



Comunicaciones científicas vídeo

HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA ROBÓTICA CON ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y RESULTADOS INICIALES

Albert García Nalda; Anna Pallisera Lloveras; Laura Mora López; Anna Serracant Barrera;
Mariana Caraballo Angeli; Oriol Pino Pérez; Enrico Marrano; Xavier Serra Aracil. (*)

(*) Hospital Universitari Parc Tauli, Sabadell. Barcelona.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Presentar la técnica de anastomosis intracorpórea robótica en cirugía de colon izquierdo (ICAr) y sus resultados iniciales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realización de ICAr que se inicia con Pfaienstiel e introducción de anvil preparado. Anclaje del robot. Sección del segmento afecto. Colotomía e introducción de anvil en segmento proximal. Refuerzo y realización de anastomosis término-terminal. Comprobación aérea.

RESULTADOS: 25 pacientes consecutivos. Resultados variables en cuanto a edad, ASA, peso y también en cuanto a técnica realizada. La mayoría pacientes neoplásicos. Ausencia de fallo de sutura, no mortalidad. Estancia hospitalaria media de 3 días.

CONCLUSIONES: ICAr es una técnica segura, reproducible y con buenos resultados iniciales. Estudios prospectivos demostraran las ventajas de la técnica.2.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

28 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal". Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas vídeo

TaTME ROBÓTICO. ¿QUÉ VENTAJAS APORTA EL ABORDAJE ROBÓTICO?

Pablo Marcos Santos; Vicente Simó Fernández; Javier Sánchez González;
Ekta Choolani Bhojwani; Fernando Labarga Rodríguez; Fernando Acebes García;
Alejandro David Bueno Cañones; Sandra Veleda Belanche; David Pacheco Sánchez. (*)

(*) Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La combinación de un abordaje dual laparoscópico (abdominal y transanal) para la escisión total mesorrectal (TaTME) permite una mejor visualización del plano mesorrectal, un mayor índice de márgenes libres de resección y menor índice de fugas anastomóticas al evitarse el grapado durante la sección del recto. Desde que en 2009 Sylla et al. y Lacy et al. realizasen la primera intervención de este tipo, la técnica ha ganado popularidad a nivel mundial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el vídeo de un paciente intervenido de un tumor de tercio medio de recto recidivado tras TAMIS, donde se realizó de forma programada una resección TaTME con abordaje robótico en el tiempo abdominal. Paciente varón de 77 años con antecedentes personales de HTA y cirugía previa por adenocarcinoma de recto medio (T1N0M0) extirpado mediante TAMIS, sin precisar tratamiento adyuvante posterior. Durante el seguimiento, a los dos años de la intervención se visualiza mediante RMN una lesión endoluminal estenosante a nivel de recto medio, compatible con recidiva tumoral (T1-T2N0). Colonoscopia: lesión polipoide estenosante coincidiendo con cicatriz previa desde 15cm a 8 cm del margen anal, con biopsia de adenoma tubulo-velloso con displasia de alto grado. Ante los hallazgos se programa cirugía, realizando resección TaTME con abordaje abdominal laparoscópico asistido por robot, con reconstrucción del tránsito mediante anastomosis laterolateral mecánica circular. Tras la intervención la evolución fue favorable, con buena tolerancia oral y con reinstauración del tránsito intestinal, siendo dado de alta a su domicilio al quinto día postoperatorio.

CONCLUSIONES: Durante la última década el tratamiento quirúrgico de las neoplasias de tercio medio e inferior de recto ha evolucionado. La estandarización de la cirugía transanal y el desarrollo de la cirugía robótica han aparecido como alternativas para mejorar los resultados de la cirugía rectal. La combinación de un abordaje laparoscópico robótico y transanal ofrece las ventajas de una disección más precisa en la pelvis, además de aportar una visión tridimensional de alta definición y la utilización de instrumentos con un mayor rango de movimientos. En este vídeo queremos resaltar la facilidad que ofrece el abordaje robótico transabdominal a la hora de realizar la disección del muñón rectal, previamente a la confección de la anastomosis.



Comunicaciones científicas vídeo

LINFADENECTOMÍA AORTO-ILÍACA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE COLON IZQUIERDO Y RECTO

Lara Pérez Corbal; Julio Ballinas Miranda; Leire Otalora Mazuela; Iván Cordovés Weiler; Miguel Lladro Esteve; David Castrodá Copa; Alberto Parajó Calvo. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Introducción: Las metástasis en los ganglios linfáticos paraaórticos son un patrón de metástasis a distancia de cáncer colorrectal poco frecuente, con una incidencia de menos del 1.3% y definido como estadio IV según la clasificación TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos dos casos clínicos en los cuales se realiza una linfadenectomía extendida laparoscópica.

RESULTADOS: El primero es una mujer de 51 años diagnosticada de adenocarcinoma de colon descendente cT3N0. Intraoperatoriamente, se identifican varias adenopatías de aspecto patológico por lo que se realiza linfadenectomía aorto-cava-ilíaca identificándose 14 ganglios positivos en la pieza. El segundo caso, otra mujer de 51 años con diagnóstico de adenocarcinoma de recto bajo con adenopatías sospechosas previa quimio-radioterapia. Se realiza linfadenectomía tras inyección de verde de indocianina peritumoral submucoso. La inmunofluorescencia permite un mapeo linfático que guía la resección, realizando finalmente, una linfadenectomía pre y paraaórtica. En este caso, el estudio anatomopatológico de la linfadenectomía fue negativa para malignidad.

CONCLUSIONES: La linfadenectomía aorto-ilíaca en cáncer colorrectal no está establecida como tratamiento estándar. Sin embargo, varios estudios han demostrado que la resección radical en combinación con protocolos de quimioterapia perioperatoria ha aumentado la supervivencia de los pacientes con metástasis ganglionares a distancia. Por ello, la linfadenectomía extendida a día de hoy, debe ser una técnica a realizar en casos seleccionados. Aquellos centros que dispongan de tecnología ICG, la aplicación de la misma para el mapeo linfático puede servir de ayuda para guiar la linfadenectomía.



Comunicaciones científicas vídeo

MOVILIZACIÓN LAPAROSCÓPICA DE ÁNGULO ESPLÉNICO EN DECÚBITO LATERAL

Ruth López González; Ana Centeno; Helena Gómez; Sergi Mompert; Josep María Mullerat; Luis Ignacio Ortiz de Zárate; Lorenzo Viso; Jordi Castellví. (*)

(*) Consorci Sanitari Integral. Sant Joan Despí. Barcelona.

RESUMEN:

OBJETIVOS: La movilización del ángulo esplénico del colon es considerada una maniobra compleja por su difícil acceso y relación con otros órganos. El objetivo de este vídeo es mostrar una variación de la técnica habitual colocando el paciente en decúbito lateral derecho. Esta posición permite una movilización por gravedad del resto de las estructuras con una mejor visión del ángulo esplénico del colon y posible simplificación de la técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se coloca un trócar óptico supraumbilical, un trócar 5mm en fosa ilíaca izquierda y otro 4 cm superior a este. La cirugía se inicia disecando el colon izquierdo proximalmente a lo largo de la fascia de Told, liberándolo de la pared lateral del abdomen y de la fascia de Gerota hasta el ángulo esplénico. Mantener el paciente en decúbito lateral permite que el colon descienda con una visión directa de los ligamentos renocólicos, esplenocólico y frenocólicos a nivel de la flexura esplénica. Esto permite una liberación segura del bazo y cola del páncreas.

Posteriormente, se secciona el ligamento gastrocólico para entrar en la transcavidad y poder proceder a la decolcación hasta los vasos cólicos medios. Finalmente, el paciente se coloca en decúbito prono y se prosigue con la técnica habitual.

RESULTADOS: En nuestra experiencia de 8 casos, no hemos observado diferencias en el tiempo quirúrgico respecto la técnica habitual. En decúbito lateral la movilización del ángulo esplénico es más rápida y segura, y compensa el tiempo que puedas tardar en recolocar el paciente a decúbito prono. No hemos observado diferencias en cuanto dehiscencias anastomóticas, número de ganglios obtenidos, pérdidas hemáticas, morbilidad postoperatoria, dolor postoperatorio ni estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES: Colocar el paciente en decúbito lateral permite un descenso del ángulo esplénico más seguro, rápido y sencillo, sin complicaciones derivadas de la técnica o el cambio de posición, y sin alargamiento del tiempo quirúrgico en nuestra experiencia.



Comunicaciones científicas vídeo

SIGMOIDECTOMÍA VÍA MCBURNEY IZQUIERDO. TRATAMIENTO DEL VÓLVULO DE SIGMA RECIDIVANTE EN PACIENTES QUIRÚRGICOS COMPLEJOS

Ángela Arrayas Valverde; Ana Centeno Álvarez; Nuria Farreras Catasús;
Verónica González Santín; Andrea de Miguel Pérez; Andrea Sanz Llorente;
Ruth López González; Jordi Castellví Valls. (*)

(*) Consorci Sanitari Integral. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

RESUMEN:

OBJETIVOS: El tratamiento óptimo del vólvulo de sigma recidivante en pacientes pluripatológicos de edad avanzada está todavía en discusión. La opción quirúrgica es la más resolutive pero también la más agresiva. El objetivo de nuestro trabajo es presentar un abordaje mínimamente invasivo para el tratamiento de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una paciente mujer de edad avanzada y pluripatológica en la que se decide sigmoidectomía para el tratamiento de vólvulos de sigma recidivantes. Se presenta una serie corta de 5 pacientes en los que se lleva a cabo sigmoidectomías vía laparotomía transversa económica en fosa ilíaca izquierda.

RESULTADOS: El vídeo muestra el procedimiento para la realización de una sigmoidectomía vía incisión tipo McBurney izquierdo, que fue llevada a cabo sin dificultad y con buenos resultados. Nuestra serie muestra buenos resultados con la técnica, con posibilidad de realización de la cirugía bajo anestesia raquídea en dos ocasiones, y con posibilidad de anastomosis en 3 de ellos. La estancia media de 4.6 días y no se reportaron complicaciones de ningún tipo. Todos los pacientes presentaron satisfacción y buena calidad de vida en controles posteriores.

CONCLUSIONES: La sigmoidectomía es una opción resolutive en el vólvulo de sigma recidivante, y la técnica que presentamos es una opción técnica sencilla y fácilmente aplicable en pacientes quirúrgicos complejos, con seguridad y buenos resultados a corto y largo plazo.



Comunicaciones científicas vídeo

CIRUGÍA URGENTE DE COLON: PERFORACIÓN ILEAL POR CUERPO EXTRAÑO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LA APENDICITIS AGUDA

Carla Morales Tugues; Ana Navarro Barles; Félix Moreno Fernández;
María Alejandra García Durán; Guillermo Renau González; María Luisa Piñana Campón;
Joan Baptista Comes Vaello; Santiago Blanco Blasco; Antonio Sánchez Marín. (*)

(*) Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Como ya sabemos, el diagnóstico de la apendicitis aguda, es principalmente clínico; en aquellos casos en los que se presenta una duda razonable se puede utilizar pruebas de imagen como la ecografía y la TC. El diagnóstico diferencial se plantea sobre todo con patología quirúrgica típica en el abdomen agudo (colecistitis aguda, úlcera gástrica perforada, pancreatitis, diverticulitis de Meckel...), ginecológica (torsión ovárica, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico...), urológica (cólico renal, sobre todo) y médica (ileitis terminal o gastroenteritis, por ejemplo). Hoy os presentamos otro diagnóstico diferencial muy infrecuente en forma de caso clínico que se nos ha presentado recientemente en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un paciente de 43 años que acude a urgencias por dolor abdominal de 24h de evolución en fosa ilíaca derecha, analítica con reactantes de fase aguda alterados y ecografía compatible con apendicitis aguda. Se indica la cirugía y se realiza laparoscopia exploradora y se evidencia una perforación por cuerpo extraño (palillo) en íleon distal y apéndice de características normales. Se realiza extracción del cuerpo extraño, revisión y sutura por vía laparoscópica. Es dado de alta al 3º día postoperatorio sin complicaciones.

RESULTADO Y CONCLUSIONES: Como conclusiones finales, reforzamos la importancia de un buen diagnóstico diferencial y lo extenso que puede llegar a ser en esta y en otras muchas entidades. Y respaldamos más aún el uso de la laparoscopia exploradora frente al abordaje abierto (incisión de McBurney en este caso) por su flexibilidad y las múltiples opciones diagnósticas y terapéuticas que nos ofrece.



Comunicaciones científicas vídeo

ANOPLASTIA CON COLGAJO “V-Y” EN ESTENOSIS ANAL TRAS HEMORROIDECTOMÍA

Mahur Esmaili Ramos; Teresa Calderón Duque; Pilar del Rosario Cruz Romero;
Javier Broekhuizen Benítez; Esther María Cano Pecharromás; Leticia Martín Paniagua;
M^a Inmaculada Mesa Ruiz; Tomás Balsa Marín; Mónica García Aparicio. (*)

(*) Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La estenosis anal es una patología poco frecuente, pero con una gran repercusión en la vida diaria de quienes la padecen. Consiste en una fibrosis anómala del revestimiento epitelial anal, que lleva a una pérdida de elasticidad, con la consiguiente alteración de la función defecatoria normal. Etiológicamente podemos clasificar las causas de estenosis anal en congénitas o adquiridas. Dentro de las congénitas la existencia de una hipertonia del esfínter anal interno (EAI) es la causa principal. Existen diversas causas adquiridas, siendo las más frecuentes las postraumáticas, tras radioterapia localizada, enfermedades neoplásicas o inflamatorias intestinales y iatrogénicas. Entre éstas últimas, encontramos las estenosis tras cirugías proctológicas, como la hemorroidectomía. La clínica típica consiste en intenso dolor, dificultad para la defecación con sensación de tenesmo y sangrado. El diagnóstico se puede realizar con una correcta anamnesis y exploración física adecuada. El tratamiento abarca diversas estrategias tanto médicas como quirúrgicas en función de la gravedad de la estenosis (leve, moderada o severa) según la clasificación de Milsom y Mazier. Para los casos más severos o aquellos refractarios al manejo conservador, existen numerosas estrategias quirúrgicas, aunque no hay un consenso sobre cuál es la técnica de elección. Mostrar el resultado obtenido tras realizar una plastia anal con colgajo “V-Y” en la reparación de una estenosis anal moderada-severa tras hemorroidectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una paciente de 53 años sin antecedentes de interés salvo haber sido intervenida de hemorroides hace 15 años, realizándose hemorroidectomía según la técnica de Milligan-Morgan. Posteriormente desarrolla proctalgiya en relación con una fisura anal posterior que no responde adecuadamente al tratamiento, sangrado esporádico y dificultad para la deposición. La exploración física deja de manifiesto una estenosis moderada franca en todo el borde mucocutáneo que incluso impide realizar un tacto rectal. Con este diagnóstico se indica cirugía, realizándose una plastia con colgajo “V-Y” sin complicaciones intra ni postoperatorias y con buena evolución.

CONCLUSIONES: La estenosis anal severa es una entidad de muy baja incidencia. En ciertos casos está indicada su reparación con técnicas quirúrgicas sencillas que ofrecen muy buenos resultados.



Comunicaciones científicas vídeo

VÍDEO DEMOSTRATIVO DE LA UTILIDAD DE LA RECONSTRUCCIÓN 3D PARA LA ESTRATEGIA QUIRÚRGICA EN FÍSTULAS COMPLEJAS POR ENFERMEDAD DE CROHN

Sebastián Jeri-McFarlane; Álvaro García-Granero; Aina Ochogavía Seguí; Anaí Oseira Reigosa; Gemma Gutiérrez Cañadas; Alejandro Gil Catalán; Daniel Ginard Vicens; Margarita Gamundi Cuesta; Francesc Xavier González Argente. (*)

(*) Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Las claves en el tratamiento quirúrgico de las fístulas perianales complejas por enfermedad de Crohn son; el drenaje completo de las colecciones, la localización de los posibles orificios fistulosos internos y la tutorización tanto de los trayectos primarios como secundarios. El 80% de las fístulas en la enfermedad de Crohn son consideradas como complejas y el 20% de los pacientes precisan más de dos intervenciones para conseguir estos objetivos. La ecografía endoanal y la resonancia magnética (RM) son las técnicas de elección preoperatorias. Sin embargo, las dos técnicas presentan una especificidad del 80% para detectar los trayectos fistulosos principales y los orificios fistulosos internos (OFI). El objetivo del presente video es mostrar la utilidad de un modelo matemático de reconstrucción 3D (MM3D) para la estrategia quirúrgica en la EPEC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se muestran tres casos de EPEC con fístulas complejas. En los tres casos se realizó estudio preoperatorio con RM y MM3D como estrategia quirúrgica. Los hallazgos intraoperatorios evaluaron la validez de la MM3D como método de estrategia quirúrgica. Primer caso: 14 años. Primer diagnóstico de EPEC. Segundo caso: 23 años. EPEC diagnosticado en noviembre de 2019. Intervenida en cuatro ocasiones previamente sin drenaje completo de colecciones. Tercer caso: 31 años. EPEC diagnosticado en marzo 2019. Intervenida en 4 ocasiones previamente sin drenaje completo de colecciones.

RESULTADOS: Primer caso: En RM muestra una posible fístula transesfintérica anterior y dos colecciones, una próxima a la uretra y otra supraelevadora. MM3D muestra OFI anterior izquierdo. Desde mismo OFI dos trayectos transesfintéricos. Dos colecciones, una en periné anterior y otra supraelevadora izquierda. Durante la cirugía se identifica OFI en zona localizada por MM3D, se tutorizan los dos trayectos descritos y se consigue acceder y drenar las dos colecciones descritas. La RM de control muestra resolución de las dos colecciones. Segundo



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia

SOCIGA

caso: En RM muestra dos posibles fistulas transesfintéricas y colección posterior. MM3D muestra fístula extraesfintérica izquierda con trayecto secundario posterior. Estos dos trayectos muestran colección. Intraoperatoriamente se tutorizó fístula extraesfintérica descrita y trayecto secundario descrito y se drenaron ambas colecciones. Tercer caso: En RM muestra fístula transesfintérica posterior con tres trayectos diferentes. MM3D muestra OFI posterior desde donde se originan tres fístulas transesfintéricas (posterior, izquierda y derecha) y dos colecciones (extraesfintérica izquierda y supraelevadora extraesfintérica derecha. Intraoperatoriamente se tutorizaron las tres fístulas desde mismo OFI posterior y se drenaron las dos colecciones descritas en MM3D.

CONCLUSIONES: Un método matemático de reconstrucción 3D puede ser útil para la estrategia quirúrgica en pacientes con enfermedad perianal por enfermedad de Crohn. Para así disminuir el número de intervenciones necesarias para drenar completamente las colecciones sépticas y localización de los posibles orificios fistulosos internos y trayectos fistulosos.



Comunicaciones científicas vídeo

PLANIFICACIÓN 3D Y MANEJO LAPAROSCÓPICO DE SUPURACIÓN PERIANAL CRÓNICA SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO TRAS EMPALAMIENTO PERIANAL

Carlos Javier Gómez Díaz; Francisco Javier Curto López; Cristina Soto Montesinos; Alexander Leonel Osorio Ramos; Sheila Serra Pla; Meritxell Labró Ciurans; Ángel Puig Serra; Bartomeu Ayala Márquez; Pablo Collera Ormazábal. (*)

(*) Fundació Althaia. Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Barcelona.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Los traumatismos por empalamiento perineal / perianal pueden ocasionar cuadros clínicos de diversa variedad y gravedad, uno de ellos es la supuración crónica perianal. Presentamos un caso clínico de supuración perianal crónica por persistencia de cuerpo extraño tras empalamiento perianal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hombre de 60 años, con antecedentes de Diabetes mellitus y dislipemia, que presentó un empalamiento perianal derecho accidental (caída sentado sobre hierro de construcción), tras lo cual acudió a centro hospitalario donde le realizaron cura local y colocación de drenaje penrose. 2 semanas después, acudió a urgencias por aumento del dolor en la herida, proctalgia e incontinencia fecal. Una tomografía computarizada (TC) evidenció absceso en fosa isquio-anal derecha (32 x 77mm). Se procedió a exploración bajo anestesia, ampliación de herida perianal accediendo a cavidad isquio-anal profunda, con salida de material purulento, lavados con suero fisiológico y drenaje penrose. Posteriormente, durante el ingreso se descartó la existencia de lesión rectal mediante rectoscopia rígida, y se continuó con curas y antibióticos. Tras la mejoría clínica, el paciente fue dado de alta para continuar curas y seguimiento ambulatorio. Sin embargo, a pesar de curas y tratamiento antibiótico, el paciente continuó con supuración a través de orificio fistuloso perianal derecho, por lo que se amplió estudio: (1) Colonoscopia y Cistoscopia: Sin alteraciones. (2) TC abdomen con fistulografía y Reconstrucción 3D: Colección pélvica entre recto y vejiga urinaria de 32 x 22 x 36 mm, que continuaba por un trayecto fistuloso de 7mm de grosor hasta región pararectal / perianal derecha, sin evidenciar presencia de contraste en vejiga ni en recto. 6 meses después del accidente, se procedió a nueva intervención quirúrgica mediante abordaje combinado: laparoscopia + desbridamiento perianal:

- Mediante laparoscopia se evidenció aplastramiento de recto alto sobre pared vesical posterior, tras la apertura del peritoneo anterior a dicho aplastramiento accedimos a



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia

SOCIGA

colección pélvica extraperitoneal entre recto y vejiga urinaria, descrita en TC preoperatorio, que contenía un “trozo de pantalón vaquero” en su interior, después de retirar el cuerpo extraño se procedió a lavado de cavidad residual y colocación de drenaje Jackson Pratt.

- Por vía perianal se realizó fistulectomía del trayecto fistuloso extraesfinteriano.
- Finalmente, se comprobó indemnidad de pared rectal mediante sigmoidoscopia flexible intraoperatoria.

Curso postoperatorio sin incidencias, siendo alta al 3er día postoperatorio. El paciente presentó desaparición de la supuración, resolución de la incontinencia fecal y cierre progresivo de la herida perianal hasta epitelización completa de la misma a los 2 meses de la intervención quirúrgica. No hay evidencia de recidiva a 8 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES: La persistencia de supuración crónica después de herida perianal accidental, y tras descartar la comunicación o lesión visceral, nos debería hacer sospechar la presencia de un cuerpo extraño residual como causante del cuadro clínico.



Comunicaciones científicas vídeo

TERAPIA FOTODINÁMICA INTRALESIONAL EN ENFERMEDAD DE PAGET PERIANAL

Saray Quinto Llopis; Cristina Lillo García; Francisco López Rodríguez-Arias;
Verónica Aranaz Ostáriz; Clara López de Lerma Martínez de Carneros; Álvaro Soler Silva;
Inmaculada Oller Navarro; Luis Sánchez Guillén; Antonio Arroyo Sebastián. (*)

(*) Hospital General Universitario de Elche.

RESUMEN:

La enfermedad de Paget perianal es una enfermedad infrecuente, suponiendo menos del 1% de las enfermedades anales y un 6,5% de todos los casos de Enfermedad de Paget Extramamaria. Es considerada una displasia intraepitelial de alto grado y presenta alta tasa de recurrencia. Generalmente, su evolución es lenta e insidiosa siendo necesario un estudio anatomopatológico para su diagnóstico¹.

Existen controversias sobre el tratamiento óptimo de esta enfermedad, recomendándose escisión local amplia con reconstrucción en casos de enfermedad no invasiva aunque con recurrencias de hasta el 60% y sumado a la morbilidad o los defectos funcionales y estéticos que las resecciones pueden plantear. Por este motivo, en algunos casos se opta por otras modalidades de tratamientos como la radioterapia, el láser de dióxido de carbono y neodimio (YAG), el 5-fluoracilo, etc²⁻⁴.

La terapia fotodinámica es una forma moderna de terapia no invasiva, usada en el tratamiento de diversas enfermedades. Consiste en la aplicación de una sustancia fotosensibilizante (generalmente ácido aminolevulínico-ALA) de forma local o sistémica, que es captada por el tejido patológico, destruyendo selectivamente las células patogénicas y preservando las células sanas^{5,6}. Aunque la terapia fotodinámica no se recomiendan como tratamiento estándar en la enfermedad de Paget perianal, parece que algunos autores la han utilizado con éxito, obteniendo tasas de respuesta completa sobre el 60% y en casos recurrentes o invasivos de hasta 53 y 60% respectivamente⁷⁻¹⁰.

En el siguiente vídeo mostramos esta técnica novedosa como tratamiento de rescate en un caso de enfermedad de Paget perianal recidivada.



Comunicaciones científicas vídeo

ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA DEL SINUS PILONIDAL

María Savoie Hontoria; Eduardo Pérez-Sánchez; Luisa Elena Gamba Michel;
Ana Isabel Soto Sánchez; Moisés Hernández Barroso; Nélida Díaz Jiménez;
Guillermo Hernández Hernández; Manuel Ángel Barrera Gómez. (*)

(*) Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Sta. Cruz de Tenerife.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El sinus pilonidal es una condición que afecta fundamentalmente a varones jóvenes. Supone el 15 % de las enfermedades supurativas perianales, y condiciona una alta morbilidad, así como un deterioro importante en la calidad de vida de los pacientes. La elección del tratamiento más adecuado es compleja y abarca desde tratamientos conservadores con alta tasa de recidivas, hasta cirugías complejas con resultados estéticos poco satisfactorios. El objetivo de esta comunicación es presentar la radiofrecuencia como técnica mínimamente invasiva en el tratamiento del sinus pilonidal.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente varón de 40 años que presenta sinus pilonidal con 3 orificios externos, que se propone para tratamiento por radiofrecuencia. En régimen de CMA, el paciente es intervenido en posición de "navaja sevillana". Previo al inicio de la radiofrecuencia, se resecan los orificios externos, se localizan y tutorizan con estilete los trayectos subcutáneos, se instila agua oxigenada diluida y se realiza legrado riguroso de los mismos. Para conseguir la obliteración completa de los trayectos, se emplea la ablación con radiofrecuencia. En nuestro caso utilizamos una sonda Fistura de 8 Fch, aplicando pulsos de 25 w y movilizand la sonda cada 5mm. El procedimiento se repitió hasta 3 veces empleando un total de 1500 J.

RESULTADOS: El paciente fue dado de alta en el mismo día postoperatorio sin incidencias, presentando buen control del dolor (EVA máximo 3/10) y reinicio de la actividad laboral a los 3 días. Posteriormente se realizaron curas diarias ambulatorias en la primera semana y revisiones semanales en consultas de cirugía. La completa cicatrización y cierre de los orificios se logró a los 2 meses de la cirugía.

CONCLUSIÓN: La radiofrecuencia, es una alternativa innovadora, mínimamente invasiva en el tratamiento del sinus pilonidal crónico. En nuestro caso el paciente ha presentado buenos resultados estéticos y una pronta recuperación e incorporación a sus actividades cotidianas.



Comunicaciones científicas vídeo

RESERVORIO ILEOANAL EN J

Miriam Tellaech de la Iglesia; Lara Fernández Cepedal; Elena Aranda Escaño;
Ricardo Nóvoa Martínez; Jorge Cervera Aldama; José María García González. (*)

(*) Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso de una mujer de 55 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con hipertensión arterial y con antecedentes quirúrgicos de colectomía subtotal laparoscópica con ileostomía terminal por colitis ulcerosa en Julio 2020. Durante el seguimiento en consultas presenta unas 7 deposiciones, 2-3 nocturnas; con buena continencia; asociando expulsión de moco diaria por ano, sin rectorragia. Se realiza rectoscopia con hallazgo de mucosa con pérdida de patrón vascular con friabilidad mucosa al paso del endoscopio objetivándose también ulceraciones exudativas. Se toman biopsias con anatomía patológica con cambios histológicos compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal tipo colitis ulcerosa. Se presenta en Comité de Enfermedad Inflamatoria y se decide intervención quirúrgica para realización de reservorio ileoanal en J por vía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se accede por vía laparoscópica para localizar el muñón rectal. Comenzamos disecando las posibles adherencias que se hayan formado. La disección de la cara posterior del recto se realiza de manera intramesorrectal para evitar la lesión de los nervios. Continuamos con la disección de las caras laterales y la cara anterior, hasta llegar al plano de los supraelevadores. Se realiza tacto vaginal y rectal para comprobar la integridad de las paredes y se procede a la sección del recto con una endograpadora. Posteriormente procedemos a la confección del reservorio ileoanal a través del orificio de la ileostomía previa. Medimos 30 cm de íleon, para realizar un reservorio de unos 15 cm. A través de una enterotomía introducimos las 3 cargas sucesivas de la endograpadora. Comprobamos la estanqueidad introduciendo suero fisiológico con Betadine a través de una sonda de Foley. Después realizamos una bolsa de tabaco en la enterotomía para introducir el cabezal de la pistola circular con la que vamos a confeccionar la anastomosis. Dejamos referenciado el segmento de íleon que posteriormente vamos a exteriorizar para realizar la ileostomía lateral. Volvemos a realizar laparoscopia para realizar la anastomosis, asegurándonos de que el reservorio baja de forma correcta para evitar la torsión del meso y posible isquemia. Se comprueba la estanqueidad de la anastomosis y se coloca drenaje. La evolución de la paciente fue satisfactoria, siendo dada de alta al 10º día postoperatorio. La anatomía patológica definitiva fue de proctitis ulcerosa. La paciente se sometió a nueva intervención dos meses tras esta cirugía para el cierre de la ileostomía lateral. Actualmente se encuentra realizando unas 5 deposiciones diarias, alguna ocasional nocturna, siendo continente.



Comunicaciones científicas vídeo

INVAGINACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO JOVEN

Álvaro Gancedo Quintana; Carlos Cerdán Santacruz; Francisco Eduardo Viamontes Ugalde; Lara Blanco Terés; Livia Delgado Búrdalo; Javier García Septiem; Elena Martín Pérez. (*)

(*) Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en la población pediátrica, sin embargo, la prevalencia de esta patología en pacientes en edad adulta es excepcional. El manejo en adultos sigue siendo controvertido dada la mala calidad de la evidencia al respecto. En torno al 65% de las invaginaciones intestinales en adultos son debidas a procesos neoplásicos.

CASO CLÍNICO: paciente de 37 años acude a urgencias por dolor abdominal difuso, intolerancia oral y vómitos de repetición durante las últimas 48 horas. Asocia discreta pérdida de apetito, diarrea sin productos patológicos y sensación subjetiva de pérdida de peso. En la exploración física tiene un abdomen blando, depresible, doloroso de forma difusa, sin signos de irritación peritoneal y una masa palpable en fosa iliaca derecha. Como única alteración analítica presenta una anemia normocítica. Se solicitó una radiografía de abdomen simple, sin alteraciones relevantes, y un TC abdominal con contraste oral que reveló la presencia de una invaginación íleocecal hasta ángulo hepático del colon, sin patrón obstructivo a nivel del resto de intestino delgado y sin poder aclarar la causa de la invaginación. Dada la estabilidad clínica de la paciente, se decidió ingreso e intervención quirúrgica programada preferente 72 horas después, mediante abordaje laparoscópico. Durante la intervención no se observaron signos de sufrimiento intestinal y se decidió reducir la intususcepción para esclarecer su causa. Tras reducir la invaginación, con sospecha de neoplasia de ciego, se procedió a una hemicolectomía derecha laparoscópica con exéresis completa del mesocolon y anastomosis ileocólica laterolateral mecánica intracorpórea. La paciente evolucionó de forma favorable y fue dada de alta al quinto día postoperatorio sin incidencias. La anatomía patológica definitiva confirmó la sospecha intraoperatoria: adenocarcinoma de colon pT2N1aMx (1/49 ganglios aislados), estadio IIIa. Actualmente la paciente se encuentra asintomática tras tratamiento quimioterápico adyuvante.

DISCUSIÓN: El manejo de estos pacientes ha cambiado durante el tiempo, pese a la escasa evidencia que existe en algunos de los aspectos más importantes del mismo. En caso de presentarse como una obstrucción intestinal, el manejo es quirúrgico de inicio. Existe controversia en cuanto al tipo de abordaje propuesto y la reducción o no de la invaginación. El abordaje laparoscópico es el abordaje ideal, siempre que se disponga de un cirujano experimentado y que las condiciones del paciente lo permitan. La reducción o no de la invaginación también ha sido un aspecto discutido, siendo en los textos clásicos una maniobra proscrita, pese a no haber una evidencia científica clara. Esta maniobra es cada vez más aceptada para tratar de establecer la posible causa de la invaginación y ofrecer el tratamiento más adecuado según la sospecha clínica, siempre que se realice de forma segura.



Comunicaciones científicas vídeo

ABORDAJE COMBINADO LAPAROSCÓPICO Y PARASACRO PARA TUMORES RETRORRECTALES

Lara Pérez Corbal; Jaime Seoane Antelo; Julio Ballinas Miranda; Iván Cordovés Weiler; Miguel Lladró Esteve; Leire Otalora Mazuela; David Castrodá Copa; Alberto Parajó Calvo. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los tumores que se desarrollan en el espacio presacro son raros y representan un desafío diagnóstico y terapéutico. Existen diferentes vías de abordaje en función del tamaño y localización del tumor.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un caso complejo en el que se realiza la exéresis de una lesión grande presacra por vía combinada.

RESULTADOS: Se trata de una mujer de 61 años sin antecedentes de interés a la que se le diagnostica una lesión asintomática retrorrectal de forma incidental durante el estudio por microhematuria. Presenta una lesión grande de 8.3x8.2cm presacra con borde superior entre S2-S3 que presenta una extensión lateral hacia glúteo izquierdo, contactando con cara anterior de sacro, fibras posteriores de elevador de ano y mesorrecto posterior derecho. Se decide realizar un abordaje combinado; abdominal por vía laparoscópica y posterior mediante incisión parasacra. Se realiza la exéresis completa de la lesión sin apertura de la misma. La anatomía patológica resultó un ganglioneuroma, lesión de características benignas. El postoperatorio cursó sin incidencias y a día de hoy no presenta secuelas.

CONCLUSIONES: Los tumores presacros deben ser intervenidos, incluso si son asintomáticos, por el potencial riesgo de malignización. Para su tratamiento, se recomienda manejo por un equipo experto. Durante su exéresis debemos tener especial cuidado en no fragmentar las lesiones, especialmente las lesiones polilobuladas, ya que ello aumenta el riesgo de recidiva local.



Comunicaciones científicas vídeo

TUMORACIÓN PARARRECTAL INFRECUENTE

Cristian Varela Ferro ⁽¹⁾; Inma Medina López ⁽¹⁾; Casandra Arias Carrasco ⁽²⁾;
Eva Iglesias Porto ⁽¹⁾; José Francisco Noguera Aguilar ⁽³⁾; Manuel Fuentes Sorribas ⁽¹⁾.

(*) Hospital Comarcal de Monforte, CGAD. (2) Hospital de Barbanza, CGAD. (3); Complejo Hospitalari Universitario de A Coruña CGAD.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Los paragangliomas o feocromocitomas extraadrenales son tumores infrecuentes, derivados de las células cromafines. Con este trabajo presentamos nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de un caso de paraganglioma pararectal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 41 años a estudio en consultas externas de Medicina Interna por cuadro constitucional de aproximadamente un año de evolución, con astenia progresiva y pérdida ponderal de 40 kg. Se realiza un TC tóraco-abdomino-pélvico en el que se objetiva un nódulo denso e 21x23mm a nivel del elevador del ano, sin otras alteraciones reseñables. Se completó el estudio con una colonoscopia en la que no se observaron alteraciones y una RMN pélvica en la que se objetiva la misma lesión que en el espacio pararectal derecho, en contacto con el musculo elevador del ano, sugestiva de paraganglioma. Ante la sospecha diagnóstica se realizó un análisis de metanefrinas en orina, confirmándose elevación de secreción de noradrenalina y 3-metoxinoradrenalina, por lo que se comenta de nuevo con Medicina Interna para iniciar tratamiento con alfa y beta-bloqueantes de cara a la intervención quirúrgica.

RESULTADOS: Se decidió ingreso tres días antes de la intervención quirúrgica para asegurar buena adherencia al tratamiento. Bajo anestesia general, en posición de navaja con las piernas abiertas, se realizó exéresis de la tumoración mediante acceso pararectal. El tiempo de la intervención fue de aproximadamente 60 minutos. Con la manipulación de la lesión, durante la intervención quirúrgica, presentó crisis hipertensivas controladas por anestesia, que cedieron tras la exéresis completa. Tras la intervención se mantuvo 24 horas en reanimación para vigilancia por presentar hipotensión postoperatoria que requirió dosis bajas de noradrenalina, pudiéndose suspender en las primeras horas con buena evolución clínica, por lo que se decidió alta a planta de hospitalización. La paciente fue dada de alta al segundo día sin dolor, con buena tolerancia oral, presentando tránsito y sin referir alteraciones de la continencia. El estudio anatomopatológico de la lesión confirmó el diagnóstico de paraganglioma benigno con un Ki67 inferior al 1%. Se realizó un nuevo estudio de metanefrinas en orina confirmándose la normalización de las mismas. Actualmente pendiente de una RMN pélvica de control.

CONCLUSIONES: Con la exposición de este vídeo pretendemos presentar el manejo y el tratamiento quirúrgico de una lesión rara en un espacio quirúrgico poco frecuente, con un tiempo quirúrgico aceptable y con una buena evolución postoperatoria y sin complicaciones.



Comunicaciones científicas vídeo

HERNIA PERINEAL SECUNDARIA A AAP. ABORDAJE PERINEAL

M^ª Ignacia Torres García; Olga Maseda Díaz; Paula Montoto Santomé;
Inmaculada Monjero Ares; Manuel Muínelo Lorenzo; Marta Martínez Míguez;
Laura Ramírez Ruiz; José Conde Vales. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La hernia perineal secundaria constituye un defecto del suelo pélvico originado tras cirugía, principalmente tras amputación abdomino-perineal. Su incidencia es baja, siendo mayor en mujeres, en los pacientes que han recibido radioterapia neoadyuvante y tras infección de la herida perineal. La reparación quirúrgica se reserva a aquellos pacientes que presentan síntomas, puede realizarse tanto por vía abdominal abierta o laparoscópica como por abordaje perineal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente de 63 años diagnosticado en 2015 de neoplasia de recto inferior estadio IV por enf metastásica a nivel hepático. Tras tratamiento de inducción se realiza cirugía hepática y posteriormente, tras quimio y radioterapia se indica amputación abdomino-perineal en diciembre de 2015. Durante el seguimiento, en julio de 2017 se detecta recidiva ganglionar mediastínica y pulmonar. En este momento presenta hernia perineal asintomática. Posteriormente presenta progresión de la enfermedad también a nivel hepático y óseo. Desde septiembre de 2019 la hernia se hace progresivamente sintomática condicionando muy mala calidad de vida, por lo que finalmente se decide intervención quirúrgica realizándose reparación con malla por vía perineal en mayo de 2021.

RESULTADOS: Presentamos en video la reparación quirúrgica de este paciente por vía perineal haciendo hincapié tanto en las referencias anatómicas de este tipo de abordaje como en los aspectos técnicos.

CONCLUSIONES: No existe evidencia clara respecto al mejor abordaje para este tipo de defectos. La elección de la técnica ha de individualizarse en función de las condiciones del paciente y la necesidad o no de realizar otros procedimientos abdominales en el mismo acto quirúrgico.



Comunicaciones científicas vídeo

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL PROLAPSO RECTAL. RECTOCOLPOSACROPEXIA VENTRAL CON MALLA EN Y INVERTIDA

José María García González; Jorge Cervera Aldama; Arkaitz Perfecto Valero;
Elena Aranda Escaño; Miriam Tellaetxe de la Iglesia; Paula Rubio Cerdeiro;
Juan Ramos Prada; Teresa Marquina Tobalina; María José Servide Staffolani. (*)

(*) Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Se han descrito una gran variedad de técnicas para el tratamiento del prolapso rectal. En los últimos años, la rectopexia por laparoscopia utilizando material protésico se ha impuesto al resto.

MATERIAL Y MÉTODOS: En este vídeo se muestra una variante de la técnica inicialmente propuesta por A. D'Hoore utilizando una malla con dos brazos. La rectosacropexia ventral parece asociarse a un menor riesgo de trastornos funcionales que otras técnicas. Se inicia con la movilización del recto. Para evitar las lesiones nerviosas asociadas a una amplia liberación del recto se realiza una disección limitada al lado derecho. La malla se va a fijar a la cara anterior del recto evitando la disección posterolateral, disminuyendo así el riesgo de lesión neural. La distribución de los trócares es similar a la que utilizamos en la cirugía del recto en otras patologías. Se tracciona del rectosigma y se inicia la incisión del peritoneo a nivel del promontorio, extendiéndola caudalmente en forma de J invertida en la parte más profunda del saco de Douglas. Debe identificarse previamente el nervio hipogástrico derecho, para evitar lesionarlo. Se realiza una disección del tabique rectovaginal, llegando distalmente a nivel del músculo elevador. Para evitar la dificultad que suponía suturar la misma tira de malla al recto y a la vagina, utilizamos una malla de Dynamesh® en forma de lambda o en Y invertida, con dos brazos. Es una malla inicialmente diseñada para la corrección del prolapso de cúpula vaginal, pero que nosotros utilizamos para la rectocolposacropexia. Uno de los brazos se sutura a la cara anterior del recto y el otro al fórnix vaginal posterior. La fijación de la malla a la cara posterior de la vagina eleva el saco de Douglas y evita la aparición del enterocele. La malla se fija en su otro extremo al promontorio. Se debe traccionar de la malla hasta que el recto y la vagina queden en su posición anatómica normal, pero evitando que quede a tensión. Mediante una sutura barbada continua se cierra el peritoneo cubriendo la malla.

CONCLUSIONES: El prolapso rectal se inicia con la intususcepción de la cara anterior del recto a nivel del Douglas, que progresa hasta exteriorizarse. La reparación mediante una malla fijada a la cara anterior del recto intenta restaurar la anatomía, evitando la intususcepción durante el esfuerzo defecatorio. La fijación de la malla a la cara posterior de la vagina asciende el saco de Douglas y evita la formación de un enterocele. La utilización de una malla con dos brazos facilita la fijación de la misma tanto al recto como a la vagina, simplificando la intervención.



Comunicaciones científicas vídeo

TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA EN EL SÍNDROME DEL ELEVADOR

María Inmaculada Mesa Ruiz; Calderón Duque, Teresa; González Martín, Selene; Broekhuizen Benítez, Javier; Cano Pecharromán, Esther; Esmaili Ramos, Mahur; Martín Paniagua, Leticia; Balsa Marín, Tomás; Mónica García Aparicio. (*)

(*) Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El elevador del ano es una estructura de soporte para los órganos pélvicos y desempeña un papel crítico en la normofunción urinaria, defecatoria y sexual. Los trastornos de la contracción de los músculos del suelo pélvico secundarios a hiperactividad generan dolor pélvico y perineal crónico, acompañado o no de alteración defecatoria, miccional y/o sexual y representan un reto diagnóstico. El Sd. del Elevador está presente entre un 6 y un 11% de la población con mayor prevalencia en mujeres de edad media. Una historia clínica completa, describiendo factores de riesgo y una anamnesis sobre las características del dolor serán básicas para el enfoque clínico del paciente con dolor pélvico y perineal crónico. Para ser considerado un Sd. del Elevador debe cumplir los criterios Roma IV de dolor anorrectal funcional. El tratamiento inicial es conservador mediante medidas higiénico-dietéticas, farmacológicas, fisioterapia y rehabilitación sin haber demostrado éstos eficacia y efectividad completa. En casos de fracaso se ha descrito la utilidad de la infiltración de toxina botulínica para relajar el músculo y controlar los síntomas.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentamos un vídeo de la utilización de este fármaco en un paciente varón de 51 años con este diagnóstico, remitido ante la imposibilidad de introducir el endoscopio en colonoscopia por screening familiar, objetivándose estenosis a unos 2 cms aproximadamente del margen anal, asociado a intenso dolor. El paciente refiere estreñimiento desde hace unos 6 meses (1 deposición/15 días) con sensación de plenitud y defecación incompleta, sin productos patológicos y pérdida de hasta 12 kilos por miedo a la ingesta. A la exploración, abdomen muy distendido, blando y depresible, sin dolor. TR infructuoso debido al intenso dolor anal. Exploración bajo anestesia descartando patología en canal anal y extrayendo fecalomas pétreos. Tras recurrencia de la clínica y reexploración en consulta, se identifica hipertonia del puborrectal consiguiendo realizar tacto tras masaje cuidadoso y evidenciando contracción patológica de dicho músculo dolorosa a la tracción. Se propone bloqueo del puborrectal con toxina botulínica y biopsia rectal.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia

SOCIGA

TRATAMIENTO: Bajo anestesia raquídea. Estenosis del canal anal medio con mucosa de aspecto cicatricial e hipertonía del músculo puborrectal. Con la relajación, salida espontánea de gases y heces intensificado con el Valsalva. Dilatación manual y biopsia de mucosa fibrótica y alterada. Infiltramos 40UI de toxina botulínica en cada rama del puborrectal bajo control ecográfico.

RESULTADOS: Alta en 24h, con deposiciones abundantes espontáneas. A la semana persiste mejoría clínica con deposiciones diarias (3d/24h), sin esfuerzos. Al tacto rectal, mejoría de la estenosis del canal anal. Al mes mantiene ritmo de 2d/24 horas sin dolor ni distensión abdominal.

CONCLUSIONES: El síndrome del elevador es una patología poco frecuente, sin una prueba “gold estándar” para su diagnóstico. La base del diagnóstico es la exclusión de otras patologías. Si fracasa el tratamiento conservador adoptaremos medidas más invasivas (Toxina botulínica, estimulación-bloqueo nervioso). La infiltración con toxina botulínica es un procedimiento simple, seguro y bien tolerado, que puede realizarse bajo anestesia local o raquídea con efecto máximo a las 6-8 semanas de la administración. A pesar de ello, su utilización en el síndrome del elevador sigue siendo controvertida.