



## Comunicaciones Póster

### OCLUSIÓN DE COLÓN SECUNDARIA A HERNIA DIAFRAGMÁTICA DEL ADULTO

Espiñeira Covelo Paula; Ladra González María Jesús; Lago González Fátima Yasmina;  
Paredes Cotoré Jesús Pedro; Bustamante Montalvo Manuel. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** El estándar de tratamiento del cáncer de recto de tercio medio e inferior es la resección anterior baja (RAB) con escisión total del mesorrecto (ETM). Una de las complicaciones más importantes que asocia esta cirugía, es la dehiscencia de anastomosis, provocando un incremento de morbilidad, mortalidad y estancia hospitalaria. Con intención de prevenirla o minimizar sus consecuencias, se realizan estomas de protección. Sin embargo, éste también conlleva una considerable morbilidad, como alteraciones metabólicas o la no reconstrucción del tránsito. Se considera adecuado un período de 8-12 semanas desde la cirugía para la realización del cierre, que puede no cumplirse por la quimioterapia adyuvante y problemas logísticos del hospital. El objetivo de esta comunicación es presentar la evolución de una serie de 390 pacientes diagnosticados de neoplasia de recto y sometidos a una RAB laparoscópica con ETM con ileostomía de protección entre 2009 y 2019.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio descriptivo de 390 casos de RAB laparoscópica con ETM e ileostomía de protección. Las variables estudiadas son la tasa de reconstrucción de tránsito, el tiempo empleado desde la confección de la ileostomía hasta la reconstrucción y las complicaciones asociadas con el cierre de la misma.

**Resultados:** De los 390 pacientes recogidos, un 59% han sido sometidos a tratamiento adyuvante tras la cirugía. Se reconstruyen el 97% de los pacientes y el tiempo medio en efectuar el cierre de la ileostomía, se sitúa en 6.8 meses, con una mediana de 7. En un 53.6% de los casos, el tratamiento adyuvante, es el motivo por el cual el cierre de la estoma no se realiza con mayor premura. Un 17% de nuestros pacientes presentaron complicaciones postoperatorias después del cierre de ileostomía, correspondiendo un 24% a un Clavien Dindo I, un 62% Clavien Dindo II y un 14% Clavien Dindo III. Dentro del 3% de los pacientes a los que no se le realiza la reconstrucción del tránsito, la causa más frecuente de no reconstrucción es la progresión de la enfermedad, seguida de la dehiscencia de la anastomosis y de la patología previa presentada por el paciente.

**Conclusiones:** En nuestra serie se reconstruye el tránsito en el 97% de los pacientes, con una media de 6.8 meses desde la cirugía inicial. El retraso en el cierre es debido en su mayor parte a la terapia adyuvante. El cierre de la ileostomía está asociado a 17% de complicaciones tras la reconstrucción, sin diferencias significativas con respecto a otros estudios. Las principales complicaciones registradas fueron la infección de herida y el íleo prolongado. Los estomas de protección son una medida eficaz para controlar la morbilidad de la dehiscencia anastomótica tras la RAB por cáncer de recto, pero no hay suficiente evidencia sobre el efecto de los mismos en la supervivencia a largo plazo y calidad de vida. La reconstrucción del tránsito también asocia morbilidad, entre las que se encuentran la permanencia del estoma, por lo que estas particularidades hacen necesario una indicación selectiva de los pacientes a los que se le realiza ileostomía de protección.



## Comunicaciones Póster

### CONSECUENCIAS DE LA ILEOSTOMÍA DE PROTECCIÓN TRAS RESECCIÓN ANTERIOR BAJA DE RECTO LAPAROSCÓPICA CON ESCISIÓN TOTAL DE MESORRECTO.

Espiñeira Covelo Paula; Paredes Cotoré Jesús Pedro; Pérez Rodríguez Elena; Onaindia Delgado Eleder; Arcila Bermúdez Reinaldo; Bustamante Montalvo Manuel. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** OBJETIVOS: Presentar el caso de una paciente con una patología poco prevalente, como es la hernia diafragmática congénita en el adulto, como causa de oclusión intestinal secundaria a la incarceration de colon transverso a través del orificio herniario. La hernia de Morgagni es un defecto diafragmático congénito a nivel paraesternal muy poco frecuente. Con frecuencia es asintomática y no se diagnostica hasta la edad adulta. La clínica torácica o abdominal es variable en función de su volumen y las vísceras herniadas. Su diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen, principalmente radiografía de tórax, y su tratamiento es quirúrgico.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de una mujer de 91 años, con obesidad como único antecedente relevante, que consulta por dolor y distensión abdominal con ausencia de tránsito de una semana de evolución. En la exploración presenta dolor y defensa en hemiabdomen superior. Se le realiza TC abdominal evidenciándose neumoperitoneo y hernia diafragmática con herniación de colon transverso distal y ángulo esplénico condicionando una distensión de colon proximal al orificio herniario con colapso posterior al mismo, con neumatosis en ciego y colon ascendente. Ante estos hallazgos, se decide intervención quirúrgica urgente, objetivándose herniación de colon transverso a través de orificio diafragmático con perforación diastásica del ciego. Se realiza reducción de contenido herniario, herniorrafia y hemicolectomía derecha con anastomosis latero-lateral mecánica.

**RESULTADOS:** Tras la cirugía presenta una adecuada evolución postoperatoria desde el punto de vista abdominal, con adecuada tolerancia oral y recuperación del tránsito. Respiratoriamente, se diagnostica de neumonía en basal izquierda, recibiendo el alta hospitalaria al decimoquinto día.

**CONCLUSIONES:** Las hernias diafragmáticas paraesternales son causadas por un defecto congénito y representan el 2-5% de las hernias del diafragma. En adultos la mayoría son asintomáticas siendo las complicaciones (incarceración o estrangulación) infrecuentes. La radiografía simple de tórax y el TC abdominal son fundamentales para su diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico y consiste en la reducción del contenido herniario y cierre del orificio diafragmático. Si el defecto herniario es grande, se pueden emplear mallas protésicas.



## Comunicaciones Póster

### APENDICITIS AGUDA EN DUPLICACIÓN APENDICULAR EN HERRADURA

Lago FY; Blanco N; Rojo LI; Caramés NM; Onaindia E; Roqué RM, Bustamante M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** La duplicación apendicular es una malformación anatómica rara, con una incidencia del 0,004%. Existen varios tipos que actualmente quedan diferenciados según la clasificación de Cave-Wallbridge. El Tipo A es reconocida como “bífida”, en donde los dos apéndices provienen de una base común. El Tipo B consta de dos apéndices separados e insertados en el ciego en lugares diferentes. En el Tipo B1 los apéndices están ubicados a cada lado de la válvula íleo-cecal y en el Tipo B2 uno se localiza en la posición normal y otro en una de las tenías. El tipo C consta de dos ciegos y cada uno con su propio apéndice. Por último, el tipo D o apéndice “en herradura” consta de dos apéndices insertados en un ciego común, separados por varios centímetros unidos a nivel distal, en la punta, formando un apéndice común. Este último tipo es el menos frecuente de todos, con solo 16 casos descritos a 2021. La forma de presentación suele ser incidental en pacientes asintomáticos, aunque también se puede presentar como apendicitis, hernias internas o adenocarcinomas.

**Material y métodos:** Varón de 36 años de edad que acude a urgencias por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha de 24 horas de evolución acompañado de fiebre. No presenta náuseas, vómitos ni alteraciones en el hábito deposicional. A la exploración, el paciente presenta dolor a la palpación de fosa ilíaca derecha, con defensa y signo de Blumberg positivo. Se realiza analítica sanguínea que demuestra ausencia de leucocitosis y de neutrofilia. Ante la sospecha clínica de apendicitis aguda se decide realizar ecografía abdominal en donde se identifica una estructura tubular de origen en el ciego, compatible con el apéndice, de calibre aumentado, no compresible, asociado a un aumento de líquido libre y de ecogenicidad de la grasa adyacente, con Blumberg ecográfico positivo. Ante los resultados de las pruebas anteriores el paciente es diagnosticado de Apendicitis Aguda. Se realiza apendicectomía laparoscópica urgente, la cual resulta muy dificultosa por el pequeño tamaño del apéndice, su gran grosor y la intensa fibrosis que lo fija al lateral del ciego con engrosamiento de aspecto inflamatorio del peritoneo que lo cubría y lo adhería al parietocólico derecho.

**Resultados:** El apéndice fue remitido para su estudio anatomopatológico. La pieza medía 7cm de longitud. Inicialmente no se reconoció la entidad, pero tras realizar varios cortes se identificaron dos luces correspondientes a dos apéndices separados y unidos en la punta. El diagnóstico indica la presencia de duplicación apendicular tipo D o apéndice “en herradura”.

**Conclusión:** Tras la exposición de este caso debemos tener en cuenta esta presentación del síndrome apendicular, incluso en ausencia de signos radiológicos o macroscópicos, debiendo realizar un riguroso examen de la región ileocecal para evitar recurrencias al pasar desapercibido.



## Comunicaciones Póster

### A VECES LAS APARIENCIAS ENGAÑAN: PSEUDOHERNIA ABDOMINAL

Lago FY; Vidal B; Roqué RM; Pérez E; Espiñeira P; Bustamante M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** La pseudohernia es una tumoración abdominal unilateral que aparece en ausencia de defectos estructurales de la pared y se desarrolla debido a la paresia de los músculos abdominales. El objetivo de esta comunicación es recordar sus características clínicas para evitar exploraciones complementarias innecesarias.

**Materiales y métodos:** Mujer de 62 años con antecedentes de artritis reumatoide a tratamiento con metilprednisolona. Es diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante en la mama izquierda, por lo que se interviene de manera programada realizando mastectomía ahorradora de piel y reconstrucción inmediata con prótesis expansora, biopsia de ganglio centinela y simetrización de mama derecha. Durante el seguimiento postoperatorio la paciente se queja de tumoración en pared abdominal izquierda. A la exploración física se evidencia una clara asimetría del contorno abdominal, con discreto eritema y neuralgia leve. No se palpan defectos ni anillo herniario. Rehistoriando a la paciente, refiere episodio de herpes zóster tres semanas antes, con aparición de lesiones vesiculares y dolorosas a nivel de los dermatomas T9 -T10 izquierdos. Fue tratada con brivudina (1cp/24h,7d). Por el contexto clínico y la exploración física, la paciente se diagnostica de pseudohernia abdominal y se decide no realizar más pruebas complementarias. Tres meses más tarde, la paciente presenta mejoría significativa de la tumoración hasta terminar en su resolución completa.

**Resultados:** La pseudohernia abdominal es una tumoración que se desarrolla a causa de la paresia de los músculos abdominales por la diseminación del virus varicela-zóster desde los ganglios de la raíz dorsal hasta las raíces ventrales o astas anteriores de la médula espinal. La paresia de los músculos suele seguir la distribución del dermatoma afectado y ocurre en el 3-5% de los pacientes con herpes zóster. El diagnóstico es clínico y debe sospecharse ante la presencia del brote vesicular, ya sea concomitante o en las semanas anteriores. A estos hallazgos se suele asociar hipoestesia cutánea y disminución de reflejos segmentarios. La tomografía abdominal puede confirmar el diagnóstico al demostrar un adelgazamiento de la pared y al no hallar orificios herniarios. El pronóstico es bueno, con una recuperación espontánea en aproximadamente el 75% de los pacientes.

**Conclusiones:** La aparición de una tumoración abdominal unilateral en la misma zona en la que previamente hubo una erupción cutánea dolorosa con vesículas, de distribución segmentaria, es altamente sospechosa de pseudohernia abdominal por herpes zóster. Es importante la consideración del diagnóstico de pseudohernia para evitar exploraciones y tratamientos innecesarios.



## Comunicaciones Póster

### RESULTADOS PRELIMINARES ESTIMULACIÓN ASA EFERENTE PREVIA AL CIERRE DE ILEOSTOMÍA

Iglesias Trigo Marta; Fernández Rodríguez Paula; Vigorita Vincenzo; Cano Óscar; Paniagua Marta; Fabeiro María José; Moncada Enrique; Sanchez Raquel. (\*)

(\*) Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** La creación de una ileostomía de protección es una medida preventiva efectiva para proteger las anastomosis pélvicas de alto riesgo. El proceso de reconstrucción posterior presenta una elevada morbilidad (20%) y mortalidad (2%). La complicación más habitual es el íleo paralítico postoperatorio que retrasa el inicio de la ingesta y prolonga la estancia hospitalaria, aumentando la morbilidad y los costes sanitarios. El objetivo principal de este estudio ha sido evaluar la utilidad de la estimulación del asa eferente para reducir el íleo postoperatorio tras el cierre de ileostomía.

**Material y métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo que incluye 74 pacientes con reconstrucción de tránsito tras ileostomía de protección en nuestro centro entre 2016 y 2022. Se analizan las complicaciones y la estancia postoperatoria en el grupo al que se le ha realizado la estimulación del asa eferente frente al que no ha sido estimulado.

**Resultados:** El 5% de los pacientes con estimulación del asa eferente han presentado íleo postoperatorio frente al 16% de los no estimulados. La tasa de complicaciones en los pacientes con estimulación ha sido del 10,8% en los pacientes estimulados y del 27% en los pacientes no estimulados. También ha sido menor la estancia media de ingreso, 5,35 días de media en los pacientes con estimulación y 10.86 en los que no fueron estimulados. Estas diferencias no han alcanzado la significación estadística.

**Conclusiones:** La estimulación del asa eferente ha mostrado una disminución del íleo postoperatorio, así como una menor tasa de complicaciones y reducción de la estancia media postquirúrgica. No obstante, en nuestro estudio se necesitaría un mayor tamaño muestral para obtener resultados estadísticamente significativos.



## Comunicaciones Póster

### NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ COMO METÁSTASIS DE TUMOR UROTELIAL

Cruz Moure Cristina; Carracedo Iglesias Roberto; Estévez Fernández Sergio Manuel; Álvarez Garrido Roi Nicolás; Pintos Garza Rodrigo; Recarey Teijeiro Eva; Sánchez Santos Raquel M. (\*)

(\*) Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** El nódulo de la hermana María José es una lesión cutánea poco frecuente de origen metastásico secundario a una neoplasia de cualquier órgano generalmente intrabdominal o pélvico. Es un signo de enfermedad maligna avanzada, asociado con frecuencia a un mal pronóstico. Las neoplasias gastrointestinales son su principal causa, seguidas por las ginecológicas. La hipótesis más aceptada sobre el origen de este nódulo es la diseminación directa transperitoneal ya que el ombligo se encuentra adyacente al peritoneo anterior. Otras hipótesis hablan de diseminación linfática o vascular. Presentamos el caso de una paciente con un nódulo de la hermana María José con un origen poco habitual.

**Material y métodos:** Presentación del caso clínico, iconografía y anatomía patológica. CASO CLÍNICO: Paciente de 58 años sin antecedentes relevantes que es derivada desde urgencias a consultas de medicina interna y cirugía general por dolor abdominal, pérdida de peso y tumoración umbilical de 4 cm friable con sangrado al roce. En las pruebas analíticas presenta alteraciones que sugieren colestasis. Se realiza TC Abdominal con los siguientes hallazgos: Masa hepática en el lecho vesicular, con condensa una vesícula con pared engrosada y desestructurada, contigua con el ángulo hepático del colon que presentan su pared engrosada e hipercaptante de un segmento corto. Hallazgos en relación con malignidad: neoplasia de la vesícula biliar con invasión por vía de contigüidad del parénquima hepático y del colon derecho. Discreta dilatación de la vía biliar intrahepática compatible con infiltración del hepático común. Adenopatías interaortocavas retropancreáticas. Masa de 4 cm, umbilical, hipercaptante, muy homogénea plantea el diagnóstico diferencial entre endometriosis umbilical vs enfermedad metastásica. Ante estos resultados se realiza PAAF de la masa hepática: neoplasia epitelial con diferenciación escamosa, hallazgos citopatológicos e inmunocitoquímicos de metástasis de carcinoma urotelial. Durante el periodo de tiempo en el que se realizaron las pruebas la paciente comenzó con ictericia mucocutánea muy llamativa con cifras de bilirrubina de hasta 20 mg/dl y empeoramiento de las pruebas de colestasis. Se realiza PET para estudio del posible tumor primario: Focos de intenso hipermetabolismo patológico en relación con masa hepática-vesicular duodenal, masa umbilical, múltiples implantes peritoneales, adenopatías retroperitoneales, así como probablemente adenopatías supradiaphragmáticas hasta supraclavicular izquierda, en relación con actividad tumoral maligna metastásica. Captación focal en uréter distal izquierdo que impresiona aumento de densidad a valorar posible actividad tumoral a dicho nivel.

**Conclusiones:** Las neoplasias malignas del tracto urinario pueden dar lugar a metástasis en los ganglios linfáticos, huesos, hígado, pulmón y piel. Las metástasis umbilicales son extremadamente raras y su mecanismo patogénico aún continúa siendo un tema en estudio. En este caso un posible mecanismo patogénico sería la diseminación a través del uraco. Otra posible causa es la diseminación peritoneal ya que la paciente del caso presenta múltiples implantes peritoneales.



## Comunicaciones Póster

### LINFANGIOMA QUÍSTICO ABDOMINAL: UNA CAUSA RARA DE DOLOR ABDOMINAL

Castrodá Copa David; Cordovés Weiler Iván; Lladro Esteve Miguel; Otalora Mazuela Leire; Pascual Gallego Miguel; Pérez Corbal Lara; Parajó Calvo Alberto. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Los linfangiomas quísticos son malformaciones congénitas del sistema linfático derivados de una alteración en el desarrollo embrionario. Su localización habitual es en cabeza-cuello, diagnosticándose antes de los 5 años. Entre el 2-5% se localizan en el abdomen y se diagnostican incidentalmente en la edad adulta mediante pruebas de imagen debido a su lento crecimiento y la ausencia de síntomas. Pueden situarse en el mesenterio (69%), epiploon (15%), mesocolon (10%), retroperitoneo (5%) y otros órganos del tracto gastrointestinal (1%). Presentamos la estrategia diagnóstico-terapéutica seguida en nuestro centro en 2 casos de linfangioma quístico abdominal de localización inusual.

**Material y métodos:** Se presentan los casos de un varón de 19 años y otro de 32 que acuden al servicio de urgencias por dolor abdominal como síntoma común y náuseas con vómitos intermitentes y distensión abdominal, respectivamente. En ambos casos se realiza TC abdominal urgente tras detectar una masa quística en hemiabdomen derecho en la ecografía. En el primer caso se detecta una masa quística dependiente del retroperitoneo y con compresión parcial de estructuras vecinas (uréter derecho y colon ascendente). En el segundo se detecta una masa de similares características en íntimo contacto con el intestino delgado, pero sin lograr caracterizar su origen. Dado que ninguno de los dos casos presentaba síntomas, ni signos de complicación se decide realizar laparotomía exploradora de manera programada previa preparación y estudio pormenorizado de ambos pacientes.

**Resultados:** Intraoperatoriamente se confirma en el primer caso el carácter quístico, la dependencia del retroperitoneo y la afectación del colon ascendente. En la fosa iliaca derecha se visualiza una importante reacción inflamatoria que envuelve al sigma. En este caso se decide realizar hemicolectomía derecha y sigmoidectomía segmentaria, logrando la ausencia de rotura de quiste y realizando anastomosis ileocólica y colorrectal primarias, respectivamente. En el segundo caso se logra determinar el origen de la masa en el intestino delgado (yeyuno proximal) por lo que se realiza resección del segmento de yeyuno afectado y anastomosis primaria. El estudio anatomopatológico confirma la naturaleza quística con ausencia de malignidad, en ambos casos.

**Conclusiones:** El linfangioma quístico es una patología congénita rara de comportamiento benigno, pero que al alcanzar tamaños de medidas considerables podría involucrar resecciones parciales de estructuras vecinas afectas. Cuando sea posible, la cirugía con exéresis completa es el tratamiento de elección, siempre atendiendo a la exéresis sin ruptura de la masa.



## Comunicaciones Póster

### OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Reinoso Hermida A; Iglesias Diz D; del Álamo FJ; Rodríguez Outeiriño A; Estrada López CR;  
Martínez Martínez C; Alberca Remigio C; García García M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** La oclusión intestinal es una patología frecuente. Representa el 20% de los cuadros de abdomen agudo. Los cuerpos extraños son una de las causas descritas. El 90% van al tracto digestivo y sólo el 1% requieren cirugía urgente.

**Material y métodos:** Mujer de 95 años, con antecedentes quirúrgicos de resección anterior baja por neoplasia de recto con ileostomía de protección y posterior cierre de la misma un año después. Acude por cuadro de distensión abdominal y mareo. A la exploración física se aprecia distensión y timpanismo abdominal, con dolor difuso sin defensa focal. En las pruebas complementarias iniciales, la analítica sanguínea no mostró alteraciones hidroelectrolíticas ni hiperlactacidemia ni leucocitosis. En la radiografía de abdomen se identifica dilatación de asas de intestino delgado sin niveles hidroaéreos. Ante esta situación clínica, se decide observación clínica. En las siguientes horas presenta vómitos biliosos y aumento de la distensión abdominal con ausencia de expulsión de gases y empeoramiento radiológico. Se indica una TC abdominal urgente donde se objetiva una obstrucción de intestino delgado secundario a cuerpo extraño ovoideo, a unos 4,5 cm de la válvula ileocecal con dilatación retrógrada de asas de delgado. Reinterrogando a la paciente, refiere ingesta previa de fruta con hueso un día antes del ingreso. Se decide intervención quirúrgica urgente consistente en una laparoscopia exploradora con enterotomía a unos 7 cm de la válvula ileocecal con extracción de cuerpo extraño (hueso de ciruela) y cierre del defecto. En el postoperatorio temprano, la paciente presenta mal estado general, con diagnósticos de insuficiencia cardíaca y flutter auricular descompensados. A pesar del tratamiento médico intensivo, no se aprecia mejoría. Al 5º día posoperatorio se consensua con la familia iniciar sedación paliativa. El exitus ocurre al 7º día posoperatorio.

**Discusión:** Las oclusiones de intestino delgado abarcan el 70% de todas las oclusiones intestinales. Su principal etiología (60-70%) es el síndrome adherencial por intervenciones previas, seguido de otras etiologías como la presencia de cuerpos extraños, cuadros inflamatorios, neoplasias o incluso yatrogénicas, entre otros. Se produce una deshidratación progresiva con alteraciones hidroelectrolíticas por aumento de la secreción y disminución de la absorción mucosa en el asa ocluida. Se genera un tercer espacio por secuestro de volumen intraabdominal que puede llegar a un shock hipovolémico. Su clínica es muy inespecífica, caracterizándose habitualmente por un cuadro de dolor y distensión centroabdominal, de características cólicas, ausencia de deposición o emisión de gases y náuseas y/o vómitos. En la exploración física objetivamos distensión abdominal y timpanismo, con





# REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia

SOCIGA

aumento inicial de los ruidos intestinales, que disminuyen posteriormente hasta encontrarse ruidos de asa llena e incluso llegar a abolirse. En la radiología simple predomina la dilatación de asas intestinales con imagen “en pila de monedas”, aunque igualmente puede ser inespecífica. La TC abdomino-pélvica nos ayuda a una mejor filiación de la etiología y objetivar el estado de las asas, vascularización y la presencia o no de sufrimiento. Para su tratamiento evaluaremos el estado hemodinámico y la repercusión clínica. Comenzaremos con reposición hidroelectrolítica, SNG y procinéticos. Dependiendo del estado clínico del paciente y los hallazgos radiológicos optaremos por mantener el tratamiento médico o por una intervención quirúrgica urgente (laparotomía o laparoscopia).

**Conclusiones:** La anamnesis y los antecedentes personales del paciente son un punto determinante en el manejo inicial de la oclusión intestinal. El manejo terapéutico de la oclusión intestinal por cuerpos extraños se fundamenta en una estricta vigilancia clínica. La adecuada elección de las pruebas complementarias permitirá un tratamiento quirúrgico temprano y eficaz.



## Comunicaciones Póster

### PATOLOGÍA MAMARIA INFRECUENTE EN EL VARÓN: PAPILOMA INTRADUCTAL DE PEZÓN

Pablos Vidal J; Suárez García N; Rosales Goas J; Rodríguez Carral P; Lorenzo Alfaya L;  
Correa Cabana M; Abella Otero F; Díaz Tie M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** La adenomatosis erosiva de pezón (AEP) es un tumor benigno poco frecuente que presenta un reto diagnóstico por su similitud con otras lesiones malignas como la enfermedad de Paget o el carcinoma intraductal. Dentro de la infrecuencia de esta patología, su incidencia en el varón es excepcional, existiendo menos de 20 casos descritos en la literatura. El estudio histopatológico es el método diagnóstico fundamental, y la cirugía el tratamiento de elección. Presentamos un caso de papiloma intraductal en varón, con debut como lesión nodular en pezón derecho.

**Exposición del caso:** Varón de 76 años con antecedentes de HTA y dislipemia. Sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador con hábito enólico moderado y hemorragia subaracnoidea en 2005. Remitido desde Atención Primaria a consulta de Dermatología en diciembre de 2021 por mastitis en mama derecha. En consulta presenta lesión nodular de aspecto friable en pezón derecho de 6 meses de evolución que se biopsia. Hallazgos histopatológicos compatibles con papiloma intraductal e inmunohistoquímica de p63 y CK 5/6 donde se identifican células mioepiteliales tanto en el interior de los ejes fibrovasculares como rodeando a la lesión. Valorado en Comité de Tumores de Mama, se realiza mamografía apreciando mínimo tejido retroareolar derecho compatible con ginecomastia. Se decide intervención quirúrgica. Se realiza exéresis completa del pezón y tejido mamario retroareolar derecho.

**Discusión:** Descrita por primera vez como papiloma intraductal benigno de pezón en 1951 por Haagensen et al., existen múltiples nombres para referirse a una misma lesión (adenoma de pezón, adenoma papilar, papilomatosis florida, papilomatosis benigna, papilomatosis ductal subareolar, adenomatosis papilar superficial), siendo el más aceptado actualmente, adenomatosis erosiva de pezón (AEP). La presentación clínica es variada, siendo lo más frecuente la lesión nodular en el varón. Puede presentarse como lesión erosiva, eccematosa, secreción o incluso completamente asintomática. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con el carcinoma ductal infiltrante, la enfermedad de Paget o el adenocarcinoma de pezón. Descartar estas patologías evita diagnósticos erróneos y por lo tanto tratamientos agresivos innecesarios. Es imprescindible el estudio histológico, siendo la biopsia el método diagnóstico fundamental, donde veremos los ductos revestidos por una capa externa de células mioepiteliales. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica del pezón, aunque existen autores que defienden utilizar criocirugía, cirugía micrográfica de Mohs o incluso seguimiento sin exéresis. Como conclusión, cabe destacar la infrecuencia de esta lesión en el varón y la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial con patología maligna para evitar tratamientos más agresivos.



### Comunicaciones Póster

## INVAGINACIÓN ILEOCÓLICA POR LIPOMA INTESTINAL EN ADULTO

Iglesias Porto Eva; Varela Ferro Cristian; Medina López Inma; Delgado Andrés Miguel;

Fuentes Sorrivias Manuel. (\*)

(\*) Hospital Público de Monforte de Lemos.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** La invaginación intestinal es una patología poco frecuente en el adulto (aproximadamente 5% de las obstrucciones mecánicas). Hasta el 90% de los casos suelen asociar una causa orgánica que funciona como cabeza de la invaginación. Los lipomas intestinales son también muy poco frecuentes, menos de un tercio producen síntomas, siendo los más corrientes la obstrucción y el sangrado por ulceraciones superficiales. Se presenta el caso de una invaginación ileocólica producida por un lipoma intestinal.

**Material y métodos:** Varón de 69 años que acude a urgencias por dolor abdominal de unos 15 días de evolución, tipo cólico intermitente, en aumento progresivo y más intenso las últimas horas. A la exploración presenta dolor sin defensa, mayor en HD con sensación de masa a ese nivel. Se realiza TC Abdominal objetivándose una lesión de estirpe grasa, a nivel del ángulo hepático que condiciona obstrucción intestinal con dilatación de asas y probable invaginación asociada con líquido libre.

**Resultados:** Se procede a laparotomía exploradora con hallazgo de oclusión intestinal con leve dilatación retrógrada de íleon, secundaria a invaginación ileocólica por tumoración polipoidea de gran tamaño dependiente del íleon terminal adyacente a la válvula, alojada en el momento de la cirugía a nivel del ángulo hepático, invaginando tras de sí el íleon terminal y parte del apéndice. A la apertura de la pieza se visualiza cabeza de la lesión ligeramente necrosada. Se realiza hemicolectomía derecha. Evolución tórpida que requiere reintervención por fuga y posteriormente favorable. La AP es de lipoma submucoso sin atipia.

**Conclusiones:** Los lipomas intestinales son muy poco frecuentes y habitualmente se originan en la capa submucosa. Se localizan principalmente en colon e íleon distal. Más frecuentes en la 6ª-7ª décadas de la vida, así como en varones. A pesar de que menos de un tercio producen síntomas, pueden ser causa de obstrucción por intususcepción, como se demuestra en este caso. El tratamiento de elección de las lesiones sintomáticas consiste en la resección quirúrgica. La invaginación intestinal es muy poco frecuente en los adultos (menos del 5% de las invaginaciones). Es característica la aparición de dolor cólico e intenso o recurrente, simultáneo con la presencia de una masa abdominal palpable. Causada hasta en un 90% de los casos por un punto de fijación o una anomalía estructural de la pared intestinal que funciona como guía, posiblemente alterando el peristaltismo normal e iniciando así la invaginación. A pesar de su baja frecuencia debe ser contemplada en el diagnóstico diferencial de la oclusión intestinal mecánica del adulto y para ello, hoy en día, son de gran importancia y ayuda la ecografía y la TC abdominal que nos proporcionarán normalmente el diagnóstico previo a la cirugía, como en nuestro caso, con las características imágenes «en diana» y de «seudorriñón». El tratamiento será la resección intestinal, que no debe demorarse para evitar la necrosis del asa invaginada. No existe evidencia actual para contraindicar la desinvaginación, ya que además puede facilitar la exposición para la resección, no obstante, hay controversia en este aspecto ya que otros autores la desaconsejan por criterios oncológicos por la probabilidad de lesión maligna subyacente.



## Comunicaciones Póster

### CARACTERÍSTICAS DE LA PANDEMIA COVID-19 EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

Otero Blanca; Fernández Clara; Orellana María; Marcacuzco Alberto A; Fernández Silvia; Caso Óscar; Manrique Alejandro; Lavín Lucía; Lorenzo Sofía; Calvo Jorge; Justo Iago; Jiménez Carlos; Loinaz Carmelo. (\*)

(\*) Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Desde el inicio de 2020 la infección por SARS-CoV-2 se convirtió en un importante problema en términos de Salud Pública, sobre todo para pacientes con comorbilidades y especialmente inmunosuprimidos. En la evolución de la pandemia en España se señalan seis períodos según el Instituto de Salud Carlos III, que van desde el principio de la pandemia hasta el 27/03/ 2022. A partir de entonces, comienza un nuevo plan de vigilancia hasta la actualidad, que podríamos definir como séptimo período con carácter descriptivo. Nuestro objetivo es describir las características de la enfermedad en los pacientes trasplantados hepáticos durante la pandemia.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo entre marzo de 2020 y agosto de 2022. En éste período, se han diagnosticado 200 casos de COVID-19 en 182 pacientes con trasplante hepático.

**Resultados:** Las indicaciones de trasplante predominantes fueron cirrosis alcohólica (30,5%), VHC (32,5%) y hepatocarcinoma (21%). El 70% de los casos fueron varones frente al 30% de mujeres. La media de edad al diagnóstico fue de 60 años. 70 pacientes (35%) requirieron ingreso hospitalario, 14 de los cuales (20%) ingresaron en UCI. 14 pacientes (7%) fallecieron por esta enfermedad, 4 de los cuales habían ingresado en UCI previamente. Se observe un mayor número de ingresos hospitalarios y UCI durante los periodos 1º y 2º. La clínica predominante fue tos (41%), fiebre (31,5%), mialgias (23,5%), disnea (20,5%) y diarrea (13,5%). El 18,5% de los pacientes permanecieron asintomáticos. El 49,5% de los pacientes no requirieron prueba de imagen. Los hallazgos radiológicos mostraron un infiltrado pulmonar bilateral en el 27,4% de los pacientes y una neumonía lobar en el 4,8%. La mortalidad global fue del 10,5%, mayor en el 2º período (5 casos) y menor en el 7º (ningún caso) sin embargo éste el período con más pacientes vacunados. El porcentaje de pacientes diagnosticados tras haber recibido al menos una dosis de vacuna fue del 56,5%. Hemos definido la enfermedad grave por SARS-CoV-2 en aquellos pacientes que precisaron ingreso hospitalario, en UCI o que murieron con dicha afección. Hemos realizado un análisis multivariante sobre la probabilidad de tener una enfermedad grave por SARS-CoV-2, siendo las variables asociadas la hipertensión arterial (OR 2.894; IC 95% 1.132-7.401;  $p=0.027$ ), la inmunosupresión con inhibidor de mTOR (OR 9.313; IC 95% 2.56-33.883;  $p=0.001$ ) o con MMF (OR 6.577; IC 2.148- 20.132;  $P=0.001$ ) y el haber recibido al menos una dosis de vacuna (OR 0.175; IC 0.073- 0.423;  $P<0.001$ )

**Conclusiones:** En nuestra serie de trasplantados hepáticos, recibir al menos una dosis de vacuna es un factor protector para el desarrollo de enfermedad grave, mientras que la inmunosupresión con micofenolato o con inhibidor del mTOR constituye un factor de riesgo.



## Comunicaciones Póster

### WANDERING SPLEEN

Suárez Nerea; Gómez Alba; Rodríguez Elisa; Grobas Jorge; Díaz Manuel. (\*)

(\*) Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Wandering spleen o bazo errante es una entidad rara de dolor abdominal en la población que precisa una alta sospecha para su diagnóstico y tratamiento precoz, evitando así complicaciones mayores. Consiste en una migración del bazo dentro de la cavidad abdominal, asociando torsión de la vasculatura esplénica, que puede generar trombosis y esplenomegalia, infarto o ruptura esplénica en los casos más avanzados.

**Materiales y métodos:** Presentamos el caso de un varón de 23 años con antecedentes de enfermedad de Hirschprung intervenida en la infancia con posterior reconstrucción del tránsito y oclusión intestinal secundaria a brida. Actualmente en seguimiento en Digestivo por Páncreas anular incompleto sin otros hallazgos en las pruebas de imagen. Acude a Urgencias por dolor abdominal intermitente de varios meses de evolución que en los últimos días aumentó significativamente de intensidad, asociando náuseas y vómitos. En su primera visita a Urgencias presentaba analítica sin alteraciones por lo que es dado de alta con diagnóstico de gastroenteritis. Ante la persistencia del dolor consulta de nuevo, presentando igualmente una analítica anodina que como única alteración destaca la presencia de CK elevada. A la exploración presenta un efecto masa blando y doloroso en mesogastrio, sin datos de peritonismo. Se decide la realización de un TC abdominal evidenciándose la presencia de un bazo migrado respecto a estudios previos asociando signo del remolino de las estructuras vasculares, pero con adecuado realce del parénquima esplénico. El paciente ingresa para control del dolor y optimización previa a una cirugía programada. Tras 24h de ingreso el paciente presenta nuevo empeoramiento del dolor abdominal, asociando fiebre y leucocitosis en el control analítico por lo que ese decide intervención quirúrgica urgente. En la cirugía se evidencia el bazo migrado en mesogastrio con datos de isquemia y se realiza esplenectomía. Posteriormente el postoperatorio evoluciona sin incidencias.

**Resultados:** El “bazo errante” es una condición rara causada por la hiperlaxitud o ausencia de los ligamentos suspensorios del bazo. Parece ser más frecuentes en la infancia, aunque diversos factores (multiparidad, traumatismos abdominales...) pueden aumentar su incidencia entre la población adulta. La migración del bazo desde su posición normal condiciona una torsión del hilio esplénico que puede cursar de forma asintomática, dolor abdominal intermitente o abdomen agudo, sobre todo en los casos asociados a complicaciones. En la exploración abdominal se puede palpar un efecto masa móvil, a veces doloroso, que correspondería al bazo migrado. Este bazo a veces de encuentra aumentado de tamaño debido a la trombosis de la vascularización esplénica, pudiendo dar síntomas compresivos locales e incluso en raras ocasiones asocia datos de hipertensión portal. El cuadro de abdomen agudo



# REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia

SOCIGA

suele corresponder al infarto esplénico por una falta de flujo sanguíneo secundario a la torsión hiliar (característico “signo del remolino” de las pruebas de imagen) y derivar en una rotura esplénica. Esta situación mantenida en el tiempo puede llevar al paciente a un estado de shock, aumentando notablemente la morbilidad y la mortalidad. Por tanto, es importante un alto índice de sospecha para el diagnóstico de esta entidad. El tratamiento es preferiblemente quirúrgico. En casos de isquemia o inestabilidad la esplenectomía es la técnica de elección. En caso de viabilidad, se puede realizar una pexia del bazo, con o sin malla asociada, asegurando la ausencia de rotación de los vasos. En cuando a la vía de abordaje, si la estabilidad del paciente lo permite, la laparoscopia parece segura y con menor morbilidad que la laparotomía.

Conclusiones: El bazo errante es una entidad rara que precisa una alta sospecha para su diagnóstico y tratamiento precoces. La cirugía es el tratamiento de elección y en casos favorables con ausencia de sufrimiento podría realizarse una pexia esplénica, con o sin material protésico asociado. Este tratamiento precoz podría disminuir el número de esplenectomías, evitando así la morbilidad de las mismas por tratarse de una entidad más típica en pacientes jóvenes.



## Comunicaciones Póster

### VALOR DE CORTE DE 12 GANGLIOS RECUPERADOS Y SU IMPACTO EN LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS ADVERSOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO

Vigorita Vincenzo; Paniagua Marta; Cano Óscar; Mesa Santiago; Pintos Rodrigo; Teijeiro Eva; de San Ildefonso Alberto; Paredes Jesús; Casal Enrique; Moncada Enrique; Sánchez Santos Raquel. (\*)

(\*) Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Está establecido que el número mínimo de ganglios a analizar en la resección de cáncer colorrectal es de 12 para permitir una estadificación correcta. Sin embargo, no existe evidencia consistente que justifique tal medida. Analizar la influencia de la recopilación y examen de la presencia de más o de menos de 12 ganglios en las piezas de resección quirúrgica de cáncer de recto en relación a la recurrencia locorregional (RLR), a distancia (RD), la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de enfermedad (SLE).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y observacional de 445 pacientes -incluidos de manera prospectiva en una base de datos- intervenidos por cáncer de recto con intención curativa entre enero de 2008 y enero de 2017. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 25.0 para Windows. Las diferencias se consideran estadísticamente significativas con  $p < 0,05$ .

**Resultados:** En 205 pacientes (46.1%) se recopilaron  $< 12$  ganglios. En recto medio y superior el porcentaje de pacientes con  $< 12$  ganglios era significativamente inferior al de pacientes con  $\geq 12$  ganglios (42,9% vs 57,1% y 37,3% vs 62,5%), mientras que en el recto inferior era significativamente superior (58,5% vs 41,5%,  $p=0,009$ ). Tras neoadyuvancia y cirugía el porcentaje de pacientes con  $< 12$  ganglios fue significativamente superior al de pacientes con cirugía sola (61,7% vs 36,7%,  $p<0,001$ ) y el porcentaje de pacientes N+ fue del 26,9% vs 39,2% ( $p=0,028$ ). No hubo diferencias significativas entre los pacientes con  $< 12$  vs  $\geq 12$  ganglios analizados en relación a la RLR (15,6% vs 8,8%,  $p=0,072$ ), RD (25,85% vs 22,08%,  $p=0,467$ ), SG (71,71% vs 75,42%,  $p=0,705$ ), SLE (59,51% vs 65,00%,  $p=0,496$ ).

**Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que el punto de corte de 12 ganglios no debería ser considerado como un factor predictivo pronóstico de resultados oncológicos adversos y posiblemente los criterios sobre la recopilación de este número de ganglios deberían ser revisados.



## Comunicaciones Póster

### LIPOMA PLEOMÓRFICO EN PACIENTE CON OSTEOCONDROMATOSIS MÚLTIPLE. ABORDAJE E ICONOGRAFÍA

Thorpe B; Mato C; Lage P; Beiras C; Bustamante M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Abordaje quirúrgico de tumoración en región escapular de gran tamaño y sugestivo de malignidad en paciente con osteocondromatosis múltiple de nuevo diagnóstico. Introducción: El lipoma pleomórfico es una tumoración de partes blandas, poco frecuente, de comportamiento pseudosarcomatoso. Aparece con mayor frecuencia en el tejido celular subcutáneo de la región cervico-escapular. Es más frecuente en varones (4:1) y en edades comprendidas entre los 50 y 70 años. Su pleomorfismo le confiere características que semejan malignidad, llevando a un diagnóstico diferencial a partir del estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico, esenciales para su correcto diagnóstico y abordaje. Su extirpación quirúrgica con márgenes libres de enfermedad llevan a la curación sin recidivas en la mayoría de los casos.

**Materiales y métodos:** Varón de 56 años derivado a urgencias por su médico de atención primaria por lesión de 20 años de evolución que ha comenzado a crecer rápidamente en el último año. En la exploración se advierte tumoración de 19cm x 18cm x 14,4cm de tamaño en región escapular izquierda con zonas de isquemia y sangrado. Clínicamente presenta sangrado activo con focos de necrosis en la tumoración y limitación importante de la movilidad del hombro izquierdo. Se le realiza una resonancia magnética que describe hallazgos compatibles con tumoración de estirpe grasa altamente sugestiva de malignidad, probable liposarcoma. Presenta posible adenopatía metastásica a nivel axilar y alteraciones óseas compatibles con osteocondromatosis múltiple. Se realiza biopsia de aguja gruesa ecoguiada con resultado sugestivo de lipoma pleomórfico.

**Resultados:** Se interviene de forma programada mediante exéresis de la lesión e implante de piel parcial mallado 1:3 obtenido de cara lateral de muslo izquierdo. Tras la cirugía se valora la pieza por anatomía patológica que describe tumoración lipomatosa pediculada de 3110g de peso y 20cm x 15cm de tamaño, confirmando el resultado de lipoma pleomórfico. La inmunohistoquímica revela inmunorreactividad intensa para CD34 y S100. El estudio molecular de FISH para el gen MDM2 resultó no amplificado. El paciente es dado de alta y seguido en consultas externas con buena evolución del injerto. Es seguido por rehabilitación para recuperación progresiva de la movilidad del hombro. Conclusiones: El lipoma pleomórfico puede simular lesiones malignas de partes blandas en cuanto a forma de presentación y crecimiento dando lugar, a veces, a un diagnóstico erróneo. Es importante establecer un correcto diagnóstico anatomopatológico y adecuadas pruebas de imagen antes de cualquier intervención quirúrgica. La cirugía con márgenes libres de enfermedad permite la curación y evita la recidiva en la mayoría de los casos.





## Comunicaciones Póster

### PERFORACIÓN DE ESÓFAGO CERVICAL POR CUERPO EXTRAÑO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lenza Trigo Patricia; Vázquez González Irene; García Melón Abel; Ocharán Puell María Claudia;  
Couselo Villanueva José Manuel; Gómez Gegúndez Carlos; Monjero Ares Inmaculada;  
González López Rocío; Martínez Míguez Marta; Anguita Ramos Francisco Javier; Conde Vales José. (\*)

(\*) Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** La perforación esofágica es una patología poco frecuente, pero con alta morbimortalidad. La clínica es variada, fundamentalmente dependiendo de la localización, duración y tamaño de la perforación. Su pronóstico depende del rápido diagnóstico y manejo.

**EXPOSICIÓN DEL CASO:** Varón de 58 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por disfagia de 5 días de evolución tanto para sólidos como líquidos, acompañada de pérdida de peso y secreciones mucopurulentas. A la exploración física el paciente presentaba febrícula, abundantes secreciones mucopurulentas, roncus dispersos a la auscultación pulmonar y exploración abdominal anodina. En la analítica presentaba leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Con la sospecha diagnóstica de impactación esofágica se solicita gastroscopia en la se objetiva cuerpo extraño (concha de molusco) a nivel de esófago cervical, con imposibilidad para desimpactación. Se solicita TC cervicotorácico observándose engrosamiento de luz de esófago cervical con perforación de pared lateral derecha con cuerpo extraño que mide 3 x 3 cms e importante enfisema subcutáneo. Ante esta situación clínico-radiológica se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza cervicotomía lateral derecha objetivándose perforación de esófago cervical de aproximadamente 4 cms en la que se aloja cuerpo extraño. Se realiza extracción de cuerpo extraño, sutura de perforación y refuerzo con colgajo de músculos pretiroideos derechos.

**DISCUSIÓN:** La perforación esofágica es una patología poco frecuente pero potencialmente grave. En cuanto a la etiología, la más frecuente es la iatrogénica en la cual se engloba la debida a procedimientos endoscópicos, colocación traumática de sonda nasogástrica, cirugía de tiroides, de columna cervical y/o torácica y cirugía esofagogástrica. Con menos frecuencia, otra etiología posible es la ruptura espontánea o Síndrome de Boerhaave, la perforación por cuerpo extraño y el traumatismo penetrante o cerrado. Puede debutar con sintomatología muy diversa como dolor torácico o cervical, según la localización de la perforación, disfagia, presencia de enfisema subcutáneo, disminución del murmullo vesicular en el hemitórax ipsilateral en perforaciones de esófago torácico, etc. Entre las pruebas complementarias a solicitar en primer lugar tenemos el TC, el cual nos permite confirmar el diagnóstico, localizar la lesión y sus complicaciones. Según hallazgos puede completarse el estudio con gastroscopia. En cuanto a su tratamiento se debe tener en cuenta la situación clínica del paciente, la localización de la perforación, el tiempo de evolución, la existencia de patología esofágica subyacente



# REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia

SOCIGA

y la experiencia en manejo de perforación esofágica. El objetivo es cerrar la perforación, garantizar el tránsito gastrointestinal, frenar la contaminación mediastínica y controlar el posible foco séptico. Suele llevarse a cabo un manejo quirúrgico realizando sutura esofágica, la fistulización dirigida, la resección o incluso en determinados casos la exclusión esofágica. En pacientes clínica y hemodinámicamente estables puede plantearse manejo médico con vigilancia exhaustiva. Las técnicas endoscópicas también tienen cabida en esta patología permitiendo un manejo mínimamente invasivo. Como conclusión, la perforación esofágica es una patología poco frecuente, pero con alta morbimortalidad que requiere un rápido diagnóstico y manejo para asegurar la estabilidad clínica del paciente y garantizar la integridad del tubo digestivo.



## Comunicaciones Póster

### CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO: NO TODO LO QUE PARECE ES NI TODO LO QUE ES PARECE

Lladró Esteve Miguel; Cordovés Weiler Iván; Otalora Mazuela Leire; Castroda Copa David;  
Pascual Gallego Miguel; Carrera Dacosta Ester; Ballinas Miranda Julio Roberto;  
Parajó Calvo Alberto Eduardo. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** El abdomen agudo consiste en un cuadro de instauración brusca, que se asocia a signos y síntomas abdominales y donde el dolor es la característica más importante. Representa la causa más frecuente de consulta quirúrgica en un servicio de urgencias. Presentamos un caso infrecuente de abdomen agudo con el objetivo de mostrar que debemos ser muy exhaustivos con el diagnóstico diferencial para lograr un correcto diagnóstico y manejo de la patología abdominal.

**Material y métodos:** Varón de 51 años diagnosticado en 2005 de leucemia mieloide crónica (LMC). Sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Acude a urgencias por dolor abdominal de 12h de evolución localizado en flanco derecho. Sin alteraciones del ritmo intestinal. Presenta a la exploración dolor y defensa localizada, solicitándose TAC abdomino-pélvico y evidenciando: útero atrófico y masa quística supravesical torsionada. Al reevaluar al paciente nos damos cuenta de que presentaba agenesia testicular, conocido ya por él mismo pero que nunca había consultado por ese motivo. Se realizó laparotomía exploradora urgente, identificando útero y ovarios atróficos y a nivel de ovario izquierdo masa quística de 15x7 cm que provocaba torsión de la trompa. Se realizó ooforectomía bilateral. Durante el ingreso es valorado por endocrino siendo diagnosticado de una hiperplasia suprarrenal congénita. El paciente evolucionó favorablemente, fue dado de alta al 5º día postoperatorio. Seguimiento en consultas de Endocrino desde entonces.

**RESULTADOS:** La hiperplasia suprarrenal congénita agrupa un conjunto de enfermedades de herencia autosómica recesiva caracterizadas por la alteración en la síntesis del cortisol debido a un defecto enzimático. Existen varias formas clínicas de más severa a más leve: pierde-sal, virilizante simple y no clásica. La forma virilizante simple se caracteriza por grados de virilización en sujetos femeninos 46 XX presentándose al nacimiento con genitales ambiguos. En este caso al paciente se le asignó género masculino, rol que ha desempeñado toda su vida y con el que se identifica. Este trastorno se diagnostica por la elevación del precursor 17-hidroxiprogesterona. En nuestro paciente el resultado fue de 139,8 ng/ml siendo su rango de normalidad 0.63-2.15 y el cariotipo mostro una fórmula 45XX (13,14).

**Conclusiones:** La hiperplasia suprarrenal congénita en la actualidad es poco frecuente el diagnóstico en la edad adulta. El fenotipo de los pacientes en patologías con trastornos del desarrollo sexual puede condicionarnos un juicio clínico incorrecto, por lo que debemos ser muy exhaustivos en la anamnesis y la exploración.



## Comunicaciones Póster

### DIVERTICULITIS AGUDA, NO TODO ES LO QUE PARECE

Lenza Trigo Patricia; Vazquez González Irene; García Melón Abel; Ocharán Puell Mariaclaudia;  
Martínez Míguez Marta; Muínelo Lorenzo Manuel; Anguita Ramos Francisco Javier;  
González López Rocío; Maseda Díaz Olga; Conde Vales José. (\*)

(\*) Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Presentar un caso clínico sobre diverticulitis aguda complicada con pyleflebitis que inicialmente evoluciona favorablemente con antibioterapia pero que acaba desarrollando un shock séptico.

**Caso clínico:** Paciente varón de 65 años, sin enfermedades de interés que ingresa en la Unidad de Enfermedades Infecciosas por fiebre de origen desconocido. Presenta bacteriemia aislándose en hemocultivos E. Coli, S Anginosus y Fusobacterium Necrophorum que se maneja con antibioterapia ajustada a antibiograma. En TC se diagnostica de diverticulitis aguda asociada a pyleflebitis en rama venosa de mesentérica inferior. El paciente evoluciona favorablemente con manejo médico y es dado de alta a los 10 días. A las 24 horas del alta reingresa en UCI con shock séptico. Solicitan valoración a la guardia de Cirugía General indicándose realización de nuevo TC abdominal, presentando hallazgos similares al previo. Se decide intervención quirúrgica urgente, objetivándose diverticulitis aguda no perforada, sin peritonitis ni colecciones, y realizándose sigmoidectomía tipo Hartmann. El paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones.

**Discusión y conclusiones:** La diverticulitis aguda es una patología inflamatoria-infecciosa frecuente cuya prevalencia aumenta con la edad, estimándose una prevalencia de entre el 5-10% alrededor de la cuarta y quinta décadas, del 30% alrededor de los 60ª, y entre el 65 y el 80% a partir de la séptima década de vida.(1) La prueba gold-standard para su diagnóstico es el TC (1,2) y actualmente existen varias clasificaciones en función de los hallazgos radiológicos que permiten estadificar la gravedad y protocolizar el tratamiento, pero el manejo del paciente siempre dependerá de su estado clínico. (3) La pyleflebitis se caracteriza por la inflamación y tromboflebitis séptica del sistema venoso mesentérico y portal. Se trata de una complicación poco frecuente, con una prevalencia de aprox el 3%, pero grave pudiendo evolucionar a shock séptico, con alta mortalidad, estimada en un 25% según varios autores. (4) La causa más frecuente de pyleflebitis en la actualidad es la diverticulitis aguda. Los pilares del tratamiento son antibioterapia, control del foco y valorar inicio de anticoagulación.

#### Bibliografía:

1. López de los Reyes R, Fernández Blanco C, Monjero Ares I, Paz NovoM, Seoane Antelo J, Núñez Fernández S, et al. DIVERTICULITIS. SOCIGA:1-28.
2. Balthazar E, Gollapudi P. Septic Thrombophlebitis of the Mesenteric and Portal Veins: CT Imaging. J Comput Assist Tomogr. 24(5):755-60.
3. Azkárate I, Ruiz I, Beguiristain A, Zabarte M, Sebastián R, San Martín EI. Pyleflebitis secundaria a diverticulitis. Med Intensiva. 2004;28(6):329-31.
4. Plemmons RM, Dooley DP, Longfield RN. Septic Thrombophlebitis of the Portal Vein (Pylephlebitis): Diagnosis and Management in the Modern Era. Clin Infect Dis [Internet]. 1995;21(5):1114-20.



## Comunicaciones Póster

### TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST). PROPÓSITO DE UN CASO

A

Alberca Remigio Claudia; Núñez Fernández Sandra; Rodríguez Outeiriño Alejandro, Reinoso Hermida Ayla; Estrada López Carlos Roberto; Martínez Martínez Carmen; García García Manuel. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias mesenquimales poco frecuentes del tracto gastrointestinal, que habitualmente se presentan en estómago o intestino delgado.

**Material y métodos:** Varón de 17 años sin antecedentes de interés, que ingresa por astenia y con una analítica con hemoglobina de 6.6 g/dL, VCM 83.4 fL, hierro <10 µg/dL y ferritina 5 ng/mL. Se realiza una gastroscopia y colonoscopia sin hallazgos diagnosticándose de anemia ferropénica. Mediante una cápsula endoscópica se visualiza en yeyuno proximal una lesión sobrelevada de unos 10 mm con área central deprimida compatible con lesión subepitelial. Se realiza TC abdominopélvico donde se objetiva una masa en pelvis de 48x74x65 mm en íntimo contacto con asas de intestino delgado, sugestivo de GIST. Mediante abordaje laparoscópico se evidencia tumoración de 10x7 cm hipervascularizada que depende del yeyuno medio sin infiltrar mesenterio. Se realiza resección yeyunal laparoscópica con anastomosis latero-lateral mecánica. El estudio de Anatomía patológica revela un GIST de naturaleza mesenquimal, con inmunohistoquímica positiva para CD117 (c-kit) y DOG-1; y negativa para actina, calponina, S-100, GFAP, CD34 y neurofilamentos, un Ki-67 menor del 10% y un índice mitótico < de 5 por 50 (C.G.A). Margen R0. Se decide tratamiento adyuvante con imatinib. Se realiza TC de control en el que no se visualizan adenopatías patológicas ni restos de la masa pélvica.

**Discusión:** Los GIST son tumores infrecuentes, localizándose más frecuentemente en estómago (40-60%) y en yeyuno/íleon (25-30%) pudiendo aparecer en cualquier porción del tracto gastrointestinal. Suelen afectar a adultos entre 65 y 69 años, y de manera menos habitual a adultos jóvenes y niños. La mayoría de estos tumores en adultos se presentan de manera asintomática, y en menor medida con síntomas inespecíficos como saciedad precoz u obstrucción gastrointestinal. En adultos jóvenes y niños es común que produzcan sangrado gastrointestinal y anemia. La mayoría son esporádicos y un 5% se asocian a síndromes genéticos. Las alteraciones moleculares que se encuentran de manera habitual en los GIST son mutaciones en KIT, en el PDGFRA, y en SDH; siendo el 95% positivos para c-kit (CD117). En el diagnóstico utilizamos TC y estudios endoscópicos. Debemos realizar diagnóstico diferencial con otras neoplasias mesenquimales y en adultos jóvenes con divertículo de Meckel. Respecto a la estrategia quirúrgica para el tratamiento de estos tumores destacar que el fraccionamiento del tumor implica un pronóstico desfavorable provocando una sarcomatosis inaccesible a tratamiento curativo; de rutina no está justificado el vaciamiento ganglionar debido a su invasión infrecuente. Como tratamiento complementario es posible utilizar el imatinib. Algunos factores pronósticos son la presencia o no de metástasis peritoneales o mesentéricas y la radicalidad quirúrgica.

**Conclusiones:** Los GIST son tumores con una baja incidencia. Es importante su diagnóstico diferencial con otras neoplasias mesenquimales, combinando para ello las pruebas de imagen con el estudio inmunohistoquímico. Su tratamiento es predominantemente quirúrgico combinándose con el tratamiento oncológico, siendo clave la no fragmentación del mismo durante la intervención.



## Comunicaciones Póster

### MARCAJE DE LESIONES TUMORALES DE LA MAMA MEDIANTE SEMILLA MAGNÉTICA (MAGSEED®-SENTIMAG®)

Onaindia E; González Vinagre S; Calvache AI; Vidal B; Seoane M; Espiñeira P; Pérez E; Diéguez M;  
Bustamante M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** El marcaje de las lesiones tumorales no palpables de la mama ha supuesto un importante avance en la cirugía conservadora de la mama. En la actualidad disponemos de diversos tipos de marcadores, cada uno de ellos con sus ventajas e inconvenientes. Presentamos nuestra experiencia inicial con el marcaje mediante semilla magnética.

**Material y métodos:** Entre agosto y octubre de 2022 intervinimos 4 pacientes empleando esta técnica de marcaje. Tres de las pacientes se sometieron a cirugía conservadora y una a cirugía oncoplastica. Además de la comodidad de la implantación, la principal ventaja del sistema radica en que permite hacer una estimación en quirófano de la distancia de la sonda a la semilla, ofreciendo información muy útil a la hora de valorar los márgenes quirúrgicos de forma previa a su estudio intraoperatorio. El principal inconveniente es la imposibilidad de emplear separadores metálicos durante el sondeo, ya que distorsionan el electromagnetismo. Se realiza una revisión de la literatura a fin de reunir la evidencia disponible para su empleo.

**Resultados:** El sistema fue empleado sin dificultad, tanto por parte de radiólogos como de cirujanos. Las piezas obtenidas presentaron márgenes quirúrgicos adecuados. No se dieron migraciones del marcador ni pérdidas de señal. En un estudio en 620 pacientes realizado por el Massachusetts General Hospital, las tasas de ampliación de márgenes fueron no inferiores al arpón. En un análisis agrupado de 1559 procedimientos (Tayeh et al.), se registró un 13.9% de ampliaciones de márgenes y cifras en torno al 99% de éxito en implantación y recuperación del marcador.

**Conclusiones:** En nuestro centro utilizamos habitualmente el arpón para localizar lesiones mamarias no palpables. La semilla magnética es una opción válida, ampliamente utilizada en otros centros, que presenta ventajas atractivas para el marcaje de este tipo de lesiones tumorales de la mama. Nuestra corta experiencia con su uso ha sido satisfactoria. En las principales series publicadas hasta la fecha, es comparable en resultados a los marcadores convencionales, aunque se requieren más estudios para consolidar sus indicaciones y extender su empleo.



### Comunicaciones Póster

## SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES, UN GRAN ALIADO

Busto Hermida Leticia; Provedo del Valle Diego; Matías Beteta Gabriel; Hernández García Lisandro David; Salgado Álvarez Rocío; Vázquez Bouzán Raquel; Climent Aira Antonio. (\*)

(\*) Hospital Ribera Povisa. Vigo.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Se han descrito en la literatura numerosas técnicas para la reparación de eventraciones complejas, por lo que nuestro objetivo es analizar y evaluar los resultados obtenidos en pacientes intervenidos mediante la técnica de separación de componentes con liberación del músculo transversal (TAR) en nuestro centro. Esta técnica permite la movilización de grandes colgajos miofasciocutáneos para el cierre de grandes defectos.

**Materiales y métodos:** Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes intervenidos de eventraciones complejas mediante la técnica TAR con la modificación de Madrid, down to up, desde noviembre de 2020 a octubre de 2022 en la Unidad de Pared del Hospital Ribera Povisa de Vigo. En la base de datos se recogió información descriptiva de los pacientes, detalles quirúrgicos, complicaciones locales y sistémicas y el seguimiento en consulta. En todos los casos se realizó un estudio preoperatorio con TC para medir las dimensiones del defecto.

**Resultados:** Se han incluido un total de 11 pacientes con una edad media de  $68 \pm 11$  años, siendo el 54,55% mujeres. En cuanto a las comorbilidades registradas, el IMC fue de  $28 \pm 4$  kg/m<sup>2</sup>, dos eran diabéticos, uno tenía EPOC, uno era fumador activo, ningún paciente estaba anticoagulado, uno era portador de ostomía y ninguno presentaba lesiones dérmicas. Además, todos tenían un riesgo ASA 2, excepto tres que eran ASA 3. Todos habían sido previamente intervenidos a nivel abdominal. Según la clasificación de la European Hernia Society (EHS), cinco eran de tipo M, cinco de tipo L y uno mixto. La medida del defecto fue de  $15 \pm 10$  cm. Cuatro pacientes presentaban eventraciones recidivadas, siendo tres de ellos previamente portadores de mallas. Las intervenciones fueron realizadas de forma programada. Tres pacientes fueron candidatos a tratamiento preoperatorio con toxina botulínica (TB) usando la técnica de Ibarra Urtago. No se realizó neumoperitoneo preoperatorio, ya que de momento no se aplica en nuestro centro. La técnica de reparación más utilizada fue el TAR, siendo cinco bilaterales y cuatro unilaterales, y a mayores se realizaron dos Rives-TAR unilateral. Los tipos de malla más usados para la reparación fueron los siguientes: BIO A (12) y Prolene (12). En el 63,6% fue posible el cierre de la fascia anterior del recto del abdomen, en el resto fue necesario realizar un puenteo con malla que fue de un tamaño medio de  $7 \pm 3$  cm. El tiempo medio por cada intervención fue de  $170 \pm 46$  minutos. En cuanto al postoperatorio, el tiempo medio de estancia fue de  $5 \pm 1$  días y la retirada del último drenaje fue a los  $11 \pm 4$  días. El 100% de los pacientes fue dado de alta hospitalaria sin complicaciones, aunque posteriormente en un paciente se evidenciaron complicaciones locales (infección de herida quirúrgica por Staphylococcus epidermidis). Actualmente, tres de ellos han sido dados de alta de consulta y el resto permanecen en seguimiento. No se han registrado hasta el momento reingresos ni recidivas.

**Conclusiones:** La separación posterior de componentes permite alcanzar una gran disección retromuscular y preperitoneal para extender las mallas y así prevenir las recidivas. El TAR es un método seguro y reproducible para la reparación de grandes defectos con baja morbilidad y recidivas.



## Comunicaciones Póster

### TUMORES DESMOIDES. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Acitores I; Puñal JA; Beiras C; Blanco MN; Gamborino E; Arcila RJ; Bustamante M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Los tumores desmoides se describen como una proliferación fibroblástica monoclonal que presenta agresividad local sin potencial de metástasis. Pertenecen al grupo de los tumores del tejido conectivo como los sarcomas y los fibromas. El grupo más vulnerable para el desarrollo de este tipo de tumores son los adultos entre 15 y 60 años, siendo predominantes en el sexo femenino. Si bien la mayoría de estos tumores (85%) surgen de manera esporádica, existe una relación estadísticamente significativa entre el padecimiento de poliposis adenomatosa familiar o síndrome de Gardner, y su aparición. Se relacionan con el embarazo (se asocian niveles de estrógeno altos) y con el antecedente de traumatismo (debido a la conexión molecular entre los trastornos proliferativos del tejido mesenquimatoso y el proceso cicatricial). A nivel molecular, destaca la participación de los genes APC y CTNNB1 de la beta-catenina. Presentan un comportamiento clínico variable, si bien la mayoría son diagnosticados debido a la aparición de una masa indolora de crecimiento lento. El diagnóstico de los tumores desmoides es principalmente histológico, aunque son necesarios estudios de imagen para evaluar su resecabilidad. El enfoque terapéutico es variable debido a su comportamiento impredecible, por lo que existen diversas opciones válidas para su manejo. Se puede optar por la vigilancia activa en aquellos tumores donde exista bajo riesgo de progresión. También se puede emplear terapia sistémica. La cirugía aparece como terapia alternativa en pacientes sintomáticos o ante el fracaso de la terapia sistémica; y tiene como objetivo la resección completa del tumor con márgenes microscópicos negativos. La radioterapia constituye una opción para aquellos pacientes no candidatos a cirugía con vaga respuesta al tratamiento sistémico.

**Material y método:** Paciente mujer de 37 años, sin antecedentes médicos de interés, incluyendo ausencia de historia familiar y personal de poliposis y cáncer de colon, intervenida previamente de cesárea y conización, acude a consulta de Cirugía General y Digestiva por presencia de tumoración abdominal sensible a la palpación pero que no produce dolor espontáneo. A la exploración, se puede describir una tumoración intraabdominal de 4 cm aproximadamente de consistencia firme, móvil y bordes bien delimitados en la región paraumbilical derecha, que la paciente relaciona con varios episodios de náuseas y vómitos que padece desde hace un mes. Se indica la realización de TC abdominal sin/con contraste para detallar las características de la lesión donde se obtiene como resultado la presencia de una masa sólida mesentérica paraumbilical derecha que contacta con el colon transversal y tercera porción de duodeno. Ante la sospecha de tumor desmoide, se realiza BAG bajo control radiológico de la masa abdominal, donde se describe fibromatosis desmoide con inmunorreactividad nuclear focal en el componente tumoral para b-catenina. Se decide tratamiento sistémico con Pazopanib sin obtener resultados y produciéndose la progresión clínica y radiológica de la lesión.





# REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia

SOCIGA

**Resultados:** Se realiza hemicolectomía derecha ampliada a la mitad derecha del colon transversal con resección en cuña de la tercera porción duodenal debido a la localización del tumor en el colon ascendente con infiltración del duodeno (causa probable de cuadro suboclusivo). Se realiza la disección de los vasos mesentéricos, englobados en el tumor, pero no infiltrados.

**Conclusión:** Los tumores desmoides constituyen una entidad poco frecuente en la población general sin criterios de abordaje definidos, por lo que el enfoque de su tratamiento debe consensuarse en el seno de un comité multidisciplinar, donde la decisión quirúrgica y la atención del paciente sea individualizada y se adapte a las necesidades de este, pudiéndose modificar conforme evolucione la enfermedad.



## Comunicaciones Póster

### PeCOMA ¿TUMOR INFRECUENTE O POCO ESTUDIADO?

Nogueira Sixto M; Mesa Delgado S; Domínguez De Dios J; Álvarez Garrido N; Iglesias Trigo M; Senra del Rio P; Estévez Fernández S; Carracedo Iglesias R; Sánchez Santos R. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Los PeComas pancreáticos son tumores extremadamente infrecuentes, hasta la fecha se han documentado un total de 34 casos, 35 con el nuestro. Se trata de tumores compuestos histológica e inmunohistoquímicamente por células epiteloides perivacuolares que presentan de forma simultánea marcadores miogénicos y melanocíticos. Gracias al mayor conocimiento de estos tumores y la utilización sistemática de la inmunohistoquímica en el análisis anatomopatológico de las piezas quirúrgicas de tumores de difícil clasificación, el número de casos documentados ha incrementado exponencialmente en la última década (29 de los 35 conocidos). Esto hace sospechar que esta neoplasia tiene una incidencia mayor de la descrita hasta la fecha. El objetivo de esta comunicación es utilizar un caso clínico propio para dar a conocer esta infrecuente entidad y actualizar su manejo.

**Material y métodos:** Búsqueda sistematizada en pubmed utilizando los términos MeSh: "Pecoma OR perivascular epitheloid cell tumor" AND "pancreas OR pancreatic". Se seleccionaron los artículos más relevantes para documentar el caso. Utilización de las imágenes diagnósticas y terapéuticas del caso clínico presentado.

**Resultados:** Varón de 68 años a estudio por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo de seis meses de evolución. En la TC abdominal realizada durante el estudio se aprecia, incidentalmente, una masa pancreática de 7.8cm que, tras completar los estudios, es caracterizada como tumor neuroendocrino T3N0M0. Se realiza una intervención de Whipple. El postoperatorio cursa sin incidencias y el paciente es dado de alta el 8º día postoperatorio. El análisis anatomopatológico demuestra un PeComa de 5.5cm. Los PeCOMAs generalmente presentan un comportamiento benigno, aunque tienen la capacidad de malignizar y producir metástasis a distancia. Ni el TC ni la RMN aportan datos concluyentes que nos permitan hacer un diagnóstico de certeza. La mejor aproximación diagnóstica consiste en la realización de una PAAF guiada por ecoendoscopia, no obstante, esta técnica no siempre permite alcanzar un diagnóstico de certeza. El tratamiento de elección consiste en la cirugía, principalmente intervención de Whipple o pancreatocetomía distal, según la localización del tumor. En aquellos casos en los que la neoplasia cumpla con los criterios de malignidad establecidos por Folpe et al. debe valorarse el tratamiento adyuvante siendo los inhibidores de m-TOR (sirolimus) el tratamiento que ha demostrado mayor eficacia, aunque la experiencia en su utilización es muy limitada. En cualquier caso, dado lo desconocido de la enfermedad, es necesario un estrecho seguimiento con TC abdominales periódicas para descartar la progresión de la enfermedad.

**Conclusiones:** El PeComa pancreático es un tumor que podría presentar una prevalencia superior a la esperada, que, además, tiene capacidad de malignización. Esta neoplasia puede disminuir la esperanza de vida de los pacientes que la sufren. Un correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento pueden curar y/o controlar la evolución de esta enfermedad. Es necesario documentar más casos para poder establecer el manejo óptimo de estos tumores. Por ello consideramos necesaria la difusión de su existencia y del mejor manejo conocido hasta el momento.



## Comunicaciones Póster

### CASOS INFRECIENTES: HERNIA PARADUODENAL DE LANDZERT

Iglesias Porto Eva; Varela Ferro Cristian; Medina López Inma; Delgado Andrés Miguel;  
Fuentes Sorrivias Manuel. (\*)

(\*) Hospital Público de Monforte de Lemos.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Las hernias internas producen menos del 1% de las obstrucciones intestinales; y de estas, las hernias paraduodenales (HP) representan más del 50%. Su origen es congénito, producto de una embriogénesis defectuosa. Se clasifican según la dirección del asa intestinal herniada, derechas e izquierdas. El riesgo de desarrollar una obstrucción y perforación intestinal a lo largo de la vida es del 50%. El tratamiento debe de ser quirúrgico y preferente para evitar una isquemia y perforación, con una elevada mortalidad (30-50%).

**Material y métodos:** Se trata de una mujer de 72 años que acude a urgencias por cuadro progresivo de dolor epigástrico, vómitos y astenia de casi un mes de evolución. A la exploración, abdomen ligeramente distendido con dolor sin defensa y sensación de masa centroabdominal. En el TC abdominal se objetiva estómago y duodeno dilatados con cambio de calibre en ángulo de Treitz y asas yeyunales proximales con pared engrosada; saco herniario mesentérico de grandes dimensiones (210 mm) con apelonamiento de asas de ID y líquido libre en pelvis. Hallazgos radiológicos compatibles con HP izquierda.

**Resultados:** Se lleva a cabo laparotomía exploradora con hallazgo de gran HP izquierda, que contiene la práctica totalidad del paquete intestinal con líquido libre y dilatación de asas en su interior. Se realiza apertura y resección parcial del saco, con liberación de todas las asas intestinales desde el Treitz hasta la válvula ileocecal, seccionando el anillo herniario a la apertura del saco sin complicaciones. Buena evolución postoperatoria.

**Conclusiones:** Una hernia interna se define como aquella protusión de una víscera a través de una apertura peritoneal o mesentérica que conduce a su encapsulación. En la 3ª fase de la rotación intestinal, se fusionan las capas del peritoneo posterior y la pared abdominal con la raíz del mesenterio. Si durante esta fase los espacios peritoneales laxos que han permitido la migración intestinal, no se obliteran, se crea un orificio herniario y un saco que se cubre con peritoneo. En el caso de la HP, el saco herniario está formado por tejido peritoneal desarrollado anormalmente a medida que el mesocolon ascendente o descendente se van fusionando con la pared peritoneal posterior. Son más frecuentes en varones y en el lado izquierdo. La HP izquierda, también conocida como de Landzert, se origina en la fosa de Landzert. Su anillo generalmente se encuentra en la parte posterior de la VMI y de la arteria cólica izquierda a la altura de la flexura duodenoyeyunal. Una incisión en la parte inferior del anillo evita las lesiones vasculares.

Su clínica varía desde asintomáticos a una obstrucción intestinal completa. Más a menudo cursan con episodios de náuseas, vómitos y dolor abdominal no filiado. El examen físico puede ser desde normal a una sensación de masa palpable o signos de obstrucción. En el momento agudo el TC puede mostrar un encapsulamiento del intestino delgado en la parte superior. En las hernias internas, el mejor tratamiento es el quirúrgico. Los pasos son reducción del contenido y cierre del defecto. En nuestro caso, al tratarse de un saco de tan grandes dimensiones resultó preciso seccionarlo y resecarlo parcialmente, abriendo así el anillo, para facilitar la exposición y poder resolver el cuadro.



## Comunicaciones Póster

### ANGIOMIXOMA AGRESIVO: DOS MANIFESTACIONES DE UNA RARA ENTIDAD

Rodríguez Rojo; Rey Simó; Guerreiro Caamaño; López Domínguez; Robla Álvarez;  
Iglesias de Ussel Galarreta; Noguera Aguilar. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** El angiomixoma agresivo es un raro tumor mesenquimal localmente agresivo extremadamente raro en el varón. Estos tumores aparecen, normalmente, en localización pélvica o perineal en mujeres en edad fértil. En el varón, se han descrito casos en escroto y región inguinal y normalmente a una edad más tardía. El diagnóstico suele ser histológico tras la resección quirúrgica, ya que no produce sintomatología específica que facilite su detección clínica. Si bien suele comportarse como un tumor benigno y es rara la presencia de metástasis, tiene una alta tasa de recurrencia local por lo que la primera línea de tratamiento generalmente es la cirugía con exéresis amplia del tumor.

**Material y métodos:** Se presentan dos casos de angiomixomas agresivos. 1. Varón de 68 años, programado para intervención quirúrgica por hernia inguinal derecha. Durante la intervención se evidencia una estructura quística en cordón espermático que se reseca y envía para estudio anatomopatológico diferido, tras completar la hernioplastia. 2. Varón de 60 años, que consulta por molestias abdominales y sensación de distensión abdominal por lo que se realizan TC y RM con hallazgos compatibles con sarcoma retroperitoneal magno. A la exploración física, se palpa difícilmente la masa y no se evidencian hallazgos patológicos al tacto rectal.

**Resultado:** 1. Acude posteriormente a revisión, identificando un angiomixoma agresivo (profundo) en cordón espermático en el informe anatomopatológico. Dado este resultado, se decide derivar a Urología, decidiendo exéresis de cordón espermático y testículo derechos por vía laparoscópica e inguinal. En la revisión postoperatoria, el paciente se encuentra asintomático con buena evolución y con resultados histológicos en la pieza reseçada de restos microscópicos de angiomixoma en cordón, bordes quirúrgicos libres y testículo y anejos sin alteraciones. 2. En quirófano evidenciamos una gran tumoración retroperitoneal invadiendo el sigma y recto medio y adherida a la glándula seminal derecha. Se realiza una resección R0 y una resección anterior baja con colostomía de protección. Durante el postoperatorio requirió sondaje vesical por una posible lesión del plexo vesical. Posteriormente, reingresa por colección retrorrectal tratada con TNO. En el informe de AP se evidencia un tumor mesenquimal compatible con angiomixoma agresivo de 22 cm adyacente al recto, un adenoma tubulovelloso con focos de displasia de alto grado, otro adenoma tubular con displasia de bajo grado y un pólipo hiperplásico. Los márgenes de resección de intestino y rodetes no presentaron alteraciones significativas. Actualmente, el paciente presenta buena evolución, pendiente de cierre de la colostomía.

**Conclusiones:** El angiomixoma agresivo es un tumor raro, de naturaleza benigna pero localmente agresivo, que aparece sobre todo en mujeres premenopáusicas con una alta tasa de recurrencia local. No suelen presentar síntomas y, de hacerlo, suelen ser inespecíficos, por lo que su diagnóstico es difícil. Por lo tanto, ante una masa atípica pélvica o perineal en una mujer en edad reproductiva habría que plantearse el angiomixoma como posibilidad. Su tratamiento fundamental es la cirugía, con una resección lo más completa y radical posible.



### Comunicaciones Póster

## OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR PNEUMATOSIS INTESTINAL

Ocharán Puell M; Vázquez González I; García-Melón A; Lenza Trigo P; Anguita Ramos F; González López R; Martínez Míguez M; Conde Vales J. (\*)

(\*) Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Presentar un caso clínico de una patología poco frecuente y una de sus posibles complicaciones para realizar una revisión de la literatura actual.

**Exposición del caso:** Hombre de 83 años, con antecedentes de neumoperitoneo benigno secundario a neumatosis intestinal de años de evolución, que acude al Servicio de Urgencias por náuseas y vómitos desde hace 72 horas y ausencia de deposición en las últimas 48 horas. En la analítica destaca: leucocitosis, neutrofilia, PCR muy elevada y elevación de lactato. En la exploración física: tendencia a la hipotensión y taquicardia. Abdomen muy distendido con dolor difuso sin peritonismo. Se realiza Tomografía Computarizada (TC) abdomino-pélvica con contraste i.v.: donde se describe neumatosis intestinal ya conocida con cambio brusco de calibre en asa de intestino delgado, en relación con obstrucción intestinal y posible isquemia. Se decide manejo quirúrgico: se realiza laparotomía exploradora objetivando obstrucción intestinal secundaria a neumatosis intestinal, con desestructuración de la pared intestinal como se visualiza en las imágenes, por lo que se procede a resección del segmento de intestino delgado afecto y anastomosis primaria. El informe anatomopatológico confirma el diagnóstico. El paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio, encontrándose actualmente asintomático 14 meses después.

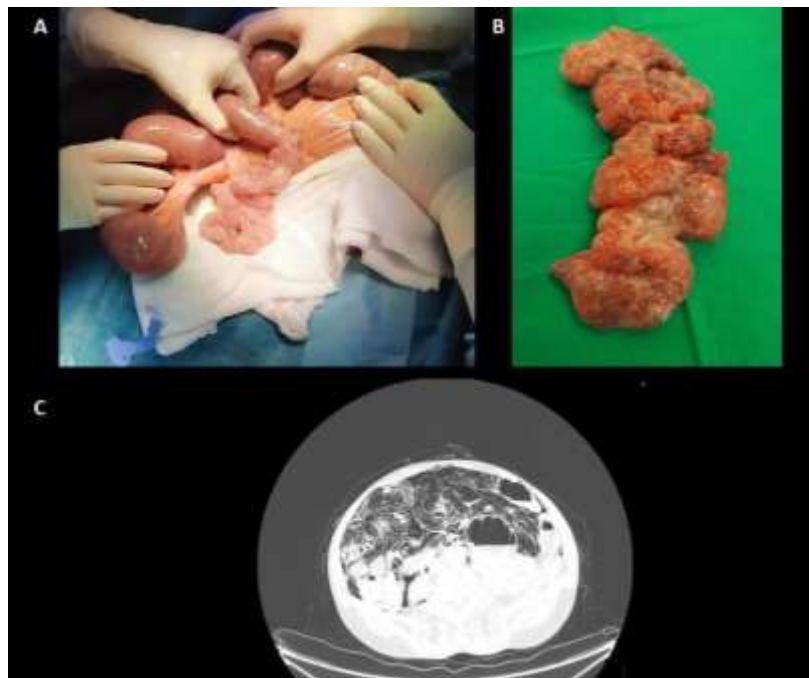
**Discusión:** La neumatosis intestinal se define como la presencia de gas dentro de la pared del intestino, esto consiste en quistes de contenido aéreo distribuidos en mucosa, submucosa y subserosa por cualquier área del intestino delgado o colon. Esta enfermedad puede ser de causa idiopática (15%) o secundaria (85%) a otras enfermedades gastrointestinales o de distinta índole, además puede ser causada por algunos fármacos. La localización más común de estos quistes son el colon, yeyuno o región ileocecal. La etiopatogenia se basa en distintas hipótesis: teoría mecánica, pulmonar y bacteriana. (1,2). Nuestro paciente presentaba un diagnóstico previo de paniculitis mesentérica para la cuál había sido pautaada corticoterapia de manera crónica, tratamiento que ha sido descrito como posible causa de esta enfermedad. Aunque inicialmente se mantuvo tratamiento conservador con seguimiento en consultas externas, el paciente desarrolló síntomas graves con una complicación aguda, motivo por el cuál fue necesario un manejo quirúrgico con resección de la porción afectada. (Fig. 1). Se han descrito complicaciones durante el seguimiento de neumatosis intestinal asintomática que incluyen la presencia de neumoperitoneo, vólvulo, obstrucción intestinal e isquemia intestinal entre otras. La decisión del manejo terapéutico debe individualizarse en cada paciente, teniendo en cuenta la estabilidad hemodinámica y la necesidad de manejo quirúrgico urgente. La presencia de otros signos



radiológicos como gas en la vena porta o pneumoperitoneo apoyan las distintas decisiones terapéuticas. (3,4)

**Conclusiones:** La pneumatosis intestinal es una enfermedad infrecuente, que puede ser benigna o secundaria a complicaciones de otras patologías. Es necesario el conocimiento de esta enfermedad para realizar un manejo terapéutico correcto. Se necesitan más estudios de esta patología para poder ampliar el conocimiento que se tiene actualmente sobre el tema, especialmente acerca del manejo conservador y sus posibles complicaciones.

### Anexos:



**Fig. 1.** A-B. Pieza quirúrgica de resección intestinal por pneumatosis intestinalis. C. Tomografía computarizada, en ventana pulmonar, mostrando contenido aéreo en pared de intestino delgado.

### Bibliografía:

1. Navajas Serena S, Santos Rodríguez A, Gala Moreno I, Poves Martínez E. Intestinal pneumatosis: a rare and misdiagnosed entity. *Rev Espanola Enfermedades Dig Organo Of Soc Espanola Patol Dig.* 2022;114(7):530-431.
2. St Peter SD, Abbas MA, Kelly KA. The spectrum of pneumatosis intestinalis. *Arch Surg Chic Ill* 1960. enero de 2003;138(1):68-75.
3. Ling F, Guo D, Zhu L. Pneumatosis cystoides intestinalis: a case report and literature review. *BMC Gastroenterol.* 2019; 19(1):176.
4. Balciscueta Coltell I, Álvarez Martínez D, Blanco González FJ. Neumatosis intestinal. Una causa poco frecuente de abdomen agudo. *Gastroenterol Hepatol.* 2019;42(9):557-8.



## Comunicaciones Póster

### CAMBIOS EN LOS CRITERIOS DE AMPLIACIÓN EN LA CIRUGÍA CONSERVADORA DEL CÁNCER DE MAMA Y SU REPERCUSIÓN EN LA RECIDIVA LOCAL DE NUESTRAS PACIENTES

Vidal B; Calvache A; Vinagre SG; Seoane M; Pérez E; Diéguez M; Onaindia E; Bustamante M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Conocer si la reintervención para ampliación de márgenes resulta beneficiosa p comparando las indicaciones previas con las recomendaciones actuales de la American Society of Breast Surgeons y NCCN y teniendo en cuenta nomogramas que definen factores de riesgo para márgenes positivos.

**Material y método:** Revisamos la historia clínica de las pacientes reintervenidas entre 2012 y 2016 (seguimiento mínimo 56 meses) tras una cirugía conservadora de cáncer de mama sin neoadyuvancia y seguida de radioterapia y tratamiento sistémico (hormonoterapia y/o quimioterapia) en el postoperatorio. Fueron 27 pacientes con tumor infiltrante en contacto con la tinta o intraductal a menos de 0,5 cm del borde, en el estudio anatomopatológico de la primera intervención (ya fuera en la pieza principal o en las ampliaciones del borde de la cavidad). Comparamos los resultados con las recomendaciones actuales (sólo ampliar los infiltrantes o su componente intraductal si estaban tocados por la tinta y en los intraductales puros con margen menor a 0,1 cm) y comprobamos su evolución a recidiva local o recaída metastásica. Recogimos los marcadores radiológicos y biológicos que pueden favorecer la aparición de margen afecto.

**Resultados:** La reintervención se hizo en una media de 23,7 (12-50) días desde la operación inicial. De las 27 pacientes, se encontró tumor en la reintervención en 18(66,6%) pacientes y no había tumor en 9(33,3%). Realizamos ampliación de márgenes en 16 (59%) en las que no se realizaría según el consenso actual (en 2 más sería discutible). En 10 de ellas se detectó algún foco, que no se hubiera extirpado si hubiésemos seguido esas recomendaciones. En 4 de estos casos había focos de tumor infiltrante, en el resto sólo intraductal. En los 6 restantes, en las que no se recomendaría ampliación actualmente, no se demostró foco residual. Hubo más de una reintervención en 9 (33%) pacientes porque los nuevos focos no tenían márgenes suficientes. Acabaron en mastectomía 12 (44%) pacientes. De las pacientes mastectomizadas, en 5 (41,7%) no se encontró tumor residual. Hasta el momento no se detectó ninguna recidiva local ni progresión metastásica.

**Conclusiones:** 1. Seguir los criterios de la American Society of Breast Surgeons y NCCN supone admitir que puede quedar tumor residual en el 37% de las pacientes que antes ampliábamos, aunque el tratamiento de radioterapia y sistémico postoperatorio podría ser suficiente para no aumentar la probabilidad de recurrencia. 2. No seguir esas recomendaciones puede suponer realizar una agresión quirúrgica innecesaria en un 22% de nuestras pacientes, que ni siquiera van a tener tumor residual. 3. Factores como la biología del tumor, la multifocalidad, la densidad de la mama y la longitud del borde tumoral más próximo pueden ayudarnos a individualizar casos y justificar ampliaciones fuera de estos criterios de consenso.