



Comunicaciones científicas póster

TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA BILIAR TRAS TRAUMATISMO DE ALTA ENERGÍA POR ACCIDENTE DE TRÁFICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Míguez González P, Diéguez Álvarez M, Arcila Bermúdez RJ, Prieto Carreiras L, Fernández Pérez JA, Varo Pérez E, Bustamante Montalvo M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Se presenta caso de un varón de 21 años que sufre traumatismo hepático de alta energía tras accidente de tráfico, que ocasiona lesión biliar central (tipo D de la clasificación de Nagano) con fístula biliar de elevado débito y aneurisma a nivel de la arteria hepática derecha. Hasta un 22% de los pacientes que sufren traumatismo hepático presentarán una fístula biliar. La afectación de las vías biliares tendrá diferente abordaje en función de si se trata de una lesión periférica o central. Se pretende arrojar luz sobre el difícil tratamiento de las fístulas biliares.

Materiales y métodos: Tras el accidente, el paciente es llevado a un hospital de segundo nivel próximo desde donde es trasladado a nuestro centro, tras comprobación de su estabilidad hemodinámica. En la imagen de TC se objetiva afectación de todos los segmentos hepáticos derechos (Grado IV de la AAST), sin datos de sangrado activo. Se decide ingreso en UCI para vigilancia estrecha. Tras tratamiento conservador inicial, se produce empeoramiento clínico. Se realiza TC y colangiografía RMN apreciándose biloma, lesión biliar central y aneurisma de la arteria hepática derecha. Se decide intervención quirúrgica urgente, donde se observa desestructuración catastrófica del segmento V y grave lesión de la placa hiliar, lo que prácticamente imposibilita la realización de una hepaticoyunostomía de forma segura. Se realiza segmentectomía atípica del V por la gran afectación y reparación de fuga biliar presente a nivel de ducto segmentario anterior derecho y del ducto izquierdo. Se deja así mismo, un drenaje torácico en el lecho quirúrgico para asegurar el drenaje biliar al exterior. Se realiza tratamiento conservador sobre el aneurisma de la arteria hepática derecha. En la semana siguiente, se produce una mejoría clínica y se coloca prótesis biliar plástica por CPRE para disminuir presión en el sistema biliar.

Resultados: Se produce una evolución satisfactoria del estado clínico en las semanas posteriores con reducción progresiva del débito de la fístula biliar, pasando de los 700 cc en los días postquirúrgicos inmediatos a cerca de 350 cc en menos de un mes. Durante el ingreso, se realizan controles radiológicos donde se aprecia la progresiva mejoría y la reducción del defecto postquirúrgico a nivel hepático. El paciente permanece ingresado durante cerca de tres meses, observándose una estabilización de la fístula biliar con débito prácticamente nulo tras ese tiempo y sin necesidad de una nueva intervención quirúrgica. Finalmente, es dado de Alta previa retirada de la prótesis biliar y del drenaje que permitía la exteriorización de la fístula.

Conclusiones: Las fugas biliares pueden ser tratadas conservadoramente en la mayoría de los casos, no obstante, en el caso de existir una lesión biliar central, la cirugía será necesaria. Pese a esto, se debe demorar la actuación quirúrgica hasta que se hayan resuelto las respuestas inflamatorias locales y sistémicas. Si se presenta una fístula biliar de débito alto es recomendable asegurar un correcto drenaje externo asociando la realización de CPRE para colocación de una prótesis biliar.



Comunicaciones científicas póster

FÍSTULA BILIOBRONQUIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Santos Vieitez L, Torres Díaz M, Gómez Área E, Robla Álvarez D, Rodríguez Rojo S,
López Domínguez C, Gómez Pasantes D, Aguirrezabalaga González J. (*)

(*)Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

RESUMEN:

Introducción: Descrita por primera vez en 1850 por Peacock, consiste en una comunicación anormal entre la vía biliar y el árbol bronquial. Puede ser congénita o adquirida, y ésta última es la más frecuente, estando dividida a su vez en tres etiologías causantes principales:

- Secundaria a trauma: la forma más común. Consecuencia de trauma penetrante que afectan a pulmón, diafragma derecho o hígado, o cirugía hepática o biliar, produciendo extravasación de contenido biliar al espacio pleural y provocando neumonitis química secundaria.
- Secundaria a patología hepática: las causas más comunes son absceso hepático amebiano y el quiste hidatídico, siendo éste último el responsable de hasta el 15% de FBB.
- Secundaria a obstrucción VB: litiasis, estenosis de la VB, neoplasias, etc.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico (síntoma patognomónico bilióptisis, acompañado de fiebre, ictericia, tos, dolor torácico, dolor abdominal o signos indirectos como derrame pleural/atelectasia o dilatación de la VB), apoyado en pruebas de imagen. Los métodos de mayor sensibilidad para determinar el diagnóstico son la CPRE y la colangiografía transhepática percutánea, así como la fistulografía, cuando es posible. La TAC y colangioRMN pueden demostrar igualmente, el trayecto fistuloso entre árbol biliar y bronquial. No existe tratamiento consensuado en el manejo de la FBB, siendo posible el manejo conservador con antibioterapia, drenaje percutáneo o endoscópico. La cirugía es el único tratamiento definitivo en caso de fracaso de los anteriores.

Caso clínico: Mujer de 62 años. Antecedentes personales: HTA. Dislipemia, TEP bilateral anticoagulado con HBPM, Adenocarcinoma de sigma EIV (enfermedad metastásica ganglionar y hepática) con 5 líneas de QMT paliativa. Diciembre 2020: colecistectomía + metasectomía del segmento III + embolización portal derecha. Febrero 2021: hepatectomía derecha. Complicación postquirúrgica: colección en lecho quirúrgico --> drenaje percutáneo. Mayo 2021: sigmoidectomía. Motivo de consulta: Tos, expectoración y fiebre. Exploración física: Expectoración de color marrónáceo. A la auscultación, hipoventilación en hemitórax derecho. Exploración abdominal sin alteraciones. Pruebas complementarias: Analítica: Bi 3,5. FA 835. GGT 545. Rx tórax: derrame pleural derecho. Opacidades basales derechas. TAC TAP: evolución favorable de colección postquirúrgica. Consolidación de base pulmonar derecha. PET-TAC: consolidación subpleural en base posterior derecha con incremento de la actividad metabólica, de aspecto infeccioso. Colangiografía transcatéter: comunicación entre colección hepática y árbol bronquial. Tratamiento: Antibioterapia de amplio espectro (Meropenem + Amikacina) y drenaje percutáneo de fístula broncobiliar.

Resultados: Tras drenaje percutáneo de FBB y tras completar antibioterapia intravenosa, la paciente presenta mejoría clínica importante, manteniéndose afebril y sin bilióptisis. Al alta, portadora de catéter de drenaje biliar cerrado. De manera ambulatoria, se realiza CPRE, sin evidenciar comunicación bilio-bronquial.

Conclusiones: Las FBB no son patologías frecuentes, pero sí conllevan una alta morbimortalidad para el paciente, por eso han de tenerse en cuenta en ciertos contextos como tras traumatismos penetrantes, cirugía hepática o biliar, ablación o drenajes percutáneos. Las pruebas de imagen más sensibles para el diagnóstico de la fístula broncobiliar son la CPRE y la colangiografía percutánea transhepática, aunque se puede identificar el trayecto fistuloso en TAC o colangioRMN. No existe un tratamiento estandarizado para la misma, pero las técnicas mínimamente invasivas como el drenaje percutáneo o endoscópico mediante CPRE, asociado a antibioterapia de amplio espectro, han demostrado su eficacia en esta patología. Sin embargo, la intervención quirúrgica puede ser necesaria en caso de fracaso del tratamiento conservador, como tratamiento definitivo de las mismas.



Comunicaciones científicas póster

TRASPLANTE HEPÁTICO ONCOLÓGICO POR METÁSTASIS DE ORIGEN COLORRECTAL: PRIMER CASO DOCUMENTADO EN NUESTRO CENTRO Y COMUNIDAD

López Domínguez C, Gómez Pasantes D, Rivas Polo JI. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario da Coruña.

RESUMEN:

Introducción: Clásicamente, el trasplante hepático se ha considerado contraindicado en el contexto de enfermedad metastásica hepática de origen colorrectal. En los últimos años, gracias a avances en el campo de la oncología y el trasplante, varios estudios han reabierto el debate acerca de su aplicación y potencial beneficio en la supervivencia de estos pacientes.

Material y métodos: Como parte del estudio clínico multicéntrico prospectivo TRASMETIR, presentamos el caso de una paciente con metástasis hepáticas irresecables por adenocarcinoma de sigma, sometida a trasplante hepático por primera vez bajo esta indicación en nuestro centro. Se trata de una paciente de 44 años sin antecedentes de interés que consulta por clínica de dispepsia y dolor abdominal. Es diagnosticada de adenocarcinoma estenosante de sigma con múltiples LOEs hepáticas bilobares compatibles con metástasis, según se confirma tras colonoscopia, estudio de extensión y biopsias correspondientes. Se detecta mutación en KRAS y se descarta otra afectación a distancia.

Resultados: Se inicia quimioterapia de inducción y mantenimiento con FOLFIRINOX + BEVACIZUMAB y FUFA + BEVACIZUMAB respectivamente, obteniéndose una respuesta radiológica parcial sostenida, con reducción del 30% del tamaño de las metástasis hasta un diámetro máximo < 2.5 cm. Un año tras el diagnóstico, se realiza cirugía del tumor primario mediante sigmoidectomía con anastomosis colorrectal (ypT3, ypN1a, ypM0), confirmando la irresecabilidad hepática. Continúa con quimioterapia adyuvante y estabilidad hepática radiológica, sin datos de progresión ni recidiva locorregional. El día 31/05/2023, dos años tras el diagnóstico, la paciente es sometida a un trasplante hepático que transcurre sin incidencias ni síndrome de reperfusión previa aplicación de terapia HOPE (perfusión oxigenada hipotérmica). La paciente es reintervenida a las 48 horas en contexto de fuga de la anastomosis biliar, reparada mediante reconfección de la misma. Sin otras complicaciones posteriores, es dada de alta al 27º día de ingreso. Se realiza último TAC de control el pasado 21/09/2023, sin datos de recurrencia tumoral.

Conclusiones: El trasplante hepático oncológico dentro de esta indicación se encuentra actualmente en estudio, habiendo demostrado resultados prometedores en términos de supervivencia respecto a opciones paliativas e incluso quirúrgicas en el caso de lesiones resecables, bajo unos adecuados criterios de selección. La aplicación de la terapia HOPE bajo el pretexto de trasplante oncológico y de acuerdo con su implicación en la disminución del daño oxidativo y síndrome de reperfusión, parece lograr menores tasas de recurrencia orgánica tumoral según estudios recientes, al tiempo que aumenta la viabilidad y disponibilidad de injertos para tal fin.



Comunicaciones científicas póster

REPARACIÓN DE HERNIA VENTRAL Y CIRUGÍA BARIÁTRICA: ¿QUIÉN VA PRIMERO?

Lenza Trigo P, Anguita Ramos FJ, González López R, Navarro Quirós G,
Vázquez González I, García Melón A, Ocharán Puell MC, Conde Vales J. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

RESUMEN:

Objetivos: Analizar las diferentes estrategias sobre el manejo de hernias ventrales en pacientes con obesidad para poder aportar luz a la hora de plantear las diferentes opciones terapéuticas en cada paciente.

Material y métodos: A propósito de dos casos clínicos se realiza una revisión bibliografía sobre el manejo de hernia ventrales en pacientes con obesidad, empleando el servidor PubMed.

Resultados: La prevalencia de obesidad está aumentando de forma exponencial, en la actualidad 1 de cada 6 adultos en Europa presenta $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$. Se trata de una patología que aumenta el riesgo de hernia ventral y las complicaciones en su reparación como son la infección del sitio quirúrgico, seromas y recidiva herniaria, ya que en pacientes con $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ en varios estudios presenta una recurrencia del 8,3% frente al 2,9% en pacientes con $IMC < 40 \text{ kg/m}^2$. También aumenta el riesgo de descompensaciones médicas, incluyendo el incremento de la mortalidad en hasta 5 veces en algunas series. Dada la elevada prevalencia de estas patologías y la elevada morbimortalidad que conllevan es preciso analizar las principales estrategias terapéuticas de cara a poder ofrecer a nuestros pacientes el mejor tratamiento posible. En la actualidad no existe acuerdo sobre el mejor momento para realizar cirugía bariátrica y reparación de hernia ventral. Existen tres principales esquemas terapéuticos. Una opción terapéutica sería plantear la intervención de obesidad previa a la intervención de hernia ventral, si es factible demorar la intervención de la hernia. De esta manera disminuiríamos la complejidad técnica y el riesgo de complicaciones como infección de herida quirúrgica, aumento de estancia hospitalaria, riesgo de reintervención y aumento de la mortalidad. Otra opción quirúrgica es la reparación de hernia ventral previamente a la intervención de obesidad, sobre todo en aquellos pacientes con alto riesgo de reincarceración. También debemos tener en cuenta que los últimos estudios comienzan a abogar por una cirugía conjunta cuando sea posible. La conclusión a la que llegan todos los estudios de esta revisión bibliográfica aboga por la individualización terapéutica. Ningún paciente es igual a otro y debemos estudiar cada caso de forma independiente y adecuar a cada paciente la mejor opción terapéutica.

Conclusiones: La obesidad es al mismo tiempo causa primaria de hernia y factor de riesgo independiente de complicaciones relacionadas con la cirugía de la hernia. Con los años la obesidad ha ido en aumento de forma exponencial y con ello los pacientes que presentan obesidad y hernia ventral. En pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica la presencia de hernia ventral supone una mayor complejidad en el manejo. Es necesario la individualización de los casos ya que no existe consenso en cuanto al manejo de la hernia en pacientes obesos.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

LXVII Reunión SOCIGA. Ourense, 24-25 de noviembre de 2023

Comunicaciones científicas póster

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL LIGAMENTO ARCUATO

Hernández García LD, Provedo del Valle D, Beteta Gabriel M, Busto Hermida L,
Pallares Pereira A, Toscano Novella A, Vázquez Bouzán R, Climent Aria A. (*)

(*) Hospital Rivera POVISA.

RESUMEN:

Introducción: El ligamento arcuato medio une los pilares diafragmáticos a ambos lados del hiato aórtico, y se sitúa por encima del Tronco celíaco. El síndrome del ligamento arcuato medio es un trastorno poco común que resulta del estrechamiento luminal, o bien de la arteria celíaca por la inserción del músculo diafragmático o, del plexo del nervio celíaco. El cuadro clínico se caracteriza por pérdida de peso, dolor abdominal posprandial, náuseas, vómitos y soplo epigástrico.

Objetivos: Mostrar la descripción técnica; la cual es segura y con baja tasa de complicaciones. Demostrar las ventajas que ofrece el abordaje laparoscópico con respecto a la laparotomía; tales como menor dolor postoperatorio y menor estancia hospitalaria. Además, la laparoscopia presenta menor tasa de reestenosis precoz con respecto al abordaje endovascular. El manejo quirúrgico implica la división completa del ligamento arcuato medio. El papel de la cirugía mínimamente invasiva en el tratamiento de este síndrome es un enfoque alternativo seguro a la cirugía abierta, llegando a ser el tratamiento de elección en la mayoría de los casos.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 62 años que se estudia por cuadro de dolor abdominal persistente y pérdida de peso. Se decide realizar un abordaje laparoscópico del ligamento arcuato y la evaluación intropertativa de un aneurisma sacular del tronco celíaco asociado. Se describen los pasos técnicos en formato vídeo.

Resultados: El paciente presenta una buena evolución postoperatoria con buen control del dolor abdominal, constantes vitales dentro de parámetros normales y buena tolerancia a la dieta oral, siendo dado de alta a las 24 horas de la intervención programada. Valorado posteriormente en consulta ambulatoria, el paciente presenta buena evolución y permanece asintomático. Se derivó a consulta de Cirugía Vasculat para valorar el abordaje del aneurisma del tronco celíaco. Conclusiones: La laparoscopia como forma de abordaje del ligamento arcuato es una técnica segura y reproducible, con escaso dolor postoperatorio y escasa morbi-mortalidad en manos expertas con la consiguiente corta estancia hospitalaria.



Comunicaciones científicas póster

EL FUTURO DE LA RESECCIÓN PANCREÁTICA: NEOADYUVANCIA COMO PIEZA CLAVE

Matías Beteta G, Provedo del Valle D, Hernández García L, Busto Hermida L,
Pallarés Pereira A, Poletto González D, Vázquez Bouzán R, Climent Aria A. (*)

(*) Hospital Ribera POVISA.

RESUMEN:

Objetivos: El objetivo de esta revisión es ofrecer una evaluación de la evidencia científica actualmente disponible en relación con el tratamiento neoadyuvante en los casos de adenocarcinoma de páncreas resecable. A través de este análisis se pretende determinar si existe una indicación clara y justificada para su implementación en la práctica clínica estándar.

Materiales y métodos: Se completó un análisis de la literatura médica y directrices internacionales de consenso, realizada mediante búsqueda en bases de datos electrónicas como PubMed, NCCN, ASCO, UpToDate, AJCC y ESMO.

Resultados: Dentro de los beneficios asociados al tratamiento neoadyuvante que justifican su implementación encontramos:

- Mejora la selección de pacientes sobre los que la resección no ofrecería ganancia de supervivencia por progresión durante la neoadyuvancia.
- Incremento de resecciones con márgenes negativos.
- Valoración de respuesta tumoral in vivo.
- Tratamiento temprano de micrometástasis.
- Posible mayor eficacia que el tratamiento adyuvante debido a anatomía y vascularización conservadas.
- Aumento de la probabilidad de recibir quimioterapia eficaz al evitar que la recuperación postquirúrgica limite su administración.

El ensayo PREOPANC actualmente en fase III asignó aleatoriamente a 248 pacientes con cáncer de páncreas resecable o borderline resecable a cirugía inicial, seguida de seis meses de gemcitabina adyuvante o a neoadyuvancia con quimiorradioterapia combinada basada en gemcitabina seguido de cirugía y cuatro meses de gemcitabina sola. La tasa de resección R0 fue significativamente más alta con la terapia neoadyuvante, además este grupo también tuvo una supervivencia libre de enfermedad mejor en comparación con el grupo de cirugía de inicio, así como tasas significativamente más bajas de ganglios linfáticos patológicos, invasión perineural y venosa. El ensayo JSAP-05 asignó al azar a 364 pacientes con cáncer de páncreas resecable a dos ciclos preoperatorios de gemcitabina versus cirugía inicial. En un informe preliminar, a pesar de que no hubo mejoría en las tasas de resección y R0, los pacientes que recibieron quimioterapia neoadyuvante tuvieron una mediana de supervivencia global significativamente más prolongada. Un metaanálisis incluyó siete ensayos en los que el grupo de comparación era cualquier forma de terapia neoadyuvante en comparación con cirugía inicial seguida de quimioterapia adyuvante para el cáncer de páncreas resecable o borderline. En general, la terapia neoadyuvante mejoró la supervivencia global en relación con la cirugía inicial. Las guías de consenso actuales como la ASCO y la NCCN proponen que la neoadyuvancia pudiera considerarse en tumores resecables de alto riesgo, pero sin llegar a definir qué criterios identifican a estos pacientes y por supuesto siempre en un contexto de centros de alto volumen o como parte de ensayos clínicos. La ESMO por otro lado no propone un rol claro para la misma. Otra consideración implica el conocer si existe un régimen óptimo de neoadyuvancia. El SWOG S1505 comparó directamente el tratamiento perioperatorio con FOLFIRINOX vs gemcitabina más nabpaclitaxel (gem/nab) en cáncer de páncreas resecable. Las tasas de resecabilidad fueron altas con ambos regímenes, aunque más pacientes que recibieron gem/nab tuvieron una respuesta patológica completa o mayor.

Conclusiones: Actualmente, dada la evidencia, se consideraría que tanto la estrategia neoadyuvante como la cirugía inicial serían adecuadas. El planteamiento neoadyuvante involucraría realizar un diagnóstico histológico previo y, para los pacientes que puedan tolerarlo, tratamiento con régimen de FOLFIRINOX modificado. De esta manera se ofrecería a los pacientes importantes beneficios en lo relacionado a la selección de los mismos, resultados quirúrgicos y supervivencia global.



LXVII Reunión SOCIGA. Ourense, 24-25 de noviembre de 2023

Comunicaciones científicas póster

LESIONES POLIPOIDEAS APENDICULARES. SCREENING COLONOSCÓPICO DEL CÁNCER COLORRECTAL

Thorpe B, Santos F, San Martin E, Pintos E, Bustamante M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Introducción: Estudios revelan que la aparición de pólipos serrados apendiculares (PSa) pueden ser indicadores de patología colónica tumoral concomitante o poliposis serrada. A día de hoy, no existen guías clínicas de actuación en caso de aparición de PSa en apaendicectomías de urgencia. La frecuencia de PSa es de 1/1000 apendicectomías, la asociación entre PSa y patología colónica concomitante parece tener relevancia clínica. Dado la baja incidencia de PSa, el seguimiento por colonoscopia de estos pacientes en riesgo resultaría eficiente, suponiendo tan solo un numero bajo extra de colonoscopias realizadas anualmente, pero con un alto rendimiento.

Objetivo: Importancia del seguimiento por colonoscopia del cáncer colorrectal en caso de diagnóstico de lesión polipoidea incidental tras apendicectomía de urgencia.

Materiales y métodos: Varón de 68 años, alérgico a la penicilina con HTA, dislipemia, EPOC, DM, intervenido previamente de hernia umbilical, acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución, refiere migración del dolor de región epigástrica a fosa iliaca derecha. Presento nauseas, sin vómitos, no fiebre, ni otra sintomatología asociada. A la exploración presenta dolor a nivel de fosa iliaca derecha con defensa, Blumberg positivo y Rovsing negativo. Analíticamente presenta leucocitosis, neutrofilia, PCR de 1,5 y no elevación de procalcitonina. Se solicita ecografía abdominal que describe estructura tubular en fosa iliaca derecha compatible con apéndice cecal engrosado a nivel de la punta (9.5mm), aumento de la ecogenicidad periapendicular, sin liquido libre. Es diagnosticado de apendicitis aguda y se decide tratamiento quirúrgico urgente.

Resultados: Se interviene en agosto de 2023 por vía laparoscópica y de forma urgente. Se realiza apendicetomía reglada. No se producen complicaciones en el postoperatorio y el paciente es dado de alta al 2º día de ingreso. Durante el seguimiento permanece asintomático. Los resultados del estudio anatomopatológico describen apéndice cecal con hallazgos de apendicitis, peri apendicitis y en zona media apendicular una lesion sesil serrada tipo adenoma sesil serrado con criptas de morfología característica en Y/T invertida. No se describe displasia epitelial.

Conclusiones: Se ha descrito una relación entre el diagnóstico de pólipos apendiculares incidentales y lesiones tumorales colorectales sincrónicas o mecatrónicas. Dada la baja incidencia de lesiones polipoideas apendiculares, el seguimiento por colonoscopia es una medida factible como screening de Cáncer de colorrecto en estos pacientes.



Comunicaciones científicas póster

DETECCIÓN DE CARCINOMA EPIDERMOIDE MICROINVASOR (SISCCA) EN UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER ANAL

Fernández Blanco P, Bermúdez Pestoni I, Celeiro Muñoz C, Aguirrezabalaga González J. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de ACoruña.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El cáncer anal supone <1% de todos los diagnósticos de cáncer y <3% de aquellos que afectan exclusivamente al tracto gastrointestinal. El carcinoma epidermoide de ano (SCCA) presenta una incidencia anual de 0.5-2.0 por cada 100.000 habitantes. Atribuible en un 80-85% de los pacientes a una infección provocada por el virus del papiloma humano (HPV), en especial los subtipos 16 y 18. El término Carcinoma escamoso superficialmente invasivo (SISCCA) es relativamente nuevo, surge en un intento de estandarizar la terminología del SCCA en todas las regiones ano-genitales. La definición de SISCCA incluye a todos aquellos carcinomas invasivos extirpados con márgenes libres, cuya invasión en profundidad sea ≤ 3 mm y extensión horizontal ≤ 7 mm. Dado que la definición del término SISCCA es muy reciente, disponemos de escasa literatura acerca del manejo y el seguimiento más adecuado para estos pacientes, así como de los resultados a largo plazo. Con este trabajo, se busca añadir a la literatura existente información sobre opciones en el manejo y seguimiento de estos pacientes.

Descripción de casos (materiales y métodos): Se presentan tres casos de SISCCA. Todos ellos en pacientes que pertenecen a grupos de riesgo definidos para progresión de SISCCA (VIH, HSH, no vacunados de VPH):

Caso 1: Varón de 55 años, visto en consultas en 2022, con citología anal LSIL y HPV 16, 18, 35, 45, 42, 43, 54. Antecedentes personales: VIH con carga viral indetectable, HSH, Linfoma de Hodgkin hace 22 años, no vacunado para HPV. El paciente presenta lesiones eritematosas y excoriaciones extensas en toda el área perianal. Se realiza anoscopia de alta resolución (HRA) evidenciando lesión en reborde anal anterior macropapilar de unos 5mm y con neovasos en superficie. Se realiza biopsia con punch 0.5mm. La anatomía patológica es de Carcinoma escamoso intraepitelial con focos de microinvasión estromal <1mm, SISCCA (expresión difusa e intensa de p16 y patrón desordenado de proliferación Ki67). El paciente es tratado con exéresis de la lesión SISCCA con márgenes quirúrgicos libres y láser CO2 en región perianal, debido a la gran extensión en superficie de lesiones con displasia de alto grado (HSIL).

Caso 2: Mujer trans de 47 años, vista en consultas en 2022, con citología de ASC-US y HPV 18, 58 y 66. Antecedentes personales relevantes: VIH con carga viral indetectable, no vacunada para HPV. Se realiza HRA, evidenciando lesión de aspecto condilomatosa en reborde anal anterior, y lesión acetatoblancas en octante posterior izquierdo de canal anal. Se realizan biopsias con Punch 0.3mm de lesión perianal. La anatomía patológica de la lesión condilomatosa es de Carcinoma epidermoide fundamentalmente intraepitelial pero con microinvasión focal, SISCCA (expresión intensa de p16 y patrón de proliferación anormal de Ki67). La paciente es tratada con exéresis de la lesión SISCCA con márgenes quirúrgicos libres y electrofulguración de lesiones con displasia en canal anal.

Caso 3: Varón de 43 años, visto en consultas en 2023, con citología LSIL y HPV 16, 18, 39, 51, 53, 6, y 42. Antecedentes personales: VIH con carga viral indetectable, no vacunado para el VPH. Se realiza HRA apreciando lesión con aspecto condilomatosa en octante posterior de canal anal y lesión nodular en reborde anterior. Se toman biopsias de ambas. La anatomía patológica de la lesión nodular es diagnóstica de lesión escamosa intraepitelial de alto grado, con positividad difusa para HPV y patrón de proliferación Ki67 en 2/3 superiores del epitelio, no siendo posible descartar SISCCA. El paciente es tratado con exéresis de la lesión nodular con márgenes quirúrgicos libres. En la ampliación de márgenes la biopsia es diagnóstica de AIN 3, en probable relación con la extirpación completa previa de lesión SISCCA.

Resultados y conclusiones: En nuestra serie de casos, se realizó un seguimiento con HRA cada 6 meses, con toma de biopsias y tratamiento de las lesiones sugestivas de displasia, mediante exéresis o láser de CO2. Con un periodo de seguimiento de 18, 14 y 7 meses respectivamente, en ninguno de los casos se encontraron nuevos diagnósticos de SISCCA. Todos los pacientes estudiados son HIV, HSH y portadores de HPV 16. Esto nos permite evidenciar la elevada relación que existe entre el HPV 16 y el SISCCA, así como el hecho de que pertenecer a estos grupos de riesgo incrementa notablemente el riesgo de presentar lesiones AIN3 y su progresión a SISCCA. Ambos hechos respaldan la necesidad de vacunar frente al HPV a las poblaciones de riesgo y de incluirlos en programas de cribado de cáncer anal. Una detección precoz permite evitar la progresión a carcinoma epidermoide invasor y por tanto incrementar la supervivencia de los pacientes.



Comunicaciones científicas póster

ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL SARCOMA RETROPERITONEAL

Duro C, Puñal JA, Blanco MN, Arcila R. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Introducción: Nuestro objetivo consiste en centrarnos en el estudio del mejor abordaje terapéutico actual del sarcoma retroperitoneal. Los sarcomas de partes blandas constituyen un grupo de tumores poco frecuentes de origen mesenquimal que representan aproximadamente dos tercios del total de sarcomas. Pueden localizarse en cualquier parte del organismo, siendo su localización más común en las extremidades. Hasta un 15% asientan en el retroperitoneo, destacando por la aparición de grandes masas con clínica por compresión de estructuras adyacentes o por su diagnóstico incidental tras realización de pruebas de imagen. Actualmente, la cirugía supone el tratamiento habitual, encontrándose el papel de la quimioterapia y radioterapia aun sin establecer.

Material y Métodos: Paciente varón de 61 años sin antecedentes patológicos de interés, que en el plazo del mes de agosto de 2023 acude a urgencias en dos ocasiones por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho sin datos de alarma. En su segunda asistencia se palpa en la exploración una masa paraumbilical derecha y es remitido a las consultas de medicina interna. Se solicita TC abdominal donde se evidencia: Masa retroperitoneal 7,4 x 10,3 x 13,3 cm con calcificaciones groseras, componentes con densidad de partes blandas y con densidad de grasa macroscópica, así como una masa en el lado izquierdo de la raíz del mesenterio. Contacta con la superficie externa de la pared inferior de la tercera porción del duodeno y las paredes anteriores de la cava inferior y de la aorta abdominal, cranealmente y a la derecha del origen de la arteria mesentérica superior. Se realiza biopsia con diagnóstico de: tumor mesenquimal atípico con positividad para MDM2 compatible con liposarcoma desdiferenciado. Se decide intervención quirúrgica programada.

Resultados: En septiembre de 2023 se realiza exéresis en bloque del sarcoma retroperitoneal. Los hallazgos intraoperatorios son: masa retroperitoneal expuesta a la cavidad peritoneal y con amplia infiltración del mesenterio del intestino delgado (ID) y del borde libre de la 3ª porción duodenal. Se realiza resección marginal en bloque de la tumoración, de un segmento del yeyuno, así como del borde antimesentérico de la 3ª porción duodenal. Sutura duodenal y anastomosis de ID latero-lateral. El paciente es dado de alta una semana después de la intervención, sin presentar complicaciones en el postoperatorio inmediato, tolerando alimentación oral y con seguimiento en consultas externas de cirugía general y oncología.

Conclusiones: El abordaje terapéutico por excelencia de los sarcomas retroperitoneales es la cirugía, mediante la resección compartimental “en bloque” con intención de márgenes quirúrgicos libres (R0). Este tratamiento debe individualizarse en función del contexto clínico del paciente, el tipo histológico tumoral y su diseminación. El abordaje mediante quimioterapia y radioterapia aún no está sistematizado ni ha demostrado significativos beneficios. Es por ello, que la cirugía se establece como la mejor opción de cara a un mejor control del tumor, así como a un posible aumento de la esperanza de vida.



Comunicaciones científicas póster

AUTOTRASPLANTE DE VAINA POSTERIOR DEL MÚSCULO RECTO PARA CIERRE DE PARED ABDOMINAL POR RESECCIÓN DE TUMOR DESMOIDE

Estrada CR, Domínguez JM, Darriba MI, López N, Reinoso A, Martínez C, Alberca C, Trillo P, García M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Objetivos: Presentar dos casos de pacientes intervenidas de autotransplante de vaina posterior del músculo recto para cierre de pared abdominal por resección de tumor desmoide de pared abdominal.

Material y Métodos: Se presenta el caso de dos pacientes, una de 65 años con antecedente de una resección gástrica atípica hace dos años, por un tumor del estroma gastrointestinal localizado en la cara anterior del cuerpo gástrico. En el seguimiento se evidencia una tumoración en la pared abdominal en hipocondrio derecho. La otra paciente de 29 años, sin antecedentes de interés, con una tumoración en la pared abdominal del músculo recto izquierdo. Se realizan biopsias con anatomía patológica compatible con tumor desmoide. En seguimiento en TAC en ambas pacientes, se observa aumento del tamaño, por lo que se decide realizar una intervención quirúrgica para exéresis del tumor desmoide con reconstrucción de la pared abdominal con autotransplante de la vaina posterior del recto abdominal con colocación de malla de PPL supraaponeurotica, con una evolución postoperatoria favorable, sin evidencia de recidiva hasta la fecha.

Discusión: El tumor desmoide de la pared abdominal es una patología poco frecuente que se incluye en el grupo de los tumores de tejidos blandos, no metastatizantes pero localmente agresivos y de alta tasa de recurrencia de entre 25-50%. El tratamiento primario es la extirpación completa del tumor, abarcando todo el espesor de la pared desde el peritoneo parietal anterior hasta la piel debido a la alta tasa de recurrencia, sin embargo, el problema para el cirujano es la reconstrucción de la pared abdominal tras la resección. Se diagnostica mediante el uso de técnicas de imagen, así como una biopsia para confirmar la anatomía patológica definitiva, en donde se observa crecimiento de fibroblastos, defecto del heteromorfismo nuclear y presencia de abundantes fibras de colágeno entre los fibroblastos. Para la reconstrucción de la pared abdominal se han descrito muchas técnicas que incluyen desde realizar un cierre primario o bien la reconstrucción mediante trasplante de colgajo de espesor completo, uso de fascia autóloga o el uso de material prótesis.

Conclusiones: El tumor desmoide de pared abdominal es una patología rara. El tratamiento primario es la resección, que debe intentar alcanzar márgenes libres de tumor dada su alta capacidad para recurrir. Hay una variedad de técnicas quirúrgicas posibles para la reconstrucción de la pared abdominal, y aunque aún existe poca literatura, el autoinjerto libre de fascia posterior del músculo recto es factible y con buenos resultados.



Comunicaciones científicas póster

HERNIA INTERNA TRAS RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sierra Fernández S, García Brao MJ, López Barbeito M, Fernández Blanco P,
Méndez Fernández O, Rodríguez Rojo S, Espinosa Martínez C, Romay Cousido G. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Introducción: La reconstrucción en Y de Roux es una técnica ampliamente utilizada en la cirugía esofagogástrica, tanto en cirugía bariátrica como oncológica. Esta técnica de reconstrucción del tránsito implica la creación de uno o varios defectos a nivel de mesenterio y mesocolon, que si no se cierran pueden propiciar una de sus complicaciones: las hernias internas. Este cuadro puede tener una presentación clínica enormemente variada, desde obstrucción o perforación, hasta dolores cólicos de larga evolución, que se pueden llegar a confundir con intolerancias alimentarias. Se definen tres espacios con posibilidad de ocasionar una herniación tras esta técnica: ojal mesocólico, ojal mesentérico y espacio de Petersen (posterior al asa alimentaria y anterior a mesocolon transversal).

Material y métodos: Se expone el caso de una paciente mujer de 71 años, intervenida en el año 2020 de una gastrectomía total laparoscópica con reconstrucción en Y de Roux, que acude en el año 2022 a Urgencias por dolor epigástrico de 4 días de evolución, sin vómitos ni cambios en el hábito deposicional. Se realiza un TC urgente, objetivándose a nivel del Treitz, imagen de “remolino con tracción de asas y vasos”, compatible con obstrucción intestinal por hernia interna a través de ojal mesocólico, hallazgo que se corrobora durante la cirugía urgente, donde se recoloca el paquete intestinal, y se cierra la brecha. Un año después, la paciente vuelve a consultar por un cuadro similar, decidiéndose ingreso para estudio. La paciente aqueja durante el ingreso en todo momento dolor abdominal epigástrico tipo cólico tras la ingesta, acompañado de cuadros diarreicos. Se realiza TC abdominal, visualizándose “dos giros del meso y las estructuras vasculares mesentéricas, con compresión en tercio distal de la AMS”.

Resultados: Ante los hallazgos, se decide intervención quirúrgica programada, dada la estabilidad clínica de la paciente. Se realiza laparotomía media sobre cicatriz previa, y se objetiva la existencia de una doble hernia interna. Por un lado, existe un defecto transmesocólico muy amplio, por donde asciende la práctica totalidad del intestino delgado, desplazando al colon transversal a posición pélvica. Por otro lado, se halla un amplio defecto mesentérico en la anastomosis del pie de asa, con el asa biliopancreática girada sobre su propio meso, y por el cual se encontraban herniadas varias asas. Tras la recolocación de todo el paquete, sin datos de sufrimiento, se cierran ambos defectos. La paciente fue dada de alta a los 12 días, y al mes fue vista en consulta, mostrándose asintomática y habiendo ganado peso.

Conclusión: El riesgo de hernias internas ha aumentado con la instauración de la cirugía laparoscópica, debido a la habitual ausencia de cierre de los ojales y a la escasa formación de adherencias, y es aún mayor cuando se realiza el ascenso del asa alimentaria en posición retrocólica. Este incremento, unido al aumento de la cirugía bariátrica -siendo la pérdida de peso un factor de riesgo para su aparición-, y a la variabilidad de su presentación clínica, hace fundamental la existencia de un alto grado de sospecha, de cara a un diagnóstico precoz y prevención de sus graves complicaciones.



Comunicaciones científicas póster

HERNIA URETEROINGUINAL COMO CAUSA DE RETEROHIDRONEFROSIS

Pablos Vidal J, Rosales Goas J, Rodríguez Carral P, Lorenzo Alfaya L,
Caño Gómez P, Baamonde de la Torre I, Fernández Soria N, Díaz Tie M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

RESUMEN:

Introducción: La hernia ureteral es una rara anomalía del sistema urinario. Puede aparecer en el escroto, en la zona inguinal, el glúteo (hueco ciático), el tórax (hernia de Bochdalek), o el espacio entre el músculo psoas y los vasos ilíacos. Suele presentarse asociada a otras anomalías del tracto urinario, como la ectopia renal cruzada o la ptosis renal.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 90 años con antecedentes de FA y portador de marcapasos por BAV. Hernioplastia inguinal bilateral y apendicectomía. Derivado desde CCEE de Urología donde era estudiado por hematuria e hidronefrosis derecha. Presentaba TAC realizado en Centro Privado en agosto de 2022 donde se visualiza ureterohidronefrosis derecha con un segmento de uréter derecho en una hernia inguinal derecha que sugiere la causa de la dilatación. Durante el estudio por el Servicio de Urología del CHUF, cistoscopia sin hallazgos y nuevo UroTAC que confirma la presencia de moderada ureterohidronefrosis derecha, visualizando el uréter dilatado que se introduce en hernia inguinoescrotal derecha, sin que se identifique en dicho estudio ninguna otra causa que pudiera causar la dilatación ureteral. El paciente presentaba una ptosis renal derecha y atrofia del riñón afecto. Se decide realizar hernioplastia robótica tipo TAPP con la idea de una mejor manipulación del uréter incluido en la hernia inguinal.

Discusión: La hernia ureteral más frecuente es la que se produce en la zona inguinal. El origen de este tipo de hernias podría estar en relación con anomalías en el desarrollo del conducto de Wolff o por tracción ureteral durante la migración testicular hacia el escroto. La clasificación de este tipo de hernia va a depender de la presencia o no de saco herniario. La más frecuente es la paraperitoneal (80%) donde se acompaña de saco herniario y pueden aparecer otros órganos intraabdominales. Se asocian casi en el 50 % de los casos a otras anomalías del tracto urinario, siendo las más comunes la ectopia renal cruzada y la ptosis renal. El diagnóstico se realiza mediante TAC abdominopélvico y en muchos casos es un hallazgo incidental o durante el estudio de uropatía obstructiva, lo cual es frecuente encontrar en estos asociados. La cirugía está indicada en caso de hernia sintomática o uropatía obstructiva demostrada, es imprescindible identificar bien el uréter afectado para liberarlo de estructuras vecinas y evitar lesiones del mismo. No existe un consenso sobre la técnica ideal.

Conclusiones: La hernia ureteroinguinal es una forma infrecuente de presentación de la uropatía obstructiva. Es importante pensar en esta patología en pacientes que presenten hernia y uropatía obstructiva, aunque su diagnóstico suele ser un hallazgo incidental.



Comunicaciones científicas póster

SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO: LIBERACIÓN QUIRÚRGICA ASISTIDA POR ROBOT

Otarola L, Artime M, Pérez L, Cordovés I, Lladro M, Castrodá D, Pascual M, Parajó A. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Introducción: El síndrome del ligamento arcuato es una entidad poco frecuente caracterizada por dolor abdominal posprandial, pérdida de peso, náuseas, vómitos y/o soplo epigástrico. Los síntomas se atribuyen habitualmente a la compresión vascular del tronco celiaco por una inserción baja del ligamento arcuato (fibras musculares diafragmáticas). La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos debido a la compensación del tronco celiaco por la arteria mesentérica superior, proponiéndose como posible origen del dolor, la afectación del plexo celiaco. El tratamiento de elección consiste en la descompresión quirúrgica, seccionando las fibras que condicionan la compresión del tronco celiaco.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 64 años con antecedentes de diabetes y cistectomía total por vejiga neurógena que acude a urgencias en numerosas ocasiones por clínica de dolor abdominal, náuseas y pérdida de 10 kg de peso en 3 meses. La exploración física es rigurosamente normal con un IMC de 18,9 kg/m². Tras descartar otras patologías gastrointestinales, se realiza un angio-TAC que revela una estenosis significativa del tronco celiaco compatible con síndrome del ligamento arcuato medio. Se decide realizar una descompresión quirúrgica del tronco celiaco asistida por robot. Se inicia la cirugía con la sección del ligamento gastrohepático y la disección de la arteria gástrica izquierda. A continuación, se realiza la linfadenectomía de la arteria hepática común exponiendo el tronco celiaco que se disecciona cuidadosamente, seccionando posteriormente las fibras musculares del ligamento arcuato. Finalmente, se completa la neurectomía del tronco celiaco exponiendo la adventicia hasta 3 cm proximal sobre la aorta. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta el segundo día posoperatorio, manteniéndose asintomática tras el primer mes de seguimiento.

Conclusiones: El síndrome del ligamento arcuato es una patología poco común que requiere un estudio preoperatorio exhaustivo, siendo la liberación quirúrgica el tratamiento con mejores resultados en la actualidad. La incorporación de la cirugía robótica facilita la realización de la técnica combinando una visualización tridimensional de alta definición y una destreza manual superior que permiten una disección más precisa y segura con resultados óptimos.



LXVII Reunión SOCIGA. Ourense, 24-25 de noviembre de 2023

Comunicaciones científicas póster

TUMORES QUÍSTICOS RETRORRECTALES

Espinosa Martínez C, López Barbeito M, Bermúdez Pestonit I. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Los tumores en el espacio retrorrectal o presacro son una entidad poco común con desafíos en su diagnóstico, particularmente en adultos. Son un grupo heterogéneo de tumores que pueden clasificarse como de origen congénito, neurogénico, óseo, o miscelánea. Entre los tumores congénitos, los "tailgut cyst" son los más prevalentes en el espacio retrorrectal. Debido a que usualmente tienen una presentación clínica inespecífica, es frecuente su infradiagnóstico. Las complicaciones principales, si no se extirpan a tiempo, incluyen infección, desarrollo de fístulas cutáneas y degeneración maligna. El propósito de este estudio es realizar un análisis descriptivo de los tumores quísticos retrorrectales intervenidos quirúrgicamente en la Unidad de Coloproctología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña desde julio de 2012 hasta la actualidad.

Materiales y métodos: Se revisaron los registros médicos de un total de 10 pacientes diagnosticados y tratados por tumores quísticos retrorrectales en nuestro centro hospitalario desde julio de 2012 hasta la fecha actual, recopilando datos demográficos, manifestaciones clínicas iniciales, hallazgos radiológicos, detalles histopatológicos, procedimientos quirúrgicos y resultados clínicos a largo plazo.

Resultados: La edad media de presentación fue de 55 años, con una mayor predominancia de mujeres (77%). Las presentaciones clínicas más habituales fueron el dolor pélvico y como hallazgo incidental durante investigaciones médicas por otras causas. La resonancia magnética se destacó como la principal herramienta diagnóstica, y sólo en 1 caso se realizó biopsia preoperatoria. El 90% de los tumores tenían un origen embrionario (hamartoma quístico, quiste epidérmico), y el abordaje quirúrgico más utilizado fue la vía parasacroccógea lateral (80% de los casos). La estancia hospitalaria media fue de 5 días, con un rango de 3 a 8 días de ingreso postoperatorio. La evolución postoperatoria fue favorable en todos los pacientes, con la excepción de uno que presentó recidiva tumoral en el primer año posterior a la intervención, aunque en la mitad de los casos no existe un tiempo de seguimiento significativo aún.

Conclusiones: Los tumores quísticos retrorrectales son lesiones infrecuentes que pueden cursar con sintomatología diversa. Esta variabilidad subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha en el diagnóstico de estas lesiones, ya que los síntomas pueden ser inespecíficos y confundirse con otras afecciones. La resonancia magnética destaca como la herramienta de diagnóstico principal debido a su alta precisión en la caracterización de estas lesiones. Aunque suelen ser tumores benignos con poco riesgo de malignización, el tratamiento siempre debe ser quirúrgico. Las recidivas locales se suelen dar en los primeros 5 años tras la cirugía, tiempo recomendado de seguimiento, y suelen estar en relación con una extirpación subtotal de la lesión, así como con la degeneración maligna de los quistes.



Comunicaciones científicas póster

ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA DURANTE EL AÑO 2021

Castrodá Copa D, Otarola Mazuela L, Lladró Esteve M, Pascual Gallego MA, Oubiña García R, García Vázquez M, López Goye S, García Oro I, Parajó Calvo A. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer española. Se calcula que de cada 8 mujeres 1 será diagnosticada de dicha patología a lo largo de su vida y la cifra de fallecimientos debidos a esta causa en 2020 ha sido de 6572 mujeres. Su manejo diagnóstico, terapéutico y su mortalidad han experimentado una mejora destacable en las últimas décadas debido a los programas de cribado y al desarrollo y descubrimiento de nuevas terapias entre las que se encuentra la cirugía, guiada cada vez más por la premisa de evitar grandes incisiones y defectos estéticos que eviten un gran impacto en la esfera psicosocial de las pacientes. Es, por tanto, primordial la creación y mantenimiento de unidades de patología mamaria en nuestros centros que ofrezcan una atención de máxima calidad y que auditen sus resultados para la mejora y actualización constante de dicha atención. Se presenta la actividad de la Unidad de mama del servicio de Cirugía general del Hospital Universitario de Pontevedra en un año marcado por la recuperación tras la pandemia mundial COVID-19.

Material y métodos: se realiza un análisis descriptivo de las pacientes diagnosticadas e intervenidas a lo largo de 2021 debido a patología mamaria maligna o benigna, así como de las pacientes sometidas a tratamiento oncológicos del cáncer de mama. Se emplea para dicho análisis la herramienta ofimática Excel®

Resultados: Un total de 232 pacientes fueron diagnosticadas de algún tipo de cáncer de mama a lo largo de 2021 y se realizaron un total de 267 procedimientos. La mayoría de las pacientes presentaban un carcinoma ductal invasivo y un estadio IA al diagnóstico. 52 pacientes fueron intervenidas de patología benigna de mama. En cuanto a las intervenciones, en el 68% de los casos se realizó una cirugía conservadora (15 tras tratamiento neoadyuvante) de las cuáles, en un 77% se asoció biopsia selectiva del ganglio centinela, mientras que sólo se realizó linfadenectomía tras BSGC en 2 pacientes y linfadenectomía directa en 11 pacientes. En el 63.6% de los casos se realizó cirugía de precisión o accesos poco visibles y en el resto oncoplastia o "single port". Un 32% (74) se sometió a mastectomía (mayormente radical modificada y simple con BSGC), 10 tras tratamiento neoadyuvante, siendo 7 las pacientes en las que se eligió la mastectomía ahorradora de piel y complejo areóla pezón. En cuanto las complicaciones, ocurrieron en un 6,3% de las pacientes sometidas a cirugía conservadora y un 31% del grupo de mastectomía. Se realizaron además 151 BSGC y 52 linfadenectomías, así como 9 reconstrucciones inmediatas y se diagnosticaron 7 recidivas y 3 éxitus.

Conclusiones: Es primordial la creación, mantenimiento y actualización de las unidades de patología mamaria en nuestros centros dada la gran incidencia y prevalencia de patología mamaria existente, con el consecuente reto que ello supone y a pesar de las dificultades que puedan surgir de situaciones como la pandemia acontecida en 2020 y 2021. La actividad de estas unidades debe ser auditada y someterse a procesos de actualización y creación de protocolos para la mejoría continua en la atención a la paciente. Además, deben de hacer partícipe a los y las residentes de los servicios para contribuir a su formación y a la posterior continuidad de dichas unidades.



Comunicaciones científicas póster

USO DE AGENTES SELLANTES Y HEMOSTÁTICOS EN CIRUGÍA HEPATO-BILIO-PANCREÁTICA

Castrodá Copa D, Otarola Mazuela L, Lladró Esteve M, Pascual Gallego MA, Oubiña García R, López Rodríguez A, Rodríguez Romano D, Carrera Dacosta E, Parajó Calvo A. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Introducción: En las últimas dos décadas el avance en cuanto a morbilidad y mortalidad en cirugía hepato-bilio-pancreática ha sido muy importante gracias a la mejora de las técnicas quirúrgicas y a la tecnología desarrollada para realizarlas. Actualmente, se calcula que la tasa de mortalidad varía entre un 1% y un 5% y la de morbilidad entre el 4% y el 20% y, tanto el sangrado como la fuga biliar y pancreática continúan siendo responsables de estos resultados en estas cirugías, lo que las convierte en las complicaciones intra- y post quirúrgicas más temibles. Es por esto que, la búsqueda de un agente que evite o que trate estas complicaciones se ha visto intensificada en los últimos años, cobrando gran importancia los sellantes de fibrina. Presentamos dos casos clínicos en los que hemos empleado el sellante de fibrina Tachosil® con diferentes objetivos: prevenir el sangrado en cirugía hepática y prevenir la fuga pancreática y biliar en un paciente en el que se realizó cirugía pancreática.

Material y métodos: el primer caso clínico consiste en una mujer de 72 años en la que se realiza una hemicolectomía derecha abierta por cáncer de colon derecho estenosante y sintomático con metástasis hepáticas voluminosas en segmento V-VI y en segmento VII. Se realiza terapia quimioterápica para reducción de metástasis y posteriormente resección atípica de segmento VII y bisegmentectomía de segmento V-VI. El segundo caso consiste en un varón de 49 años con diagnóstico ecoendoscópico de una lesión ampular compatible con tumor neuroendocrino bien diferenciado en biopsia y con sospecha de infiltración submucosa que provoca dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, así como del Wirsung secundarias. No se detectan metástasis a distancia en el estudio de extensión. Se realiza una duodeno-pancreatectomía cefálica abierta. Se emplea en ambos casos el sellante de fibrina Tachosil® para la prevención del sangrado hepático en el primero y la prevención de la fuga biliar y pancreática en el segundo (colocando el sellante en este caso por detrás de la vena porta y por encima de la anastomosis hepático-yeyunal y pancreático-yeyunal). Resultados: En ninguno de los dos casos se objetivaron sangrados post-quirúrgicos, ni fugas biliares o pancreáticas, siendo alta ambos pacientes sin complicaciones concurrentes.

Discusión: En los dos casos presentados se ha utilizado el Tachosil®, con una alta capacidad de sellado hemostático y con utilidad en la disminución del riesgo de fugas entéricas, biliares y pancreáticas. No obstante, aunque los sellantes de fibrina son una alternativa útil en el control y prevención del sangrado en cirugía hepática bien reconocida en la comunidad científica, los últimos estudios arrojan que no parecen ser muy útiles en la prevención de la fuga pancreática y biliar, aunque sí seguros. Además, el uso del tipo de sellante dependerá en gran medida de la experiencia previa del cirujano con los mismos.



Comunicaciones científicas póster

IMPLANTE DE PEZÓN NUPPLE®. INDICACIONES, TÉCNICA Y RESULTADOS

Varela Lamas C, Freiría Eiras MA, de la Fuente Hernández N,
García Vallejo LA, Domínguez Sánchez I, Vázquez Cajide I. (*)

(*) Hospital San Rafael (A Coruña).

RESUMEN:

La creación del complejo areola-pezón (CAP), constituye el último tiempo en la reconstrucción mamaria, transformando un volumen mamario en una auténtica mama, y haciendo que la paciente sienta su mama reconstruida de forma completa, especialmente cuando la paciente está desnuda. Actualmente las diversas técnicas quirúrgicas para la reconstrucción del CAP mantienen la proyección del pezón por un cierto período postoperatorio, pero la altura del pezón se aplana con el tiempo. Existen en la literatura diversos artículos que describen la disconformidad de las pacientes, en orden descendente, en relación a la proyección conseguida a largo plazo, el color, la forma, el tamaño, textura y posición. Considerando que mantener las características del pezón es lo más importante para conseguir y mantener la proyección, y que la vez repercute en una mayor satisfacción de la paciente, el presente proyecto de investigación pretende ofrecer una alternativa a las técnicas quirúrgicas actuales de reconstrucción del CAP. Proponemos una técnica novedosa y altamente reproducible para mejorar los resultados estéticos a medio/largo plazo en la reconstrucción del pezón. Se trata de un estudio observacional con seguimiento prospectivo, en donde, antes y tras la realización de la reconstrucción del CAP mediante el uso de un implante de polietileno a medida Nupple®, en disposición subdérmica y posterior tatuaje de areola y pezón, se realizará una evaluación del impacto de dicha técnica sobre la satisfacción, calidad de vida, autoestima e imagen corporal de las pacientes (antes de la reconstrucción y transcurridos 6 meses). Los resultados del estudio muestran que la reconstrucción con Nupple® supone una mejora en la calidad de vida, satisfacción, autoimagen corporal y aumento de la autoestima (con resultados estadísticamente significativos) debido al claro beneficio estético, y por supuesto, al beneficio psicológico secundario, siendo una técnica relativamente sencilla y que consideramos bien aceptada por las pacientes.

Objetivos: Mostrar las indicaciones, técnica y resultados de la reconstrucción de pezón mediante implante de polietileno Nupple®. Demostrar que se puede ofrecer como alternativa a las técnicas actuales de reconstrucción.

Implante Nupple®: El material escogido para la fabricación de los implantes "NUPPLE®" es polietileno no poroso de grado médico, certificado para su implantación con el certificado ISO 5834-2 2011, que garantiza la adecuación a su ubicación quirúrgica. El polietileno, por sus propiedades mecánicas, garantiza el resultado estético durante toda la vida del implante, evitando la pérdida de volumen o deformidad del área areolar. La fabricación se lleva a cabo bajo los estándares de calidad más estrictos, con el proceso normalizado para implantes personalizados tipificado en la normativa ISO 13485. Con controles de calidad y rugosidad superficial, prestando especial atención al acabado final del implante.

Indicaciones: Pacientes sometidas a mastectomía con reconstrucción inmediata/diferida con prótesis o expansor-prótesis.

Técnica: El procedimiento de reconstrucción de pezón consiste en el uso de implante de polietileno, en disposición subdérmica, en el punto de máxima proyección de la mama. Mediante una mínima incisión y tras la elaboración de un "bolsillo" subdérmico, se introduce el implante a estudio, que puede quedar libre o fijado con un punto. Se mostrarán imágenes del procedimiento.

Resultados: Dados los antecedentes, proponemos una técnica novedosa y altamente reproducible para conseguir resultados estéticos satisfactorios a medio y largo plazo en la reconstrucción de pezón. Para la paciente supondría una mejora en la calidad de vida y aumento de la autoestima debido al claro beneficio estético, y por supuesto, al beneficio psicológico secundario, siendo una técnica relativamente sencilla y que consideramos bien aceptada por las pacientes. Además, nos aportaría información de si esta nueva alternativa a la reconstrucción de pezón es bien aceptada y tolerada por las pacientes. La técnica de implantación, sencilla y reproducible, podría realizarse por parte de cirujanos o ginecólogos especialistas en Patología Mamaria o dentro del Servicio de Cirugía Plástica. Se mostrarán imágenes de resultados mediante iconografía.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio muestran que esta novedosa técnica de reconstrucción de pezón mediante implante de polietileno Nupple® supone una mejora en la calidad de vida, satisfacción, autoimagen corporal y aumento de la autoestima (con resultados estadísticamente significativos) debido al claro beneficio estético, y por supuesto, al beneficio psicológico secundario, siendo una técnica relativamente sencilla y que consideramos bien aceptada por las pacientes. La técnica de implantación podría realizarse por parte de cirujanos o ginecólogos especialistas en Patología Mamaria, o dentro del Servicio de Cirugía Plástica. Consideramos, por lo tanto, que la reconstrucción de pezón mediante implante Nupple® es una alternativa a las técnicas actuales de reconstrucción de pezón.



Comunicaciones científicas póster

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA MASTECTOMÍA ROBÓTICA REDUCTORA DE RIESGO COMBINADA CON RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON PRÓTESIS PREPECTORAL

Alberca Remigio C, Estrada López C, Maes Carballo M, Domínguez Carrera JM,
Valeiras Domínguez E, García García M, Reinoso Hermida A, Martínez Martínez C. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Introducción: La cirugía robótica se considera una técnica mínimamente invasiva válida que ha demostrado efectividad en cirugía urológica, colorrectal y ginecológica. La mastectomía robótica se considera actualmente un procedimiento válido tanto para la mastectomía profiláctica reductora de riesgo y como para la mastectomía terapéutica del cáncer de mama.

Objetivos: Describir la técnica quirúrgica de la mastectomía robótica reductora de riesgo combinada con reconstrucción inmediata con implante mamario prepectoral realizada en el Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Material y métodos: Se describe la técnica quirúrgica de la mastectomía reductora de riesgo combinada con reconstrucción inmediata con implante mamario prepectoral asistida por el sistema Da Vinci Xi[®] (Intuitive Surgical). La paciente se coloca en decúbito supino con los brazos en 90 grados, para poder utilizar los brazos del robot sin limitaciones de movimientos. Posteriormente se realiza una incisión axilar vertical, de unos 4 a 6 cm según el volumen mamario, sobre la línea axilar anterior, y se continúa con disección de unos 3-4 cm, con tijeras de Metzenbaum y electrocauterio por plano subcutáneo hacia anterior, superior, inferior y posterior, suficiente para poder introducir el puerto único de trabajo (Gelpoint), en donde se colocan tres brazos del robot y otro puerto para el AirSeal de 8 mm. Se trabaja con una presión de insuflación de CO₂ entre 6-8 mmHg, utilizando una tijera monopolar de 5 mm y una pinza bipolar, con la cámara de 30° en el trocar robótico central. Se inicia marcando intraoperatoriamente los límites del tejido mamario, utilizando una jeringa de insulina de 1 ml, inyectando aproximadamente 0.2 ml hacia medial, lateral, craneal y caudal, así como los límites del complejo areola-pezones (CAP), y posteriormente se realiza la disección superficial en todos los cuadrantes, preservando el CAP con un grosor entre 0,3-0,5 cm. Luego se realiza la disección entre la fascia del músculo pectoral mayor y la glándula mamaria. Se extrae la pieza de la mastectomía a través de la incisión axilar. Finalmente se coloca el implante mamario a nivel prepectoral. No se ha colocado drenaje en ninguna de las pacientes.

Conclusiones: La cirugía robótica profiláctica de mama ha demostrado recientemente ventajas en cuanto a seguridad y factibilidad, así como buenos resultados estéticos y alta satisfacción por parte de las pacientes.



Comunicaciones científicas póster

HERNIA DE HIATO INCARCERADA TRAS ESOFAGUECTOMÍA POR ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO SIEWERT I-II

López Vázquez C, Couselo Villanueva J, Vereá Varela S, Vázquez González I,
García Melón A, Lenza Trigo P, Conde Vales J. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

RESUMEN:

Objetivos: Presentar un caso clínico y realizar una revisión de la literatura.

Exposición del caso: Varón de 78 años. Antecedentes personales:

- DM2, marcapasos por BAV, SAOS con CPAP.
- Adenocarcinoma de esófago Siewert I-II diagnosticado en 07/2021.
- Esofaguestomía distal laparoscópica mínimamente invasiva Ivor-Lewis en 12/2021.

Ingresa en oncología el 20 de agosto de 2023 por dolor abdominal e intolerancia oral. Malestar abdominal en relación a dolor abdominal difuso y estreñimiento. Ante persistencia de estreñimiento, dolor abdominal y dificultad respiratoria se realiza Rx de tórax y TC TAP en el que se describe: Herniación de gran parte del colon transverso y ángulo esplénico del colon al hemitórax izquierdo a través de orificio hiatal por el que también se introduce neoesófago; desplaza anterior y medialmente al pulmón izquierdo. Cambio de calibre en colon con colapso del colon descendente desde su salida de la hernia y dilatación retrógrada del resto del marco colónico. Se decide intervención quirúrgica urgente bajo laparotomía media el 19/09/23 objetivando gran dilatación del colon derecho (ciego de más de 20cm), que presenta zonas deserosadas. Colon transverso muy dilatado, herniado a través del hiato esofágico, con adherencias firmes en tórax. Con estos hallazgos se procede a realizar hemicolectomía derecha ampliada e hiatorrafia.

Discusión: La hernia de hiato es un tipo de hernia interna. Su incidencia es variable, desde <1% tras esofaguestomía y sólo 0,01% tras gastrectomía total. La media de tiempo desde la cirugía hasta su diagnóstico suele ser de 15 meses. Mantener un elevado índice de sospecha y realizar un tratamiento precoz es la clave ante su instauración. Suelen ser asintomáticas, pero en ocasiones pueden debutar con disnea, dolor torácico u obstrucción intestinal. La isquemia intestinal es una complicación rara siendo una urgencia quirúrgica. La tomografía computarizada es diagnóstica ya que muestra claramente el contenido abdominal herniado en la cavidad torácica. Su tratamiento será quirúrgico pudiéndose optar por cirugía abierta o mínimamente invasiva.

Conclusiones: Las hernias hiatales tras esofagogastrectomía son una complicación infrecuente. Desde asintomáticas hasta clínica aguda que implica cirugía de urgencia. Su aparición podría estar en relación a una amplia disección hiatal y mediastínica durante la cirugía. Su tratamiento es la cirugía y para prevenir su aparición es importante realizar un cierre adecuado del hiato.





LXVII Reunión SOCIGA. Ourense, 24-25 de noviembre de 2023

Comunicaciones científicas póster

LA ACALASIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alberca Remigio C, Domínguez Carrera JM, Rivera Vallejo M, Reinoso Hemida A,
Estrada López C, Martínez Martínez C, García García M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Introducción: La acalasia es un trastorno motor de la musculatura lisa del esófago.

Material y métodos: Mujer de 57 años remitida a consultas de Cirugía Esofagogástrica desde Digestivo. Paciente con clínica sugerente de reflujo gastroesofágico (RGE) de dos años de evolución sin respuesta a medidas higiénico-dietéticas anti-RGE y tratamiento con IBP por lo que se complementa estudio con pruebas complementarias. Se realiza una EDA donde se visualiza un esófago de Barret corto y una imagen compatible con gastritis pápulo-erosiva antral leve; un tránsito intestinal con relajación tardía del esfínter esofágico inferior y hallazgos compatibles con acalasia grado I; y una manometría compatible con acalasia tipo II. Ante la ausencia de mejoría sintomática a pesar de tratamiento conservador se indica tratamiento quirúrgico, realizándose una miotomía de Heller y una funduplicatura anterior tipo Dor mediante abordaje laparoscópico. En el postoperatorio la paciente presenta un buen estado general, realizándose un esofagograma con contraste hidrosoluble al 5º día donde se aprecia un esófago permeable con buen vaciado, ausencia de RGE y sin evidencia de fugas. Se inicia dieta líquida con buena tolerancia oral, siendo alta al 7º día postoperatorio.

Discusión: La acalasia es un trastorno motor esofágico que se caracteriza por relajaciones incompletas o ausentes del esfínter esofágico inferior tras la deglución, y una pérdida del peristaltismo del esófago distal. Esta alteración motora ocasiona síntomas como la disfagia, la regurgitación de alimento no digerido o saliva, dolor torácico, pérdida de peso y complicaciones respiratorias. Afecta por igual a ambos sexos y se suele diagnosticar entre los 25 y 60 años. La forma más habitual es la primaria o idiopática, aunque puede ser secundaria a otras enfermedades (infecciosas, tumorales, autoinmunes, neuromusculares). Para el diagnóstico además de una buena historia clínica precisamos de pruebas complementarias. La manometría de alta resolución es el método diagnóstico más eficaz para definir los tipos de acalasia, aunque no está disponible en todos los centros; sino se dispone de ésta se utilizará la manometría convencional. Los estudios con tránsito baritado también son de utilidad y la endoscopia es obligatoria para descartar patología orgánica que cause los síntomas. Recientemente han aparecido nuevos métodos diagnósticos basados en planimetría con impedancia, que miden la distensibilidad de la UEG. El tratamiento puede ser farmacológico, endoscópico (POEM, dilatación endoscópica o administración de toxina botulínica) o quirúrgico. El tratamiento quirúrgico se realiza habitualmente por vía laparoscópica y consiste en una miotomía extramucosa de 6 cm del esófago distal y la prolongación de 2 ó 3 cm en el estómago, asegurando la sección de las fibras sling de la UEG junto con funduplicatura tipo Dor o Toupet.

Conclusiones: La anamnesis del paciente es determinante, aunque serán necesarias pruebas complementarias para el diagnóstico. Existen distintos tipos de tratamiento, aunque ninguno ha conseguido restaurar la función motora del esófago; pretendiéndose fundamentalmente la mejoría sintomática.



Comunicaciones científicas póster

PRUEBAS DE IMAGEN PRE-QUIRÚRGICAS: HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

Castro A, Duro C, Martin S, Puñal JA, Gamborino E, Bustamante M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Introducción: El hiperparatiroidismo primario es una enfermedad endocrinológica frecuente. Se trata de una alteración del metabolismo fosfocálcico que se caracteriza por una secreción excesiva de hormona paratiroidea produciendo generalmente hipercalcemia y manifestaciones clínicas variables. Su diagnóstico es bioquímico, las pruebas de imagen se utilizan como pruebas localizadoras prequirúrgicas. Con respecto a esta, la más empleada es la gammagrafía de paratiroides con TC-sestamibi, asociada a SPECT o SPECT/TC. Actualmente, la PET/TC asociada a diversos trazadores está demostrando buenos resultados, aplicándose generalmente en los casos de fallo de localización prequirúrgica de la gammagrafía.

Material y métodos: Se presenta el caso de una paciente de 68 años de edad diagnosticada de HPP en el año 2007, tras la realización de gammagrafía de paratiroides, ecografía de cuello y RMN de cuello sin alteraciones en región tiroidea se realiza paratiroidectomía de la glándula inferior derecha sin obtener descenso de cifras de PTHi. Se trata de un caso de HPP persistente, se continúa en los siguientes años con seguimiento, realización de diversas pruebas de imagen y tratamiento médico no obteniéndose resultados concluyentes.

Resultados: La paciente ha recibido seguimiento desde el año 2007 con la realización de diversas pruebas de imagen: gammagrafías paratiroides, ecografías de cuello, RMN de cuello y SPECT de paratiroides. En el año 2023, tras la instauración del uso del PET colina para el diagnóstico de HPP en el Hospital Clínico de Santiago de Compostela, se realiza PET Colina obteniendo un foco con SUV_{máx} de 4,5 en mediastino superior, retroesternal compatible con una lesión paratiroidea ectópica. Se interviene a la paciente realizando la exéresis de dicho foco, consiguiendo una disminución significativa de la PTHi. Se envía la biopsia intraoperatoria obteniendo como resultado un adenoma de paratiroides.

Conclusiones: El diagnóstico del hiperparatiroidismo primario es bioquímico. Desde el punto de vista quirúrgico, es importante obtener una localización prequirúrgica para la realización de una cirugía dirigida y menos invasiva. A pesar de los avances en las técnicas de imagen, hay algunos aspectos en la enfermedad de paratiroides que hacen difícil la localización, y algunas veces pueden llevar al fallo quirúrgico. Entre ellos estarían: el pequeño tamaño de las glándulas, la presencia de enfermedad multiglandular y la localización ectópica del tejido hiperfuncionante. De acuerdo con ciertos autores, la gammagrafía Tc- MIBI asociada a SPECT o SPECT/TC es el método más sensible, específico y exacto en el diagnóstico del adenoma de paratiroides.



Comunicaciones científicas póster

LIPOMA. UNA PATOLOGÍA COMÚN EN UN LUGAR INFRECLENTE

de la Puente Mota N, Monjero Ares I, Anguita Ramos FJ, Fernández Barriales JR, Conde Vales J. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

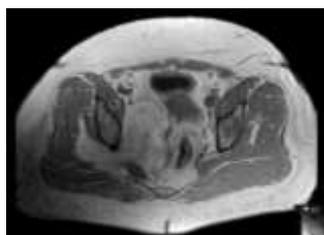
RESUMEN:

Introducción: Presentar un caso clínico interesante de una patología muy frecuente en una localización poco habitual.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de una mujer de 63 años con una historia clínica personal de múltiples intervenciones por exéresis de lipomas y sin otros antecedentes médicos de interés. La paciente acude a su médico de Atención Primaria por clínica de dolor en hipocondrio derecho que aumenta con los movimientos, solicitándose ecografía abdominal en la que se describe como hallazgo incidental una masa isoecoica parauterina derecha. Se remite a la paciente a consulta de Ginecología para estudio. La exploración ginecológica, dificultada por obesidad, resulta normal y repitiéndose la ecografía abdominal observándose una imagen isoecoica mal delimitada parauterina derecha de 7x7cm, no perteneciente al aparato ginecológico. Por lo que se solicita una RM pélvica visualizándose una voluminosa masa de señal similar a la grasa con morfología en reloj de arena de 12 x 9 x 8,8 cm que se estrecha y extiende a través de escotadura ciática derecha con componente extrapélvico en región glútea profunda entre músculos glúteo mayor y mediano alcanzando superiormente nivel de espina ilíaca superior, compatible con tumoración lipomatosa atípica sin poder descartarse liposarcoma de bajo grado por tamaño. Se remite a la paciente a Cirugía para exéresis de la lesión. Se realiza abordaje abierto retroperitoneal derecho con apertura incidental del peritoneo visualizándose una masa pélvica de aspecto lipomatoso con morfología en reloj de arena de consistencia blanda y con algún nódulo de consistencia dura en su componente intraabdominal sin infiltración de sigma ni recto, ni de estructuras vasculares ni nerviosas. Se realiza disección roma de la tumoración a nivel retroperitoneal hasta la identificación del agujero ciático mayor que, dado el tamaño y localización de la tumoración, requirió de un abordaje combinado junto a Traumatología mediante una incisión de Kocher Langenbeck, consiguiéndose así la extracción íntegra de la lesión por vía abdominal. La anatomía patológica fue de tumor adipocítico de 16,5 cm compatible con lipoma.

Discusión: El lipoma es un tumor benigno de origen mesenquimal desarrollándose a partir de tejidos donde hay componente adiposo. A pesar de ser una patología común, la localización retroperitoneal es muy infrecuente encontrándose publicados apenas 20 casos de lipomas retroperitoneales y tan solo otro caso más de lipoma a través del agujero ciático. El 80% de los tumores retroperitoneales son malignos representando el liposarcoma el 45% de los mismos. Suelen ser asintomáticos durante un largo periodo de tiempo, debido a los amplios espacios potenciales del retroperitoneo. En caso de ser sintomáticos la clínica suele ser debida a la compresión local de órganos y tejidos circundantes ocasionando sensación de plenitud, saciedad temprana, edema en miembros inferiores y dolor abdominal. Por ello, las pruebas de imagen desempeñan un papel esencial en el diagnóstico de estas lesiones. El procedimiento diagnóstico y tratamiento consiste en la extirpación completa de la lesión para su posterior análisis histopatológico.

Conclusiones: Los lipomas son entidades comunes, no obstante, su presencia a nivel retroperitoneal es rara. Dado que suelen ser asintomáticos en las etapas iniciales, el diagnóstico se basa en pruebas de imagen como ecografía y RM. Su diagnóstico definitivo y tratamiento se basa en la extirpación completa para su posterior análisis histopatológico beneficiándose los pacientes de un enfoque multidisciplinar.



Rev Cir Gal. 2023; 7 (9): Suplemento 1



Comunicaciones científicas póster

¿DOLOR REAL O PACIENTE DEMANDANTE? A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez Martínez C, Trillo Parejo P, Darriba Fernández MI, Domínguez Sánchez JM, Estéfano Bulufert CF, Reinoso Hermida A, Estrada López CR, Alberca Remigio C, García García M.^(*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Objetivos: Presentar un caso clínico de una paciente con dolor postquirúrgico resistente a múltiples tratamientos tras la exéresis de una tumoración axilar y su resolución quirúrgica y realizar una revisión de la literatura de esta patología.

Materiales y métodos: Paciente de 32 años con antecedentes de síndrome ansioso-depresivo que acude a consulta de Cirugía General derivada por su médico de Atención Primaria por tumoración axilar derecha de rápido crecimiento. Se deriva a consulta de Medicina Interna para estudio, donde se realiza analítica completa y serología sin hallazgos. En el TC body se evidencia conglomerado adenopático axilar derecho y adenopatías en múltiples localizaciones no claramente patológicas. Ante la sospecha de síndrome linfoproliferativo se decide realizar una exéresis quirúrgica del conglomerado adenopático, con el hallazgo anatomopatológico de un fibroadenoma. Tras la intervención se completó el estudio por parte de Medicina Interna descartando patología hematológica. Desde el inicio del seguimiento la paciente comenzó con clínica de dolor en el miembro superior derecho, evidenciándose a la exploración impotencia funcional activa y pasiva por encima de los 90º y puntos gatillo a nivel de la cicatriz de la intervención. Tras derivar a la paciente a la Unidad del Dolor, donde se administraron múltiples terapias y tratamientos sin resultados satisfactorios, a Neurología que solicitó una RM y electromiograma sin hallazgos y a rehabilitación, y ante la persistencia de clínica incapacitante, se propone a la paciente la reintervención. Se realiza una exploración quirúrgica donde se evidencia una lesión compatible con un neuroma en uno de los nervios intercostobraquiales y se procede a su exéresis. Tras la intervención se confirma anatomopatológicamente la existencia de un neuroma y la paciente presenta una resolución total de su clínica dolorosa.

Resultados (discusión): Las lesiones del nervio intercostobraquial se han descrito en la literatura en relación a cirugías mamarias, ya que debido a su posición es extremadamente vulnerable a un daño directo durante la disección linfática. La aparición de neuromas se produce cuando existe un daño en un nervio periférico durante una intervención que no se cura adecuadamente. Pueden ser terminales, cuando existe una sección completa del nervio o neuromas en continuidad, cuando la integridad del nervio permanece intacta. Su diagnóstico es esencialmente clínico por la existencia de hipersensibilidad y un signo de Tinel positivo a la exploración que irradia a lo largo de la distribución del nervio. Este diagnóstico puede confirmarse con un bloqueo nervioso con anestésico local, que también puede ser terapéutico, aunque suelen precisarse infiltraciones periódicas por lo que la exéresis quirúrgica del neuroma debe tenerse en cuenta como opción en aquellos pacientes con dolor recurrente.

Conclusiones: La lesión de los nervios intercostobraquiales es frecuente durante las cirugías axilares, y ante la aparición de clínica dolorosa debe evaluarse con detenimiento su posible etiología y en caso de encontrar clínica compatible con un neuroma iniciar un tratamiento temprano, ya sea médico o quirúrgico para evitar prolongar las limitaciones en las actividades cotidianas del paciente.



LXVII Reunión SOCIGA. Ourense, 24-25 de noviembre de 2023

Comunicaciones científicas póster

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL VÓLVULO DE COLON EN NUESTRO CENTRO

Pascual Gallego MA, Ballinas Miranda J. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Objetivos: Se pretende revisar el manejo y conocer los resultados en nuestro hospital a la hora de abordar el tratamiento de pacientes diagnosticados de vólvulo de colon.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo y descriptivo que incluye a 45 pacientes diagnosticados de vólvulo de colon entre abril de 2014 y septiembre de 2022 en el Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Resultados: La edad media del grupo fue 75,3 años, siendo varones el 64,4 % y en su mayoría pacientes con pluripatología asociada, destacando la presencia de enfermedad neurológica basal (48,8%). La zona de volvulación más frecuentemente implicada fue el sigma (93,3%) frente a ciego (6,6%). En cuanto al tratamiento inicial conservador, la sonda rectal fue utilizada como medida terapéutica en 3 pacientes y la devolvulación endoscópica en 30 (66,6%); Por su parte la cirugía urgente se realizó en 26 casos (57,7%). La intervención de Hartmann fue la opción quirúrgica más empleada (41,6%), seguida de la resección con anastomosis (33,3%), devolvulación de ciego (16,6%) y cecopexia (8,3%). La morbilidad postoperatoria fue del 65,3 %, siendo la infección de herida y el íleo las complicaciones más frecuentes. En el grupo del tratamiento conservador la morbilidad fue del 35,3 %, aunque la tasa de recidivas fue significativamente mayor (70,5 % frente a 7,6%).

Conclusiones: Los vólvulos sigmoides se presentan habitualmente en pacientes adultos en la séptima década de vida y es más frecuente en hombres y en personas con numerosas comorbilidades habitualmente neurológicas y episodios habituales de estreñimiento. El tratamiento inicial puede contemplar medidas conservadoras siempre que la situación clínica y características del paciente lo permitan. Cuando la colonoscopia no ha sido efectiva o cuando los pacientes presentan signos de peritonitis, se indica cirugía urgente. Las opciones quirúrgicas que contemplan la intervención de Hartmann o la resección con anastomosis primaria son válidas, debiéndose individualizar en cada caso la elección según las características de cada paciente. En la cirugía urgente persiste la controversia respecto a realizar una sigmoidectomía con anastomosis primaria o una intervención de Hartmann. Si la situación general del paciente lo permite, se recomienda una anastomosis primaria ya que presenta una menor mortalidad (8-13%) frente al Hartmann (25-50%) según varias series. Dado el alto número de recidivas de este cuadro, es altamente aconsejable programar una cirugía electiva posterior en un plazo no superior a las 48-72h como tratamiento definitivo; sin embargo, la controversia de indicar esta cirugía es que son pacientes de alto riesgo quirúrgico, añosos y con múltiples comorbilidades asociadas. Por lo tanto, la individualización según cada caso individual toma gran relevancia.



Comunicaciones científicas póster

RESECCIÓN HEPÁTICA DE METÁSTASIS ÚNICA DE CÁNCER DE CÉRVIX.

Iglesias Trigo M, Estévez Fernandez M, Carracedo Iglesias R, Pérez Moreiras MI,
Mariño Padín E, Sánchez Santos R, Cruz Moure C, Álvarez Garrido RN. (*)

(*) Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo).

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Actualmente, sólo el 10% de los tumores hepáticos son primitivos. El resto de los tumores malignos hepáticos son de origen metastásico, siendo la resección quirúrgica el único tratamiento curativo para la mayoría de ellos hasta el momento. Las extirpes tumorales más frecuentes de estas lesiones metastásicas son de origen gastrointestinal; ocupando la primera posición el cáncer colorrectal y siguiéndole los tumores neuroendocrinos. Otras localizaciones más infrecuentes son las metástasis de origen pulmonar, mama, páncreas, etc. Nuestro objetivo es presentar un caso de una lesión metastásica única de un carcinoma escamoso de cérvix, siendo ésta, una localización muy infrecuente.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 57 años, sin antecedentes de interés, siendo intervenida este año en nuestro centro de una metástasis única de un carcinoma escamoso de cérvix en el segmento VII hepático de 4,3 x 4 x 3,5 cm. El diagnóstico inicial de la neoplasia de cérvix se realizó en enero del 2021, siendo inicialmente un estadio IIB de la FIGO, tratado mediante quimioterapia y radioterapia radical con respuesta completa. El diagnóstico inicial se realizó mediante una biopsia de cérvix, realizándose como pruebas complementarias RMN, PET-TC y TC toraco abdomino-pélvico para su correcto estadiaje. En diciembre del 2022, tras elevación de marcadores tumorales en el seguimiento en la consulta de Oncología, se realiza una RMN pélvica sin evidencia de recidiva local, por lo que se solicita un PET-TC en el que se objetiva una LOE hepática en el segmento VII compatible con metástasis. Se comenta el caso en el Comité de Tumores y tras la realización de pruebas complementarias que no evidenciaban enfermedad a distancia, así como una RMN hepática, se propone el caso para cirugía.

Resultados: En este caso, se realizó en febrero, una seccionectomía posterior derecha hepática. La paciente presentó un postoperatorio sin complicaciones, siendo dada de alta el 4º día postoperatorio. La anatomía patológica reveló que se trataba, en efecto, de un carcinoma pobremente diferenciado (G3) con rasgos histológicos y patrón inmunohistoquímico compatible con carcinoma de células escamosas, siendo concordante en el contexto clínico, con una metástasis de un carcinoma escamoso de cérvix. Posteriormente, se discutió nuevamente en el comité de tumores ginecológicos, y se decidió tratamiento adyuvante con carboplatino/placitaxel.

Conclusiones: Las metástasis hepáticas únicas del cáncer de cérvix son excepcionales, siendo la pelvis la localización más frecuente de recidiva en este tipo de tumores. En los últimos años, se ha demostrado que; pese a que en tumores no colorrectales ni neuroendocrinos la diseminación tumoral se produce mayoritariamente por la circulación sistémica y probablemente ya se haya producido la diseminación del mismo, la cirugía de resección hepática ha mejorado la supervivencia a largo plazo de estos pacientes, siendo, además, una técnica muy segura en centros especializados. No obstante, a diferencia de las metástasis colorrectales o de tumores neuroendocrinos, no existe una recomendación general ni guías de práctica clínica al respecto, por lo que debe individualizarse cada caso y excluirse la posibilidad de enfermedad extrahepática.



Comunicaciones científicas póster

1000 CIRUGÍAS BARIÁTRICAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL, ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

Mazuela L, Brox Jiménez A, Lladro Estévez M, Artime Rial M, Pérez Corbal L,
Costas Fernández V, Castrodá Copa D, Parajó Calvo A. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Objetivos: La unidad multidisciplinar para el tratamiento de la obesidad comenzó en el año 2006 en nuestro Complejo Hospitalario. El objetivo es analizar el recorrido y los resultados en 16 años de trayectoria.

Material y métodos: Análisis retrospectivo, descriptivo de una Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica en un Hospital de segundo nivel tras superar el millar de pacientes intervenidos de Cirugía Bariátrica.

Resultados: Hasta la fecha se han intervenido 1065 pacientes por abordaje mínimamente invasivo (laparoscópico o robótico), una media de 80 pacientes por año. 2 de ellos se convirtieron a cirugía abierta. Durante 2020 y 2021 hubo una caída significativa de la actividad a consecuencia de la pandemia Covid-19. El rango de edad de nuestra serie oscila entre los 18 y 67 años. 846 (79,44%) de los pacientes intervenidos fueron mujeres y 219 (20,56%), varones. El peso máximo fue de 253 kg que a su vez correspondió al mayor IMC (104). Todos nuestros pacientes fueron optimizados e informados de los beneficios de la pérdida de peso preoperatoria. A los pacientes con IMC mayor o igual a 50 se les ofreció la colocación de un balón intragástrico.

Tabla 1. Técnicas quirúrgicas realizadas.

Técnica quirúrgica	N(%)
By pass gástrico (BP)	599 (56,24%)
Gastrectomía vertical	436 (40,93%)
Otras (Scopinaro, cruce duodenal, SADI-S, conversión a by pass, gastrectomía total)	30 (2,83%)

En cuanto al análisis de la morbi-mortalidad, el porcentaje de mortalidad es del 0% y el desglose de complicaciones se detalla en las tablas 2 y 3.

Tabla 2. Complicaciones postoperatorias.

Complicaciones	N = 54 (5,07%)
Fistulas gástricas	21
Fistulas gastro-gástricas	3
Fistula pie de asa	1
Fistula del remanente	1
Fistula pancreática (SADI-S)	1
Oclusión en pie de asa 2	2
Fistula biliar (colecistectomía)	1
Perforación intestinal	1
Hemorragia digestiva alta	4
Estenosis	1 (SV)/ 3 (SF)
Hemoperitoneo	4
Hematoma línea de grapas	4
Absceso abdominal (sin fistula)	4
Sepsis por catéter	1
Neumonías nosocomiales	2
Trombosis portal	1
Hematoma herida	1
Celulitis (eventroplastia)	1

Tabla 3. Clasificación de las complicaciones postoperatorias según la escala de Clavien-Dindo.

Grados clasificación Clavien-Dindo	N (%)
I	2 (0,18%)
II	17 (1,60%)
IIIa	5 (0,47%)
IIIb	20 (1,87%)
IVa	5 (0,47%)
IVb	5 (0,47%)
V	0 (0%)

A lo largo de estos años hemos evolucionado hasta ofrecer una recuperación intensificada, más simplificada y confortable para el paciente, siendo menores los tiempos quirúrgicos. Habitualmente el paciente sale de quirófano sin sondas ni drenajes e iniciando sorbos de líquidos por vía oral el mismo día de la intervención. En nuestra Unidad a lo largo de estos años se han formado 3 cirujanos bariátricos con el diploma de competencia de la SECO nivel completo.

Conclusiones: Desde un Hospital de segundo nivel se puede realizar cirugía bariátrica con seguridad y calidad. Afrontamos los próximos años con la ilusión de seguir en la vanguardia, convencidos de que el cirujano continuará siendo una pieza angular en el tratamiento de la obesidad.



Comunicaciones científicas póster

ABSCESO HEPÁTICO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Vázquez González I, García Melón A, Conzález López R, Ramírez Ruiz L,
Anguita Ramos FJ, Lenza Trigo P, Ocharán Puell M, Conde Vales J. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

RESUMEN:

Objetivo: Presentamos un caso de rotura espontánea de absceso hepático como causa de abdomen agudo.

Material y métodos: Varón de 55 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia, cardiopatía isquémica y amputación de miembro superior derecho. Acude a urgencias por dolor abdominal de varios días con agudización. Vómitos sin fiebre. A su llegada presenta estabilidad hemodinámica y abdomen doloroso de forma generalizada, con defensa en fosa iliaca izquierda y sensación de masa epigástrica dolorosa. En la analítica, 24020 leucocitos con 85.5% de neutrófilos, 921000 plaquetas, fibrinógeno de 1123, pH 7.22, lactato 4.8 y creatinina de 1.64, con bilirrubina, ALT y amilasa normales. Se solicita TC abdominal observando absceso de 7 x 6,7 cm en lóbulo hepático izquierdo y moderada cantidad de líquido libre. Ante la exploración y los hallazgos de las pruebas complementarias se decide intervención urgente.

Resultados: Se realiza una laparotomía media y se visualiza gran absceso hepático que afecta a casi la totalidad de los segmentos II-III con drenaje espontáneo de pus a la cavidad abdominal y una peritonitis purulenta generalizada, así como múltiples divertículos sigmoideos sin datos de diverticulitis. Se realiza drenaje y desbridamiento del absceso. En los cultivos crece *Fusobacterium*. Ante una pérdida del drenaje, se realiza TC de control a los 10 días con mejoría radiológica, aunque persiste absceso de menor tamaño, colocándose drenaje percutáneo. Se realiza colonoscopia a los 15 días visualizando marcada diverticulosis pancolónica, con datos de eritema y estenosis en mucosa sigmoidea que no permite el paso de colonoscopio. Se toman muestras para biopsia con resultado inflamatorio. Concomitantemente, es tratado para *Clostridium difficile* por diarrea. Finalmente, el paciente es dado de alta al 26º día postoperatorio.

Conclusiones: Los abscesos hepáticos son una entidad poco frecuente, predominante en hombres. Puede tener múltiples orígenes (secundario a cáncer colorrectal, diseminación hematológica o contigüidad por infección biliar). Los gérmenes más frecuentemente aislados son *Enterobacterias*, *estreptococos* y *estafilococos*. También está descrito el crecimiento asociado de *Candida*. En el 90% de los casos cursa con fiebre y hasta en un 75% con dolor abdominal. Puede asociar ictericia. Puede haber dolor a la palpación en hipocondrio derecho. En la analítica es frecuente la elevación de bilirrubina y enzimas hepáticas, así como de fosfatasa alcalina. En las pruebas de imagen suele visualizarse una LOE hepática, de mayor frecuencia derecha. El TC y la ecografía son de elección. El tratamiento consiste en antibioterapia dirigida y drenaje. La punción percutánea permite obtener muestras para cultivo y colocar catéter para drenaje. La ruptura espontánea es una complicación muy infrecuente. Son factores de riesgo el tamaño del absceso mayor a 6 cm y el hígado cirrótico. Si la perforación es contenida puede realizarse un tratamiento conservador, pero cuando se produce libremente a cavidad abdominal, la cirugía urgente está indicada. Nos encontramos ante un caso de abdomen agudo secundario a ruptura espontánea de absceso hepático izquierdo de gran tamaño causado por *Fusobacterium*. Teniendo en cuenta la estenosis diverticular del sigma, parece que una diverticulitis no tratada haya sido el origen de un absceso hepático complicado.



Comunicaciones científicas póster

ASCITIS QUILOSA COMO COMPLICACIÓN TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Area E, Santos Vieitez L, Robla Álvarez D, Gómez Pasantes D. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Introducción: Se conoce como ascitis quilosa a la presencia de líquido linfático intestinal en la cavidad abdominal. Esta es debida a un fallo en el sistema linfático, bien por alteraciones congénitas, por obstrucción o por una lesión del mismo.

Caso clínico: Varón de 64 años. Exconsumidor excesivo de alcohol, al menos 1 año abstinentes. Diabético tipo II. Presenta cirrosis hepática con hipertensión portal clínicamente significativa. Descompensación ascítica. Ingresa en el servicio de Digestivo por encefalopatía hepática. Receptor de trasplante hepático en diciembre del 2022. En la cirugía se aspiran unos 7 litros de ascitis. Se realiza anastomosis arterial (esplénica del donante y gastroduodenal del receptor). Tras la anastomosis portal se observa bajo flujo de la misma. Se realiza portografía en la que se observa robo por circulación colateral. Se coloca un stent con mejoría del flujo portal. En la anatomía patológica del explante: fibrosis congénita hepática. Tras la cirugía buena evolución clínica, se estudia flujo arterial y portal con ecodoppler, sin alteraciones. Poco después de la introducción de la dieta el paciente comienza a presentar un aumento notable del perímetro abdominal, así como un débito aumentado por el drenaje, de aspecto lechoso, que se manda a analizar, compatible con ascitis quilosa. Inicialmente se intenta manejo con una dieta específica, disminuyendo el aporte de triglicéridos de cadena larga y aumentando el de proteínas. En vista de la no mejoría se decide aportar octeótrido, con el que tampoco se consigue disminuir el débito quiloso por el drenaje. Finalmente se opta por nutrición parenteral, tras la cual el cuadro se resuelve y el paciente puede reiniciar nuevamente la nutrición oral.

Conclusiones: La ascitis quilosa es una complicación rara tras el trasplante hepático, que se presenta al poco tiempo de iniciar la nutrición oral en el paciente. Parece deberse principalmente a dos mecanismos, por un lado, la producción aumentada de linfa secundaria a la cirrosis hepática y por otro, al daño producido en los vasos linfáticos durante la resección hepática. La consecuencia de la misma supone una mayor morbilidad, así como un aumento de la estancia hospitalaria. Para su diagnóstico es necesario el estudio del líquido ascítico, que mostrará un aspecto lechoso, un contenido graso aumentado, colesterol bajo y un recuento celular con predominio linfocítico. En cuanto al tratamiento, se recomienda adoptar medidas conservadoras, con ajuste dietético aumentando las proteínas y disminuyendo los triglicéridos de cadena larga. Cuando esto no es suficiente puede ser necesario el paso a nutrición parenteral, que permite el reposo digestivo y la disminución del flujo esplácnico. El uso de análogos de somatostatina, que reducen la absorción de grasas y la producción de linfa, pueden ser de utilidad independientemente de que el paciente se nutra vía enteral o parenteral. Finalmente, si no mejora con estas medidas puede ser necesaria la cirugía.



Comunicaciones científicas póster

LIPOSARCOMA DESDIFERENCIADO GIGANTE INTRAPERITONEAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

López Barbeito M, Torres Díaz M, Álvarez Seoane R, Blanco Rodríguez A,
Gómez Pasantes D, Aguirrezabalaga González J. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos: El principal objetivo de esta comunicación es difundir y presentar un avanzado caso de un liposarcoma desdiferenciado (LPS-DD). Constituye junto al liposarcoma diferenciado (LPS-WD) un subtipo frecuente de sarcomas de partes blandas, formando el 20% de las neoplasias malignas mesenquimales. Este tipo de liposarcoma, LPS-DD, presenta un predominio en adultos entre la sexta y la octava década de vida sin diferencias significativas entre sexos. Se presenta típicamente como una masa de crecimiento lento e indoloro que acaba presentando síntomas por compresión de estructuras intraabdominales. Su diagnóstico se basa en biopsia de la masa e identificación histológica que junto con el TAC-toraco-abdominal permite valorar su extensión y relación con sus órganos vecinos. El único tratamiento con potencial curativo de este tipo de liposarcomas es la resección quirúrgica completa (R0).

Materiales y métodos: Se presenta el siguiente caso de un liposarcoma desdiferenciado: Mujer de 84 años que consulta por cuadro de evolución de 15 días de epigastralgia e hinchazón abdominal, con aumento de edemas de miembros inferiores sin alteraciones del hábito intestinal ni otros síntomas adicionales. En la exploración física se aprecia una gran masa abdominal por lo que se propone estudio con ecografía y TAC abdominal (masa intraperitoneal bilobulada de bordes bien definidos de 18x17x25cm sin invasión aparente). Se confirman los hallazgos compatibles con liposarcoma desdiferenciado grado histológico FNCLCC 2 (D3+M1+N0) con positividad para MDM2, CDK4 y expresión reticular inespecífica para CD34 (resto negativos).

Resultados: Se propone para comité de tumores donde, revisado el caso, se decide cirugía de resección desestimando QT-RT neoadyuvante debido a su tamaño y toxicidad esperable. Había sido desestimada en otro centro para cirugía primaria dadas las comorbilidades. En quirófano se procede a la resección completa del liposarcoma, de bordes bien definidos sin evidenciar invasión de estructuras intraabdominales, hasta la cúpula vesical, donde se encuentra adherida y de la que depende, con la entrada respetada de ambos uréteres. Se finaliza su resección y con la posterior reconstrucción vesical. La anatomía patológica diferida ratifica la masa como liposarcoma desdiferenciado de 30 x 25 x 12,5 cm (pT4 8ª Ed. AJCC) con células atípicas, fusiformes, pleomórficas de componente adiposo y 3 lesiones nodulares en su interior con densidad aumentada de dichas células atípicas y necrosis. Presentó un postoperatorio favorable sin complicaciones, con sonda vesical durante 15 días y cistografía de control, comprobando estanqueidad de la vejiga además de buen estado general, sin dolor, buen aspecto de herida quirúrgica y sin eventraciones, aunque con ligeras molestias urinarias. Revisado y comentado el caso se decide que no se beneficiará de tratamiento complementario y continuará con un seguimiento con TAC de control en 3 meses y posteriormente cada 6 meses los primeros años con control con cistoscopia.

Conclusiones: La tasa de recurrencia y el pronóstico de este tipo de liposarcomas vienen dados principalmente por el tamaño tumoral, grado y subtipo, edad y extensión de la resección. Al final, en gran parte de las ocasiones, el tratamiento quirúrgico no busca la resección completa oncológica, sino mejorar la calidad de vida del paciente al extirpar una masa que comprime otros órganos y le ocasiona diversos síntomas que le dificultan la vida diaria.

LXVII Reunión SOCIGA. Ourense, 24-25 de noviembre de 2023

Comunicaciones científicas póster

METÁSTASIS MUSCULOESQUELÉTICA DE COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO

De la Puente Mota N, Gómez Fandiño Y, Anguita Ramos FJ, López López M, Ocharán Puell M, López Carnero B, González Ramírez J, Fernández García A, Conde Vales J. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

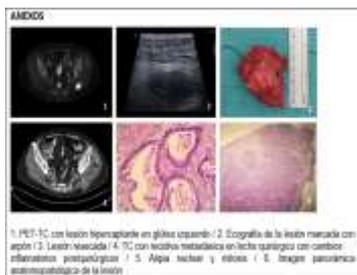
RESUMEN:

Objetivos: Presentar un caso de colangiocarcinoma intrahepático con metástasis en el músculo glúteo mayor izquierdo y realizar una revisión de la literatura actual.

Materiales y métodos: Varón de 74 años, con historia cardiológica y oncológica complejas, diagnosticado 3 años antes de colangiocarcinoma intrahepático, y tratado mediante resección y terapia adyuvante con quimioterapia y radioterapia. Acude a consultas externas de Cirugía General derivado por su oncólogo para exéresis de una lesión hipercaptante en glúteo izquierdo detectada en un PET-TC. Para definir la naturaleza de la lesión se solicitó una ecografía en la que se identificó un nódulo hipoecoico de 2 centímetros situado a 2,6 centímetros de la superficie cutánea y haciéndose marcaje con arpón de la misma. Se programó para resección de la lesión obteniéndose una pieza de de 4,2 x 3,2 x 2,5 centímetros concordante con colangiocarcinoma conocido moderadamente diferenciado y con márgenes positivos. Se volvió a intervenir en una segunda cirugía de ampliación de márgenes, saliendo en esta ocasión márgenes libres de enfermedad.

Discusión: Las metástasis musculares en el colangiocarcinoma son raras, a pesar de tratarse de un tejido que representa el 50% de la masa corporal total y de su abundante vascularización. Hasta donde sabemos, en la literatura mundial solo se han reportado otros 6 casos de metástasis en el músculo esquelético a partir de colangiocarcinoma. El diagnóstico de metástasis musculares se facilita con técnicas de imagen avanzadas como la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RMN), la ecografía, la gammagrafía con 67Ga y la tomografía por emisión de positrones con tomografía computarizada (PET-TC). El tratamiento de estas metástasis suele ser paliativo y se basa en radioterapia, quimioterapia y, en algunos casos, resección quirúrgica, como sucedió en este caso.

Conclusiones: Se describe el caso de un paciente con metástasis musculoesquelética. El paciente se sometió a una extirpación de la metástasis muscular en el músculo glúteo izquierdo, seguida de una segunda cirugía de ampliación con resultado de márgenes libres. Se destaca que este caso es extremadamente raro, ya que solo se han reportado otros 6 casos de metástasis en el músculo esquelético a partir de colangiocarcinoma en la literatura mundial. La rareza de este caso subraya la importancia del abordaje multidisciplinario, la necesidad de una comprensión más profunda de esta enfermedad, y de considerar opciones de tratamiento personalizadas para cada paciente.



Id	Sexo/Etad	Tiempo desde el diagnóstico	Localización (anatomía)	Tratamiento	Seguimiento (anatomía)	Resultado
1	38/70	10 años	Subcutánea	Resección	8	Relucido
2	41/76	10 años	Intrahepática	Resección + quimioterapia + radioterapia	4	Relucido
3	44/60	10 años	Intrahepática	Resección + quimioterapia + radioterapia	10 años	No relucido
4	58/69	10 años	Subcutánea	Resección	3	Relucido
5	72/74	10 años	No relucido	Resección	10 años	No relucido
6	55/74	10 años	Intrahepática	Resección + quimioterapia + radioterapia	3	Relucido
7	74/76	10 años	Subcutánea	Resección + quimioterapia + radioterapia	8	Relucido



LXVII Reunión SOCIGA. Ourense, 24-25 de noviembre de 2023

Comunicaciones científicas póster

TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Robla Álvarez D, Santos Vieitez L, Gómez Área E, Bahamonde Calvelo F. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Los tumores del estroma gastrointestinal o GIST constituyen una enfermedad poco frecuente y de comportamiento variable, que se originan a partir de las células nerviosas del aparato digestivo (Estómago 60%, Intestino delgado 30-35%, y excepcionalmente colon, recto y esófago). Sus células originarias intervienen en la motilidad intestinal y se caracterizan por la expresión de cKIT. En la actualidad se utiliza el marcador inmunohistoquímico CD117 para distinguir entre los GIST y otras neoplasias mesenquimales (tumores no-GIST)

Caso clínico: Mujer de 77 años. Molestias abdominales difusas y plenitud desde hace 2 meses + sensación de aumento de perímetro abdominal. TC abdominopélvico: tumoración centroabdominal de 17x13x20cm, vascularizada y de aspecto quístico-necrótico que desplaza estructuras adyacentes. Fiebre persistente (Hemocultivos -) Anemización progresiva (Hb:6 Htco:19) EDA: Lesión extrínseca fistulizada y ulcerada hacia estómago. (Biopsias: Mucosa gástrica superficial con gastritis crónica) BAG por Rx vascular: Tumor GIST de bajo grado. Se decide intervención quirúrgica observándose en la misma una tumoración de unos 20cm dependiente de la curvatura menor gástrica que respeta estructuras vecinas a excepción de adenopatías de gran tamaño en mesocolon transverso. Se realiza una Gastrectomía $\frac{3}{4}$ con resección parcial de colon transverso + Reconstrucción en Y de Roux. Los tumores GIST son el tumor mesenquimal más frecuente. Se originan de las células intersticiales de Cajal y su comportamiento biológico es bastante heterogéneo, abarcando desde pequeñas lesiones asintomáticas benignas hasta sarcomas metastásicos. El tratamiento es quirúrgico: Resección R0 evitando la ruptura de su pseudocápsula. No está indicada la linfadenectomía dada la baja prevalencia de mtx ganglionares (<1%). El tratamiento neoadyuvante con Imatinib se considera en aquellos pacientes con grandes tumores no complicados de cara a una reducción en la morbilidad postoperatoria (tratamiento de 2 a 6 meses). Respecto al tratamiento adyuvante va a depender del riesgo de recaída evaluado mediante la clasificación de Miettinen*. Se recomienda tratamiento con Imatinib durante 3 años en aquellos con alto riesgo mientras que los de bajo riesgo no necesitarían tratamiento adyuvante. La supervivencia libre de enfermedad a los 5 años es del 70% y el factor pronóstico más importante de recurrencia es un elevado índice mitótico.



Comunicaciones científicas póster

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DE MELANOMA COROIDEO

Robla Álvarez D, Santos Vieitez L, Gómez Área E, Gómez Pasantes D. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

El melanoma coroideo constituye la neoplasia ocular primaria más común en adultos. Sobre el 50% de los pacientes presentan metástasis al diagnóstico y, su difusión hematológica hace que el hígado sea el órgano más frecuentemente afectado (90% de ellas). La quimioterapia sistémica suele ser ineficaz y la supervivencia global de estos pacientes es limitada. En la actualidad, no existen guías clínicas respecto al tratamiento de las metástasis hepáticas en estos tipos de tumores. Desde el año 2016 a el presente, en nuestro centro fueron identificados 7 pacientes con metástasis hepáticas por melanoma coroideo. 2 de ellas fueron candidatas a cirugía de las metástasis hepáticas, pero solo en un caso fue posible la resección. La media de supervivencia global de los pacientes no intervenidos fue de 8 meses. El paciente intervenido se realizó una segmentectomía laparoscópica II-III + metastasectomía del segmento VIII. Actualmente se encuentra a seguimiento desde hace 3 años sin datos de recaída. Las metastasis hepaticas en aquellos pacientes con melanoma de coroides suponen un mal pronóstico debido a su escasa respuesta a la quimioterapia, con una media de supervivencia de aproximadamente un año después de la detección de las mismas. Aunque no existen suficientes datos para definir el roll de la cirugía en estos pacientes, se ha visto en diversos estudios un aumento significativo de la supervivencia global (de 8 a 72 meses) en aquellos pacientes a los que se realiza una resección hepática; sin embargo, sólo un pequeño porcentaje (9-12%) de los pacientes diagnosticados son candidatos a cirugía, debido principalmente a la extensión de la enfermedad en el momento diagnóstico. Pese a esta mejoría de la supervivencia, la recurrencia tras la cirugía alcanza tasas del 72%-75%. Otros posibles tratamientos de estas lesiones son la quimioterapia hepática intraarterial, la embolización selectiva o la perfusión hepática percutánea.



Comunicaciones científicas póster

DIVERTICULITIS AGUDA DERECHA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lorenzo Alfaya L, Calvo Rodríguez D, Rosales Goas J, Pablos Vidal J,
Rodríguez Carral P, Caño Gómez P, Civeira Taboada TM, Díaz Tie M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

RESUMEN:

Introducción: La diverticulosis de colon derecho es una entidad poco frecuente en occidente. Su presentación y baja incidencia dificultan su diagnóstico, siendo diagnosticados erróneamente como apendicitis hasta un 66% de los pacientes.

Objetivo: El objetivo de esta publicación es realizar una revisión bibliográfica sobre la enfermedad diverticular derecha a propósito de un caso clínico.

Métodos: Las bases de datos consultadas fueron PubMed y UptoDate. La búsqueda se realizó con la combinación de términos: "(Diverticulitis OR acute diverticulitis OR diverticul*) AND ((right) OR (right-sided)) NOT (Meckel)". Los artículos publicados entre 2018 y 2023 fueron revisados en su totalidad para identificar aquellos susceptibles de inclusión en esta revisión bibliográfica.

Caso clínico: Mujer de 53 años que acude a Urgencias por dolor abdominal de 3 días de evolución en FID, acompañado de vómitos, fiebre y deposiciones más blandas de lo habitual. A la exploración, abdomen doloroso en FID con defensa, así como Blumberg y Rovsing positivos. Se realiza analítica con leucocitosis y reactantes de fase aguda elevados. Se solicita ecografía abdominal, con hallazgos sugestivos de apendicitis aguda, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. Se intenta abordaje laparoscópico con reconversión posterior por síndrome adherencial. Se realiza abordaje tipo Rockey-Davis, observándose perforación de divertículo situado próximo a válvula ileocecal. Se objetivan otros divertículos próximos no complicados. Se decide resección ileocecal. El postoperatorio transcurre sin incidencias y la paciente es dada de alta al quinto día.

Resultados: La diverticulosis de colon derecho afecta a menos del 5% de la población, siendo más frecuente en pacientes jóvenes y varones. Geográficamente, predomina en Asia, 70-90% de la enfermedad diverticular (ED), frente a Occidente, donde supone un 1-2% de la ED. La tasa de complicaciones de la diverticulitis es del 5-10%. La diverticulitis derecha suele presentarse con dolor en FID, diarrea y leucocitosis, pudiendo confundirse con un cuadro de apendicitis aguda (hasta en dos tercios de los pacientes se realiza intervención quirúrgica bajo el diagnóstico de presunción de apendicitis). Con respecto a la diverticulitis izquierda, el curso es más indolente y las recurrencias menores, aunque presenta una mayor tasa de sangrado. La prueba de imagen de elección es el TC de abdomen con contraste, con una especificidad del 90-95%. La ecografía puede resultar diagnóstica en caso de radiólogos experimentados. El protocolo de tratamiento de las diverticulitis derechas no está tan establecido como en las izquierdas. El manejo conservador con antibioterapia es el primer paso, reservando la cirugía para: diverticulitis complicada (perforación, abscesos sin posibilidad de drenaje percutáneo, fracaso de la antibioterapia, sangrado que no se resuelve endoscópicamente), en caso de 2 o más recidivas o sospecha de malignidad (incidencia del 5,8%).

Conclusión: La diverticulosis derecha es una patología que frecuentemente se diagnostica de forma errónea. Una buena anamnesis y un buen conocimiento de la patología puede orientar el diagnóstico. No obstante, se requieren de más estudios para optimizar y protocolizar su tratamiento.



Comunicaciones científicas póster

TUMOR PRIMARIO MUCINOSO INTRADUCTAL GIGANTE DE PÁNCREAS TRATADO MEDIANTE PANCREATECTOMÍA TOTAL

Onaindía E, Fernández JA, Paz M, Domínguez E, González FJ,
San Martín EJ, Cameselle JM, Varo E, Miguez M, Bustamante M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Objetivos: Reportar el caso de un TPMI gigante, así como destacar la importancia de una correcta caracterización e indicación quirúrgica.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 41 años, que es diagnosticado incidentalmente de TPMI pancreático en TAC realizado en centro privado. Se realiza ecoendoscopia que evidencia gran tumoración solido-quística de 8 cm a nivel de proceso uncinado. En la resonancia magnética existe una primera lesión que mide 9.6x9.1 cm y presenta septos nodulares en su interior, una segunda parece tratarse de una dilatación sacular del conducto de Wirsung de 6.4 cm y una tercera mide 2 cm. La primera lesión contacta ampliamente con la confluencia portomesentérica, la arteria mesentérica superior y la hepática propia, sin infiltrarlas. Ante estos hallazgos altamente sugestivos de degeneración, se decide indicar pancreatectomía total. Es dado de alta al decimoséptimo día de postoperatorio, tras precisar breve ingreso en REA por hemorragia digestiva autolimitada, con buena evolución posterior. La anatomía patológica es informada como neoplasia mucinosa intraductal tipo intestinal de 17.7 cm de diámetro máximo con degeneración a carcinoma mucinoso, con márgenes quirúrgicos y 15 ganglios libres.

Discusión: Los TPMI son neoplasias que presentan una escasa expresión clínica y representan por tanto un reto diagnóstico y terapéutico. Son tumores con buen pronóstico en comparación con el adenocarcinoma, por lo que ante elevada sospecha de degeneración como en nuestro caso la indicación quirúrgica no ha de demorarse.

Conclusiones: Los TPMI se benefician de un tratamiento quirúrgico precoz, por lo que ante la presencia de datos de degeneración este ha de indicarse a fin de garantizar su reseccabilidad con márgenes libres de enfermedad.



Comunicaciones científicas póster

RECURRENCIA DE ILEO BILIAR TRAS ENTEROLITOTOMIA LAPAROSCOPICA

Thorpe B, Santos F, Arcila R, Dieguez M, Miguez P, Bustamante M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Objetivo: Análisis del manejo del íleo biliar y su recurrencia en base a dos casos clínicos.

Introducción: No existen guías clínicas sobre el manejo del íleo biliar, este debe ser personalizado en función del caso. El tratamiento más extendido se basa en cirugía en dos tiempos, enterolitotomía con extracción del cálculo biliar y en un segundo tiempo abordaje de la fistula bileo-digestiva dado la alta morbi-mortalidad de ambas cirugías a la vez. Existe cierta tendencia a evitar el abordaje de la fistula bileo-digestiva en pacientes de alto riesgo asintomáticos, interviniendo solo los casos con clínica de colecistitis, colangitis de repetición o íleo biliar recurrente. El íleo biliar recurrente aparece en un 5-20% de los casos, en su mayoría, en el postoperatorio reciente por cálculos biliares presentes en el aparato digestivo que pasan desapercibidos. Se recomienda por tanto la exploración minuciosa del intestino delgado durante la cirugía, en la medida que sea posible, en búsqueda de segundos cálculos biliares evitando recurrencia de íleo biliar en el postoperatorio reciente. La presencia de cálculos biliares adicionales en la vesícula biliar es determinante para valorar la probabilidad de recurrencia y la necesidad del manejo quirúrgico de la fistula bileo-digestiva en segundo tiempo.

Materiales, métodos y resultados: Se presentan dos casos de íleo biliar intervenidos por laparoscopia con recurrencia de íleo biliar con necesidad de re intervención. Caso 1: Mujer de 84 años dolor abdominal y vómitos de 3 días de evolución. Radiografía de abdomen: dilatación de asas de delgado. TC abdominal: Litiasis biliar de 22mm, cambio de calibre en yeyuno por litiasis biliar de 20mm compatible con íleo biliar. Se realiza enterolitotomía laparoscópica urgente, en el postoperatorio presenta recurrencia de íleo biliar con dehiscencia de anastomosis y peritonitis realizándose resección intestinal y anastomosis vía abierta. Necesidad de nueva reintervención por absceso intra abdominal y dehiscencia tardía realizándose resección intestinal y nueva anastomosis. Caso 2: Mujer de 58 años dolor abdominal de 3 días de evolución. Radiografía de abdomen: dilatación de asas de delgado. TC abdominal: cambio de calibre en yeyuno por litiasis de 25mm compatible con íleo biliar. Se realiza enterolitotomía laparoscópica urgente, en el postoperatorio presenta un segundo íleo biliar. Se realiza resección intestinal y anastomosis Y-Y mecánica por vía abierta.

Conclusiones: La exploración minuciosa de todo el intestino delgado en el contexto del íleo biliar, en búsqueda de segundos cálculos biliares resulta imperativa para evitar las recurrencias, independientemente del tipo de abordaje abierto o laparoscópico. El abordaje laparoscópico puede suponer un reto en la exploración del intestino delgado de urgencia por el riesgo iatrogénico de perforación. La presencia de cálculos biliares adicionales en la vesícula biliar es determinante para valorar la probabilidad de recurrencia y la necesidad del manejo quirúrgico de la fistula bileo-digestiva en segundo tiempo.



Comunicaciones científicas póster

DIVERTICULO DUODENAL PERFORADO

Rodríguez Rojo S, Fernández Blanco P, Gómez Área E, Robla Álvarez D,
Sierra Fernández S, Jamladi, Aguirrezabalaga González J. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos: El duodeno es una región común de localización de divertículos. Sin embargo, la mayoría permanecen no complicados y son hallazgos incidentales. Un pequeño porcentaje causará dolor, hemorragia, ictericia o, más raramente, perforación. La perforación de un divertículo duodenal presenta una alta tasa de mortalidad convirtiéndose en la complicación más grave de un divertículo en duodeno. La inespecificidad de la clínica y alteraciones analíticas convierten las pruebas de imagen en nuestro mayor aliado. Su tratamiento principal es la cirugía, aunque últimamente se acepta el manejo conservador o endoscópico en casos seleccionados.

Materiales y Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 41 años, sin antecedentes relevantes, que acude a Urgencias por dolor epigástrico de 24 horas de evolución, febrícula y un estado nauseoso sin vómitos. Niega EDA ni otro procedimiento invasivo reciente. A la exploración, se encuentra estable, afebril, sin ictericia, con dolor a la palpación abdominal sin signos de irritación peritoneal. La analítica muestra leucocitosis con neutrofilia sin alteraciones en el perfil biliar. PCR y procalcitonina no solicitadas. Tras la realización de una TC abdominal que muestra una estructura adyacente a la primera porción duodenal con gas intra y extraluminal compatible con divertículo duodenal perforado o pancreatitis necrotizante como segunda posibilidad, se decide intervención quirúrgica urgente.

Resultados: En quirófano se evidencia moderada cantidad de líquido libre de aspecto intestinal y un divertículo de aproximadamente 4x2 cm dependiente de la 2ª porción duodenal con cambios gangrenosos en su extremo distal, donde presenta una perforación puntiforme. El resto del intestino no presenta alteraciones destacables ni datos de colecistitis aguda. Debido a que el cuello del divertículo se encuentra respetado, se decide resección del divertículo con grapadora lineal, reforzando la línea de grapas con seda. Durante el postoperatorio se realiza TC abdominal por pico febril, sin hallazgos relevantes en la misma. 5 días tras el alta, acude a Urgencias por dolor abdominal, siendo dada de alta tras descartar patología urgente. Durante el seguimiento ambulatorio no se produjeron incidencias, descartándose patología maligna en el estudio anatomopatológico, por lo que es dada de alta de seguimiento.

Conclusiones: El duodeno es la segunda localización más frecuente de divertículos, después del colon. Se sitúan, sobre todo, en la segunda porción, la mayoría alrededor de la ampolla de Vater. Su incidencia aumenta con la edad, sin mostrar predisposición de sexo y la inmensa mayoría se presentan de forma solitaria. La perforación de los mismos es rara y suele producirse por inflamación, enterolitiasis, iatrogénica, ulceración, traumatismo o cuerpos extraños. A pesar de su baja incidencia, acarrea tasas de mortalidad elevadas, de 20-34% en función de la serie. Su sintomatología es inespecífica, siendo el dolor el síntoma principal que propicia la consulta de urgencia y el TC con contraste la prueba diagnóstica fundamental. Existen diferentes tratamientos, entre los que se encuentran el manejo conservador y endoscópico, pero manteniéndose la intervención quirúrgica como la piedra angular del manejo de esta patología.



Comunicaciones científicas póster

CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE VESÍCULA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez Carral P, Pablos Vidal J, Martínez Insua C,
Díaz Tie M, Rosales Goas J, Lorenzo Alfaya L, Caño Gomez P. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El tumor neuroendocrino de vesícula biliar (TNE-VB) representa el 2% de todos los tumores de vesícula, así como el 0.5% de todos los tumores neuroendocrinos. Dentro de estos, el 10-20% son pobremente diferenciados, y se denominan carcinoma neuroendocrino (CNE), que puede ser de células pequeñas o grandes, y son más agresivos y de peor pronóstico. Se originan a partir de tejido ectópico (más frecuentemente pancreático) en la pared vesicular, a partir de células multipotentes o por metaplasia intestinal secundaria a inflamación crónica. Los TNE no funcionantes ocasionan síntomas derivados del efecto masa, como ictericia o dolor y se diagnostican en fases avanzadas. Los funcionantes pueden provocar clínica derivada de la hiperactividad hormonal, como el síndrome carcinoide. El diagnóstico suele ser incidental tras una colecistectomía. Inmunohistoquímicamente son positivos específicamente para Cromogranina A y sinaptofisina. El tratamiento, pese a no haber evidencia clara al respecto, es la colecistectomía. Si el ganglio cístico o lo márgenes están afectados, se debe ampliar la cirugía con linfadenectomía y/o resección hepática, junto con adyuvancia según el caso.

Materiales y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 63 años con HTA e hipotiroidismo como antecedentes médicos, que acude a Urgencias por dolor abdominal. Tras valoración y realización de pruebas complementarias se diagnostica de colecistitis aguda y se procede a realización de colecistectomía laparoscópica, que transcurre sin incidencias. Evoluciona favorablemente y es dada de alta al 4º día postoperatorio.

Resultados: La anatomía patológica mostró un carcinoma neuroendocrino de célula grande de alto grado, pT2a, con un Ki67>50% e índice mitótico >20. El estudio de extensión fue negativo. Fue remitida a centro de referencia para completar la cirugía, realizándose resección del remanente cístico y linfadenectomía del hilio hepático.

Conclusiones: El carcinoma neuroendocrino de vesícula biliar es muy raro, con pocos casos descritos en la literatura. Los pacientes con CNE de célula grande de vesícula biliar frecuentemente son diagnosticados con enfermedad avanzada, o desarrollan metástasis tras el diagnóstico inicial de enfermedad localizada. La supervivencia no está bien descrita por la falta de casos y de estudios, aunque es inferior a 1 año en la mayoría de las series.



Comunicaciones científicas póster

TUMOR DE BUSCHKE LOWESTEIN, A PROPÓSITO DE UN CASO

Martín Acedo S, Castro Suárez A, Duro Penkova C, Fernández López F,
Paredes Cotoré J, Bustamante Montalvo M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Introducción: El tumor de BUSCHKE-LÖWENSTEIN o condiloma gigante acuminado es una gran lesión exofítica considerada una variante del condiloma anal, de histología benigna. Es un tumor muy poco frecuente, usualmente están asociados al VPH y siendo más frecuente en varones aunque en la literatura no hay más de 100 casos descritos. Los tumores de BUSCHKE-LÖWENSTEIN pueden originarse tanto en la piel perineal como en el canal anal o mucosa rectal. Los síntomas más frecuentes son la presencia de una masa que aumenta de tamaño de manera progresiva, dolor, sangrado, prurito, incontinencia fecal o cambios en el hábito gastrointestinal. Una de las principales diferencias del tumor de BUSCHKE-LÖWENSTEIN es que se comporta de manera invasiva, pudiendo destruir las estructuras anorrectales e incluso pélvicas siendo la cirugía radical con márgenes libres el tratamiento de elección y reconstrucción con colgajos perianales como el colgajo VY, para el cierre del defecto o cicatrización por segunda intención. Otras técnicas como la amputación abdomino-perineal (AAP) y la colostomía lateral suelen reservarse para casos de recurrencia tumoral, invasión pélvica o transformación maligna.

Material y métodos: Presento el caso de un paciente de 30 años que fue intervenido en nuestro centro por un tumor de BUSCHKE-LÖWENSTEIN que infiltraba esfínteres y contactaba con próstata sin invasión. Se realizó cirugía radical y reconstrucción con colgajo VY.

Conclusiones: El tumor de BUSCHKE-LÖWENSTEIN requiere un tratamiento quirúrgico agresivo como primera opción, siendo la más segura en lo que a recidivas se refiere. La reconstrucción pélvica es a menudo necesaria con injertos complejos.



LXVII Reunión SOCIGA. Ourense, 24-25 de noviembre de 2023

Comunicaciones científicas póster

INVAGINACIÓN INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Catalán M, Acitores I, Fernández F, Paredes J, Bustamante M^(*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Introducción: La invaginación intestinal es el desplazamiento de un segmento proximal del tracto gastrointestinal dentro de la luz del segmento adyacente. Sus síntomas son inespecíficos, se manifiesta en forma de obstrucción intestinal parcial crónica. La tríada de dolor abdominal, diarrea con sangre y masa dolorosa palpable, frecuente en la infancia, es poco común en adultos. La TC es el método radiológico más sensible para confirmar la intususcepción, donde se visualiza una masa en forma de “diana” u “ojo de buey”. La cirugía es el tratamiento definitivo para las invaginaciones intestinales en adultos.

Objetivo: Análisis del diagnóstico y manejo de la intususcepción intestinal en base a un caso clínico.

Materiales y métodos: Se presenta un caso de una paciente de 84 años, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de dolor abdominal, náuseas y vómitos, anorexia y alteración del hábito deposicional de meses de evolución. A la exploración, se palpa una masa no dolorosa a nivel de flanco izquierdo. En la ecografía abdominal se aprecia imagen de intususcepción intestinal con masa de 40 mm en la luz. El TC abdominal describe una invaginación ileocecólica que afecta al colon ascendente y transversal secundaria a una masa en colon descendente, compatible con probable proceso neoplásico; sin dilatación de las asas de intestino delgado ni signos de sufrimiento intestinal. La colonoscopia muestra a 40-65 cm del margen anal, una ocupación de la luz intestinal por un posible pólipo gigante.

Resultados: Es intervenida con carácter programado y se realiza una desinvaginación intestinal manual y hemicolectomía derecha con anastomosis latero-lateral manual por vía abierta. Durante la intervención se visualiza un segmento de íleon y colon derecho en el interior de la invaginación que condicionan un efecto masa en hipocondrio izquierdo y del apéndice cecal. La anatomía patológica muestra un mucocelapendicular asociado a un citadenoma mucinoso y una ulceración mucosa por angiodisplasia, sin evidencia de metástasis.

Conclusiones: La invaginación intestinal en adultos representa una condición poco común y supone un desafío para el cirujano. Debido a los síntomas inespecíficos, el tratamiento es quirúrgico y normalmente requiere resección del segmento intestinal afecto, sin embargo, en algunos casos es posible realizar únicamente la desinvaginación. La decisión quirúrgica debe individualizarse según la sospecha clínica y los hallazgos intraoperatorios.