



Comunicaciones científicas póster

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LINFADENECTOMÍA D3 EN HEMICOLECTOMÍA DERECHA EN NUESTRO CENTRO

Iglesias Trigo M, Vigorita V, Cano Valderrama O, Moncada Iribarren E, Pintos Garza R, Recarey Teijeiro E, Abedini Nieto B, Sánchez Santos R. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

RESUMEN:

Objetivos: El cáncer de colon es el cáncer más frecuente si englobamos ambos sexos y su incidencia está aumentando en los últimos años. La linfadenectomía D3 implica la resección de los ganglios centrales, por delante del eje mesentérico superior. Junto con la escisión completa del mesocolon se realiza, con el objetivo de mejorar los resultados oncológicos de los pacientes en el tratamiento quirúrgico del cáncer de colon derecho. Este objetivo es comparar pacientes intervenidos de colectomía derecha con linfadenectomía D3 con pacientes con escisión total del mesocolon (sin linfadenectomía D3). Para ello, analizamos pacientes intervenidos entre junio del 2022 y julio del 2023.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de 65 pacientes intervenidos en nuestro centro entre junio del 2022 y julio del 2023. De los 65 analizados, en 9 de ellos se practicó una linfadenectomía D3.

Resultados: De ellos, 35 eran varones y 30 mujeres. Analizamos las variables de mortalidad, recidiva, tiempo quirúrgico, Clavien-Dindo, ASA prequirúrgico, estadio tumoral y número de ganglios resecaos. La media de tiempo de las intervenciones quirúrgicas fue similar, siendo la de los pacientes sin linfadenectomía de 156 minutos frente a 151 minutos en el subgrupo con linfadenectomía. De entre los pacientes analizados, en los que se realizó una linfadenectomía D3, no obtuvieron una mayor tasa de complicaciones, ya que, de los 9 pacientes, 6 no tuvieron ninguna complicación, 2 obtuvieron un Clavien-Dindo de II y solamente un paciente presentó una complicación de grado IV con una reintervención por una dehiscencia de la anastomosis (en una paciente frágil y con múltiples comorbilidades). Analizando los pacientes sin linfadenectomía, 13 presentaron un Clavien-Dindo de I, 2 de II, 3 de III y 5 pacientes obtuvieron un IV por fallo orgánico/multiorgánico. Dos de ellos fallecieron durante el postoperatorio inmediato, obteniendo un Clavien-Dindo de V. 31 no tuvieron ninguna complicación postoperatoria. La mediana de la estancia hospitalaria fue idéntica en ambos grupos, precisando un ingreso de 5 días, por lo que la linfadenectomía D3 no aumenta la estancia hospitalaria. El número medio total de ganglios resecaos durante la linfadenectomía D3 fue de 18 ganglios, siendo inferior comparativamente en los pacientes sin linfadenectomía D3, excepto en casos seleccionados. De todos los pacientes analizados, solo 1 de ellos presentó recidiva local y carcinomatosis durante el seguimiento hasta el momento y perteneció al grupo sin linfadenectomía. El resto, se encuentran libres de enfermedad en el momento actual. En el total de los pacientes en los que se practicó una linfadenectomía D3 se realizó una cirugía laparoscópica.

Conclusiones: La linfadenectomía D3 es una cirugía segura por vía laparoscópica, sin un aumento de la morbilidad asociada, que aumenta el control locorregional en tumores de colon derecho, obteniendo mayor beneficio en tumores avanzados. Supone, por tanto, un aumento de la supervivencia a largo plazo en tumores de cáncer de colon derecho, como ya se vio en estudios realizados previamente por otros autores. No obstante, necesitamos un mayor intervalo en el tiempo para analizar la recidiva de los pacientes intervenidos en nuestro centro.



Comunicaciones científicas póster

NEOADYUVANCIA EN EL CÁNCER DE COLON LOCALMENTE AVANZADO: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Sierra Fernández S, Tasende Presedo M, Jamladi Amni W,
Fernández Blanco P, Aguirrezabalaga González J. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos: El tratamiento estándar del cáncer de colon localmente avanzado (CCLA) se basa en la cirugía oncológica seguida de quimioterapia adyuvante. Sin embargo, la supervivencia global a los 5 años dista mucho de considerarse satisfactoria, en buena parte por el mal cumplimiento de los regímenes de quimioterapia obtenido tras la cirugía. Por este motivo, se plantea la posibilidad de invertir el orden de tratamiento (tal y como se realiza, con muy buenos resultados, en otros tumores digestivos), y realizar neoadyuvancia en aquellos pacientes con CCLA, con las potenciales ventajas que puede conllevar: disminución del volumen tumoral previo a la cirugía, así como la diseminación celular por manipulación del tumor durante la misma, evitar una demora en la administración de la quimioterapia, e incrementar la tasa de cumplimentación terapéutica.

Material y métodos: Revisión de la bibliografía y presentación de un caso clínico de un varón de 58 años diagnosticado de un adenocarcinoma de colon estenosante, a 35cm de margen anal, apreciándose en TC una masa tumoral de 6 por 4 por 7 cm, con infiltración de uraco y vejiga (3cm por cistoscopia). Valorado en Comité Multidisciplinar de Tumores: se plantea neoadyuvancia para intentar controlar localmente el tumor, y evitar una amplia resección vesical que implicaría una microvejiga y o una derivación urinaria tipo Bricker.

Resultados: Se comienza la neoadyuvancia con 4 ciclos de XELOX, y en TC de control se objetiva una franca reducción de la masa tumoral (engrosamiento de 3cm de sigma, con infiltración vesical de 1 cm). Dada la evolución favorable, se decide administrar otros 2 ciclos de QT. Posteriormente se realiza intervención quirúrgica vía laparoscópica: sigmoidectomía con resección en bloque de cúpula vesical y rafia primaria de la misma, con anastomosis colo-rectal mecánica. Tras esto el paciente presentó una evolución favorable durante el ingreso, encontrándose asintomático a los 2 meses en consulta de revisión. El estudio anatomopatológico mostró un estadio pT3N0, hallándose fibrosis a nivel de vejiga sin infiltración de la misma.

Conclusión: Nuestros resultados van en la línea de los resultados de los estudios realizados hasta la fecha: el tratamiento neoadyuvante en el CCLA tiene, entre otras, la gran ventaja, de permitir disminuir el volumen tumoral antes de la intervención, permitiendo resecciones más limitadas y con menor riesgo de diseminación celular. Además, permite predecir la respuesta a la QT adyuvante y aumenta el cumplimiento terapéutico con respecto a esta. Se encuentran en marcha varios ensayos aleatorizados, con buenos resultados preliminares, pendiente de resultados definitivos a largo plazo, para ver si esto se traduce en un aumento de la supervivencia a los 5 años, sin aumento de la morbimortalidad.



Comunicaciones científicas póster

ANÁLISIS DE LOS FACTORES PREDICTORES DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA COLORRECTAL EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO: PROTOCOLO DEL ESTUDIO COMPLICOLON

Ferreirós Losada I, Abedini Nieto B, Recarey Teijeiro E, Pintos Garza R, Cano-Valderrama O, Vigorita V, Moncada E, Sánchez-Santos R. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos: Las complicaciones en cirugía colorrectal son relevantes en varios aspectos: impacto sobre la calidad de vida, resultados oncológicos, gasto sanitario, mortalidad... La principal complicación es la fuga anastomótica. Sin embargo, no podemos olvidarnos de otras complicaciones importantes como la hemorragia, la sepsis abdominal o la oclusión intestinal. Aunque muchos de los factores de riesgo de sufrir una complicación no son modificables (edad, comorbilidades o sexo, por ejemplo), existen otros factores que sí son modificables como el estado nutricional, la anemia preoperatoria o la estanqueidad correcta de la anastomosis durante la intervención quirúrgica. Un mejor conocimiento de los factores de riesgo de sufrir una complicación permitirá modificar estos factores y así disminuir la incidencia y gravedad de estas complicaciones, mejorando la seguridad de estas intervenciones. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de complicaciones y los factores de riesgo asociados con las mismas.

Material y métodos: se presenta el protocolo del estudio Complicolon, un estudio prospectivo de cohortes que incluirá todos los pacientes atendidos en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo entre 2024-2026, sometidos a cirugía colorrectal resectiva electiva por causa benigna o maligna. El tiempo de seguimiento para identificar las complicaciones y los posibles factores de riesgo asociados se limitará al periodo postoperatorio inmediato y tardío, es decir los días de ingreso y los 90 días posteriores al alta. Durante este periodo se recogen datos clínicos y demográficos relacionados con los pacientes, datos quirúrgicos relacionados con el tipo de intervención, datos anatomopatológicos de la pieza quirúrgica y datos del periodo de seguimiento. En los próximos meses se pretende introducir la endoscopia intraoperatoria sistemática en nuestro servicio, lo que nos permitirá analizar si su uso disminuye la aparición de complicaciones. La variable dependiente principal del estudio será el desarrollo de complicaciones graves (Clavien Dindo III-V) durante el periodo postoperatorio. Será realizado un análisis univariante de todas las variables y aquellas relacionadas de forma estadística o clínicamente significativa serán incluidas en un modelo multivariante de regresión logística.

Resultados: entre junio y septiembre de 2024 se han incluido en el estudio 62 pacientes. La edad media de los pacientes incluidos fue de 70,1 años y 30 (48,4%) pacientes tenían un riesgo ASA III o superior. 31 (50%) pacientes eran mujeres. La cirugía realizada fue una colectomía derecha en 23 (39%), una colectomía izquierda en 7 (11,9%), una sigmoidectomía en 22 (37,3%) y una resección de recto en 6 (8,5%) pacientes. 11 (20%) de los pacientes sufrieron una complicación, de los cuales 2 (3,6%) tenían una Clavien Dindo >II. La incidencia de fuga anastomótica fue de un 7,3%. La estancia mediana tras la intervención fue de 4,5 días y ningún paciente falleció en el postoperatorio.

Conclusiones: el estudio Complicolon permitirá conocer mejor los factores de riesgo de sufrir una complicación tras cirugía colorrectal. Hasta el momento la recogida de datos está siendo satisfactoria y esperamos tener resultados más avanzados en los próximos meses.



Comunicaciones científicas póster

DIVERTÍCULO GIGANTE DE SIGMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Miguez González P, Diéguez Álvarez M, Fernández López F, Ladra González MJ,
Paredes Cotoré JP, Bustamante Montalvo; M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Objetivos: Introducción y objetivo: El divertículo colónico gigante constituye una presentación extremadamente rara dentro de la enfermedad diverticular. Se encuentran principalmente en el colon sigmoide (90% de los casos según las series). Se establece un margen de 4 cm de diámetro para poder considerar un divertículo como gigante. A nivel anatomopatológico, se describen tres tipos: tipo I o pseudodivertículo; tipo II, con divertículo inflamatorio y perforación local en comunicación con una cavidad adyacente o absceso; y tipo III, o divertículo verdadero, que contiene todas las capas del espesor del colon normal. Se presenta el caso de una paciente de 44 años con diagnóstico de un divertículo gigante en colon sigmoide de tipo III.

Materiales y Métodos: La paciente acude por primera vez a Urgencias presentando dolor abdominal de fuerte intensidad de inicio en mesogastrio y que se irradia posteriormente a FID. Refiere inicio de sintomatología hace 48 horas presentado náuseas y fiebre (38,5°C). En la analítica sanguínea realizada no se observan alteraciones relevantes. Se solicita TC en el que se evidencia divertículo de 25 mm de diámetro con leve engrosamiento de pared. Ante estos hallazgos se decide tratamiento antibiótico ambulatorio y revisión en consulta. Seis meses después del primer episodio, la paciente acude con la misma sintomatología, por lo que se repite TC abdominal, objetivándose en esta oportunidad múltiples divertículos colónicos de pequeño tamaño y lesión intraperitoneal de densidad aire de 57x58x67 mm que parece depender de colon sigmoide, asociado a líquido libre parcialmente coleccionado adyacente en el polo superior. Se decide ingreso para vigilancia evolutiva y tratamiento conservador. Es dada de alta tras diez días de ingreso. Se llevan a cabo enema opaco y tránsito baritado donde se aprecia que la lesión parece depender de sigma medio y no muestra relación con yeyuno, ya que en pruebas de imagen previas existían dudas en cuanto a su origen. Se programa intervención quirúrgica, presentando nuevo ingreso de apenas cinco días por nuevo episodio de dolor abdominal en las dos semanas previas a la intervención.

Resultados: Se realiza abordaje laparoscópico visualizándose sigma redundante con un segmento adherido al meso de asa de yeyuno; debido a movilización dificultosa, se decide reconversión a cirugía abierta. Se objetiva divertículo de cuello estrecho e inflamado que depende del sigma. Se decide sección segmentaria de unos 10 cm de sigma que contiene el divertículo. La Anatomía Patológica confirmará el diagnóstico de divertículo gigante en el contexto de diverticulosis sigmoidea con resto de la mucosa colónica y ganglios adyacentes sin alteraciones histopatológicas de relevancia.

Conclusiones: El divertículo gigante de colon es una entidad clínica rara. Los síntomas asociados suelen ser: dolor abdominal difuso, cambios deposicionales, náuseas o vómitos, así como episodios de distensión abdominal. Se han descrito complicaciones asociadas a esta patología como la perforación, la infección o incluso la volvulación del divertículo. El tratamiento quirúrgico de los mismos constituye una alternativa válida en pacientes con gran sintomatología o con la intención de evitar complicaciones derivadas en el futuro.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

LXVIII Reunión SOCIGA. A Coruña, 22-23 de noviembre de 2024

Comunicaciones científicas póster

PARATIROIDECTOMÍA EN RÉGIMEN DE CMA: NUEVOS HORIZONTES

Pallarés Pereira A, Matias Beteta G, Hernández García L, Busto Hermida L, Troncoso Magdalena I,
Otero Bueno R, Vázquez Bouzán R, Climent Aira A. (*)

(*) Hospital Ribera Povisa (Vigo).

RESUMEN:

Objetivos: El hiperparatiroidismo constituye una patología de referencia para el cirujano endocrino, puesto que la intervención quirúrgica, la cual consiste en la exéresis de una o varias glándulas dependiendo de la etiología, constituye la opción definitiva ante un trastorno con limitadas alternativas de tratamiento farmacológico. En la actualidad, dicha intervención se realiza bajo régimen de hospitalización, con un ingreso cuya duración es variable en función de las posibles complicaciones tras la cirugía. Dado el curso evolutivo favorable en la mayoría de los pacientes, y ante el advenimiento de nuevas técnicas operatorias mínimamente invasivas gracias en parte a la mayor precisión del estudio radiológico preoperatorio, nos hemos planteado como objetivo el determinar la factibilidad de un protocolo de intervención ambulatorio.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyen aquellos pacientes operados entre los años 2010 y 2024 en el Hospital POVISA. Comprendiendo el análisis de las complicaciones que presentan durante el postoperatorio inmediato relacionadas con la propia intervención o patología de origen.

Resultados: El 20% presenta valores diagnósticos de hipocalcemia en el estudio a las 24 horas tras la intervención, refiriendo clínica de parestesias en tan solo el 5,5% de los pacientes. Por otro lado, el 8,8% refiere disfonía inicial en el postoperatorio inmediato, con un diagnóstico de lesión transitoria en el 5,5% del total. La presencia de infección de la herida quirúrgica y hematoma sofocante, esta última como complicación más grave, fueron anecdóticas.

Conclusión: El manejo quirúrgico del hiperparatiroidismo sin ingreso hospitalario, es una opción que podría ser factible bajo cirujanos experimentados y en un centro donde se realizan intervenciones ambulatorias de forma rutinaria. La selección adecuada de pacientes y la utilización de técnicas de cirugía selectiva o mínimamente invasivas permitirían asegurar un postoperatorio seguro y reduciría tanto los costes como la morbilidad asociada a la hospitalización de los pacientes.



Comunicaciones científicas póster

TUMOR FIBROSO SOLITARIO MESORRECTAL: DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Pascual MA, Parajó A, Pérez L, Otalora L, Castrodá D, Oubiña R, Tamayo D. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Objetivos: Los tumores fibrosos solitarios son un grupo de neoplasias mesenquimales que tienen su origen habitual en la pleura visceral. El origen primario en mesocolon o mesorrecto es extremadamente raro, con 15 casos reportados en la literatura hasta el año 2023.

Materiales y métodos: Se presenta el caso y abordaje diagnóstico-terapéutico de una paciente de 51 años con hallazgo incidental de una lesión presacra durante la filiación urgente de una hemorragia digestiva alta.

Resultados: Para caracterizar la lesión se realizaron diversas pruebas de imagen anatómicas y funcionales incluyendo RMN pélvica, PET-TAC, Gammagrafía de Receptores de Somatostatina y Angio-TC que describieron una lesión mesorrectal hipervascular, con débil actividad metabólica y que englobaba la arteria rectal superior. Dado que no era posible obtener una biopsia preoperatoria por riesgos de infección y diseminación en caso de malignidad, se indicó una cirugía resectiva con márgenes libres: Resección anterior baja robótica, con disección extramesorrectal y ligadura baja con linfadenectomía de arteria mesentérica inferior. No hubo complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: Los tumores fibrosos solitarios derivados del mesenterio son excepcionales y habitualmente diagnosticados tras su exéresis. Histológicamente se caracterizan por su positividad en STAT6 y CD34, que la diferencia de otras neoplasias mesenquimales. Aunque son habitualmente benignos, la presencia de atipia nuclear, necrosis, actividad mitótica incrementada o un tamaño mayor de 10 cm se han asociado a formas malignas. El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica. Siendo su recurrencia rara, las localizaciones extrapleurales deben considerarse potencialmente malignas por su comportamiento impredecible, y por lo tanto requieren de un seguimiento.



Comunicaciones científicas póster

NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL

Nicolas Álvarez R, Rial A, Merino J, Pérez MI, Estévez S, Carracedo R, Mariño E, Sánchez R. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

RESUMEN:

Objetivos: Conocer e identificar la neumatosis quística intestinal (NQI) como entidad para evitar tratamientos invasivos innecesarios. La NQI es poco frecuente y puede generar dudas durante episodios de abdomen agudo - al confundirla con la neumatosis intestinal como signo de progresión isquémica- y llevar a realizar cirugías urgentes no indicadas. Se define como la presencia de quistes de nitrógeno, producido por bacterias aerógenas, distribuidos en la submucosa y subserosa del intestino delgado (generalmente yeyuno-íleon) o del colon cuya patogénesis es el aumento del peristaltismo y la presión intraluminal. La NQI puede ser idiopática (15%), sin que se conozca la causa del aumento de la producción de nitrógeno y el incremento de la presión intraluminal, pero más frecuentemente es secundaria (85%) a problemas gastrointestinales y/o respiratorios o incluso a tratamientos farmacológicos. Habitualmente su tratamiento es conservador mediante reposo digestivo, antibioterapia o el uso de la cámara hiperbárica en casos más acusados, reduciendo la cirugía a la presencia de complicaciones como necrosis, isquemia y/o perforación.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 78 años con un abdomen hostil tras múltiples cirugías por cuadros oclusivos comenzando con dos cesáreas que resultaron en una eventración recidivante. Esta vez acude a urgencias por un dolor abdominal brusco acompañado de síntomas oclusivos. Dados sus antecedentes de cesárea (x2), resección intestinal, eventroplastia (x2) y adhesiolisis se realiza un TC urgente que muestra un asa de yeyuno-íleon con signos de sufrimiento: neumatosis y disminución de la captación de contraste en la pared intestinal. Se decide realizar una cirugía urgente con resección de 20 cm de yeyuno proximal con neumatosis, incluyendo en la pieza 3 cm de necrosis de burbujas asociadas a la pared intestinal. La anatomía patológica (AP) confirma el diagnóstico de neumatosis intestinal quística sin otras alteraciones.

Resultados: Este caso se trató como una oclusión intestinal con signos de sufrimiento y se decidió la resección del segmento afecto intraoperatoriamente. Los resultados de la AP nos hacen reflexionar sobre si podría haberse indicado tratamiento conservador. Sin embargo, dado que no se encontró otra causa de oclusión, había presencia de necrosis en algunos quistes y la paciente había padecido cuadros repetidos de oclusión/suboclusión con presencia de la neumatosis quística en un TC previo que se había tratado ya de forma conservadora, probablemente nos encontrásemos ante un caso de complicaciones asociadas (habitualmente menos del 3%) en el que la cirugía estaba indicada.

Conclusiones: La mayoría de las NQI son asintomáticas o presentan síntomas inespecíficos -como dispepsia- cuyo tratamiento de elección es antibioterapia, reposo digestivo con nutrición parenteral, fluidoterapia y O2 inhalado. Es por ello que debemos conocer esta entidad y valorar individualmente la necesidad de cirugía, ya que se trata de una enfermedad que se confunde de forma habitual con situaciones de riesgo vital y debemos evitar los riesgos y costos asociados a intervenciones innecesarias.



Comunicaciones científicas póster

AMILOIDOSIS EN VESÍCULA BILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lorenzo Alfaya L, Abella Otero F, Pablos Vidal J, Rodríguez Carral P, Caño Gómez P,
Suárez Pazos N, Díaz Tie M, Veiga Barreiro JA. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

RESUMEN:

Objetivos: La amiloidosis consiste en el depósito de proteínas insolubles en el espacio extracelular. El depósito en la vesícula biliar es raro y su diagnóstico preoperatorio es infrecuente, debido a la clínica y pruebas de imagen inespecíficas. El objetivo de esta publicación es realizar una revisión bibliográfica sobre la amiloidosis con depósito en la vesícula biliar a propósito de un caso clínico.

Métodos: Las bases de datos consultadas fueron PubMed y UptoDate. La búsqueda se realizó con los términos: Gallbladder AND Amyloidosis” y “Cholecystitis AND Amyloidosis”. Se revisaron los artículos publicados entre 2018 y 2024.

Caso clínico: Mujer de 89 años que acude a Urgencias por dolor abdominal de 2 días de evolución en HCD, acompañado de náuseas, vómitos e hiporexia. A la exploración, abdomen doloroso en HCD con defensa y Murphy positivo. En la analítica, leucocitosis con desviación izquierda con PCR elevada. Se solicita ecografía abdominal con hallazgos sugestivos de colecistitis aguda, por lo que se decide cirugía urgente. Se realizó colecistectomía laparoscópica, observándose la vesícula edematosa. La paciente fue dada de alta al quinto día. Posteriormente, la Anatomía Patológica informó de colecistitis aguda con amiloidosis vesicular tipo no AL, con depósitos a nivel de vasos submucosos e intramusculares.

Resultados: La amiloidosis es una enfermedad rara, caracterizada por el depósito progresivo de proteínas insolubles mal plegadas (amiloides) a nivel extracelular. Su presentación suele ser sistémica: primaria (AL, por depósito de cadenas ligeras de inmunoglobulinas), secundaria (AA, por agregación de reactantes de fase aguda, el amiloide sérico A o SAA), familiar (AF) o sistémica de tipo salvaje (ATTRwt). Los órganos principalmente afectados son: riñones, corazón, hígado, bazo, piel y tracto gastrointestinal, siendo rara la afectación de la vesícula biliar. La amiloidosis AA suele ocurrir como consecuencia de infecciones y enfermedades inflamatorias crónicas, que ocasionan un aumento de reactantes de fase aguda como el SAA. La persistencia de niveles elevados de SAA favorece su agregación y depósito a nivel extracelular de los órganos ya mencionados. La clínica y las pruebas de imagen son inespecíficas. En caso de depósito a nivel de la vesícula biliar, los pacientes pueden estar asintomáticos o mostrar clínica compatible con cólico biliar, con engrosamiento de la pared vesicular por imagen, tanto por el depósito amiloideo como por la colecistitis concomitante que se puede producir. Por tanto, el diagnóstico preoperatorio es difícil, siendo frecuentemente anatomopatológico (mediante tinción con Rojo Congo con birrefringencia verde manzana bajo luz polarizada). El tratamiento consistiría en colecistectomía y estudio del paciente para descartar afectación multiorgánica. En cuanto al tratamiento de la amiloidosis, no existe un tratamiento concreto. En el caso de la AA, habría que tratar la infección o enfermedad inflamatoria de base.

Conclusión: La amiloidosis es una enfermedad por depósito de amiloide que muy raramente afecta a la vesícula biliar. El diagnóstico preoperatorio es infrecuente y la clínica inespecífica. El tratamiento es la colecistectomía y se recomienda un estudio posterior en busca de afectación a otros niveles.



Comunicaciones científicas póster

NÓDULO MAMARIO EN PACIENTE ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alberca Remigio C, Estrada López CR, Martínez Martínez C, Octavio de Toledo de Miguel E, Valeiras Domínguez E, Fernández Souto P, Fagilde Carreira C, Ardavín García M, García García M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

RESUMEN:

Objetivos: El fibroadenoma gigante juvenil es un tumor de mama benigno y un subtipo poco frecuente de los fibroadenomas. La presentación clínica típica suele ser la aparición de una masa unilateral, de crecimiento rápido e indolora.

Material y métodos: Paciente mujer de 14 años sin antecedentes de interés, con menarquía a los 12 años. Acude a consulta de cirugía de mama por crecimiento de mama derecha de tiempo de evolución no precisado. A la exploración mamaria se objetiva una asimetría mamaria debido al aumento de tamaño de la derecha y se palpó una tumoración de aproximadamente 10 cm. Se realiza una ecografía mamaria donde se visualiza en mama derecha una gran masa oval, sólida y homogénea, de aproximadamente 90x60x86 mm y con discreta vascularización que ocupa la práctica totalidad de la mama. Se realiza una BAG de dicha tumoración y los resultados de anatomía patológica son compatibles con fibroadenoma juvenil y negativos para malignidad. Se decide exéresis de la lesión. Se realiza tumorectomía a través de incisión en surco submamario y acceso mamario posterior. La paciente es dada de alta al día siguiente sin presentar complicaciones postoperatorias. La descripción anatomopatológica definitiva de la pieza quirúrgica permite corroborar que se trataba de un fibroadenoma gigante juvenil.

Discusión: Los tumores benignos de la mama son aquellas alteraciones morfológicas de la mama que se manifiestan clínicamente como un nódulo benigno de crecimiento local y generalmente de crecimiento lento. Constituyen el 25% de la patología vista en las consultas de una unidad especializada de patología mamaria. El fibroadenoma es el tumor benigno de la mama más frecuente. Son proliferaciones epiteliales y estromales bien circunscritas derivadas de la unidad lobular del conducto terminal. El tratamiento depende de las preferencias de la paciente y de los factores de riesgo. El fibroadenoma gigante juvenil es un subtipo infrecuente. Se caracteriza por un crecimiento rápido y súbito hasta medir más de 5 cm o tener un peso mayor de 500 gramos. Suele aparecer entre los 10 y los 18 años. Es la causa principal de macromastia unilateral y asimetría mamaria en adolescentes. La afectación bilateral es muy rara. Se debe hacer el diagnóstico diferencial con el tumor phyllodes y la hipertrofia virginal (en este caso sería bilateral). El tratamiento es quirúrgico.

Conclusiones: El estudio inicial de imagen recomendado es la ecografía. Es importante el diagnóstico diferencial con el tumor phyllodes. El tratamiento siempre es quirúrgico, con extirpación total de la lesión e intentando conseguir un buen resultado estético.



Comunicaciones científicas póster

LOCALIZACIÓN INFRECUENTE DE NEOPLASIA MESENQUIMAL: LIPOSARCOMA PECTORAL

Ruiz de Somocurcio C, Diéguez Álvarez M, Gamborino Caramés E, Beiras Sarasquete C,
Arias Carrasco C, Blanco Freire MN, Puñal Rodríguez JÁ, Bustamante Montalvo M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Objetivos: Objetivos: Los liposarcomas son el grupo más común de neoplasias mesenquimales malignas. Generalmente ocurren en las extremidades y el retroperitoneo y raramente en el intestino. Nuestro objetivo es describir la intervención de un liposarcoma pectoral, dado que es una localización poco común y con importante repercusión estética.

Materiales y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 80 años que presenta una tumoración mamaria derecha de largo tiempo de evolución asociada mastodinia en los últimos 4 meses. Se realiza una mamografía, donde destaca la presencia de una masa con densidad similar a la grasa en la pared torácica, específicamente por debajo y entre las fibras del músculo pectoral derecho, con dimensiones máximas aproximadas de 15 x 8 cm. Se completa el estudio mediante resonancia magnética identificando una gran lesión expansiva en la región pectoral derecha, ubicada entre las fibras del pectoral mayor y menor, adoptando una morfología en "reloj de arena", con un componente más superficial que se localiza anterior al pectoral mayor y que corresponde a la lesión visualizada y descrita en la ecografía y mamografía. La lesión presenta una señal grasa en todas las secuencias y tiene pequeños septos delgados internos que se realzan tras la administración de contraste. Sus dimensiones máximas son aproximadamente de 12 x 5 x 10 cm. Dadas las características radiológicas de la lesión y su rápido crecimiento se decide realizar biopsia de la masa, cuyo resultado es de tumor lipomatoso atípico vs liposarcoma bien diferenciado. El estudio inmunohistoquímico de la lesión mostró negatividad para MDM2 y CDK4 pero en el FISH el gen MDMA se encontró amplificado.

Resultados: Se realiza una resección local amplia: Se desinsertan las inserciones costales del pectoral menor. A medida que progresa la intervención se realiza hemostasia de los múltiples vastos perforantes de los intercostales a nivel superior se ligan y seccionan los vasos pectorales de los acromio-torácicos derechos el nervio pectoral lateral y por fuera, ya en la axila el nervio pectoral medial. Por último, se desinserta el pectoral menor de la apófisis coracoides y el pectoral mayor del húmero. Toda la resección se realiza con bisturí eléctrico y Focus. La tumoración está cubierta por los músculos y fascias no quedando aparentemente tejido tumoral en el campo operatorio. No se realiza exéresis de la glándula mamaria al no encontrarse en contacto con la lesión. La intervención tiene una duración de 90 minutos. La anatomía patológica de la pieza se corresponde a liposarcoma bien diferenciado de 12x11,7 cm y los márgenes de la resección se encuentran libres.

Conclusiones: La región pectoral es una localización inusual de un liposarcoma. Es importante la realización de un diagnóstico diferencial exhaustivo y la gran relevancia de la resección completa del tumor para evitar su recidiva local.



Comunicaciones científicas póster

UN ENEMIGO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO: EL TUMOR DE INTESTINO DELGADO

Duro C, Baltar J, Dobarro J, Arcila R, Rodríguez W, González S, Bustamante M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Objetivos: Nuestro objetivo consiste en resaltar la importancia de una sospecha diagnóstica precoz y buen abordaje terapéutico de un tumor poco frecuente como es la neoplasia de intestino delgado. Suponen un 3-5% de todos los tumores del tracto digestivo, su incidencia es muy baja siendo 2/3 malignos y 1/3 de ellos benignos. De entre los malignos, el más frecuente es el adenocarcinoma (30-45%) seguido de los tumores neuroendocrinos (20-40%). Su diagnóstico es difícil y tardío debido a su presentación asintomática durante años y a la inespecificidad de sus síntomas: anemia, vómitos postprandiales, dolor abdominal persistente. Actualmente, la cirugía supone el tratamiento de primera elección, encontrándose el papel de la quimioterapia y radioterapia como soporte en evitar recidivas o de cara a tratamiento paliativo. En aquellos pacientes con mutaciones genéticas la inmunoterapia con inhibidores checkpoints puede ser utilizada.

Material y métodos: Paciente varón de 43 años sin antecedentes patológicos de interés, con un ingreso previo en 2019 por anemia ferropénica severa (Hb 5) a estudio. Acude un año después (2020) con nuevo episodio de anemia que requiere de transfusión e intolerancia gástrica. Presenta dolor epigástrico con alivio tras vómitos postprandiales, pérdida ponderal de 10kg en 5 meses sin pérdida de apetito. Tras analíticas y EDA normales, es trasladado a Cirugía General por hallazgos de TAC abdominal: en yeyuno proximal inmediatamente distal al ángulo de Treitz (a 4 cm) engrosamiento mural de 3.8cm de longitud con obliteración luminal y ligera distensión duodenal retrógrada acompañada de pequeños nódulos adyacentes de hasta 5.5mm. Compatible con lesión neoformativa. En segunda EDA: a 95 cm de la arcada dentaria (yeyuno medio-distal) se observa una gran masa, friable al roce del endoscopio, que estenosa completamente la luz e impide el paso del endoscopio. Se realiza biopsia con diagnóstico de: adenoma tubulovelloso con displasia de bajo grado. Se decide intervención quirúrgica programada.

Resultados: En febrero de 2020 es intervenido por laparoscopia mediante resección de tumoración yeyunal y anastomosis término-lateral yeyuno-yeyunal con dos planos posteriores + 2 anteriores de monocril 3-0 continua. La anatomía patológica de la resección mostró: adenocarcinoma bien diferenciado grado II con infiltración a planos musculares y con ganglios linfáticos negativos. No presentó complicaciones postoperatorias. Cuatro años después, en 2024, el paciente es seguido en consultas externas de nuestro servicio y ha sido dado de alta por oncología. Se muestra asintomático, sin recidiva demostrada en pruebas de imagen y con valores de CEA en rango <2,5 mg/mL.

Conclusiones: El diagnóstico de los tumores de intestino delgado supone un reto debido a su presentación asintomática y a la inespecificidad de sus síntomas. Debemos tener un alto índice de sospecha para evitar el retraso diagnóstico. Pese a la existencia de pruebas de imagen diseñadas para el estudio del intestino delgado (cápsula endoscópica, enteroscopia) el gran porcentaje de los tumores se sigue diagnosticando mediante TAC abdominal. La cirugía mediante resección intestinal constituye la primera línea de tratamiento en el abordaje de un tumor de intestino delgado.



Comunicaciones científicas póster

TUMOR DESMOIDES EN RECTO ABDOMINAL

Álvarez RN, Rial A, Estévez SM, Carracedo R, Mariño E, Pérez MI,
Merino J, Maruri I, Ferreirós I, Sánchez-Santos R. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

RESUMEN:

Objetivos: Los tumores desmoides (TD) son neoplasias mesenquimales raras caracterizadas por una proliferación fibroblástica localmente agresiva que pueden llegar a causar una significativa morbilidad, pero que no tienen capacidad metastásica. Su incidencia es de 3-5 casos por millón de habitantes. La mayoría (85-90%) son esporádicos [mutaciones del gen que codifica la β -catenina (CTNNB1)], pero un 10-15% afectan a pacientes con poliposis adenomatosa familiar debido a la inactivación del gen APC. El manejo de estas lesiones incluye la resección quirúrgica, diferentes terapias médicas y simplemente observación; dependiendo de la sintomatología, crecimiento y localización de las mismas. El objetivo de esta revisión es el de resaltar la importancia de conocer esta patología de baja incidencia de cara a realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento dirigido.

Exposición del caso: Se presenta el caso de una mujer de 48 años con antecedente de cesárea hace 5 años que acude a urgencias por dolor en pared abdominal. Se le realiza un TC urgente con evidencia de una tumoración inespecífica de 11x2x80 mm [anteroposterior (AP) x transversal (T) x cráneo-caudal (CC)] en el músculo recto anterior izquierdo. Es remitida a consulta de Cirugía General donde se solicita una RM que identifica una masa con hiposeñal en T2 y focos de realce en T2* que había aumentado de tamaño cráneo-caudal a 65 mm respecto al TC previo de hacía 6 meses y en la que se sospecha tumor desmide vs endometriosis. Se lleva al Comité de tumores musculo-esqueléticos en el que se decide realización de biopsia con aguja gruesa (BAG) guiada por ecografía, siendo diagnóstica de fibromatosis tipo desmoide. Dado la sintomatología de la paciente y el crecimiento de la lesión se indica cirugía para resección de la misma.

Resultados: Se procede a la resección de la tumoración realizando extirpación del músculo anterior izquierdo del abdomen incluyendo aponeurosis anterior y posterior y peritoneo. Queda un defecto de pared abdominal de 10 cm realizándose para su reparación un TAR (transversus abdominis release) izquierdo con colocación de malla BioA preperitoneal y malla de polipropileno de 20x30 cm. El estudio de anatomía patológica informa de fibromatosis desmoide de 14x0,9 cm y bordes libres.

Conclusiones: Los tumores desmoides son patologías complejas de naturaleza agresiva y heterogénea que requieren un enfoque individualizado ya que actualmente no hay tratamientos aprobados para ellos por la FDA. Las conferencias de noviembre de 2021 sobre tumores desmoides, alineadas con el consenso internacional de Milán en 2018 por EURACAN, destacan la importancia de la vigilancia activa como primera línea en tumores asintomáticos y de la utilización de cirugía radical y terapias sistémicas dirigidas en casos de progresión o síntomas incapacitantes. La colaboración multidisciplinar y la continua actualización de guías basadas en la evidencia son cruciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir la morbilidad asociada con esta patología.



Comunicaciones científicas póster

MASA AXILAR: RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO MÁS ALLÁ DEL CÁNCER DE MAMA

Santos Vieitez L, Robla Álvarez D, Gómez Area E, Acea Nebriil B. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos: La axila es un amplio territorio anatómico, compuesto por piel, grasa y anejos, estructuras vasculares y nerviosas y ganglios linfáticos. Por lo tanto, la aparición de lesiones en ésta área anatómica abre un amplio abanico de patologías en el diagnóstico diferencial. Por su frecuencia, lo más habitual es que las tumoraciones axilares sean secundarias a patologías benignas cutáneas o de partes blandas, como lipomas o abscesos, así como ganglios linfáticos reactivos. Secundaria a patología maligna, lo más frecuente es que se encuentren ganglios linfáticos patológicos secundarios a tumores mamarios o melanomas, principalmente. Los tumores axilares primarios son extremadamente raros, con muy pocos casos descritos en la literatura, siendo todavía a día de hoy su diagnóstico y su tratamiento un reto. Existen diferentes tipos de carcinomas primarios de anejos en función de su diferenciación ecrina o apocrina. En este caso, hablaremos de los carcinomas con diferenciación apocrina, que es el caso clínico que nos atañe, los cuales son extremadamente raros, representando menos del 1% de todos los tumores primarios de la piel. De hecho, no existen guías clínicas establecidas para su diagnóstico y tratamiento. Su pronóstico depende principalmente de la posibilidad de resección primaria y la afectación a distancia, la cual le confiere un pronóstico infausto a largo plazo. El tratamiento primario, siempre y cuando sea resecable, es la cirugía y exéresis completa de la masa, asociando o no linfadenectomía axilar. Este tipo de tumores suelen ser quimiorresistentes, aunque puede estar indicada en estadios paliativos. La radioterapia suele ser útil en tratamiento adyuvante tras la cirugía, pero sus indicaciones están aún por delimitar. Puede ser de ayuda conocer la expresión del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) y así poder combinar el tratamiento adyuvante con inmunoterapia.

Caso clínico: Varón de 58 años, sin antecedentes personales de interés, que es derivado a la Consulta de Unidad de Mama por una masa axilar izquierda de meses de evolución, que ha crecido progresivamente, con afectación cutánea y ulceración secundaria. A la exploración, se identifica masa axilar izquierda de aproximadamente 7x8 cm, móvil, bien delimitada y aparentemente no adherida a planos profundos. Se realiza una mamografía, sin identificarse alteraciones en la mama ipsi y contralateral. En la TAC tóraco-abdomino-pélvico se identifica dicha masa de 5,5x6x6cm, con adenopatías axilares izquierdas adyacentes, y con infiltración de la piel, sin afectación a distancia. Se realiza biopsia de la misma, siendo compatible con carcinoma pobremente diferenciado, sin poder confirmar origen (mamario versus cutáneo), por lo que se decide realizar cirugía primaria. El reto terapéutico de este caso, radica en la cobertura cutánea tras la exéresis de la masa axilar, contemplando la posibilidad de realizar un colgajo tóraco-dorsal, siempre y cuando no se encontrase afecto el tronco vascular o un colgajo tóracoepigástrico. Previamente al inicio de la intervención, se realizó una ecografía doppler para localización del tronco tóraco-dorsal. Se coloca al paciente en decúbito lateral derecho con el brazo izquierdo en abducción. Se realiza exéresis de masa axilar, englobando piel afecta y dejando unos márgenes de resección macroscópicamente libres. Se realiza linfadenectomía axilar, respetando vena axilar, la cual se encuentra retraída caudalmente, pero sin afectación tumoral, el nervio torácico largo y el tronco vascular tóraco dorsal, el cual no estaba afectado. Sin embargo, la incisión para la exéresis de la masa y, tras la identificación del tronco vascular tóraco-dorsal, este se identificaba en el extremo craneal de la potencial zona donante, con riesgo de hipoperfusión e isquemia de este colgajo, por lo que se decide realizar un colgajo tóraco epigástrico, siendo necesaria una amplia disección del mismo, hasta la cresta ílica antero-superior izquierda para la cobertura cutánea del lecho de la exéresis. El resultado definitivo de la anatomía patológica, ha sido compatible con carcinoma apocrino anexial primario, con presencia de metástasis en 9 de los 15 ganglios linfáticos axilares aislados, siendo negativa su expresión HER2. En un comité multidisciplinar, se decidió dar radioterapia axilar adyuvante para la consolidación del tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: Los carcinomas primarios axilares son raros, con pocos casos descritos en la literatura, y su diagnóstico y tratamiento está todavía por definir, ante ausencia de guías clínicas publicadas. Suelen suponer un reto diagnóstico por su baja incidencia, siendo más probable que las masas axilares tumorales sean secundarias a la afectación linfática axilar de otros tumores primarios, tales como el cáncer de mama o el melanoma. En este tipo de tumores, es imprescindible conocer su estirpe histológica, de cara a poder plantear tratamientos adyuvantes como la quimioterapia, la radioterapia o la inmunoterapia. Aun así, la cirugía y exéresis completa de la masa con márgenes libres es el tratamiento principal con intención curativa, y siendo un reto para el cirujano la cobertura cutáneo-adiposa de la zona extirpada, con necesidad de realizar colgajos perforantes cutáneo-adiposos para la reconstrucción de la zona.



Comunicaciones científicas póster

LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO. TUMOR DE PARTES BLANDAS

Martín Acedo S, Beiras Sarasquete C, Puñal Rodríguez JÁ, Bustamante Montalvo M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Objetivos: Los sarcomas de tejidos blandos son tumores malignos que se desarrollan a partir de tejido conectivo extraesquelético, como el tejido adiposo, músculos, vasos o el tejido nervioso. Constituyen el 1% de los tumores malignos del adulto. La edad media de aparición son los 50 años, y no existen diferencias significativas acerca del sexo. Se desconocen los mecanismos patogénicos de los sarcomas, la mayoría aparecen de forma esporádica pero un 1% presentan factores genéticos asociados, y se han identificado algunos factores favorecedores como haber recibido radioterapia, siendo alrededor 0.1% de los pacientes los que desarrollan sarcomas en las zonas que han sido radiadas. Para el diagnóstico de estos tumores, es fundamental una prueba de imagen (de inicio la ECOGRAFÍA puede ser suficiente, TC o RM, siendo ésta última la prueba de elección ya que permite caracterizar mejor los tejidos) y una biopsia de la tumoración. Los liposarcomas bien diferenciados suponen un problema al diagnóstico. La RM en este subtipo de tumores, no permite distinguir con claridad entre lipoma y liposarcoma ya que ambos tienen una tonalidad homogénea. La biopsia percutánea a veces también supone un problema porque es posible que en la muestra tomada no se vean lipoblastos, que son las células que permiten diferenciarlos, es por ello que se recurre a la biología molecular, mediante técnica FISH, se podrá identificar un liposarcoma si existen amplificación de dos genes: MDM2 y CDK4. Por lo general el tratamiento de los sarcomas es quirúrgico. Asegurando una buena resección con márgenes amplios y limpios para evitar recidivas.

Material y métodos: Paciente varón de 78 años que, durante su seguimiento en Oncología Radioterápica por Adenocarcinoma de pulmón, es remitido a nuestras consultas externas de CGD por hallazgo casual en un TC toracoabdominal, de una masa pévica. Se decide completar el estudio con un TC pélvico, identificándose una voluminosa masa extraperitoneal prevesical de 23x13x15 cm, con un componente de unos 12cm sólido con componente graso, que condiciona desplazamiento de las asas intestinales y vejiga. Se decide realizar BAG, con resultado anatomopatológico de: LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO. Tras ser valorado en nuestro Comité de Sarcomas Óseos y Tumores se decide cirugía, planteando una resección local amplia con posibilidad de resección de cúpula vesical y de pared abdominal, en función de los hallazgos. Se realiza resección local de liposarcoma a nivel prevesical con previa cateterización de uréter derecho (por imposibilidad técnica de cateterizar el izquierdo), sin finalmente ser necesaria la resección vesical o de la pared abdominal. El paciente estuvo ingresado en nuestra planta durante 9 días, durante los cuales se retiró el catéter JJ, siendo dado de alta con adecuada micción, tránsito intestinal positivo y control del dolor. Anatomía patológica definitiva: LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO (variante lipomatosa y esclerosante / inflamatorio).

Conclusiones: En conclusión, el diagnóstico de los lipomasarcomas tiene que realizarse en unidades especializadas, siendo uno de los principales objetivos lograr una adecuada resección quirúrgica, en ocasiones haciendo necesaria la resección de órganos vecinos a fin de evitar recidivas futuras.



Comunicaciones científicas póster

QUISTE HEPÁTICO SIMPLE COMPLICADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lorenzo Alfaya L, Onchalos López, U, Pablos Vidal J, Rodríguez Carral P,
Caño Gómez P, Suárez Pazos N, Díaz Tie M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

RESUMEN:

Objetivos: Quiste hepático simple complicado: a propósito de un caso
Introducción: Los quistes hepáticos simples son lesiones benignas incidentales. No requieren tratamiento, a excepción de los casos sintomáticos o complicados. El tratamiento de elección es la fenestración laparoscópica. El objetivo de esta publicación es realizar una revisión bibliográfica sobre el quiste hepático simple 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: “(Cyst*) AND (Hepatic) AND (Management OR Treatment) AND (Complicat*)”. Se revisaron en su totalidad los artículos publicados entre 2018 y 2024.

Caso clínico: Mujer de 72 años que acude a Urgencias por dolor abdominal de un mes de evolución asociando hiporexia, astenia y náuseas. Refiere en domicilio tiritona y vómitos. A la exploración, abdomen distendido y doloroso en mesogastrio y FID, con aparente peritonismo. Analítica con leucocitosis y reactantes de fase aguda elevados. Se solicita TC de abdomen donde se objetiva, en lóbulo hepático izquierdo, lesión quística de 8 cms con datos de infección vs hemorragia intraquística, así como líquido libre. Se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparoscopia. Se observa intraoperatoriamente quiste hepático perforado con restos de coágulos en su interior y líquido libre marrónáceo-purulento por todo el abdomen. Se decide fenestración laparoscópica. El postoperatorio transcurre sin incidencias y la paciente es dada de alta al cuarto día.

Resultados: Los quistes hepáticos simples (QHS) son lesiones benignas quísticas no comunicadas con la vía biliar intrahepática. Su prevalencia es del 18% en TC. Son más frecuentes en mujeres (ratio 1,5:1, que asciende a 9:1 en aquellos sintomáticos o complicados), por encima de 50 años y en el lóbulo derecho. Las complicaciones (infección, hemorragia, perforación o compresión de la vía biliar) son raras y más comunes en aquellos de mayor tamaño. Los QHS suelen ser asintomáticos. En caso de sintomatología (5%), suelen presentar dolor abdominal, náuseas, vómitos, sensación de plenitud o ictericia por compresión. Pueden acompañarse de elevación de FA y GGT, así como de transaminasas (menos frecuente). También pueden presentar elevación de CEA y CA 19-9, debido a que las células epiteliales del tracto biliar normales expresan estos marcadores, no correlacionándose con malignidad. La prueba de imagen de elección es la ecografía para el diagnóstico diferencial, objetivándose una estructura anecoica, llena de líquido, sin septos y de pared fina. Los QHS pequeños y/o asintomáticos no requieren tratamiento ni seguimiento. En caso de sintomatología abdominal (habiendo descartado otras causas) o complicación, el tratamiento de elección es la fenestración laparoscópica o destechamiento (recurrencia del 1-14%). En pacientes con QHS no complicados o que no son candidatos a cirugía, otra opción es el drenaje percutáneo asociado con escleroterapia.

Conclusión: Los quistes hepáticos simples son lesiones benignas que suelen diagnosticarse como hallazgos incidentales. En caso de sintomatología o complicación, se puede optar por tratamiento, siendo de primera elección la fenestración laparoscópica, aunque en casos seleccionados, puede optarse por el drenaje percutáneo con escleroterapia asociada.



Comunicaciones científicas póster

TÉCNICA SAC PARA RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL TRAS TRAUMATISMO ABDOMINAL GRAVE

Oubiña García R, Costas Fernández V, Artime Rial M, Otalora Mazuela L, Castrodá Copa D, Pascual Gallego MA, Tamayo Webster DE, Parajó Calvo A. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Objetivos: La Separación Anatómica de Componentes (SAC), consiste en una técnica de reparación de la pared abdominal reforzada con prótesis con objetivo de reestablecer la función e integridad de la pared abdominal, logrando un cierre sin tensión con una prótesis a medida. En nuestro grupo, hemos realizado una eventroplastia tipo SAC para la reparación de pared abdominal compleja tras un traumatismo abdominal. Objetivo: Mostrar un caso de reparación de pared abdominal compleja tras politraumatismo por accidente de tráfico con la técnica de Separación Anatómica de Componentes (SAC).

Material y métodos:

Caso clínico: Varón de 51 años que ingresa en UCI por politraumatismo tras accidente de tráfico. TC abdomino-pélvico: hallazgos sugestivos de isquemia de intestino delgado a nivel de trayecto extenso de ileon... enfisema subcutáneo en pared abdominopélvica. Se realiza una primera intervención quirúrgica en donde se realiza resección de asas isquémicas y laparostomía VAC abdominal, apreciándose, además, una necrosis bilateral del recto anterior del abdomen. Se reinterviene a las 24h, donde se objetiva una sección por cizallamiento de músculos oblicuos izquierdos y recto izquierdo sobre su inserción en la cresta ilíaca con retracción de cabos cefálicos, por lo que se realiza un cierre parcial de pared, pendiente de cirugía definitiva.

Técnica quirúrgica: Hallazgos: desinserción y avulsión de músculos oblicuos izquierdos a nivel de cresta ilíaca con rotura y necrosis de ambos rectos abdominales a nivel infraumbilical. Desinserción completa en toda la línea semilunar, desde pubis hasta arcos costales, de ambos oblicuos externos, que ya se encuentran diseccionados de músculo oblicuo interno y de transversos y avulsionados a nivel de cresta ilíaca. Medialización de rectos abdominales a nivel supraumbilical y cierre de los mismos con sutura continua de PDO 0. Dado el defecto de musculatura de recto abdominal infraumbilical, se decide colocación de malla de vycril suturada a fascia posterior de ambos rectos. Colocación de malla Timesh de 30x30 cm onlay que cubre toda la cara antero-lateral de la pared abdominal, fijada con Prolene 00. Reimplante de ambos oblicuos externos sobre la malla. Colocación de dos drenajes Redón en subcutáneo.

Resultados: El paciente presenta, al 4º día postoperatorio, extensa celulitis en pared abdominal, a causa de una infección de la herida quirúrgica, que se resuelve tras tratamiento conservador con antibioterapia y lavados con gentamicina. Tras 28 días de ingreso en UCI, el paciente es trasladado a planta de cirugía, donde evoluciona favorablemente, siendo dado de alta tras 16 días más de ingreso. Actualmente, mantiene una evolución favorable, sin datos de recidiva y manteniendo la biomecánica de la pared abdominal.

Conclusiones: La técnica SAC es adecuada para realizar una reparación de pared abdominal compleja en caso de desinserción de la musculatura abdominal, logrando un cierre sin tensión de la pared y devolviendo la integridad y funcionalidad de la misma.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

LXVIII Reunión SOCIGA. A Coruña, 22-23 de noviembre de 2024

Comunicaciones científicas póster

MELANOMA ANAL: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Romarís Campaña J, Méndez Guerra A, Bermúdez Pestonit I, Alonso Fernández L,
Pasarela de la Morena, Martín Loureiro I. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos: El melanoma anal es una variante poco común de la enfermedad, representando entre el 0,4-1,6% de todos los melanomas y el 0,5% de los cánceres anales. La incidencia es mayor en el sexo femenino (aproximadamente 2:1), y la mediana de edad al diagnóstico es de 66 años. Presenta síntomas muy inespecíficos, como el prurito o el sangrado. El tiempo entre el comienzo sintomático y el diagnóstico es de media 5-6 meses. Un 20% debutan con enfermedad ganglionar, y entre un 7 y un 25% presentan ya metástasis. La supervivencia a 5 años es del 12-15%, y la mediana de supervivencia de 15-25 meses, hasta un 80% recurren tras la cirugía. Presentamos 3 casos intervenidos en nuestro servicio en el presente año con escisión local.

Presentación del caso: La cirugía sigue siendo el pilar terapéutico fundamental, tanto como tratamiento definitivo como paliativo en fases avanzadas de la enfermedad. La opción clásica se consideraba la Amputación abdomino-perineal, aunque su alta morbilidad y distintos estudios que no han encontrado una mejora en la supervivencia con respecto a la escisión local de la lesión recomiendan de entrada esta última opción, si bien se ha visto una menor recurrencia en pacientes tratados con amputación abdominoperineal. La linfadenectomía no está recomendada de manera profiláctica, ya que no ha demostrado afectar positivamente en la supervivencia, mientras que sus efectos secundarios afectan en gran medida a la calidad de vida. El papel de otros tratamientos se reduce a la adyuvancia, si bien se están desarrollando nuevas opciones para acompañar al tratamiento quirúrgico. Se están investigando nuevas líneas de terapia dirigida con prometedores resultados, tarea dificultada por la escasa prevalencia de esta enfermedad.

Conclusiones: El melanoma de mucosa anal, a pesar de ser una entidad infrecuente, debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial ante sintomatología del trato digestivo bajo. La cirugía sigue siendo la piedra angular del tratamiento, tanto en intenciones curativas como con fines paliativos, necesiándose ahondar más en adyuvancia para acompañarla.



LXVIII Reunión SOCIGA. A Coruña, 22-23 de noviembre de 2024

Comunicaciones científicas póster

ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE METÁSTASIS OVÁRICAS SECUNDARIAS A CÁNCER COLORRECTAL

Abedini Nieto B, Iglesias Trigo M, Vigorita V, López Otero M,
De Miguel López L, Ferreirós Losada I, Sánchez Santos R. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

RESUMEN:

Objetivos: Introducción: En el ámbito de la ginecología, las masas ováricas constituyen un motivo frecuente de consulta y un motivo frecuente de cirugía: el 6% de las mujeres desarrolla un tumor ovárico a lo largo de su vida. Las masas ováricas son paucisintomáticas, esto explica que se diagnostiquen en un estadio avanzado en el 75% de los casos. Orientar el diagnóstico no siempre es fácil, dado que muchas lesiones pueden comenzar con la misma presentación. Los tumores metastásicos representan del 5 al 6% de todas las neoplasias de ovario, siendo a menudo confundidas con tumores primarios y siendo importante su distinción para conocer el pronóstico y tratamiento adecuados. Presentamos el caso de unas metástasis ováricas bilaterales secundarias a un adenocarcinoma de colon.

Material y métodos: Se trata de una mujer de 53 años, sin antecedentes de interés salvo enfermedad de Parkinson idiopática, que acude a urgencias en tres ocasiones con cuadro clínico oclusivo. Se identifican entonces dos masas anexiales bilaterales, de 14x10cm la derecha y 10x7cm la izquierda. Durante la realización de pruebas complementarias se identifica: marcadores tumorales de ovario normales, lesión estenosante a nivel de recto asociado a lesiones hepáticas y pulmonares en TC abdominal y una mutación G12D del gen KRAS (c.35G>A). Entra entonces la duda de si se trata de un primario de recto-sigma con metástasis ováricas, hepáticas y pulmonares o, de forma contraria, que la neoplasia primaria sea ovárica. Se deriva a Oncología y completa 12 ciclos de FOLFOX + bevacizumab, observándose una respuesta favorable a nivel del tumor rectal y de las lesiones hepáticas pero una respuesta paradójica de ambas masas ováricas, con aumento de tamaño y progresión a expensas de componente quístico. Se presenta el caso en el Comité de Ginecología y en el Comité de CCR y se decide resección de masas ováricas.

Resultados: En el mes de mayo de 2024, la paciente ingresa de forma urgente tras un cuadro de oclusión intestinal de 3 días de evolución y se decide intervención quirúrgica urgente realizándose: anexeomía bilateral + biopsia hepática + colostomía en asa + colocación de catéteres doble J bilaterales. Postoperatorio sin incidencias y alta al 9º día. La anatomía patológica reveló que se trataba de un adenocarcinoma metastásico compatible con origen colorrectal. Tras presentar de nuevo el caso en el Comité clínico de tumores, se decide inicio de QMT en 2º línea con FOLFIRI. Actualmente se encuentra en 7º ciclo de tratamiento y enfermedad tumoral estable, sin evidenciarse progresión tumoral.

Conclusiones: Las metástasis ováricas son mucho más frecuentes en mujeres jóvenes. El tumor primario más frecuente en nuestro medio corresponde al origen digestivo, siendo el más frecuente el de estómago, aunque estudios recientes evidencian un aumento del colorrectal. Se ha documentado que el 4% de los adenocarcinomas de colon disemina a ovario y, de estos, en un 5-10% la metástasis precede al diagnóstico del tumor primario. Habitualmente las metástasis colónicas en el ovario dan lugar a tumores quísticos o pseudoquísticos que macroscópicamente simulan un tumor primario de ovario, como sucedió en este caso. El diagnóstico definitivo es histológico, la cirugía es el tratamiento de elección y, cuánto más citoreductora sea, mejores resultados a largo plazo. En conclusión, el estudio de las masas ováricas debe evaluar el tracto gastrointestinal para excluir neoplasias primarias que a menudo se encuentran infradiagnosticadas.



Comunicaciones científicas póster

FÍSTULA CUTÁNEA SECUNDARIA A LITIASIS RESIDUAL POSTCOLECISTECTOMÍA

Abedini Nieto B, Ferreirós Losada I, Carracedo Iglesias R, Mariño Padín E, Fernández Veiga MP,
Estévez Fernández SM, Iglesias Trigo M, Sánchez-Santos. R. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

RESUMEN:

Objetivos: Introducción: Se define fístula como una comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas, el 80% de ellas secundarias a una intervención quirúrgica. Unas de las más complejas para la práctica diaria son las fístulas enterocutáneas, otro gran porcentaje son debidas a la creación de un granuloma a cuerpo extraño que, asociado a la infección que se produce, a menudo genera una fístula cutánea con trayecto de drenaje de contenido. El diagnóstico es principalmente clínico al observarse supuración y salida de contenido a través de la piel, asociado a la realización de pruebas de imagen complementarias que permitan definir y delimitar la anatomía de la fístula. El tratamiento conservador se basa en combatir la sepsis y el manejo del flujo de salida de contenido, así como la protección de la piel de la herida. El tratamiento quirúrgico se basa en la exéresis total del trayecto fistuloso. Presentamos el caso de una fístula cutánea crónica tras una colecistectomía, con salida de material litiasico al exterior.

Material y métodos: Se trata de una mujer de 52 años con antecedentes de colelitiasis y coledocolitiasis intervenida de colecistectomía laparoscópica urgente en 2019, posteriormente en 2020 presenta una eventración umbilical realizándose eventroplastia con malla preaponeurótica. En mayo de 2024 acude a CCEE de Cirugía General por tumoración de 5 meses de evolución a nivel del trócar derecho de la colecistectomía con supuración espontánea asociada y expulsión de contenido que según refiere parece compatible con litiasis, se aprecia reacción granulomatosa y orificio fistuloso con supuración. Se realiza un Tc de abdomen evidenciándose una colección hipodensa de 2.8cm sugestiva de absceso que se continúa con trayecto fistuloso hacia piel a nivel supraumbilical izquierdo. Se decide entonces exéresis quirúrgica del trayecto fistuloso.

Resultados: Es intervenida en septiembre y se observa un trayecto fistuloso abscesificado de unos 5cm de largo y contenido litiasico en su interior, siendo la mayor de unos 2cm de diámetro. Alta al día siguiente de la cirugía sin incidencias. Postoperatorio tardío también sin incidencias.

Conclusiones: El estudio completo de la fístula y la caracterización de su contenido permite realizar un diagnóstico rápido, teniendo en cuenta el resto de diagnósticos diferenciales que cursan con reacción granulomatosa asociada como el quiste epidérmico o la cicatriz queloide. Es fundamental realizar la extirpación completa de la lesión incluyendo el material de cuerpo extraño y enviar la pieza a anatomía patológica en todos los casos para llegar a un diagnóstico certero.



LXVIII Reunión SOCIGA. A Coruña, 22-23 de noviembre de 2024

Comunicaciones científicas póster

SÍNDROME DE WILKIE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alberca Remigio C, Domínguez Carrera JM, Bravo Beltrán DP, Estrada López CR,
Martínez Martínez C, Octavio de Toledo de Miguel E, García García M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Objetivos: El síndrome de Wilkie o Síndrome de arteria mesentérica superior es una causa infrecuente de obstrucción de intestino delgado.

Material y métodos: Paciente mujer de 24 años con antecedentes de síndrome ansioso y sospecha de trastorno de conducta alimentaria. Dos ingresos en Digestivo por dolor abdominal intenso en hipocondrio y flanco derecho, asociado a náuseas y vómitos. No alteración en el hábito intestinal. Rx de abdomen y ecografía abdominal sin datos de patología abdominal aguda. Dada la persistencia de la clínica y la extrema delgadez se decide realización de TC por sospecha de síndrome de la pinza aortomesentérica. En TC abdominal se visualiza un ángulo aorto-mesentérico de 5 grados, distancia de 4 mm, ambos valores disminuidos y a este nivel una disminución del calibre de la tercera porción del duodeno. En un primer momento, se trata de manera conservadora con escasa respuesta por lo que se decide intervención quirúrgica programada. Se realiza liberación de la tercera porción del duodeno y una duodenoyeyunostomía laparoscópica. El sexto día postoperatorio se realiza un tránsito con gastrografín confirmándose buen vaciamiento del duodeno y sin fugas. Durante el ingreso la paciente mejora su tolerancia oral de manera paulatina y presenta buen control del dolor. Seguimiento posterior en nuestras consultas externas con buena evolución clínica de la paciente y buena tolerancia oral a todo tipo de alimentos.

Discusión: El síndrome de Wilkie es una entidad poco frecuente. Se presenta como una obstrucción intestinal crónica secundaria a la compresión mecánica de la tercera porción del duodeno por una disminución del ángulo entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Más frecuente en adultos jóvenes de sexo femenino. Se puede correlacionar de manera directa con el IMC. Puede manifestarse de manera aguda o insidiosa, esta última más frecuente. Produce clínica de obstrucción intestinal y dolor abdominal que puede ser difuso o localizado en epigastrio, náuseas, vómitos, saciedad postprandial. Para el diagnóstico es importante un alto grado de sospecha. El TC de abdomen se considera la prueba de imagen gold estándar, también pueden ser de utilidad otras como la radiografía, la ecografía o el tránsito intestinal. El tratamiento suele ser inicialmente conservador, enfocado a aliviar los síntomas, que consiste en descompresión gástrica, reposición hidroelectrolítica y antieméticos. El tratamiento quirúrgico es necesario en ocasiones en las que el tratamiento médico no consigue aliviar los síntomas. La cirugía puede ser mediante abordaje laparoscópico, robótico o mediante cirugía abierta. Las distintas opciones quirúrgicas son el procedimiento de Strong, la gastroyeyunostomía o la duodenoyeyunostomía. El procedimiento de elección es la duodenoyeyunostomía. El abordaje laparoscópico es superior a la vía abierta debido a que presenta menos complicaciones perioperatorias como sangrado o infección local, menor estancia hospitalaria y menor síndrome adherencial.

Conclusiones: El Síndrome de Wilkie se presenta con una clínica inespecífica por lo que es importante una alta sospecha para su diagnóstico. El tratamiento médico debe intentarse y ante la ausencia de respuesta se debe indicar intervención quirúrgica.



Comunicaciones científicas póster

MELANOMA DE CANAL ANAL, NO TODO SON HEMORROIDES

Pablos Vidal J, Rodríguez Carral P, Lorenzo Alfaya L, Caño Gómez P,
Suárez Pazos N, Saínz Fernández B, Díaz Tie M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

RESUMEN:

Objetivos: El melanoma del canal anal (MCA) es un tumor infrecuente que constituye menos del 1% de todos los melanomas y un 4% de los tumores anorrectales diferentes al adenocarcinoma. El canal anal (CA) es la 3ª localización más frecuente del melanoma, tras piel y retina. Esta patología tiene muy mal pronóstico, agravado por el diagnóstico tardío, clínica silente y tratamiento poco protocolizado.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón caucásico de 54 años, con antecedentes personales de infección crónica por VHC. Acude a Urgencias por masa anal que protruye con Valsalva y relaciona con hemorroides. Clínica de más de 6 meses de estreñimiento y tenesmo, acompañado de episodios de rectorragia que también relaciona con hemorroides. A la exploración, se observa una masa anal pétreo con datos de necrosis de unos 5 cm de diámetro en región anterior del margen anal. Tacto rectal con cara posterior y laterales libres. Se decide EBA urgente por sospecha de hemorroide/tumor necrosado y se realiza exéresis de dicha masa friable y necrosada. El paciente es dado de alta al día siguiente. Anatomía patológica compatible con melanoma maligno en contacto con márgenes quirúrgicos (pT4b). Mutación NRAS detectada, sin mutación BRAF. Tras valoración en Comité de Tumores, se solicita estudio de extensión con TAC TAP (sin alteraciones), PET-TAC (no demuestra enfermedad macroscópica maligna) y RMN de CA en la que únicamente se observa una pequeña zona de realce de uno 3-4 mm en cara anterior de margen anal que no afecta esfínter interno, sin poder descartar que los hallazgos sean en relación con cirugía previa. Se decide realizar ampliación de márgenes, sin evidencia de lesión neoplásica residual. Actualmente el paciente está pendiente de inicio de radioterapia, clínicamente asintomático.

Discusión: El MCA es una rara patología. Aunque en nuestro caso se trata de un varón, es más frecuente en mujeres entre la 5ª y 6ª décadas de la vida. La clínica suele ser rectorragia, dolor y alteraciones en hábito intestinal. Hasta el 60% de los pacientes presentan metástasis al diagnóstico, siendo más frecuente la afectación ganglionar y la 3ª causa de carcinomatosis meníngea. En muchas ocasiones, es infradiagnosticado en estadios iniciales al asumir una tumoración y rectorragia en CA como hemorroides. El diagnóstico AP es clave, siendo característica la presencia de proteína S-100, HMB-45 y Melan-A. Al ser de una etiopatogenia diferente al melanoma cutáneo, la mutación BRAF V600E es infrecuente y pueden ser amelanocíticos. El tratamiento es controvertido, no existen estudios suficientes para evaluar las diferencias entre la AAP y la escisión local. Muchos estudios, afirman que la APP no aumenta la supervivencia y sí aporta comorbilidad. Actualmente parece que lo más efectivo es combinar cirugía y RT. El pronóstico de la enfermedad es muy pobre, con supervivencias de entre 5-18 meses en paciente sin metástasis al diagnóstico.

Conclusiones: El MCA es una patología infrecuente y con muy mal pronóstico. Se debe sospechar ante una masa anal que se acompañe de rectorragia y cambios en hábito intestinal para intentar llegar a un diagnóstico precoz.