



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

I.R. González; I. Justo; V. Carmona; A. García; A. Berzal; O. Caso; A. Marcacuzco; C. Loinaz; C. Jiménez.

PANCREATECTOMÍA TOTAL EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PÁNCREAS: LA SUPERVIVENCIA DE UNA TÉCNICA EN CONTINUA CONTROVERSI A.

Comunicaciones científicas póster

PANCREATECTOMÍA TOTAL EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PÁNCREAS: LA SUPERVIVENCIA DE UNA TÉCNICA EN CONTINUA CONTROVERSI A

Autores: Rosa González, Iago Justo, Yolanda Rodríguez, Alberto García, Victoria Carmona, Alberto Marcacuzco, Óscar Caso, Carmelo Loinaz, Carlos Jiménez

Introducción y objetivos



La pancreatectomía distal y la duodenopancreatectomía cefálica son dos procedimientos bien estudiados y con resultados correctamente documentados. El papel de la pancreatectomía total en el tratamiento del cáncer de páncreas aún no está correctamente establecido y constituye un tema de **controversia actual**; debido a la importante comorbilidad que esta técnica entraña (necesidad de suplementos insulínicos y de enzimas pancreáticas de por vida, y problemas de malabsorción intestinal), sin olvidar la morbilidad postoperatoria y las complicaciones graves asociadas.

Evitar complicaciones en relación a una anastomosis pancreatointestinal precaria o tratar de disminuir el índice de recurrencia local, son algunas de las razones que pueden justificar la totalización de una pancreatectomía. Se plantea cuando se espera una resección completa del tumor.

Nuestro objetivo es realizar el análisis retrospectivo de los casos de pancreatectomías totales realizadas en nuestro hospital en los últimos años.

Material y métodos

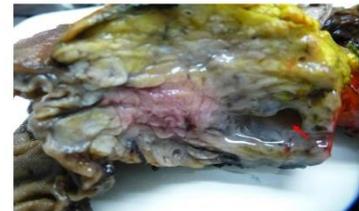


Imagen 1. Pieza de anatomía patológica que corresponde a una neoplasia mucinosa papilar intraductal multifocal.
Flechas: Detalle de la salida de mucina a través de conducto pancreático principal dilatado.
Autora: Yolanda Rodríguez Gil

Resultados

Duración	2010-2020
Número de pacientes	14
Distribución por sexos	7 mujeres y 7 hombres
Mediana de edad	65 años (Rango 37)
Ca 19.9 (mediana)	47,4 (Rango 261)
Localización al diagnóstico	64,3% cabeza pancreática 28,6% cuerpo 7% ampuloma (un caso) RO: 71,4%
Tipo de resección	Linfadenectomía radical (ligamento hepatoduodenal, arteria hepática, mesentérica superior, arteria e hilio esplénico)
Motivo de indicación quirúrgica	100% requirieron esplenectomía 1 tumor neuroendocrino multicéntrico 6 neoplasias mucinosas intraductales con afectación difusa 6 adenocarcinomas localmente avanzados
Diferenciación tumoral	3 bien diferenciados 8 moderadamente diferenciados 3 pobremente diferenciados
Clínica previa al diagnóstico	11 colangitis antes del diagnóstico 2 pancreatitis de repetición antes del diagnóstico
Complicaciones (Clavien-Dindo)	0-I: 8 pacientes III: 3 pacientes V: 3 exitus.
Mediana de supervivencia libre de enfermedad	11 meses (Rango 24)



Imagen 2. Ilustración. Visión del campo quirúrgico tras la realización de maniobra de Kocher para exponer los grandes vasos. A: Vesícula biliar; B: Vía biliar; C: Cabeza pancreática; D: Mero duodenal; E: Grasa perirrenal; F: Vena porta.
Autora: Rosa González Martín



Imagen 3. Pieza quirúrgica tras su procesamiento en anatomía patológica.
A: Cámara gástrica; B: Mero duodenal; C: Cabeza pancreática tras tratada para marcar márgenes; D: Bazo; E: Primer oco yeyunal
Autora: Yolanda Rodríguez Gil

Conclusiones

La **indicación** de pancreatectomía total como tratamiento del cáncer de páncreas **se está extendiendo** en los últimos años. Los **TNE multicéntricos**, las **neoplasias mucinosas intraductales** y el **cáncer de páncreas de cabeza o cuerpo localmente avanzado**, constituyen algunas de las indicaciones de esta técnica. A la vista de los resultados obtenidos, aunque se trata de una pequeña muestra de pacientes, la pancreatectomía total es una **técnica plausible para lesiones malignas o premalignas del páncreas en pacientes correctamente seleccionados**.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

M. López López; M. Muinelo Lorenzo; R. González López; S. Verea Varela; A. Martínez Peral;
P. Montoto Santomé; J. Conde Vales.

¿HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA EN URGENCIAS?

Comunicaciones científicas póster

¿HERNIA INGUINAL POR LAPAROSCOPIA DE URGENCIA?

MARIA LÓPEZ LÓPEZ, MANUEL MUINELO LORENZO, ROCIO GONZÁLEZ LÓPEZ, SABELA VEEVA VARELA, ALBERTO MARTÍNEZ PERAL, PAULA MONTOTO SANTOMÉ, JOSÉ CONDE VALES, HULA

▶ OBJETIVOS

La cirugía laparoscópica de la hernia inguinal está bien establecida en la actualidad en la cirugía programada, tanto la técnica totalmente extraperitoneal como la transabdominal, siendo sus indicaciones prioritarias: la hernia inguinal bilateral y la hernia inguinal en la mujer.

▶ MATERIAL Y MÉTODOS

Si bien la cirugía laparoscópica es el estándar en muchas patologías quirúrgicas urgentes, no es el caso si nos referimos a las hernias inguinales complicadas, siendo su uso relegado a casos anecdóticos o en el seno de estudios multicéntricos como el estudio INGURLAP que es un estudio multicéntrico nacional en el que participamos, cuyo objetivo es valorar el papel de la cirugía laparoscópica en la hernia inguinal urgente, de donde se ha seleccionado el caso que a continuación presentamos

▶ RESULTADOS

La cirugía laparoscópica de la hernia inguinal ofrece las ventajas propias ya conocidas de este tipo de abordaje, tanto en el postoperatorio inmediato como a largo plazo.

Puede aportar también alguna ventaja intraoperatoria que la diferencia de los abordajes abiertos en cuanto a facilitar las maniobras de reducción bajo visión directa, posibilitando también ampliar el orificio herniario, si fuese necesario. Otra ventaja importante que debe ser considerada, es la posibilidad de reparar el defecto herniario y entre tanto demorar la decisión de resear o no el segmento intestinal afecto mientras se lleva a cabo la disección y colocación del material protésico, o incluso como alternativa para diagnóstico diferencial con otra patología que pueda simular una hernia inguinal complicada.

Presentamos el caso de una hernia inguinal incarcerada en una mujer de 65 años sin antecedentes de interés, que acude al servicio de Urgencias por tumoración dolorosa no reducible de 12h de evolución. Se trata de una paciente que cumple los criterios de inclusión en el estudio y tras ser informada se lleva a cabo la aleatorización, siendo en este caso: cirugía laparoscópica (TAPP).

Pasos técnicos:

- Neumoperitoneo abierto umbilical.
- Reducción controlada de intestino delgado tras quelotomía de defecto.
- Irrigación con suero salino caliente.
- Se procede a realización de flap peritoneal, disección de espacio Retzius y Bogros respetando vasos epigástricos y triángulo dolor / muerte. Colocación de malla sin fijación. Cierre de flap con sutura barbada.
- Comprobación de viabilidad intestinal óptima y cierre.



La paciente es dada de alta a los 3 días postoperatorios, sin presentar ninguna complicación al alta. Se realiza control en consultas externas al mes y a los tres meses, sin recidiva ni otras complicaciones.

▶ CONCLUSIONES

Como conclusión del estudio en el que participamos, hay incluidos 14 pacientes de los cuales aproximadamente la mitad han sido aleatorizados a cirugía laparoscópica, sin presentar hasta el momento ningún caso de recidiva y siendo la complicación más frecuente seroma/hematoma en dos de los pacientes incluidos.

Será en un futuro próximo cuando podamos contestar a la pregunta: ¿Hernioplastia inguinal por laparoscopia de urgencia?



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

P. Lenza Trigo; F. J. Anguita Ramos; I. Vázquez González; A. García Melón; M. Muínelo Lorenzo; I. Pérez Moreiras; S. Vereja Varela; C.S. Marcano Chávez; J. Couselo Villanueva; J. Conde Vales.

TIFLITIS ILEOCÓLICA EN PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA A TRATAMIENTO CON CITOTÓXICOS

Comunicaciones científicas póster



Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Montforte de Lemos



TIFLITIS ILEOCÓLICA EN PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA A TRATAMIENTO CON CITOTÓXICOS

Autores: Lenza Trigo, Patricia; Anguita Ramos, Francisco Javier; Vázquez González, Irene; García Melón, Abel; Muínelo Lorenzo, Manuel; Pérez Moreiras, Isabel; Vereja Varela, Sabela; Marcano Chávez, Cristóbal Simón; Couselo Villanueva, José; Conde Vales, José. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo.

OBJETIVOS:

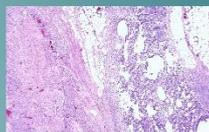
Presentar un caso clínico de enterocolitis necrotizante en paciente con antecedente de carcinoma de mama recibiendo adyuvancia los días previos al cuadro clínico. Valorar diagnóstico y manejo de forma temprana para evitar un desenlace fatal.

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO:

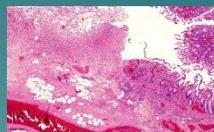
Paciente mujer de 62 años con carcinoma ductal de mama izquierda realizándose tumorectomía y a tratamiento con quimioterapia adyuvante sin antraciclina. Recibió el último ciclo 6 días antes de acudir a urgencias de su hospital por dolor abdominal.

Allí se detecta neutropenia febril sin foco claro acompañada de deterioro de la función renal, evolucionando a shock séptico de posible foco abdominal en relación a tiflitis ileocólica. Dada la situación de la paciente se decide traslado a la UCI de referencia.

En su estancia en UCI se realiza TAC en el que se observa perforación de ciego y peritonitis por lo que es intervenida. Se lleva a cabo laparotomía exploradora, hemicolectomía derecha y colocación de sistema VAC de cierre. Posteriormente se reinterviene para realización de anastomosis ileocólica termino-terminal y colocación de malla supraaoneurótica.



Necrosis de tejido adiposo subseroso



Transición de tejido sano a necrosado

Como complicación posterior presentó hematoma supraaoneurótico por el que tuvo que ser reintervenida. Se realizó drenaje del mismo, colocación de nueva malla supraaoneurótica y laparotomía exploradora. Posteriormente evolucionó de forma favorable por lo que se trasladó a planta de cirugía, dándose de alta 51 días después.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La tiflitis ileocólica, también llamada enterocolitis necrotizante, es un síndrome caracterizado por fiebre y dolor abdominal con inflamación que suele circunscribirse a ciego, ileon terminal o colon ascendente. Se da más frecuentemente en pacientes con inmunodeficiencias, principalmente con neutropenia, a los 10-14 días tras recibir tratamiento con citotóxicos.

Se trata de una patología con alta morbilidad, con tasas de mortalidad que rondan el 50%, y aunque no hay muchos datos recogidos, se estima una incidencia de entre un 0,8 y un 26%. Por ello es preciso el rápido diagnóstico y tratamiento, siendo la cirugía el tratamiento a seguir ante mala evolución y complicaciones clínico-radiológicas.



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

C. Arias Carrasco; E. Iglesias Porto; C. Varela Ferro; I. Medina López; M. Delgado Andrés;
M. Fuentes Sorrivas.

EXTRAÑA FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN GIST GÁSTRICO CON MUTACIÓN PDGFRA SIMULANDO UN CÁNCER DE OVARIO Comunicaciones científicas póster



EXTRAÑA FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN GIST GÁSTRICO CON MUTACIÓN PDGFRA SIMULANDO UN CÁNCER DE OVARIO

Arias Carrasco, Casandra; Iglesias Porto, Eva; Varela Ferro, Cristian; Medina López, Inma; Delgado Andrés, Miguel; Fuentes Sorrivas, Manuel.
Hospital Comarcal de Monforte de Lemos.

Introducción:

Los tumores del estroma gastrointestinal son las neoplasias mesenquimales más comunes del tubo digestivo, habitualmente resultantes de mutaciones activadoras en KIT o en PDGFRA. Su ubicación primaria más prevalente es el estómago (60%) pudiendo asociar un amplio espectro de presentaciones clínicas. Se trata de tumores frágiles y muy vascularizados pudiendo alcanzar un gran tamaño. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa con márgenes sanos sin linfadenectomía asociada. En ocasiones precisa de resección en bloque de otros órganos adheridos, con la finalidad de mantener su pseudocápsula intacta evitando así la rotura tumoral, que equivaldría a una resección R2. En los tumores irreseccables ó metastásicos el tratamiento de elección son los inhibidores de la tirosina quinasa (fundamentalmente el mesilato de imatinib).

Material y métodos:

Mujer de 76 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que ingresa en el Servicio de Medicina Interna para estudio por aumento del perímetro abdominal y síndrome general de mes y medio de evolución. A la exploración física presenta gran masa abdominal en mesogastrio, no dolorosa sin defensa ni signos de irritación peritoneal. A nivel analítico destacan: anemia y elevación de CA 125 (siendo normales las determinaciones de CEA, CA 15-3 y CA 19-9). Se solicita TC abdomino-pélvica y ante los hallazgos de posible neoplasia ovárica se solicita valoración por parte del servicio de Ginecología. En la ecografía transvaginal realizada se observa: gran masa que parece depender del anejo izquierdo (no se visualiza el anejo derecho) con líquido libre periuterino y en Douglas. Con la sospecha de Cáncer de ovario avanzado se programa para intervención quirúrgica preferente y realización de laparotomía exploradora.



Imagen 1. TC abdomino-pélvica. Masa abdominopélvica de 24x15x25cm centroabdominal y lateral izquierda de bordes lobulados y amplio contenido quístico, con áreas sólidas periféricas que desplaza asas intestinales y colapsa colon transverso con el que contacta íntimamente. Lesión que por su aspecto sugiere origen mucinoso siendo probable su estirpe ovárica, no pudiendo descartar totalmente otro origen como peritoneal, sarcomatoso, intestinal e incluso GIST, aunque menos probable.

Conclusiones:

- Los GIST gástricos pueden tener una amplia variedad de presentaciones clínicas, por lo que es importante establecer un adecuado diagnóstico diferencial previo y mantener una alta sospecha diagnóstica.
- Una cirugía cuidadosa, a pesar del tamaño de la lesión, evitando la rotura tumoral, en bloque y con márgenes libres es fundamental para conseguir una resección RO, evitar la diseminación peritoneal y no aumentar la probabilidad de recidiva posterior.
- Ante la presencia de variabilidad en la expresión de KIT resulta de especial relevancia una determinación IHQ completa, para determinar la presencia de mutaciones excluyentes del gen PDGFRA ó la expresión del canal proteico de cloro DOG-1 (presente independientemente del tipo mutacional).

Resultados:

Se realiza laparotomía media exploradora por parte del Servicio de Ginecología que ante la presencia de masa abdominal que desplaza asas de intestino delgado, parece infiltrar colon y presenta adherencias laxas a útero y anejos que pueden ser liberadas sin signos de infiltración, avisa al Servicio de Cirugía General y Digestiva.

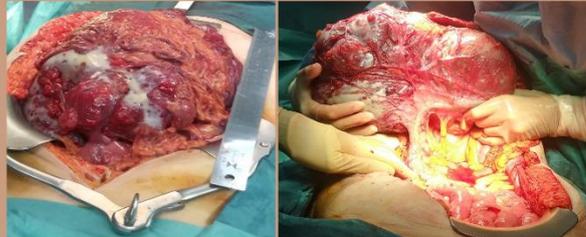


Imagen 2. Tumor de 30x25cm de aspecto mucinoso que infiltra colon transverso medio y el cuerpo gástrico en su curvatura mayor. No se evidencia carcinomatosis peritoneal ni LOES hepáticas.

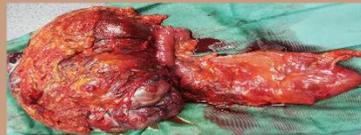


Imagen 3. Pieza quirúrgica de resección en bloque con hemicolecotomía derecha y resección gástrica atípica. Se realizó una anastomosis ileocólica L-L isoperistáltica mecánica.

La paciente es dada de alta al 10º día postoperatorio sin complicaciones. El informe anatomopatológico confirma un GIST maligno epiteloide con origen en capa muscular de la pared gástrica, sin infiltración hacia su luz, de más de 20cm de diámetro máximo; índice mitótico bajo; bordes quirúrgicos libres y citología negativa; T4NoMx (Estadio II). La IHQ resulta negativa para c-kit y CD34, entre otros y positiva para DOG-1. Con un riesgo de recidiva intermedio y ante la presencia de la mutación PDGFRA en el Exón 18 (resistente a TKI) se decide realización de seguimiento sin adyuvancia. Actualmente la paciente no presenta evidencia de recidiva en los controles realizados por parte de Oncología.



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

E. Pérez Rodríguez; S. González Vinagre; W.D. Rodríguez Velandia; M. Bustamante Montalvo.

CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Comunicaciones científicas póster

CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Elena Pérez Rodríguez, Salustiano González Vinagre, Wilson D Rodríguez Velandia, Alejandro Ruzo Cedillo, Mar Diéguez Álvarez, Manuel Bustamante Montalvo

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cáncer de mama es, tras los tumores de piel, la neoplasia más frecuente en mujeres en todo el mundo y primera causa de mortalidad por cáncer.

Aproximadamente 30% de pacientes presenta metástasis a lo largo de su enfermedad. La localización más frecuente de las metástasis son los pulmones, hígado, hueso y cerebro. Sin embargo, las metástasis en el tracto gastrointestinal son muy poco frecuentes, siendo más frecuentes en el carcinoma lobulillar que en el ductal.

El cáncer de mama es la segunda causa de enfermedad metastásica en el tracto gastrointestinal tras el melanoma.

MATERIAL Y MÉTODOS

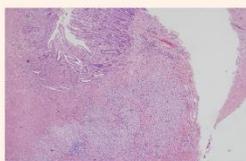
Mujer de 68 años, con antecedentes de carcinoma lobulillar de mama tratado con cirugía conservadora con linfadenectomía axilar y quimiorradioterapia adyuvante hace 8 años, a tratamiento con tamoxifeno. En contexto de estudio por sospecha de Enfermedad de Crohn, presenta cuadro oclusivo que requiere ingreso hospitalario. Se realiza ileoconoloscopia terminal con biopsia y ecografía intestinal, siendo compatibles con ileítis inflamatoria/infecciosa. Se completa estudio con cápsula endoscópica: enfermedad de Crohn con afectación de intestino medio-distal.



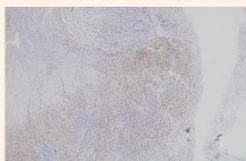
Erosión mucosa en ileocolonoscopia

Cápsula endoscópica

Tras comprobar no progresión de la cápsula a colon se realiza TAC abdominal: dilatación de asas de intestino delgado con cápsula endoscópica intraluminal en un asa de íleon con una zona de estenosis distal.



Tinción con hematoxilina-eosina



IHQ receptores de estrógenos

RESULTADOS

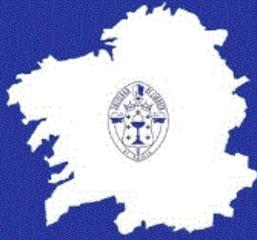
La paciente es intervenida de forma urgente, observándose una estenosis a nivel de íleon próxima que condiciona oclusión retrógrada y donde se encuentra la cápsula. Se evidencia otra estenosis fibrosa en íleon distal próxima a la válvula ileocecal. Se realiza resección ileocecal, incluyendo ambas zonas de estenosis, y anastomosis ileocólica latero-lateral. El resultado del análisis anatomopatológico es compatible con metástasis por carcinoma de mama (dos áreas que infiltran pared intestinal) con bordes quirúrgicos libres. Se inicia tratamiento de enfermedad metastásica y se realiza PET-TAC, sin evidencia de patología tumoral a otros niveles.

CONCLUSIONES

Las metástasis intestinales por cáncer de mama son muy poco frecuentes, por lo que a menudo se confunden con otro tipo de patología digestiva.

REFERENCIAS

1. Seung Jae Oh, Seon Young Park, Ji Young Kim, et al. Small bowel obstruction from distant metastasis of primary breast cancer: a case report. *Annals of Surgical Treatment and Research* 2018; 94(2): 102-105.
2. Gangireddy M, Shrimanker I, Sainthela S, et al. From the Breast to the Bowel: An Unconventional Metastatic Presentation. *Cureus* 2019; 11(11)
3. Eljattu W, Finch G, Nottingham J, Vaingankar N. Metastasis deposits of breast lobular carcinoma to small bowel and rectum. *Int J Breast Cancer*. 2011
4. Jung Eun Choi, Shin Young Park, Myung Hoon Jeon, Su Hwan Kang, Soo Jung Lee, Young Kyung Bae, Min Kyoung Kim. Solitary small bowel metastasis from Breast Cancer. *Journal of Breast Cancer* 2011; 14(1): 69-71



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

A. García-Melón; F. Anguita Ramos; O. Maseda Díaz; S. Vereia Varela; I. Vázquez González; I. Pérez Moreiras; I. Torres García; J. Conde Vales.

NECROSIS Y FASCITIS GLÚTEA UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE TRAS EMBOLIZACIÓN DE LAS ARTERIAS HIPOGÁSTRICAS

Comunicaciones científicas póster

NECROSIS Y FASCITIS GLÚTEA UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE TRAS EMBOLIZACIÓN DE LAS ARTERIAS HIPOGÁSTRICAS

García-Melón, A; Anguita Ramos, F; Maseda Díaz, O; Vereia Varela, S; Vázquez González, I; Pérez Moreiras, I; Torres García, I; Conde Vales, J.

EXPOSICIÓN DEL CASO

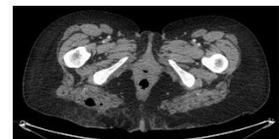
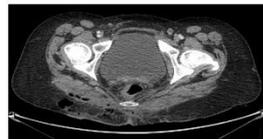
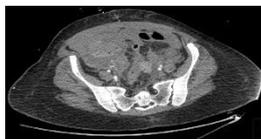
Mujer 45 años, **ingresa por metrorragia para parto instrumental**. Tras el cual **comienza con hipotensión** mantenida, que no cede a la fluidoterapia. Se realiza una **histerectomía** sin conseguir que cesara el sangrado.



Fue trasladada al centro de referencia donde se realiza un **Angio-TC compatible con sangrado activo**. Se **embolizan ambas arterias hipogástricas y ovárica derecha**, con estabilización de la paciente.



A los **7 días post embolización**, comienza con **ulceras glúteas exudativas** y mal olientes. Se realiza un **TAC compatible con fascitis** y en quirófano se realiza **desbridamiento, necrosectomía y lavados**. Actualmente se encuentra en seguimiento en cirugía plástica.



OBJETIVOS

Presentar un caso clínico con dicha complicación para discutir su frecuencia y gravedad.

DISCUSIÓN

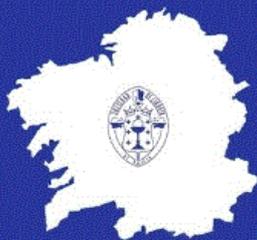
La **embolización** de las arterias hipogástricas es una **técnica útil**, ante la persistencia del sangrado en puerperas a las que ya se les ha sometido a una histerectomía, de urgencia.³

Es **seguro realizarlo** en pacientes jóvenes y sin antecedentes vasculares, ni oncológicos.^{1,2} Aunque, la **complicación más frecuente** es la **claudicación glútea**, siendo muy infrecuente la necrosis glútea.¹

CONCLUSIONES

- ✓ La embolización de arterias hipogástricas es una **técnica segura y eficaz**, pacientes ya sometidas a una histerectomía de urgencia.
- ✓ No es inocua puesto que en grupos con pocas comorbilidades **puede generar complicaciones** como la que se presenta.
- ✓ Se **necesitan más estudios** que permitan ampliar conocimiento respecto al tema, y si hubiera factores a tener en cuenta para prevenir dichas complicaciones.

1. Chitragar, G., Schlosser, F. J., Ochoa Chao, C. I., & Sumpio, B. E. (2015). Consequences of hypogastric artery ligation, embolization, or coverage. *Journal of Vascular Surgery*, 62(5), 1340-1341/e1.
2. Wang, C. Y., Park, H. H., Chang, C. C., & Lin, C. K. (2019). Outcomes of hypogastric artery ligation and transcatheter uterine artery embolization in women with postpartum hemorrhage. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 58(1), 72-76.
3. Karimov, R., & Pérez-Soto, C. (2009). Hemorragia postparto. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(Supl. 3), 150-167.



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

A. García-Melón; I.P. Moreiras; O. Maseda; F. Anguita; I. Vázquez; P. Lenza; J. Conde.

VÓLVULO DE CIEGO UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE OCLUSIÓN INTESTINAL

Comunicaciones científicas póster

VOLVULO CECAL UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE OCLUSIÓN INTESTINAL

García-Melón, A; Pérez Moreiras, I; Maseda Díaz, O; Anguita Ramos, F; Vázquez González, I; Lenza Tirgo, P; Muienlo Lorenzo, M; Conde Vales, J.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 59 años con antecedentes de apendicectomía y obstrucción intestinal secundaria a una brida en 2016. Acude a urgencias con un cuadro de obstrucción intestinal de 24 horas de evolución.

Se pidió una radiografía de abdomen y un **TAC abdominal**; informado como compatible con obstrucción intestinal secundario a volvulación cecal, con dilatación retrograda.

En la cirugía se observó un **vólvulo cecal** con datos de **isquemia**. Se realizó una **resección ileo-cecal con anastomosis ileo-cólica** por vía abierta. El **post-operatorio** fue muy satisfactorio **sin ninguna complicación** siendo dada de alta al 7 día de la cirugía.

OBJETIVOS

Exponer un caso clínico con dicha complicación y discutir el manejo y las posibles acciones de la misma en la urgencia quirúrgica.

DISCUSIÓN

Estamos ante un **evento poco común**, más frecuente en **mujeres jóvenes sin antecedentes** previos, en contraste con el vólvulo de sigma, que es más frecuente en ancianos. Existen múltiples factores predisponentes aunque en nuestro caso se puede considerar también la **apendicectomía retrocecal**.

El **Gold Standard** para el diagnóstico es el **TAC abdominal** con una sensibilidad del 90%, en contraste con el vólvulo de sigma donde la RX abdomen parece ser más relevante.

La **hemicolecotomía derecha** es la técnica quirúrgica con mejores resultados y menos tasas de recidiva. La cecopexia o la cecostomía tienen mayores tasas de recidiva. La realización de la **anastomosis primaria** varía en función del estado clínico del **paciente** y de la presencia o no de peritonitis.

Lo que parece claro es que la **colonoscopia no parece indicada** en estos casos por el **alto riesgo de isquemia**.

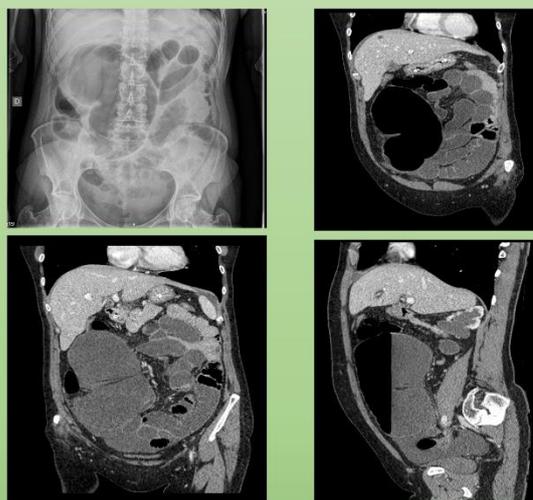
CONCLUSIONES

- 1) El vólvulo cecal es una patología **poco frecuente**, en comparación con el vólvulo de sigma.
- 2) La prueba de imagen que se recomienda para su estudio es el **TAC abdomino-pélvico**.
- 3) El manejo es quirúrgico, siendo la **hemicolecotomía derecha** la técnica que **menos recidivas** y es más segura para los pacientes.

1) Richard A Hodin MD, Martin Weiser MD, Wenliang Chen. Cecal volvulus. Up to date. marzo de 2020

2) Solís Rojas C, Vidrio Duarte R, García Vivanco DM, Montaño-Javé EE. Cecal volvulus: A rare cause of intestinal obstruction. Case Rep Gastroenterol. 2020;14(1):206–11

3) Alimoglu MHFB. Cecal Volvulus. Indian J Surgery. 2012;476–9





LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

F.Y. Lago; C. Beiras; J.A. Puñal; B.I. Prada; R.M. Roque; M. Bustamante.
GLÁNDULA PARATIROIDES ECTÓPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO
Comunicaciones científicas póster

GLÁNDULA PARATIROIDES ECTÓPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Lago FY, Beiras C, Puñal JA, Prada BL, Pérez E, Roqué M, Bustamante M
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: Adenoma ectópico de paratiroides: 10-15% de HPTP. Causa más frecuente de reintervenciones quirúrgicas por HPTP persistente.

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer de 48 años, con hipotiroidismo primario autoinmune, desarrolla bocio nodular con PAAF de tumor folicular realizándose tiroidectomía total bilateral, con resultado de tiroiditis de Hashimoto. En el seguimiento desarrolla hipotiroidismo postquirúrgico e hipercalcemia, siendo diagnóstico de HPTP por estudios analíticos y pruebas de imagen.

RESULTADOS: Se realiza exploración cervical a través de acceso lateral derecho. Se localiza y extirpa lesión nodular de 2-3cm. AP: Tejido tiroideo con intensa tiroiditis linfocítica.

CONCLUSIÓN: A pesar de los datos bioquímicos sugestivos de HPTP y tres pruebas de imagen localizadoras de adenoma paratiroideo ectópico, ni el análisis intraoperatorio ni la anatomía patológica confirmaron su presencia.

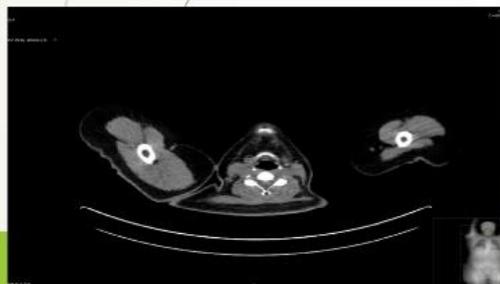


Figura 1: TC cervical. Nódulo de 13mm elongado de localización tiroidea lateral derecha.



Figura 2: PET-TC Colina. Foco de captación en área posterior derecha del hioides, posterior a una rama de la vena facial.



Figura 3: Imagen quirúrgica.

TSH	12.24	Calcio	10.8
T4	0.88	PTH	87
Vit D	16/ 39	Act ca/cr	0.03

Tabla 1: Resultados analíticos.

Basal	117	10min	122
Prexéresis	124	15min	123

Tabla 2: Resultados PTH.

HPTP: Hiperparatiroidismo Primario
AP: Anatomía Patológica



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

D. Castrodá Copa; I. Cordovés Weiler; E. Carrera Dacosta; L. Pérez Corbal; M. Lladró Esteve;
L. Otalora Mazuela; A. Parajó Calvo.

HERNIA PARADUODENAL IZQUIERDA INCIDENTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Comunicaciones científicas póster



HERNIA PARADUODENAL IZQUIERDA INCIDENTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Castrodá Copa D., Cordovés Weiler I., Carrera Dacosta E., Pérez Corbal L., Lladró Esteve M., Otalora Mazuela L., Parajó Calvo A.
Servicio de Cirugía general y del Ap. Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

INTRODUCCIÓN

Las hernias paraduodenales suponen entre un 30-50% de los casos de hernia interna y son consecuencia de un anómalo desarrollo embriológico hacia la 10ª semana embrionaria. Su clasificación se realiza en función de la dirección que toma el asa intestinal herniada, en derechas o izquierdas, siendo estas últimas originadas en la fosa de Landzert y responsables de un 75% de los casos. La clínica varía desde un estado completamente asintomático hasta la de una obstrucción abdominal completa. Requieren intervención quirúrgica de reducción y reparación del defecto. Presentamos un caso clínico de hernia paraduodenal izquierda de diagnóstico incidental durante una intervención por sospecha de perforación intestinal.

CASO CLÍNICO

Paciente de 65 años con patología dual (trastorno esquizoide y abuso crónico de alcohol), que acudió a urgencias por dolor abdominal difuso y pérdida de 8 kg de peso en el último mes. Abdomen distendido y sin dolor o defensa a la exploración. Como único dato analítico destacaba una PCR de 12 mg/dL. Se decidió realizar TC abdominopélvico que mostró abundante líquido libre intraabdominal y gas extraluminal a nivel de yeyuno con sospecha de perforación, por lo que se decidió cirugía urgente.

Intraoperatoriamente se halló abundante líquido intraabdominal seroso, hígado cirrótico y una hernia paraduodenal izquierda con saco muy engrosado y que contenía la práctica totalidad del intestino delgado. Se realizó apertura parcial de saco herniario y liberación de asas de intestino delgado sin identificación de perforación, decidiendo no realizar resección del saco dada la imposibilidad de visualización de la relación con vasos mesentéricos. Se planificó cirugía preferente de reducción de la hernia y de saco herniario una vez evidenciada la relación anatómica con los vasos mesentéricos mediante AngioTC abdominal. Se confirmó cirrosis hepática y líquido ascítico no complicado.

Figura 1: Anatomía de la hernia paraduodenal izquierda. ©

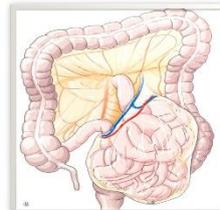


Figura 2: TC abdominal de inicio



Figura 3: Hígado de aspecto cirrótico



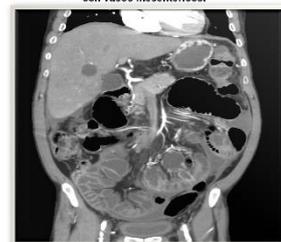
Figura 4: Saco herniario cerrado.



Figura 5: Apertura de saco herniario



Figura 6: AngioTC abdominal. Relación con vasos mesentéricos.



DISCUSIÓN

Las hernias paraduodenales izquierdas son una patología rara, 3 veces más frecuentes en hombres. La arteria mesentérica superior constituye el eje de rotación del intestino medio primitivo, cuyo defecto de rotación durante el desarrollo embriológico da lugar a este tipo de patología.

Un 50% de los casos se manifiestan con síntomas de obstrucción intestinal crónica e intermitente siendo, de un 10 a un 50% diagnosticadas intraoperatoriamente de manera incidental. La otra mitad, se presenta como cuadros agudos de obstrucción intestinal con riesgo importante de perforación y shock séptico. El TC es el método de elección diagnóstico. No obstante, es necesario tener una alta sospecha en casos seleccionados dada su escasa incidencia.

Se debe proceder a la reducción de asas y reparación del defecto preferente para reducir el riesgo de obstrucción, isquemia o perforación. El abordaje debe ser planificado (siempre que sea posible) mediante TC abdominal, para prever la relación anatómica con estructuras nobles. En caso de cirugía urgente es imprescindible la exploración minuciosa de la anatomía regional para la identificación de los vasos mesentéricos, y así evitar su lesión.

BIBLIOGRAFÍA

Figura 1: Echañeb, A., Hrrat, L., & Kolobi, H. (2013). Tratamiento quirúrgico de las hernias internas. EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo, 29(4), 1-13. doi:10.1016/s1282-9129(13)66959-0.

Moreno Egea, Alfredo y Carbonell-Tatay, Fernando. Capítulo 57. Hernias abdominales internas. Eventraciones. Otras Hernias de Pared y Cavidad Abdominal. Asociación Española de Cirujanos (2012). 695-696. ISBN: 9788469537541.



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

R. Nicolás Álvarez; S. Estévez; T. García-Val; R. Carracedo; J.M. Encisa; M. Gallego; P. Senra; R. Meléndez;
R. Sánchez-Santos.

LIPOSARCOMA RECIDIVADO EN TRAYECTO CRURAL: ABORDAJE E ICONOGRAFÍA

Comunicaciones científicas póster

LIPOSARCOMA RECIDIVADO EN TRAYECTO CRURAL: ABORDAJE E ICONOGRAFÍA

R. Nicolás Álvarez, Sergio Estévez, Teresa García-Val, Roberto Carracedo, JM Encisa, M. Gallego, P. Senra, R. Meléndez y Raquel Sánchez-Santos.
SERVICIO CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO. Hospital Álvaro Cunqueiro, CHU Vigo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Los liposarcomas retroperitoneales (RPLPS) representan el 40% de todos los sarcomas retroperitoneales y aparecen principalmente en adultos de mediana edad. Son tumores raros (alrededor de 2.7 casos por millón de habitantes/año), con baja incidencia de metástasis, pero con alta tendencia a la recidiva local (alrededor del 50%). Presentamos un caso y su iconografía de recidiva de liposarcoma retroperitoneal – pélvico que infiltra arteria iliaca externa tratado quirúrgicamente.

CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años con antecedentes personales de dos cesáreas y liposarcoma retroperitoneal tratado con cirugía y RT en 2018 a la que En el seguimiento se detecta una doble recidiva del liposarcoma; a nivel pélvico, con infiltración de arteria iliaca izquierda siguiendo su trayecto femoral, y otra recidiva a nivel retroperitoneal (perirrenal izquierdo). En el Comité de tumores se decide proponer tratamiento quirúrgico de la recidiva.

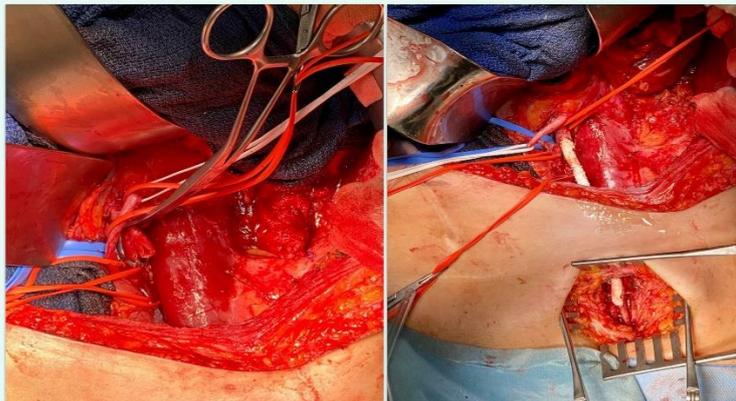


Fig1. Cirugía

Se realiza exéresis en bloque de la recidiva pélvica, que se completa con sección de peritoneo pélvico y fibras de la aponeurosis posterior del músculo transverso, aponeurosis anterior y medial del músculo psoas iliaco y quelotomía del anillo crural; disección del paquete vascular iliaco y femoral con sección de la arteria iliaca externa y la arteria femoral (incluidas en el bloque tumoral) y reconstrucción vascular con bypass ipsilateral iliaco-femoral con prótesis anillada de PTFe; así mismo, se lleva a cabo la exéresis del implante perirrenal en un segundo bloque, incluyendo la fascia de Gerotta.



Fig2. TC abd sagital

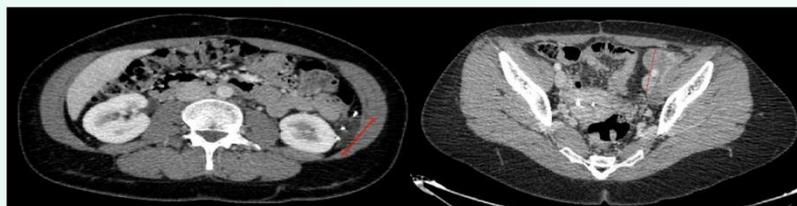


Fig3 TC abd axial

La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio inmediato, siendo alta a los 5 días de la cirugía. AP: Liposarcoma bien diferenciado recidivado con mezcla de patrones subtipo lipoma e inflamatorio-esclerosante, sin evidencia de focos de dediferenciación. Revisado nuevamente en comité se decide seguimiento estrecho con pruebas de imagen.



Fig4 AP

CONCLUSIÓN

La cirugía radical en bloque sigue siendo el tratamiento de elección para el liposarcoma primario o recidivado. Es necesario un abordaje multidisciplinar para plantear, en consenso, el tratamiento más adecuado para cada caso. El objetivo principal es la resección con intención R0, siendo muy complicado en este tipo de tumores retroperitoneales de gran tamaño, precisando de cirugías agresiva, incluidas las resecciones vasculares mayores, para conseguirlo.

BIBLIOGRAFÍA: Begaria SP, Gabriel E, Mann GN. Multiply recurrent retroperitoneal liposarcoma. *J Surg Oncol.* 2018 Jan;117(1):62-68. doi: 10.1002/jso.24929. Epub 2017 Dec 19. PMID: 29266232. /García-Ortega DY, Villa-Zepeda O, Martínez-Said H, Cuellar-Hübbe M, Luna-Ortiz K. Oncology outcomes in Retroperitoneal sarcomas: Prognostic factors in a Retrospective Cohort study. *Int J Surg.* 2016 Aug;32:45-9. doi: 10.1016/j.ijso.2016.06.001. Epub 2016 Jun 4. PMID: 27268726. /Jhon T Mullen, MD, FACS, ThomasF DeLaney, MD (2021) Clinical features, evaluation, and treatment of retroperitoneal soft tissue sarcoma. En: UpToDate, Robert Maki, MD, PhD, Raphael E Pollock, MD (Ed), UpToDate, Sonali Shah, MD, Kathryn A Collins, MD, PhD, FACS (DE) (Recuperado el 07 de Noviembre de 2021)



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

F.J. Anguita Ramos; I. Pérez Moreiras; C. Gegúndez Gómez; M. Conde Rodríguez; A. Rial Durán;
I. Vázquez González; M. Muínelo Lorenzo; J. Conde Vales.

COMPLICACIÓN HEMORRÁGICA DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Comunicaciones científicas póster



Hospital Universitario
Lucus Augusti
Lugo

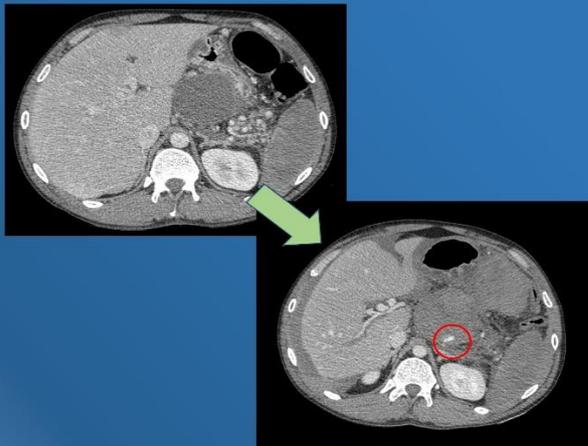


COMPLICACIÓN HEMORRÁGICA DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Anguita Ramos FJ, Pérez Moreiras I, Gegúndez Gómez C, Conde Rodríguez M,
Rial Durán A, Vázquez González I, Muínelo Lorenzo M, Conde Vales J

OBJETIVO

- Presentar un caso clínico de **pseudoquiste pancreático** complicado con **hemorragia** y revisar la literatura acerca del manejo de este evento.



RESULTADOS

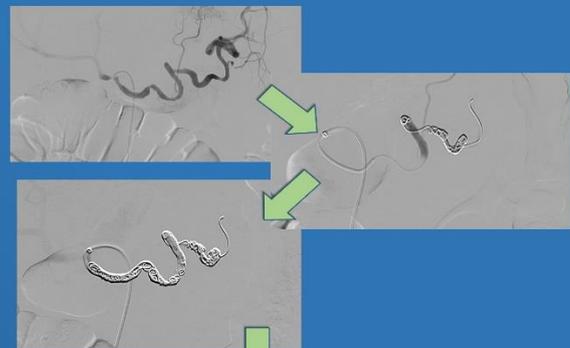
- A pesar del planteamiento quirúrgico inicial, se consigue **estabilización hemodinámica** del paciente.
- Angio-TC: **sangrado intrapseudoquístico** proveniente de la **arteria esplénica** asociado a rotura del pseudoquiste hacia cavidad abdominal con **hemoperitoneo** secundario.
- Se realizó **angiografía** y **embolización** de la arteria esplénica. Presentó posteriormente hemorragia digestiva alta cuyo origen no pudo objetivarse por gastroscopia.
- El paciente **evolucionó favorablemente** y actualmente se encuentra en seguimiento en consultas de Digestivo.

CONCLUSIONES

- Entre las complicaciones de la **pancreatitis crónica** se encuentran los pseudoquistes y las complicaciones vasculares. Las complicaciones vasculares pueden ser **trombóticas** o **hemorrágicas** y, de estas últimas, solo el 20% están constituidas por pseudoquistes hemorrágicos sin pseudoaneurisma subyacente.
- El **pseudoquiste hemorrágico** posee una baja incidencia, pero una **mortalidad elevada** (34-52%). La arteria más frecuentemente afectada es la **esplénica** (30-50%), aunque la que mayor mortalidad presenta es la pancreatoduodenal. El diagnóstico se realiza con TC y angiografía.
- Su tratamiento consiste en **embolización** y **drenaje** del pseudoquiste. La **cirugía** presenta **mayor morbimortalidad** y se reserva para pacientes hemodinámicamente inestables o en los que fracasa en manejo percutáneo.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Varón 36 años
- Antecedente de **pancreatitis enólica** y **cavernomatosis portal**.
- Ingresa en Digestivo por **reagudización** de pancreatitis.
- En TC realizado en ingreso se observa **crecimiento de pseudoquiste** ya conocido e infarto esplénico masivo.
- A las 72h de ingreso presenta **hipotensión**, inestabilidad, descenso de hemoglobina y exploración patológica con **defensa generalizada** y **bajo nivel de conciencia**.





REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

B. Otero; A. Nutu; I. Justo; A. Marcacuzco; S. Fernández; M. Orellana; O. Caso; A. Manrique; J. Calvo;
A. García-Sesma; C. Jiménez Romero.

UTILIZACIÓN DE INJERTOS PROCEDENTES DE DONANTES EN MUERTE CIRCULATORIA NO CONTROLADA COMPARADO CON INJERTOS DE DONANTES EN MUERTE ENCEFÁLICA

Comunicaciones científicas póster



UTILIZACIÓN DE INJERTOS PROCEDENTES DE DONANTES EN MUERTE CIRCULATORIA NO CONTROLADA COMPARADO CON INJERTOS DE DONANTES EN MUERTE ENCEFÁLICA

B. Otero, A. Nutu, I. Justo, S. Fernández, A. Marcacuzco, O. Caso, A. Manrique, J. Calvo, A. García-Sesma, M. García-Conde, M. Santos-Gallego, C. Jiménez-Romero.
Hospital Universitario 12 de Octubre

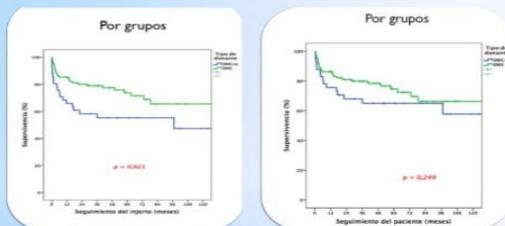
INTRODUCCIÓN

El trasplante hepático es el tratamiento de elección en los pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) y cirrosis. Dado que el número de injertos disponible es insuficiente, una alternativa para aumentar el número de injertos podría ser el empleo de donantes por muerte circulatoria tipo IIa (DMCIIa). El uso de éste tipo de injertos se ha asociado con mayores tasas de fallo primario del injerto, de complicaciones biliares, mayor recurrencia tumoral, y menor supervivencia del injerto y del receptor. Sin embargo, su uso podría estar justificado para disminuir el drop-out y la mortalidad en lista de espera.

MÉTODOS

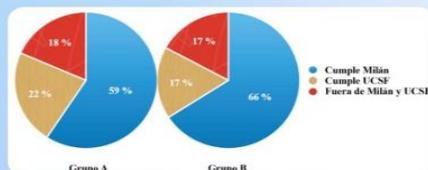
Realizamos un estudio de cohortes retrospectivo comparando 103 adultos con CHC que fueron trasplantados utilizando injertos de DME con 41 adultos con CHC que fueron trasplantados utilizando injertos de DMCIIa entre Enero de 2006 y Diciembre de 2018, en el Hospital "12 de Octubre".

Supervivencia de injerto y paciente de acuerdo al tipo de injerto



Gráfica 1. Supervivencia a 1, 3 y 5 años de 72%, 65% y 61% para el grupo DMC y de 85%, 78% y 72% en DME (p = 0.249).

Gráfica 2. Supervivencia, siendo a los 1, 3 y 5 años del 65%, 58% y 58% respectivamente en el grupo DMC y en el grupo de DME del 84%, 77% y 71% (p=0.021)



Gráfica 3. Cumplimiento de Milán en ambos grupos

RESULTADOS

No existieron diferencias significativas entre los grupos en el tamaño tumoral, número de nódulos tumorales, utilización de terapias puente o en cumplimiento de criterios de Milán (Gráfica 3). El tiempo en lista de espera fue significativamente inferior en el grupo DMCII.

La recurrencia de CHC fue similar entre ambos grupos, pero la supervivencia del injerto fue inferior en el grupo DMCII.

	HR	IC (95%)
Edad al trasplante	1,06	(1,01-1,12)
Recidiva postrasplante	2,58	(1,01-6,67)
Terapia puente	2,51	(1,12-5,55)

Tabla 1. El análisis multivariante identificó la edad del receptor, la utilización de terapias puente y la recurrencia de CHC como factores de riesgo independientes para la supervivencia del paciente, así como la utilización de quimioembolización como terapia puente pre trasplante (OR=3.93) como el único factor de riesgo para la recurrencia de CHC

CONCLUSIONES

No se ha observado ni una mayor tasa de recurrencia ni una supervivencia inferior de los pacientes que recibieron injertos procedentes de DMCIIa



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

B. Otero; I. Justo; S. Fernández; M. Orellana; C. Jiménez Romero.

JUSTIFICACIÓN DE LAS RESECCIONES MASIVAS EN LAS RECIDIVAS RETROPERITONEALES DE TUMORES GERMINALES Comunicaciones científicas póster



SOCIGA

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE GALICIA



Hospital Universitario
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

JUSTIFICACIÓN DE LAS RESECCIONES MASIVAS EN LAS RECIDIVAS RETROPERITONEALES DE TUMORES GERMINALES

B. Otero; I. Justo; S. Fernández; C. Jiménez

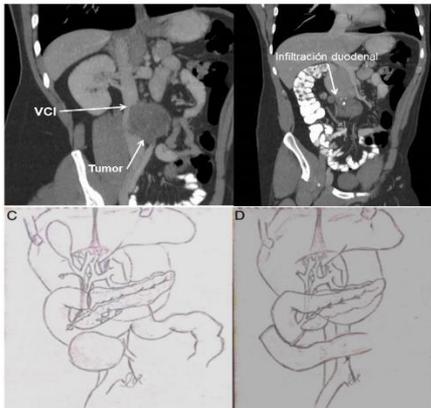
Cirugía General, del Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales.
Hospital Universitario "12 de Octubre", Madrid

INTRODUCCIÓN

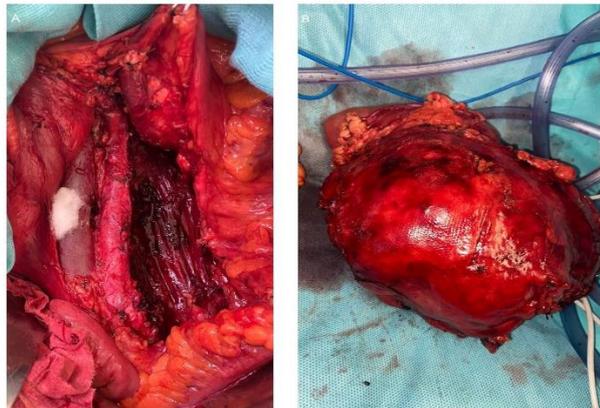
El tratamiento del cáncer testicular en estadios avanzados consiste, tras la orquiectomía, en la aplicación de quimioterapia y monitorización de la evolución de los marcadores tumorales y del tamaño de la masa tumoral residual mediante TC. La resección de la masa tumoral residual se tiende a realizar solo si no hay un descenso adecuado de los marcadores tumorales y del tamaño de la misma o en pacientes con contraindicación para la aplicación de quimioterapia.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1. Varón de 28 años con historia de orquiectomía derecha en 2012 por carcinoma embrionario. Recibió quimioterapia con cinco ciclos con remisión en controles posteriores. En 2015 se detectó una masa paraórtica benigna con anatomía patológica de fibrosis. Se retoma seguimiento en nuestro centro en 2020 detectándose una masa con componente sólido-quístico, de 6,9x5x7cm, que se extirpa de manera completa, con diagnóstico anatomopatológico de teratoma. Actualmente se mantiene libre de enfermedad.



Caso 1. A) y B) Imagen de TC en cortes coronales de la lesión quística infiltrando duodeno y grandes vasos. C) Situación del tumor con respecto a la papila D) Reconstrucción digestiva tras la resección duodenal



Caso 2. A) Lecho de disección de masa tumoral. B) Masa tumoral reseçada

Caso 2. Varón de 27 años con historia de orquiectomía izquierda en Noviembre de 2020 por tumor germinal mixto (seminoma multifocal 50%, teratoma quístico maduro 50%) T1N3 (masa retroperitoneal) estadio IIIC. Se inicia cuatro ciclos de BEP, lográndose remisión parcial. se detecta en controles una masa (11.2 x13.8 x 17.5cm) decidiéndose resección. Se realiza la misma en Julio del 2021. Actualmente se mantiene libre de enfermedad.

CONCLUSIONES

Proponemos que en caso de masas tumorales grandes, la resección completa de las mismas es una buena opción debido a la eliminación completa de enfermedad residual, evitando los problemas por compresión y diseminación que pueden ocasionar a largo plazo.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

S. Fernández Noël; I. Justo Alonso; V. Carmona Gómez; C. Fernández Fernández; B. Otero Torron; A. Suárez Ramos; C. Jiménez Romero.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ALTERNATIVAS PARA LA EXTRACCIÓN DE INJERTO DE PARED ABDOMINAL QUE ASEGUREN EL CIERRE DEL DONANTE

Comunicaciones científicas póster

LXV REUNIÓN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE GALICIA

Lugo, 26 y 27 de noviembre de 2021

Sede
Museo interactivo de la historia de Lugo



SOCIGA

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE GALICIA

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ALTERNATIVAS PARA LA EXTRACCIÓN DE INJERTO DE PARED ABDOMINAL QUE ASEGUREN EL CIERRE DEL DONANTE

Silvia Fernández Noël^a, Iago Justo Alonso^a, Victoria Carmona Gómez^a, Clara Fernandez Fernández^a, Blanca Otero Torron^a, Antonio Suarez Ramos^a, Carlos Jimenez Romero^a

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante de Órganos Abdominales

Introducción

El 20% de los receptores de trasplante intestinal requerirán una técnica quirúrgica alternativa al cierre convencional primario de la pared abdominal (PA). El trasplante de pared abdominal es una opción válida que se está extendiendo entre los receptores multiviscerales y de hígado aislado. El cierre del donante debe ser una premisa para su empleo.

Objetivo: Revisar las **posibilidades de extracción de pared abdominal en donantes** en los que el defecto de la donación condicione el cierre posterior del donante.

Material y Métodos

Se presentan dos casos de donantes jóvenes, sin extracción intestinal, en los que el cierre del donante no era posible con la técnica de extracción habitual. Por ello se emplearon dos alternativas

- **Extracción de hemifascia-hemipared:** receptores con necesidad de ampliación de aponeurosis, pero con piel suficiente para asegurar cierre cutáneo. Precisaría de la perfusión de ambas epigástricas en el donante y se reservaría la mitad cutánea de la pared para asegurar el cierre del donante.

- **Extracción de hemipared:** Se selecciona el segmento de hemipared mejor vascularizado, empleándose en aquellos receptores con defecto fascial no demasiado importante y que a su vez precisen de expansor cutáneo. La hemipared no trasplantada se usaría para el cierre estanco del donante.



Resultados

El trasplante de PA permite una ampliación de la cavidad abdominal y **reduce la posibilidad de síndrome compartimental** e isquemia asociados. Sin embargo, el defecto de la pared del donante debe tenerse en cuenta. El uso de una técnica u otra se realizó en base al tamaño del defecto cutáneo del donante y del defecto a cubrir en el receptor y respetando siempre el cierre estanco del cadáver.

Se pueden realizar extracciones de pared con técnicas alternativas a la clásica, siempre que se asegure el cierre del donante y el cierre del defecto en el receptor.



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

M. Leire Otalora; E. Barreiro Domínguez; I. Vázquez García; L. Pérez Corbal; I. Cordovés Weiler; M. Lladró Esteve; D. Castrodá Copa; A. Parajó Calvo.

MANEJO DEL NEUMOPERITONEO MASIVO EN PACIENTES CON INFECCIÓN SARS-COV2. A PROPÓSITO DE UN CASO
Comunicaciones científicas póster

MANEJO DEL NEUMOPERITONEO MASIVO EN PACIENTES CON INFECCIÓN SARS-COV2. A PROPÓSITO DE UN CASO.

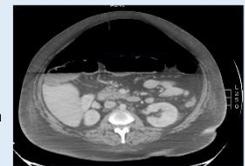
L. Otalora Mazuela, I. Vázquez García, L. Pérez Corbal, I. Cordovés Weiler, M. Lladró Esteve, D. Castrodá Copa, A. Parajó Calvo.
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

INTRODUCCIÓN

El neumoperitoneo masivo es una entidad compleja que a menudo supone un manejo controvertido por su etiología incierta.

La causa más frecuente es la perforación de víscera hueca.

Sin embargo, en pacientes con COVID 19 ingresados en unidades de cuidados intensivos, hay que tener en cuenta otros factores que pueden desencadenarlo, entre ellos, el barotrauma por ventilación mecánica invasiva.



OBJETIVO

- Mostrar, a través de un caso clínico, la complejidad de la toma de decisiones en este tipo de pacientes, donde entran en conflicto distintas hipótesis y abordajes.



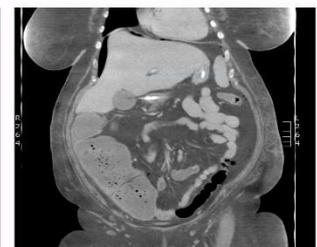
EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer, 50 años, ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos por insuficiencia respiratoria grave secundaria a COVID 19. Tras 7 días en ventilación mecánica invasiva se realiza TC abdomino-pélvico por importante distensión abdominal.

TC: Neumoperitoneo masivo sin evidencia de perforación de víscera hueca o líquido libre. No neumomediastino.

Discusión del caso entre Radiología, Medicina Intensiva y Cirugía General.

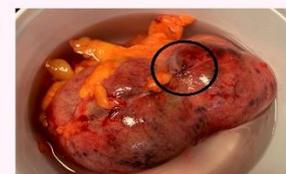
Hipótesis	A favor	En contra
Perforación espontánea	Distensión abdominal	No líquido libre. No datos de perforación en TAC. No alteración analítica.
Neumoperitoneo por barotrauma	Covid + con ventilación mecánica invasiva (VMI)	No neumomediastino. No enfisema subcutáneo.



Se decide laparotomía exploratoria.

RESULTADOS

- Hallazgo intraoperatorio** → Perforación en ciego contenida, sin peritonitis ni isquemia intestinal visible.
- Intervención** → Resección ileocecal con anastomosis, dada la estabilidad de la paciente durante la intervención.
- Anatomía patológica** → Necrosis epitelial isquémica.
- Postoperatorio favorable** → La decisión de cirugía urgente en este caso fue acertada, con resolución de la clínica tras la intervención quirúrgica.



CONCLUSIÓN

- La infección por SARS-CoV2 provoca manifestaciones intestinales que pueden complicar la evolución clínica de los pacientes, sin embargo, debemos tener siempre presente otras etiologías a la hora de decidir el mejor abordaje terapéutico.
- El manejo correcto del neumoperitoneo masivo se basa en una detallada historia clínica, una estricta exploración física y una decisión multidisciplinar entre los distintos servicios médico-quirúrgicos.



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

L. Otalora Mazuela; J. Ballinas Miranda; I. Vázquez García; L. Pérez Corbal; I. Cordovés Weiler; M. Lladró Esteve;
D. Castrodá Copa; A. Parajó Calvo.

ANASTOMOSIS KONO-S, ¿ALTERNATIVA QUIRÚRGICA PARA EVITAR LA RECURRENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN?

Comunicaciones científicas póster

ANASTOMOSIS KONO-S, ¿ALTERNATIVA QUIRÚRGICA PARA EVITAR LA RECIDIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN?

Otalora Mazuela, L; Ballinas Miranda, J; Vázquez García, I; Pérez Corbal, L; Cordovés Weiler, I; Lladró Esteve, M; Castrodá Copa, D; Parajó Calvo, A. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal que se caracteriza por presentar un curso clínico impredecible y un alto índice de recurrencia. Entre los factores de riesgo relacionados con la recidiva postquirúrgica se postula que la configuración de la anastomosis intestinal juega un papel muy importante. La anastomosis Kono-S consiste en un tipo de anastomosis manual, termino-terminal y antimesentérica que consigue una boca anastomótica ancha y cuya finalidad es intentar minimizar la reestenosis en los pacientes con enfermedad de Crohn.

OBJETIVOS

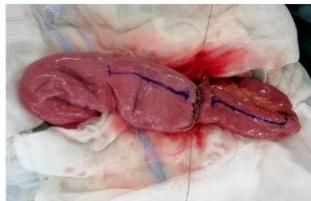
- Presentar la anastomosis Kono-S como una opción quirúrgica en los pacientes con enfermedad de Crohn para evitar la recidiva perianastomótica.
- Mostrar los casos realizados en nuestro hospital y los resultados obtenidos a corto plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan 4 pacientes con enfermedad de Crohn en los que se ha utilizado la técnica anastomótica Kono-S tras resección intestinal. Estudio preoperatorio:

- Colonoscopia } Fenotipo estenosante
- Entero-RM } • Edad media: 44 años
- Mujeres : Hombres → 2:2

Pacientes	Intervención	Abordaje	Anastomosis
1. ♀	Resección ileocecal	Laparoscópico	Extracorpórea
2. ♂	Resección ileocecal	Laparoscópico	Extracorpórea
3. ♀	Resección ileocecal	Abierto	Extracorpórea
4. ♂	Resección de yeyuno	Abierto	Extracorpórea



RESULTADOS

Seguimiento a corto plazo:

- A los 3 meses → no recidiva clínica de la enfermedad.
- A los 12 meses (sólo 1 de los pacientes ha cumplido el año tras la intervención) → no recidiva clínica, endoscópica ni quirúrgica.

CONCLUSIONES

- La anastomosis Kono-S puede ser una nueva alternativa para evitar la recurrencia clínica y endoscópica en la enfermedad de Crohn estenosante.
- Es necesario una muestra mayor de pacientes y un seguimiento a largo plazo para poder afirmar que la anastomosis Kono-S sea una técnica de elección en estos pacientes.



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

L. Otalora Mazuela; I. García Oro; T. Fernández Álvarez; I. Vázquez García; L. Pérez Corbal; I. Cordovés Weiler; M. Lladro Esteve; A. Parajó Calvo.

TUMOR PHYLLODES: RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Comunicaciones científicas póster

TUMOR PHYLLODES: reto diagnóstico y terapéutico

Leire Otalora Mazuela, Iria García Oro, Teresa Fernández Álvarez, Irene Vázquez García, Lara Pérez Corbal, Iván Cordovés Weiler, Miguel Lladro Esteve, Alberto Parajó Calvo. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

INTRODUCCIÓN:

El Tumor Phyllodes representa menos del 1% de todas las neoplasias de la mama. Es un tumor fibroepitelial con un componente mixto de tejido epitelial y conectivo. Se clasifica en benigno, borderline y maligno según sus características histológicas. El tratamiento de elección es siempre la cirugía. El principal problema en el seguimiento es la recidiva local. Las metástasis son excepcionales.

EXPOSICIÓN DEL CASO:

Mujer de 48 años remitida desde urgencias a la Unidad de Mama por masa de gran volumen y rápido crecimiento que causa grave asimetría mamaria. Antecedente de traumatismo reciente. Sospecha inicial en urgencias: carcinoma inflamatorio versus hematoma.



- **Pruebas complementarias:** Mamografía y Ecografía mamaria. Biopsia por aguja gruesa.
- **Comité multidisciplinar:** Cirugía en dos tiempos dependiendo del resultado definitivo de Anatomía Patológica.
- **Intervención quirúrgica:** Exéresis de la lesión con márgenes libres.
- **Anatomía Patológica:** Tumor Phyllodes Borderline 18.5 x 16.5 cm.
- **Adyuvancia:** Radioterapia postoperatoria.
- **Seguimiento:** A los seis meses tras radioterapia presenta buen estado general, radiodermatitis leve y correcta simetría mamaria.



DISCUSIÓN:

El manejo del Tumor Phyllodes es complejo debido a su comportamiento clínico impredecible en relación con su grado histológico. En el caso de nuestra paciente, el planteamiento tanto diagnóstico como terapéutico supuso un reto desde el principio.

Reto diagnóstico:

EXPLORACIÓN FÍSICA	Carcinoma inflamatorio	A favor	Rápido crecimiento de la masa	BIOPSIA POR AGUJA GRUESA	Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa (PASH)
		En contra	No adenopatías axilares, edema ni eritema		Tumor Phyllodes
	Hematoma	A favor	Antecedente de traumatismo		Sarcoma de bajo grado
		En contra	Pruebas de imagen		

Reto terapéutico:

Características del tumor	Rápido crecimiento
Preferencias de la paciente	Deseo de preservación de la mama

CONCLUSIONES:

- ❑ En este tipo de tumores de gran tamaño no existe un manejo único ni estandarizado.
- ❑ Es necesario tomar una decisión consensuada, permitiendo un abordaje correcto de la patología, que respete en lo posible, los deseos de la paciente.
- ❑ Una vez decidido el tipo de procedimiento a seguir, lo más importante es
 - Conseguir una resección completa del tumor con márgenes libres.
 - Consensuar la indicación de radioterapia.
 - Seguimiento postoperatorio estricto.



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

P. Vázquez Beltrán; I. Justo.

VALIDACIÓN DEL ÍNDICE MCLUSKEY PARA PREDECIR LA TRANSFUSIÓN MASIVA DE HEMODERIVADOS EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Comunicaciones científicas póster



Validación del índice McCluskey para predecir la transfusión masiva de hemoderivados en el trasplante hepático.

Vázquez, P. Justo, I. Marcacuzco, A. Caso, D. García Conde, M. Nutu, A. Lechuga, I. Manrique, A. Calvo, J. García-Sesma, A. Cambra, F. Loinaz, C. Jiménez-Romero, C.

Objetivos

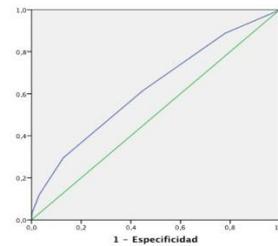
El índice de McCluskey ha sido usado como una herramienta para predecir la necesidad de transfusión masiva de sangre (más de 6 unidades de hemoconcentrados), durante el trasplante hepático ortotópico (THO). El objetivo de este estudio es verificar su eficacia en nuestra serie.

Material y métodos

Entre mayo de 1998 y diciembre de 2017, se llevaron a cabo 1216 THO, de los cuales 1016 han registrado datos suficientes con respecto a la transfusión de hemoderivados. Hemos dividido a esos pacientes en grupos basándonos en el índice clásico de McCluskey.

Parámetros	1 punto	2 puntos
Edad	>40 años	
Hemoglobina	<10 años	
INR	1,2-1,99	>2
Plaquetas	<70.000	
Creatinina	>1,1 Mujer /1,2 Hombre	
Albúmina	<2,8	
Retrasplante	Sí	

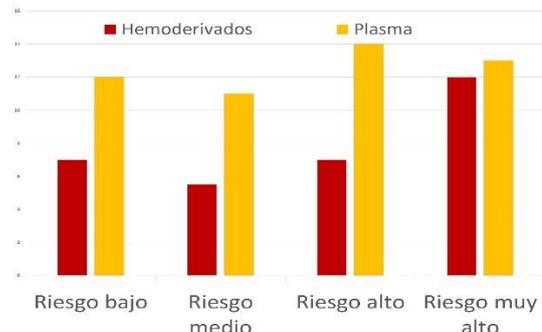
Parámetros del índice de McCluskey



Curva ROC. El área bajo la curva 0.65 (95% IC 0.614-0.685 p=0,001). Sensibilidad del 61.6% y especificidad del 55% .

Resultados

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a IMC; edad, estancia hospitalaria ni empleo de órganos marginales. La mediana del MELD ha sido significativamente distinta entre los grupos 7.5 (7-8) para el Riesgo Bajo (RB), 13 (3-32) para el Riesgo Medio (RM), 17 (8-41) para el Riesgo Alto (RA) y 25 (11-36) para el Riesgo Muy Alto (RMA) (p=0,000).



Conclusiones

El índice de McCluskey es un buen indicador de la necesidad de transfusión en trasplante hepático en nuestra serie.



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

J. Pablos Vidal; B. Sáinz Fernández; N. Suárez García; J. Rosales Goas; P. Rodríguez Carral; M. Alvite Canosa;
J. Pérez Grobas; M. Díaz Tíe.

ABDOMEN AGUDO CON NEUMATOSIS PORTAL: ÉXITO TRAS MANEJO CONSERVADOR

Comunicaciones científicas póster



SOCIGA

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE GALICIA

LXV REUNIÓN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE GALICIA

Abdomen agudo con neumatosis portal: éxito tras manejo conservador

Pablos Vidal, J.; Sáinz Fernández, B.; Suárez García, N.; Rosales Goas, J.; Rodríguez Carral, P.; Alvite Canosa, M.; Pérez Grobas, J.; Díaz Tíe, M.
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

INTRODUCCIÓN

La **gastritis enfisematosa (GE)** es una causa poco frecuente de abdomen agudo. La prueba diagnóstica fundamental es el TC, con presencia de gas en la pared gástrica y eventualmente **neumatosis portal**.

El tratamiento inicial debe ser **conservador**. El rol de la cirugía, sin evidencia de complicaciones, aún no está claramente definido.

CASO CLÍNICO

Varón de 79 años con antecedentes personales de miocardiopatía hipertrófica, FA y enfermedad renal crónica (3b). Alto riesgo quirúrgico (**ASA III-IV**). Ingreso en Medicina Interna por insuficiencia respiratoria de origen cardiológico. Al 17º día de ingreso, episodio de dolor abdominal brusco con empeoramiento del estado general (obnubilación, diaforesis, hipotensión arterial). A la exploración física, abdomen distendido con dolor en epigastrio sin irritación peritoneal. En analítica, **acidosis metabólica** con elevación de lactato y PCR (71.77 mg/L). En TC abdominal, distensión gástrica con **neumatosis portal** y **dos burbujas de gas aisladas en pared gástrica (Fig. 1 y 2)**. Se decide manejo conservador con SNG, sueroterapia y **antibioterapia de amplio espectro**.

Tras iniciar tratamiento, mejoría inmediata del estado general con buena evolución posterior. TC de control a los 4 días (**Fig. 3**), observando evolución muy favorable con disminución de la neumatosis portal y burbujas gástricas; comprobando resolución total del cuadro tras nuevo TC de control a los 12 días (**Fig. 4**). Se realiza gastroscopia evidenciando **úlceras** en fundus gástrico (Forrest IIB), probable origen de la GE.

DISCUSIÓN

La GE es una entidad poco frecuente sin una patogenia clara. Se ha sugerido que la alcalinización del medio gástrico o la **lesión de la mucosa gástrica** podrían facilitar la colonización bacteriana y posterior afectación de planos profundos. Las causas de esta entidad tienen en común la **noxa de la mucosa gástrica**: cáusticos, diabetes, alcohol, úlcus, isquemia y cirugía gástrica. Los gérmenes más característicos son *Streptococcus spp.*, *Enterobacter spp.*, *Clostridium spp.*, *S. aureus*, *P. aeruginosa* y *Candida spp.*, **sin conseguir aislar el microorganismo responsable en la mayoría de los casos**.

Es importante el diagnóstico diferencial entre GE y enfisema gástrico (EG); dos enfermedades con similitudes, pero con diferente etiología, clínica, tratamiento y pronóstico.

El diagnóstico se realiza mediante TC, donde se puede apreciar **neumatosis gástrica y gas portal de predominio en lóbulo hepático izquierdo**, lo que sugiere peor pronóstico.

El tratamiento a pesar de ser un cuadro de abdomen agudo es inicialmente médico, antibioterapia empírica y medidas de soporte. La cirugía queda reservada para casos de fracaso del tratamiento médico o complicaciones como la perforación gástrica. El diagnóstico precoz asociado a tratamiento antibiótico mejora el pronóstico de la GE.

CONCLUSIONES

La GE es una causa infrecuente de neumatosis portal que puede evolucionar rápidamente a un cuadro potencialmente letal. Pese a ser posible causa de abdomen agudo, el pronóstico mejora con diagnóstico y antibioterapia precoz, pudiendo llegar a ser curativo sin necesidad de cirugía.

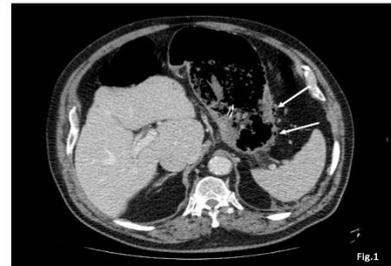


Fig.1



Fig.2



Fig.3



Fig.4

- Gullén-Morales C, Jiménez-Miramón EJ, Carrascosa-Mirón T, Jover-Navalón JM. Emphysematous gastritis associated with portal venous gas: Medical management to an infrequent acute abdominal pain. *Rev Esp Enferm Dig.* 2015 Jul;107(7):455-6. doi: 10.17235/reed.2015.3540/2014. PMID: 26140844.
- González-Muñoz S, López-Sánchez J, Muñoz-Bellón L. Gastric emphysema and emphysematous gastritis, apparently similar entities with very different treatment. *Gastroenterol Hepatol.* 2021 May;44(5):366-367. English, Spanish. doi: 10.1016/j.gastrohep.2020.07.022. Epub 2020 Nov 8. PMID: 33172693.
- Cappo G, Silva R, Lisandrello N, Fadiola JM. Gastritis enfisematosa como causa infrecuente de abdomen agudo. *Rev. Med. De Rosario.* 80, 129-134. 2014 Ago.
- Muñoz C, Fernández R, Fonseca V, Jara L. Gastritis enfisematosa secundaria a ingesta de cáusticos: reporte de un caso [Emphysematous gastritis secondary to caustic substance intake: a case report]. *Gastroenterol Hepatol.* 2010 Feb;33(2):106-10. Spanish. doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.09.007. Epub 2009 Nov 22. PMID: 19311945.
- Zamora Elson M, Labarta Monzón L, Escos Orta J, Cambra Fierro P, Vernal Monteverde V, Saron Arbeloa C. Gastritis enfisematosa, eficacia del tratamiento con antibioterapia precoz [Emphysematous gastritis: Effectiveness of early antibiotic therapy]. *Gastroenterol Hepatol.* 2016 Jun-Jul;39(6):393-5. Spanish. doi: 10.1016/j.gastrohep.2015.05.008. Epub 2015 Jul 17. PMID: 26190762.
- Gáquez I, Vicente de Vera P, Sheik Eldad A, Martín Berro M. Un caso de gastritis enfisematosa tratada con antibióticos con éxito [A case of emphysematous gastritis successfully treated with antibiotics]. *An Med Interna.* 2005 Mar;22(3):153-4. Spanish. doi: 10.4321/s0212-71592005000300018. PMID: 15906466.



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

J. Pablos Vidal; B. Sáinz Fernández; N. Suárez García; J. Rosales Goas; P. Rodríguez Carral;
J.P. Alarcón Caballero; E. Vives Rodríguez.

ANGIOSARCOMA RADIOINDUCIDO RECIDIVANTE: RESCATE QUIRÚRGICO TRAS RECONSTRUCCIÓN MAMARIA
Comunicaciones científicas póster



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE GALICIA

LXV REUNIÓN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE GALICIA

Angiosarcoma radioinducido recidivante: rescate quirúrgico tras reconstrucción mamaria

Pablos Vidal, J.; Sáinz Fernández, B.; Suárez García, N.; Rosales Goas, J.; Rodríguez Carral, P.; Alarcón Caballero, J.P.; Vives Rodríguez, E. Díaz Tie, M. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

INTRODUCCIÓN

El angiosarcoma (AS) es un tumor agresivo muy poco frecuente con afinidad por el tejido cutáneo. Puede ser primario, secundario a linfedema crónico (Stewart-Treves) y **radioinducido (ASRI)**. La localización más frecuente del ASRI es la mama, siendo solo un 0.05 % de la patología mamaria maligna. El tratamiento curativo es la cirugía, dificultada por la distribución multifocal con **alta tasa de recidiva**.

1998

- Carcinoma ductal infiltrante en CIE de mama izquierda.
- Tumorectomía + Linfadenectomía axilar izquierda.
- **Posterior RT (18 Gy) + Tamoxifeno.**

2008

- Nódulo violáceo.
- AP: angiosarcoma de alto grado.
- Mastectomía izquierda + reconstrucción con colgajo dorsal ancho y prótesis (asociando mamoplastia de reducción contralateral).

2017

- Nuevo nódulo violáceo.
- AP: lesión vascular atípica sugestiva de angiosarcoma.
- Exéresis de la lesión, confirmándose ASRI, y ampliación de márgenes quirúrgicos.

2021

- Nuevo nódulo cutáneo violáceo.
- Biopsia, confirmando recidiva de ASRI.
- **Resección en bloque con márgenes oncológicos, capsulectomía y extracción de prótesis para trasposición de colgajo dorsal ancho previo por necesidad para cierre (Fig. 1-6).**



DISCUSIÓN

El ASRI es una patología infrecuente, con una **incidencia en aumento dado el mayor número de cirugías conservadoras de mama**.

La clínica consiste en una lesión cutánea de coloración violácea que en ocasiones se puede confundir con radiodermatitis o un hematoma local. Suelen aparecer tras unos 6 años de media desde la administración de RT.

La biopsia cutánea ha de realizarse ante la mínima sospecha de AS, identificándose en la AP células pleomórficas y endoteliales malignas. En ecografía y RMN se pueden identificar lesiones hipervasculares, siendo la mamografía habitualmente inespecífica.

El tratamiento consiste en **cirugía radical agresiva**, asociando habitualmente una **técnica reconstructiva**. La naturaleza multifocal del ASRI dificulta la obtención de bordes libres con una elevada **tasa de recidiva (52-94%)**.

Paradójicamente, la RT podría reducir la tasa de recidiva según algunos estudios.

A nivel sistémico, la QT tiene pocos resultados y existen nuevos fármacos (antiangiogénicos) con un futuro prometedor, pero aún en estudio.

CONCLUSIONES

El ASRI de mama es una entidad con alta tasa de recidiva cuyo tratamiento de elección es la cirugía agresiva, muchas veces asociado a técnicas reconstructivas. Es importante incidir en el diagnóstico precoz y la búsqueda de nuevas terapias sistémicas dado el potencial aumento de incidencia tras cirugía de mama conservadora.

1. Patton KT, Deyrup AT, Weiss SW. Atypical vascular lesions after surgery and radiation of the breast: a clinicopathologic study of 32 cases analyzing histologic heterogeneity and association with angiosarcoma. *Am J Surg Pathol*. 2008 Jun;32(6):943-50. doi: 10.1097/pas.0b013e318159f8fe. PMID: 18521763.
2. M. Armengot-Carbó, M.J. Roca- Estellés, E. Quecedo-Estébanez, E. Gimeno-Carpio. Angiosarcoma cutáneo tras radioterapia por cáncer de mama. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:557-9.
3. Bonito FJP de Almeida Cerejeira D, Dahistadt-Ferreira C, Oliveira Coelho H, Rosas R. Radiation-induced angiosarcoma of the breast: A review. *Breast J*. 2020 Mar;26(3):458-463. doi: 10.1111/tbj.13504. Epub 2019 Aug 25. PMID: 31448482.
4. Billings SD, McKenney JK, Folpe AL, Hardacre MC, Weiss SW. Cutaneous angiosarcoma following breast-conserving surgery and radiation: an analysis of 27 cases. *Am J Surg Pathol*. 2004 Jun;28(6):781-8. doi: 10.1097/01.pas.0000126055.33916.0b. PMID: 15366670.
5. S.Senti | Farrarons, L. Blay Aullina, I. Pascual Miguel et al., Angiosarcoma radioinducido de mama, *Revista de Senología y Patología Mamaria*, <https://doi.org/10.1016/j.senol.2020.12.004>
6. Chóiz Ezquerro J, et al. Angiosarcoma radioinducido de mama. Una rara complicación de la cirugía conservadora. *Cir Esp*. 2021.Dhettstpsar-g/doi.paaagA/1n0o.n1y0m16a/ys.cUirserp(n.z/a0)2e1n.0Xsu.0ni1a0d



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

C. Varela Lamas; M. Freiria Eiras; N. de la Fuente; L. A. García Vallejo.

INNOVACIÓN EN LA RECONSTRUCCIÓN DEL PEZÓN MEDIANTE IMPLANTE DE POLIETILENO NUPPLE®. RESULTADOS DE NUESTRO ESTUDIO

Comunicaciones científicas póster

INNOVACIÓN EN LA RECONSTRUCCIÓN DE PEZÓN MEDIANTE IMPLANTE DE POLIETILENO NUPPLE®

Resultados de nuestro estudio



Varela Lamas, Cristina; Freiria Eiras, Miguel; de la Fuente Hernández, Noa; García Vallejo, Luis Alberto
Unidad de Patología Mamaria. Hospital HM Rosaleda. Santiago de Compostela



OBJETIVOS

Evaluar los cambios en la percepción de la imagen corporal, autoestima y calidad de vida de las pacientes mastectomizadas, antes y después de la reconstrucción de pezón con implante de polietileno Nupple®.

INTRODUCCIÓN

La creación del complejo areola-pezón (CAP) constituye el último paso en la reconstrucción mamaria, transformando un volumen mamario en una auténtica mama, y haciendo que la paciente sienta su mama reconstruida de forma completa, especialmente cuando está desnuda.

Actualmente, las diversas técnicas quirúrgicas para la reconstrucción del CAP mantienen la proyección por un cierto periodo de tiempo, pero la altura del pezón se aplana con el paso del tiempo.

Existen en la literatura diversos artículos que describen la disconformidad de las pacientes, en orden descendente, en relación a la proyección conseguida a largo plazo, color, la forma, tamaño, textura y posición.

Consideramos que mantener las características del pezón y mantener la proyección a largo plazo repercute en una mayor satisfacción de la paciente.

El presente proyecto pretende ofrecer una alternativa a las técnicas quirúrgicas actuales de reconstrucción del CAP.

Proponemos una técnica novedosa y altamente reproducible para mejorar los resultados estéticos a medio/largo plazo en la reconstrucción de pezón.

Se trata de un estudio observacional, con seguimiento prospectivo, en donde tras la reconstrucción del pezón mediante el implante Nupple®, en disposición subdérmica y posterior tatuaje de areola, se realizará una evaluación del impacto de dicha técnica sobre la satisfacción, calidad de vida, autoestima e imagen corporal de las pacientes.

IMPLANTE NUPPLE®



Material: Polietileno UHMWPE
Grado Médico ASTM F648 – ISO5834-2 2011
Proceso certificado ISO13485

MATERIAL Y MÉTODOS

Población de estudio: pacientes sometidas a reconstrucción de pezón mediante implante de polietileno Nupple®.

Variables a estudiar:

-Variables demográficas, características quirúrgicas, tratamientos adyuvantes

Cuestionarios:

-Escala de Imagen Corporal para pacientes con cáncer (BIS, Hopwood et al., 2001)

-Escala Autoestima de Rosenberg (RSE; Rosenberg, 1965)

-Escala de satisfacción y calidad de vida BREAST-Q® en su "Módulo Reconstrucción"

RESULTADOS



	PRE NUPPLE	POST NUPPLE	p
Escala Imagen Corporal	16,62	7,46	0,001
Escala autoestima Rosenberg	33,77	36,23	0,021
BREAST-Q calidad vida/satisfacción			
Satisfacción ámbito psicosocial	53,38	74,38	0,007
Satisfacción ámbito sexual	38,15	68,92	0,001
Satisfacción con sus mamas	56,69	73,38	0,002
Satisfacción con el tórax	21,69	28,15	0,040
Satisfacción con información	71,85	82,54	0,047
Satisfacción con implantes	5,31	5,85	0,316
Satisfacción con el cirujano	89,31	98,77	0,066
Satisfacción con el equipo médico	95,46	98,85	0,363

Total: 28 Implantes Nupple®

Procedencia: Centros Externos (Galicia, Barcelona, Palencia, Madrid)

Media edad : 48,44 años

Media IMC: 24,75

Reconstrucción inmediata: 77,77% (16,6% colgajo autógeno vs 83,4% prótesis)

6 pacientes con reconstrucción CAP previa

Los resultados obtenidos muestran una mejoría en resultado estético, evaluado mediante iconografía, así como mejoría en los resultados de los cuestionarios (estadísticamente significativos)

-Escala Imagen Corporal: 16,62 a 7,46 (a menor puntuación, mayor satisfacción, p 0,001)

-Escala Autoestima de Rosenberg : 33,77 a 36,23 (p 0,021)

-Escala de satisfacción y calidad de vida BREAST-Q® en su "Módulo Reconstrucción": resultados estadísticamente significativos en satisfacción psicosocial, sexual, mamas, tórax e información

CONCLUSIONES

Los resultados de nuestro estudio muestran que la novedosa técnica de reconstrucción de pezón mediante implante de polietileno Nupple® supone una mejoría en la calidad de vida, satisfacción y autoimagen corporal y un aumento de autoestima, con resultados estadísticamente significativos.

Dichos resultados son debidos al claro beneficio estético, y por supuesto al beneficio psicológico secundario.

Consideramos, por lo tanto, que la reconstrucción de pezón mediante implante Nupple® es una alternativa a las técnicas actuales de reconstrucción de pezón.

BIBLIOGRAFÍA: Jung Y, Lee J, Lee S, Bae Y. Immediate nipple reconstruction with a CVI flap and areolar reconstruction with an autograft of the ipsilateral areola. ANZ J Surg. 2016 Aug 22. doi: 10.1111/ans.13867. Bykowski MR, Emelife PI, Emelife NN, Chen W, Panetta NJ, de la Cruz C. Nipple-areola complex reconstruction improves psychosocial and sexual well-being in women treated for breast cancer. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2017 Feb; 70(2):209-214. doi: 10.1016/j.jpra.2016.10.009. Asplund O. Nipple and areola reconstruction: A study of 79 mastectomized women. Scand J Plast Reconstr Surg. 1983; 17(3):233-40. Wellisch, D, K, Schain, W, S., Noone, R, B., Little, J.W. The psychological contribution of nipple addition in breast reconstruction. Plast. Reconstr. Surg. 1987; 80: 699. Garg G, Thami GP. Micropigmentation: tattooing for medical purposes. Dermatol Surg. 2005 Aug;31(8 Pt 1):928-31. Hallock GG. Salvage by tattooing of areolar complications following breast reduction. Plast Reconstr Surg. 1993 Apr;91(5):942-5. Wellisch DR, Schain WS, Noone RB, Little JW III (1987) The psychological contribution of nipple addition in breast reconstruction. Plast Reconstr Surg 80:699-704