechamos estrangulación o existe compromiso respiratorio, optando por acceso abdominal y realizando reducción del contenido herniado y cierre de brecha diafragmática. En casos crónicos no complicados se aconseja la vía torácica por existencia de adherencias intratorácicas. Ante hernias de gran tamaño puede ser necesaria la utilización de mallas.

CASO CLÍNICO

Varón 36 años, traumatismo costal con fracturas costales izquierdas múltiples y neumotórax izquierdo que precisó drenaje endotorácico hace 10 meses por accidente de tráfico. Presenta dolor intenso en epigastrio, vómitos y disnea tras realizar esfuerzo brusco. Auscultación pulmonar normal, abdomen doloroso en epigastrio con defensa. Analítica: Hb 15.6, leucocitos 15500 (90%N), PCR<5, CK 524, troponina 17.8. En TC toraco-abdominal: defecto diafragmático lateral izquierdo 2.7 cm con fundus gástrico herniado en tórax. Se decide intervención quirúrgica urgente, accediendo por laparotomía media encontrando orificio diafragmático de 3 cm de diámetro con herniación de cuerpo y fundus gástrico. Se reduce estómago herniado que recupera

coloración tras su liberación. Se realiza endoscopia intraoperatoria que objetiva hematoma en pared gástrica, conservación de pliegues, sin signos isquémicos. Se realiza herniorrafia con sutura irreabsorbible continua, colocando drenaje torácico.

CONCLUSIÓN

Las rupturas diafragmáticas traumáticas son poco frecuentes, su diagnóstico suele ser difícil y requiere alto índice de sospecha clínica ante cualquier traumatismo abdominal o torácico. Estas lesiones suelen evolucionar hacia la hernia diafragmática aunque el tiempo de producción es muy variable. Es fundamental el diagnóstico precoz y cierre completo y definitivo de la ruptura diafragmática independientemente de la técnica utilizada.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0039.- TUMOR NEUROENDOCRINO DE INTESTINO DELGADO

Olmos Juste, Valle; Pastor Teso, Enrique; Marco López, Isabel; Cavero Ibiricu, Adriana; Ballesta Russo, Laura; Díez González, Pablo; Alcoba García, Luis Miguel; Sahagún Fernández, Julio; Pacho Valbuena, Silvino

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas del intestino delgado constituyen una patología poco frecuente, pues tan sólo representan el 3% de cánceres gastrointestinales, aproximadamente un 0.5% del total de neoplasias malignas. Entre ellas se encuentran los tumores neuroendocrinos, que se caracterizan por la producción de sustancias biológicamente activas que pueden dar lugar a la aparición de un síndrome carcinoide. Sin embargo, en raras ocasiones éstos tumores producen síntomas. En nuestro medio, se han registrado un total de 68 tumores malignos de intestino delgado en los últimos 12 años, de los cuales 11 (un 16 % aproximadamente) son del tipo neuronendocrino.

CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años, sin antecedentes de interés, que es estudiada por clínica de epigastralgia, distensión abdominal, náuseas, pérdida de peso y ferropenia de aproximadamente 3 años de evolución. Se realizan gastroscopia y colonoscopia, sin hallazgos patológicos, y posteriormente EnteroTAC dónde se objetiva engrosamiento circunferencial y asimétrico de ileon proximal, sugestivo de tumor de intestino delgado. En cápsula endoscópica se observa lesión polipoidea ulcerada y sangrante en yeyuno distal-ileon proximal.

Tras completar el estudio se indica la realización de laparoscopia exploradora, dónde se halla tumoración de aproximadamente 4 cm en ileon proximal, con engrosamiento mesentérico y presencia de nódulos milimétricos en meso próximo al tumor, uno de los cuales se envía como muestra intraoperatoria siendo informado como reacción inflamatoria. No se visualizan LOES hepáticas ni nódulos peritoneales sugestivos de implantes. Se realiza resección extracorpórea del tumor a través de incisión de Pfannenstiel, con anastomosis termino-terminal manual. El diagnóstico anatomo-patológico fue de carcinoma neuroendocrino de célula grande, con invasión perineural e infiltración de la totalidad de la pared intestinal (pT4N0).

DISCUSIÓN Y COMENTARIO

El lento crecimiento de los tumores neuroendocrinos provoca un retraso en el diagnóstico ya que en la mayoría de los casos el paciente se encuentra asintomático hasta alcanzar un estadio avanzado de la enfermedad. A pesar de su baja incidencia, se han de tener en cuenta este tipo de neoplasias en pacientes con sintomatología digestiva inespecífica. La laparoscopia constituye una herramienta de apoyo en el

diagnóstico y estadiaje de estas neoplasias, puesto que permite visualizar toda la cavidad abdominal con la intención de objetivar la presencia de implantes extratumorales.

R-0040.- QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO FISTULIZADO A VENA CAVA INFERIOR CON EMBOLISMO PULMONAR SECUNDARIO

Póster Bailón Cuadrado, Martín; Barrera, Asterio; Gonzalo , Marta; Rodríguez , Mario; Velasco , Rosalía; Mambrilla , Sara; Blanco , José Ignacio; Asensio , Enrique; Pérez Saborido, Baltasar; Marcos , José Luis

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una enfermedad provocada por Equinococcus granulosus, que aparece principalmente en el área mediterránea, y que afecta principalmente al hígado (65%) y al pulmón (25%). El embolismo hidatídico pulmonar es una complicación muy poco frecuente que aparece por la rotura de un quiste hidatídico cardiaco, o con mucha menos frecuencia, por la rotura de un quiste hidatídico hepático hacia las venas suprahepáticas o hacia la vena cava inferior. La rotura brusca de uno de estos quistes hacia la circulación puede provocar no sólo embolismo pulmonar, sino también shock anafiláctico o taponamiento valvular cardiaco, lo que desemboca en una muerte súbita hasta en el 29% de los casos. El diagnóstico se fundamenta en la angioTC, que mostraría posibles defectos de repleción en las arterias pulmonares, así como la relación entre el quiste hidatídico hepático y la vena cava inferior.

CASO CLÍNICO

Varón de 54 años, sin antecedentes médicos de interés. Fue intervenido a los 9 años de un quiste hidatídico pulmonar y a los 41 años de quistes hidatídicos hepáticos, siendo imposible el tratamiento quirúrgico de uno de ellos por su proximidad a la vena cava inferior. El paciente comenzó con un cuadro súbito de disnea y edema facial por lo que fue trasladado a Urgencias en situación clínica de shock anafiláctico. Tras tratamiento médico intensivo, se logró estabilizarlo y proceder a la realización de una TC toraco-abdominal, que evidenció un quiste hidatídico hepático entre los segmentos VII-VIII, contactando con el diafragma, comprimiendo la vena cava inferior, y con presencia de fístula hacia la misma. Asimismo se observó un extenso defecto de repleción hipodenso en la rama de la arteria pulmonar para el lóbulo inferior derecho, compatible con embolismo hidatídico pulmonar. Ante estos hallazgos, fue intervenido de urgencia mediante abordaje femoral derecho para inserción de endoprótesis en la vena cava inferior. Fue dado de alta asintomático al 5º día de ingreso y a la espera de programar la cirugía hepática para resolución definitiva de su patología.

CONCLUSIONES

La hidatidosis continúa siendo una enfermedad endémica en nuestro entorno y el tratamiento quirúrgico es de elección en los quistes hidatídicos hepáticos. No obstante, la aparición de complicaciones agudas graves, obliga a individualizar el tratamiento de la enfermedad hepática y a realizar ciertas técnicas previas. Revisando

la literatura internacional, son excepcionales los casos de embolismo pulmonar y shock anafiláctico por rotura de un quiste hidatídico hepático hacia la vena cava inferior.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0041.- LINFANGIOMA QUÍSTICO MESENTÉRICO DE INTESTINO DELGADO

Araceli Ballestero, María de los Ángeles Cornejo ,Laura Tortolero ,Magdalena Coll, Sandra Yague, Patricia Luengo, Julio Galindo, Gloria Rodríguez Velasco, Francisca Garcia Moreno, Pedro Carda, Eduardo Lobo.

INTRODUCCIÓN

El linfangioma es una tumoración benigna con baja incidencia en la población, resultado de la proliferación de tejido linfático que parece ser debido a una malformación congénita de los vasos linfáticos. El linfangioma quístico mesentérico de intestino delgado supone menos del 1% de todos los linfangiomas.

CASO CLÍNICO

Presentamos a un varón de 16 años, que estudiado por dolor lumbosacro, se identifica en prueba de imagen, lesión de 6 cm de aspecto quístico y multiloculada, de localización pélvica que rodea a asa ileal y que describen como probable linfangioma vs mesotelioma.

Al paciente se le somete a una laparoscopia exploradora observándose una masa quística pélvica multiloculada que se encuentra en contacto íntimo con asa de intestino delgado, decidiéndose extirpación de la masa en bloque con resección de 6 cm de intestino delgado y anastomosis. La histopatología la describen como linfangioma positivo para D2-40 con marcadores negativos para mesotelioma.

El paciente presentó buena evolución postoperatoria.

DISCUSIÓN

Los linfangiomas, aparecen de forma más frecuente en niños y localizados en cuello y cabeza. La presencia de un linfangioma mesentérico de intestino delgado, supone un hallazgo poco frecuente en la población que aunque los síntomas principales suelen ser distensión abdominal o masa abdominal palpable, en ocasiones puede presentar complicaciones intraabdominales tales como volvulaciones que causen obstrucción intestinal aguda o afectación de arterias mesentéricas.

El tratamiento será quirúrgico consistiendo en la enucleación de la masa y en los casos en los que se vea afectado algún segmento de intestino delgado, será necesario la resección del intestino delgado afecto.

CONCLUSIONES

El linfangioma quístico mesénterico es una tumoración benigna poco frecuente, que aparece mayoritariamente en niños. Puede presentar complicaciones abdominales que requieran cirugía urgente.

El tratamiento definitivo será el quirúrgico aunque se han descrito técnicas de escleroterapia en linfangiomas irresecables. Es posible la recurrencia local del tumor.

R-0043.- LEIOMIOMA DEL TABIQUE RECTOVAGINAL

Sánchez Pedrique, Isabel; Álvarez Rico, Miguel A.; Rodrigo Amador, Vidina A.; Parra López, Romina; González Martínez, Lucía; Gil Laso, Iván; Sánchez Manuel, Francisco Javier

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Describir el manejo y tratamiento de una infrecuente entidad como es el leiomioma de tabique rectovaginal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 55 años. Acude a la consulta por molestias vaginales y tumoración de crecimiento lento que protruye a través de la misma. A la exploración se evidencia en tercio distal de vagina una tumoración sólida, bien definida y fija. En recto se palpa una impronta a unos 2-3 cm de margen anal. Se realiza una ecografía transvaginal que describe la tumoración de unos 4 cm y bien delimitada en tabique rectovaginal. Se solicita RM que detalla una tumoración de 41x25x21 mm, ovalada, lateralizada levemente hacia la izquierda, bien definida entre vagina y recto y con buen plano de separación entre ambas estructuras. Se decide intervención quirúrgica bajo anestesia combinada general y raquídea. El abordaje se realiza por vía transperineal respetando el esfínter anal externo. Se disecciona la tumoración a través del tabique rectovaginal con resección completa de la misma. Se refuerza con sutura el esfínter anal interno. La paciente evoluciona favorablemente. La anatomía patológica informa de neoformación bien delimitada, constituída por la proliferación de células fusiformes o estrelladas, de citoplasma bien definido y núcleos ovales normocromáticos, sin nucléolo o figuras de mitosis. Las células se disponen en haces cortos o de forma irregular en el seno de estroma colagenizado con fina vascularización. Positivas para desmina y vimentina y en menor medida para actina. Negativas para CD117, CD34, CAM 5.2. S-100 positividad focal débil. Márgenes respetados. Compatible con leiomioma.

DISCUSIÓN

Los leiomiomas del tabique rectovaginal son entidades poco frecuentes (1 de cada 2000 tumores rectales). Se originan en el músculo liso de la vagina, de la pared rectal o menos frecuentemente todavía, en el plano muscular del tabique rectovaginal. Se presentan normalmente entre la quinta y séptima década de la vida. Predominan más en mujeres (63.9%). El tratamiento es quirúrgico. En general los leiomiomas intrarrectales se resecan por vía transanal, especialmente cuando son menores de 5 centímetros, los extrarrectales por vía transperineal, pararrectal o transvaginal. En otros casos, de acuerdo a la extensión de la lesión, el compromiso de la pared rectal y la sospecha de malignidad puede ser necesaria una resección anterior baja de recto, o una amputación abdóminoperineal. El diagnóstico diferencial ha de hacerse con el

leiomiosarcoma y el adenocarcinoma primario, el cual puede estar asociado con endometriosis hasta en el 70% de los casos. Otras entidades menos frecuentes: GIST, tumores retrorrectales, adenosarcoma originado en endometriosis, sarcoma de Edwing extraóseo, sarcoma estromal endometrial extrauterino, tumor endometrioide secretor de andrógenos, adenoma velloso con extensión al septum, hemangiopericitoma y mesotelioma. La recurrencia local de los leiomiomas de localización anorrectal es de aproximadamente el 40% después de una resección local y un 10% lo hace como leiomiosarcomas. La recurrencia está relacionada especialmente con la resección incompleta y el tamaño superior a 5 cm. Después de una excisión transanal, pararrectal o transvaginal, la recurrencia con transformación maligna se ha descrito en el rango de 9 meses a 9,5 años.

CONCLUSIONES

El leiomioma de pared rectovaginal es tan inusual que ante un caso debemos tener en cuenta aspectos importantes como son el diagnóstico diferencial y el abordaje quirúrgico dependiendo de su localización, tamaño e histología.

R-0044.- PÓLIPO HAMARTOMATOSO EN ÍLEON

Sánchez Pedrique, Isabel; Alonso Alonso, Evelio; Rodrigo Amador, Vidina A.; Parra López, Romina; González Martínez, Lucía; Gil Laso, Iván; Sánchez Manuel, Francisco Javier

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los casos de pólipos hamartomatosos aislados sin relación con el síndrome de Peutz-Jeghers son infrecuentes. Describiremos el manejo y tratamiento en un caso de pólipo hamartomatoso de ileon proximal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 46 años. En estudio por anemia ferropénica. Rectorragia intermitente y sangre oculta en heces positiva. Se realizan gastro, colonoscopia y ecografía abdominal resultando normales. El tránsito intestinal informa de un defecto de repleción de aspecto polipoideo de aproximadamente 2.3 cm en el interior de ileon, a 40-50 cm de válvula ileocecal. Se realiza cápsula endoscópica que describe en ileon una lesión polipoidea, cerebriforme, que parece tener pedículo, y que ocupa toda la luz intestinal. Se decide intervención quirúrgica bajo anestesia general. Se localiza el pólipo pediculado a nivel de ileon proximal, que produce invaginación del mismo. Exéresis de 15 cm de intestino delgado y anastomosis L-L terminalizada. El paciente evoluciona favorablemente. La anatomía patológica describe el pólipo de tipo hamartomatoso sin signos de malignidad.

DISCUSIÓN

Los pólipos hamartomatosos están constituidos por criptas y vellosidades irregulares revestidas por epitelio normotípico, bien diferenciado, con enterocitos y células caliciformes. En la lámina propia hay haces desordenados de musculatura lisa entre las criptas. El epitelio de los pólipos hamartomatosos no es neoplásico pero puede contener focos de hiperplasia. Se han descrito casos de displasia y de adenocarcinoma. Su tratamiento consiste en la resección quirúrgica. En los casos asociados al síndrome de Peutz-Jeghers, esto es, tres o más pólipos hamartomatosos, cualquier pólipo hamartomatoso con historia familliar de Peutz-Jeghers, pigmentación mucocutánea con historia familiar de Peutz-Jeghers o cualquier número de pólipos hamartomatosos con historia familiar de Peutz-Jeghers, tendremos en cuenta que existe un riesgo 10-18 veces mayor de desarrollar una neoplasia maligna intestinal o extraintestinal como ovario, cérvix uterino, testículos, páncreas o mama.

CONCLUSIONES

Los pólipos hamartomatosos pueden aparecer de forma aislada sin otros síntomas del síndrome de Peutz-Jeghers. Pueden encontrarse incidentalmente o asociarse a obstrucciones y/o sangrado. Suelen ser benignos, pero su tratamiento consiste en la resección completa.

R-0045.- ADENOCARCINOMA DE APÉNDICE

Sánchez Pedrique, Isabel; Martínez Castro, Rosa M.; Rodrigo Amador, Vidina A.; Parra López, Romina; González Martínez, Lucía; Gil Laso, Iván; Sánchez Manuel, Francisco Javier

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Describir el manejo y tratamiento de una patología infrecuente como el adenocarcinoma de apéndice.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 68 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por un cuadro de 21 horas de evolución de abdominalgia súbita localizada en fosa ilíaca derecha, acompañada de náuseas sin vómitos y sin fiebre. Leucocitosis con neutrofilia. A la exploración, signo de Blumberg positivo. Ecografía abdominal compatible apendicitis aguda complicada con plastrón apendicular. Se realiza apendicectomía urgente por vía abierta, encontrando el apéndice cecal engrosado, muy inflamado, indurado y adherido a la cara posterior del ciego, siguiendo el trayecto del colon ascendente hasta llegar a las proximidades de ángulo hepático del colon, y plastrón periapendicular. La anatomía patológica revela una proliferación neoplásica epitelial maligna infiltrante, de arquitectura glandular y cribiforme constituida por células de hábito enteroide, que infiltra todo el espesor de la capa muscular propia, extendiéndose hasta la subserosa y al tejido adiposo del mesoapéndice. No se reconoce afectación de la superficie serosa. Muestra áreas de diferenciación mucinosa. En la mucosa se reconoce una proliferación del epitelio con criptas aserradas y dilatadas hasta la base de la mucosa con displasia epitelial de alto grado. No se reconocen áreas de diferenciación neuroendocrina, ni invasión linfovascular ni perineural. Amplias áreas de inflamación aguda neutrofílica en el espesor de la pared, con focos de abscesificación en el tejido adiposo del meso. Compatible con adenocarcinoma enteroide que asienta sobre pólipo/adenoma sésil serrado con displasia de alto grado. Tras un estudio de extensión con TAC, colonoscopia completa y valoración ginecológica negativos, se completa el tratamiento con hemicolectomía derecha laparoscópica y ooforectomía bilateral.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma de apéndice es una entidad poco frecuente. La edad de presentación está en torno a los 50 años. Se manifiesta generalmente con dolor en FID y síntomas de apendicitis. Presenta un crecimiento invasivo y tiende a metastatizar por vía ganglionar. Su pronóstico depende del tamaño del tumor y de la afectación de las capas de la pared abdominal y afectación ganglionar. Tras el diagnóstico definitivo se recomienda la hemicolectomía derecha. Puede incluso requerir quimioterapia. En

mujeres postmenopáusicas existe una alta probabilidad de metástasis ováricas, por lo que se recomienda ooforectomía.

CONCLUSIÓN

Los tumores de apéndice son una entidad infrecuente cuyo diagnóstico definitivo se obtiene mediante el estudio anatomopatológico. Es importante estadiar el tumor correctamente y realizar un estudio de extensión para indicar de manera adecuada el tratamiento definitivo.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0046.- HIPOGLUCEMIAS QUE TERMINAN EN QUIRÓFANO: EL INSULINOMA

Marta Gonzalo, Martín; Baltasar Pérez, Saborido; Asterio Barrera, Rebollo; Mario Rodríguez, López; Rosalía Velasco, López; Sara Mambrilla, Herrero; Martín Bailón, Cuadrado; Enrique Asensio, Díez

INTRODUCCIÓN

El insulinoma, aunque raro (4 casos por millón de habitantes y año), es el tumor endocrino más frecuente. Un 80% son formas solitarias aunque puede cursar en el seno de un MEN-1 (7%). Las sintomatología que produce es la derivada de los continuos episodios de hipoglucemia, con los conocidos síntomas adrenérgicos (temblor, diaforesis, palpitaciones) y neuroglucopénicos (visión borrosa, alteraciones del comportamiento) que ceden con la ingesta.

Pese al característico cuadro clínico, el diagnóstico se realiza habitualmente de forma tardía y tras cierta confusión inicial, con hasta un 20% de diagnósticos erróneos (psiquiátrico, epilepsia). Su tratamiento es quirúrgico, mediante enucleación en lesiones pequeñas y superficiales o resección pancreática mayor. Un 6% presenta características malignas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años sin antecedentes personales salvo colecistectomía por colelitiasis. Ingresa para estudio de episodios de hipoglucemias < 40mg/dL de tres-cuatro meses de evolución. Sus familiares relatan cambios en el comportamiento y debilidad. Ha recibido tratamiento por “ansiedad”.

La analítica sanguínea detecta un estado de hiperinsulinismo endógeno (hipoglucemia, elevación de insulinemia, péptido-C y pro-insulina). En TC abdominal, se observa lesión de 1,5 cm en cabeza pancreática, compatible con insulinoma. La PAAF por CPRE confirma el diagnóstico.

Se programa intervención quirúrgica, procediéndose a la enucleación de la lesión previa delimitación mediante ecografía intraoperatoria. Las glucemias se normalizan desde el posoperatorio inmediato.

CONCLUSIÓN

El insulinoma es una neoplasia poco frecuente y de diagnóstico confuso pero con excelentes resultados terapéuticos tras la cirugía. Debe considerarse ante cuadros persistentes de hipoglucemia de origen desconocido.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0047.- SÍNDROME DE BOUVERET. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Peláez Barrigón, Rosa María; Labró Ciurans, Meritxell; Montmany Vioque, Sandra; Estremiana , Fernando; Balaguer , Cristina; Luna Aufroy, Alexis; Rebasa Cladera, Pere; Muñoz Bellvis, Luis; Navarro Soto, Salvador

OBJETIVO

El síndrome de Bouveret es una presentación infrecuente de un ileo biliar (<2-3%) por impactación litiásica (>2cm) a nivel del duodeno, provocando obstrucción y distensión gástrica. La causa suele ser una fístula colecistoduodenal o colecistogástrica.

Mujeres, mayores de 70años, larga historia de colelitiasis con colecistitis y gran tamaño del cálculo son factores de riesgo para padecer este síndrome. La tasa de morbilidad-mortalidad recogida en la literatura varía del 60% y del 12 al 30% respectivamente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de un varón de 80 años que acude a Urgencias por dolor abdominal y vómitos en posos de café.

AP: Enolismo crónico. Pérdida de peso 11 kg .Exploración física: TA 145/78, 105lpm. Abdomen sin signos de irritación peritoneal. Analítica; 9.560 lecucocitos. Hb 10, Hcto 30%.

FGS: hernia de hiato con esofagitis por reflujo grado IV .Cuerpo gástrico con restos en posos de café. Estenosis pilórica con bulbo duodenal intensamente deformado por ulcus de 12mm con coágulo adherido.

Se instaura tratamiento con IBPs en P.C., a pesar de lo cual se observa anemización hasta Hb 8.5 y febrícula 37,3º. Se realiza TAC tóraco-abdominal: litiasis vesicular múltiple, oclusión duodenal por cálculos y neumoperitoneo adyacente a la vesícula. (Imágenes 1 y 2) Se trasfunden 2 CH y se instaura tratamiento antibiótico con Tazocel®. Se intenta desimpactación de los cálculos mediante FGS no siendo posible, por lo que se interviene de urgencia realizándose gastrotomía con extracción de tres grandes litiasis enclavadas en 2ª porción duodenal.(Imágenes 3,4,5,6).

La evolución postoperatoria es favorable, con febrícula aislada pero con estabilidad hemodinámica y buena tolerancia oral, siendo alta al 10 día P.O.

CONCLUSIONES

1. Las fístulas biliodigestivas son una rara complicación de la colelitiasis (<1%). Los síntomas suelen ser inespecíficos (náuseas, vómitos, dolor epigástrico y en HCD,

incluso hematemesis por erosión de la mucosa duodenal) pero su intensidad no se correlaciona con los hallazgos, por ello el índice de sospecha debe ser alto.

2. Triada de Rigler en Rx abdominal: obstrucción intestinal, neumobilia y cálculo ectópico calcificado. Aunque el TAC es el gold standard, sobre todo si se realiza con contraste oral con el que se visualiza la fístula a través del relleno vesicular.

3. El tratamiento del Sd. de Bouveret es controvertido. Se puede intentar una descompresión endoscópica mediante litotricia mecánica y extracción litiásica, pero si ésta falla es necesario el abordaje quirúrgico, existiendo varias opciones: gastrotomía proximal, duodenotomía, vagotomía con gastroduodenostomía de Jaboulay…

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0048.- HEMANGIOMA CAVERNOSO HEPATICO GIGANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Suero Rodríguez, Carlenny; Louredo Méndez, Angel; Fernández Rodríguez, José Alberto; Barra Valencia, Vanesa; De Castro Monedero, Paola; Silva Fernández, Jésus; Saldarriaga Ospino, Luis Carlos; Eguía Larrea, Marta; San José Santamarta, Henar; Alvárez Conde, José Luis

OBJETIVOS

El hemangioma cavernoso es el tumor mesenquimal benigno más frecuente del hígado. Su prevalencia se estima entre 0,4 y 20%. La gran mayoría son asintomáticos y muchas veces son hallazgos incidentales, salvo los hemangiomas gigantes, que pueden presentar dolor o molestias abdominales. Más frecuentes en mujeres jóvenes y suelen ser solitarios, pero pueden presentar múltiples lesiones en ambos lóbulos hepáticos en más del 40% de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 48 años de edad sin antecedentes familiares ni personales de interés que refiere dolor en el costado derecho que empeora con el decúbito lateral y con los movimientos. En la exploración física se evidenció masa abdominal palpable en hipocondrio derecho. Se realiza analítica completa, ecografía abdominal y posteriormente RMN hepática que confirman la presencia de una masa hepática de 11 cm localizada en los segmentos VII-VIII compatible con hemangioma cavernoso gigante, que produce compresión de venas suprahepáticas derecha y media.

RESULTADOS

Diagnosticada de hemangioma cavernoso gigante se interviene quirúrgicamente, realizándosele colecistectomía y exéresis total de la masa con bisegmentectomía de VII-VIII con clampaje selectivo derecho.

La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de hemangioma cavernoso.

El postoperatorio inmediato trascurre UVI precisando soporte ventilatorio e inotrópico por inestabilidad hemodinámica, con mejoría progresiva y traslado a planta. Al quinto día presenta disnea de esfuerzo y debilidad extrema. Se solicita AngioTC por sospecha de TEP, que evidencia defectos repleción en arterias pulmonares segmentarias. Se instaura tratamiento anticoagulante con HBPM y posterior cambio a acenocumarol. Mejoría previa al alta.

CONCLUSIONES

La mayoría de los hemangiomas tiene un tamaño < 5 cm; aquellos cuyo tamaño es > 5 cm se denominan gigantes y son los que precisan tratamiento quirúrgico, ya que

presentan dolor secundario a compresión extrínseca u otro tipo de complicación de como: trombosis, sangrado, inflamación de la cápsula de glisson y otra más mortal el fenómeno de coagulación intravascular diseminada denominada síndrome de Kasabach Merrit. El resto se vigila con control radiológico para valorar aumento del tamaño de la lesión, sin precisar tratamiento y por lo general tienen buen pronóstico. Se ha descrito la relación existente entre la toma de anticonceptivos orales y el aumento de tamaño, la aparición de sintomatología e incluso la recurrencia de estos tumores.

La enucleación es el tratamiento quirúrgico de elección, por disminución del sangrado postoperatorio, aunque las técnicas resectivas también están ampliamente descritas para este tipo de lesión y es posible realizarlo en todos los casos con maniobras de cirugía hepática.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0050.- LESIONES HEPÁTICAS QUÍSTICAS: CISTOADENOMA; UN CASO POCO FRECUENTE

Gonzalo Martín, Marta; Díez González, Luis M.; Pérez Saborido, Baltasar; Rodríguez López, Mario; Velasco López, Rosalía; Mambrilla Herrero, Sara; Bailón Cuadrado, Martín; Asensio Díaz, Enrique; Barrera Rebollo, Asterio

INTRODUCCIÓN

Las lesiones quísticas adenomatosas hepáticas son extremadamente raras, con escasas descripciones en la literatura, tanto en sus formas benignas como malignas, ya que suponen menos del 5% de los tumores quísticos biliares. El cistoadenoma es un tumor benigno presuntamente originado en restos embrionarios con potencialidad epitelial biliar, intrahepáticos, y más raramente extrahepáticos. Pueden ser uni o multilobulares y alcanzar gran tamaño, del que derivarán las manifestaciones clínicas. Afectan predominantemente a mujeres en la edad media de la vida (razón 4:1), y su localización más frecuente es la hepática (90% de los casos), especialmente en el LHD, siendo muy poco frecuentes las ubicaciones en vía biliar extrahepática. El cistoadenocarcinoma es de menor incidencia, relacionándolo algunos autores con la degeneración de una forma benigna. Se presenta a una edad de media superior (en torno 6ª década). Su tratamiento es quirúrgico para exéresis completa y diagnóstico diferencial definitivo.

CASO CLÍNICO

Mujer de 56 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por masa palpable en epigastrio y dispepsia de unas semanas de evolución. Afebril, hemodinámicamente estable. Abdomen blando, depresible, con masa palpable en epigastrio-hipocondrio izquierdo que produce ligeras molestias a la exploración. No peritonismo. En la analítica, destaca aumento de GGT hasta 110, fosfatasa alcalina de 219 y una PCR de 17, sin otros hallazgos. Se realiza Ecografía urgente que revela masa quiística de 8 x 8 cm con pared y tabique central, en LHI, que desplaza arteria hepática izquierda y porta izquierda. La TC y RM hepática confirman dicho hallazgo, observándose además leve dilatación de la vía biliar intrahepática izquierda. Es compatible radiológicamente con cistoadenoma mucinoso.

Se programa posteriormente intervención quirúrgica, encontrándose masa quística de superficie lisa, como la descrita dependiente de segmentos II-III y realizándose exéresis completa de la misma. Se aplica como sellante-hemostático en lecho hepático Tachosyl.

La anatomía patológica y estudio con Azul Alcian muestran como resultado un cistoadenoma hepatobiliar con múltiples complejos de Von Meyerburg y áreas mixoides con pigmentación por siderina, sin signos de atipia celular.

La evolución posoperatoria es favorable, sin aparecer complicaciones.

CONCLUSIÓN

El Cistoadenoma Hepático es una entidad rara que supone menos del 5% de las lesiones quísticas biliares. Su progresivo crecimiento, con posible clínica y sobre todo, su diagnóstico diferencial con el cistoadenocarcinoma, nos empujan a plantear de elección el tratamiento quirúrgico.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0051.- TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA DIVERTICULITIS YEYUNAL AGUDA COMPLICADA.

Zambrano Muñoz, Rocío; Vidal Doce, Oscar; García Plata, Ester; Pascual Reoyo, Felipe; Rodrigo Amador, Vidina; León Miranda, Raquel; Parra López, Romina; Gil Laso, Iván; González Martínez, Lucía; Sánchez Manuel, Javier

OBJETIVO

Presentar un caso de diverticulitis yeyunal aguda complicada manejada de manera conservadora con buena evolución

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentación de un caso de diverticulitis yeyunal aguda complicada tratada de manera conservadora en nuestro servicio

RESULTADO

Paciente de 83 años que ingresa de manera urgente por abdomen agudo y TAC compatible con diverticulitis yeyunal aguda complicada. Ante la estabilidad hemodinámica y con marcadores de sepsis normales, se inició antibioterapia de amplio espectro de manera empírica evolucionando la paciente de manera satisfactoria, lo cual permitió el alta a los nueve días sin necesidad de intervención quirúrgica urgente.

CONCLUSIONES

La diverticulitis yeyunal complicada es una rara entidad cuyo tratamiento ha sido tradicionalmente quirúrgico al presentarse de manera urgente como un abdomen agudo. Sin embargo, las técnicas de imagen avanzadas actuales, la disponibilidad de tratamientos antibióticos de amplio espectro, las medidas de soporte global del paciente o las técnicas de drenaje percutáneo pueden hacer estas complicaciones susceptibles de tratamiento conservador con buena evolución y sin necesidad de resección intestinal urgente.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0052.- HIDATIDOSIS HEPÁTICA: COMPLICACIONES INFRECUENTES DE UNA ENFERMEDAD BIEN CONOCIDA EN CASTILLA Y LEÓN

Gonzalo Martín, Marta; Pinto Fuentes, Pilar; Pacheco Sánchez, David; Rodríguez López, Mario; Velasco López, Rosalía; Mambrilla Herrero, Sara; Bailón Cuadrado, Martín; Pérez Saborido, Baltasar; Barrera Rebollo, Asterio

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis humana es una zoonosis parasitaria bien conocida en nuestro país, y especialmente frecuente en nuestra región, Castilla y León. No obstante, existen casos con complicaciones raras de presentación casi excepcional.

El principal agente etiológico es el Equinoccocus granulosus, que llega al hombre por contacto directo o ingesta, habitualmente desde su huésped final, el perro. Es una enfermedad benigna pero potencialmente grave. Desde el tubo digestivo, el parásito invade otros órganos, frecuentemente el hígado (60%) o pulmón (30%). Se manifiesta tardíamente (aumento de volumen del órgano afectado, masa palpable, molestias en hipocondrio derecho, dolor cólico biliar…). Es habitual el diagnóstico accidental en una prueba de imagen. La urticaria es común a cualquier localización. El tratamiento es quirúrgico para los casos sintomáticos.

Las complicaciones más frecuentes son la ruptura e infección del quiste. La rotura hacia la vía biliar puede provocar colangitis e ictericia obstructiva. La colangiohidatidosis aparece en un 25% de los casos. Sólo un 5% llega a presentar obstrucción de la vía biliar.

La clínica más las pruebas de imagen (ECO, TC, RM) nos acercan al diagnóstico. La CPRE es especialmente útil en caso de obstrucción, permitiendo la limpieza de la vía biliar, con o sin colocación de prótesis.

CASO CLÍNICO

Varón de 44 años, con antecedentes personales de autismo. Acude a Urgencias por síndrome febril y oliguria. La exploración abdominal es normal. En la analítica presenta leucocitosis y neutrofilia leve. Hallazgo casual en Ecografía de quiste hepático de 15x10cm en lóbulo izquierdo. La TC y ColangioRM muestran un gran quiste de 20x15x10cm multilobulado y con vesículas en su interior, con sospecha de sobreinfección, que comprime estómago y parénquima hepático. En CPRE, se observa dilatada la vía biliar extrahepática; se realiza esfinterotomía y drenaje de múltiples vesículas, dejando drenaje transpapilar, con buena evolución.

Posteriormente, se decide intervención programada para quistoperiquistectomía casi total de quiste gigante en segmentos II-III que engloba la VSI, más colecistectomía,

hallándose multitud de hidátides en el interior de la misma. Buena evolución posoperatoria, sin complicaciones.

CONCLUSIÓN

La hidatidosis hepática es frecuente en territorios agrícolas-ganaderos, mostrando una clínica tardía o siendo habitualmente un hallazgo casual. Complicaciones más graves como la colangiohidatidosis o colehidatidosis se ven más raramente, como en el caso expuesto. El abordaje endoscópico con drenaje de la vía biliar, es capaz de resolver el episodio agudo con éxito, permitiendo una intervención programada en mejores condiciones.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0053.- HIDATIDOSIS QUÍSTICA HEPÁTICA: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PROVINCIAS DE CASTILLA Y LEÓN

Mambrilla Herrero, Sara; Pérez Sabrido, Baltasar; Gonzalo Martín, Marta; Rodriguez López, Mario; Velasco López, Rosalía; Bailón Cuadrado, Martín; Asensio Díaz, Enrique; Blanco Alonso, Jose Ignacio; Pacheco Sanchez, David; Barrera Rebollo, Asterio

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una zoonosis producida por el parásito Echinoccocus granulosus. Es endémico en Castilla y León aunque su prevalencia ha ido en disminución. Por su trasmisión está más asociado a áreas rurales.

OBJETIVO

Objetivo primario: Descripción de los datos epidemiológicos y clínicos de los casos intervenidos en nuestro centro. Objetivo secundario: Estudio de la relación de la procedencia (Valladolid vs resto de la comunidad) de los pacientes con el tamaño de los quistes, la estancia postoperatoria y las complicaciones perioperatorias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cohortes retrospectivo, donde se analizan los datos epidemiológicos y clínicos de aquellos pacientes residentes en Valladolid (Grupo1) frente a aquellos pacientes de otros puntos de la comunidad (Grupo 2). Todos son pacientes intervenidos quirúrgicamente entre enero de 2008 y enero de 2014 por hidatidosis hepática en el hospital Universitario Río Hortega.

RESULTADOS

Se estudiaron 28 pacientes (19 mujeres y 9 hombres). En su mayoría 68% procedentes de nuestro área de referencia, siendo el resto de diferentes puntos de la comunidad. El tamaño medio de los quistes fue de 9´5 cm aproximadamente para quistes únicos y los casos de coexistencia de varios quistes el tamaño medio fue 4´5 cm. Preferente localizados en los segmentos 4 y 7. Al 82 % de los pacientes se les practicó una quistectomía parcial abierta, a un 14´3% una quistectomía total abierta mientras que a un 3% se realizó una quistectomía vía laparoscópica. No se halló ninguna complicación en el 50% de los pacientes, un 25% padecieron complicaciones Clavien 1, el resto de los pacientes sufrieron complicaciones Clavien 2 o mayores. No se halló ningún caso de mortalidad postoperatoria.

Comparamos el tamaño de los quiste en el grupo de pacientes del grupo 1 frente a los del grupo 2 (p=0´42). Tampoco se hallan diferencias significativas en el tiempo de ingreso postoperatorio entre ambos grupos (p= 0´86). El riego relativo de padecer

complicaciones más severas (Clavien 2 o más) entre ambos grupos es RR: 1´16 (IC 95% 0´16-8´16).

CONCLUSIONES

No se hallan diferencias en el tamaño de los quistes hepáticos entre pacientes residentes en Valladolid frente a aquellos pacientes de fuera de la provincia. Tampoco en el riesgo de padecer complicaciones postquirúrgicas de mayor gravedad. No hallamos diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de ingreso postoperatorio entre ambos grupos.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0054.- DUODENECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DE NEOPLASIA DE LA SEGUNDA PORCIÓN: UN CASO INFRECUENTE

Gonzalo Martín, Marta; Pérez Saborido, Baltasar; Díez González, Luis M.; Rodríguez López, Mario; Velasco López, Rosalía; Mambrilla Herrero, Sara; Bailón Cuadrado, Martín; Asensio Díaz, Enrique; Barrera Rebollo, Asterio

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias duodenales constituyen una entidad rara dentro de la patología maligna del tracto gastrointestinal. Globalmente, no suponen más de un 0,5% de la misma, aunque se la frecuencia se eleva hasta el 50% al referirnos exclusivamente al intestino delgado. La causa de esta reducida incidencia es desconocida. Se han descrito tumoraciones de tipo adenocarcinoma (el más frecuente, 50-70%), sarcomas, carcinoides, linfomas no Hodgkin y metástasis. Su sintomatología es inespecífica (pérdida de peso, abdominalgia), lo que provoca un habitual diagnóstico tardío. La mayoría se detecta en fases avanzadas, existiendo metástasis en un 50% de las ocasiones. El tratamiento de elección es la cirugía, pudiéndose optar por una duodenopancreatectomía cefálica en las lesiones situadas en primera-segunda porción, o bien, resección duodenal para las más distales. En los casos en que la intención de la intervención sea paliativa, se realizará una derivación intestinal.

CASO CLÍNICO

Varón de 60 años. Antecedentes de HTA, dislipemia y depresión. Bebedor moderado. Ingreso por cuadro de vómitos incoercibles tras la ingesta de dos meses de evolución más síndrome constitucional. Exploración y analítica normales. La gastroscopia y ecoendoscopia revelan neoplasia estenosante en segunda porción duodenal, T3N0. Sin metástasis a distancia en TC. Se decide intervención quirúrgica, hallándose neoplasia avanzada locorregionalmente con extensa afectación linfática. Se realiza duodenectomía y anastomosis primaria terminoterminal.

CONCLUSIÓN

Las neoplasias de duodeno son lesiones muy infrecuentes y de difícil diagnóstico por su clínica insidiosa. Su tratamiento, curativo o paliativo, es quirúrgico. Conviene conocer y considerar esta patología con el fin de mejorar las tasas de detección y supervivencia, pobres actualmente.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0055.- OBSTRUCCIÓN DE ILEON DISTAL POR ENDOMETRIOSIS

Novotny, Sergio Adalerto; Rodrigo Amador, Vidina Aurora; Grajal Merino, Raquel; Malec, Pawel Zbigniew; Piniella García, Fernando; Salim , Abdelgader; Sayyad , Mohammed

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Describir el diagnóstico y tratamiento de la obstrucción intestinal por endometriosis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 40 años, apendicectomía en la niñez. Desde 5 años previos al ingreso, vómitos periódicos, en tratamiento psiquiátrico por trastorno de somatización, y migraña en estudio.

Acude a la consulta por estreñimiento de meses de evolución, con pérdida de 10 Kg en los últimos 6 meses, exacerbado en las últimas dos semanas. Al Examen Físico: Adelgazamiento, distensión abdominal moderada-severa, cicatriz de apendicectomía, y desnutrición proteica severa. Resto normal.

Hemograma, bioquímica, coagulación, marcadores tumorales normales, VHB, VHC, y VIH negativos.

En la TAC dilatación marcada de intestino delgado con colapsado de ileon terminal.

INTERVENCIÓN

Abordaje: Laparotomía media infraumbilical ampliada. Asas de Intestino delgado de hasta 7 cm de diámetro, sin bridas. A nivel de íleon distal, los últimos 25 cm se encuentran completamente colapsados. Resección ileo-cecal, con anastomosis manual termino-lateral, biplano, con puntos sueltos. Postoperatorio sin incidencias.

Anatomía patológica: Endometriosis intestinal que afecta la serosa y capa muscular del ileon terminal, ausencia de malignidad y linfadenitis crónica reactiva inespecífica.

DISCUSIÓN

La endometriosis es una entidad clínica frecuente. Afecta al 10-15% de mujeres entre los 30-40 años. Se define por la presencia de tejido endometrial en lugares ectópicos: Peritoneo pélvico, ovarios, tabique recto-vaginal, recto, sigma, apéndice, ciego e ileon terminal.

Se acompaña de esterilidad en el 30-40% de los casos. El síntoma clínico más característico es la dispareunia intramenstrual. Otros síntomas, 8,9% son: Dolor abdominal difuso, dolor rectal, náuseas, vómitos, diarrea, tenesmo, hemorragia digestiva baja y estreñimiento.

Los cuadros obstructivos son raros, pero más frecuentes en colon que en intestino delgado. La presencia de endometriosis en ileon terminal es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, pero hay que elevar el índice de sospecha en pacientes jóvenes, sin cirugías previas y con antecedentes de períodos menstruales dolorosos asociados a distensión abdominal y estreñimiento crónico. Habitualmente, el diagnóstico se realiza durante la cirugía, ya que el diagnóstico preoperatorio es muy difícil. En ocasiones obliga a laparotomías diagnósticas con resecciones intestinales amplias. La incidencia de resección de intestino delgado por obstrucción intestinal por endometriosis es del 0,7%.

CONCLUSIONES

La endometriosis como causa de obstrucción intestinal debe ser considerada en toda paciente en edad fértil, ante un cuadro de obstrucción intestinal, sin antecedentes quirúrgicos o patológicos. Habitualmente, el diagnóstico de obstrucción intestinal por endometriosis se realiza durante la cirugía, ya que el diagnóstico preoperatorio es muy difícil.

R-0056.- OBSTRUCCIÓN DE ILEON DISTAL POR ENDOMETRIOSIS

Novotny, Sergio Adalerto; Rodrigo Amador, Vidina Aurora; Grajal Merino, Raquel; Malec, Pawel Zbigniew; Piniella García, Fernando; Salim Abdelgader, Bashar; Al Sayyad Fayz, Mahhammud

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Describir el diagnóstico y tratamiento de la obstrucción intestinal por endometriosis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 40 años, apendicectomía en la niñez. Desde 5 años previos al ingreso, vómitos periódicos, en tratamiento psiquiátrico por trastorno de somatización, y migraña en estudio.

Acude a la consulta por estreñimiento de meses de evolución, con pérdida de 10 Kg en los últimos 6 meses, exacerbado en las últimas dos semanas. Al Examen Físico: Adelgazamiento, distensión abdominal moderada-severa, cicatriz de apendicectomía, y desnutrición proteica severa. Resto normal.

Hemograma, bioquímica, coagulación, marcadores tumorales normales, VHB, VHC, y VIH negativos.

En la TAC dilatación marcada de intestino delgado con colapsado de ileon terminal.

INTERVENCIÓN

Abordaje: Laparotomía media infraumbilical ampliada. Asas de Intestino delgado de hasta 7 cm de diámetro, sin bridas. A nivel de íleon distal, los últimos 25 cm se encuentran completamente colapsados. Resección ileo-cecal, con anastomosis manual termino-lateral, biplano, con puntos sueltos. Postoperatorio sin incidencias.

Anatomía patológica: Endometriosis intestinal que afecta la serosa y capa muscular del ileon terminal, ausencia de malignidad y linfadenitis crónica reactiva inespecífica.

DISCUSIÓN

La endometriosis es una entidad clínica frecuente. Afecta al 10-15% de mujeres entre los 30-40 años. Se define por la presencia de tejido endometrial en lugares ectópicos: Peritoneo pélvico, ovarios, tabique recto-vaginal, recto, sigma, apéndice, ciego e ileon terminal.

Se acompaña de esterilidad en el 30-40% de los casos. El síntoma clínico más característico es la dispareunia intramenstrual. Otros síntomas, 8,9% son: Dolor abdominal difuso, dolor rectal, náuseas, vómitos, diarrea, tenesmo, hemorragia digestiva baja y estreñimiento.

Los cuadros obstructivos son raros, pero más frecuentes en colon que en intestino delgado. La presencia de endometriosis en ileon terminal es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, pero hay que elevar el índice de sospecha en pacientes jóvenes, sin cirugías previas y con antecedentes de períodos menstruales dolorosos asociados a distensión abdominal y estreñimiento crónico. Habitualmente, el diagnóstico se realiza durante la cirugía, ya que el diagnóstico preoperatorio es muy difícil. En ocasiones obliga a laparotomías diagnósticas con resecciones intestinales amplias. La incidencia de resección de intestino delgado por obstrucción intestinal por endometriosis es del 0,7%.

CONCLUSIONES

La endometriosis como causa de obstrucción intestinal debe ser considerada en toda paciente en edad fértil, ante un cuadro de obstrucción intestinal, sin antecedentes quirúrgicos o patológicos. Habitualmente, el diagnóstico de obstrucción intestinal por endometriosis se realiza durante la cirugía, ya que el diagnóstico preoperatorio es muy difícil.

R-0058.- METÁSTASIS DE GRAN LEIOMIOSARCOMA RETROPERITONEAL, UN RETO EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

Mambrilla Herrero, Sara; Pacheco Sánchez, David; Pinto Fuentes, Pilar; Gonzalo Martín, Marta; Rodruiguez López, Mario; Velasco López, Rosalía; Bailón Cuadrado, Martín; Blanco Álvarez, José Ignacio; Asensio Díaz, Enrique; Pérez Saborido, Baltasar

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas retroperitoneales provienen de músculo liso, sobre todo de venas retroperitoneales, la mayoría se desarrollan extrínsecamente a éstas. La incidencia de sarcomas retroperitoneales es de 0´3 por cada 10000, corresponden al 15 % de los sarcomas diagnosticados y se asocian a peor pronóstico que aquellos de los tejidos blandos periféricos. Las metástasis hepáticas de tumores de tejidos blandos son frecuentes y más del 50 % de los casos corresponden a metástasis de leiomiosarcoma, siendo éste el tipo histológico más frecuente.

CASO

Paciente mujer de 53 años con antecedentes de tiroidectomía por carcinoma tiroideo, conización por CIN. Resección de sarcoma retroperitoneal bien diferenciado de gran tamaño (19 x 12 x 10 cms) un año antes. La anatomía patológica del mismo fue leiomiosarcoma bien diferenciado con áreas pleomorfas. En el seguimiento postquirúrgico se halla en Tac una lesión hipodensa de aproximadamente 1´3 cm localizada en segmento II compatible con metástasis. Se decide resección quirúrgica de dicho segmento. En la ecografía intraoperatoria se halla otra lesión en segmento IV por lo que se realiza bisegmentectomía de los segmentos II y III así como metastasectomía de la lesión del IV con márgenes adecuados. La anatomía patológica de la pieza fue compatible con metástasis de leiomiosarcoma de alto grado. El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias y 1 año después se halla libre de enfermedad.

CONCLUSIONES

Las metástasis hepáticas de tumores de partes blandas son relativamente frecuentes, el estrecho seguimiento de pacientes con antecedentes de leiomiosarcoma resecado permite el hallazgo precoz de éstas metástasis. El logro de una resección R0 proporciona una oportunidad curativa y una supervivencia a largo plazo aceptable en pacientes seleccionados.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0059.- RARA CAUSA DE ABDOMEN AGUDO: INFARTO OMENTAL. ¿ES SEGURO EL MANEJO CONSERVADOR?

Gonzalo Martín, Marta; Pérez Saborido, Baltasar; Rodríguez López, Mario; Velasco López, Rosalía; Mambrilla Herrero, Sara; Bailón Cuadrado, Martín; Rodríguez Vielba, Paloma; Marcos Rodríguez, José L.

INTRODUCCIÓN

El infarto epiploico u omental, es un raro cuadro descrito hace poco más de 100 años del que todavía no se conoce una etiología definida. No supone más de un 0,1% de las laparotomías realizadas por abdomen agudo. El 85% de los casos está registrado en la edad adulta y es más frecuente en varones (2:1). Se puede diferenciar el infarto por vasculopatía del originado por un factor mecánico o torsión del epiplón. La manifestación clínica más frecuentes es el dolor abdominal, confundiéndose habitualmente con la apendicitis o colecistitis aguda. Se ha relacionado, además, con la obesidad o las digestiones pesadas, aunque la causa concreta se ignora. Clásicamente, su diagnóstico se ha obtenido a través de la cirugía. En la actualidad, las técnicas de imagen (ecografía y TC), permiten reconocerlo y optar por el tratamiento conservador. No encontramos descritos casos de infarto del lado izquierdo, como el expuesto, en el que el diagnóstico diferencial se establece con la diverticulitis aguda.

CASO CLÍNICO

Varón de 49 años sin antecedentes personales de interés. Ingresa en el Servicio de Urgencias por abdominalgia localizada en fosa ilíaca izquierda (FII) de 6 días de evolución, con náuseas aisladas, sin más sintomatología digestiva pero sí febrícula. La analítica revela una leve leucocitosis con neutrofilia, y una PCR de 135.

A la exploración, encontramos un abdomen blando, depresible y no doloroso salvo en FII, donde se palpa una masa dolorosa y superficial. No existen signos de peritonismo. La ecografía y el TC muestran una zona de densidad grasa ovoidea, hiperecogénica, dependiente del epiplon mayor, con una colección de 2x3 cm posterior al recto anterior del abdomen e importante componente inflamatorio muscular.

Ante la estabilidad del paciente, se decide tratamiento conservador con antiinflamatorios y antibioticoterapia. El cuadro mejora progresivamente, siendo alta a los 6 días de hospitalización.

CONCLUSIÓN

El infarto epiploico u omental es una causa rara de abdomen agudo, siendo excepcional su presentación izquierda, sobre todo acompañada de una colección. No es necesario un abordaje quirúrgico si el paciente se mantiene estable y sin signos de peritonismo, siendo el tratamiento conservador la opción a considerar.

R-0060.- RESECCIÓN MULTIVISCERAL DE TUMORACIÓN ABDOMINAL GIGANTE CON DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO INCIERTO

Labarga Rodríguez, Fernando; Huidobro Piriz, Ana; De Castro Monedero, Paola; Silva Fernandez, Jesús Manuel; Saldarriaga Ospino, Luis Carlos; Suero Rodríguez, Carlenny Adelaida; Simó Fernandez, Vicente; Diaz Maag, Rafael; Castrillo Arconada, Enrique; Alvarez Conde, Jose Luis

OBJETIVOS e INTRODUCCIÓN

Los grandes tumores intra-abdominales suponen un importante reto diagnóstico y terapéutico. Existe un gran abanico dentro del diagnóstico diferencial de los tumores de origen mesenquimal.

El término angiomixoma agresivo fue introducido por Steeper y Rosai en 1983 para describir una neoplasia mesenquimatosa de características morfológicas peculiares, de lento crecimiento y de localización en el área genital, perineal y pélvica de mujeres en edad fértil. Se han descrito casos aislados en varones localizados en la zona inguinal, escroto y cordón espermático.

Nuestro objetivo es exponer, en forma de caso clínico, la actuación seguida ante el diagnóstico anatomopatológico inicial de angiomixoma agresivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón intervenido en nuestro Servicio de Cirugía General en el año 2014.

La búsqueda bibliográfica para la revisión se realizó por medio de PubMed® hasta Abril del 2014.

RESULTADOS: Caso clínico

Varón de 50 años intervenido en el año 2010 de una tumoración dependiente del mesenterio ileal con informe anatomopatológico de tumor fibroso solitario sin afectación de bordes. Es valorado en consulta por cuadro de molestias abdominales, pérdida de peso y aumento del perímetro abdominal de 6 meses de evolución. En el estudio TAC preoperatorio objetivamos una gran masa de densidad heterogénea de 24 x 17 cm que desplaza y engloba múltiples estructuras intra-abdominales, no pudiéndose precisar el origen debido al tamaño. Se realiza una biopsia con aguja gruesa con el resultado anatomopatológico de angiomixoma agresivo.

Con este diagnóstico se realiza una resección quirúrgica R0 en bloque de una gran masa con origen supramesocólico, posiblemente en el colon transverso. La pieza quirúrgica incluirá: cuerpo y cola de páncreas, bazo, riñón izquierdo junto con colon

derecho, transverso y descendente. Se finaliza la cirugía reconstruyendo el tránsito con una anastomosis ileosigmoidea. El postoperatorio cursa sin incidencias.

Finalmente la anatomía patológica define la estirpe de nuestro caso: Fibromatosis tipo desmoide sin afectación ganglionar ni infiltración de órganos vecinos. Es precisa la valoración histoquímica e inmunohistoquímica de un centro de referencia nacional.

CONCLUSIONES: DISCUSIÓN

El caso que presentamos se refiere a una patología poco habitual y gráficamente llamativa.

En la bibliografía reciente, el angiomixoma agresivo y la fibromatosis tipo desmoide presentan muchos puntos en común.

El origen retroperitoneal es excepcional. El tamaño descrito es variable, llegando a alcanzar grandes dimensiones hasta presentar síntomas, normalmente dependientes de la compresión de órganos adyacentes. En la mayoría de los casos el diagnóstico es incidental.

El tratamiento de elección es quirúrgico y consiste en la exéresis tan ampliada cuanto sea posible el binomio: control de la enfermedad-morbilidad.

En el caso del angiomixoma agresivo, un porcentaje importante presenta receptores hormonales. Existen en la literatura casos descritos con respuestas evidentes, incluso remisiones completas.

Aunque existan igualmente textos que usan la radioterapia como adyuvante en la enfermedad recurrente, se trata de casos aislados sin soporte científico. La utilización de quimioterápicos tampoco encuentra apoyo en las escasas publicaciones existentes.

El pronóstico es casi uniformemente favorable. Una tasa de recidiva local elevada debe implicar un seguimiento atento y prolongado de estos pacientes.

R-0061.- HAMARTOMA RETRORRECTAL: ABORDAJE POSTERIOR CON PRESERVACIÓN ESFINTÉRICA

Gonzalo Martín, Marta; Sarmentero Prieto, José C.; Rodríguez Vielba, Paloma; Rodríguez López, Mario; Velasco López, Rosalía; Mambrilla Herrero, Sara; Bailón Cuadrado, Martín; Novo Alonso, César; Marcos Rodríguez, José L.

INTRODUCCIÓN

Los tumores retrorrectales constituyen una entidad rara. La existencia, en este espacio, de tejidos derivados de las tres hojas embrionarias condiciona una gran heterogeneidad en cuanto a su histología. En general, son más frecuentes en el sexo femenino (excepto el cordoma) y edades en torno a los 40 años. Las lesiones benignas predominan, siendo la mayoría de ellas quistes del desarrollo. Clínicamente, pueden ser asintomáticos o producir dolor, infecciones de repetición, estreñimiento, obstrucción intestinal, cefalea. Las alteraciones en la continencia o la destrucción ósea, indican riesgo de malignidad. El tratamiento es quirúrgico. La vía de abordaje dependerá de la localización y tamaño. Se acepta la vía posterior para tumores que no sobrepasan el nivel S3; para el resto, está indicado un abordaje anterior.

CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años con antecedentes de abscesos perianales de repetición, algunos de ellos drenados quirúrgicamente, acude a Urgencias por cuadro similar a previos. Se realiza en quirófano drenaje de absceso perianal y exploración bajo anestesia, observándose orificio fistuloso interno a las 4 horas en posición de litotomía. La colonoscopia muestra orificio fistuloso anal con salida de material purulento. En TC y RM, masa presacra de 10x6cm, multilobulada, heterogénea, con gas en su interior. Desplaza estructuras vecinas, entre ellas el recto hacia la derecha, sin infiltración de ninguna de ellas. Se decide abordaje según vía de York-Masson, preservando esfínteres, con exéresis completa de la tumoración, que ha fistulizado a recto y vagina. El diagnóstico anatomopatológico final es de hamartoma retrorrectal.

CONCLUSIÓN

Los tumores retrorrectales son casos raros, de clínica confusa y por tanto, diagnóstico inicial más complicado. Su tratamiento es generalmente quirúrgico. Es importante la correcta elección de la vía de abordaje, marcada principalmente por la localización (S3) y/o tamaño del tumor. Para casos seleccionados, la vía posterior con preservación de esfínteres constituye un abordaje adecuado.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0062.- PÓLIPO FIBROIDE INFLAMATORIO COMO CAUSAINFRECUENTE DE INVAGINACIÓN YEYUNAL PROXIMAL DELADULTO

Novotny, Sergio Adalberto; Rodrigo Amador, Vidina Aurora; Piniella García, Fernando; Grajal Merino, Raquel; Malec , Pawel Zbigniew; Salim Abdelgader, Bashar; Al Sayyad Fayz, Mahhammud

OBJETIVO

Describir el diagnóstico y tratamiento de la invaginación yeyuno-ileal en el adulto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 68 años. Ex fumador. Consulta por epigastralgia de 3 meses de evolución, intermitente, con melenas, y astenia marcada en los últimos días. Examen físico: Palidez cutáneo-mucosa, y dolor en epigastrio, sin masas palpables.

ANALÍTICA

Hb 6,6; Htcto 22 %; plaquetas 401.000; PCR 49; coagulación, bioquímica, CEA, CA 19.9 y B-2 micro globulina normales; SOH positivo; HVB, HVC y HIV negativos. TAC: Hernia interna paraduodenal izquierda, sin signos de sufrimiento. Dentro de ésta se observa una imagen de asas concéntricas que sugiere probable invaginación intestinal, lo que sugeriría la existencia de una neoformación a ese nivel. Gastroscopia: Normal. Colonoscopia: Normal.

INTERVENCIÓN

Se realizó abordaje por laparotomía media supraumbilical ampliada. Resección segmentaria de yeyuno proximal, desde 10 cm de ángulo de treitz. Anastomosis termino-terminal manual continua y monoplano. Biopsia de adenopatías mesentéricas. Anatomía patológica: pólipo fibroide inflamatorio de 5 x 6 cm, sin malignidad.

DISCUSIÓN

La invaginación intestinal en adultos tiene una incidencia de 3 x 10^6 habitantes/año; en niños 1-4 casos x 1000 nacidos vivos. En adultos raramente se diagnostica antes de la cirugía, y puede ser originada por cualquier lesión en la pared intestinal que altere el peristaltismo. Más del 90% de las invaginaciones están asociadas a una lesión, que en el 66% es una neoplasia. Los tumores malignos son en su mayoría metastásicos, linfomas, sarcomas, melanomas y adenocarcinomas. Tumores benignos: Hamartomas, lipomas, pólipos fibroides inflamatorios, cistoadenoma mucinoso de apéndice y páncreas ectópico. Causas no neoplásicas: Hematoma postquirúrgico de pared intestinal, cicatrices o líneas de sutura, cuerpos extraños, divertículo de Meckel o enfermedad celiaca. La clínica de la invaginación es inespecífica y frecuentemente crónica: Dolor abdominal, náuseas, vómitos y/o melenas. En el diagnóstico son útiles la

radiología simple de abdomen, el tránsito intestinal, la ecografía y la TAC, siendo esta última de elección. La colonoscopia y la sigmoidoscopia son de ayuda en la evaluación y tratamiento de la invaginación ileocólica.

La decisión de resección abierta o laparoscópica depende del grado de distensión de las asas intestinales, la urgencia, y la experiencia del equipo quirúrgico.

CONCLUSIONES

En adultos raramente se diagnostica antes de la cirugía. Más del 90% de las invaginaciones están asociadas a una lesión, que en el 66% es una neoplasia. En el adulto se recomienda cirugía, inicialmente sin intentar reducción, consistente en la resección total del segmento invaginado.

R-0063.- ADENOMA HEPÁTICO GIGANTE COMPLICADO SIN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Giordano, Pietro Giovanni; Nuño Vásquez-Garza, Javier; Peromingo Fresneda, Roberto; Luengo Pierrard, Patricia; López Buenadicha, Adolfo; Morante Perea, Ana Pilar; García Angarita, Francisco; García Nebreda, María

OBJETIVOS

Los adenomas hepáticos son tumores benignos del hígado poco frecuentes, aparecen predominantemente en mujeres jóvenes y se localizan sobre todo en el lóbulo hepático derecho. La incidencia anual se estima en un caso por millón. Suelen ser solitarios, aunque pueden ser múltiples. Se relacionan habitualmente con los anticonceptivos orales, las enfermedades de depósito de glucógeno y en la adenomatosis hepática.

Se presenta el caso de una paciente diagnosticada de adenoma hepático gigante sin relación con ningún factor predisponente conocido.

PACIENTES Y MÉTODOS

Mujer de 27 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid por distensión abdominal de una semana de evolución, asociada a fiebre de predominio vespertino, sin náuseas, vómitos ni alteraciones del ritmo intestinal. A la exploración física se palpa hepatomegalia de 2 cm por debajo del reborde costal izquierdo, de consistencia blanda. Analiticamente no se evidencian alteraciones.

En el TAC se objetiva una masa en el lóbulo hepático izquierdo, de consistencia heterogénea, de unos 15 cm de diámetro, sugerente de adenoma hepático complicado por sangrado crónico.

RESULTADOS

Antes de la cirugía, se realiza embolización selectiva de la vascularización tumoral, respetando el resto de las ramas arteriales izquierdas. Segundariamente se procede a la extirpación de la tumoración, realizándose segmentectomía del II y III. La anatomía patológica de la pieza revela una proliferación hepatocitaria madura, sin atipia, constituida por láminas hepatocitarias en monocapa, sin evidenciarse estructuras portales normales. El estudio inmunohistoquímico evidencia intensa positividad para receptores de andrógenos, focal para estrógenos y negativa para progesterona.

CONCLUSIÓN

El adenoma hepatocelular, antes de la difusión de los anticonceptivos orales, era extremadamente raro; sin embargo, el número de mujeres que desarrollan estos

tumores es insignificante en comparación con el consumo mundial de anticonceptivos, lo que puede sugerir una cierta forma de predisposición genética y justificar la aparición de tumores benignos no relacionados con el metabolismo hormonal. Es importante asegurar la naturaleza benigna de la lesión hepática; la biopsia percutánea en general no se recomienda dada su baja efectividad y alto riesgo de complicaciones.

Se recomienda resección quirúrgica completa con adenomas mayores de 5 cm, sintomáticos o con aparición de complicaciones como rotura y sangrado. En ocasiones las pruebas de imagen arrojan dudas diagnósticas; puesto que existe un riesgo de malignización del 10%, se debe realizar resección quirúrgica.

R-0065.- GRAN TUMOR RETROPERITONEAL FUNCIONANTE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA EN PACIENTE JOVEN

Rozo , Orlando; Aguilera , Yari; Caraballo , Mariana; Pelaez , Rosa; Anduaga , Maria Fernanda; Macías , Nicolas; Gutierrez , Fernando; Gonzalez , Carmen; Franch , Guzman; Muñoz , Luis

INTRODUCCIÓN

El paraganglioma (PG) es un raro tumor neuroendocrino (0,35X100 mil/año), se origina en los ganglios de la cadena simpática y parasimpática. Es causa de HTA secundaria (incidencia 0,3%), con pico de incidencia media a los 43 años (15% niños). Asociada a múltiples condiciones genéticas con una clínica variable (crisis catecolinérgicas), en algunos casos ausente. La medición de catecolaminas en plasma y orina, con la cromogranina A aunque presentan adecuada sensibilidad, varían en su especificidad. La imágenes diagnósticas (TAC,RMN, gammagrafía, SPECT-TAC) permiten evaluar: ubicación , afectación y así, plantearan su tratamiento quirúrgico adecuado y su pronóstico.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de paraganglioma retroperitoneal adherido a vasculatura principal y describir la importancia de su diagnóstico precoz

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años, hipertensa (desde los 35 años) y diabética en tratamiento con inadecuada respuesta. Con clínica de 6 años de evolución agudizada en los últimos 2 meses con sensación distérmica, diaforesis y cifras tensionales elevadas recurrentes, pérdida de peso (12 Kg) y cefaleas. A la exploración, se palpa tumoración sólida, no móvil que ocupa mesogástrio, y hemiabdomen derecho. Analítica con anemia crónica, hiperglucemia, hipercolesterolemia. Catecolaminas en orina y sangre elevadas (triple de lo normal). TAC: Tumoración con zona de infarto central y quística en polo inferior adherida a vena cava, aorta, vena renal derecha y uréter derecho movilizandolos. Se procede a bloqueo alfa y beta adrenérgicos sin adecuada respuesta, por lo tanto se inicia antiadrenérgico (fenoxibenzamina) 2 semanas previas a cirugía, en la cual, se evidencia gran tumoración de 20 X 15 cm, muy vascularizada y adherida a Aorta y vena cava inferior, movilizando estructuras descritas en TAC. Se realiza exéresis de tumoración separandola de los vasos principales con posterior sangrado difuso (sábana) de zona de adhesión tumoral la cual es controlada con TACHOSIL colocado cubriendo área vascular de adhesión tumoral. Paciente presenta buena evolución; es dada de alta al 6 día POP. La anatomía patológica fue informada como Paraganglioma retroperitoneal funcionante.

CONCLUSIONES

Dos tercios de PG son de origen parasimpático con ausencia de síntomas y ubicándose preferentemente en región cervical. El resto son originados en cadenas simpáticas produciendo síntomas catecolinérgicos. Su ubicación más frecuente es intraabdominal (frecuentemente derivados en el órgano de Zuckerkandl) Los PG extraadrenales tienden a ser malignos (50%Vs10% Feocromocitomas), por lo tanto el diagnostico eficaz y temprano de esta patología es de vital importancia, así, la supervivencia y el pronóstico mejoraran sustancialmente. No hay que olvidar la existencia de un grupo de pacientes (10%) que durante su primera intervención no se evidenciara enfermedad metastásica macroscópica (aún teniéndola) y asi el riesgo de recidiva y mortalidad aumentaran a pesar de los esfuerzos terapéuticos. La supervivencia a 5 años es del 75% (45% si enfermedad residual) y a 10 años 45% (10% si enfermedad residual). Por último resaltar que por la gran vascularización de estos tumores, el riesgo de sangrado residual es elevado y con el uso de hemostáticos como el TACHOSIL la disminución de esta complicación cada vez es mas baja.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0066.- MODIFICACIONES ESTRUCTURAL PROTEICAS Y SU PRESENCIA EN LA OBESIDAD MÓRBIDA

Rozo , Orlando; Hernandez , Lourdes; Torres , Jorge; Manzanedo , Laura; Mateos , Ana; Marcos , Miguel; Sanchez , Ana; Jimenez , Isidro; Muñoz , Luis; Ortega , Luis

OBJETIVOS

Los receptores activadores de la proliferación de los peroxisomas (PPAR), son una familia de receptores nucleares hormonales dependientes de ligando que incluyen tres subtipos: PPAR alfa, beta/delta y gamma; PPARGamma regula la diferenciación de los adipocitos, la sensibilidad a la insulina y el metabolismo de Lípidos. Por lo tanto se ha implicado en desordenes crónicos como la obesidad, la diabetes, la esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) y la ateroesclerosis. Se ha identificado una mutación CCA por GCA en el codón 12 del exón B del gen PPARGamma2 (rs1801282), que provoca la sustitución de alanina (Ala) por prolina (Pro) y reduce la capacidad de transactivación de la molécula PPARGamma2. El objetivo de este estudio fue analizar la distribución del polimorfismo Pro12Ala del PPARGamma2 y su relación con la obesidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional de casos y controles que incluye pacientes obesos con índice de masa corporal (IMC) >35, a los que se les realizó cirugía bariátrica electiva en el Hospital Universitario de Salamanca, entre enero de 2011 y junio de 2013, y se compararon con controles voluntarios sanos. La determinación alélica del polimorfismo del codón 12 de PPARGamma2 (rs1801282) se realizó mediante PCR en tiempo real empleando sondas TaqMan. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de estadístico exacto de Fisher. La desviación del equilibrio de Hardy-Weinberg en sujetos sanos se evaluó mediante la prueba de $\chi 2$.

RESULTADOS

Se incluyeron 19 controles sanos y 33 pacientes obesos. El 73 % de los pacientes y el 63% de controles fueron mujeres. La desviación de las frecuencias genotípicas de los controles presentaron una diferencia significativa respecto al equilibrio de Hardy-Weinberg ($p<0,001$). Las frecuencias genotípicas observadas en los controles y en los pacientes se muestran en la tabla. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las frecuencias genotípicas de los dos grupos ($p=0,493$).

DISCUSIÓN

La obesidad es considera una enfermedad multifactorial que resulta de la interacción entre factores genéticos y ambientales. Alrededor de 30 polimorfismos se han relacionado con una mayor susceptibilidad a la obesidad.

Varios estudios han reportado una asociación entre Ala12, el aumento de la sensibilidad a la insulina y un menor riesgo de diabetes tipo 2, sin embargo, los resultados de la evaluación del SNP Pro12Ala y el riesgo de la obesidad han sido controvertidos. Un meta-análisis reciente evidenció que los portadores del alelo Ala12 del

gen PPARG2 tenían un IMC más alto. En nuestro estudio no se encontraron diferencias genotípicas entre los obesos y los controles, sin embargo el poco tamaño muestral puede ser una limitación para la interpretación de estos datos.

CONCLUSIONES

El polimorfismo PRO12ALA no se relacionó con la presencia de obesidad en nuestra muestra.

Frecuencias genotípicas

Genotipo	Pacientes (n, %)	Controles (n, %)
Prolina/Prolina	28 (84,9)	17(89,5)
Alanina /Prolina	1(3)	0(0)
Alanina/ Alanina	4(12,1)	2(10,5)

R-0067.- ASOCIACIÓN POLIMORFISMOS GENÉTICOS ESPECÍFICOS DURANTE LA REDUCCIÓN DE PESO EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIATRICA

Rozo , Orlando; Hernandez , Lourdes; Torres , Jorge; Manzanedo , Laura; Mateos , Ana; Marcos , Miguel; Sanchez , Ana; Jimenez , Isidro; Muñoz , Luis; Ortega , Luis

OBJETIVOS

El receptor activador de la proliferación de los peroxisomas (PPAR) gamma-2, es un miembro de la familia de receptores nucleares hormonales dependientes de ligando que regula la diferenciación de los adipocitos, la sensibilidad a la insulina y el metabolismo de lípidos. Una mutación puntual en el codón 12 del exón B del gen PPARgamma-2 (rs1801282), provoca la sustitución de alanina (Ala) por prolina (Pro) y reduce la capacidad de transactivación de la molécula PPARgamma-2. Este polimorfismo se ha relacionado de forma variable con la sensibilidad a la insulina, la diabetes mellitus 2 y la obesidad. El objetivo de este estudio fue analizar la influencia del polimorfismo Pro12Ala del PPARgamma-2 en la perdida de peso de pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica electiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó la determinación alélica del polimorfismo del codón 12 de PPARGamma2 (rs1801282) mediante PCR en tiempo real empleando sondas TaqMan a 31 pacientes obesos con índice de masa corporal (IMC) >35, a los que se les realizó cirugía bariátrica electiva en el Hospital Universitario de Salamanca, entre noviembre de 2010 y marzo de 2013. Se evaluó la perdida de peso a los 3 meses de la cirugía electiva y se comparó entre los diferentes alelos del polimorfismo. El análisis estadístico se realizó mediante el test de la U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue de 45 años (Desviación estándar [DE] = 12,4); el 74,2 % fueron mujeres. El peso de la primera visita fue de 127,6 (15,3) Kg, con un índice de masa corporal (IMC) de 48,6 (5,8) kg/m2. El genotipo Prolina/Prolina se encontró en 26 (83,9%) pacientes, Alanina/Prolina en 1 y Alanina/Alanina en 4 (12,1%). En la tabla se muestra la asociación de alelos respecto al peso previo a la cirugía y la reducción de peso a los 3 meses de la misma.

DISCUSIÓN

La obesidad es considera una enfermedad multifactorial que resulta de la interacción entre factores ambientales y genéticos. Varios estudios han relacionado la presencia del alelo Ala12 de PPARgamma con una mayor reducción de peso en paciente sometidos a tratamiento dietético, sin embargo no hay ningún estudio que evalúe esta asociación en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. En nuestro estudio los pacientes

homocigotos para el Ala12 tenían un IMC menor y a su vez presentaron una perdida de peso a los tres meses menor que los homocigotos y heterocigotos Pro12, sin que alcanzara la significancia estadística. Estos resultados son contrarios a los descritos en la literatura, pero el escaso tamaño muestral limita la interpretación de los mismos.

CONCLUSIONES

El polimorfismo Pro12Ala no se relacionó con mayor reducción de peso en pacientes obesos con cirugía bariátrica.

Genotipo	n	Peso Inicial Kg	P	Porcentaje Perdida de Peso a los 3 meses	P
Prolina/Prolina frente a Alanina/prolina y Alanina/Alanina	265	129,4 (14,5) 118,5 (17,6)	0,195	19,2 (6) 20,4 (5)	0,775
Prolina/Prolina y Alanina/Prolina frente a Alanina/Alanina	274	130 (14,7) 111,3 (8,7)	0,027	19,5 (6,1) 18,7 (3,8)	0,670

R-0068.- CÓMO MANEJAR EL HUECO PÉLVICO TRAS LA AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL

Parra López, Romina; Eldabe Mikhail, Adel; Gil Laso, Iván; Rodrigo Amador, Vidina; González Martínez, Lucía; Sánchez Pedrique, Isabel; Sánchez Manuel, Francisco Javier

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en el tratamiento del cáncer de recto y la expansión del abordaje terapéutico multimodal, todavía es necesaria la realización de una amputación abdominoperineal (AAP) como tratamiento radical en el 20-30% de los casos. La fijación postoperatoria de las asas de intestino delgado en una pelvis operada es un factor de riesgo para desarrollar una obstrucción intestinal adherencial, con una incidencia del 8-19%, además de su exposición a la radioterapia postoperatoria.

CASO CLÍNICO

Mujer de 80 años con antecedentes de histerectomía y doble anexectomía. Presenta un adenocarcinoma de recto bajo en 2011 y es intervenida mediante AAP con tiempo perineal en prono y colocación de malla en periné para evitar herniación de asas. Tras reiterados ingresos por cuadros de obstrucción intestinal y hallazgos en TAC de asas intestinales firmemente adheridas en pelvis, se decide intervenir.

Se procede a liberar asas de delgado fijadas en pelvis menor, obligando a una resección segmentaria de las mismas al estar íntimamente adheridas a la malla en el fondo del hueco pelviano. Se carece de epiplón para evitar la caída de las mismas.

Diez días después es reintervenida por dehiscencia puntiforme de la anastomosis econtrando de nuevo el paquete intestinal adherido en pelvis, siendo posiblemente la causa del fallo anastomótico. Tras resecar la anastomosis e ileostomía terminal, se opta por colocar una malla sintética mixta (polipropileno/PTFE) fijada en doble corona a la entrada de la pelvis menor para evitar la caída del paquete intestinal.

Cinco meses después se reconstruye el tránsito, observando una malla íntegra, sin adherencias y sin herniación de asas hacia pelvis. En controles posteriores la paciente permanece asintomática.

CONCLUSIÓN

Las técnicas de partición pélvica son necesarias para evitar la morbilidad derivada de la ocupación y fijación del intestino en la pelvis tras la realización de una AAP ya sea mediante tejido autólogo o protésico. La reperitonización es una técnica común pero no libre de disrupción y en ocasiones para evitar un cierre a tensión se utilizan útero, vejiga o aponeurosis posterior del recto abdominal. La oclusión de la pelvis con epiplón mayor continúa siendo la opción más frecuentemente utilizada.

En caso de no poder utilizar tejido nativo, existen otras alternativas como prótesis de mama, moldes sintéticos, expansores tisulares, etc. requiriendo de una reintervención para retirar el implante y relacionadas con una importante morbilidad (infecciones, fístulas, erosión vascular), no habiéndose extendido su uso.

Otra opción protésica es el uso de mallas, quedando demostrada su eficacia para prevenir la obstrucción intestinal por adherencias pélvicas, buen comportamiento en contacto con vísceras huecas y excelente tolerancia a la infección. Por lo tanto, aunque la experiencia acumulada es escasa, siendo necesarios estudios que aclaren sus indicaciones, aspectos técnicos en relación a su colocación etc. es atractivo su uso.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0069.- DIÁGNOSTICO DE METÁSTASIS INTESTINAL DURANTE ESTUDIO POR HEMORRAGIA DIGESTIVA

Rozo , Orlando; Caraballo , Mariana; Aguilera , Yari; Anduaga , Maria Fernanda; Sanchez , Juan; Angoso , Maria; Alcazar , Jose; Marín , Antonio; García , Jacinto; Muñoz , Luis

INTRODUCCIÓN

Los tumores de intestino delgado (ID) medio secundarios abarcan el 2% de los tumores gastrointestinales. Es muy rara la presencia de metástasis (MTX) en ID de un cáncer colorrectal (CCR) y no se conoce su verdadera incidencia en la literatura. Los síntomas son inespecíficos siendo predominantes la hemorragia digestiva oscura (HDO) y el dolor. La evidencia apoya la evaluación de la HDO con la cápsula endoscópica (CE) y la enteroscopia con doble balón (EDB) para el diagnóstico de pacientes previamente estudiados sin evidenciarse su causa con los métodos estándar. La CE ha demostrado ser un mejor instrumento diagnótico comparado con otros como la TAC, RMN y la Radiografía contrastada. Una vez la CE identifica la lesión en ID, el uso de la EDB a menudo permitirá la realización de biopsias y muchas veces permitirá ser terapéutica.

OBJETIVO

Demostrar la utilidad de la cápsula endoscópica en la evaluación de la HDO, que permitió el diágnostico y el tratamiento de metástasis en ID.

CASO CLÍNICO

Mujer 51 años con antecedente de ADC ciego GII (T4aN2aM0) que requirió hemicolectomía derecha y tratamiento sistémico (QT+RT adyuvante). A los 8 meses le es practicada histerectomía con anexectomía por tumor de Krukenberg (ovario izq). Ingresa por clínica de 1 semana de dolor abdominal difuso, melenas (tacto rectal), sin compromiso hemodinámico (requirió transfusión por anemización). Gastroscopia y colonoscopia no evidencian origen del sangrado, al igual que una gammagrafía con hematíes marcados. Dada de alta por buena respuesta al tratamiento conservador. Reingresa por persistencia de melenas sin hallazgos en estudios endoscópicos repetidos, por lo que se decide CE que informa tumoración en íleon terminal ulcerada con sangrado activo. Se dedide cirugía que evidencia tumoración a 20 cm de la válvula ileocecal que es resecada. La anatomía patológica es informada como MTX de ADC que afecta serosa, muscular y submucosa, con bordes quirúrgicos libres de enfermedad.

CONCLUSIONES

Los sitios más comunes de MTX del CCR son el hígado (35%), pulmón (25%), peritoneo (20%), retroperitoneo (10%), sin embargo la literatura no revela una tasa específica de MTX de CCR en el ID (varía 2-4%) y los casos publicados son muy escasos. La incidencia

en su diágnostico ha aumentado con el uso de la CE y la EDB la cual oscila 2-23% (media 6%). Los síntomas son variables y la HDO es una de los síntomas más frecuentes, sin embargo por su dificultad diágnostica ofrece un reto diagnóstico para el cirujano. Gracias al uso extendido de la CE y la EDB el tratamiento de estas MTX cada vez son más frecuentes permitiendo disminuir la morbimortalidad y aumentando la supervivencia en estos pacientes. Los estudios demuestran la utilidad y el mayor rendimiento de estas pruebas endoscópicas en la detección de patología en el ID medio sobre el resto de modalidades tanto endoscopicas como de imagen.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0070.- INFECCIÓN MORTAL DE TEJIDOS BLANDOS SECUNDARIO A ADC RECTO PERFORADO

Rozo , Orlando; Vázquez , Pilar; Anduaga , Maria Fernanda; Caraballo , Mariana; Aguilera , Yari; Quiñones , Jose; Parreño , Felipe; Abdul-lah , Omar; Carrero , Sixto; Muñoz , Luis

INTRODUCCIÓN

La fascitis necrotizante (FN) aunque rara (Incidencia 1 X 100 mil/año) es la forma más grave de infección de tejidos blandos, rapidamente progresiva y asociada a toxicidad sistémica en un tercio de los pacientes. La pared abdominal es una zona de afectación frecuente debido a múltiples causas, sin embargo aunque se ha conocido su relación con las neoplasias de colon, son pocos los casos reportados en la literatura. Se asocia a pacientes inmunodeprimidos, desnutridos, parapléjicos, postoperados y en ancianos. Más frecuentemente es polimicrobiana siendo muy rara la infección monomicrobiana (streptococo). Ante su diagnóstico no se debe retrasar su tratamiento ya que su pronóstico depende de su precocidad y su agresividad.

OBJETIVO

Describir un caso clínico con fascitis necrotizante fulminante de pared abdominal secundario a perforación de ADC recto resaltando la importancia de su tratamiento precoz.

CASO CLÍNICO

Mujer 72 años, hipertensa, dislipidémica que presenta 3 dias de fiebre y dolor abdominal difuso súbito, rápidamente progresivo e intenso de predominio en hemiabdomen derecho. Los últimos 2 días aparición de eritema, calor local, empastamiento que progresa en las últimas horas a equimosis, cianosis y palidez cutánea; malas condiciones generales, hipotensa y taquicardica. Durante inspección se evidencia cianosis y equimosis en la piel de forma generalizada en hemiabdomen derecho, a la palpación crepitación y signos de irritación peritoneal. Analítica con parámetros inflamatorios elevados, y signos de compromiso multiorgánico. TAC abdominal (previa a evaluación por cirugía): enfisema subcutáneo en pared abdominal derecha con afectación de musculatura parietal adyacente, trombosis vascular. Engrosamiento de colon unión recto-sigma e infiltración de grasa adyacente y 2 LOES hepáticas sospechosas de metástasis. Se realiza laparotomía visualizandose, neoplasia de recto (anterior) perforada infiltrando vejiga con cambios fibroticos e inflamatorios, que hacia cuerno vesical izquierdo presenta a su vez perforación en contacto con pared abdominal, desde la cual, muestra necrosis de musculos rectos extendiéndose hacia hemiabdomen derecho, afectando aponeurosis del oblicuo mayor, tejido celular subcutáneo y piel. Dos lesiones hepáticas metastásicas. Se realiza desbridamiento,

lavado, colostomía terminal. En UCI persiste con fallo multiorgánico refractario a tratamiento, y progresión de fascitis necrotizante, por lo tanto fallece a las 24 horas. Los cultivos son informados con E. coli (Liq. Periotneal, sangre, drenajes), la anatomía patológica informa ADC recto tipo entérico perforado con infiltración vesical.

CONCLUSIONES

Pese al conocimiento de la etiopatogenia y la disponibilidad de herramientas terapéuticas más eficientes, la mortalidad de la FN apenas ha cambiado (25%),llegando a ser mayor en casos fulminantes (70-88%). El tratamiento se basa en soporte hemodinámico, cirugía extenso y precoz con antibioterapia empírica, ya que tiende a ser una patología polimicrobiana, sin embargo en nuestro caso fue monomicrobiana, siendo este otro factor particular del caso. El diagnóstico es clínico y ante la sospecha no se debe retrasar la exploración quirúrgica. Aunque se conoce la relación entre FN y complicaciones con neoplasias de colon, los casos reportados en la literatura son muy escasos (<1%) y por esta razón es importante su sospecha ante la ausencia de otros focos.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0074.- ESOFAGOCELE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

González Martínez Lucía, Moral Moral Gregorio, Rodrigo Amador Vidina, Parra López Romina, Sánchez Pedrique Isabel, Gil Laso Iván

OBJETIVOS

Presentar el caso de un paciente que desarrolló un esofagocele tras cirugía de exclusión esofágica.

MATERIAL Y MÉTODOS

La cirugía de exclusión esofágica está indiciada tanto en patología maligna como benigna, cuando la extirpación del esófago está contraindicada o no se considera segura. Al quedar ambos extremos del esófago cerrados, puede ocurrir que se produzca acumulación de las secreciones de la mucosa, dando lugar a la aparición de un mucocele esofágico o esofagocele.

Presentamos el caso de un varón de 40 años intervenido en otro centro por hernia hiatal. Durante dicha intervención se produce rasgado de la pared del esófago, que se sutura; se realiza también esplenectomía por sangrado del bazo. En el 9º día postintervención, el paciente comienza con fiebre y dolor pleurítico izquierdo. Es trasladado a nuestro hospital ante la sospecha de complicación quirúrgica.

A su llegada, el pacientae presentaba fiebre de 39ºC, taquicardia de 133lpm, con TA normal. Analíticamente, 18000 leucocitos, con láctico y procalcitonina normales. En TAC se evidenciaron colecciones a nivel de mediastino posterior y en celda esplénica, y derrame pleural izquierdo con atelectasia pasiva lobulo inferior.

Se decidió intervención quirúrgica urgente, en la que se evidenció fuga en la cara anterior del esófago, a nivel de los puntos dados en la cirugía previa; se realizó sutura esofágica, gastrotomía, y yeyunostostomía con catéter.

En el 4º día postoperatorio, el paciente empeora tanto analítica como clínicamente, y el contenido de los drenajes deja de ser limpio. Se decide reintervenir al paciente, encontrándose nueva fuga a nivel esofágico distal, con importantes signos de inflamación, y tejidos muy friables. Se realiza exclusión esofágica, con ligadura de esófago distal más esfagostomía terminal cervical y gastrectomía polar superior.

Tras evolución adecuada, el paciente fue dado de alta. Reingresó cinco meses después para intervención quirúrgica reconstructiva. Durante la cirugía se evidenció formación quística que se prolongaba por el mediastino,y que resultó ser el esófago dilatado (mucocele esofágico); se liberó por via transhiatal, y se realizó coloplastia transmediastínica.

CONCLUSIONES

Son pocos los casos de esofagocele reportados en la literatura. En la gran mayoría de ellos, se trata de un proceso asintomático, descubierto casualmente durante el seguimiento del paciente. Es una entidad clínica que debe sospecharse en pacientes

con exclusión esofágica ante síntomas torácicos, principalmente dolor. Su tratamiento quirúrgico es la extirpación completa del esófago, preferiblemente durante el mismo acto quirúrgico en que se lleve a cabo la reconstrucción del tránsito digestivo.

R-0075.- SARCOMA RETROPERITONEAL: CUANDO DIAGNOSTICAMOS METÁSTASIS

Mambrilla Herrero, Sara; Pacheco Sanchez, David; Pinto Fuentes, Pilar; Gonzalo Martín, Marta; Rodriguez López, Mario; Velasco López, Rosalía; Bailón Cuadrado, Martín; Asensio Díaz, Enrique; Blanco Álvarez, José Ignacio; Pérez Saborido, Baltasar

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas retroperitoneales provienen de músculo liso, sobre todo de venas retroperitoneales, la mayoría se desarrollan extrínsecamente a éstas. La incidencia de sarcomas retroperitoneales es de 0´3 por cada 10000, corresponden al 15 % de los sarcomas diagnosticados y se asocian a peor pronóstico que aquellos de los tejidos blandos periféricos. Las metástasis hepáticas de tumores de tejidos blandos son frecuentes y más del 50 % de los casos corresponden a metástasis de leiomiosarcoma, siendo éste el tipo histológico más frecuente.

CASO

Mujer de 53 años con antecedentes de tiroidectomía por carcinoma tiroideo, conización por CIN. Resección de sarcoma retroperitoneal bien diferenciado de gran tamaño (19 x 12 x 10 cms) un año antes. La anatomía patológica del mismo fue leiomiosarcoma bien diferenciado con áreas pleomorfas. En el seguimiento postquirúrgico se halla en Tac una lesión hipodensa de aproximadamente 1´3 cm localizada en segmento II compatible con metástasis. Se decide resección quirúrgica de dicho segmento. En la ecografía intraoperatoria se halla otra lesión en segmento IV por lo que se realiza bisegmentectomía de los segmentos II y III así como metastasectomía de la lesión del IV con márgenes adecuados. La anatomía patológica de la pieza fue compatible con metástasis de leiomiosarcoma de alto grado. El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias y 1 año después se halla libre de enfermedad.

CONCLUSIONES

Las metástasis hepáticas de tumores de partes blandas son relativamente frecuentes, el estrecho seguimiento de pacientes con antecedentes de leiomiosarcoma resecado permite el hallazgo precoz de éstas metástasis. Una resección R0 proporciona una oportunidad curativa y una supervivencia a largo plazo aceptable en pacientes seleccionados.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0076.- TUMOR FIBROSO SOLITARIO PÉLVICO RETROPERITONEAL CON CRITERIOS DE MALIGNIDAD. REPORTE DE UN CASO

Laura Tortolero, Giamate; Julio Pato, Fernandez; Teresa Pozancos, Simon; Patricia Luengo, Pierrard; Sandra Yagüe, Adam; Julio Galindo, Alvarez; Francisca García, Moreno; Gloria Rodriguez, Velazco; Pedro Carda, Abellá; Eduardo Lobo, Martinez

INTRODUCCIÓN

El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia mesenquimal muy rara. Se clasifica en dos formas, la pleural y la extrapleural, siendo infrecuente la localización abdominal. Su comportamiento es impredecible, sin embargo, hasta en un 15% de los casos es agresivo, sobretodo cuando se asocia a transformación histológica maligna y a tumores de gran tamaño.

CASO CLÍNICO

Varón de 54 años, ex-fumador, sin ningún antecedente de interés. Es remitido al Servicio de Cirugía General por hallazgo en la exploración física de masa abdominal. Refiere clínica de un año de evolución consistente en aumento en el número de deposiciones y tenesmo rectal. En la colonoscopia se evidencia estenosis de la luz colónica por compresión extrínseca desde 10 hasta 25cm del margen anal. En tomografía axial computarizada se confirma la presencia de una masa pélvica sólido-quística, bien delimitada, de 22x15,5x16cm, con múltiples tabicaciones en su interior. Vascularización arterial dependiente de la arteria mesentérica inferior y dilatación aneurismática de la vena eferente que drena en la mesentérica inferior. Se decide extirpación quirúrgica programada encontrándose una masa retroperitoneal y pélvica que afectaba a la pared del recto-sigma, desplazando y dilatando a ambos uréteres y desplazando a la vejiga. Se realiza extirpación de la masa con resección en bloque del recto-sigma, anastomosis colorectal y estoma de protección. Disección y preservación ureteral bilateral. El paciente fue dado de alta a los 11 días del postoperatorio con buena evolución. La anatomía patológica reportó tumor fibroso solitario con criterios histológicos de malignidad por marcada densidad y atipia celular, necrosis y alto índice mitótico. El borde tumoral lo constituía la propia cápsula. Se realiza radioterapia adyuvante.

CONCLUSIONES

La localización intra-abdominal del TFS es extremadamente rara, habiéndose reportado en la literatura unos 160 casos, de los cuales solo 12 como en nuestro caso, eran de localización retroperitoneal. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica con márgenes de seguridad. Por ser una enfermedad de baja incidencia, el reporte de casos representa una fuente importante para el estudio de esta entidad. En la literatura, se ha descrito la administración de radioterapia paliativa en casos

localmente avanzados o metastásicos. En nuestro caso, dado el gran tamaño y las características histológicas de malignidad, el comité multidisciplinar de tumores de nuestro hospital decidió la aplicación de radioterapia adyuvante para el control local de la enfermedad.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0077.- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL BOCIO BENIGNO MULTINODULAR

Laura Tortolero, Giamate; Patricia Luengo, Pierrard; Jorge Herrador, Benito; Ghada Housari, Martín; Magdalena Coll, Sastre; Rafael Beni, Pérez; Roberto Rojo, Blanco; María Vicenta Collado, Guirao; Augusto García, Villanueva; Eduardo Lobo, Martínez

INTRODUCCIÓN

El Bocio Benigno Multinodular (BMN) es una patología frecuente que afecta hasta el 5% de la población en zonas no endémicas. Sin embargo, la incidencia de BMN como causa de obstrucción aguda de la vía aérea es del 0,6%.

CASO CLÍNICO

Mujer de 81 años que acude a la Urgencias por disnea de 4 horas de evolución de aparición brusca. Presentando durante la observación, insuficiencia respiratoria aguda con estridor laríngeo y 3 en la Escala de Glasgow. Precisa de intubación orotraqueal y de drogas vasoactivas por hipotensión. En el estudio de imagen se objetiva obstrucción extrínseca de la tráquea por bocio tiroideo que rodea casi por completo la tráquea y el esófago. Ingresa en la UVI hasta que es intervenida quirúrgicamente mediante una tiroidectomía total. La anatomía patológica revela hiperplasia nodular del tiroides, sobre bocio multinodular, con un nódulo dominante de 3,3cm. Cursa el postoperatorio sin complicaciones y es dada de alta a su domicilio a los 4 días de la cirugía.

DISCUSIÓN

La compresión insidiosa y progresiva de la tráquea es seguida de una compensación a la obstrucción del aire, pudiendo pasar desapercibida hasta con un 70% de oclusión de la luz. En nuestro caso, el bocio había pasado inadvertido por la fisonomía de la paciente y la manifestación inicial fue una insuficiencia respiratoria aguda derivada de la estenosis traqueal. Se ha descrito la traqueomalasia como complicación postquirúrgica en pacientes con compresión de la tráquea, con necesidad de traqueostomía. En nuestro caso no se evidenciaron defectos estructurales de la tráquea durante la intubación, ni en la cirugía, siendo el mecanismo de obstrucción puramente compresivo.

El BMN es una patología benigna, pero que en ocasiones requiere tratamientos agresivos y multidisciplinares para evitar la muerte del paciente por obstrucción de la vía aérea.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0078.- CARCINOIDES APENDICULARES. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Laura Tortolero, Giamate; Patricia Luengo, Pierrard; Jorge Herrador, Benito; Araceli Ballestero, Pérez; María de los Angeles Cornejo, Pérez; Magdalena Coll, Sastre; Antonio Mena, Mateo; Jacobo Cabañas, Montero; Alfonso Sanjuanbenito, Dehesa; Eduardo Lobo, Martínez

INTRODUCCIÓN

El apéndice cecal es la localización más frecuente de los tumores carcinoides digestivos. El carcinoide apendicular (CA) es el tumor más frecuente del apéndice cecal, con una incidencia de hasta el 0,5%. Raramente cursa con metástasis o síndrome carcinoide.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo de 20 casos de carcinoides apendiculares operados en nuestro centro, durante el período comprendido entre los años 1999-2013. Comentamos aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos.

RESULTADOS

Revisamos un total de 8 hombres y 12 mujeres, correspondiendo al 0,3% de apendicectomías realizadas en este período. Edad media de 41,5 años. La principal forma de presentación fue dolor agudo en fosa ilíaca derecha (90%), seguido por dolor abdominal crónico difuso (10%), a los que se le realizó escáner abdominal, con hallazgo preoperatorio de tumor apendicular. A 90% de los pacientes se les realizó apendicectomía cecal como cirugía inicial. De estos, requirieron una segunda intervención, para completar resección ileocecal 5,55% y hemicolectomía derecha 27,7%. Al 10% restante se le realizó hemicolectomía derecha. Se encontraron ganglios afectados en el 5,5% de los pacientes que fueron a una segunda cirugía y en el 50% con hemicolectomía derecha inicial. La anatomía patológica reveló tumor carcinoide en el 80%, con tamaño menor de 10mm en el 68,5%, entre 10 y 20mm en el 25% y mayor de 20mm en el 6,25%. Adenocarcinoide en el 10%. Carcinoide maligno en el 5%. Por último, carcinoide tubular en el 5%. Se presentaron complicaciones en el 20% de los pacientes, una fístula enterocutánea que requirió intervención quirúrgica, una colección intraabdominal y una rectorragia que se manejaron con tratamiento conservador. Metástasis hepáticas irresecables que aparecieron a los 2 meses de la cirugía en el paciente con carcinoide maligno.

CONCLUSIONES

La mayoría de los CA debutan como apendicitis aguda, presentándose de esta forma en el 90% de nuestra serie. La necesidad de una segunda cirugía de ampliación, cuando el CA mide entre 10 y 20mm no está bien definida. En nuestra serie no se encontró

ningún ganglio positivo en los pacientes con estas medidas en los que se amplió la cirugía. En cambio si presentaron complicaciones en el postoperatorio en un 40%. Sin embargo, se necesita estudiar una serie más grande de pacientes y mayor tiempo de seguimiento para valorar el pronóstico de esta entidad y la necesidad de una segunda cirugía.

R-0079.- FRACTURA PATOLÓGICA COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES BRAF NEGATIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Laura Tortolero, Giamate; Patricia Luengo, Pierrard; Jorge Herrador, Benito; Araceli Ballestero, Pérez; Pietro Giorgio, Giordano; Pedro Abadía, Barnó; Roberto Rojo, Blanco; María Vicenta Collado, Guirao; Augusto García, Villanueva; Eduardo Lobo, Martínez

INTRODUCCIÓN

El cáncer papilar de tiroides (CPT) está asociado a un pronóstico favorable y supervivencias a los 10 años de hasta el 93%. Solo un 6 a 20% de los pacientes presentan metástasis a distancia durante el seguimiento y un 3 a 15% como presentación inicial. Existen factores de riesgo para peor pronóstico, se ha descrito la mutación del gen BRAF como un factor importante para curso agresivo del CPT.

CASO CLÍNICO

Varón de 83 años con antecedentes de hábitos tabáquicos y alcohólicos acentuados hasta hace varios años, EPOC, revascularización de arteria coronaria izquierda y prótesis mecánica valvular mitral en tratamiento con inhaladores y anticoagulante. Acude al servicio de urgencias por presentar dolor intenso y tumefacción del brazo izquierdo, detectándose lesión osteolítica y fractura patológica del húmero izquierdo. Se le realiza TAC body con hallazgos de nódulos hipodensos en el lóbulo tiroideo derecho. Nódulos pulmonares bilaterales sugestivos de metástasis y adenopatías periesofágicas y perigástricas. Se realiza curetaje y biopsia de la lesión ósea, síntesis con clavos y cementado, encontrándose carcinoma de origen tiroideo y patrón folicular. En biopsia sobre nódulo tiroideo se confirma la presencia de carcinoma de patrón folicular. Se realiza tiroidectomía total, la anatomía patológica describe carcinoma papilar de tiroides de patrón folicular y encapsulado de 1,2cm con infiltración de la cápsula e invasión de vasos hemáticos, pT1NxM1. BRAF nativo no mutado. Se realiza ablación postquirúrgica con I-131, detectándose en el rastreo corporal total post-tratamiento, múltiples zonas de captación patológica. Con diagnostico de metástasis óseas, pulmonares, ganglionares y cerebrales. En revisión a los 6 meses se detecta estabilidad en las metástasis cerebrales y ganglionares y respuesta parcial en la afectación pulmonar.

DISCUSIÓN

Nuestro caso presenta factores histológicos que se asocian a menor riesgo de progresión de la enfermedad, como son el patrón folicular y la ausencia de la mutación BRAF. Sin embargo, otros factores como la edad avanzada, el sexo masculino, el tamaño del tumor y la invasión de vasos hemáticos han tenido mayor peso en el curso agresivo del CPT de este paciente. A pesar de la extensa enfermedad metastásica de nuestro paciente, se realizó tiroidectomía total para poder tratar la enfermedad a

distancia con el I-131. Al ser un tumor diferenciado, con avidez por el yodo, suelen tener buena respuesta al tratamiento adyuvante. En nuestro caso las dosis ablativas de yodo han permitido el control de la enfermedad con respuesta parcial de los nódulos pulmonares.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0082.- SCHWANNOMA INGUINAL; UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE DE UNA TUMORACIÓN RARA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Trébol López, Jacobo; Blanco Álvarez, Carlos Alberto; Cecilia Mercado, María del Carmen; Sánchez Jiménez, Raúl; Roldán Cuena, María del Mar; Juan Fernández, Andrés; Francos von Hunefeld, Carlos Marcelo

OBJETIVOS

Presentar dos casos de Schwannomas inguinales, una entidad infrecuente en dicha localización, y revisar esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: Mujer de 34 años sin antecedentes. Estudiada por Traumatología por dolor inguinal izquierdo de meses de evolución. A la exploración tumoración dolorosa crural y otra en muslo asintomática. RMN: lesión en región crural lateral al paquete vascular de 6,5x3,5x3,8cm, otra subcutánea en tercio medio muslo (2,8x2,2x2,2cm) y otra en zona profunda del vasto lateral, cercana al fémur (3,5x1,5x1,2cm) sugestivas de tumoraciones mesenquimales. Se realiza PAAF: tumor mesenquimal fusocelular de bajo índice proliferativo sugestivo de neurofibroma (S100+++).

Caso 2: Mujer de 58 sin antecedentes. Remitida por sospecha de “hernia” por tumoración inguinal derecha de 4 meses de evolución. A la exploración impresiona de tumoración parietal. TAC objetiva masa sólida con áreas de necrosis de 5x3,5x4,6cm justo por encima del anillo inguinal interno que sugiere neoplasia mesenquimal o neurogénica maligna. BAG: tumoración mesenquimal de estirpe neural (S100 +++), con bajo índice proliferativo (Ki67<5%) compatible con Schwannoma.

RESULTADOS

Caso 1: se objetivan lesiones bien encapsuladas (una sobre el pectíneo y otra subcutánea) sin nervio relevante; se realiza exéresis de las dos accesibles sin incidencias. Postoperatorio satisfactorio y sin secuelas. Informe AP: Schwannomas (7,6 y 3,7 cm) con focal diferenciación mixoide. Posteriormente estudio clínico y RMN corporal para descartar neurofibromatosis. Durante seguimiento aparece sintomatología de la lesión no resecada.

Caso 2: tumoración encapsulada hipervascular probablemente dependiente de ramas del iliohipogástrico entre transverso y oblícuo interno lateral al orificio inguinal profundo. Exéresis y cierre por planos. Recuperación y seguimiento sin incidencias.

CONCLUSIONES

Los Schwannomas son tumores infrecuentes del nervio periférico. No tienen predisposición clara por edad o sexo y suelen depender de los pares craneales y

localizarse en éstos, las superficies flexoras de las extremidades y el mediastino; la localización inguinal es muy poco frecuente y se confunde con patología traumatológica o herniaria.

Suelen tardar en originar síntomas que pueden ser compresivos (dolor) o por alteración de la conducción nerviosa. En su diagnóstico es esencial la RMN y los estudios histológicos. El tratamiento de elección es la exéresis si bien conviene definir su relación con nervios relevantes en cuyo caso deben intervenirse con neuromonitorización y experiencia en reconstrucciones nerviosas.

En caso de tumoraciones múltiples deben descartarse neurofibromatosis (tipo 2 sobre todo y también tipo 1) o la Schwannomatosis, un subtipo recientemente descrito que sólo tiene Schwannomas.

R- 0086.- ¿TUMOR OVÁRICO? NO GIST. DE INTESTINO DELGADO

Merino Peñacoba Luis María, Gómez Carmona Zaira, Moreno Racionero Francisca, Fernanda Benavides de la Rosa Diana, Juárez Martín Moisés, Montes Manrique Mario, Sergio, del Pilar Vazquez Fernandez Andrea, Beltran de Heredia Juan

INTRODUCCIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal son los tumores mesenquimales más frecuentes del TGI y la segunda neoplasia más frecuente del intestino delgado. La TC y la RMN tienen una elevada sensibilidad y especificidad para su diagnóstico. Presentamos un caso en el que estas pruebas no logaron esclarecer el origen intestinal de este tumor.

Se originan a partir de las células de Cajal, Los de ID representan 35% de los GIST, y son la 2ª neoplasia más frecuente de ID

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 36 años. Intervenida de ooforectomía derecha y diagnosticada en el acto quirúrgico de agenesia ovárica izquierda. En control ecográfico rutinario se halla tumoración en región anexial izquierda, por lo que se realiza RMN que confirma la existencia de masa sólida de aproximadamente 3 cm de diámetro, bien delimitada, en lugar teórico de ovario derecho tumoración fibrosa de origen ovárico. Durante la intervención quirúrgica por parte de ginecología se confirma la dependencia del intestino delgado de la masa. Se realiza resección de segmentaria de 15 cm. de intestino delgado incluyendo la tumoración y anastomosis latero-lateral mecánica.

RESULTADOS

La paciente evoluciona favorablemente tras la intervención, recibiendo el alta médica a los 6 días.

El resultado anatomopatológico fue TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) de 4,5x4,5 cm, de tipo fusiforme, con 1 mitosis/50 campos, grado G1, c-kit (CD 117) positivo y negativo frente a CD 34, actina, desmina y S-100 y que presenta un índice de proliferación Ki-67 de aproximadamente 5-10%. Márgenes quirúrgicos libres. Estadio pT2N0.

CONCLUSIONES

Los GIST son neoplasias originadas en las células intersticiales de Cajal del tracto digestivo, por una mutación del protooncogén c-kit, que permanecen silentes hasta alcanzar un tamaño considerable, por lo que la forma de debut más habitual es la hemorragia y dolor abdominal.

El 25% de los casos se diagnostica de forma incidental mediante pruebas de imagen, principalmente ecografía, TC y RMN, que tienen una sensibilidad y especificidad mayores al 95%.
El tratamiento de elección de estos tumores es la resección quirúrgica.
Los márgenes de resección así como el grado de malignidad del tumor y la presencia de las mutaciones en los genes que codifican los receptores de tirosin-quinasa (KIT (75-80%) y PDGFRA (7%)), condicionan el pronóstico.
El tratamiento con los nuevos fármacos inhibidores de la tirosinquinasas (Imatinib) mejora ostensiblemente el pronóstico, incluso en aquellos tumores de tipo agresivo y en los que presentan una mutación KIT en exón 9, que, según las últimas publicaciones responderán mejor al Sunitinib.

R-0088.- ¿TUMOR OVÁRICO? NO. GIST DE INTESTINO DELGADO

Merino Peñacoba, Luis María; Gómez Carmona, Zaira; Moreno Racionero, Francisca; Benavides de la Rosa, Diana Fernanda; Juárez Martín, Moisés; Montes Manrique, Mario; Gutierrez García, Sergio; Vazquez Fernandez, Andrea del Pilar; Beltran de Heredia, Juan

OBJETIVOS

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes del TGI y la segunda neoplasia más frecuente del intestino delgado. La TC y la RMN tienen una elevada sensibilidad y especificidad para su diagnóstico. Presentamos un caso en el que estas pruebas no logaron esclarecer el origen intestinal de este tumor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 36 años. Intervenida de ooforectomía derecha y diagnosticada de agenesia ovárica izquierda. En control ecográfico rutinario se halla tumoración en región anexial izquierda, por lo que se realiza RMN que confirma la existencia de una masa sólida de aproximadamente 3 cm de diámetro, bien delimitada, en lugar teórico de ovario derecho, compatible con tumoración fibrosa de origen ovárico. Durante la intervención quirúrgica por parte de ginecología se confirma la dependencia del intestino delgado de la masa, por lo que se consulta a nuestro servicio y se realiza resección de segmentaria de 15 cm. de intestino delgado incluyendo la tumoración y anastomosis latero-lateral mecánica.

RESULTADOS

La paciente evoluciona favorablemente tras la intervención, recibiendo el alta médica a los 6 días.

El resultado anatomopatológico fue TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) de 4,5x4,5 cm, de tipo fusiforme, con 1 mitosis/50 campos, grado G1, c-kit (CD 117) positivo y negativo frente a CD 34, actina, desmina y S-100 y que presentaba un índice de proliferación Ki-67 de 5-10%. Márgenes quirúrgicos libres. Estadio pT2N0.

CONCLUSIONES

Los GIST son neoplasias originadas en las células intersticiales de Cajal del tracto digestivo, por una mutación del protooncogén c-kit, que frecuentemente permanecen silentes hasta alcanzar un tamaño considerable, por lo que la forma de debut más habitual es la hemorragia y dolor abdominal.

El 25% de los casos se diagnostica de forma incidental mediante pruebas de imagen, principalmente ecografía, TC y RMN, que tienen una sensibilidad y especificidad superiores al 95%.

El tratamiento de elección de estos tumores es la resección quirúrgica.

Los márgenes de resección así como el grado de malignidad del tumor y la presencia de las mutaciones en los genes que codifican los receptores de tirosin-quinasa (KIT (75-80%) y PDGFRA (7%)), condicionan el pronóstico.

El tratamiento con los nuevos fármacos inhibidores de la tirosinquinasas (Imatinib) mejora ostensiblemente el pronóstico, incluso en aquellos tumores de tipo agresivo y en los que presentan una mutación KIT en exón 9, los cuáles, según las últimas publicaciones responden mejor al Sunitinib.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0089.- INVAGINACIÓN INTESTINAL EN ADULTO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Merino Peñacoba, Luis María; Gómez Carmona, Zaira; Moreno Racionero, Francisca; Benavides de la Rosa, Diana Fernanda; González Perea, Jesús; López de Cenarruzabeitia, Iñigo; Ortiz de Solorzano, Javier; Vazquez Fernandez, Andrea del Pilar; Beltran de Heredia, Juan

OBJETIVOS

La invaginación o intususcepción intestinal es un proceso frecuente en edad pediátrica. En el adulto representa entre el 1 y el 5% de los casos de obstrucción intestinal. A diferencia del paciente pediátrico, en el adulto suele existir una lesión etiológica, que generalmente requiere resección.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 15 años, con dolor abdominal asociado a vómitos y ausencia de expulsión de heces y gases de 12 horas de evolución. Presenta dolor en FID, sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente presenta leucocitosis con desviación izquierda. La radiografía de abdomen muestra niveles hidroaéreos.

La ecografía abdominal informada de probable invaginación ileo-ileal, por lo que se procede a intervención quirúrgica urgente. En ésta se encuentra una invaginación ileocecal de gran tamaño, ireductible y adenopatías en territorio de arteria ileocecocólica. Se realiza cecostomía, observando el íleon isquémico en su interior, por lo que se procede a resección ileocecal con anastomosis latero-lateral manual.

RESULTADOS

El paciente evoluciona favorablemente; inicia tránsito intestinal a las 48 horas de la intervención y recibe el alta a los 6 días.

El resultado anatomopatológico mostró tejido pancreático exocrino ectópico en el íleon, que actuó como intussusceptum, sin signos de malignidad.

CONCLUSIONES

La mayoría de invaginaciones en adultos, afectan a la región ileocólica y, generalmente, se identifica una lesión que actúa como “cabeza de la invaginación” o intussusceptum, de naturaleza muy variable (adherencias, lipomas, adenomas, carcinomas…) con una frecuencia mucho mayor (hasta 50%) de alteraciones malignas en adultos que en niños. En nuestra revisión bibliográfica, no hemos encontrado ningún otro caso cuya etiología fuera la presencia de mucosa pancreática ectópica.

Este proceso se puede presentar tanto de forma aguda de obstrucción completa como el caso que nos ocupa, si bien son más frecuentes los cuadros, subagudos o crónicos, de obstrucción intestinal mecánica incompleta.

La tríada clásica en niños de dolor paroxístico, diarrea con sangre y masa palpable (hasta 70%), no suele verse en los adultos (9,8%)quienes presentan generalmente una clínica inespecífica.

Diferentes estudios han mostrado la no inferioridad de la ecografía frente a la tomografía como método de diagnóstico. En nuestro caso, la imagen ecográfica de "signo de donut" era patognomónica.

Aunque en los niños se puede intentar la reducción hidrostática, debido a la alta frecuencia de enfermedades malignas como etiología de la invaginación, en los adultos se recomienda la revisión quirúrgica, que muchas veces requiere resección.

R-0091.- TORSIÓN DE MUCOCELE APENDICULAR COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

Moreno Racionero, Francisca; Herreros Rodríguez, Jose; Merino Peñacoba, Luis Maria; López Gómez, Juan Ramón; Benavides de la Rosa, Diana Fernanda; Gómez Carmona, Zahira; de Andrés Asenjo, Beatriz; Núñez del Barrio, María del Henar; Abril Vega, Carlos; Beltrán de Heredia y Rentería, Juan

INTRODUCCIÓN

El mucocele apendicular (MA) es una dilatación quística de la luz apendicular debido a su obstrucción y consecuentemente acumulación de moco. El mucocele apendicular es infrecuente, representando el 0.3-0.7% de todas las apendicectomías y el 8% de los tumores apendiculares. Existen cuatro subtipos histológicos: quiste de retención o mucocele simple, hiperplasia mucosa, cistoadenoma mucinoso y cistoadenocarcinoma mucinoso.

CASO CLÍNICO

Mujer de 56 años y sin antecedentes personales de interés que presenta un cuadro de dolor abdominal de dos meses de evolución. La exploración física sin hallazgos. En la ecografía y resonancia magnética se aprecia masa en fosa iliaca derecha planteando diagnóstico diferencial entre endometrioma y mucocele apendicular por lo que se realiza una tomografía computarizada de abdomen, que describe lesión hipodensa de morfología tubular, de cuatro centímetros de diámetro transverso y más de 9cm de diámetro longitudinal compatible con mucocele apendicular. Se practica laparoscopia diagnóstica apreciándose tumoración apendicular de aspecto benigno con torsión completa de base apendicular que delimita el inicio de la dilatación. Se realiza una apendicetomía laparoscópica con doble ligadura de la base apendicular y del mesoapendice. El estudio anatomopatológico definitivo mostró macroscópicamente un apéndice cecal de 10 x 4 x 3,5 cm de longitud, que al corte está ocupada por material tipo mucoide. Al examen histológico mucocele apendicular simple con necrosis de la mucosa apendicular y periapendicits.

CONCLUSIÓN

Habitualmente se describe la torsión como complicación aguda del mucocele apendicular. En nuestro caso la imagen macroscópica indicaba la torsión más como factor desencadenante del mucocele.

En nuestro caso fue la tomografía computarizada la que dio el diagnostico. Revisando la literatura, la técnica diagnóstica de elección es la tomografía computarizada aunque es muy difícil diferenciar un proceso benigno-maligno. Mucoceles con pared irregular y

empastamiento de los tejidos blandos son características que se asocian con malignidad.

El tratamiento del mucocele apendicular como lesión macroscópica es la apendicetomía, es muy importante la manipulación cuidadosa de la pieza, para evitar su ruptura y consiguiente diseminación (pseudomixoma peritoneal). En función del examen histológico definitivo en algunos casos estará indicada una cirugía posterior para resección de la neoplasia si existe. La laparoscópica se establece como una opción diagnóstica y terapéutica eficaz en la sospecha clínica o radiológica de mucocele apendicular.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0092.- MÚLTIPLES HERIDAS CERVICO-TORACO-ABDOMINALES: A PUNTO DE MORIR

Moreno Racionero, Francisca; Ferreras García, Carlos; de Andrés Asenjo, Beatriz; Benavides de la Rosa, Diana Fernanda; Merino Peñacoba, Luis María; Gómez López, Juan Ramón; Gómez Carmona, Zahira; Romero de Diego, Alejandro; Abril Vega, Carlos; Beltrán de Heredia y Rentería, Juan

INTRODUCCIÓN

Las heridas por arma blanca son el mecanismo de lesión del traumatismo abdominal abierto más frecuente en nuestro medio. Un 33-50% producen lesiones intraabdominales, de las cuales solo la mitad requieren tratamiento quirúrgico. El objetivo de la exploración física es identificar aquellos pacientes que necesitan cirugía urgente (irritación peritoneal generalizada e inestabilidad hemodinámica).

CASO CLÍNICO

Varón de 60 años de edad, con síndrome obesidad-hipoventilación e intervenido quirúrgicamente de hernia inguinal derecha y apendicitis aguda, es trasladado al Servicio de Urgencias por presentar veintidós lesiones penetrantes en hemitórax-hemiabdomen izquierdo, y dos en región cervical. Es valorado conjuntamente por el Servicio de Cirugía General y Cirugía Torácica y trasladado urgentemente al quirófano por inestabilidad hemodinámica, realizándose una laparotomía exploradora. Se observa un hemoperitoneo importante con desgarro del mesenterio a nivel yeyunal, múltiples perforaciones en intestino delgado y estómago, y una perforación en colon transverso. Se realizó una inspección exhaustiva de la cavidad abdominal, sutura simple de todas las perforaciones, sutura del mesenterio lesionado y comprobación de la hemostasia. En un segundo tiempo los cirujanos torácicos exploraron los diferentes trayectos torácicos sin observarse ninguna lesión importante en el torax.

CONCLUSIÓN

Se aplica el algoritmo del manejo del traumatismo abdominal abierto. Nuestro caso coincide con datos aportados en la literatura respecto al traumatismo abdominal abierto, como el hecho de ser varón, el rango de edad, el órgano lesionado más frecuente que es el intestino delgado y la realización de la técnica quirúrgica más habitual (cierre simple de las perforaciones de vísceras huecas). Se podía haber realizado ECO-FAST para valorar la presencia de líquido libre y descartar sangrado en la cavidad peritoneal, o si no se dispone de esta técnica diagnóstica la realización de un lavado peritoneal diagnóstico, aunque una de sus contraindicaciones relativas es la obesidad mórbida, condición que presenta nuestro paciente.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0095.- RECIDIVA LOCAL Y METÁSTASIS GÁSTRICA DE LIPOSARCOMA MIXOIDE. MANEJO Y TRATAMIENTO

Peláez Barrigón, Rosa María; Rozo Coronel, Orlando Arturo; Aguilera Molina, Yari Yuritzi; Anduaga Peña, María Fernanda; Caraballo Angeli, Mariana; Angoso Clavijo, María; Sánchez Tocino, Juan María; Alcázar Montero, Jose Antonio; García García, Jacinto; Muñoz Bellvís, Luis

OBJETIVOS

Los liposarcomas son tumores malignos de origen mesenquimal que suponen el 20% de los sarcomas de tejidos blandos. Hay 4 subtipos: mixoides, células redondas, bien diferenciados y pleomórficos. La variante mixoide es la segunda más frecuente (30%) de todos los liposarcomas que cuando metastatiza, lo hace fuera del pulmón y con peor pronóstico.

El tratamiento es quirúrgico, aunque se puede complementar con RT local (controvertido) o QT adyuvante (doxorrubicina+isofosfamida en 4 ciclos).

MATERIAL Y METODOS

Presentamos el caso clínico de un paciente 85 años que presentó en 2010 tumoración no dolorosa en cara posterolateral interna del muslo izquierdo de 8x5cm con extensión al hueco poplíteo 6cm más, por lo que se decide exéresis-biopsia de la tumoración. AP: liposarcoma de 22cm de bajo grado de tipo mixoide.

En la RM postquirúrgica de control (foto1) se observa recidiva tumoral local, de lesión quística de paredes gruesas de 4x5cm, decidiéndose nueva IQ (exéresis amplia de nueva progresión/recidiva). AP; focos hipercelulares de liposarcoma mixoide en contacto con margen de resección, lo que obliga a una tercera cirugía para ampliación de márgenes, observándose una masa de 6m y una segunda lesión de 4cm en contacto con el paquete vascular poplíteo, n. ciático y articulación de la rodilla, todas ellas compatibles con liposarcoma mixoide con márgenes libres. Recibe tratamiento radioterápico (50 Gy en lecho quirúrgico y fracciones de 2Gy/5dias/semana).

Durante el seguimiento oncológico. se diagnostica de ADC de colon derecho mediante TAC (foto2) y colonoscopia, realizándose hemicolectomía derecha con LA. AP: ADC infiltrante T3N0M0 Estadio IIA. En TAC de control postquirúrgico se observa (fotos3y4) tumoración gástrica de 20 cm que parece infiltrar pared abdominal, epiplón y colon. Se decide cirugía hallándose una tumoración gigante dependiente de la pared gástrica, móvil, no infiltrante con 4 implantes epiploicos (fotos 5,6,7y8) que se resecan. AP: Liposarcoma mixoide 20x17x11cm con mucosa respetada y márgenes libres de tumor, <50% necrosis tumoral e inmunohistoquímica compatible con metástasis de liposarcoma del miembro inferior.

CONCLUSIONES

1. Los liposarcomas mixoides de las extremidades tienden a producir tres veces más metástasis extrapulmonares que pulmonares, siendo el retroperitoneo, el hígado, el abdomen, huesos, pleura y pericardio los lugares más frecuentes.

2. Se debe realizar un seguimiento periódico mediante Rx tórax y TAC tóraco-abdomino-pélvico incluso hasta 5 años después de diagnosticado y tratado el tumor primario.

3. La supervivencia de los pacientes con metástasis extrapulmonares no rebasa los 2,5 años después de haberse realizado el tratamiento quirúrgico.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster

R-0099.- LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL: GIGANTE DORMIDO

Benavides de la Rosa, D.F.; Juárez Martín, M.; Gómez López, J.R.; Moreno Racionero, F.; Merino Peñacoba, L.M.; Gómez Carmona, Z.; García-Castaño Gandiaga, J; López de Cenarruzabeitia, I; Beltrán de Heredia, J

INTRODUCCIÓN

Los tumores retroperitoneales sólo suponen un 0,07-0,2% de todas las neoplasias del organismo. El liposarcoma (LSR) es el tumor de tejidos blandos más común en el retroperitoneo. Dado que son tumores hipovascularizados, la frecuencia de metástasis a distancia es baja, si bien el porcentaje de recidiva local oscila entre un 50-100%.

OBJETIVOS

Descripción de un caso de un liposarcoma retroperitneal gigante en paciente con discapacidad mental que consulta por dolor abdominal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un hombre de 46 años que consulta al servicio de urgencias por aumento progresivo del perímetro abdominal asociado a dolor difuso. No pérdida de peso, no fiebre, no cambios en el hábito intestinal. Como único antecedente presenta un retraso mental como secuela de hipoxia perinatal. A la exploración abdominal se palpa gran masa abdominal no dolorosa que se extiende desde el hemiabdomen superior hasta la pelvis. El TAC abdominal informa masa de dimensiones aproximadas 33x15x27 cms, de bordes bien definidos, contornos lobulados, heterogénea y escasamente vascularizada. Esta masa desplaza estructuras intrabdominales hacia el flanco izquierdo (hígado, riñón derecho, estructuras vasculares, páncreas y asas intestinales) sin infiltración aparente. No se observan otras alteraciones significativas. Con la impresión diagnóstica de liposarcoma retroperitoneal se decide llevar a cirugía. Se realiza laparotomía media xifopubiana con disección y exéresis radical de tumor retroperitoneal bien encapsulado, precisando la realización de nefrectomía derecha ya que la masa envolvía completamente al riñón, elongando su pedículo vascular. El informe de anatomía patológica fue de liposarcoma bien diferenciado de 9750 gr, de dimensiones 33x25x15 cms (coincidiendo con el informe radiológico) que englobaba al riñón derecho de 12 cm y segmento ureteral de 11 cm que no presentaban alteraciones histológicas. El paciente evolucionó satisfactoriamente en el postoperatorio, siendo dado de alta al octavo día de la intervención.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Por su localización retroperitoneal los sarcomas son lesiones que alcanzan gran tamaño antes de manifestar sintomatología. En la literatura el caso más espectacular

es un liposarcoma de 42 kg, publicado por Yol et al. La resección quirúrgica completa es el principal predictor de recurrencia y supervivencia. El subtipo histológico, el grado del tumor y la resección de órganos comprometidos también predicen el riesgo de recurrencia. Entre las estructuras que se resecan con más frecuencia, están el riñón, uréter y colon. Los LSR son tumores agresivos, dado que al ser multicéntricos no se logra la resección completa hasta en un 83% de los casos.

Menú comunicaciones orales Menú comunicaciones vídeo Menú comunicaciones póster