



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

CIRUGÍA HEMORROIDAL EN RÉGIMEN AMBULATORIO. IMPLEMENTACIÓN Y EXPERIENCIA INICIAL

Alberto Marcos Herrero; María Labalde Martínez; Alfredo Vivas López; Silvia Fernández Noel;
Sofía Lorenzo Mañas; Oscar García Villar; Javier García Borda; Eduardo Ferrero Herrero. (*)

(*) Hospital 12 de Octubre.

RESUMEN:

Introducción: La realización de procedimientos proctológicos en régimen de cirugía mayor ambulatoria está en aumento gracias a procedimientos anestésicos mejorados, tiempo quirúrgico acortado y tasas bajas de complicaciones con alto grado de satisfacción y aceptación por parte de los pacientes. **Objetivos:** Presentamos los resultados de una serie de 110 pacientes que se intervinieron bajo un nuevo régimen de cirugía ambulatoria en desde 2022 a 2024.

Material y métodos: Los criterios de inclusión fueron los habituales en Unidades de Cirugía Mayor ambulatoria. Se realizó valoración anestésica que incluía valoración del riesgo tromboembólico. Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron hemorroidectomía Milligan Morgan (MM) con Ligasure/ Voyant o THD (desarterialización hemorroidal). Los pacientes se dieron de alta a domicilio con protocolos de dolor postoperatorio domiciliario validados. Se realizó seguimiento programado de los pacientes. Los datos se recogieron a través de la revisión del historial clínico de los pacientes incluidos mediante un estudio descriptivo retrospectivo.

Resultados: Se analizan resultados de ingreso no previsto, complicaciones, valoración dolor y satisfacción del paciente en contexto con referencias bibliográficas actualizadas.

Características clínicas	Grupo CMA
Número de pacientes	110
Hombre/Mujer	70/40
Edad media	47,88
ASA score	
I	65 (59 %)
II	40 (39,5%)
III	5 (4,5%)
Fumador	
Si	22 (20%)
No	88 (80%)



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

Clínica:	
Dolor	79 (71,8%)
Sangrado	63 (57,27%)
Prurito	26 (23,6%)
Soiling	20 (18,8%)
Prolapso	69 (62,7%)
Grado Hemorroides	
II	8 (7,27%)
III	65 (59,09%)
IV	37 (33,63%)

11 (10%) pacientes no pudieron ser dados de alta el día de la cirugía por diversos motivos. 2 de ellos presentaron hemorragia en postoperatorio inmediato que requirió reintervención, 6 de ellos presentaron incidencias relacionadas con la anestesia (retención aguda de orina, retraso en movilización, cefalea postpunción), 2 de ellos requirieron analgesia intravenosa en el postoperatorio inmediato y 1 solicitó ingreso voluntario.

16 (14%) pacientes acudieron a Urgencias durante los primeros 14 días tras la intervención, siendo los motivos de consulta más frecuentes el control del dolor, información sobre curas y 3 hemorragias que requirieron reintervención. Un paciente requirió reintervención por hemorragia a los 21 días de intervención.

4 pacientes fueron intervenidos en 2 ocasiones de forma programada durante el periodo de tiempo de estudio. 1 de ellos por una fístula posthemorroidectomía persistente, 2 de ellos para segundos tiempos de hemorroidectomías o retirada de tags externos. El resto se operaron en una sola ocasión.

Score de severidad hemorroides (HSS)

La puntuación media de la escala mejoró de 6.3 (DS 1,8) a 2,5 (DS 1) después de la cirugía ($p < 0,0001$).

Dolor postoperatorio (VAS)

Las puntuaciones medias de dolor postoperatorio (VAS 0-10) fueron 4,7 (DS 2,4), 2,8 (DS 2,3), 1,5 (DS 1,3) a la semana, mes y tres meses de intervención.

Satisfacción paciente y vuelta a las actividades diarias

La puntuación media de satisfacción a los tres meses tras intervención fue 8,5/10 (DS 1,4). La mayoría de pacientes (99, 90%) recomendarían intervenir en nuestro centro.

Evaluación calidad de vida

Hubo una mejoría significativa ($p < 0,001$) en la escala VAS después de la intervención quirúrgica (media 78, DS 15) en comparación con antes de operarse (media 62, DS 21), 27 (24%).

Conclusiones: La serie incluida en el presente trabajo hace referencia al inicio de un programa de cirugía hemorroidal en régimen de CMA con unos buenos resultados, alcanzando un 90 % de pacientes dados de alta sin complicaciones y sin necesidad de reingreso tras intervención. Estos resultados pueden relacionarse con un equipo con amplia experiencia en campo y una Unidad de CMA plenamente funcional.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

COMITÉ DE SUELO PÉLVICO: UNA HERRAMIENTA CLAVE PARA UN ABORDAJE TERAPÉUTICO ÓPTIMO

Maria Muñoz Martín; Javier De La Torre González; Paula Fernández Briones; Daniel Huerga Álvarez; Alfredo Rivera Díaz; Mar Valles Molto; Carlos Sáez-Cazallas Rodríguez; Fernando Pereira Pérez. (*)

(*) Hospital Universitario de Fuenlabrada.

RESUMEN:

Introducción: Las disfunciones del suelo pélvico comprenden una variedad de trastornos como incontinencia urinaria y fecal, prolapso de órganos pélvicos, dificultades en el vaciado del tracto urinario inferior, alteraciones defecatorias y sexuales, así como síndromes de dolor pélvico crónico. La solución de estas patologías requiere la implicación coordinada de múltiples especialidades médicas y quirúrgicas. **OBJETIVO:** Describir la actividad desarrollada por la Unidad de Suelo Pélvico del Hospital Universitario de Fuenlabrada a lo largo de sus 12 años de trayectoria.

Material y método: El comité de suelo pélvico del Hospital Universitario de Fuenlabrada fue creado con el propósito de optimizar la atención de pacientes con este tipo de afecciones. Este comité reúne profesionales de distintas áreas: cirugía general (coloproctología), digestivo, urología, ginecología y rehabilitación. Las reuniones del comité se celebran mensualmente, donde se analizan todos los casos relacionados con las disfunciones del suelo pélvico. En estas sesiones se acuerdan los procedimientos diagnósticos y las estrategias terapéuticas, que en un gran número de casos requieren la colaboración interdisciplinaria de varios servicios.

Resultados: Durante los 12 años de funcionamiento, el comité ha evaluado un total de 1250 pacientes, de los cuales 325 (26%) fueron revisados en más de una ocasión. Los diagnósticos más frecuentes incluyeron:

- Incontinencia mixta (urinaria y fecal) en 687 pacientes (55%).
- Incontinencia fecal aislada en 312 pacientes (25%).
- Incontinencia urinaria aislada en 187 pacientes (15%).
- Otras patologías, como disinergias y defecación obstructiva, representaron el 5%.

El 87% de los pacientes fueron sometidos a valoración y tratamiento rehabilitador, de los cuales un 82% presentaron una mejoría significativa que evitó la necesidad de intervenciones adicionales. Un 8% de los pacientes requirieron tratamiento quirúrgico, mostrando una clara mejoría en el 82% de los casos. Finalmente, el 1% de los pacientes fueron derivados a otros centros para considerar terapias como la estimulación de raíces sacras.

Conclusiones: La creación y el adecuado funcionamiento de un comité especializado en suelo pélvico permite un abordaje integral y multidisciplinario de una amplia variedad de pacientes, cuya evaluación y tratamiento deben ser personalizados debido a la complejidad anatómica de la región afectada. Esta metodología asegura una mejor calidad asistencial y facilita la resolución de problemas complejos asociados a estas patologías.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

¿SON ENTIDADES DIFERENTES LAS METÁSTASIS PERITONEALES DEL CÁNCER DE COLON Y LAS DE CÁNCER DE RECTO?

Paula Fernández Briones (1); María Muñoz Martín (1); Mar Vallés Molto (1); Israel Manzanedo Romero (1); Natalia Rodríguez Blazquez (1); Allende Aguirre Aguirre (2); Ángel Serrano Del Moral (1); Fernando Pereira Pérez (1).

(1) Hospital Universitario de Fuenlabrada. (2) Hospital Donosti.

RESUMEN:

Introducción: Las metástasis peritoneales (MP) del cáncer de recto (CR) parecen tener un comportamiento biológico más agresivo que las del cáncer de colon (CC), por lo que incluso algunos autores ponen en duda el hipotético beneficio del tratamiento con cirugía y HIPEC en el primer caso. No obstante, la información al respecto es discordante y de bajo nivel de evidencia.

Objetivos: Comparar los resultados del tratamiento con citorreducción + HIPEC de las MP de CC y CR, en un centro de alto volumen de cirugía oncológica peritoneal.

Pacientes y métodos: Revisión retrospectiva de los resultados de supervivencia global (SG), supervivencia libre de enfermedad (SLE) y complicaciones postoperatorias en pacientes con MP de CC y CR intervenidos de cirugía oncológica peritoneal con HIPEC en un centro de alto volumen.

Resultados: Durante el periodo 2006-2024 (18 años) se han intervenido 411 pacientes por esta indicación (MP de CC o CR), 377 por MP de CC y 34 por MP de CR. Ambas poblaciones son similares en datos epidemiológicos y características de la intervención. En cuanto a resultados postoperatorios, no se encuentran diferencias en las complicaciones de cualquier grado (50,3% vs 48,5%. $p=0,85$), en las complicaciones graves que conllevan reintervención (25,5% vs 23,5%), ni en la mortalidad postoperatoria (3,4% vs 0%, $p=0,9$). Tampoco hay diferencias en la SLE (mediana 14,8 vs 14,5 meses, SLE-5 años 26,5% vs 24,8%, $p=0,96$) ni en la SG (mediana 49,3 vs 40,8 meses, SG-1 año 86% vs 80,1%, SG-5 años 44,5% vs 28,2%, $p=0,233$).

Conclusiones: Aunque con las limitaciones propias de un análisis retrospectivo, en nuestra serie no hemos objetivado diferencias en las complicaciones postoperatorias ni en la supervivencia que nos lleven a modificar nuestras estrategias de tratamiento en uno u otro escenario.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

EVALUACIÓN DE LA PROTEÍNA C REACTIVA Y LA PROCALCITONINA COMO FACTORES PREDICTIVOS DE FUGA ANASTOMÓTICA EN CIRUGÍA COLORRECTAL

Jorge Rodríguez Gómez; Anna Sasiada; Ana Rodríguez Fernández; Vanessa Otero Blanco;
Sara Alonso Batanero; María Elena González Fernández; Marta Merayo Álvarez;
Juan Pedro Pérez Robledo. (*)

(*) Hospital del Bierzo.

RESUMEN:

Introducción: El objetivo es analizar la capacidad diagnóstica de la proteína C reactiva (PCR) y la procalcitonina (PCT) como marcadores tempranos de dehiscencia anastomótica en cirugía colorrectal, entre el segundo y el quinto día postoperatorio, comparando su utilidad clínica.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo en pacientes sometidos a cirugía colorrectal con anastomosis primaria entre los años 2022 y 2024 en un hospital de segundo nivel. Incluimos pacientes sometidos a cirugía colorrectal tanto programada como urgente. Se recopilaron datos demográficos, variables preoperatorias y postoperatorias, incluyendo los valores de PCR y PCT desde el segundo hasta el quinto día postoperatorio (DPO). Para evaluar su capacidad diagnóstica en la detección de dehiscencia anastomótica, se realizó un análisis mediante la curva ROC.

Resultados: Se analizó un total de 227 pacientes, 54% hombres y 46% mujeres con una edad media de 68 años. 94 pacientes se clasificaron como ASA>II. Se realizaron 94 colectomías derechas, 32 colectomías izquierdas, 58 sigmoidectomías, 40 resecciones anteriores de recto y 3 colectomías subtotaes. Se registraron complicaciones Clavien Dindo>III en 40 pacientes. Se registraron un total de 19 dehiscencias de anastomosis (14 en cirugía de colon y 5 en cirugía de recto), de los cuales precisaron manejo quirúrgico 16 pacientes. Se desestimó actitud quirúrgica en dos de ellos, siendo éxitos ambos; y el otro respondió favorablemente con tratamiento conservador. El estudio de los marcadores inflamatorios en el postoperatorio indica que la PCR es el mejor predictor de fuga anastomótica. El quinto DPO es clave para descartar esta complicación, ya que una PCR inferior a 7.7 mg/dL muestra un valor predictivo negativo del 100%, lo que significa que valores por debajo de este umbral prácticamente excluyen la presencia de fuga. Por otro lado, el cuarto DPO es el más fiable para confirmar el diagnóstico. En este día, una PCR superior a 16.9 mg/dL presenta una sensibilidad del 75% y una especificidad del 96.5%, con un valor predictivo positivo del 81.82%, lo que sugiere que niveles elevados en esta fase postoperatoria son altamente sugestivos de fuga anastomótica. En cambio, la PCT en el segundo DPO muestra una menor capacidad diagnóstica, con un área bajo la curva de 0.746, lo que la hace menos útil en comparación con la PCR para la detección precoz de la complicación.

Conclusiones: La determinación de PCR al quinto día del postoperatorio puede ser útil para descartar la presencia de dehiscencia anastomótica tras cirugía colorrectal con anastomosis primaria, mientras que un valor elevado de la misma al cuarto DPO puede resultar útil para sospecharla. En cambio, la PCT parece un marcador menos fiable. El uso rutinario de estas determinaciones puede contribuir al diagnóstico precoz de dicha complicación disminuyendo la morbilidad asociada.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

IMPACTO EN EL TRATAMIENTO ADYUVANTE TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CIERRE PRECOZ DE ESTOMA EN CÁNCER DE RECTO

Paula Montalbán Ayala; Lara Blanco Terés; Marta Carreras I Hoyos; Paloma Arellano Plaza;
Yaiza García Del álamo Hernández; Fernando Gijón Moya; Javier García Septiem;
María Elena Martín Pérez. (*)

(*) Hospital Universitario La Princesa.

RESUMEN:

Introducción: El temor a retrasar el tratamiento adyuvante en pacientes con cáncer de recto, es uno de los argumentos descritos en la literatura en contra del cierre precoz (CP) de estoma de protección (EP) tras la escisión mesorrectal (EMR). El objetivo de nuestro estudio es evaluar si la implantación de un protocolo de CP de estoma (PCPE) tiene impacto en el tratamiento adyuvante de los pacientes intervenidos por cáncer de recto.

Material y métodos: Estudio prospectivo, controlado con una cohorte histórica. Se incluyeron pacientes sometidos a cierre de EP tras EMR por cáncer de recto tras la implantación del PCPE (Enero/2020-Diciembre/2023) (Periodo 2). Se seleccionaron como controles, pacientes sometidos a cierre de EP antes de la implantación del PCPE (Enero/2014-Enero/2020) (Periodo 1). Se definió CP a aquel realizado en los 30 primeros días tras la confección del EP y se llevó a cabo según el PCPE en aquellos pacientes sin datos clínico-analíticos ni radiológicos de dehiscencia anastomótica (DA) comprobado mediante enema-TC a partir del 7º día de la creación del EP. Los pacientes con un cierre superior a los 30 días se definieron como cierre convencional (CC).

Resultados: Se incluyeron 132 pacientes intervenidos de EMR con EP por cáncer de recto entre Enero/2014 y Enero/2024. Se excluyeron 12 pacientes (9,1%) con EP permanente. 120 pacientes se incluyeron en el análisis: 60 en el Periodo 1 y 60 en el Periodo 2. Durante el Periodo 2, 36 pacientes fueron sometidos a CP (60%) mientras que en 24 (40%) se realizó CC. La implantación del PCPE redujo el tiempo con el EP de forma estadísticamente significativa [261 días (142–413) vs. 26,5 días (19–49); $p<0,001$]. En el Periodo 2 se observó un descenso en la tasa de complicaciones propias del estoma (66,7% vs. 38,3; $p=0,002$), sin aumentar las complicaciones tras el cierre del mismo (43,3% vs. 28,3; $p=0,08$). Respecto al tratamiento oncológico, sin observarse diferencias en el estadiaje preoperatorio, el Periodo 2 recibió una mayor tasa de Total Neoadjuvant Therapy (TNT) (1,7% vs. 18,3%; $p=0,02$). En el Periodo 1, el tratamiento adyuvante estaba indicado en 36 pacientes (60%), de los cuales finalmente lo recibieron 28 (46,7%). El motivo por el cual no recibieron tratamiento adyuvante los 8 pacientes restantes fue por fragilidad basal. En el Periodo 2 por su parte, el tratamiento adyuvante estaba indicado en 34 pacientes (56,7%), de los cuales lo recibieron 23 (38,3%). En este caso, de los 11 pacientes en los que estaba indicada la ayduvancia y no la recibieron, en 5 pacientes el motivo fue la fragilidad basal, y en 6 fue porque recibieron TNT. Tampoco se observó un retraso en el inicio del tratamiento tras la implantación de un PCPE.

Conclusiones: La implantación de un PCPE en nuestro centro no impactó en la cumplimentación del tratamiento adyuvante, ni generó un retraso en el inicio del mismo.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

ANÁLISIS DEL MANEJO QUIRÚRGICO URGENTE DEL ABSCESO ANORRECTAL EN NUESTRO CENTRO: ¿SEGUIMOS LAS RECOMENDACIONES ACTUALES?

Jose Aurelio Navas Cuellar; Sandra Dios Barbeito; Laura Martínez Ruiz; Coral De La Vega Olías; Sandra Yagüe Adán; Carmen Pérez Alberca; Vicente Vega Ruiz. (*)

(*) Hospital Universitario Puerto Real.

RESUMEN:

Introducción: Evaluar el manejo perioperatorio del absceso anorrectal en el ámbito de la cirugía de urgencias en nuestro hospital

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo unicéntrico. Se incluye pacientes con absceso anorrectal de origen criptoglandular tratados entre enero de 2023 y diciembre de 2024. Analizamos variables demográficas, aspectos del manejo diagnóstico preoperatorio, técnica quirúrgica, antibioterapia y resultados postoperatorios inmediatos y de seguimiento.

Resultados: Se atendieron 67 pacientes con absceso anorrectal (56 de origen criptoglandular, 3 de causa tumoral y 8 de origen inflamatorio intestinal). La mayor parte fueron hombres (78,6%), con una mediana de edad de 50 años (17-80). El 14,3% de los pacientes era diabético y/o inmunodeprimido. En el 66% de los casos el absceso era primario, y el 23,2% presentaba antecedente de fístula anal. El diagnóstico se alcanzó con prueba de imagen en el 23,2% (principalmente tomografía computarizada). El tratamiento más frecuente fue drenaje y taponamiento con mecha (44,6%), seguido de drenaje y penrose/sonda de Pezzer (25%). Se tutorizó el trayecto fistuloso de forma concomitante en 21,4%. En el 67,9% de los casos se tomó cultivo para estudio microbiológico. Se prescribió antibioterapia empírica en el 96,4% de los casos, siendo el más frecuente amoxicilina/ácido clavulánico (58,9,3%). 14 pacientes fueron intervenidos en régimen ambulatorio sin ingreso. La recurrencia del absceso se produjo en 15 pacientes (26,8%), constatándose el desarrollo posterior de fístula anal en un 39% de los casos, con una mediana de seguimiento de 13,7 meses.

Conclusiones: Existe gran variabilidad en el manejo perioperatorio del absceso anorrectal. A la vista de nuestros resultados y en base a las recomendaciones de las guías de práctica clínica debemos estandarizar la técnica quirúrgica y establecer de forma precisa las indicaciones de toma de muestra microbiológica y necesidad de antibioterapia tras drenaje.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

EFFECTO DE LA PREHABILITACIÓN EN LA MICROBIOTA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE COLON

Clara López De Lerma Martínez De Carneros; Luis Sánchez-Guillén; Francisco López-Rodríguez Arias;
Ana Sánchez Romero; Maria José Alcaide Quirós; Mónica Serrano Navidad; Saray Quinto Llopis;
Antonio Arroyo Sebastián. (*)

(*) Hospital General Universitario Elche.

RESUMEN:

Introducción: La prehabilitación multimodal, basada en intervenciones nutricionales, ejercicio físico y apoyo psicológico, ha demostrado beneficios en la reducción de complicaciones postoperatorias y en la mejora de la capacidad funcional de los pacientes con cáncer de colon. Normalmente hay entre 500 y 1.000 tipos de microorganismos, destacando como los más frecuentes los Firmicutes (60%) y los filos Bacteroidetes (25%). Para evaluar la microbiota intestinal y ver que es equilibrada podemos usar el ratio Firmicutes/Bacterioides. Cuando se pierde la diversidad de las bacterias beneficiosas se produce lo que se denomina patobioma. Dicho patobioma podría estar relacionado con el cáncer de colon produciendo metabolitos tóxicos o una respuesta inmune exagerada. Se ha visto que en el cáncer de colon hay sobreabundancia de *Fusobacterium*, *Clostridium*, *Alistipes*, *Porphyromonadaceae*, *Coriobacteridae*, *Staphylococcaceae*, *Akkermansia* y *Methanobacteriales*. Y están disminuidas las *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Ruminococcus*, *Faecalibacterium*, *Roseburia* y *Treponema*. Se desarrolla este estudio con el objetivo de evaluar el efecto de la prehabilitación en la microbiota de los pacientes con cáncer de colon.

Material y métodos: Estudio piloto prospectivo randomizado, unicéntrico, en el que dentro de la práctica asistencial habitual se han comparado dos grupos intervenidos por cáncer de colon: en el Grupo A en el que se ha aplicado el protocolo de prehabilitación multimodal (suplemento nutricional hipercalórico e hiperproteico + ejercicio físico + recomendaciones cognitivas) y en el Grupo B se aplicará la práctica clínica habitual (Rehabilitación Multimodal). Figura 1. Se recolectaron muestras fecales analizadas mediante secuenciación de nueva generación para estudiar la microbiota. Se correlacionaron estos datos con datos demográficos y evolución postoperatoria de los pacientes.

Resultados: Se realizó un análisis metagenómico de 10 pacientes con cáncer de colon. Los datos demográficos y las características tumorales quedan registradas en la Tabla 1. Fueron asignados 6 pacientes al grupo de prehabilitación y 4 como grupo control.

En las muestras de los pacientes Control se encontraron distintos géneros con una mayor representatividad antes de la cirugía: *Bacteroides*, *Acidaminococcaceae*, *Oscillospirales*, *Lachnospirales*, *Enterobacterales*, *Prevotellaceae*. Mientras que en los pacientes que se les realizó Prehabilitación se encontró predominancia de *Gammaproteobacteria*, *Bacilli*, *Lachnospirales*, *Oscillospirales*, *Bacteroides* y *Enterobacterales* (Figura 2). Evaluando el Ratio Firmicutes/Bacterioides evidenciamos aumento un aumento del ratio de Firmicutes en la muestra postquirúrgica tras la prehabilitación, se evidencia además un aumento de la biodiversidad. (Figura 3). Dado que la muestra era de pequeño tamaño no se encontraron diferencias clínicamente relevantes.

Conclusiones: En resumen, la prehabilitación multimodal no sólo mejora los resultados clínicos postoperatorios, sino que también podría modular la composición de la microbiota intestinal, creando un entorno más propicio para la recuperación de los pacientes con cáncer de colon. Se necesitan estudios con mayor tamaño muestral para definir el impacto clínico sobre los cambios en la microbiota.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS PERIANALES COMPLEJAS CON PLASMA RICO EN FACTORES PLAQUETARIOS. EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

El Mostafa El Yaqine Er Raoudi; Pedro Pablo Stredel Rusian; Francisco Luis Carrilo Trabalón;
Laura Comín Novella; Ana Cristina Utrillas Martínez; Marta González Pérez; Sandra Lario-Pérez;
Juan José Sánchez Rodríguez. (*)

(*) Hospital Obispo Polanco.

RESUMEN:

Introducción: Una fístula perianal es una comunicación anormal entre el canal anal y la piel perianal. El objetivo del tratamiento es el cierre completo, prevención de la recidiva y la protección del complejo esfinteriano. Existen varias técnicas quirúrgicas, ninguna claramente superior, que presentan tasas de curación que alcanzan hasta el 70-80%, con tasas de recurrencia del 10-65%. En los últimos años, se aboga por un tratamiento individualizado, priorizando las técnicas conservadoras de esfínteres. El plasma rico en plaquetas (PRP), en varios estudios para el tratamiento de la fístula anal, se ha observado que reduce la incidencia de incontinencia y reacciones adversas. Objetivo primario: analizar la tasa de curación del PRP en fístulas perianales criptoglandulares y en enfermedad de Crohn (EC). Objetivos secundarios: tasa de curación parcial, tiempo hasta la curación, incontinencia, repercusión en la calidad de vida y otros efectos secundarios si los hubiera.

Material y métodos: Búsqueda bibliográfica de artículos publicados entre 2014 y 2024 en PubMed, Embase y Cochrane Library. Los criterios de inclusión han sido metaanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, series de casos y estudios retrospectivos con más de 10 pacientes; estudios que incluyen resultados de eficacia del PRP en fístula anal. También se ha realizado una revisión de la base de datos de nuestro hospital para analizar los resultados de esta técnica. La técnica se desarrolla en dos etapas, colocando un sedal laxo al menos 3 meses antes de la intervención y posteriormente realizando el sellado con PRP. Se elabora el PRP mediante 8 tubos de sangre con anticoagulante. Se centrifugan a 1800 revoluciones durante 8 minutos. Se extrae 1ml del plasma superficial (pobre en factores plaquetarios) de cada uno de los tubos y se deposita en otro tubo sin anticoagulante. Repetimos el procedimiento con el plasma profundo (plasma rico en plaquetas). En ambos tubos se añaden 50µl de cloruro cálcico por cada ml de plasma. Previamente hemos resecado el OFE, legrado y lavado el trayecto y cerrado el OFI con sutura reabsorbible trenzada de 3/0. En este momento y en menos de 10 minutos tras la centrifugación, se inyecta el 50% del plasma rico en plaquetas submucoso en el OFI y el restante a lo largo del trayecto fistuloso formando habones. Mientras tanto, se deja el plasma pobre en plaquetas al baño maría en suero caliente durante 10 minutos para formar un coágulo, sellante de fibrina, que se introduce en el trayecto, finalizando la intervención.

Resultados: El PRP solo o en combinación con otras técnicas, es seguro y eficaz en la mayoría de estudios, con tasas generales de curación del 57-83%, tasas bajas de recurrencia que oscilan entre el 6,3-14,84% y con una baja incidencia de complicaciones, dolor e incontinencia. En nuestro hospital (Obispo Polanco-Teruel) comenzamos la técnica del sellado de las fístulas perianales complejas y en EC con PRP en el año 2021. Un total de 12 pacientes han sido tratados con PRP, con seguimiento de más de 12 meses: 5 pacientes (42%) con curación completa, 4 (33%) con curación parcial (persistencia del OFE, trayecto fistuloso en ecografía o RMN, sin clínica), una ausencia de curación y dos pérdidas del seguimiento. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones ni incontinencia.

Conclusiones: El PRP es seguro y eficaz en el tratamiento de la fístula perianal compleja con una baja incidencia de complicaciones e incontinencia.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

TRATAMIENTO DE FÍSTULAS PERIANALES CON EL CIERRE CON LÁSER FILAC®. SERIE DE CASOS

Daniela Rodríguez Marín; Maria Del Mar Pardo De Lama; Maria Laura Vega López;
Jose Antonio Rueda Orgaz; Edgardo Andrés Celi Altamirano; Rodrigo Abon Arrojo;
Cristian Cisterne López; Candela Contreras García. (*)

(*) Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

RESUMEN:

Introducción: La fístula anal (FA) es una complicación frecuente en la cirugía anorrectal, aunque poco prevalente, con una tasa de incidencia inferior a 5 por cada 10,000 personas. Su tratamiento quirúrgico presenta desafíos, principalmente en la obtención de curación definitiva sin comprometer la función esfinteriana. La tasa de recidiva varía entre el 7% y el 50%. La técnica de cierre con láser del trayecto fistuloso (FiLaC®) utiliza energía térmica para eliminar el epitelio y obliterar el trayecto, mostrando resultados prometedores, especialmente en pacientes con enfermedad de Crohn. Sin embargo, su efectividad a largo plazo y su indicación precisa aún no están claramente definidas. Este estudio tiene como objetivo evaluar la tasa de éxito, recurrencia y complicaciones postquirúrgicas asociadas al tratamiento con FiLaC® en pacientes con FA.

Material y Métodos: Se trató de un estudio retrospectivo que incluyó a pacientes mayores de 18 años diagnosticados con fístula perianal simple, sin trayectos accesorios que habían sido tutorizados con setón por al menos un mes. Se excluyeron fístulas complejas o infecciones perianales activas. El seguimiento postquirúrgico fue de al menos un año. Se recopilaron datos demográficos, comorbilidades, tipo de fístula, cirugías previas, complicaciones postoperatorias y recidiva. El tratamiento consistió en el lavado del trayecto fistuloso con setón y la aplicación del láser FiLaC®. El análisis estadístico se realizó con el software "JASP".

Resultados y Discusión: Se incluyó a 13 pacientes, con una edad media de 51 años (61% hombres). La mayoría presentaba fístulas transesfinterianas, en su mayoría de localización anterior y canal alto. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (15.4%), DM2 (23%) y tabaquismo (15.4%). El tratamiento con setón tuvo una media de 12.5 meses. Ningún paciente experimentó dolor o sangrado postoperatorio, aunque 3 pacientes requirieron antibióticos por exudado purulento. La tasa de recidiva fue del 61.5%, superior a la de otros estudios (33%-57.3%). Las recidivas se presentaron todas dentro del primer año de seguimiento, con una mediana de curación de 7 meses. En cuanto a factores de riesgo, no se halló una relación estadísticamente significativa entre la recidiva y comorbilidades, aunque la edad avanzada, el sexo masculino y las fístulas altas de localización anterior podrían estar asociadas con mayor riesgo. Tras la recidiva, los tratamientos más comunes fueron colgajos de avance, fistulotomía y un nuevo setón. Aunque algunos pacientes requirieron nuevas cirugías, los trayectos se hicieron más accesibles y fáciles de tratar después del tratamiento con FiLaC®.

Conclusiones: A pesar de las limitaciones del estudio, como el tamaño muestral, nuestros resultados sugieren que el tratamiento con FiLaC® es una opción terapéutica efectiva en pacientes con alto riesgo de incontinencia o que han fallado en cirugías previas. La técnica muestra una baja tasa de complicaciones y dolor postoperatorio, además de permitir una anestesia menos invasiva. Aunque la tasa de recidiva fue superior a la reportada en la literatura, el láser FiLaC® facilita procedimientos posteriores, haciendo más simples los trayectos fistulosos. Se recomienda mantener un seguimiento de al menos 12 meses para evaluar la necesidad de tratamientos adicionales.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

USO DE MARCADORES INFLAMATORIOS COMO MEJORA DE ESPECIFICIDAD EN CRIBADO DE CÁNCER COLORECTAL

Julia Sanchon Sánchez; Guillermo Cabezudo Molleda; Carlos Jezieniecki Fernández;
Juan Carlos Vera García; Paula Díaz Artigot; Carlos Ferreras García; Beatriz De Andrés Asenjo;
Juan Beltrán De Heredia. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción: En nuestro medio el método de cribado para el cáncer colorrectal (CCR) usado es el test de sangre oculta en heces (SOH), siendo poco específico. Por otro lado, biomarcadores como la relación neutrófilo/linfocito (NLR) o plaquetas/ linfocito (PLR), están demostrando ser posibles predictores de conversión de pólipos colónicos en CCR invasivo.

Objetivos: El objetivo final de este estudio es poder mejorar la rentabilidad del test SOH, intentando que una determinación de NLR y PLR pueda aumentar su especificidad para así poder priorizar aquellos pacientes con mayor riesgo de sufrir CCR.

Material y métodos: Estudio analítico transversal retrospectivo, en el que hemos analizado la relación existente entre las variables cuantitativas NLR y PLR, y la variable cualitativa dicotómica, que es la presencia o ausencia de CCR, en los pacientes que acuden a realizarse una colonoscopia tras haber dado positivo en el test de SOH. La población a estudio está dividida en dos grupos, un primer grupo calificado como A donde se encontrarán aquellos pacientes con SOH + y ausencia de CCR (n=90), ni de ninguna otra patología conocida en el momento de la colonoscopia, y grupo B donde se encontrarán aquellos pacientes con SOH + y presencia de CCR confirmada tras estudio anatomopatológico (n=80). Las variables cuantitativas se presentan con media y la desviación típica. Comparaciones de valores medios se realizan mediante T de Student para muestras independientes con SPSS-20.0. $p < 0,05$ serán estadísticamente significativos.

Resultados: Las medias de NLR en el grupo A (1.74) y en el grupo B (1.87), no presentan diferencias estadísticamente significativas, en cambio la diferencia entre medias de PLR en el grupo A (82,4) vs grupo B (137,3) es estadísticamente significativa ($p < 0,001$).



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

ISQUEMIA INTESTINAL: EL TIEMPO DEFINE EL PRONÓSTICO

Sara Chilar Moreno; Araceli Mateo Díaz; Saray Quinto Llopis; Clara López De Lerma Martínez De Carneros; Luis Sánchez Guillén; Antonio Arroyo Sebastián. (*)

(*) Hospital General Universitario de Elche.

RESUMEN:

Introducción: La isquemia mesentérica aguda (IMA) se define como la interrupción súbita del aporte vascular a un segmento del intestino, dando lugar a daño celular y necrosis intestinal. Esto la convierte en una emergencia quirúrgica, puesto que a pesar de su baja incidencia (0,09-0,2%), presenta una mortalidad del 80%.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente con isquemia mesentérica aguda y la secuencia de actuación con diversas reevaluaciones dada la discordancia clínica-pruebas complementarias.

Resultados: Se trata de una mujer de 80 años con factores de riesgo cardiovascular (HTA, DLP, DM), y antecedentes de fibrilación auricular, ictus isquémico y tres ingresos por hemorragia digestiva baja que conllevaron la retirada de la anticoagulación. Comienza de manera súbita con dolor abdominal a las 20:00h, persistiendo una intensidad desproporcionada a las 23:52h, cuando es atendida en Urgencias. No alteraciones del hábito deposicional, no fiebre. Abdomen distendido y timpánico a la exploración, doloroso en mesogastrio y flanco y fosa iliaca derechos. Se obtienen las pruebas complementarias a las 2:02h, obteniéndose en la analítica sanguínea una PCR de 16 y leucocitosis de 13.220, resto sin alteraciones, y en la radiografía de abdomen y TC con contraste, dilatación de asas intestinales y niveles hidroaéreos. Se obtiene una primera sospecha de obstrucción intestinal y se avisa a Cirugía por ello. La paciente permanece en Observación con dieta absoluta y analgesia para valorar evolución, con analítica de control por la mañana. A las 11:30h, al empeorar los reactantes de fase aguda y persistir un abdomen patológico, se decide intervención quirúrgica urgente, con una laparoscopia exploradora que objetiva isquemia mesentérica aguda de íleon y colon derecho. Se convierte a laparotomía media y se revisan imágenes del TC, sospechándose un émbolo en la arteria mesentérica superior. Se contacta con Cirugía Vascular, quién realiza arteriotomía y embolectomía, tras lo cual se reseca el colon derecho y 5 cm de íleon por parte de Cirugía General. Dado los hallazgos intraperatorios y el tiempo de evolución, se decide optar por la estrategia de abdomen abierto y un second-look a las 24 horas, permaneciendo la paciente durante este tiempo en UCI quirúrgica. Pasadas 24 horas, se objetiva durante la revisión quirúrgica, ausencia de revascularización y progresión de la isquemia intestinal al resto de intestino delgado y colon, dando lugar a una isquemia masiva con inestabilidad hemodinámica, que lleva a tomar la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico, que deriva en el éxito de la paciente 4 horas más tarde.

Conclusiones: La IMA es una emergencia vascular provocada por fenómenos oclusivos y no oclusivos de la circulación mesentérica arterial y venosa de difícil diagnóstico y pronóstico ominoso. Incidencia en aumento asociada al envejecimiento poblacional. Tasa de mortalidad elevada a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos. Diagnóstico tardío. Patología tiempo-dependiente, con mortalidad del 50% a las 10 horas y del 75% a las 15 horas. El tratamiento exige medidas médicas invasivas y cirugía de revascularización y resección del intestino necrosado.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

RETO DIAGNÓSTICO DEL SARCOMA DE COLON

Maider Gomez Egaña; Baltasar Cermeño Toral; Lorea Ibiricu Oroz; Janire Mateo Retuerta;
Pablo Helguera Martínez; Ester Tkacikova. (*)

(*) Hospital Universitario de Álava – Txagorritxu.

RESUMEN:

Introducción: El leiomioma de colon es una entidad poco frecuente. Originado en la muscularis mucosae o muscular propia del intestino grueso, presenta una alta agresividad y un mal pronóstico. Dada la ausencia de síntomas o pruebas de imagen con hallazgos específicos el diagnóstico definitivo suele ser postoperatorio. El tratamiento gold standard es la cirugía, ya sea por vía laparoscópica como laparotómica.

Material y métodos: Presentamos a una mujer de 45 años estudiada por pérdida de peso involuntaria, diagnosticada de neoplasia de colon transversal mediante TAC y colonoscopia. La biopsia revela una tumoración mesenquimal ulcerada con atipia y alto índice mitótico sugestiva de sarcoma. En el segundo caso, presentamos una mujer de 73 años con nódulo pulmonar sospechoso y neoplasia de colon transversal localmente avanzada diagnosticada mediante TAC y colonoscopia. La biopsia descarta carcinoma y GIST, sugiriendo la posibilidad de un sarcoma. Se realiza PET-TC descartándose la lesión pulmonar como maligna y confirmando la lesión neoplásica en colon transversal.

Resultados: Durante la intervención quirúrgica del primer caso se visualiza una lesión no conocida en el segmento V del hígado, por lo que se realiza una hemicolectomía derecha y resección de la lesión hepática. El estudio anatomopatológico revela un leiomioma grado 3 de la FNCLC y confirma la metástasis en hígado. Estadio pT2aN0M1. Durante el seguimiento es diagnosticada de nuevas lesiones hepáticas, siendo intervenida de bisegmentectomía II y III hepáticas y resección atípica del segmento IV. Actualmente en tratamiento quimioterápico por progresión de las lesiones hepáticas. La paciente del segundo caso se interviene de hemicolectomía derecha laparotómica y el estudio anatomopatológico revela un sarcoma indiferenciado de 10cm, grado 3 de la FNCLCC.

Conclusiones: El leiomioma es un tumor maligno de tejido blando poco frecuente, que representa el 0.1-0.3% de todas las neoplasias gastrointestinales y el 0,12% de todas las neoplasias colorrectales. El sigma y colon transversal son las localizaciones más frecuentes dentro del colon. Varios factores hacen que el diagnóstico preoperatorio sea difícil. Al no tener componente endoluminal, la mucosa se mantiene intacta y la colonoscopia proporciona poca información. Las imágenes radiológicas son inespecíficas y la adecuación del muestreo endoscópico está lejos de ser óptima alcanzando, por ejemplo, una precisión del 29% en el caso del recto. Asociado a que los síntomas son inespecíficos el diagnóstico suele ser tardío, siendo un hallazgo incidental en el estudio anatomopatológico postquirúrgico. La clasificación más utilizada es la de la Federación Francesa de los sistemas de clasificación del Grupo del Sarcoma de los Centros Oncológicos (FNCLCC). Son tumores agresivos con una tasa estimada de supervivencia a los 5 años del 51,6%. Presentan una alta tasa de recurrencia local y diseminación hematológica a hígado y pulmón. La afectación de ganglios linfáticos es rara. La diferenciación y el tamaño son los factores pronóstico más importantes en cuanto a la supervivencia y recurrencia. El tratamiento gold estándar es la resección quirúrgica, seguida de quimioterapia adyuvante en los que presentan alto riesgo.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

MASA COLÓNICA SUGESTIVA DE NEOPLASIA, CON DIAGNÓSTICO FINAL DE METÁSTASIS COLÓNICA DE ORIGEN TUBOOVÁRICO; UN CASO INFRECIENTE E INESPERADO

M^a Dolores Cancelas Felgueras; Lorena Rodríguez Gómez; Nicole Dimas Vázquez; Ana Álvarez Cuiñas; Ricardo Jesús Castro Lara; Asier Mañaricua Arnaiz; Francisco Manuel Bujalance Cabrera; Javier Martín Ramiro. (*)

(*) Hospital Universitario Severo Ochoa.

RESUMEN:

Introducción: Presentamos una metástasis colónica de origen tubárico que simulaba una neoplasia en colon transverso. Las neoplasias ováricas se engloban junto al carcinoma de trompa y el peritoneal al compartir un origen tubárico. La mayoría son carcinomas epiteliales (95%), siendo el seroso de alto grado el subtipo histológico más frecuente (75%). Suelen presentarse al diagnóstico como estadios iii, principalmente vía peritoneal, siendo la diseminación hemática poco frecuente, y su clínica suele ser subaguda, aunque en ocasiones pueden demostrarse incidentalmente. El diagnóstico precisa del estudio anatomopatológico (ap), y el tratamiento implica una estadificación quirúrgica estándar (histerectomía, salpingooforectomía y linfadenectomía), asociando citorreducción de las metástasis si existen, y quimioterapia adyuvante. Presentamos un caso de metástasis colónica de origen tuboovárico como resultado infrecuente e inesperado.

Material y métodos: Mujer de 71 años, fumadora e hipotiroidea, remitida a consulta de cirugía tras colonoscopia por estudio de anemia con hallazgo de lesión colónica sugestiva de neoplasia. Refería astenia, pérdida de 5 kg y cambio del hábito deposicional, con exploración y analítica anodinas. La colonoscopia describía una neoformación ulcerada y pétrea de 5 cm en colon transverso proximal, con ocupación de un tercio de la circunferencia, sin estenosis, y ap de adenocarcinoma de origen indeterminado. El tc toracoabdominopélvico describió, además, una lesión de 7x7 cm localizada en pelvis y entre asas de intestino delgado (id) con captación de contraste periférico y centro necrótico, todo ello sugestivo de tumor del estroma gastrointestinal (gist) de id. Además, se describió otra lesión pélvica (2cm) adyacente a los anejos y a otra asa de id, con mismas características radiológicas, sugestiva de metástasis de Gist. Dados los hallazgos, se decidió cirugía programada laparoscópica que demostró una tumoración en colon transverso, una lesión de 10 cm en epiplón mayor, y una lesión de aspecto cerebroide de 2 cm en Douglas, íntimamente adherida al ovario derecho. Se realizó hemicolectomía derecha con anastomosis latero-lateral y exéresis de las lesiones en epiplón mayor y en pelvis, junto con salpingooforectomía bilateral por recomendación intraoperatoria del servicio de ginecología dada su proximidad a la lesión.

Resultados: La ap de la hemicolectomía derecha resultó una metástasis de carcinoma intraepitelial seroso de alto grado de origen tubárico, demostrado en la trompa derecha, así como metástasis ganglionares mesocólicas, epiploica y pélvica. Posteriormente, el servicio de ginecología completó la resección oncológica mediante histerectomía, linfadenectomía pélvica y paraaórtica con omentectomía vía laparotómica. Fue alta al 7º día postoperatorio, y permaneció estable 3 años después.

Conclusiones: Pese al diagnóstico de cáncer de colon y gist de id resecables en las pruebas preoperatorias, los hallazgos intraoperatorios obligaron a realizar un cambio de actitud durante la intervención, optando por la resección de las lesiones visibles, en espera de una mejor filiación de la enfermedad. Además, aunque los ovarios y las trompas no demostraron clara afectación macroscópica, su resección supuso una decisión adecuada. Por tanto, el estudio preoperatorio aporta pruebas complementarias que pueden orientarnos a la toma de decisiones, pero siempre debemos estar preparados para cualquier situación inesperada, destacando la importancia de una adecuada colaboración entre servicios ante circunstancias tan complejas.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

RECTAL DIVERTICULUM. AN EXCEPTIONAL LATE COMPLICATION OF THE STARR TECHNIQUE: A CASE REPORT

Beatriz Remezal Serrano; Pilar Serrano Paz; Gema Giner Merino; Ana Tomás Martínez; Brenda Argüelles; Eduardo Rodríguez Martínez; María Gil Santos; Joaquín Ruiz López. (*)

(*) Hospital Universitario del Vinalopó.

RESUMEN:

Introduction: Rectal diverticulum is an exceptionally rare complication of the STARR technique (Stapled Transanal Rectal Resection). Very few cases have been described in the medical literature, highlighting its infrequency. This complication occurs when a portion of the rectal wall, specifically at the staple line, forms a protrusion due to the weakness of scar tissue. Clinically, this condition causes local discomfort with fecal material entrapment, a sensation of fullness, and obstructive defecation syndrome. The STARR technique is a surgical procedure designed to treat rectal prolapse, rectocele, and obstructive defecation syndrome. It involves resecting redundant rectal tissue and stapling the remaining tissue. This technique offers multiple benefits, including reduced postoperative pain and faster recovery, making it a highly favorable therapeutic option. However, it is not without risks and complications. These include rectal bleeding, rectal stenosis, anorectal and pelvic pain, defecatory urgency, fecal incontinence, rectovaginal fistula, and, in very rare cases, rectal diverticulum, among others. Our objective is to present a clinical case in which a patient developed a rectal diverticulum as a late complication of the STARR technique, ten years after the intervention.

Materials and Methods: A 69-year-old woman with no relevant medical history underwent rectocele surgery using the STARR technique ten years ago. She presented to the General Surgery clinic with complaints of a sensation of fullness in the anal canal and difficulty defecating, requiring manual assistance. On examination, a moderate rectocele was observed. At approximately 6 cm from the anal margin, the staple ring from the previous procedure was palpable, and a hard, mobile lesion measuring 4 cm was identified on the left posterolateral side. This lesion was visible as a submucosal imprint during anoscopy. Complementary tests included a colonoscopy, which revealed no significant findings; an abdominal-pelvic CT scan, which described a 2.8 cm sacculum in the posterior rectal wall containing fecal material; and a pelvic MRI, which identified a posterior diverticulum in the distal third of the rectum with fecal content inside. Based on these findings, surgical exploration was planned following dietary preparation and enemas.

Results: Exploration under general anesthesia revealed a sub-centimeter rectal orifice located 4 cm from the pectinate line. Upon enlarging the orifice, a diverticular sac approximately 3 cm deep containing fecal material was visualized. The sac was excised, and a complete resection of the diverticular wall was performed down to its neck. The mucosal defect was closed using barbed sutures.

Conclusions: Rectal diverticulum as a late complication of the STARR technique is an uncommon occurrence that may be associated with technical factors and individual patient characteristics. This case underscores the importance of long-term follow-up for patients undergoing the STARR technique, as well as the need for thorough preoperative evaluation to minimize risks and optimize surgical outcomes.



Comunicaciones Póster

POORLY DIFFERENTIATED COLON CARCINOMA WITH RHABDOID DIFFERENTIATION: AN UNUSUAL DIAGNOSIS. A CASE REPORT

Beatriz Remezal Serrano; Pilar Serrano Paz; Gema Giner Merino; Ana Tomás Martínez; Eduardo Rodríguez Martínez; Brensa Argüelles; María Gil Santos; Joaquín Ruiz López. (*)

(*) Hospital Universitario del Vinalopó.

RESUMEN:

Introduction: Malignant rhabdoid tumors (MRT) are aggressive neoplasms most commonly found in the kidney, particularly in pediatric populations. Extrarenal malignant rhabdoid tumors (EMRT) of the colon are extremely rare. They typically exhibit aggressive behavior, often being diagnosed in advanced stages. Their lack of response to conventional therapies results in poor prognosis and fatal outcomes. We present a clinical case of colon neoplasm with a final histopathological diagnosis of poorly differentiated carcinoma with rhabdoid differentiation.

Materials and Methods: A 53-year-old male with a family history of colorectal cancer (CRC) underwent a screening colonoscopy, which revealed an exophytic lesion with significant ulceration in the cecum. Initial histopathological analysis indicated poorly differentiated carcinoma. After discussion in our gastrointestinal tumor board, surgical intervention was decided.

Results: The patient underwent laparoscopic right hemicolectomy. Final histopathological analysis confirmed poorly differentiated colon carcinoma with rhabdoid differentiation, ulcerated, with extensive necrosis, and invasion of pericolic fat. One of 17 isolated lymph nodes was affected. According to the AJCC TNM classification, the tumor was staged as T3 N1a Mx. Surgical margins were reported as tumor-free. A literature review identified only 27 reported cases to date, most in the context of metastatic disease. Available data suggest these tumors have a poorer prognosis and are more refractory to treatment. Therapeutic approaches have been similar to those used for conventional colorectal cancer. The patient began adjuvant therapy with oxaliplatin and capecitabine, under close monitoring by General Surgery and Oncology teams.

Conclusions: Extrarenal malignant rhabdoid tumors (EMRT) of the colon are exceptionally rare and aggressive, with distinctive clinical and prognostic characteristics compared to conventional colorectal cancer. This case highlights the importance of precise histopathological diagnosis to identify this unusual variant and emphasizes the need for investigating more effective therapeutic strategies, given their poor response to conventional treatments and unfavorable clinical course. Multidisciplinary follow-up is essential to optimize management and monitor disease progression.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

MANOMETRÍA ANAL PRE Y POST-QUIRÚRGICA DEL PROLAPSO RECTAL COMPLETO

Laura Tortolero Giamate; Cristina Narváez Chávez; Patricia Luengo Pierrard; Antonio Pedraza Muñoz; Xaviera Henández; Ricardo Alvarado Hurtado; Javier Álvarez Álvarez; Pablo Anchústegui Melgarejo. (*)

(*) Hospital Sanitas La Zarzuela.

RESUMEN:

Introducción: El paciente con prolapso rectal completo (PRC) puede presentar como síntoma principal la incontinencia fecal. Los resultados de la manometría anal son difíciles de interpretar en estos pacientes, no modifican las decisiones terapéuticas, aunque se ha descrito que, en caso de una manometría anal normal, ésta podría tener un valor pronóstico de buen resultado quirúrgico y funcional.

Materiales y métodos: Se presentan las curvas manométricas pre y post-quirúrgicas y evolución clínica de dos pacientes con PRC e incontinencia fecal.

Resultados: Caso 1: Mujer de 88 años con incontinencia fecal (Wexner 9, Vaizey 9), asociada a PRC de 5cm. Manometría anal con presiones involuntaria y voluntarias bajas con fatiga precoz, no disinergia y sensibilidad rectal normal. Se realiza reparación del PRC mediante cirugía de Delorme, sin complicaciones postoperatorias. Tras el primer mes postoperatorio la paciente no tiene prolapso rectal y mejora la incontinencia fecal (Wexner 5, Vaizey 5). A los 4 meses se realiza control manométrico sin modificación de las presiones, ni de la fatiga. Presenta hipersensibilidad rectal. Caso 2: Varón de 42 años con estreñimiento (Wexner 23) e incontinencia fecal (Wexner 11, Vaizey 13) asociado a PRC de 15cm de 10 años de evolución. Manometría anal con presión involuntaria baja y voluntaria normal con fatiga precoz y disinergia. Se indican ejercicios de prehabilitación y tratamiento del estreñimiento. Se realiza reparación del PRC mediante cirugía de Altemeier, sin complicaciones postoperatorias. Tras 5 semanas postoperatorias el paciente presenta ausencia de prolapso y mejoría sintomática del estreñimiento (Wexner 11) y la incontinencia fecal (Wexner 1, Vaizey 1). Se realiza control manométrico con presión involuntaria y voluntaria máxima iguales a la prequirúrgica, mejoría de la fatiga precoz y de la disinergia. La sensibilidad rectal no fue medida por anastomosis reciente.

Conclusiones: La corrección anatómica del PRC mejora la dinámica fisiológica de los esfínteres anales, con mejoría de los síntomas de incontinencia fecal asociados al prolapso, aún sin alterar las presiones esfinterianas. En los casos presentados, hubo buenos resultados postquirúrgicos a pesar de que la manometría prequirúrgica estaba alterada. La pre-habilitación puede jugar un papel crucial en pacientes jóvenes e implicados al ayudar a mejorar los resultados funcionales mediante el aumento de presión de la contracción esfinteriana voluntaria y mejoría de la fatiga muscular mediante el aumento del reclutamiento de fibras. En caso de existir estreñimiento y disinergia, se debe corregir prequirúrgicamente para evitar recidivas del prolapso. Estas mejorías se pueden objetivar y monitorizar mediante control manométrico como se muestra en el caso 2.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

PATOLOGÍA ANAL RELACIONADA CON VPH COMO HALLAZGO CASUAL DURANTE CIRUGÍAS ANALES. ¿Y LUEGO QUÉ?

Alberto Marcos Herrero; Pablo Peláez Torres; Cristina Nevado García; Sofía Faro Puente;
Marta Chacón Carrasco; David Alias Jiménez; Francisco Javier García Borda;
Eduardo Ferrero Herrero. (*)

(*) Hospital 12 de Octubre.

RESUMEN:

Introducción: Las intervenciones quirúrgicas por patología anal no relacionada con VPH (fístula, hemorroides) son muy comunes en nuestro medio. En los últimos años se ha venido detectando una incidencia creciente de lesiones relacionadas con HPV (Neoplasia Intraepitelial Anal o NIA y en menor medida carcinomas) como hallazgo casual durante cirugías anales. Las infecciones anogenitales por HPV son a menudo multicéntricas funcionando tanto las infecciones cervicales como fuente y reservorio para infecciones anales como viceversa. El riesgo de cáncer anal está incrementado entre las mujeres con historia de cáncer cervical. Las mujeres infectadas por VIH tienen más probabilidad de tener una coinfección anal y cervical por HPV que las mujeres no infectadas por VIH. Objetivos: Establecer protocolos de actuación ante el hallazgo casual de lesiones anales relacionadas con VPH durante cirugías anales. Valorar como alternativa la utilización de métodos de detección de VPH en muestras de tejido sin screening citológico previo para estos casos.

Métodos: Casos propios y revisión de la literatura. Exposición de caso práctico representativo

Resultados: Mujer de 39 años, fumadora, VIH + con carga viral indetectable. Sexualmente activa con parejas múltiples. Método anticonceptivo con profilácticos., Screening cervix no actualizado. Se programa para cirugía de hemorroides apreciándose lesión polipoidea indurada posterior. Diagnóstico anatomopatológico Carcinoma epidermoide infiltrante (T1N0M0) Inmunohistoquímica Ki67+/p16+. Se consigue aislar HPV 31 de tejido de biopsia. Se remite a ginecología para estudio. Hallazgos citología HSIL. Colposcopia y biopsia CIN III. Serología viral cervix HPV 31,51 y 6. Recibe tratamiento satisfactorio de ambos procesos. La incidencia de patología anal casual (condilomas, NIA, carcinoma epidermoide) relacionada con VPH descubierta durante cirugías anales (fisuras, fístulas, hemorroides) oscila entre el 10 % en nuestra casuística. En caso de hallazgos existe la posibilidad de detección y tipado de VPH a partir de muestras de tejido lo cual se ha logrado en el 85 % de nuestros casos. En el caso de mujeres con hallazgos casuales se procede a evaluar el cervix uterino en las pacientes sin screening citológico actualizado. La anuscopia de alta resolución demostró lesiones concomitantes en el 60% de los pacientes que presentaron una lesión anal relacionada con el VPH descubierta durante una cirugía por otro motivo. La colposcopia demostró en el cervix uterino lesiones concomitantes relacionadas con VPH en el 40 % de pacientes con hallazgo casual de lesión anal en nuestras series.

Conclusiones: Importancia de establecer protocolos de actuación ante lesiones relacionadas con VPH como hallazgo casual durante cirugías anales. Los protocolos deben incluir el uso de la anuscopia de alta resolución como método de despistaje de lesiones y tratamiento. Los protocolos también deben incluir el despistaje de lesiones cervicales relacionadas con el VPH en mujeres con lesiones anales encontradas de manera casual.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

RADIOFRECUENCIA HEMORROIDAL: SEGURA, PERO ¿DOLOROSA?

Alberto Marcos Herrero; Pablo Peláez Torres; Cristina Nevado García; Sofía Faro Puente;
Kleber Falcon Bonilla; Myrka Soria Atiaja; Eduardo Rubio González; Francisco Javier García Borda;
Eduardo Ferrero Herrero. (*)

(*) Hospital 12 de Octubre.

RESUMEN:

Introducción: En los pacientes que tienen síntomas persistentes por patología hemorroidal a pesar de la terapia médica existen varias opciones quirúrgicas disponibles. Mientras que la hemorroidectomía escisional es considerado como el tratamiento más eficaz, el dolor postoperatorio significativo y los cambios en la anatomía del canal anal pueden perjudicar a la defecación. Las técnicas de ablación por radiofrecuencia (ARF) utilizan corrientes eléctricas producidas por ondas de radio para generar calor. De forma parecida a la escleroterapia, la ligadura con bandas y la coagulación infrarroja, la ARF en estadios iniciales de EH ha mostrado resultados prometedores. Presentamos nuestros resultados de tratamiento de la enfermedad hemorroidal con dispositivo de RF Rafaelo (Cardiolink). Objetivo primario: Evaluar los resultados en relación con dolor tras realización de técnica de ablación por radiofrecuencia para la patología hemorroidal. Se evaluará el dolor postoperatorio mediante el uso de escalas visuales analógicas.

Materiales y métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos durante 1 año con el dispositivo de RF Rafaelo en régimen de Cirugía Mayor ambulatoria. Los pacientes fueron informados detalladamente sobre las posibles complicaciones, dolor esperado postoperatorio y fracaso del procedimiento en la resolución de los síntomas. Se programaron visitas pre y postoperatorias (1 semana, 1 mes, 3 meses y 1 año) por el equipo de cirugía general para la recogida de datos en los pacientes: demografía, diagnóstico, dolor postoperatorio y satisfacción del paciente y complicaciones relacionadas. Se utilizaron las escalas HSS (Haemorrhoid Severity Score), CIS (Cleveland Incontinencescore), EQ-5D-5L (European Quality of life five dimensions five level) y VAS (Visual analogue scale).

Resultados: 24 pacientes fueron intervenidos con rango de edad variable en régimen de CMA. La edad media de los pacientes fue de 46 (DE 14) años, 18 (67%) hombres y 9 (33%) mujeres. La masa corporal media fue de 25 (DE 4) kg/m². El síntoma predominante en todos los pacientes fue la rectorragia. La escala HSS mejoró de 7.2 (SD 1.9) antes del procedimiento a 1.6 (DE 1) después del procedimiento ($p < 0,0001$). Las puntuaciones de dolor postoperatorio en una escala de 0 a 10 fueron 0, 2 (DE 2), 1 (DE 2) y 0 en el cuestionario de seguimiento inmediato, 1 semana, 1 mes y 12 meses. La puntuación media de satisfacción fue de 9 (DE 1,5) de 10 en el seguimiento a los 2 meses. El tiempo medio hasta que los pacientes volvieron a la actividad diaria normal fue de 3 (DE 1) días después del procedimiento. La evaluación de la calidad de vida que incluyen puntuaciones en la escala analógica visual (antes: media 70, DE 23; después: media 82, DE 16; $p < 0,001$) y EQ-5D-5L (antes: media 0,84, DE 0,15; después: media 0,94, DE 0,13; $p < 0,05$) fueron significativamente mejores. La duración media del seguimiento para la recurrencia de los síntomas fue de 20 meses (intervalo de 12 a 32 meses). A los 12 meses un paciente (4%) informó de la recurrencia de sangrado después del procedimiento y precisa colocación de bandas y otra paciente se reintervino por prolapso mucoso.

Conclusiones: La Radiofrecuencia para el tratamiento de la EH es segura y eficaz para conseguir un alivio sintomático. Se asocia con el mínimo dolor postoperatorio y baja incidencia de recurrencia.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

DEBUT DE CÁNCER DE COLON CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL TRAS EPISODIO DE DIVERTICULITIS AGUDA TRATADA CON LAVADO PERITONEAL

Yaiza García Del álamo Hernández; Guillermo Salvador Camarmo; Alba Correa Bonito;
Livia Delgado Búrdalo; Fernando Gijón Moya; Sara Muñoz Sanz; Javier García Septiem;
Elena Martín Pérez. (*)

(*) Hospital La Princesa.

RESUMEN:

Introducción: El lavado peritoneal (LP) es una técnica descrita para el tratamiento de la diverticulitis aguda (DA) Hinchey III, aunque actualmente sus indicaciones se encuentran en entredicho. El LP se ha relacionado con menor tasa de estomas pero con mayor desarrollo de colecciones postquirúrgicas. Los detractores del LP, subrayan la tasa de cáncer colorrectal (CCR) inadvertido en pacientes que debutan como “DA complicada”, rondando entre el 3-7%.

Caso clínico: Mujer de 76 años sin antecedentes previos salvo antecedente materno de CCR. Ante un cuadro de dolor abdominal, vómitos y síndrome miccional es diagnosticada mediante TAC abdominal de DA perforada (Hinchey II- III). El TAC describe una colección centrada en la región tuboovárica izquierda de 5,5cm (eje mayor) junto con engrosamiento e hiperceptación de las paredes sigmoideas con cambios inflamatorios en la grasa pericólica. Análíticamente destaca anemia de dos puntos de hemoglobina respecto a previas (hasta 10,7g/dL) y elevación de parámetros inflamatorios. Ante ausencia de respuesta a antibioterapia y varios intentos fallidos de drenaje percutáneo, la paciente se somete a LP al décimo día de ingreso. Se describe un plastrón inflamatorio en fosa iliaca izquierda que engloba un asa intestinal, la trompa de Falopio y el sigma. Se accede a la cavidad del absceso respetando las estructuras adyacentes, se lava abundantemente y se coloca un drenaje abdominal. Pese a la evolución positiva los primeros días con mejoría radiológica de la colección descrita, la paciente presenta clínica obstructiva transcurridos 5 días. En un nuevo TAC abdominal se describe “un segmento de sigma más afecto por los cambios inflamatorios que condiciona una dilatación retrograda del marco cólico”. Se reinterviene, sin lograr acceso laparoscópico ante la dilatación intestinal. Se realiza mediante laparotomía una sigmoidectomía con márgenes y disección oncológicas con ileostomía de protección y anastomosis primaria. Finalmente, la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta transcurridas dos semanas. La histología es un adenocarcinoma con invasión perineural y linfovascular y margen circunferencial afecto (pT4N0). Se inicia quimioterapia con FOLFOX. La paciente presenta muy mal control del débito del estoma, lo que condiciona demorar varios ciclos. Por ello se programa el cierre del estoma realizando previamente un enema-TAC sin hallazgos patológicos. En dicha cirugía, se objetivan varios implantes sugestivos de malignidad en el mesenterio al extraer el íleon mediante incisión periestomal. Se toman biopsias que confirman malignidad. Se realiza laparotomía media objetivando una carcinomatosis peritoneal con múltiples implantes (PCI de 9). Se realiza omentectomía, histerectomía y resección ileocecal por proximidad de varios implantes y se confecciona anastomosis ileocólica. La paciente es dada de alta al quinto día sin incidencias. Actualmente sigue en tratamiento quimioterápico con FOLFOX y bevacizumab.

Conclusión: El CCR puede debutar como una DA complicada, su infradiagnóstico puede suponer una demora en el tratamiento oncológico. Es importante identificar las verdaderas DA que se beneficien del LP ya que en el grupo de pacientes con CCR inadvertido su uso pudiera ser incluso perjudicial.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

COLPORRAFIA POSTERIOR CON MALLA BIOLÓGICA PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL RECTOCELE

María Ramón-baviera Martínez; Ivan García Herman; Alejandra De Andrés Gómez;
Antonio Melero Abellán; Francisco Javier Tarrasa Peiró; Antonio Salvador Martínez;
Francisco Vilalba Ferrer; Enrique Artigues Sánchez De Rojas. (*)

(*) Hospital General Universitario Valencia.

RESUMEN:

Introducción: El rectocele es una protrusión de la pared anterior del recto sobre la pared posterior de la vagina. Esta patología genera síntomas como dificultad para evacuar, sensación de bulto en la vagina o dispareunia, los cuales afectan significativamente la calidad de vida de las pacientes. Cuando el tratamiento conservador resulta ineficaz es necesario optar por una actitud quirúrgica. El empleo de mallas sintéticas está desaconsejado por las complicaciones relacionadas con su extrusión, pero respecto al empleo de mallas biológicas, la evidencia no es clara. El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia y seguridad de la reparación transvaginal del rectocele asociando a la sutura de la fascia propia de la colporrafia el empleo de malla biológica, analizando su impacto en la calidad de vida, las tasas de complicaciones postoperatorias y la recurrencia.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de pacientes diagnosticadas con rectocele grado II o mayor según la clasificación de Baden-Walker, intervenidas quirúrgicamente entre julio de 2023 y diciembre de 2024. Todas las pacientes fueron sometidas a reparación transvaginal. Las pacientes se intervinieron en litotomía, sin preparación mecánica y con profilaxis antibiótica. Se disecó el tabique rectovaginal hasta el plano de los elevadores. Se realizó una doble capa de sutura de la fascia rectovaginal con sutura trenzada absorbible de 2/0. No se asoció levatorplastia. Se colocó malla de colágeno derivada de dermis porcina fijada con un único punto a la parte superior del tabique. Se realizó seguimiento en consultas al mes, 6 meses y 12 meses. Los datos recopilados incluyeron características demográficas, grado del rectocele, puntuaciones pre y postoperatorias sobre calidad de vida mediante el cuestionario PFIQ-7 y resultados postoperatorios. Se evaluaron las complicaciones según la clasificación de Clavien-Dindo y la recidiva mediante exploración física a los 6 meses de seguimiento.

Resultados: Se intervinieron 8 pacientes durante este periodo. Todas fueran mujeres con una edad media de 61 años, dos de ellas con rectocele grado 2 y el resto grado 3. No se registraron complicaciones mayores, solo una paciente presentó un leve manchado hemorrágico que se manejó conservadoramente. El alta se produjo al segundo día postoperatorio. La mediana de seguimiento es de 6 meses. No se han registrado recidivas en la exploración clínica en consultas. No se reportó dispareunia en el seguimiento de las pacientes. En cuanto a la calidad de vida, se observó una reducción entre el PFIQ-7 antes y después de la cirugía (96 ± 39 a 52 ± 76 , $p > 0,05$).

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, la reparación transvaginal del rectocele utilizando malla biológica es una técnica segura y eficaz en esta serie prospectiva de casos, mejorando significativamente la calidad de vida de las pacientes y mostrando bajas tasas de complicaciones. No obstante, estos resultados son preliminares y se necesita un mayor número de casos y un seguimiento más prolongado para consolidar la evidencia de su eficacia a largo plazo.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE DIU MIGRADO A RECTO: UNA SOLUCIÓN SENCILLA PARA UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE

Asier Mañaricua Arnaiz; Antonio Ramos Bonilla; Ana Álvarez Cuiñas; Maria Dolores Cancelas Felgueras;
Ricardo Castro Lara; Cristina Mateos Sánchez; Sara Neira Melus; Javier Martín Ramiro. (*)

(*) Hospital Universitario Severo Ochoa.

RESUMEN:

Introducción: El dispositivo intrauterino (DIU) es uno de los métodos anticonceptivos más usados a nivel mundial por su alta seguridad, eficacia y reversibilidad. Una de las complicaciones asociadas, aunque infrecuente, es la perforación uterina y migración del dispositivo, describiéndose en 1/1000 inserciones y siendo la perforación rectal aún más inusual. Se presenta un caso de migración de DIU a través de la pared rectal con extracción exitosa del mismo por vía endoscópica.

Material y métodos: Mujer de 48 años, portadora de DIU desde hace 15 años, sin controles posteriores del mismo y con 3 embarazos y sendas cesáreas tras su implantación. Remitida por servicio de Ginecología por sospecha de eventración de Pfannestiel, se realiza TC abdominal donde se confirma existencia de una hernia inguinal derecha con el ovario en su interior y la presencia incidental del DIU migrado a la cavidad rectal. Debido a ser un hallazgo radiológico y ante la ausencia de sintomatología asociada, se solicita colonoscopia que confirma la presencia, a 15 cm de margen anal, de DIU enclavado en la pared rectal. Se procede a su retirada con asa de polipectomía y posterior clipado de mucosa para cierre del orificio fistuloso.

Resultados y conclusiones: Existen diferentes grados de perforación en función de la migración del dispositivo, describiéndose como “parcial” cuando afecta solo al espesor del miometrio y “total” cuando ha migrado a cavidad peritoneal o estructuras adyacentes; representando esta última el 15% de las perforaciones. La migración del DIU es considerada una complicación potencialmente grave y que puede requerir tratamiento quirúrgico, ya que, pese a debutar en muchos casos de forma asintomática, se recomienda la extracción del dispositivo por riesgo de formación de fistulas y lesión de vísceras adyacentes, existiendo diferentes formas de abordaje según su localización, que incluyen endoscopia, laparoscopia y laparotomía. El método óptimo en casos de migración al recto depende de la localización del dispositivo, el grado de adherencia a la pared, la afectación de otros órganos y la presencia de clínica o complicaciones asociadas. Los pacientes con sospecha de perforación rectal se beneficiarán de una primera evaluación endoscópica como se decidió en nuestra paciente, pudiéndose extraer en el mismo acto si la mayor parte del dispositivo está dentro del lumen, pero si el dispositivo está firmemente fijado a la pared, la endoscopia por sí sola no es segura, habiendo riesgo de ocasionar una perforación rectal libre, por lo que se recomienda cirugía con/sin endoscopia intraoperatoria. En nuestro caso, el dispositivo estaba en casi su totalidad en la luz rectal, por lo que se extrajo sin problema vía endoscópica, resolviendo la situación sin complicaciones. La prevención de este tipo de complicaciones incluye el correcto conocimiento de la técnica, así como de los factores que afectan al útero (útero puerperal, atrofico, en retroversión, miomas), siendo recomendable la comprobación ecográfica del DIU en su posición intrauterina después de la inserción del mismo, ya sea de forma inmediata o diferida.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

OBTURATOR HERNIA: A RARE CAUSE OF INTESTINAL OBSTRUCTION. A CASE REPORT

Beatriz Remezal Serrano; Mónica Rey Riveiro; Pilar Serrano Paz; Gema Giner Merino;
Ana Tomás Martínez; Fernando Lozano Menárguez. (*)

(*) Hospital Universitario del Vinalopó.

RESUMEN:

Introduction and objectives: Obturator hernias are the protrusion of abdominal contents through the obturator foramen. They account for less than 1% of all abdominal wall hernias. These hernias primarily occur in older, thin, multiparous women with significant recent weight loss, and are more prevalent in Asian countries. Right-sided obturator hernias are twice as common as left-sided ones, as the latter is often covered by the sigmoid colon. The hernial contents are usually small intestine (especially ileum, in 41–100% of cases) but may also include the large intestine, omentum, fallopian tubes, or appendix. In over 90% of cases, the diagnosis is made intraoperatively during surgical exploration for intestinal obstruction. Clinically, patients may present with obturator neuralgia (pain in the groin radiating to the knee) due to compression of the obturator nerve. They may also present with a palpable mass in the proximal thigh. The differential diagnosis should include femoral hernias, although both conditions may coexist or occur concomitantly. When clinical diagnosis is uncertain, CT, ultrasound, or magnetic resonance imaging can be used for confirmation. Definitive treatment is surgical repair. Incarcerated hernias causing intestinal obstruction require urgent surgical repair to prevent strangulation. Non-complicated hernias should also be repaired to avoid future complications. Our objective is to present the clinical case of a patient with intestinal obstruction secondary to an incarcerated obturator hernia.

Materials and methods: We present the case of an 81-year-old woman with no relevant medical history, who presented to the emergency department with left iliac fossa and hip pain radiating to the knee, accompanied by fecaloid vomiting, with 24 hours of evolution. The patient reported significant weight loss in recent months. Abdominopelvic CT imaging revealed findings consistent with a complicated left obturator hernia. Based on these findings, urgent surgical intervention was performed.

Results: The patient underwent surgery under general anesthesia. The procedure began with an intra-abdominal laparoscopic approach, which revealed an obturator hernia containing an ileal loop with proximal intestinal dilation. After unsuccessful attempts to reduce the loop into the abdominal cavity despite performing a quelotomy, conversion to an infraumbilical laparotomy was decided. After enlarging the quelotomy, the ileum was successfully reduced. Due to the non-viability of the ileal loop, resection of the affected segment was performed, followed by a manual end-to-end anastomosis. Finally, the hernia defect was closed using a continuous absorbable suture to perform a herniorrhaphy.

Conclusions: Obturator hernia, although extremely rare, is a potentially severe condition due to its late diagnosis, nonspecific symptoms, and difficulty distinguishing it from other abdominal hernias. Its high morbidity and mortality, associated with severe complications, underscore the importance of early clinical suspicion, prompt diagnosis, and immediate surgical treatment.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL IDIOPÁTICA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y RETO ANTE SU MANEJO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pilar Vázquez González; David Navarro Fajardo; Cristina Viyuela García; María José Fraile Villarrasa; Ignacio Valverde Núñez. (*)

(*) Hospital Universitario General de Villalba.

RESUMEN:

La neumatosis quística intestinal idiopática (NQII) es una condición rara y compleja que se caracteriza por la presencia de quistes gaseosos en la pared intestinal, más frecuentemente en el colon. Se desconoce su etiología, aunque existen ciertas comorbilidades asociadas a esta, principalmente las enfermedades inflamatorias intestinales. Su diagnóstico es de exclusión, descartando en primer lugar causas de neumatosis intestinal de origen vascular y en segundo lugar de origen infeccioso o inflamatorio, siendo la tomografía computarizada (TC) y la radiografía abdominal las herramientas más utilizadas para identificar las características distintivas de las burbujas de gas en las paredes intestinales. La necesidad de tratamiento quirúrgico es excepcional, quedando reservado a los casos que se asocian a perforación intestinal u obstrucción que representan una urgencia quirúrgica. Pretendemos dar a conocer, analizar y ejemplificar el tratamiento óptimo de estos pacientes, a partir de este caso clínico basándonos en la bibliografía actual.

Se presenta el caso de una paciente de 86 años, con antecedentes de alergia a penicilinas, ataxia cerebelosa e HTA que acude a urgencias por un cuadro de dolor y distensión abdominal de 48 horas de evolución que se acompaña de vómitos de repetición. En la exploración presentaba un buen estado general con abdomen distendido y defensa abdominal en hemiabdomen derecho. A nivel analítico no presenta alteraciones patológicas significativas, destacando un lactato en rango normal. En la radiografía abdominal se observó una distensión generalizada de intestino delgado, acompañada de signos sugestivos de neumatosis intestinal. Ante estos hallazgos, se procedió a realizar un TC de abdomen para completar el diagnóstico. Los resultados de este confirmaron la presencia de una extensa neumatosis intestinal, que afectaba tanto al intestino delgado como al colon, con un patrón de pobre realce parietal, sugestivo de isquemia mesentérica extensa, pero con vasos permeables. Como primera línea terapéutica, dada la edad de la paciente y la discordancia clínico-radiológica, se inicia tratamiento médico con cobertura antibiótica de amplio espectro (aztreonam y tigeciclina por la alergia), colocación de sonda nasogástrica (SNG) y reposo digestivo. Se realiza un seguimiento estrecho de la paciente con analíticas seriadas y control evolutivo de la misma. Ante la buena evolución de la paciente se decide alta a los 5 días del ingreso sin complicaciones. Se realiza TC abdominal al mes del diagnóstico inicial donde se muestra una resolución completa del cuadro. Cinco meses después, continúa asintomática.

La neumatosis quística intestinal idiopática (NQII) es una condición rara que requiere un diagnóstico diferencial preciso para evitar tratamientos invasivos innecesarios. Este caso destaca la importancia de correlacionar hallazgos clínicos y radiológicos, especialmente en pacientes de edad avanzada. El manejo conservador con antibioterapia de amplio espectro, reposo digestivo y vigilancia estrecha demostró ser eficaz, logrando la resolución completa del cuadro sin complicaciones. Este enfoque no invasivo debe ser la primera opción en casos no complicados, reservando la cirugía para emergencias. La experiencia multidisciplinaria es clave para optimizar los resultados en esta entidad compleja y poco frecuente.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

MÁS ALLÁ DE LA FISURA ANAL: RECONOCIENDO LA LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA PERIANAL

Laura Colao García; David Díaz Pérez; Nuria Chavarrias Torija; Andrea Salazar Carrasco;
Solsiree Moreno Mijares; Jaime Zabala Salinas; Mónica Gabriela Granizo Salazar;
Pablo Galindo Jara. (*)

(*) Hospital Universitario de Torrejón.

RESUMEN:

Introducción: La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria crónica causada por un protozoo del género *Leishmania* que se considera endémica en muchas regiones del mundo, sobretodo en zonas tropicales. En regiones tropicales y templadas, la mayoría de las cuales se encuentran en países en vías de desarrollo donde son un problema de salud pública. Ocupando el octavo lugar de las veinte enfermedades desatendidas catalogadas por la OMS al 2019. La *Leishmania*, como zoonosis endémica en la costa mediterránea, se caracteriza por la alta tasa de portadores asintomáticos. Estudios realizados a baja escala, estiman una prevalencia de 10,9% en pacientes diagnosticados de EII, coincidente con la reportada en la población general. La leishmaniasis presenta 3 subtipos clínicos: leishmania cutánea, mucocutánea y visceral. La cutánea es la más común de las anteriores. La aparición de estas formas de leishmaniasis se ha relacionado con la respuesta inmune del hospedador y la especie infectante de leishmania. **Objetivos:** Exposición de la Leishmaniasis mucocutánea perianal, y revisión bibliográfica, a propósito de un caso clínico en nuestro centro.

Caso clínico: Se valora paciente varón de 31 años en consulta externa. Derivado por su médico de familia por lesión perianal de 2 meses de evolución, sugestiva de fisura anal, que no ha mejorado con tratamiento tópico con nitratos. El paciente refiere manchado sanguinolento al limpiarse y molestias continuas en la zona perianal posterior. Niega proctalgiya durante o tras la deposición. A la inspección se objetiva en rafe anterior y posterior zonas de congestión hemorroidal subcutánea leve. En región posterolateral derecha se identifica lesión eritematosa-ulcerativa, con fondo friable, bordes sobreelevados, con exudación serosa. Se realiza tacto rectal sin encontrarse hallazgos. Dado el aspecto macroscópico de la lesión posterolateral derecha, la evolución tórpida y la ausencia de clínica típica, se decide toma de biopsia de la zona, para diagnóstico diferencial de lesión tumoral.

Resultados: Al mes acude para resultados de anatomía. Paciente sin molestias, sin exudación. Anatomía: proceso inflamatorio crónico con imágenes con elementos microbiológicos intracitoplasmáticos (Giemsa positivos) compatibles con formas amastigotas de *Leishmania*. No se identifican signos de displasia ni malignidad. Ante los hallazgos se solicita serología de ETS y estudio de inmunosupresión, y se deriva a medicina interna. Serología negativa, paciente inmunocompetente. A la valoración por medicina interna la lesión ha desaparecido en su totalidad, y el paciente no presenta lesiones en ninguna otra localización, por lo que no se inicia tratamiento antimonial.

Conclusiones: Se debe considerar la leishmaniasis mucocutánea atípica como un posible diagnóstico en pacientes con lesiones cutáneas perianales crónicas que se asemejan a fisuras y masas colorrectales, especialmente en áreas endémicas y/o pacientes inmunocomprometidos.



**31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”
Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025**

Comunicaciones Póster

ANAEROCOCCUS, OPORTUNISTA ASOCIADO A LA FISTULA ANASTOMÓTICA

Carlota García Fernández (1); María Iñiguez Martínez (2); Ana Llantero García (1);
Marta Artaza Irigaray (1); Beatriz Romero Fernández (1); Serafin Andrés Pérez (1);
Jose Antonio Oteo Revuelta (1); Patricia Pérez Matute (3).

(1) Hospital Universitario San Pedro; (2) CIBIR; (3) Universidad de la Rioja.

RESUMEN:

Introducción: Se ha desarrollado un estudio prospectivo de casos-controles en pacientes intervenidos de cáncer de colon, para conocer la relación de la microbiota en la aparición de fistula anastomótica.

Metodología: De un total de 143 pacientes reclutados desde diciembre 2020 a diciembre 2022, se detectaron y estudiaron 12 pacientes con fistula anastomótica y 36 controles (razón 1:3) pareados con los casos en cuanto a sexo, edad, IMC, origen (medio urbano vs. medio rural), técnica quirúrgica y factores dietéticos relacionados con la ingesta de probióticos, productos integrales, fruta y verdura ya que estos últimos pueden ser factores de confusión en los resultados por su claro impacto en la microbiota. Se recogieron muestras de heces, mediante hisopo rectal, al ser valorados por primera vez en la consulta de cirugía, 24 horas antes de la cirugía y 4 días después de la intervención. En estas, se analizó si había cambios en la microbiota que pudieran asociarse a la fistula anastomótica, justificándola.

Resultados: Se observó una tendencia al incremento del género Anaerococcus en los pacientes que sufrieron fistula anastomótica en las heces del día previo a la intervención, que resultó ser estadísticamente significativa en la muestra recogida a los 4 días de la operación. Esta diferencia no se observa en las heces recogidas en la primera consulta, lo que apoya que ha existido un cambio promovido probablemente por el estrés prequirúrgico.

Conclusión: Los pacientes que cursaron con fistula anastomótica tenían un aumento del género Anaerococcus en las heces del día previo a la intervención y más marcada a los 4 días de la cirugía. Este género, aunque forma parte de la microbiota normal puede proliferar y convertirse en oportunista causando infecciones en situaciones de disbiosis como ocurre con el estrés o cuando las barreras naturales están comprometidas, como ocurre en la anastomosis intestinal. El perfil microbiológico del día antes de la cirugía y una vez se produce la FA, es muy diferente al observado previamente, con incremento en la abundancia del género Anaerococcus, cuyo papel fisiológico debe ser investigado en profundidad, valorando la posibilidad de ser un marcador prequirúrgico de fistula anastomótica.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

MORBILIDAD ASOCIADA AL USO DE JUGUETES ERÓTICOS. RELACIONES SEXUALES DE RIESGO

Francisca Lima Pinto; Javier Martínez Alegre; Maria Antonia Vaquero Pérez; Juan Gajda Escudero; Carmen Jiménez Ceinos; Laura Zorrilla Matilla; Antonio Luis Picardo Nieto. (*)

(*) Hospital Universitario Infanta Sofía.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Consultar por urgencias por introducción transanal de objetos varios no es muy frecuente pero tampoco anecdótica. En ocasiones la clínica manifiesta es proctalgia, rectorragia y en casos de complicación dolor abdominal. La etiopatogenia puede no ser reconocida por el paciente. Con la exploración y las pruebas complementarias hay que descartar la existencia de cuerpo extraño intraluminal y posibles complicaciones. Hay que incidir en la importancia de una buena anamnesis para realizar diagnóstico etiopatogénico correcto y de posible morbilidad asociada.

Material y métodos: Presentación de caso clínico, revisión de la literatura y aportación de iconografía.

Resultados: Varón de 63 años, hipertenso, con enolismo crónico. Consulta por urgencias por dolor periumbilical de inicio brusco con empeoramiento clínico al despertar, acompañado de vómitos y escasa deposición con restos hemáticos. Reinterrogado, manifiesta inicio del dolor tras práctica sexual, en situación enólica, con penetración anal de juguete erótico. Exploración de abdomen agudo, tacto rectal sin hallazgos. Analítica con discreta linfopenia y macrocitosis, Etanol 30 mg/dl. TC abdominopélvico diagnóstico de neumoperitoneo, líquido libre, probable perforación unión rectosigmoidea, ausencia de cuerpo extraño intraluminal. Se indica tratamiento quirúrgico urgente. Abordaje laparoscópico evidenciando extensa peritonitis fecaloidea y perforación, de 12 cm ,rectosigmoidea. Se practica intervención de Hartmann, lavado y drenaje de cavidad. Evolución postoperatoria satisfactoria. Ante relaciones sexuales de riesgo, se interconsulta con MI Infecciosas, previo consentimiento del paciente, se solicita estudio analítico serológico con resultados Ac IgG positivo a Toxoplasma Gondii, IgM negativo. Ac. IgG anti T pallidum positivo. CMV Ac IgG positivo. Serología VIH positio, pendiente carga viral. Al alta se instaura tratamiento antirretroviral. Pendiente reconstrucción del tránsito intestinal.

Conclusiones: Incidir en la importancia de una buena anamnesis para llegar a un diagnóstico etiopatogénico adecuado. Solicitar pruebas complementarias para descartar la existencia de cuerpo extraño intraluminal y sus posibles complicaciones. Ante relaciones sexuales de riesgo tener en cuenta estudio serológico para diagnosticar y tratar adecuadamente enfermedades de transmisión sexual.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

DIVERTÍCULO GIGANTE DE SIGMA ÚNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carmen Mezquita Nortes; Noelia Ibáñez Cánovas; Jesús Abrisqueta Carrión;
Mariano J. Montoya Tabares; Israel Abellán Morcillo; Andrés Balaguer Román;
Quiteria Hernández Agüera; Pablo Ramírez Romero. (*)

(*) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

RESUMEN:

Introducción: Los divertículos de colon son pequeñas protrusiones saculares de la mucosa y submucosa hacia la capa muscular del colon. Aunque la mayoría de los divertículos son múltiples y de tamaño pequeño, los divertículos de colon únicos gigantes suelen superar los 4-5 cm de diámetro y son una entidad clínica menos frecuente, con menos de 200 casos descritos en la literatura. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas por lo que el diagnóstico de los divertículos gigantes generalmente se realiza mediante imágenes como el enema opaco, la tomografía computarizada (TC) o la colonoscopia, que permiten una identificación precisa de la anomalía. Estos divertículos grandes pueden estar asociados a complicaciones como perforación, hemorragia, obstrucción o formación de abscesos, lo que puede generar un cuadro clínico grave, así como la presencia de carcinoma.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 50 años sin más antecedentes de interés que una hernioplastia inguinal izquierda mediante abordaje laparoscópico en julio de 2024 por dolor en fosa iliaca izquierda y ecografía compatible con hernia inguinal. El paciente presenta clínica de dispepsia y dolor abdominal transitorio asociado a febrícula de 6 meses de evolución. En la analítica de sangre realizada se objetiva anemia con hemoglobina de 10 g/dL. Se solicita gastroscopia y colonoscopia para evaluar posibles puntos de sangrado en el tracto gastrointestinal y descartar procesos neoplásicos. Durante el procedimiento, se observa mucosa colónica en el sigma con imágenes saculares, además de eritema y edema de la mucosa, indicativos de un proceso inflamatorio en la zona. A la altura de sigma se visualiza gran divertículo con imagen de probable plastrón (imagen 1). Se completa estudio con TC (imagen 1) y resonancia magnética (RMN) que confirman la presencia de un divertículo gigante en el sigma próximo a vejiga urinaria, con signos de inflamación pericolónica. Se lleva a cabo una laparoscopia exploradora, en la que se confirma la presencia de un gran divertículo en sigma firmemente adherido a vejiga (imagen 2). Se intenta la separación roma de ambas estructuras, pero ante la gran fibrosis en la región se decide convertir a laparotomía para evitar cualquier lesión iatrogénica. Tras una cuidadosa liberación de las adherencias, se realiza una resección segmentaria del sigma afectado, englobando el divertículo gigante, de aproximadamente 10 cm de diámetro, con posterior anastomosis colo-cólica lateral mixta. Durante la cirugía, se descarta perforación, aunque se observa un grado significativo de inflamación y adherencias que sugieren episodios repetidos de diverticulitis aguda. En la pieza quirúrgica (imagen 3) a nivel macroscópico se ve un gran divertículo de boca pequeña, pero con una cavidad de 10 x 5 cm; al abrirlo se encontró abundante contenido fecaloideo con restos hemáticos y una pared diverticular engrosada sin perforaciones ni masas.

Conclusión: El divertículo gigante verdadero del colon es una entidad poco frecuente, con clínica inespecífica de molestias abdominales. Para su diagnóstico, las pruebas de elección son el TC o RMN. El tratamiento indicado es la resección quirúrgica a pesar de ser una patología benigna dadas las posibles complicaciones que pueden presentar.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

TUMOR NEUROENDOCRINO COMO HALLAZGO CASUAL TRAS APENDICECTOMÍA EN NIÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sara Chilar Moreno; Ana Sánchez-Romero; Saray Quinto Llopis; Araceli Mateo Díaz;
Luis Sánchez-guillén; Francisco López Rodríguez; Mónica Serrano-navidad;
Antonio Arroyo Sebastián. (*)

(*) Hospital General Universitario de Elche.

RESUMEN:

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (NET) apendiculares son lesiones raras, frecuentemente detectadas de forma incidental tras la evaluación histopatológica de apéndices resecados por apendicitis aguda. Aunque son los tumores más comunes del apéndice, su prevalencia en la población pediátrica es baja, con características clínicas y pronósticas distintas de las observadas en adultos. La identificación temprana y el manejo adecuado son esenciales debido a su comportamiento biológico mayoritariamente indolente, aunque algunos casos presentan riesgo de invasión local o metástasis. Presentamos el caso de una niña de 12 años diagnosticada de un NET apendicular tras apendicetomía por apendicitis aguda, y revisamos la literatura para evaluar su incidencia, características clínicas y manejo. Objetivos: Primario: Revisar la literatura sobre NET apendiculares en niños, con énfasis en incidencia, características clínicas y manejo tras apendicetomías. Secundario: Analizar un caso clínico de nuestro centro como punto de partida para discutir implicaciones diagnósticas y terapéuticas.

Material y Métodos: Se realizó una búsqueda en PubMed utilizando palabras clave y términos MeSH como "neuroendocrine tumors", "carcinoid tumors", "child", y "appendicitis". Se incluyeron estudios publicados en los últimos 20 años sobre pacientes menores de 18 años, excluyendo revisiones generales y datos incompletos. También se analizó un caso clínico de nuestro centro, comparando sus características y manejo con los datos de la revisión bibliográfica. Se recopiló información sobre incidencia, histología, abordaje quirúrgico y seguimiento.

Resultados: De la búsqueda en PubMed se identificaron 14 artículos relevantes. Los estudios indicaron una prevalencia de NET apendiculares del 0.09%-1.5% tras apendicetomías pediátricas, con un predominio en niñas y edad media de 12 años. El 80% de los tumores se localizaron en la punta del apéndice, con un tamaño inferior a 1 cm. Según las guías europeas para adultos, la apendicetomía es curativa en tumores menores de 1 cm sin criterios de riesgo. Las guías norteamericanas añaden la hemicolectomía derecha en casos con invasión de la base del apéndice, mesoapéndice o márgenes positivos. En nuestro caso, se diagnosticó un NET apendicular bien diferenciado, grado 1, localizado en la punta del apéndice, con invasión de la muscular propia y contacto focal con la serosa. No se identificaron invasión linfovascular ni márgenes positivos. El manejo consistió en apendicetomía, sin necesidad de cirugía adicional. Durante el seguimiento postoperatorio de 3 meses, no se observaron recurrencias ni complicaciones, en línea con la literatura revisada.

Conclusiones: Los NET apendiculares en niños tienen un excelente pronóstico y suelen manejarse con apendicetomía, especialmente en tumores pequeños y bien diferenciados. Aunque las guías para adultos sugieren ampliaciones quirúrgicas en casos de alto riesgo, los estudios en niños refuerzan la benignidad de estos tumores en este grupo etario. Nuestro caso confirma que el manejo conservador es seguro y adecuado, coincidiendo con la evidencia actual y destacando la importancia de estudios adicionales en población pediátrica.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

CUANDO LA ÉTICA SE ENFRENTA A LA INDICACIÓN QUIRÚRGICA: ¿SE DEBEN FORZAR LOS LÍMITES DE LA RESECCIÓN ENDOSCÓPICA EN PACIENTES SELECCIONADOS?

Julia López Noguera; Saray Quinto Llopis; María Perea Busquier; Francisco López Rodríguez-Arias;
Luis Sánchez Guillén; Ana Sánchez Romero; Antonio Arroyo Sebastián. (*)

(*) Hospital General Universitario de Elche.

RESUMEN:

Introducción: Las indicaciones de resección endoscópica o quirúrgica para los tumores colorrectales, especialmente para aquellos estadios tempranos (T1), siguen siendo controvertidas, si bien, con el avance de las distintas técnicas, cada vez se van ampliando las indicaciones endoscópicas y son menos los casos que precisan tratamiento quirúrgico. En este sentido, la resección endoscópica mucosa "underwater" ha surgido como una alternativa superior a la resección convencional en lo que respecta a la resección en bloque de lesiones de mayor tamaño (≥ 20 mm), permitiendo resecar submucosa con márgenes adecuados, y sin incrementar los efectos adversos. En el siguiente caso clínico se plantea la posibilidad de ajustar dichas indicaciones a pacientes en los que, por su elevada morbilidad, la resección endoscópica sería la alternativa menos dañina y la solución más efectiva.

Exposición del caso: Mujer de 74 años con fibrosis pulmonar idiopática tipo NIU que precisa de oxigenoterapia domiciliaria desde hace cuatro años. Tras la realización de una colonoscopia por TSOH positivo, se biopsia una lesión en colon ascendente, de unos 13 mm. La anatomía patológica revela un adenocarcinoma. Tras descartar enfermedad a distancia, se presenta el caso en Comité de Tumores Multidisciplinar para decisión terapéutica. Se debate aquí la operabilidad de la paciente sabiendo que en el último año ha presentado un empeoramiento clínico respiratorio y que la tasa de supervivencia a los cinco años desde el diagnóstico de su enfermedad pulmonar es de tan solo el 20%. Tras exponer el elevado riesgo quirúrgico y anestésico que supondría una cirugía en una paciente cuya expectativa de vida está principalmente condicionada por su enfermedad pulmonar, se decide, junto a paciente y familiares, desestimar opción quirúrgica y valorar tratamiento endoscópico. Se realiza nueva colonoscopia, optando por resección endoscópica "underwater" del pólipo plano, con bordes elevados y centro deprimido (IIc – IIa), en un solo fragmento, resultando en un adenocarcinoma moderadamente diferenciado sobre pólipo adenomatoso (pT1), sin evidencia de invasión vasculo-linfática.

Discusión: De acuerdo con distintas guías y gracias a avances técnicos, como la resección mediante método "underwater", muchas lesiones pT1 sin factores histológicos de riesgo pueden ser resecadas endoscópicamente sin necesidad de una cirugía adicional. Aquí, la decisión de optar por una resección endoscópica tiene como principal justificación la reducción de los riesgos perioperatorios, especialmente la morbilidad respiratoria y la necesidad de un manejo postquirúrgico intensivo. La resección endoscópica, por lo tanto, se plantea como una alternativa menos invasiva que podría ofrecer una solución efectiva, sin los riesgos asociados a la cirugía convencional. De esta manera, y tal como lo hace el neurocirujano Marsh en su obra "Do No Harm", reflexionamos sobre la importancia de reconocer los límites de la medicina y aceptar que no todos los pacientes son candidatos para procedimientos quirúrgicos agresivos, incluso si esto implica la posibilidad de no curar el cáncer. Planteamos, por tanto, la necesidad de ajustar y adaptar nuestras decisiones a las circunstancias de los pacientes, a veces rompiendo con las pautas tradicionales. En este contexto, la resección endoscópica es una adaptación razonada que permite tratar la neoplasia sin comprometer la viabilidad de la paciente.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

HERNIA PERINEAL TRAS AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL TRATADA MEDIANTE ABORDAJE PERINEAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrea Martínez Charines; Juan Carlos García Vera; Daniel Baños Méndez; Julia Sanchón Sánchez;
Beatriz De Andrés Asenjo; María Ruiz Soriano; Elizabeth Redondo Villahoz;
Juan Pablo Beltrán De Heredia Y Rentería. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción: La hernia perineal tras una amputación abdominoperineal es una complicación extremadamente infrecuente y en <1% de los casos es subsidiaria de reparación quirúrgica. Esto puede deberse a que su contenido herniario suele ser intestino delgado, que de tener un mesenterio lo suficientemente largo, puede causar cuadros de obstrucción intestinal.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 69 años sin antecedentes médicos de interés. Hace 1 año es intervenida de una neoplasia de recta realizándose una amputación abdominoperineal interesfinteriana laparoscópica. Posteriormente es seguida en Consultas Externas de Cirugía General con una hernia perineal que protruye asas de delgado y genera clínica obstructiva en la paciente.

Resultados: La paciente es intervenida de forma programada bajo anestesia raquídea y en decúbito prono, con disección y exéresis del saco herniario con un cierre en bloque del periné y colocación de una malla de polipropileno. La evolución postoperatoria fue buena y no existen recidivas en la actualidad.

Conclusiones:

- Las hernias perineales constituyen una complicación infrecuente tras una amputación abdominoperineal.
- Las hernias perineales sintomáticas son las que requieren de intervención quirúrgica.
- Pese a que cada caso debe ser individualizado, el abordaje perineal constituye una opción quirúrgica adecuada ya que no es necesario liberar adherencias pélvicas, no requiere anestesia general y tanto la tasa de recurrencias como de complicaciones son muy bajas.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

CUANDO UN ABSCESO PERIANAL ESCONDE UN LINFOMA RECTAL: UN CASO CLÍNICO INESPERADO

Nuria Chavarrias Torija; Laura Colao García; María Gutiérrez Samaniego; David Díaz Pérez;
Andrea Salazar Carrasco; Pablo Galindo Jara. (*)

(*) Hospital Universitario de Torrejón.

RESUMEN:

Introducción Y OBJETIVOS: Los abscesos perianales son un motivo de consulta habitual en urgencias. Su causa más frecuente es la obstrucción de las glándulas anales y el tratamiento consiste en el drenaje quirúrgico. En abscesos recidivantes hay que tener en cuenta otras etiologías/etimologías, entre ellas los tumores malignos. Los linfomas primarios del tracto gastrointestinal representan el 5% de todos los linfomas. Dentro de éstos, el linfoma rectal primario comprende el 0,05% de los tumores rectales. Su pico de mayor incidencia son los 50–65 años, más frecuente en sexo masculino. Los estudios diagnósticos más utilizados son la tomografía axial computarizada y endoscopia con biopsias, siendo el diagnóstico definitivo la inmunohistoquímica. El objetivo es la descripción de un caso clínico atendido en nuestro centro.

Caso clínico: Se trata de un varón de 56 años intervenido de fístula perianal de forma programada en junio 2023, que posteriormente fue valorado en Urgencias en octubre de ese año por cuadro de proctalgiya y fiebre. A la exploración presentaba empastamiento en zona perianal izquierda, interviniéndose con carácter urgente para drenaje. En la exploración quirúrgica se evidencia una tumoración ulcerada, mamelonada en canal anal, a unos 5cm del margen anal externo, de al menos 5cm, se toma biopsia (sin evidencia de malignidad) y se realiza drenaje del absceso. El paciente ha precisado varias reintervenciones para nuevos drenajes y lavados por evolución tórpida, incluyendo la realización de una ileostomía lateral de protección para descontaminación de la zona anal. Para completar el estudio de la lesión hallada de manera incidental se realizaron TAC body (cambios postquirúrgicos secundarios a drenaje de colección en la isquiorrectal izquierda), RM pélvica (no se observan alteraciones en la señal del recto que sugieran la presencia de tumoración macroscópica) y colonoscopia (se observa una úlcera profunda de fondo fibrinado con áreas de aspecto necrótico y bordes mamelonados y congestivos, comprometiendo el 50% de la circunferencia y en íntimo contacto con la línea pectínea. Se biopsia). El resultado anatomopatológico describe un proceso linfoproliferativo, sospechoso de linfoma B difuso de célula grande (LBDCG). Presentado el caso en el comité de tumores y valorado por Hematología, se inician tratamiento con esquema R-CHOP21, 4 ciclos. Durante la administración del tratamiento el paciente presenta buena evolución de la herida perianal y del dolor secundario. A los 3 meses del tratamiento presenta una recaída precoz con gran cavidad presacra y sospecha de infiltración de la zona, recibiendo tratamiento de 2ª línea con RT loco-regional, 10 sesiones. El PET-TAC de reevaluación muestra conocida lesión ulcerada anal en relación con síndrome linfoproliferativo de base, con probable componente inflamatorio/infeccioso asociado y probable infiltración de musculatura local; y nuevas lesiones sugestivas de afectación secundaria pulmonar bilateral y adenopática hiliomediastínica. Se ha realizado EBUS + biopsia, que actualmente está pendiente de resultado para valorar tratamiento más adecuado.

Conclusiones: Las fístulas y los abscesos anales recidivantes deben ser estudiados cuidadosamente para descartar patología subyacente no tratada. En todo paciente con falta de respuesta al tratamiento médico y quirúrgico de abscesos perianales, o con características clínicas atípicas, debería realizarse una biopsia para descartar patologías menos frecuentes que pueden tener un desenlace fatal si no se diagnostican a tiempo.

Rev Cir Gal. 2025; 9 (12): Suplemento 1



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA BIOPSIA POR COLONOSCOPIA EN LA DETECCIÓN DE DISPLASIA DE ALTO GRADO Y CARCINOMA IN SITU

Marta Chaparro Mirete; Ana Díaz Granados; Javier Gómez Sánchez; Carlos Garde Lecumberri;
Maria Sol Zurita Saavedra; Benito Mirón Pozo. (*)

(*) Hospital Universitario San Cecilio.

RESUMEN:

Introducción: La biopsia por colonoscopia es una herramienta fundamental para el diagnóstico de lesiones colorrectales premalignas como la displasia de alto grado y el carcinoma in situ, cuya detección oportuna puede prevenir la progresión a cáncer invasivo. Sin embargo, su precisión diagnóstica puede estar limitada por factores como el sesgo de verificación parcial y la calidad del muestreo, lo que resalta la necesidad de análisis robustos para validar su desempeño en la práctica clínica. Este estudio evalúa la sensibilidad y especificidad de esta prueba mediante un modelo bayesiano. Objetivo: Evaluar la precisión diagnóstica de la biopsia por colonoscopia en la identificación de displasia de alto grado y el carcinoma in situ.

Métodos: Se incluyeron pacientes sometidos a biopsia por colonoscopia, con la biopsia de la pieza quirúrgica como estándar de referencia aplicada solo en casos con prueba índice positiva. Se utilizó un modelo bayesiano para evaluar la precisión diagnóstica de la biopsia por colonoscopia, ajustando por el sesgo de verificación parcial extremo. El modelo incorporó priors informativos para sensibilidad, especificidad y prevalencia, usando distribuciones Beta y combinando probabilidades condicionales. Para pacientes sin confirmación diagnóstica, se imputó probabilísticamente el estado de enfermedad. Las medidas diagnósticas, como la sensibilidad y la especificidad, se calcularon a partir de las distribuciones posteriores de los parámetros del modelo. El muestreo posterior se realizó mediante métodos de Monte Carlo con cadenas de Markov. La convergencia y la estabilidad de las estimaciones se aseguró mediante la evaluación de medidas diagnósticas estándar, como el tamaño efectivo de la muestra y Rhat. Todas las intervenciones se reportaron con sus respectivos intervalos de credibilidad al 95 % (IC 95 %).

Resultados: Fueron incluidos un total de 48 pacientes. La edad promedio fue de 68,1 años (DE 12,8), predominando hombres (72,9%). Las lesiones se localizaron principalmente en el ciego (18,8%), ángulo hepático (16,7%) y colon sigmoideo (14,6%). La displasia de alto grado se identificó en el 22,9 % de los sujetos, mientras que el carcinoma in situ, solo en el 8,3 %. La biopsia por colonoscopia, después de corregir para el sesgo de verificación parcial extremo, tuvo una sensibilidad del 93,0 % (32,4 – 100 %) y una especificidad del 58,9 % (19,7 – 100 %) para la identificación de la displasia de alto grado. Para la identificación del carcinoma in situ la biopsia por colonoscopia tuvo una sensibilidad del 91,8 % (30,8 – 100 %) y una especificidad del 71,8 % (36,8 – 100 %).

Conclusiones: La biopsia por colonoscopia demostró una alta sensibilidad para identificar tanto la displasia de alto grado como el carcinoma in situ, aunque la especificidad fue moderada. Estos resultados destacan su utilidad como herramienta diagnóstica para confirmar la presencia de lesiones graves, especialmente en contextos donde el estándar de referencia no puede aplicarse a todos los pacientes. Sin embargo, se recomienda interpretar sus resultados con cautela debido al sesgo de verificación parcial.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

METÁSTASIS COLÓNICA DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA 9 AÑOS DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO PRIMARIO

Jorge Rodríguez Gómez; Anna Sasiada; Ana Rodríguez Fernández; Vanessa Otero Blanco;
Elena Pérez Prudencio; Marta Merayo Álvarez; María Elena González Fernández; Sara Alonso Batanero. (*)

(*) Hospital del Bierzo.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Conocer la capacidad del cáncer de mama de metastatizar de manera tardía a nivel colorrectal.

Material y Métodos: Presentamos el caso de una paciente con metástasis colónica de un carcinoma ductal infiltrante de mama, que debutó nueve años después del diagnóstico primario, como un cuadro de peritonitis secundaria a perforación del colon derecho.

Resultados: Mujer de 81 años con antecedentes personales de carcinoma ductal infiltrante de mama derecha, diagnosticado en 2013. A la que se realizó cirugía conservadora (tumorectomía y biopsia del ganglio centinela) más radioterapia complementaria y tratamiento con letrozol (pT2 NO MO y tipo luminal A). En 2018, durante el seguimiento oncológico, se detectaron metástasis pulmonares que fueron tratadas con citostáticos. Posteriormente, en 2022 acudió a Urgencias por dolor abdominal agudo y mal estado general. La TAC objetivó líquido libre y neumoperitoneo. Ante la sospecha de perforación de víscera hueca, se realizó laparotomía exploradora evidenciándose una peritonitis fecaloidea secundaria a perforación diastásica del ciego causada por una tumoración estenosante en colon transverso. Se realizó hemicolectomía derecha ampliada con ileostomía terminal y fístula mucosa por inestabilidad hemodinámica de la paciente. Fue reintervenida posteriormente por evisceración y peritonitis terciaria, presentando una evolución desfavorable, falleciendo finalmente tras desestimarse medidas más agresivas. El informe de anatomía patológica confirmó la tumoración de colon como metástasis de carcinoma de mama (inmunohistoquímica: CK7+, CK20-, CDX2-, Mamaglobina +, ER+, RP+, CD56-, NSE-, Cromogranina -, Sinaptofisina +, GCDFP15-).

Conclusiones: Las metástasis intestinales de origen mamario son un hallazgo excepcional, representando menos del 5% de todas las metástasis de cáncer de mama, y pueden ser fácilmente confundidas con tumores primarios del colon. Dentro de las localizaciones más comunes, el colon y el recto son los más afectados (51%), seguidas por el intestino delgado (49%) y, en menor medida, el ano (<1%). Aunque el carcinoma lobulillar es el subtipo histológico más frecuente en estas metástasis (58%), el carcinoma ductal también debe ser considerado (18%), como en el caso presentado. El diagnóstico en estos casos representa un desafío clínico, ya que los síntomas y hallazgos radiológicos pueden simular un cáncer colorrectal primario. Esto subraya la importancia de incluir las metástasis de origen mamario en el diagnóstico diferencial de cualquier lesión colónica en pacientes con antecedentes de cáncer de mama, especialmente porque estas lesiones pueden manifestarse incluso varios años después del diagnóstico del tumor primario. Desde el punto de vista quirúrgico el manejo es similar a las lesiones primarias del colon precisando una resección oncológica del segmento afecto. La supervivencia media de estos pacientes se sitúa entre un 4% y un 22% a los cinco años, siendo su pronóstico ominoso.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

NÓDULO DE VIRCHOW COMO PRESENTACIÓN INICIAL DEL CÁNCER DE COLON

Olatz Ocerin Alganza; Jorge Cervera Aldama; Teresa Pascual Vicente; Beatriz Villota Tamayo; Gerardo Moro Portela; Jaime Encinas Gutiérrez; Isabel Lángara Céspedes; José María García González. (*)

(*) Unidad de Coloproctología. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia).

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El nódulo de Virchow o signo de Trosier es una adenopatía supraclavicular izquierda que puede ser secundaria a metástasis de una neoplasia torácica o gastrointestinal. El carcinoma colorrectal en estadios iniciales puede ser asintomático mientras que en los evolucionados la presentación típica es en forma de anemia de trastornos crónicos o melenas (colon ascendente), oclusión (colon descendente-sigma) o rectorragia en el cáncer de recto. El debut en forma de adenopatía supraclavicular es infrecuente afortunadamente, ya que ensombrece el pronóstico de forma significativa. El objetivo es exponer este caso de presentación atípica para realizar un adecuado abordaje.

Material y métodos: Se presenta un caso de cáncer de colon metastásico que debuta con el nódulo de Virchow.

Resultados: Mujer de 78 años hipertensa e hipotiroidea que refiere cuadro de distensión abdominal de un año de evolución asociado a un episodio autolimitado de rectorragia. El cribado con test de sangre oculta en heces ha sido negativo en todas las ocasiones. Asocia falta de apetito y pérdida ponderal. A la exploración abdominal se palpa masa de unos 5cm en fosa iliaca derecha y una adenopatía supraclavicular izquierda, dura, no dolorosa, por lo que inicia estudio. Se realiza colonoscopia que objetiva una lesión proliferativa, mamelonada en fondo cecal y la TAC de estadiaje describe el engrosamiento conocido además de múltiples adenopatías retroperitoneales, mediastínicas y supraclavicular izquierda. Se decide realización de biopsia con aguja gruesa de dicha adenopatía resultando infiltrada por adenocarcinoma de tipo intestinal. Tras valoración por el Comité de tumores se decide inicio de tratamiento quimioterápico sistémico con FOLFOX. Actualmente presenta buen estado general y se encuentra pendiente de nueva prueba de imagen para valoración de respuesta.

Conclusiones: El cáncer colorrectal es una de las patologías más prevalentes en nuestro medio y por ello, un diagnóstico precoz es fundamental para su pronóstico. El debut en forma de adenopatía supraclavicular asintomática es poco frecuente, por lo que sospechar esta entidad permite realizar un diagnóstico y manejo adecuados. La exploración física, tanto abdominal como cervical y supraclavicular es importante y se debería realizar en todos los casos. A pesar de ello, cuando se detecta se trata de neoplasias en estadios avanzados, por lo que el tratamiento es sistémico y su pronóstico poco favorable, con supervivencias inferiores al 15% a los 5 años.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA COMO DEBUT DE LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL

Olatz Ocerin Alganza; Lara Fernández Cepedal; Jorge Cervera Aldama; Maitane Albiz Seguro; Beatriz Villota Tamayo; Jaime Encinas Gutiérrez; Miren Milla Dos Santos; José María García González. (*)

(*) Unidad de Coloproctología. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia).

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El liposarcoma es un tumor maligno de origen mesodérmico y el sarcoma de partes blandas retroperitoneal más recuente. Presenta un crecimiento lento y expansivo que se relaciona con sus síntomas principales, el dolor abdominal inespecífico y el aumento del perímetro abdominal. Puede comprometer los órganos vecinos hasta en un 80% de los casos y cuando erosiona una víscera hueca puede debutar como una hemorragia digestiva aguda o sangrar crónicamente. Las alteraciones genéticas más frecuentes son la amplificación de la región 12q13-15 en los genes MDM2 y CDK4, con implicación en el diagnóstico y pronóstico de estos tumores. El tratamiento del tumor localizado es la cirugía radical en bloque con los órganos afectados, empleando la radioterapia y quimioterapia en casos irresecables o tumores de alto grado. El objetivo es reconocer esta patología ya que presenta un reto tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Material y métodos: Se presenta un caso de tumoración de estirpe liposarcomatosa que debuta como hemorragia digestiva baja.

Resultados: Varón de 71 años cardiópata severo, EPOC y hepatópata, acude a Urgencias por hematoquecia asociando palidez y sudoración profusa. Analíticamente se objetiva anemia de dos puntos de la hemoglobina y plaquetopenia estable. Ante sospecha de hemorragia digestiva en paciente cirrótico con datos de hipertensión portal se realiza gastroscopia que resulta normal e ingresa en Digestivo para estudio. En la colonoscopia se observa lesión de unos 5cm de aspecto maligno en unión del ciego con el colon ascendente con sangrado activo que se controla endoscópicamente. Se realiza TAC que presenta masa retroperitoneal de 10x8x10cm en gotiera parietocólica derecha que infiltra la pared posterior del colon ascendente y la región interpolar del riñón derecho y en tórax se observa masa en lóbulo superior izquierdo sugestivo de primario pulmonar. Ambas lesiones presentan elevada actividad metabólica. Se decide intervención quirúrgica, objetivando sarcomatosis peritoneal en todos los cuadrantes y una tumoración de unos 20cms en fosa renal derecha que engloba ciego, colon ascendente y riñón derecho. Se realiza hemicolectomía derecha con nefrectomía en bloque junto con ileostomía terminal y fístula mucosa de colon. La Anatomía Patológica resulta compatible con liposarcoma indiferenciado grado 3 con amplificación del gen MDM2 y positivo para desmina y betacatenina. La evolución postoperatoria es lenta pero favorable, presentando íleo que se resuelve de forma conservadora y colección en el lecho quirúrgico que precisa drenaje ecoguiado. Tras presentar progresión de la carcinomatosis a los 2 meses postoperatorios falleció por un fracaso multiorgánico secundario a cuadro obstructivo con broncoaspiración.

Conclusiones: La afectación del colon por invasión de un tumor retroperitoneal puede dar lugar a hemorragias digestivas bajas, siendo ésta una presentación infrecuente. Mientras que los sangrados de bajo débito pueden controlarse endoscópicamente, pueden requerir cirugías paliativas como hemicolectomías derechas o nefrectomías como el caso que nos ocupa. A pesar de ello, el pronóstico es desfavorable, con supervivencias por debajo del 30% a 5 años en los subtipos indiferenciados.



Comunicaciones Póster

¿ES SEGURA LA HEMICOLECTOMÍA DERECHA EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS? ANÁLISIS DE RESULTADOS DE UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Paula Montalbán Ayala; Alba Correa Bonito; Yaiza García Del Álamo Hernández;
Marta Carreras I Hoyos; Paloma Arellano Plaza; Marta Del Carmen Álvarez Hernández;
Javier García Septiem; María Elena Martín Pérez. (*)

(*) Hospital Universitario La Princesa.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Con el envejecimiento progresivo de la población, los pacientes ancianos representan un porcentaje importante de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas. Es por ello que, cada vez cobra más importancia la realización de estudios que analicen los resultados quirúrgicos en este grupo de pacientes. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar los resultados y complicaciones de las hemicolectomías derechas llevadas a cabo en pacientes mayores de 80 años.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se analizan los datos de todos los pacientes sometidos a una hemicolectomía derecha entre enero de 2020 y diciembre de 2023 en nuestro Servicio de Cirugía General. Se establecieron dos grupos de comparación, el primero con los pacientes menores de 80 años (grupo 1) y el segundo con los pacientes octogenarios (grupo 2). Se recogieron variables demográficas, motivo quirúrgico, riesgo preanestésico, variables intraoperatorias y relacionadas con la evolución postoperatoria.

Resultados: Se analizaron 229 pacientes, de los cuales 89 (38,9%) eran mayores de 80 años. Dentro de este grupo, 47,2% fueron varones, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas al compararlo con el grupo de pacientes menores de 80 (51,4% vs. 47,2%; $p=0,534$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de HTA (43,6% vs. 70,8%; $p<0,001$), IRC (1,4% vs. 10,1%; $p=0,004$) ASA>3 (46,4% vs. 73%; $p<0,001$), con porcentajes mayores en el grupo de pacientes octogenarios. Respecto al tipo de cirugía, se encontraron diferencias en el abordaje quirúrgico, con un 74,3% de cirugía laparoscópica en el grupo 1 y un 85,4% en el grupo 2 ($p=0,046$), y también en el porcentaje de cirugía urgente (22,9% vs. 10,1%; $p=0,014$). Respecto al motivo de la intervención el grupo 1 presentó un porcentaje significativamente mayor de HCD por patología benigna (33,6% vs. 11,2%; $p<0,001$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las características de las anastomosis ileocólicas: L-L (93,9% vs. 97,7%; $p=0,500$), isoperistáltica (75,8% vs. 82,1%; $p=0,459$), mecánica (55,4% vs. 53,9%; $p=0,829$) intracorpórea (38,8% vs. 29,2%; $p=0,187$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto la tasa de fuga anastomótica (2,9% vs. 7,9%; $p=0,113$), íleo (19,3% vs. 23,6%; $p=0,435$), sangrado (8,6% vs. 18%; $p=0,064$), infección (12,1% vs. 9%; $p=0,456$) o fallecimiento (2,1% vs. 5,6%; $p=0,267$) al comparar ambos grupos.

Conclusiones: Con nuestros resultados podemos concluir que la cirugía en los pacientes octogenarios es segura, sin presentar diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución y complicaciones postoperatorias a pesar de presentar una tasa significativamente mayor de comorbilidades.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

PERFORACIÓN ILEAL COMO DEBUT DE LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES ESTADIO IV

Olatz Ocerin Alganza; Teresa Pascual Vicente; Teresa Marquina Tobalina; María José Servide Staffolani; Gerardo Moro Portela; Ana Sanjurjo San Miguel; Isabel Lángara Céspedes; José María García González. (*)

(*) Unidad de Coloproctología. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia).

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Los tumores de intestino delgado son poco frecuentes, siendo el intestino el lugar más frecuente de afectación extraganglionar de los linfomas. La presentación clínica es inespecífica pero hasta en la mitad de los casos se puede presentar con complicaciones que requieran manejo quirúrgico. Habitualmente afectan al estómago, siendo la afectación intestinal la segunda en frecuencia (un 65% de los casos corresponden al íleon). Un 90% son linfomas de células B, sobre todo linfoma B difusos de células grandes y linfomas B tipo MALT. El tratamiento se basa en la quimioterapia con Rituximab-CHOP logrando una supervivencia global en torno al 60-70% a los 5 años. La perforación intestinal puede ocurrir como debut de la enfermedad o secundaria al tratamiento y no existen suficientes datos que permitan saber el impacto que esta complicación tiene en el pronóstico de la enfermedad.

Material y métodos: Se presenta a un varón con debut de linfoma difuso de células grandes por perforación ileal.

Resultados: Varón de 52 años con síndrome antifosfolípido anticoagulado con acenocumarol por trombosis venosa profunda que acude a urgencias por dolor abdominal súbito de 12 horas de evolución. A la exploración presenta dolor en hemiabdomen inferior sin datos de irritación peritoneal y la analítica es anodina. La TAC muestra hallazgos compatibles con perforación de íleon medio con cambios de peritonitis y múltiples adenopatías en raíz de mesenterio y retroperitoneo. Se realiza laparotomía urgente objetivando una peritonitis intestinal generalizada por perforación milimétrica en íleon medio que se encuentra engrosado, realizándose resección intestinal con anastomosis latero-lateral mecánica. Durante el postoperatorio presenta íleo paralítico resuelto con manejo conservador. En el ingreso se realiza PET para caracterización de las adenopatías siendo los hallazgos compatibles con proceso linfoproliferativo con afectación supra e infradiaphragmática. La Anatomía Patológica confirma la infiltración del íleon por linfoma difuso de célula B grande CD30+ con fenotipo de célula activada. Una vez dado de alta, es derivado a Hematología donde inicia tratamiento con Rituximab-CHOP. Actualmente, tras tres ciclos presenta respuesta metabólica parcial sin aparición de nuevas lesiones sospechosas.

Conclusiones: La afectación intestinal del linfoma B difuso de células grandes puede presentarse como obstrucción, hemorragia digestiva o perforación como en este caso. Un diagnóstico precoz, así como la intervención quirúrgica urgente son esenciales en el manejo de estos pacientes, tanto para reducir las comorbilidades y el tiempo de estancia hospitalaria, como para poder comenzar con el tratamiento quimioterápico a la mayor brevedad posible.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

ÚLCERA RECTAL SOLITARIA, LA GRAN SIMULADORA

Olatz Ocerin Alganza; Jorge Cervera Aldama; Teresa Pascual Vicente; Beatriz Villota Tamayo;
Alfonso Sánchez-mayoral Moris; Naiara Ruiz De La Illa Barredo; Cristian Pérez González;
José María García González. (*)

(*) Unidad de Coloproctología. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia).

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La úlcera rectal solitaria es una patología benigna poco frecuente que por la sintomatología variada y hallazgos clínicos que presenta, se ha de realizar el diagnóstico diferencial con procesos neoplásicos, así como con la enfermedad inflamatoria intestinal. Presenta un ligero predominio en mujeres en la cuarta década y habitualmente cursa con estreñimiento, sensación de evacuación incompleta y hemorragia digestiva baja. La causa parece estar relacionada con cambios isquémicos tras contracciones paradójicas del suelo pélvico y el manejo habitualmente es conservador, pudiendo persistir los síntomas de disfunción anorrectal incluso tras realizar adecuados tratamientos. El objetivo es reconocer esta patología para poder realizar un adecuado diagnóstico diferencial ante casos discordantes.

Material y métodos: Se presenta un caso de úlcera rectal solitaria que simula una tumoración mesenquimal rectal.

Resultados: Mujer de 49 años sin antecedentes que presenta estreñimiento crónico de años de evolución y sensación de evacuación incompleta que requiere digitación ocasionalmente. Asocia rectorragia de escasa cuantía. A la exploración, presenta tumoración móvil hipogástrica hasta nivel umbilical y el tacto rectal es normal. Se realiza colonoscopia objetivando lesión a unos 15cm de margen anal que protruye y estenosa parcialmente la luz. La mucosa circundante presenta aspecto inflamatorio con centro deprimido de la cual se toman biopsias (Anatomía Patológica compatible con leves cambios inflamatorios). La resonancia magnética pélvica objetiva una tumoración submucosa a unos 12 cm de 3x3x2.3 cm que sugiere tumoración mesenquimal. A su vez, presenta un mioma subseroso fúndico de 13 cm de diámetro que sobrepasa la línea umbilical. La ecoendoscopia muestra la lesión subepitelial en vertiente lateral derecha del recto isoecogénica, bien definida, tomándose muestras compatibles con fibrosis hialina. Ante estos hallazgos se repite la resonancia, objetivándose dicha tumoración sin variaciones significativas. Ante clínica de defecación obstructiva se decide intervención conjunta con Ginecología objetivando una tumoración a unos 10cm del margen anal externo, estenosante, que afecta a la práctica totalidad de la circunferencia. Se realiza resección anterior baja vía abierta con escisión subtotal mesorrectal, anastomosis colorrectal e histerectomía. El postoperatorio transcurre sin incidencias salvo por un íleo paralítico y es dada de alta a domicilio. La Anatomía Patológica describe una mucosa rectal ulcerada con fibrosis de lámina propia e hipertrofia de la capa muscular, todo ello compatible con úlcera rectal solitaria con cambios reactivos de larga data en relación con estreñimiento crónico.

Conclusiones: El abordaje de la úlcera rectal solitaria puede suponer un reto debido a su dificultad diagnóstica. Las úlceras aparecen en un 40% de los casos y el resto de lesiones pueden variar en tamaño y aspecto. La historia clínica es fundamental, con la presencia de antecedentes de estreñimiento y defecación obstructiva que ayudan al diagnóstico diferencial. El manejo varía en función de la sintomatología, desde pacientes paucisintomáticas en las que se administran pautas nutricionales, enemas de sucralfato y biofeedback, hasta casos de prolapsos rectales que requieren intervención quirúrgica como la rectopexia ventral.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

QUIMIO-RADIOTERAPIA ADYUVANTE EN TUMORES RECTALES PT2, PNx SIN FACTORES DE MAL PRONÓSTICO COMO ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrea Martínez Charines; Guillermo Cabezudo Molleda; Paula Díaz Artigot; Julia Sanchón Sánchez;
Andrea Del Pilar Vázquez Fernández; Beatriz De Andrés Asenjo; Elizabeth Redondo Villahoz;
Juan Pablo Beltrán De Heredia y Rentería. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más común en el mundo. Su pronóstico se relaciona con varios factores entre los que se encuentra la invasión a órganos adyacentes, compromiso ganglionar, metástasis a distancia, presencia de características patológicas de alto riesgo tales como invasión linfovascular y perineural o márgenes positivos entre otros. Las últimas guías del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) de 2024 para el tratamiento de cáncer de recto, concluyen que tras una escisión transanal y un pT2, pNx sin factores de mal pronóstico aun siendo el gold standard la resección transabdominal, es posible un tratamiento adyuvante con radioterapia y quimioterapia (capecitabina). Si no existe evidencia de enfermedad posterior a la adyuvancia, se puede considerar observación o terapia FOLFOX/CAPEOX, y de existir recaída, cirugía.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial, hernia de hiato y úlcera gastroduodenal. Es visto en Consultas Externas de Cirugía General por SOH positivo en heces en cribado. Se realiza una colonoscopia con hallazgos de lesión en recto que se biopsia (adenocarcinoma moderadamente diferenciado que infiltra lámina propia y haces de muscular de la mucosa sobre adenoma túbulovellosos con displasia de alto grado). Como parte del estudio de extensión se realiza un TC tóraco-abdomino-pélvico (neoplasia rectal a unos 9 cm del margen anal sin signos de diseminación a distancia, con hallazgos incidentales de un nódulo renal izquierdo sugestivo de neoplasia que posteriormente se confirma de carcinoma renal de células claras G2 por lo que recibe radiofrecuencia) y una RMN de pelvis que no es concluyente.

Resultados: El paciente es programado para realización de cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS). La anatomía patológica revela que se trata de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado (G2) que infiltra la capa muscular propia (pT2) con márgenes respetados sin ganglios linfáticos, con una clasificación pTNM (Clasificación AJCC 8ª Edición) pT2, pNx, pMx (Estadio I en la clasificación AJCC y INC). Se ofrece al paciente como primera posibilidad rescate quirúrgico, sin embargo, el paciente lo rechaza y se decide quimio-radioterapia adyuvante como tratamiento posterior. El paciente recibe radioterapia radical adyuvante sobre lecho tumoral y área pélvica en 25 fracciones concomitante con Capecitabina 1500 mg/12h. Se realiza control mediante analítica, TC tóraco-abdomino-pélvico y colonoscopia, sin evidenciarse signos de progresión de la enfermedad y con buena respuesta al tratamiento en la actualidad.

Conclusiones: En pacientes con cáncer de recto pT1, pNx con factores de mal pronóstico o pT2, Nx sin factores de mal pronóstico, el gold standard es la resección transabdominal. En las últimas guías del NCCN 2024, se incluye la posibilidad de recibir tratamiento adyuvante con radioterapia y quimioterapia (capecitabina) como alternativa a la cirugía.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

¿ES LA ESCLEROSIS HEMORROIDAL UNA TÉCNICA SEGURA Y EFECTIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA HEMORROIDAL?

Sandra Dios-Barbeito; Sandra Yagüe-Adá; Aurelio Navas-Cuéllar; Laura Martínez-Ruiz; Coral De La Vega-olías; Carmen Pérez-alberca; Vicente Vega-Ruiz. (*)

(*) Hospital Universitario de Puerto Real.

RESUMEN:

Introducción: La patología hemorroidal (PH) consiste en el aumento de tamaño sintomático y/o prolapso de las almohadillas anales, siendo una de las afecciones proctológicas más frecuentes. La escleroterapia con Etoxiesclerol al 2% (EE) en el espacio submucoso induce una reacción inflamatoria a dicho nivel que puede traducirse en la resolución de la patología. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo de la EE para el tratamiento de las hemorroides sintomáticas de grados II y/o III.

Material y métodos: Un total de 11 pacientes con PH sintomática de grados II y/o III se sometieron a EE entre enero de 2021 y junio de 2024. Se analizaron el número de sesiones necesarias, la periodicidad de las mismas, los síntomas y grado previos al tratamiento, los resultados en cuanto a curación (resolución de la sintomatología) y los acontecimientos adversos asociados.

Resultados: 6/11 fueron varones (54,5%) y la edad media fue de 55 años (29-81), siendo la sintomatología previa de rectorragia (10/11, 90,9%) y prolapso hemorroidal (1/11, 9,1%). Todas las hemorroides fueron clasificadas como grado II (5/11, 45,5%) ó III (6/11, 54,5%). El número medio de sesiones fue de 6 (1-10), con una periodicidad semanal, salvo en un caso (cada 2 semanas). La tasa de curación fue del 72,7% (8/11), siendo completa en el 54,5% (6/11) y parcial (mejoría) en el 18,2% (2/11) tras un periodo de seguimiento medio de 30,8 meses (7-48). No se produjeron complicaciones durante el procedimiento ni acontecimientos adversos graves. En 9/11 pacientes (81,8%) se describieron sangrados leves autolimitados tras el procedimiento.

Conclusiones: La esclerosis hemorroidal con Etoxiesclerol al 2% para el tratamiento de las hemorroides sintomáticas de grados II y/o III parece ser un tratamiento mínimamente invasivo seguro y efectivo a largo plazo.



Comunicaciones Póster

¿ES LA INFILTRACIÓN CORTICOIDEA UNA TÉCNICA EFICAZ Y FACTIBLE PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEUROPATÍA DEL PUDENDO QUE NO RESPONDE A OTRAS MEDIDAS CONSERVADORAS?

Sandra Dios-Barbeito; Aurelio Navas-Cuéllar; Raquel Noriega-Mel; Sandra Yagüe-Adán;
Carmen Pérez-Alberca; Coral De La Vega-Olías; Vicente Vega-Ruíz. (*)

(*) Hospital Universitario de Puerto Real.

RESUMEN:

Introducción: La neuropatía del nervio pudendo se caracteriza por el dolor neuropático perineal/pelviano, que se agrava al sentarse y disminuye en bipedestación, y que no impide el sueño. El nervio pudendo tiene tres ramas terminales en diferente proporción de fibras motoras, sensitivas y autonómicas, que pueden verse afectadas. Aunque el diagnóstico habitual es clínico mediante los criterios de Nantes y los signos de Tinel y el “Rolling test”, se podría confirmar mediante electromiografía. El tratamiento inicial es médico, con medidas higiénico-dietéticas, pregabalina y/o antidepresivos. En casos refractarios, podría optarse por infiltraciones perineurales o incluso descompresión quirúrgica del nervio.

Material y métodos: Diseñamos un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico, que cumplieran los criterios de Nantes y el signo Tinel y “Rolling Test” (+). Asimismo, se descartaron otros posibles diagnósticos mediante la realización de colonoscopia, ecografía endoanal y resonancia magnética pélvica. Se incluyeron en el presente estudio, tras fracaso de manejo conservador durante tres meses, que consistía en medidas para evitar el estreñimiento, baños de asiento y la asociación de una pauta de pregabalina + duloxetina + diazepam.

Resultados: Se incluyeron 3 pacientes, mujeres, con una mediana de edad de 46 años (39-69), tratadas durante el año 2019 mediante infiltración perineural ambulatoria con corticoide (triamcinolona acetónido) asociado con anestésico local (Bupivacaína) en el canal de Alcock ipsilateral. La mediana de número de sesiones fue de 5 (5-6), realizadas cada 2 semanas en consultas externas. Las tres pacientes mostraron mejoría de al menos un 50% en el manejo del dolor, valorado mediante la Escala Visual Analógica (EVA) comparando pre vs post-tratamiento ($p>0,05$).

Conclusiones: La infiltración pudenda perineural es un procedimiento sencillo y con aparentes buenos resultados para pacientes con atrapamiento pudendo sin respuesta a tratamiento médico, aunque posiblemente su efectividad dependa de un adecuado diagnóstico previo.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

CONDILOMATOSIS PERIANAL GIGANTE EN PACIENTE EMBARAZADA

Daniel Baños Méndez; Guillermo Cabezudo Molleda; Juan Carlos García Vera; Julia Sanchón Sánchez;
Celeste Geraldine Rodríguez Cordero; María Ruiz Soriano; Beatriz De Andrés Asenjo;
Juan Pablo Beltrán De Heredia Rentería. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La condilomatosis perianal es la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuentemente tratada por los cirujanos generales. En la actualidad, el tratamiento de elección de las lesiones de gran tamaño es la exéresis quirúrgica. El objetivo de esta comunicación es presentar el caso de una paciente embarazada que presenta una condilomatosis perianal gigante y que fue intervenida quirúrgicamente en nuestro centro.

Material y métodos: Paciente de 22 años, víctima de violencia de género y embarazada de 25 semanas, que consulta por dolor anal de 2 meses de evolución, en relación a lesiones verrucosas perianales muy dolorosas que han presentado un crecimiento explosivo durante el embarazo. A la exploración se evidencia una masa exofítica de gran tamaño que ocupa casi toda la circunferencia perianal. Se objetivan también lesiones aisladas en región vulvar. Dado el mal control del dolor, el gran tamaño de las lesiones y la limitación del tratamiento analgésico por el embarazo, se decide valoración en quirófano de la resecabilidad de estas. Se realiza anoscopia bajo anestesia raquídea, evidenciándose dos lesiones en canal anal que se resecan. Posteriormente, se lleva a cabo la exéresis de la mayoría de los condilomas perianales con electrocoagulación, realizando fulguración de los más pequeños. Al alta, la paciente es derivada a consultas de Dermatología para valoración de tratamiento de los condilomas de menor tamaño localizados en la zona vulvar, optándose por manejo mediante crioterapia. El análisis anatomopatológico muestra cambios colicíticos sugestivos de infección por VPH, lo que confirma el diagnóstico de condilomas acuminados.

Resultados: La condilomatosis perianal es una entidad clínica relacionada con la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Los serotipos que más frecuentemente afectan a la región perianal son el 6 y el 11. Durante el embarazo se produce un aumento de la vascularización y los estrógenos que, sumado a las alteraciones inmunológicas propias de la gestación, favorece la proliferación del VPH junto con la aparición, el crecimiento y la extensión de los condilomas acuminados. En la actualidad no existe un tratamiento único y estandarizado para el tratamiento del condiloma acuminado. Es preciso individualizar cada caso y del amplio abanico de alternativas terapéuticas escoger la que mejor se adapte tanto a la lesión (tipo, tamaño, localización y extensión) como al paciente. Las medidas terapéuticas disponibles durante la gestación son más limitadas, lo que dificulta el manejo considerablemente. Si se trata de lesiones grandes o extensas el tratamiento que mejores resultados obtiene es la cirugía (exéresis quirúrgica y electrofulguración) o la crioterapia. Estos métodos presentan un buen índice de curación (50 – 90%) y una baja tasa de recurrencia (25 – 35% en 6 meses) si se realiza correctamente.

Conclusiones: El condiloma acuminado es la manifestación más frecuente de infección por el VPH en la población gestante. Como consecuencia de la inmunodepresión fisiológica que origina el embarazo, las pacientes presentan una progresión alarmante de las lesiones, requiriendo en ocasiones de tratamiento quirúrgico para su control.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

NUDO ILEOSIGMOIDEO: UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA DURANTE EL RAMADÁN

Victoria Maria Maderuelo García (1); Isabel Valentín-Gamazo González (1); Carlenny Suero Rodríguez (1); Ana Huidobro Piriz (2); Alberto Delgado Mucientes (2); Héctor Ordás Macías (1).

(1) Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA); (2) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción: El nudo ileosigmoideo es un vólvulo compuesto, más frecuente en África y Asia, se da generalmente en varones de edad media que ingieren solo una comida al día tras un largo ayuno, como durante el Ramadán. Lo produce una dieta muy rica en fibra y carbohidratos, asociada a alto volumen de líquidos. Ello origina un mesenterio anormalmente elongado y móvil. El peso de gran cantidad de alimento y líquido al llegar al yeyuno lo empuja hacia la gotiera paracólica izquierda y las asas ileales se enrollan alrededor del colon sigmoide. La clínica aparece en la madrugada, de forma aguda y generalmente grave. El diagnóstico suele ser intraoperatorio debido a los signos que sugieren isquemia y la cirugía suele incluir una o dos resecciones intestinales, con mortalidad cercana al 50%.

Paciente y métodos: Se trata de un paciente de 36 años que acude a Urgencias por dolor abdominal de tipo cólico localizado en hipogastrio de 12 horas de evolución, asocia vómitos alimenticios. Sin deposición durante el día del ingreso, sin otra sintomatología asociada. La analítica muestra una PCR de 20, 15800 leucocitos con 85% neutrófilos, sin otras alteraciones. El TAC abdomino-pélvico urgente describe una dilatación difusa de la cámara gástrica y de todo el intestino delgado, con ausencia de realce parietal del íleon medio y distal compatible con signos de sufrimiento intestinal. Se visualiza un área de engrosamiento parietal y cambio brusco de calibre a nivel del íleon distal con imagen de remolino en la línea media de la región inmediatamente infraumbilical con normalización del calibre distal del íleon terminal y el marco cólico. El sigma también participa en la imagen de giro sin presentar signos de isquemia. Estos hallazgos son compatibles con obstrucción por hernia interna.

Resultados: ante dichos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente: laparotomía media supra-infraumbilical que evidencia vólvulo de sigma condicionando giro a nivel de todo el íleon que a su vez produce isquemia intestinal de asas de intestino delgado y sigma. Se realiza devolvulación del sigma y detorsión del paquete intestinal isquémico. A pesar de intentar recuperación de los mismos con suero caliente la isquemia está instaurada. Se procede a resección de yeyuno, íleon, válvula ileocecal y ciego con anastomosis yeyuno-cólica posterior. Se realiza también sigmoidectomía con anastomosis colorectal mecánica termino-terminal. El postoperatorio cursa de forma satisfactoria.

Conclusiones: El nudo ileosigmoideo es una patología infrecuente pero que conviene tener presente en varones de edad media que realicen el ayuno durante el Ramadán ya que su morbilidad es elevada en los pacientes no diagnosticados precozmente.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

LIPOMA DEL SIGMA SIMULANDO UN CÁNCER DE COLON: A PROPÓSITO DE UN CASO

Vanessa Otero Blanco; Xandra Valero Cerrato; Sara Batanero Alonso; Tania Funes Dueñas;
Jorge Rodríguez Gómez; Anna Sasiada; Ana Rodríguez Fernández; Juan Pedro Pérez Robledo. (*)

(*) Hospital El Bierzo.

RESUMEN:

Introducción y objetivo: Presentar el caso clínico de un paciente que presentaba un lipoma colónico y revisar la bibliografía sobre esta patología.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 68 años con antecedentes de alergia a AAS, hipertensión arterial, dislipemia y asma bronquial. Un cribado de sangre oculta en heces dio resultado positivo. En la exploración física, el abdomen era blando, depresible y no doloroso. La colonoscopia mostró una lesión infiltrante a 30 cm del margen anal, que se marca con tinta china y se biopsia (AP: no se observó malignidad). La tomografía computarizada (TC) reveló una masa ovoide de 35x23 mm de naturaleza grasa en el colon sigmoide, sugestiva de lipoma submucoso, sin invasión de las capas parietales externas ni de la grasa circundante. El caso fue evaluado en el comité de tumores, decidiéndose intervención quirúrgica. Durante la laparoscopia, se identificó el tatuaje distal a la lesión, que protruye a nivel del sigma. Se realizó una sigmoidectomía con anastomosis colorrectal término-terminal. La evolución posquirúrgica fue favorable, con alta hospitalaria a los 7 días.

Resultados: El diagnóstico anatomopatológico confirmó un lipoma submucoso intraluminal de 5 cm de diámetro.

Conclusión: Los lipomas colónicos son tumores benignos infrecuentes, con una incidencia del 0,2-4%, siendo el segundo tumor benigno más común del colon. Derivan del tejido adiposo de la pared colónica, y el 90% son submucosos. El diagnóstico preoperatorio puede ser complejo, ya que deben distinguirse de otros tumores benignos y malignos. Puede emplearse la endoscopia ultrasónica y/o TC pero para el diagnóstico definitivo, es esencial el estudio histológico. La mayoría de los lipomas colónicos son asintomáticos y no requieren tratamiento. No obstante, la cirugía puede ser necesaria en caso de complicaciones o síntomas como dolor abdominal, alteraciones del tránsito intestinal o sangrado. Las opciones terapéuticas incluyen enucleación endoscópica para las lesiones pequeñas y benignas, abordajes combinados endoscópico-laparoscópicos para lipomas mayores, y resección colónica en caso de sospecha de malignidad o complicaciones.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

FÍSTULA CECAL TRAS APENDICECTOMIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Paula Díaz Artigot; Juan Carlos García Vera; Andrea Martínez Charines; Celeste Rodríguez Cordero; Alejandro Romero De Diego; María Ruiz Soriano; Beatriz De Andrés Asenjo; Juan Pablo Beltrán De Heredia Y Rentería. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario Valladolid.

RESUMEN:

Introducción: La apendicitis aguda es el motivo más frecuente de ingresos urgentes e intervenciones no programadas en cirugía general. El tratamiento actual es quirúrgico, bien como procedimiento abierto o laparoscópico. Las complicaciones más frecuentes tras una apendicectomía son el absceso abdominal, la hemorragia, la infección de la incisión, la obstrucción del intestino delgado, la hernia y la apendicitis del muñón. La fístula intestinal es una complicación poco frecuente tras la apendicectomía (0,5%), pero representa el 10% de la tasa de morbilidad. Suele ocurrir en el 3er o 4º día postoperatorio, con una alta incidencia en el ciego. A continuación, presentamos un caso de fístula cecal postapendicectomía que se trató con éxito de forma conservadora.

Caso clínico: Mujer de 41 años intervenida hace 6 días por episodio de apendicitis aguda gangrenosa perforada con escasa cuantía de líquido libre purulento en Douglas. Acude a Urgencias por dolor en fosa iliaca derecha (FID). A la exploración, dolor a la palpación en FID sin signos de irritación peritoneal. En analítica se aprecia elevación de reactantes de fase aguda. Se realiza TC abdominal con contraste intravenoso en el que se objetiva absceso intraabdominal. Ante los hallazgos se decide drenaje percutáneo de absceso pélvico bajo control ecográfico con salida de débito abundante purulento del mismo. A los 5 días se realiza control del drenaje evidenciándose una comunicación del absceso con el ciego, siendo este el origen del mismo. Dados los hallazgos de control, los resultados tanto clínicos como analíticos y el buen estado general de la paciente, se decide manejo conservador de la fístula con soporte nutricional oral y antibioticoterapia intravenosa. Evolución favorable, con débito cada vez más escaso y menos purulento por el drenaje por lo que se retira a los 9 días sin complicaciones. El estudio histológico informó de apendicitis aguda flemonosa con periapendicitis.

Discusión: La apendicectomía laparoscópica es a día de hoy el abordaje de elección en la mayoría de los hospitales. Presenta una tasa de complicaciones inferior a la de la técnica clásica, pero siguen produciéndose algunos efectos adversos peligrosos, uno de ellos es la fístula cecal apendicular. Las fístulas cecales postapendicectomía se producen sobre todo cuando hay una periapendicitis grave que afecta a la base del apéndice y a la pared cecal adyacente. La fuga del muñón apendicular se considera un factor etiológico importante en estos pacientes, junto con las lesiones del ciego durante la apendicectomía, las neoplasias apendiculares o las infecciones intestinales. La mayoría de las fístulas cecales responden al tratamiento conservador en ausencia de patología subyacente y obstrucción distal, reservando el tratamiento quirúrgico para aquellos que no respondan favorablemente.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

HEMATOMA INTRAMURAL GIGANTE EN SIGMA. UNA COMPLICACIÓN INFRECUEnte DEL SONDAGE RECTAL

Paula Díaz Artigot; Guillermo Cabezudo Molleda; Daniel Baños Méndez; Julia Sanchón Sánchez;
David Fernández Valle; Elizabeth Redondo Villahoz; Beatriz De Andrés Asenjo;
Juan Pablo Beltrán De Heredia Y Rentería. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario Valladolid.

RESUMEN:

Introducción: El hematoma intramural intestinal es una causa muy infrecuente de dolor abdominal agudo. El 90% son secundarios a un traumatismo. La bibliografía descrita para su manejo es escasa, es por ello que se presenta el siguiente caso.

Caso clínico: Varón de 60 años institucionalizado con antecedente de hidrocefalia infantil, déficit cognitivo y megacolon agangliónico por lo que precisa sondaje rectal intermitente para realizar deposición. Es traído al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de tres días de evolución acompañado de ausencia de deposición y rectorragia. A la exploración, hemodinámicamente estable con palidez cutánea y abdomen distendido donde se palpa tumoración móvil de gran tamaño y dolorosa en hemiabdomen izquierdo. En la analítica se objetiva elevación de reactantes de fase aguda acompañada de descenso de hemoglobina y hematocrito (Leucocitos 5480, Neutrófilos 73,8% Hb 8,3 (previa 14), Hematocrito 25.14 (previo 42.1), PCR 110). Se realiza TC abdominal con contraste intravenoso en el que se observa en el colon descendente una gran masa submucosa, de densidad líquida y contenido heterogéneo (13 x 14 x 24 cm) que no capta contraste ni existe extravasación que sugiera sangrado activo, sugestivo de hematoma intramural. Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente practicándose laparotomía media suprainfraumbilical objetivándose megacolon con hematoma intramural en sigma que se reseca y se confecciona colostomía terminal. En el postoperatorio el paciente presenta tolerancia oral y colostomía funcionante.

Discusión: Las lesiones por sondaje rectal son muy infrecuentes y suelen ser debidas a la acción mecánica de la aplicación del enema por la sonda junto con posibles defectos subyacentes en la pared rectal. Su empleo puede generar tanto alteraciones de tipo hidroelectrolítico como lesiones mecánicas o químicas, como la perforación. El hematoma intramural intestinal es una causa muy infrecuente de dolor abdominal agudo. Puede ser espontánea (asociado a discrasias sanguíneas o al uso de antiagregantes/anticoagulantes) o secundaria a un traumatismo previo (hasta el 90% de los casos). Si bien son clínicamente inespecíficos, deben sospecharse en el adecuado contexto clínico, sobre todo en pacientes anticoagulados o con enfermedades hematológicas que presenten clínica abdominal aguda similar a la obstrucción. La bibliografía respecto el manejo del hematoma intramural en el colon es escasa. Los casos publicados suelen ser experiencias personales únicas o series muy cortas. Esto dificulta la creación de un algoritmo para su adecuado manejo terapéutico. Existen diversos tratamientos descritos: observación clínica, drenaje endoanal, drenaje transmural con rafia primaria si la mucosa está respetada, colostomía simple, resección anterior de recto o intervención de Hartmann. La complejidad de estos casos radica en adecuar el esfuerzo terapéutico en función del estado basal del paciente, el riesgo de progresión del hematoma, y la presencia de signos de inestabilidad hemodinámica o peritonismo.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

MALROTACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO. UN DESAFÍO EN EL DIAGNÓSTICO Y SU MANEJO TERAPÉUTICO

Victoria Bellido Moreno; Yasmin Mokachir Moshenin; Yolanda María Sánchez Rodríguez;
Santiago Ahumada Etchepareborda; Alicia López Labrador. (*)

(*) Hospital Universitario Costa del Sol.

RESUMEN:

Introducción: La malrotación intestinal (MRI) se define como un defecto en la rotación normal y fijación del intestino durante el desarrollo fetal, abarcando una variedad de anomalías en el desarrollo embriológico intestinal. Esta condición representa un factor de riesgo para la formación de vólvulos y obstrucciones intestinales, especialmente durante el período neonatal y la infancia. Nuestro objetivo principal es presentar el debut obstructivo de malrotación en el adulto dado lo infrecuente del caso así como plantear opciones en su manejo terapéutico.

Material y métodos: Paciente de 84 años, dependiente, con antecedentes de enfermedad cerebrovascular crónica, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, hipertensión arterial. Intervenido de aneurisma de aorta infrarrenal. En tratamiento con clopidogrel y ácido acetilsalicílico. Remitido a Urgencias por dolor abdominal de 4 días de evolución, fiebre y vómitos. A la exploración, abdomen distendido y doloroso en epigastrio con signos de irritación peritoneal. Análíticamente destaca leucocitosis, proteína C reactiva de 366 y procalcitonina de 14. En la TC de abdomen, presenta ciego distendido de más de 9 cm con paredes muy adelgazadas y pequeñas burbujas de gas en pared lo que parece una zona de neumatosis o una mínima perforación. Resalta la posición anómala (anterior y craneal), lo que sugiere un proceso tipo colon "en báscula" una variante poco frecuente de vólvulo de ciego. Ante los hallazgos anteriormente descritos se indica cirugía urgente.

Resultados: Es importante anotar los hallazgos intraoperatorios, en relación con la posición duodeno-yeyunal, presencia de bandas de Ladd y la posición ceco-cólica para clasificar el tipo de malrotación. En nuestro caso se observa ciego en situación anómala, a la izquierda, craneal y anterior a colon transversal, junto con orificio a través del mesocolon derecho por donde atraviesa íleon terminal y yeyuno, observándose a la derecha de la línea media. Asimismo presencia de signos de isquemia y parches necróticos microperforados en ciego y colon ascendente, realizándose hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica. Durante el postoperatorio en UCI destaca una evolución tórpida con descompensación diabética condicionando situación de coma hiperosmolar, y exitus al 12º día.

Conclusiones: Las MRI en el adulto son una entidad muy poco frecuente, con una incidencia del 0,2%. Habitualmente es un diagnóstico incidental pero dado el aumento de probabilidad de desarrollar un vólvulo intestinal, puede debutar como obstrucción o perforación intestinal. El diagnóstico suele hacerse mediante TC con contraste para valorar la posición de los vasos mesentéricos. En nuestro caso dados los hallazgos radiológicos y quirúrgicos se corresponde probablemente con una malrotación tipo IA (no rotación, encontrándose el intestino delgado en cuadrante derecho del abdomen y ciego en línea media). El tratamiento de elección es quirúrgico e implica desvolvular las asas de intestino, liberar las adherencias que lo fijan y proceder a una apendicectomía en caso de no precisar mayores resecciones intestinales, ya que la posición anómala del ciego puede conllevar a un retraso en el futuro diagnóstico de una apendicitis aguda.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

ABSCESO HEPÁTICO EN EL POSTOPERATORIO DE ABLACIÓN DE TRAYECTO FISTULOSO PERIANAL POR RADIOFRECUENCIA: ¿COINCIDENCIA O CONSECUENCIA?

Victoria María Maderuelo García (1); Isabel Valentín-Gamazo González (1); Ana Huidobro Piriz (2); Carlenny Suero Rodriguez (1); Johnn Henry Herrera Kok (1); Jon Rey Fernández De Mendiola (1); Héctor Ordás Macías (1).

(1) Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA); (2) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción: La radiofrecuencia de la fístula perianal es una técnica emergente que parece resultar efectiva en pacientes seleccionados con fístulas perianales primarias complejas tutorizadas previamente con sedal laxo o en fístulas recurrentes ya intervenidas con otras técnicas no subsidiarias de fistulotomía. Los abscesos hepáticos por *Klebsiella pneumoniae* son más prevalentes en Asia, pero su incidencia está aumentando en países no asiáticos (América, Europa y Australia) por los flujos migratorios. Su origen parece estar en la colonización del tracto gastrointestinal por la *Klebsiella* y su diseminación hasta el hígado por vía portal. Su localización suele ser predominantemente en el lóbulo hepático izquierdo.

Paciente y métodos: Se trata de un paciente de 66 años, hipertenso y diabético no insulín-dependiente que ingresa de forma programada para ablación de trayecto fistuloso de una fístula perianal transesfinteriana media-alta anterolateral derecha tutorizada previamente con sedal laxo desde hace 12 meses. Se realiza ablación de dicho trayecto y el postoperatorio inmediato cursa sin incidencias por lo que es dado de alta al día siguiente a la intervención.

RESULTADOS: El paciente acude a Urgencias a los 8 días de la intervención por presentar fiebre, deterioro del estado general y disnea de medianos esfuerzos. A la exploración de la región perianal no existe supuración a la presión y con el anuscopio se visualiza el OFI cerrado con el punto transfixivo. La analítica evidencia una PCR 306, procalcitonina de 6,54, lactato arterial de 2, 7300 leucocitos con 90% de neutrófilos, tiempo de protrombina de 53 e INR de 1,6. Presenta también hipotensión arterial de 80/40 mmHg así como ligera taquicardia de 110lpm. Se solicita un TAC abdomino-pélvico urgente cuyos hallazgos son un absceso hepático localizado en el segmento IVa cuyas dimensiones son 52x54mm. No describe ninguna lesión adyacente a la fístula perianal. Se tramita ingreso en UCI y se realiza punción eco guiada del absceso hepático que se cultiva aislando *Klebsiella pneumoniae* sensible a ceftriaxona. Ante mejoría clínica y estabilidad hemodinámica, el paciente es trasladado a planta en el día 4 de ingreso, siendo dado de alta al 8º día tras normalización de parámetros analíticos. Desde entonces se encuentra asintomático y con la fístula perianal cicatrizada.

Conclusiones: Hay poca literatura científica al respecto y no disponemos de TAC previo del paciente para saber si el absceso fue consecuencia de la radiofrecuencia de la fístula perianal o el paciente ya lo presentaba antes de la intervención. Sin embargo, es una patología a tener en cuenta en el postoperatorio de la cirugía de la fístula perianal si el paciente presenta fiebre y sepsis.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

PERFORACIÓN INTESTINAL EN PACIENTE CON NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL

Damià Perelló Llabrés; Raúl Latorre Tomey; Lara Blanco Terés; Álvaro Fuestero Bes;
Luis Francisco Martín Anoro; Daniel Aparicio López; Marta Allué Cabañuz; Luca Ponchietti. (*)

(*) Hospital Universitario San Jorge, Huesca.

RESUMEN:

Introducción: La neumatosis quística intestinal (NQI) se define como la presencia de quistes llenos de gas localizados en la pared del tracto gastrointestinal. La presentación clínica es inespecífica, los pacientes pueden ser asintomáticos o presentar dolor abdominal, obstrucción intestinal, diarrea, hematoquecia y tenesmo. El diagnóstico se establece a través de endoscopia o tomografía computarizada abdominal. El tratamiento la mayoría de las veces es conservador y solo aquellos casos con abdomen agudo requieren intervención quirúrgica urgente.

Caso clínico: Paciente varón de 76 años exfumador con antecedentes de ERC estadio 4A en diálisis, HTA, EPOC enfisematoso, anticoagulado por FA rápida. Derivado desde Nefrología tras sesión de diálisis a Urgencias por presentar dolor y distensión abdominal de una semana de evolución. A la exploración física se objetiva abdomen distendido, doloroso de manera difusa y con signos de irritación peritoneal. La analítica presenta leucocitosis y aumento de la PCR. Se realizó radiografía de abdomen y Tc abdominopélvico con hallazgos sugestivos de neumatosis quística intestinal, asociado a neumoperitoneo y líquido libre intraperitoneal. Se indica intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía media suprainfraumbilical constatándose neumoperitoneo, líquido ascítico, neumatosis quística intestinal masiva con gran compromiso de mesenterio y afectación de asas intestinales, especialmente a nivel de yeyuno desde ángulo de Treitz 70-80cm con burbujas de aire en borde anti mesentérico y afectación de pared intestinal, donde se halla la microperforación. Se toman muestras de líquido ascítico para microbiología y citología. Se realiza resección de tramo de yeyuno más afectado y anastomosis latero-lateral isoperistáltica totalmente mecánica con endogía 60 mm carga dorada, reforzada con puntos de Vycril 2.0 y cierre de ojal mesentérico con V-loc 3.0.

RESULTADOS: En el postoperatorio inmediato el paciente ingresa en la UCI donde permanece un día y posteriormente es dado de alta a planta de cirugía. Durante el tercer día de ingreso, dado el antecedente de ERC el paciente presenta un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda con edema de pulmón requiriendo diálisis urgente y finalmente fallece.

Conclusiones: La NQI tiende a ser más prevalente en hombres y suele localizarse principalmente en el colon. Entre las causas subyacentes se incluyen factores como: enfermedades pulmonares, producción bacteriana de gases, desnutrición, tratamientos de quimioterapia y condiciones relacionadas con el tejido conectivo. Los síntomas comunes incluyen dolor abdominal, diarrea, distensión abdominal y sangrado en el tracto gastrointestinal. El diagnóstico se establece a través de endoscopia o tomografía computarizada abdominal. El 93% de los pacientes se resuelve de manera conservadora. Sin embargo, alrededor del 3% de los individuos pueden desarrollar complicaciones como obstrucción o perforación intestinal y requerir tratamiento quirúrgico.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

PATOLOGÍA PROCTOLÓGICA: EXPLORACIÓN ESTRUCTURADA PARA LA MEJORA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Raúl Latorre Tomey; Damià Perelló Llabrés; Lara Blanco Terés; Pablo Colsa Gutiérrez;
Alvaro Fustero Bes; Yaiza Martínez Lahoz; Marta Allué Cabañuz; Luca Ponchietti. (*)

(*) Hospital Universitario San Jorge, Huesca.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: En la actualidad, la exploración proctológica en las consultas de nuestro servicio se realiza con diversidad de enfoques, manifestando una notable variabilidad entre los distintos facultativos. Tras un análisis exhaustivo de la situación, se ha llegado a la conclusión de que es imperativo instaurar una exploración proctológica con un enfoque más estructurado. El propósito de esta medida es identificar el manejo diagnóstico-terapéutico más pertinente para cada paciente.

Material y métodos: Elaboración de un registro de fácil y rápida cumplimentación, diseñado para posibilitar a los profesionales recopilar la información esencial con miras a proporcionar una asistencia de calidad. Posteriormente, se creará un registro que permitirá una recopilación de datos objetiva, presentando información clara con el fin de facilitar el intercambio de información entre los facultativos.

Resultados y conclusiones: Por un lado, la exploración proctológica estructurada facilitará la recopilación de información, contribuyendo de manera significativa a mejorar la seguridad del paciente, la eficacia del tratamiento y, por ende, la calidad asistencial. Por otro lado, la implementación de esta herramienta en hospitales de primer y segundo nivel, incluso en ausencia de una unidad específica de coloproctología, posibilitará la identificación de pacientes con patologías proctológicas complejas. En caso necesario, se gestionará de forma oportuna la derivación hacia aquellos profesionales dentro o fuera del servicio especializados en dicho campo, ofreciendo una atención óptima al paciente.



Comunicaciones Póster

MEGACOLON TÓXICO COMO DEBUT DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA

Victoria Bellido Moreno (1); Javier Rafael Córdoba López (2); María Del Carmen Ferrer Castro (2);
Pablo Vázquez Barros (2).

(1) Hospital Universitario Costa del Sol; (2) Hospital Santa Ana Motril.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La Colitis Ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn son enfermedades inflamatorias intestinales crónicas cuya forma de presentación clínica varía en función de la extensión y la severidad del intestino afecto. Entre las formas de debut de estas patologías se encuentra el megacolon tóxico, que se da con más frecuencia en la colitis ulcerosa que en la enfermedad de Crohn. Los criterios diagnósticos de Jalan para el megacolon tóxico son: Evidencia radiográfica de dilatación colónica; al menos tres de los siguientes criterios: Fiebre $>38^{\circ}$, Taquicardia > 120 latidos por minuto, Leucocitosis >10.500 /microlitro con neutrofilia, Anemia; Además de lo anterior, al menos uno de los siguientes criterios: Deshidratación, Alteración del nivel de conciencia, Alteraciones hidroelectrolíticas, Hipotensión. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de megacolon tóxico como debut de colitis ulcerosa complicado con perforación intestinal, así como describir el manejo médico y quirúrgico adecuados.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente varón de 19 años, en estudio por clínica diarreica y pérdida ponderal. Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal difuso de un mes de evolución, asociado a diarrea diaria y caquexia secundaria a desnutrición severa (con Índice de Masa Corporal de 12). Se realiza una evaluación clínica en la que se aprecia que el paciente cumple los criterios de Jalan, y se realiza tomografía computarizada que evidencia dilatación generalizada del colon con neumoperitoneo y líquido peritoneal secundarios a perforación colónica con peritonitis difusa asociada. El paciente fue intervenido de urgencia. Durante la cirugía se aprecia megacolon perforado (Figura 2), múltiples parches necróticos y peritonitis fecaloidea asociada. Se realizó colectomía subtotal e ileostomía terminal, preservando el recto. Posteriormente, fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por sepsis con fallo multiorgánico.

Resultados: El paciente requirió soporte nutricional, antibióticos y manejo intensivo en la UCI durante 37 días, con estabilidad hemodinámica progresiva. La Anatomía patológica confirmó el diagnóstico de colitis ulcerosa.

Conclusiones: El megacolon tóxico es una complicación potencialmente letal de la colitis ulcerosa, con una incidencia del 4.5 al 7.1% en estos pacientes. Aunque es más común en pacientes con evolución prolongada de la CU, puede presentarse como la manifestación inicial de la enfermedad. Se caracteriza por una dilatación aguda no obstructiva del colon, acompañada de signos de toxicidad sistémica que requiere un diagnóstico y manejo oportunos, con un enfoque multidisciplinar en el que participen, entre otros, gastroenterólogos y cirujanos. El tratamiento inicial debe ser médico con uso intensivo de corticoides, antibióticos de amplio espectro y fluidoterapia. Sin embargo, ante fracaso del tratamiento médico en 48-72 horas o ante signos de mala evolución, se debe evitar la demora de la cirugía. Ante signos de perforación o hemorragia masiva, la cirugía de urgencia es indispensable. La colectomía subtotal con ileostomía terminal es una opción adecuada para controlar la sepsis y preservar la posibilidad de una reconstrucción futura.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

HERNIA DE AMYAND TIPO III: CUANDO LA CLÍNICA DE HERNIA INCARCERADA NO ENCAJA

Victoria Bellido Moreno (1); Ángel Manuel Rivera García (2); María Del Carmen Ferrer Castro (2);
Pablo Vázquez Barros (2).

(1) Hospital Universitario Costa del Sol; (2) Hospital Santa Ana Motril.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La hernia de Amyand es una rara entidad clínica caracterizada por la presencia del apéndice dentro del saco herniario inguinal. Su incidencia es baja, oscilando entre el 0.19% y el 1% de las hernias inguinales operadas, predominando en hombres. La apendicitis en este contexto es aún más infrecuente, representando aproximadamente el 0.1% de los casos. La clasificación de Losanoff y Basson es ampliamente utilizada para guiar el manejo quirúrgico: • Tipo I: Apéndice normal dentro de la hernia. Se recomienda reducción del apéndice al abdomen y reparación de la hernia. La apendicectomía no se realiza de rutina, salvo en pacientes pediátricos. • Tipo II: Apéndice inflamado sin peritonitis. Se recomienda apendicectomía mediante abordaje inguinal y reparación sin malla por riesgo de infección. • Tipo III: Apéndice perforado con peritonitis localizada o absceso. Se recomienda apendicectomía y drenaje de absceso, con reparación diferida de la hernia tras control de la infección. • Tipo IV: Hernia con apéndice inflamado asociado a una patología abdominal concomitante. Se recomienda tratamiento simultáneo en función de la patología abdominal. El diagnóstico preoperatorio es raro, y en la mayoría de los casos se realiza intraoperatoriamente. Los pacientes pueden presentar una masa inguinal dolorosa e irreducible, síntomas inflamatorios locales y asociar dolor abdominal difuso o en fosa iliaca derecha. El pronóstico depende de un diagnóstico temprano y manejo adecuado. En casos complicados, la mortalidad puede alcanzar el 15-30%, mientras que en casos no complicados es excelente.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 59 años que acude a urgencias por una tumoración inguinal derecha de tres días de evolución, con aumento progresivo de dolor a dicho nivel, así como eritema. A la exploración se evidencia hernia inguinal derecha irreducible, pero llama la atención la ausencia de sintomatología obstructiva y la radiografía de abdomen sin dilatación de asas. No se aprecia dolor abdominal ni distensión. El paciente refiere dolor en epigastrio autolimitado hace dos días junto con fiebre que él asocia a catarro de vías altas. La analítica muestra PCR elevada (173 mg/L) y leucocitosis de 10.650/ μ L con 81% de neutrófilos.

Resultados: Se decide intervención quirúrgica urgente, realizándose abordaje mediante incisión de Gregoire. Se aprecia durante la cirugía una hernia de Amyand tipo III, con el apéndice gangrenoso perforado y colección purulenta en el saco herniario (Figura 1). Se realiza apendicectomía a través de dicha incisión, cierre del saco herniario y aproximación con puntos sueltos del defecto del anillo inguinal. No se coloca malla debido a la infección e inflamación de los tejidos. Se deja un drenaje que se mantiene al alta al quinto día postoperatorio. El manejo quirúrgico inmediato y el tratamiento antibiótico adecuado permitieron un control efectivo de la infección y una recuperación sin complicaciones.

Conclusiones: La hernia de Amyand es un desafío clínico y quirúrgico poco frecuente, caracterizado por su presentación inespecífica y la dificultad diagnóstica preoperatoria. La clasificación de Losanoff y Basson es una herramienta útil para orientar el manejo. En casos con infección activa (tipos II, III y IV), la reparación sin malla es preferible para minimizar complicaciones.



Comunicaciones Póster

CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN TRAS EXÉRESIS DE HIDRADENITIS SUPURATIVA ¿ES POSIBLE PARA DEFECTOS DE GRAN TAMAÑO?

Victoria Bellido Moreno (1); María Del Carmen Ferrer Castro (2); José María Llamas Molina (2);
Pablo Vázquez Barros (2).

(1) Hospital Universitario Costa del Sol; (2) Hospital Santa Ana Motril.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La hidradenitis supurativa (HS) perianal es una enfermedad que cursa con inflamación crónica y con la aparición recurrente de nódulos dolorosos, fístulas y abscesos. Puede progresar a un estado crónico con la formación de fibrosis dérmica, cicatrices hipertróficas y supuración, precisando habitualmente en estos estadios escisión quirúrgica, ya que los tratamientos con antibióticos y agentes inmunosupresores resultan ineficientes. El tratamiento quirúrgico con escisión local amplia reseca todas las zonas afectas es el pilar de tratamiento para el control de los casos más severos, lo que trae como consecuencia frecuentemente heridas con una superficie extensa que suponen un desafío para lograr la cobertura cutánea.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente varón de 57 años en tratamiento por HS genitoperineal de años de evolución y curso tórpido a pesar de tratamientos farmacológicos, incluyendo tratamiento con secukinumab (Figura 1). Entre sus antecedentes destaca tabaquismo activo importante. Previo a la intervención se realiza resonancia magnética para valorar el grado de afectación de la enfermedad y se realiza colostomía en asa para permitir mejor cicatrización de las heridas. Se realiza exéresis amplia de toda la zona perineal afecta, que incluye ambos pliegues inguinales, escroto, amplia zona perianal hacia ambos glúteos y región perineal con un área de 25x28cm (Figura 2). No se realiza cierre primario ni injerto. Se muestra en la imagen (Figura 3) el aspecto de la herida dos meses tras la cirugía, presentando un buen cierre progresivo por segunda intención y buen tejido de granulación.

Resultados: Las guías de la sociedad norteamericana para el manejo de la HS recomiendan el cierre por segunda intención, dado que este abordaje parece presentar menores tasas de recurrencia que el cierre primario, los injertos o los colgajos. Diferentes estudios han mostrado que incluso heridas de gran tamaño, como la del caso que nos ocupa, pueden llegar a cerrar completamente con este abordaje, aunque implica un tiempo muy prolongado de curación y un seguimiento adecuado para evitar las posibles complicaciones asociadas. Entre dichas complicaciones destaca el riesgo de que el tejido cicatricial genere una limitación del arco de movimiento de las zonas afectas, por lo que el proceso se debe acompañar de una movilización activa y, en condiciones ideales, de fisioterapia. Tras las dos primeras semanas, normalmente los pacientes no presentan dolor con la manipulación de la herida. Hay autores que recomiendan que, a partir de ese momento, el paciente maneje las curas en domicilio sin necesidad de acudir al centro de salud. Se indica realizar lavado con agua corriente y cambio de gasas húmedas tres veces al día. Las curas húmedas permiten una cicatrización más rápida y resultan menos dolorosas.

Conclusiones: La HS es una enfermedad que puede ser altamente invalidante, provocando dolor importante en el paciente y una afectación de su calidad de vida. La cirugía con exéresis amplia de todas las zonas afectas es el tratamiento de elección cuando el manejo médico es ineficaz. Se recomienda cierre por segunda intención incluso en los casos con defectos cutáneos de gran tamaño.



Comunicaciones Póster

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A COMPRESIÓN EXTRÍNSECA RECTOSIGMOIDEA POR GLOBO VESICAL

Victoria Bellido Moreno (1); María Del Carmen Ferrer Castro (2); Carmen Acosta Gallardo (2);
Pablo Vázquez Barros (2).

(1) Hospital Universitario Costa del Sol; (2) Hospital Santa Ana Motril.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La obstrucción de intestino grueso secundaria a distensión vesical es extremadamente rara, con menos de diez casos publicados en los últimos 25 años.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 70 años que acude a urgencias por cuadro de vómitos, dolor abdominal y distensión de unas 6 horas de evolución. Última deposición el día previo. La exploración abdominal muestra un abdomen distendido junto con dolor difuso a la palpación sin signos de irritación peritoneal. La exploración resulta dificultosa por obesidad del paciente. Los ruidos hidroaéreos están conservados y el tacto rectal revela una ampolla vacía. Se realiza radiografía de abdomen (Figura 1), en la que se aprecia dilatación de todo el marco cólico sin presencia de gas distal. No se aprecia aireación de asas de intestino delgado. Ante estos hallazgos, se solicita desde el servicio de urgencias TAC abdominal por sospecha de obstrucción intestinal a nivel de colon descendente. En el diagnóstico diferencial se incluye la posibilidad de fecaloma y neoplasia a nivel de recto sigma, dada la alta frecuencia de estas patologías y las características del paciente (edad avanzada, leve anemia, estreñimiento y dolor en hipogastrio). El corte sagital del TAC (Figura 2) muestra claramente un punto de cambio de calibre a nivel del promontorio sacro, así como unafilamiento y colapso de todo el recto en la curvatura sacra secundario a la compresión extrínseca por la distensión vesical. Se realizó sondaje vesical con alivio inmediato de la sintomatología. Un estudio posterior por parte de urología reveló Hipertrofia benigna de próstata grado II que se trató con Dutasteride/tamsulosina.

Resultados: No hay datos en la literatura que especifiquen la frecuencia con la que se solicita un TAC abdominal urgente por dolor y se descubre un globo vesical no diagnosticado previamente como único hallazgo significativo. Estos casos deberían minimizarse, ya que suponen un gasto sanitario innecesario, un retraso en la administración de tratamiento adecuado y una exposición injustificada del paciente a la radiación. El diagnóstico de la retención aguda de orina debe ser, en la inmensa mayoría de los casos, un diagnóstico fundamentalmente clínico.

Conclusiones: En pacientes con dolor abdominal, se debe incluir siempre la posibilidad de una retención aguda de orina como origen del dolor. En algunos casos, el diagnóstico no es tan evidente, principalmente en pacientes obesos donde no se palpa fácilmente globo vesical, y sobre todo si el paciente no localiza el dolor a nivel suprapúbico ni comunica imposibilidad para la micción. Considerar la RAO en el diagnóstico diferencial puede, en muchos casos, evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias. En caso de duda, la prueba de imagen de elección debería ser la ecografía.



Comunicaciones Póster

DIVERTICULITIS AGUDA ASOCIADA A TROMBOFLEBITIS AGUDA DE LA VENA MESENTERICA INFERIOR

Celeste Geraldine Rodríguez Cordero; Guillermo Cabezudo Molleda; Juan Carlos García Vera;
Daniel Baños Méndez; Paula Díaz Artigot; Beatriz De Andrés Asenjo; Alejandro Romero De Diego;
Juan Beltrán De Heredia Renteria. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La diverticulitis aguda es una causa importante de admisión hospitalaria, siendo la localización más frecuente en la sigma. Generalmente su tratamiento es médico; La cirugía solo está indicada cuando es refractaria al tratamiento médico (15% de los pacientes). En estos casos la elección de la técnica quirúrgica depende de la estabilidad hemodinámica del paciente, del grado de contaminación peritoneal y de la experiencia/ preferencia del cirujano. Los pacientes con diverticulitis aguda que inicialmente responden al tratamiento médico, pero que posteriormente desarrollan síntomas recurrentes, como dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo, alteración de las deposiciones y/o sangrado rectal, se describen como pacientes con diverticulitis crónica latente. Si los síntomas persisten por más de seis semanas, deben ser derivados para evaluación quirúrgica. Se ha observado que los procesos inflamatorios intraabdominales locales (diverticulitis, pancreatitis enfermedad inflamatoria) o los traumatismos(esplenectomía) aumenta el riesgo de trombosis venosas mesentéricas y tiende a afectar a los vasos de mayor tamaño.

Material y métodos: Varón de 57 años sin antecedentes de interés, que ingresa por cuadro de diverticulitis aguda con trombosis séptica de la vena mesentérica inferior. Se instaura tratamiento médico conservador siendo dado de alta sin complicaciones. Se revisa en un mes en consulta donde refiere persistencia del dolor abdominal, buena tolerancia oral, hiporexia y tránsito intestinal conservado. Se evidencia TC abdominal donde se evidencia que la vena mesentérica inferior está muy dilatada con ocupación total de su luz por burbujas aéreas, sobre todo en su porción más distal, sin delimitar un claro flujo previo a su desembocadura en vena esplénica, no pudiendo descartar trombosis de la vena mesentérica y cambios inflamatorios adyacentes a la sigma. En la analítica no se evidencia leucocitosis ni desviación a la izquierda, PCR: 38. Ante la persistencia de la clínica y de los hallazgos radiológicos se realiza Hemicolectomía izquierda laparoscópica, hallándose proceso inflamatorio con abundantes divertículos en colon descendente, sigma y panculitis mesentérica. El estudio anatomopatológico muestra inflamación aguda crónica y transmural con paniculitis, severa reacción gigantomcelular abscesificada, cambios de tipo isquémico y diverticulitis en sigma. El post operatorio cursa con picos febriles siendo los controles analíticos y radiológicos normales. Se administró tratamiento antibiótico, presentando el paciente una buena evolución, siendo dado de alta al décimo día post operatorio.

Conclusiones: La pñeflebitis se considera un factor de riesgo con elevada mortalidad en aquellos con diverticulitis aguda. La diverticulitis aguda en entornos hospitalarios debe tener cuidado con la pñeflebitis como una posible complicación. Aunque si se instaura un tratamiento adecuado, pueden tener un buen pronóstico. Se debe tener en consideración la pñeflebitis como posible complicación de las diverticulitis agudas pues, aunque es menos letal conlleva una mortalidad entre el 9 y 32%. Por ello su diagnóstico debe ser precoz para garantizar un tratamiento adecuado que mejore su pronóstico.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

RECIDIVA SUBMUCOSA TRAS MICROCIROUGIA ENDOSCOPICA TRANSANAL. A PROPOSITO DE DOS CASOS

Josu Azaola Verón; José Antonio Romeo Ramírez; Baltasar Cermeño; Ester Tkacikova;
Elena Merino Diez; Pablo Helguera Martínez; Leire Unibaso Zarragoitia; Román Ducaille Sinues. (*)

(*) Hospital Universitario de Álava.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La microcirugía endoscópica, del carcinoma rectal en estadios precoces (T1N0M0), es un tratamiento que ofrece una alternativa a la cirugía radical con un menor índice de morbilidad. En el siguiente trabajo se exponen dos casos de recidiva submucosa.

Método: Se ha realizado una revisión sistemática mediante el método PRISMA, mediante el uso de palabras clave como “TEM”, “TAMIS”, “recurrence”, “Rectal carcinoma”, “T1N0M0”. Además, se han utilizado los datos iconográficos de los casos clínicos que nos ocupan.

Resultados:

Caso 1: Varón de 68 años sin antecedentes de interés, es diagnosticado por colonoscopia en 2017 de un pólipo rectal a 8cm de margen anal con displasia de alto grado. Se realiza escáner, resonancia magnética y ecografía endoanal donde se visualiza una lesión precoz, siendo cT1N0M0. Se interviene en 2017, exéresis de espesor total mediante TEM, se sutura el defecto en la AP, adenocarcinoma pT1 con márgenes libres. A los 4 años y 10 meses se da de alta al paciente habiéndose realizado colonoscopias seriadas sin hallazgos. En febrero de 2024, el paciente es derivado a la consulta por hallazgos de una lesión en la zona de la cicatriz. Una masa de 5x5cm con crecimiento hacia la grasa mesorrectal. Al tacto se aprecia zona indurada, adherida y friable, en RMN T4N0. Presentado en comité de multidisciplinar se decide QT + RT precirugía. Finalmente, el paciente es intervenido en marzo de 2024, realizándose una amputación abdominoperineal, ypT3N0. **Caso 2:** Varón de 65 años sin antecedentes de interés, diagnosticado de pólipo de recto a 5cm de margen anal, en anatomía adenocarcinoma. Se realizan las pruebas completarias diagnosticándose de una lesión rectal localizada sin diseminación a distancia cT1N0M0. Se interviene mediante TEM en noviembre del 2019, exéresis de espesor total más sutura del defecto, la anatomía presenta adenocarcinoma pT1 con márgenes libres. A los 3 años del seguimiento, al tacto se aprecia una zona indurada sobre la cicatriz previa. Se realizan pruebas complementarias donde se objetiva una lesión de 4x4cm de crecimiento hacia la grasa mesorrectal. En RMN no se descartan otro tipo de lesiones como GIST, sarcoma... por lo que en comité multidisciplinar se solicita biopsia quirúrgica, donde se confirma la sospecha de adenocarcinoma. Se inicia por lo tanto RT + QT precirugía. Inicialmente el paciente desestimó la cirugía por la morbilidad asociada. Finalmente, el paciente decide intervenir. En febrero de 2023 se comienza la cirugía, pero debido a la amplia invasión local del tumor se desestima la cirugía curativa, realizando por lo tanto una colostomía paliativa.

Conclusiones: La recidiva tras la escisión microquirúrgica presenta una incidencia estimada del 10-12%, lo que resalta la necesidad de implementar un seguimiento metódico y riguroso en los pacientes tratados con esta técnica. Este seguimiento debe incluir rectoscopias periódicas, exámenes físicos y pruebas de imagen complementarias para maximizar la detección temprana de recurrencias. En los casos analizados, la recidiva se desarrolló de manera oculta bajo una mucosa aparentemente sana, lo que complicó y retrasó su diagnóstico. Esto subraya la importancia de reflexionar sobre dos aspectos clave: Cierre sistemático del defecto quirúrgico: Es fundamental evaluar si esta práctica puede dificultar la detección precoz de recidivas al limitar la visualización directa de lesiones recurrentes. Instilación de solución yodada antes de la sutura: Se propone esta estrategia como una posible medida preventiva, dado el efecto citolítico del yodo. Además, la manipulación quirúrgica de la pieza podría favorecer la implantación de células tumorales sobre el lecho quirúrgico. Al cerrarse el defecto quirúrgico, estas lesiones podrían evolucionar hacia estadios más avanzados antes de ser detectadas.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

CORNADAS PERINEALES: UNA PATOLOGÍA FRECUENTE EN NUESTRO CENTRO

Victoria María Maderuelo García (1); Luis María Merino Peñacoba (2); María Ruiz Soriano (3);
Isabel Valentín-Gamazo González (1); Ana María Huidobro Piriz (3); Carlenny Suero Rodríguez (1);
Henry André Guilarte Hernández (1); Julio Enrique Castrillo Arconada (1).

(1) Complejo Asistencial Universitario de Palencia; (2) Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero i; (3) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Las cornadas perineales son una patología frecuente en nuestro centro ya que, durante el verano, el número de festejos taurinos se incrementa aumentando el riesgo de que toreros, recortadores y/o aficionados sufran heridas por asta de toro, especialmente en la zona del periné. En dicha zona son de especial importancia las heridas sobre la uretra, arteria hipogástrica y ano.

Pacientes y método: Paciente 1: varón, 35 años, trasladado al servicio de Urgencias tras cornada en el periné por una vaca mientras trabajaba en su ganadería, hemodinámicamente estable por lo que se realiza un body TAC sin evidencia de sangrado arterial activo. La herida presenta orificio de entrada anterolateral izquierdo y desgarro desde el mismo hacia el canal anal. Paciente 2: varón, 17 años, cornada en el periné por una vaca en un encierro nocturno. Presenta estabilidad hemodinámica procediendo a realización de TAC que no evidencia sangrado arterial activo. Paciente 3: varón, 45 años, banderillero, que ha recibido una cornada en el periné por un toro en una corrida. A su llegada a Urgencias hemodinámicamente estable. Se realiza TAC que no evidencia sangrado arterial activo.

Resultados: Se procede a realizar exploración anal bajo anestesia en quirófano en posición de litotomía.

1. Se diseca el esfínter anal interno que se encuentra desgarrado en su hemicircunferencia anterior, se aproximan los cabos y se realiza esfinteroplastia con puntos sueltos de sutura reabsorbible. Se explora el resto del canal anal sin evidenciar soluciones de continuidad y se deja drenaje penrose en la herida del orificio de entrada.
2. Se explora el periné del paciente que presenta herida de entrada en cuadrante posterolateral derecho de 5 cm aprox. de diámetro que se extiende por toda la hemicircunferencia derecha con desgarro de esfínter anal interno y de la fosa isquiorrectal. Se disecan ambos cabos del esfínter anal interno suturando los mismos con sutura reabsorbible y se dejan 2 drenajes penrose en la cavidad isquiorrectal residual tras el cierre del defecto con puntos sueltos de seda.
3. Se evidencia herida en base del escroto izquierdo con exposición del testículo que se extiende hacia el periné. Al introducir la valva de luz en el canal anal se visualiza un trayecto entre la herida del periné con el canal anal y disección de todo el tejido celular subcutáneo del cuadrante antero-lateral izquierdo y sección del esfínter anal externo. Se repara el esfínter con sutura reabsorbible y tras realizar lavados abundantes con suero, se cierra todo el defecto con puntos sueltos de seda. Se deja drenaje penrose en dicha cavidad.

Conclusiones: Los postoperatorios cursan de forma satisfactoria sin precisar de nueva revisión en quirófano. En los pacientes inestables con heridas perineales por asta de toro se debe realizar un control del sangrado mediante packing o embolización, estabilización de la pelvis y si fuera necesario, colostomía temporal, sonda vesical y/o drenaje suprapúbico. En pacientes estables, las lesiones del complejo esfinteriano deberán ser reparadas de forma primaria según el grado de contaminación de la herida, estado general del paciente, las condiciones locales y la existencia de lesiones asociadas.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

NEOPLASIA DE SIGMA POR CONCHA DE BERBERECHO

David Fernández Valle; Celeste Geraldine Rodríguez Cordero; Guillermo Cabezudo Molleda;
Juan Pablo Beltrán De Heredia Rentería; Beatriz De Andrés Asenjo; Daniel Baños Méndez;
Andrea Martínez Charines; Julia Sanchón Sanchez. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La primera causa de obstrucción de intestino delgado en adultos son las adherencias producidas por intervenciones quirúrgicas previas a nivel abdominal, y en aquellas sin intervención quirúrgica previa son hernias. Otras causas menos frecuentes son los tumores, vólvulos intestinales, estenosis por enfermedad inflamatoria intestinal o cuerpos extraños. Se suelen presentar con dolor abdominal intermitente, náuseas o vómitos, distensión abdominal y estreñimiento. Su manejo puede ser conservador o quirúrgico inicialmente

Caso clínico: Se reporta un caso de una mujer de 94 años que presenta obstrucción intestinal secundaria a la presencia de un cuerpo extraño. Con antecedente de histerectomía hace 20 años por cáncer de endometrio. Acude al Servicio de Urgencias por presentar cuadro de 1 mes de evolución de dolor abdominal intermitente y vómitos alimentarios, sin alteraciones del ritmo intestinal. A la exploración, abdomen blando, depresible, dolor a la palpación en flanco izquierdo, sin signos de peritonismo. Analíticamente no presentaba aumento de leucocitos, ni aumento de PCR. En la TAC 3D, se detectó obstrucción de intestino delgado por presencia de cuerpo extraño (Concha de berberecho), localizado en íleon distal. Durante el ingreso, se solicita colonoscopia para extracción de cuerpo extraño, siendo imposible el paso del colonoscopio a través del sigma por proceso estenosante, sugestivo de neoplasia de sigma. Se decide intervención quirúrgica, realizándose adhesiolisis intestinal, enterotomía a 40 cm de válvula para extracción del cuerpo extraño y sigmoidectomía con resección de asa yeyunal en bloque. La evolución postoperatoria es tórpida, por lo que se realiza TAC urgente, objetivándose dehiscencia de la anastomosis colorrectal. Dadas las escasas posibilidades de supervivencia en caso de reintervención quirúrgica, se decide en consenso con su familia, limitar el esfuerzo terapéutico.

Discusión y conclusiones: La ingesta de un cuerpo extraño es un incidente bastante frecuente en niños, ancianos, discapacitados mentales, pacientes presos de manera intencionada o pacientes psiquiátricos. En los adultos, la mayoría de ingestas accidentales se deben a dentaduras postizas o aparatos de ortodoncia. Otros objetos frecuentes son agujas de coser, palillos de dientes o espinas. Alrededor del 80 % de los cuerpos extraños atraviesan espontáneamente el tracto gastrointestinal sin causar complicaciones. El 10-20% restante presentan complicaciones (hemorragia, peritonitis, formación abscesos, obstrucción), siendo <1% causa de perforación intestinal (siendo la causa más frecuente de esta, la ingesta de un envase blíster). Las complicaciones suelen producirse debido a la detención del movimiento intestinal que inicia una necrosis de la pared intestinal. Las zonas más frecuentemente afectadas, son el duodeno, unión duodenoyeyunal, unión ileocecal o el apéndice, pero también en regiones de estrechamiento secundario a adherencias. La TAC es un método de diagnóstico preciso, gracias a la posibilidad de reconstrucciones tridimensionales multiplanares de alta calidad. La oclusión intestinal por cuerpo extraño, es difícil de diagnosticar por lo que se debe de tener un alto índice de sospecha en pacientes de riesgo. Si el objeto extraño no progresa y la colonoscopia no resulta resolutive, la opción quirúrgica es el mejor tratamiento de la obstrucción del intestino delgado. La modificación de la dieta y el tratamiento de los trastornos subyacentes suele ser la mejor profilaxis de la obstrucción intestinal.

Rev Cir Gal. 2025; 9 (12): Suplemento 1



Comunicaciones Póster

PERFORACIÓN YEYUNAL SECUNDARIA A DIVERTICULITIS Y ASOCIADA A DIVERTÍCULO DE MECKEL: UN CASO CLÍNICO INFRECLENTE

Ana Rodríguez Fernández (1); Jorge Rodríguez Gómez (1); Ania Sasiada (1); Vanessa Otero Blanco (1); Dania Calvo Rodríguez (2); Sara Alonso Batanero (1); Juan Pedro Pérez Robledo (1).

(1) Hospital El Bierzo; (2) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La diverticulosis yeyunal se caracteriza por la formación de sáculos constituidos por mucosa y submucosa, típicamente localizados en el borde mesentérico del yeyuno. Su distribución anatómica es: yeyuno proximal (75%), yeyuno distal (20%) e íleon (5%). Es una patología poco frecuente, asociada a alteraciones en la motilidad intestinal y al aumento de la presión intraluminal, más prevalente en personas de edad avanzada.

Material y métodos: Se presenta el caso de un hombre de 93 años con antecedentes de hipertensión arterial, deterioro cognitivo y colecistectomía laparoscópica, que acudió a Urgencias por dolor abdominal con signos de irritación peritoneal. El análisis de sangre mostró una elevación de los reactantes de fase aguda y una alteración de la coagulación. La tomografía computarizada (TC) evidenció asas de yeyuno agrupadas y engrosadas, rodeadas de aire y líquido libre en pelvis y fosa ilíaca derecha. Ante la sospecha de perforación yeyunal de origen incierto, se realizó una laparotomía urgente. Se identificó un divertículo de Meckel inflamado, junto con un segmento de yeyuno con múltiples divertículos inflamados y una perforación en el borde mesentérico con peritonitis secundaria. Se practicó resección intestinal del segmento afectado con anastomosis latero-lateral, resección del divertículo de Meckel y estricturoplastia tipo Heineke-Mikulicz. El postoperatorio se complicó con una neumonía nosocomial, que respondió al tratamiento médico, permitiendo el alta a los 19 días.

Resultados: La diverticulosis yeyunal es una entidad rara, con una incidencia de 0,6-1,3%, siendo excepcional su coexistencia con un divertículo de Meckel. Generalmente es asintomática, pero puede asociarse a diverticulosis colónica en el 60% de los casos. Sus síntomas, como dolor abdominal, náuseas o malabsorción, son inespecíficos, dificultando el diagnóstico. Hasta el 6% de los casos debutan como perforación. Aunque la TC es la prueba diagnóstica de elección, hasta el 75% de las veces no ofrece un diagnóstico concluyente, complicando la decisión preoperatoria.

Conclusiones: Aunque la diverticulosis yeyunal no suele considerarse en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, su identificación precoz es esencial en casos de perforación. La resección intestinal con anastomosis es el tratamiento de elección, superando otras técnicas como la diverticulectomía o el cierre primario. Este caso resalta la importancia de un alto índice de sospecha y un tratamiento quirúrgico óptimo en una patología infrecuente pero potencialmente grave.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

MANEJO DIVERTÍCULO DE MECKEL INCIDENTAL

David Fernández Valle; Celeste Geraldine Rodríguez Cordero; Guillermo Cabezudo Molleda;
Juan Carlos García Vera; Paula Díaz Artigot; Juan Manuel Gatón Gómez; Beatriz De Andrés Asenjo;
Juan Pablo Beltrán De Heredia Rentería. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El divertículo de Meckel (DM) se presenta cuando existe una involución del conducto onfalomesentérico en el desarrollo embrionario. Se trata de la malformación congénita más frecuente del tubo digestivo (1-2%). Es un divertículo verdadero que contiene las 3 capas de la pared intestinal, resultado de una oclusión incompleta del extremo intestinal del conducto onfalomesentérico. El DM nace típicamente del margen antimesentérico del intestino delgado distal (a 30-100cm de la válvula ileocecal), posee una longitud de hasta 5 cm y un diámetro de hasta 2 cm. El 50 % se encuentran revestidos de mucosa heterotópica, principalmente de mucosa gástrica (62%) y pancreática (6%). Generalmente, recibe irrigación arterial de la arteria onfalomesentérica, un remanente de la arteria vitelina primitiva que se origina de las ramas medias o distales de la arteria mesentérica superior. La mayoría de DM se localizan en el abdomen derecho a nivel del ombligo; son más frecuentes en hombres y asintomáticos.

Caso clínico: Reportamos el caso de un hombre de 74 años con antecedente de IAM en agosto de 2018 y bebedor moderado. Ingresa de manera programada para intervenirse por una neoplasia de colon a 40 cm del margen anal, realizándose una sigmoidectomía laparoscópica. Durante la intervención, a la hora de la realización de la anastomosis, detectamos como hallazgo casual la presencia de un divertículo de Meckel, cuya punta es irregular y blanquecina, a unos 60 cm de la válvula ileocecal que resecamos con endoGIA. En las pruebas de diagnóstico, tanto TAC como colonoscopia, realizadas previas a la intervención programada no se apreciaron signos del DM. Alta a los 5 días tras intervención. La mayor parte de los DM son asintomáticos y se detectan de manera fortuita durante la cirugía o autopsia. Cuando se presenta de forma sintomática, puede manifestarse en una gran variedad de cuadros clínicos, desde manifestaciones indoloras y benignas, hasta casos agudos potencialmente mortales. Las complicaciones más asociadas al DM son, por orden de frecuencia, hemorragia gastrointestinal, obstrucción, y diverticulitis. La hemorragia gastrointestinal se ha descrito más frecuentemente en población pediátrica, y la obstrucción y la diverticulitis, en población adulta. Otras complicaciones menos frecuentes son enterolitos, DM invertido, tumor o perforación (diagnóstico diferencial abdomen agudo). Si surgen complicaciones, se observan en los 2 primeros años de vida. El diagnóstico es notablemente difícil ya que los síntomas y las características de imagen son inespecíficos. La TAC ha tenido un papel limitado en la evaluación prequirúrgica dado su pequeño tamaño y la dificultada para diferenciarlo de las asas intestinales. La TAC multidetector presenta una mayor resolución espacial y la posibilidad de realizar reconstrucciones multiplanares, dando lugar a un aumento en la detección del mismo. Se observa como una estructura llena de gas o líquido con terminación ciega en continuidad con el íleon distal. Se halla generalmente detectando el ciego y el íleon terminal, siguiéndolo de forma retrógrada proximalmente. El angioTAC puede ayudarnos en su detección si observamos la arteria onfalomesentérica que se considera patognomónica. El Meckel-scan con 99m Tc-pertecnato puede detectar la presencia de mucosa gástrica ectópica en casos de DM complicada.

Conclusiones: El tratamiento de elección para la DM sintomática es la resección quirúrgica. Puede realizarse mediante diverticulectomía, resección intestinal segmentaria y anastomosis, o resección en cuña. Especialmente aplicable en casos de tejido ectópico palpable en la unión divertículo-intestinal, isquemia intestinal o perforación. En casos de hallazgo incidental de DM en una intervención quirúrgica, sea abierta o laparoscópica, no se debe resear salvo que se aprecien datos patológicos en el mismo (necrosis, isquemia...). En nuestro caso, el aspecto irregular y blanquecino de la punta, fue lo que nos infundió las sospechas.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

FÍSTULA RECTOVAGINAL TARDÍA TRAS RESECCIÓN ANTERIOR BAJA CON RADIOTERAPIA NEOADYUVANTE

Ana Rodríguez Fernández; Cristina López González; María De Los ángeles De Paz Monteagudo;
Jorge Rodríguez Gómez; Anna Sasiada; Vanessa Otero Blanco; Sara Alonso Batanero;
Juan Pedro Pérez Robledo. (*)

(*) Hospital El Bierzo.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La fístula rectovaginal (FRV) es una comunicación anormal entre el recto y la vagina que puede provocar salida de gases y heces por la vagina, dispareunia, dolor perineal y vaginitis recurrente. Las principales causas incluyen traumatismos obstétricos (85%), cirugía pélvica como la resección anterior baja de recto (RAB) (5-7%), enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias y radioterapia (RT). En pacientes oncológicos, la incidencia alcanza el 3%, y su tratamiento es especialmente complejo. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, y el tratamiento varía según la causa y el estado clínico de la paciente, oscilando entre abordajes conservadores y procedimientos quirúrgicos derivativos o reconstructivos.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 75 años con antecedentes de adenocarcinoma de recto tratado con radioquimioterapia neoadyuvante y RAB laparoscópica, con respuesta completa en la anatomía patológica final. Posteriormente recibió quimioterapia adyuvante. Nueve años después, desarrolló un síndrome medular transversal progresivo asociado a metástasis pulmonares y óseas, tratándose con radioterapia paliativa y quimioterapia activa. Meses más tarde, presentó salida de heces por la vagina como único síntoma. La tomografía computarizada (TC) mostró un trayecto fistuloso de 15 mm desde la pared anterior del recto hasta el fondo de saco vaginal. La rectoscopia y la exploración vaginal confirmaron un defecto en la cara anterolateral izquierda del recto, sin signos de recidiva tumoral. Se realizó una colostomía derivativa en colon sigmoide por laparoscopia, con evolución postoperatoria favorable.

Resultados: El caso destaca la aparición tardía de una FRV en pacientes con antecedentes de cirugía pélvica y radioterapia, subrayando la importancia de un seguimiento prolongado en este grupo. La presentación de FRV más de nueve años tras la intervención es inusual, pero debe considerarse en el diagnóstico diferencial de síntomas pélvicos inespecíficos en pacientes oncológicas. El estudio completo para descartar recidiva tumoral es fundamental en este contexto. El tratamiento quirúrgico representa un desafío técnico debido a la fibrosis y alteración vascular secundarias a la cirugía y la RT, lo que limita el éxito de técnicas reconstructivas como colgajos de avance rectal o vaginal, especialmente en pacientes irradiadas.

Conclusiones:

En pacientes con tratamiento oncológico activo, la colostomía derivativa es una opción eficaz para mejorar la calidad de vida, previniendo el paso de heces a la vagina, reduciendo infecciones recurrentes y favoreciendo resultados a largo plazo. En resumen, la FRV en pacientes oncológicas constituye un reto quirúrgico que requiere un abordaje individualizado, orientado a minimizar el impacto funcional y mejorar la calidad de vida de las pacientes.



Comunicaciones Póster

¿URGENCIA QUIRÚRGICA?: NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL

Andrea Martínez Charines; Guillermo Cabezudo Molleda; Daniel Baños Méndez;
Julia Sanchón Sánchez; David Fernández Valle; María Ruiz Soriano; Elizabeth Redondo Villahoz;
Juan Pablo Beltrán De Heredia Y Renteria. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La neumatosis quística intestinal es una patología infrecuente (0,03% de la población) de carácter benigno y generalmente asintomática, caracterizada por la presencia de quistes llenos de gas en la submucosa y la serosa del tracto gastrointestinal (predominio en intestino delgado aunque puede afectar también al colon). Se han descrito múltiples causas: mecánicas, enfermedades inflamatorias intestinales, infecciosas, pulmonares, isquemia intestinal, neoplasias, tratamiento con inmunosupresores, quimioterápicos, entre otros. El tratamiento debe individualizarse; los pacientes asintomáticos no precisan tratamiento específico, de existir síntomas leves se puede optar por un manejo conservador y si existen síntomas graves (perforación, neumatosis portal, hemorragia...) el tratamiento es quirúrgico.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 60 años con antecedente de carcinoma de ovario seroso de alto grado estadio IV diagnosticado hace 2 años en actual tratamiento con quimioterapia (Vinorelbina cada 28 días). Acude a Urgencias por un cuadro de dolor abdominal de 4 días de evolución localizado en mesogastrio que ha ido progresivamente en aumento asociado a distensión abdominal. Niega fiebre, náuseas, vómitos, rectorragia u otra clínica de interés. A la exploración física presenta distensión abdominal con molestias leves en mesogastrio, sin signos de peritonismo. Analíticamente presenta 6.730 leucocitos (76,6% neutrófilos) con una PCR 31,3 mg/L. Se realiza una radiografía de abdomen con visualización de niveles hidroaéreos y distensión de asas compatibles con cuadro obstructivo. Se decide realizar TC abdominopélvico con contraste intravenoso, con hallazgos de un cuadro de oclusión intestinal de delgado que parece secundario a un asa cerrada, posiblemente de origen adherencial con dilatación retrógrada a dos cambios de calibre que se visualizan con morfología de pico de loro. Se evidencia una neumatosis intestinal segmentaria con difusión de gas hacia el mesenterio en relación con neumatosis quística intestinal, de causa no isquémica, manteniéndose permeables tanto la arteria como la vena mesentérica superiores. En el resto del estudio presenta progresión de su enfermedad de base (aumento de adenopatías supraclaviculares, retroperitoneales, inguinal y cadenas ilíacas, con afectación peritoneal).

Resultados: En el momento de la valoración se descarta una cirugía urgente (progresión de la enfermedad en terapia quimioterápica actual), por lo que se decide ingreso a cargo de Oncología Médica para tratamiento sintomático-paliativo. Durante su ingreso recibe como tratamiento Dexametasona 4 mg cada 12 horas con mejoría radiológica (ausencia de niveles hidroaéreos y distensión de asas en radiografía de control) y clínica por lo que es dada de alta a los 7 días.

Conclusiones: La neumatosis intestinal quística intestinal es un hallazgo infrecuente en la práctica clínica de etiología multifactorial que requiere de alta sospecha y de apoyo en hallazgos radiológicos. El tratamiento ha de ser individualizado en función de la clínica del paciente y los hallazgos, no siendo necesaria siempre una cirugía urgente para resolver el cuadro.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

UTILIZACIÓN DE MODELOS 3D BASADOS EN RESONANCIA MAGNÉTICA PARA LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN FÍSTULA ANAL COMPLEJA

Maria Perea Busquier; Mónica Serrano Navidad; María José Alcaide Quirós; Saray Quinto Llopis;
Ana María Sánchez Romero; Francisco López Rodríguez-Arias; Luís Sánchez Guillén;
Antonio Arroyo Sebastián. (*)

(*) Hospital General Universitario de Elche.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La resonancia magnética (RM) es actualmente la prueba complementaria estándar para la evaluación de las fístulas anales complejas. En los últimos años, se ha postulado que la reconstrucción de las mismas mediante modelos 3D puede mejorar la interpretación de las imágenes y facilitar la toma de decisiones quirúrgicas. Esta tecnología permite crear un plan preoperatorio personalizado para cada paciente, ya que ofrecen una representación más intuitiva y gráfica del trayecto de la fístula y su relación con las estructuras adyacentes. Presentamos un caso clínico de enfermedad perianal en una paciente con enfermedad de Crohn, en el que la creación de un modelo anatómico en 3D a partir de imágenes radiológicas contribuyó a la toma de decisiones quirúrgicas.

Material y métodos: Mujer de 26 años con enfermedad de Crohn luminal controlada en tratamiento con Infliximab. A la exploración física presenta 4 orificios fistulosos externos (OFEs): uno anterior próximo al margen anal que penetra por el espacio interesfinteriano, otro OFE derecho a 3cm del margen anal no permeable, y otros dos OFEs posteriores ambos a 2cm del margen anal previamente tutorizados con vessel-loops que salen por el orificio fistuloso interno (OFI), el cual se encuentra posterior a nivel de canal anal alto. Al tacto rectal se palpan dos extensiones de trayectos en herradura posterior que parten del OFI y se dirigen en dirección craneal hasta situarse a las 10h y 2h a 6cm del margen anal y 3cm del borde superior del aparato esfinteriano. Se plantea tratamiento con Alofisel que se había descartado previamente por la presencia de cavidades supraelevadoras sintomáticas. Se realiza RM para completar la evaluación y revalorar opciones terapéuticas.

Resultados: Se complementó la información radiológica con la creación de un modelo en 3D, lo que permitió una mayor facilidad de interpretación de las imágenes al ser tridimensional, con variabilidad de colores según las regiones anatómicas además de permitir seleccionar las estructuras de mayor interés para su estudio. Dicho modelo se presentó en comité de enfermedad inflamatoria, decidiéndose junto con el equipo de Medicina Digestiva y de forma consensuada con la paciente, desestimar nuevos procedimientos quirúrgicos al tratarse de una fístula con cavidades complejas en canal alto difícilmente abordables y beneficios discutidos, al encontrarse la paciente actualmente oligosintomática.

Conclusiones: La utilización de modelos anatómicos 3D en la planificación quirúrgica para el tratamiento de la fístula anal compleja puede facilitar la interpretación y elección de la técnica quirúrgica más adecuada. A pesar de que el uso actual de esta tecnología en el campo de la proctología sigue siendo limitado, los resultados preliminares sugieren que podría ser particularmente beneficiosa en el manejo de casos complejos.



UN RETO PARA EL CIRUJANO: FISTULA GASTROCÓLICA DE ORIGEN NEOPLÁSICO

Isabel Valentín-Gamazo González (1); Victoria Maderuelo García (1); Ramón Castañera González (1);
Juan Berrocal Cuadrado (2); Jon Rey Fernández De Mendiola (1); Rocío Sánchez García (1);
Carlenny Suero Rodríguez (1); Héctor Ordás Macías (1).

(1) Complejo Asistencial Universitario de Palencia; (2) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Una fístula gastrocólica es una comunicación anómala entre el estómago y el colon. La incidencia es del 0.4% de todas las operaciones. Generalmente ocurren entre la curvatura mayor gástrica y la parte distal del colon transverso. La causa más frecuente es una neoplasia maligna gástrica o colónica. Estas fístulas secundarias a neoplasia maligna son una complicación tardía e infrecuente debido a un retraso diagnóstico. Otras posibles causas son enfermedad de Crohn, úlcera gástrica benigna, pancreatitis necrotizante, diverticulitis,... La presentación clínica más frecuente es diarrea, vómitos y pérdida de peso, lo que conlleva a desnutrición severa. El diagnóstico lo confirma la gastroscopia, colonoscopia y TC abdomino-pélvico. El tratamiento consiste en la optimización nutricional y posterior intervención quirúrgica. El objetivo es presentar un caso de fístula gastrocólica en probable relación con neoplasia sin claro origen gástrico vs colónico.

Material y métodos: Varón de 73 años con antecedentes de gota, FA e HTA. Acude a urgencias por diarrea de una semana de evolución, asociada a vómitos, sin fiebre y pérdida de peso de 12kg en 3 meses. A la exploración abdomen anodino. Analíticamente presenta 14500/L leucocitos, 74.4% de neutrófilos, 10.1g/dl de hemoglobina, PCR de 159mg/L y desnutrición. Se decide ingreso por síndrome constitucional y diarrea, solicitándose una gastroscopia que evidencia fístula gastrocólica (anatomía patológica: carcinoma indiferenciado ulcerado y necrosado). Se completa el estudio con un TC abdomino-pélvico que confirma la fístula en probable relación con neoplasia gástrica y/o de colon; y con colonoscopia, siendo incompleta por la presencia de broncoaspiración. En TC de extensión se evidencia nódulo pulmonar sospechoso en lóbulo inferior izquierdo (neoplasia pulmonar primaria vs metástasis única). Se decide en Sesión Multidisciplinar optimización del paciente e intervención quirúrgica ante los hallazgos de fístula gastrocólica de origen neoplásico sin localizar el origen del mismo.

Resultados: En la intervención quirúrgica se objetiva tumor de gran tamaño que infiltra serosa, condicionando estenosis en colon transverso y fístula gastrocólica a nivel de la curvatura mayor gástrica. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada y gastrectomía subtotal mediante abordaje abierto. La anatomía patológica muestra adenocarcinoma intestinal con carcinoma gástrico indiferenciado pT4bN0. El postoperatorio cursa con pequeña dehiscencia de anastomosis ileocólica que se trata de forma conservadora, con posterior colección subesplénica resuelta con drenaje percutáneo. Actualmente está en seguimiento por Oncología para filiar nódulo pulmonar e inicio de tratamiento adyuvante.

Conclusiones: Nuestro paciente presenta una fístula gastrocólica que tras la intervención con resección en bloque y cirugía oncológica presenta en anatomía patológica adenocarcinoma intestinal con carcinoma gástrico desdiferenciado pT4bN0. Por lo tanto, nuestro paciente presenta una fístula gastrocólica secundaria a dos neoplasias sincrónicas, avanzadas, gástrica y de colon. Ante la sospecha de una fístula gastrocólica es fundamental la realización de pruebas complementarias tales como gastroscopia, colonoscopia y TC abdomino-pélvico; así como una optimización nutricional del paciente ya que suelen presentar desnutrición severa. El tratamiento definitivo es el quirúrgico, con resección de la fístula junto con los órganos involucrados. Pese a un correcto tratamiento, el pronóstico es malo debido al estadio avanzado del proceso neoplásico.



Comunicaciones Póster

METÁSTASIS PERINEALES, UNA FORMA INFRECUENTE DE METÁSTASIS DEL CÁNCER DE PULMÓN

Julia Sanchón Sánchez; Guillermo Cabezado Molleda; Paula Diaz Artigot; Andrea Martínez Charines; David Fernández Valle; Beatriz De Andrés Asenjo; María Ruiz Soriano; Juan Pablo Beltrán De Heredia Renteria. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Las metástasis cutáneas son manifestación clínica infrecuente de neoplasias de órganos internos, cuya incidencia es del 0,8%. Aparecen en casos avanzados de la enfermedad, con mal pronóstico y corta supervivencia. El cáncer de pulmón es una de las neoplasias más frecuentes a nivel mundial. La mayor parte de los pacientes se diagnostican cuando la enfermedad ya está avanzada y, por tanto, presentan mal pronóstico. La clínica se basa en la afectación local (tos, disnea o dolor torácico) o en la diseminación a distancia o síndromes paraneoplásicos. La localización más frecuente de metástasis del cáncer de pulmón son los ganglios linfáticos, cerebro, hueso, glándula suprarrenal o pulmón contralateral. Las metástasis cutáneas presentan una incidencia del 2,8%-12%, siendo su localización más frecuente la dorsal; suele presentarse en pacientes con metástasis en diferentes localizaciones. Asimismo, y aunque es más raro, puede ser la primera manifestación de dicha enfermedad. No existe relación demostrada entre la frecuencia de aparición de las mismas y el tipo histológico del cáncer de pulmón. Presentamos el caso de un varón de 70 años con antecedentes de adenocarcinoma de pulmón con estadio IV que presenta una metástasis cutánea perineal abscesificada.

Material y métodos: Varón de 70 años con antecedentes de adenocarcinoma de pulmón en estadio IV diagnosticado hace en 2019, tratado con paclitaxe, carboplatino y bevacizumab y, posteriormente, bevacizumab de mantenimiento. En el último año, presenta progresión de la enfermedad con metástasis óseas y suprarrenal izquierda, por lo que es tratado con carboplatino y permetrexed, y posteriormente permetrexed de mantenimiento. Actualmente, en tratamiento paliativo. Acude a Urgencias por presentar tumoración dolorosa, eritematosa, ulcerada en región perineal, sin afectación anal, en contacto con escroto, aumentada de tamaño en los últimos días y fiebre. Se realiza TC pélvico donde se observa masa perineal con signos de abscesificación o necrosis, correspondiente a metástasis, en íntima relación con escroto izquierdo. En la RMN se descarta la infiltración de testículo izquierdo. Se biopsia la tumoración, confirmando el estudio histológico el diagnóstico de metástasis. Debido a la escasa muestra, no es posible conocer el origen de la misma. Debido a la progresión del tumor primario, se decide no resecar la metástasis y se opta por tratamiento paliativo. El paciente fallece a los dos meses.

Conclusiones: Las metástasis cutáneas del cáncer de pulmón son una manifestación rara, con una incidencia que alcanza el 8,7%. A pesar de que existen muy pocos casos descritos en la literatura, el periné puede ser una de las localizaciones de las mismas. Dichas metástasis pueden ser la primera forma de manifestación del cáncer de pulmón o aparecer cuando existe diseminación a distancia; por ello, ante toda lesión cutánea sospechosa de localización atípica, debe realizarse un diagnóstico diferencial e instaurar el tratamiento correspondiente.



Comunicaciones Póster

IMPACTO DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN LAS COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS Y SUPERVIVENCIA LIBRE DE ENFERMEDAD EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN COLORRECTAL

Araceli Mateo Díaz; Clara López De Lerma Martínez De Carneros; Verónica Aranz Ostáriz;
Francisco López Rodríguez-Arias; Sara Chilar Moreno; Ana Sánchez Romero; Luis Sánchez Guillén;
Antonio Arroyo Sebastián. (*)

(*) Hospital General Universitario de Elche.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La citorreducción con o sin HIPEC en carcinomatosis colónica supone en la mayoría de los casos una cirugía agresiva con un elevado estrés metabólico para el paciente. La identificación de factores predictores de complicaciones postoperatorias en estos pacientes supone una mejora en los resultados de la cirugía, así como en las tasas de supervivencia global y libre de enfermedad. El objetivo de nuestro estudio es analizar la relación entre la composición corporal y el riesgo de complicaciones postquirúrgicas y la supervivencia libre de enfermedad (SLE) en pacientes intervenidos de carcinomatosis de origen colorrectal.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes intervenidos de carcinomatosis de origen colorrectal, en el Hospital General Universitario de Elche, entre los años 2018 y 2024. Se obtuvo una muestra final de 30 pacientes. La variable principal establecida fue el cálculo del índice de masa muscular esquelética (SMI), medido por TAC, y las variables secundarias fueron la SLE, las complicaciones postquirúrgicas globales, la tasa de dehiscencia anastomótica y el índice de carcinomatosis peritoneal (PCI).

Resultados: De los 30 paciente analizados, 16 fueron mujeres (53%) y 14 hombres (47%), con una media de edad de 63 años. Al 53% de los pacientes se le realizó una anastomosis tras la citorreducción y al 43% se les aplicó HIPEC. Analizando el SMI y según la clasificación Body Composition Elche (BCE), el 63,3% de los pacientes fueron clasificados en alto riesgo, presentando más complicaciones globales (68,4% vs 45,5%; $p=0.2$) y más tasas de dehiscencia anastomótica (44,4% vs 14,3%; $p=0.19$). En cuanto al PCI quirúrgico, el 48,3% presentó un $PCI \leq 5$, el 41,4% un PCI entre 6-14, y tan sólo un 10,3% un $PCI \geq 15$. Por último, se calculó la supervivencia libre de enfermedad relacionándola con el PCI y el SMI. En pacientes con PCI intermedio y alto (6 a ≥ 15) la supervivencia en meses fue similar tanto en los pacientes con una composición corporal de bajo riesgo como de alto riesgo (10 vs 7 meses; $p=0,5$). Sin embargo, en los pacientes con PCI bajo (≤ 5) la supervivencia en los pacientes con una composición corporal de bajo riesgo fue casi el doble que en los pacientes con una composición corporal de alto riesgo (24 vs 13 meses; $p=0,4$).

Conclusiones: La composición corporal es un factor predictor de complicaciones globales y de dehiscencia anastomótica en pacientes intervenidos de carcinomatosis de origen colorrectal, siendo en el caso de los pacientes con PCI bajos y un SMI catalogado de alto riesgo un factor limitante en la SLE. La falta de significación estadística de este estudio está relacionada con el pequeño tamaño muestral. No obstante, describe una clara tendencia hacia peores resultados postoperatorios en aquellos pacientes con una peor condición físico-metabólica, lo cual abre una vía de investigación futura hacia la importancia del mantenimiento y mejora de la masa muscular a través de los programas de prehabilitación.



Comunicaciones Póster

¿MUCOCELE APENDICULAR EN EL ESTUDIO DE EXTENSIÓN DEL TUMOR DE CÉLULAS DE MERKEL?

Julia Sanchón Sánchez; Guillermo Cabezudo Molleda; Juan Carlos García Vera; Daniel Baños Méndez;
Andrea Martínez Charines; María Ruiz Soriano; Carlos Ferreras García;
Juan Pablo Beltrán De Heredia Rentería. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Los tumores neuroendocrinos presentan una incidencia en aumento de 6,78 de cada 100000. Aunque generalmente son poco agresivos y con bajas tasas de invasión, ante la alta sospecha diagnóstica de malignidad es necesaria la realización de estudios complementarios para establecer el tratamiento más adecuado tras su resección. Presentan conductas clínicas, bioquímicas y biológicas muy heterogéneas. Su localización más frecuente es el apéndice, intestino delgado, recto y páncreas.

Material y métodos: Presentamos un caso de un paciente atendido en nuestro hospital por un carcinoma de células de Merkel en la región tibial medial derecha que asociaba un tumor neuroendocrino apendicular.

Resultados: Varón de 55 años derivado a nuestras consultas por presentar en la región tibial interna una tumoración de 8cm de diámetro, hipervascularizada, caliente y dolorosa, de dos años de evolución. Ante la alta sospecha de malignidad, se decide realizar un estudio complementario con ecografía, RMN y biopsia. Se concluye que es un tumor de células de Merkel con un índice de proliferación Ki67 del 60%. Se realiza una extirpación con colgajo laminar y se sigue con un estudio de extensión, que consistió en ecografía y biopsia de ganglios inguinales, SPECT- TAC toracoabdominopélvico, TC craneal y colonoscopia. En este, se observa una lesión en fosa iliaca derecha, bien delimitada junto a las asas de delgado. En comité oncológico se decide la realización de una apendicectomía. Tras el estudio anatomopatológico, se concluye que es un tumor neuroendocrino de bajo grado con márgenes libres. Se realiza seguimiento en consulta cada 3 meses con estudio clínico y PET-TC, ya que se desestima la radioterapia por riesgo de ulceración del injerto tibial, sin haber presentado recidivas en el momento actual.

Conclusiones: El carcinoma de células de Merkel es un tumor cutáneo neuroendocrino con mayor agresividad, mortalidad y recidivas. Hasta el 10% tiene afectación ganglionar al diagnóstico y el 8% metástasis. El tratamiento se basa en una resección con márgenes libres y radioterapia.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

RECONSTRUCCIÓN DEL TRÁNSITO CON SEPARACIÓN ANTERIOR DE COMPONENTES EN COLITIS ULCEROSA TRAS MEGACOLON TÓXICO

Andrea Garrido Núñez; Mónica Serrano Navidad; Maria José Alcaide Quirós;
Francisco López Rodríguez-Arias; Ana María Sánchez Romero; Saray Quinto Llopis;
Luis Sánchez Guillén; Antonio Arroyo Sebastián. (*)

(*) Hospital General Universitario de Elche.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El megacolon tóxico es una complicación grave de la colitis ulcerosa que puede requerir cirugía urgente con colectomía subtotal e ileostomía terminal, ya que de ese modo se controla la inflamación y se mantiene la opción de una reconstrucción intestinal posterior. Estas intervenciones urgentes pueden causar complicaciones a largo plazo, como hernias incisionales y paraestomales, que afectan al 20-50% de los pacientes. La reconstrucción del tránsito posterior con anastomosis ileorrectal es un procedimiento con una morbilidad de alrededor del 20%, lo cual puede aumentar si el paciente presenta una hernia compleja que requiera tratamiento en el mismo acto quirúrgico. Los avances en las técnicas quirúrgicas y la mejora de los materiales protésicos, facilitan el abordaje simultáneo de ambas patologías. Esta estrategia permite una recuperación postoperatoria más rápida, mejora sustancialmente la calidad de vida del paciente, reduce los tiempos de espera entre intervenciones y ofrece un potencial ahorro económico al optimizar los recursos y disminuir la necesidad de múltiples procedimientos.

Caso clínico: Varón de 43 años con antecedente de colitis ulcerosa tras un episodio de megacolon tóxico con perforación que requirió colectomía subtotal e ileostomía terminal. Al año de la intervención es remitido para valoración de reconstrucción del tránsito, evidenciando en la exploración una hernia incisional de laparotomía media de 10 cm de diámetro transversal y una hernia paraestomal, ambas asintomáticas y sin signos de complicación. A la espera de cirugía programada, el paciente ingresa por obstrucción intestinal adherencial, resuelta con tratamiento conservador. Se realiza TC abdominal en Valsalva que muestra tres hernias interconectadas: una mesogástrica, otra craneal a la primera que incluye epiplon y lóbulo hepático izquierdo y una paraestomal con 1 cm de diámetro transversal y craneocaudal, clasificándose según la European Hernia Society como hernia incisional M2-4W3. Se programó cirugía electiva preferente para reconstrucción del tránsito y cierre de pared abdominal por riesgo de nuevo episodio oclusivo, realizándose infiltración de toxina botulínica un mes previo a la intervención. Se llevó a cabo una reconstrucción del tránsito con anastomosis ileorrectal y separación anterior de componentes Carbonell-Bonafé, con buena evolución postoperatoria siendo alta el 7o día postoperatorio, sin signos de recidiva herniaria a los 6 meses de la intervención.

Discusión: La reconstrucción del tránsito combinada con la reparación de una eventración compleja en un solo acto eleva la dificultad de la técnica y los riesgos asociados al procedimiento inicial. La planificación y prehabilitación adecuada antes de la cirugía puede mejorar los resultados y disminuir la morbilidad, lo cual es especialmente importante en cirugías electivas con alta probabilidad de complicaciones.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

FITOBEOAR INTESTINAL EN FIBROSIS QUÍSTICA

Juan Carlos García Vera; Guillermo Cabezudo Molleda; Paula Díaz Artigot; Daniel Baños Méndez;
Julia Sanchon Sanchon; Andrea Martínez Charines; Cesar Infante; Juan Beltrán De Herdia. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Los pacientes con fibrosis quística presentan un grupo de manifestaciones gastrointestinales con una gravedad variable como consecuencia del incremento en la viscosidad del moco y el tiempo prolongado del tránsito intestinal y en adultos puede llegar a una prevalencia que varía entre el 14% y el 16%. Dadas las dificultades que se presentan en estos pacientes para definir y establecer el diagnóstico, quisimos ilustrar este síndrome con 2 niños que consultaron a nuestra institución; además, se realizó una revisión del tema para generar sensibilización sobre el diagnóstico temprano y su manejo. Los pacientes presentan dolor abdominal intenso y continuo de horas de evolución, con náuseas y vómitos. En la exploración física presenta dolor abdominal difuso y distensión abdominal. Se decide realizar radiografía simple de abdomen y posteriormente otra prueba complementaria como TC o ecografía.

Material y metodos: Presentamos un caso de un paciente con antecedentes de fibrosis quística que ingresa por obstrucción intestinal.

Resultados: Mujer de 25 años que acude distensión abdominal y ausencia de deposición de un día y medio de evolución. Refiere que ha tenido episodios anteriores que se ha resuelto solos. Realizo pequeño vomito alimenticio. Antecedente único de fibrosis quística. A la exploración física el abdomen estaba distendido, con dolor a la palpación profunda en hemiabdomen inferior. - Pruebas Complementarias Se realizó un TC de abdomen con contraste intravenoso en el que se visualiza una dilatación de asas de intestino delgado de hasta 5 cm de calibre en flanco fosa ilíaca izquierda sin visualizar un claro cambio brusco de calibre, observando en hipogastrio un asa con abundante contenido "en miga de pan". *Analítica: Sin alteraciones exceptuando una elevación de la PCR de 79,23 Dado el dolor abdominal intenso que presento se decide intervenir de manera urgente visualizando intraoperatoriametne un cambio brusco de calibre secundario a fitobezoar en luz de dichas asas, por lo que se realiza resección de 20cm de asas afectadas con posterior anastomosis. Presenta una evolución lenta pero favorablemente dándose de alta a las dos semanas sin requerir reingreso posteriormente.

Conclusiones: La fibrosis quística es una patología que condiciona múltiples trastornos gastrointestinal entre las que se encuentran las obstrucciones intestinales por fitobezoar. Aunque el manejo se debe individualizar y conviene realizar un manejo conservador dada las altas probabilidades de recidiva, la cirugía es necesaria ante una evolución tórpida o una clínica desfavorable.



Comunicaciones Póster

HIPERPLASIA MIOINTIMAL IDIOPÁTICA DE VENAS MESENTÉRICAS COMO CAUSA DE ISQUEMIA COLÓNICA DE ORIGEN VENOSO: ¿QUÉ NOS DICE LA LITERATURA SOBRE ESTA GRAN DESCONOCIDA?

Beatriz Villota Tamayo; Teresa Pascual Vicente; Olatz Ocerin Alzaga; Jaime Encinas Gutiérrez;
Gerardo Moro Portela; Paula Rubio Cerdeiro; Jorge Cervera Aldama; José María García González. (*)

(*) Hospital Universitario de Cruces.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La hiperplasia miointimal idiopática de las venas mesentéricas (HMIVM) es una entidad extremadamente infrecuente que se manifiesta como isquemia mesentérica veno-oclusiva de origen no trombótico. Actualmente el diagnóstico y manejo de la misma no está bien establecido, aunque la cirugía parece ser el tratamiento curativo. El objetivo de esta comunicación es dar a conocer esta rara entidad a través de un caso clínico y revisar la literatura reciente.

Material y métodos: Presentación de caso clínico y revisión narrativa de la literatura publicada recientemente en relación con esta patología.

Resultados: Varón de 74 años en estudio por pancolitis inflamatoria inespecífica corticorresistente de más de un año de evolución en tratamiento con Adalimumab, que ingresa por reagudización con dolor abdominal, náuseas y hasta 15-20 deposiciones diarias. Análiticamente se evidencia elevación de reactantes de fase aguda y de calprotectina sérica. Mediante colonoscopia se objetiva mucosa edematosa con úlceras aisladas en sigma. Las biopsias endoscópicas muestran hallazgos de colitis inespecífica con proliferación vascular difusa, engrosamiento hialino y fenómenos de microtrombosis, lo cual sugeriría un proceso vascular subyacente. Mediante PET se descarta una vasculitis sistémica activa y se objetiva únicamente datos de colitis en sigma. El paciente presenta una evolución tórpida pese a tratamiento médico, con dolor abdominal de difícil control a pesar de analgesia de 3er escalón. Finalmente, en TAC se objetivan hallazgos sugestivos de pancolitis isquémica de origen venoso. Tras valoración multidisciplinar, se decide intervención quirúrgica urgente. Intraoperatoriamente se objetiva engrosamiento segmentario en colon sigmoide y signos inflamatorios leves en ciego e íleon terminal, por lo que se decide resección del segmento de mayor afectación y se realiza intervención de Hartmann vía laparoscópica. El postoperatorio cursa sin incidencias y el resultado anatomopatológico definitivo resulta compatible con HMIVM. Esta entidad, de incidencia desconocida pero probablemente infraestimada, afecta fundamentalmente a hombres (>80%) jóvenes sin comorbilidades, a diferencia de la colitis isquémica. Clínicamente cursa con dolor abdominal, diarrea y hematoquecia (rara vez asocia rectorragia). La mayoría de los casos afecta exclusivamente a recto-sigma (>90%), aunque también se ha descrito afectación de intestino delgado y colon ascendente (<5%). Habitualmente el retraso diagnóstico es significativo, ya que los hallazgos endoscópicos y radiológicos son inespecíficos. No obstante, hasta un 35% presentan anomalías anatómicas venosas radiológicas. Inicialmente suelen etiquetarse como enfermedad inflamatoria intestinal o colitis isquémica idiopática, por lo que muchos reciben tratamiento con corticoides, antibióticos e inmunosupresores y aproximadamente el 29% desarrollan complicaciones como perforación, obstrucción intestinal, peritonitis o megacolon tóxico previo al diagnóstico definitivo. Más del 98% de los casos precisan cirugía como tratamiento curativo. Aunque se desconoce cuál debería ser la extensión óptima de las resecciones quirúrgicas en estos casos, los procedimientos reportados con mayor frecuencia son la intervención de Hartmann, colectomías segmentarias o resección anterior baja de recto, aunque también existen casos de proctocolectomía total con reservorio ileo-anal. Pese a la escasez de evidencia, la resección quirúrgica segmentaria parece curativa, con tasas de recurrencia ínfimas y escasas complicaciones postquirúrgicas.

Conclusiones: Conocer los aspectos diferenciales de la HMIVM es fundamental para establecer una sospecha diagnóstica temprana. Pese a la escasez de evidencia, la cirugía tiene un papel diagnóstico y terapéutico esencial, y las resecciones segmentarias en función de la extensión de la enfermedad parecen curativas.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

ASCITIS QUILOSA TRAS BYPASS GÁSTRICO

Juan Carlos García Vera; Guillermo Cabezero Molleda; Paula Díaz Artigot; Daniel Baños Méndez;
David Fernández Del Valle; Celeste Rodríguez Cordero; Carlos Jezieniecki Cesar Infante;
Juan Beltrán De Herdia. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La ascitis quillosa hace referencia a la acumulación de quilo en la cavidad peritoneal, generalmente causada por la ruptura u obstrucción de los conductos linfáticos abdominales. Se manifiesta clínicamente con distensión abdominal, y el diagnóstico más útil se obtiene mediante el aumento de los triglicéridos en el líquido ascítico. Aunque las neoplasias son la causa más frecuente, también deben considerarse otras etiologías menos comunes, como la cirugía abdominal.

Material y métodos: Presentamos un caso de ascitis quillosa secundaria a un bypass-gástrico.

Resultados: Paciente de 31 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal y vómitos tres días de evolución que ha ido empeorando. Antecedentes de by pass gástrico de una sola anastomosis (BAGUA) hace 7 años, y posterior re-intervención hace un año por dehiscencia de anastomosis.

Pruebas complementarias: Analítica sin alteraciones. TAC abdominal: Se observa una imagen en "remolino" a nivel infraumbilical, encontrándose comprometido el flujo tanto de arteria como vena mesentéricas superiores. Existe a ese nivel marcado edema del mesenterio adyacente, con efecto de masa, estructuras ganglionares aumentadas de tamaño y de aspecto edematoso • Gastroscoopia donde no se observan alteraciones. Ingresa con Cirugía General donde se decide intervenir de manera urgente con el diagnóstico de mal rotación intestinal. Se realiza una laparoscopia donde se observa una ascitis quillosa de moderada cuantía, en su mayoría alojado en pelvis menor e infiltrado de aspecto lechoso en mesenterio. Se toma muestra evidencias una elevación de triglicéridos. Presenta buena evolución en el postoperatorio inmediato con buen control del dolor y se realiza alta hospitalaria tras realización IC a endocrinología y nutrición, quienes dan pautas dietéticas (dieta hipograsa estricta)

Conclusiones: El tratamiento implica una dieta alta en proteínas con restricción de grasas y suplementos de triglicéridos de cadena media, reservando la cirugía para casos que no responden al tratamiento conservador, aunque a pesar de ello, en una mayoría de casos persiste la clínica.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

PERFORACIÓN RECTAL SECUNDARIA A ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS ¿TENEMOS CLARO QUÉ DEBEMOS HACER?

Victoria Bellido Moreno (1); María Del Carmen Ferrer Castro (2); Antonio Miguel Moya Ferre (2);
Pablo Vazquez Barros (2).

(1) Hospital Universitario Costa del Sol; (2) Hospital Santa Ana Motril.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La administración de enemas con sonda rectal es un procedimiento frecuente en urgencias, especialmente en pacientes ancianos. La perforación rectal debido a este tratamiento es una complicación poco frecuente (se estima en 0.1%), pero grave y potencialmente mortal. El objetivo de esta comunicación es presentar dos casos clínicos de perforación rectal secundaria a la administración de enemas, así como revisar las recomendaciones existentes en cuanto al manejo de esta patología.

Material y metodos: El primer caso es un paciente varón pluripatológico de 89 años. Se indican enemas con sonda rectal por turnos por estreñimiento. A las 24 horas presenta oliguria y distensión abdominal, por lo que se realiza TAC que diagnostica perforación a nivel de la unión anorrectal y pequeñas burbujas de aire adyacentes (Figura 1a). Se inició cobertura antibiótica y manejo conservador dada la escasa repercusión clínica y analítica. El TAC de control seis días después mostró desaparición del aire en mesorrecto sin otros hallazgos (Figura 1b). El paciente reinició tolerancia oral y fue dado de alta sin otras complicaciones. La segunda paciente es una mujer de 77 años pluripatológica con ERC avanzada y cardiopatía isquémica. Acude a urgencias por estreñimiento y dolor en hipogastrio. Hemodinámicamente estable, analítica sin alteraciones destacables. Se inicia administración de enemas con sonda rectal que resultan poco efectivos. Al reevaluar a la paciente, se aprecia hematoquecia junto con empeoramiento del dolor abdominal y elevación de reactantes de fase aguda. Se solicita TAC abdominal que muestra abundante aire en mesorrecto y hacia retroperitoneo (Figura 2a). Se realiza laparotomía exploradora en la que no se aprecia líquido libre abdominal ni signos de isquemia y se realiza colostomía lateral. El TAC de control en el 5º día postoperatorio mostró resolución completa de retroneumoperitoneo sin otros hallazgos a nivel abdominal.

Resultados: Se debe mantener un alto índice de sospecha en la reevaluación de los pacientes tratados con enemas, ya que un diagnóstico y tratamiento precoces son fundamentales para un mejor pronóstico. El dolor abdominal es el síntoma más frecuente (80% de los pacientes), presentando solo el 13.3% de los pacientes hematoquecia o rectorragia. El diagnóstico se realiza en la mayoría de los casos con TAC. Una revisión sistemática y metaanálisis realizada en 2020 mostró que la prevalencia estimada de mortalidad para pacientes con perforación secundaria a enema fue del 38.5%. La localización más habitual fue el recto extraperitoneal (81% de los casos), seguido de la unión rectosigmoidea (9.5%) y el colon sigmoide (9.5%). En este estudio, se calcula que el 81.6% de los pacientes fueron tratados con cirugía, y el 14.3% de forma conservadora. En casos en los que la perforación rectal sucede en el contexto de pacientes con preparación colónica previa, ésta podría manejarse inicialmente de forma conservadora. En el caso de pacientes sin preparación previa, algunos autores abogan por manejo conservador en pacientes seleccionados, con perforaciones localizadas, con escaso aire en mesorrecto, signos inflamatorios muy leves y escasa repercusión clínica y analítica. En el resto de pacientes se recomienda cirugía con realización de colostomía (terminal o lateral en función de los hallazgos intraoperatorios).

Conclusiones: Se debe concienciar al personal sanitario de los riesgos potenciales del uso de sonda rectal, y de las precauciones para llevar a cabo este procedimiento, ya que habitualmente es considerado como inocuo y realizado por personal sin las indicaciones adecuadas. A pesar de que esta patología no es algo anecdótico en la práctica clínica, no hay suficientes estudios publicados al respecto ni recomendaciones basadas en una evidencia científica fuerte. Esto puede deberse en gran medida a los aspectos médico-legales que pueden acompañar a esta patología.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

MALROTACIÓN INTESTINAL COMPLEJA EN ADULTO

Juan Carlos García Vera; Guillermo Cabezudo Molleda; Paula Díaz Artigot; Daniel Baños Méndez;
Andrea Martínez Charines; Celeste Rodríguez Cordero; Jesús Gabriel González Perea;
Juan Beltrán De Herdia. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La malrotación intestinal es un fallo en la rotación y fijación normal del intestino medio durante el desarrollo embrionario, que puede permanecer asintomática a lo largo de la vida o llevar a síntomas abdominales agudos.

Método: Presentamos el caso de un paciente que acude a la Sala de Urgencias con un cuadro clínico de obstrucción intestinal.

Resultados: Paciente de 59 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos significativos que presenta dolor abdominal, vómitos e intolerancia oral. Episodios similares habían ocurrido previamente, resolviéndose de forma espontánea. A la exploración, el paciente presenta abdomen distendido y dolor en el mesogastrio.

Pruebas complementarias: Tomografía computarizada abdominal: Muestra una alteración en la localización de los lazos intestinales, consistente con malrotación intestinal compleja: el colon ascendente se encuentra en el flanco izquierdo y fosa ilíaca izquierda, mientras que el colon transversal forma un lazo alrededor del pedículo aorto-mesentérico. Gastroscopia: No muestra anomalías. El paciente es ingresado en el servicio de Cirugía General, donde inicialmente se decide un manejo conservador con sonda nasogástrica (SNG) y dieta absoluta. Debido al empeoramiento de su condición, se decide intervención quirúrgica al quinto día de hospitalización. Se realiza una laparotomía que revela malrotación, con el colon derecho situado sobre el flanco izquierdo y el colon transversal mostrando un desplazamiento repentino hacia la derecha antes de descender posteriormente hacia la izquierda, extendiéndose profundamente en la raíz del mesenterio y obstruyendo la salida de la tercera porción del duodeno. Debido a la imposibilidad de liberar la obstrucción sin dañar el eje vascular-mesentérico, se realiza un bypass duodeno-yeyunal. El paciente muestra una buena evolución y es dado de alta al séptimo día postoperatorio.

Conclusión: La malrotación intestinal en adultos es difícil de diagnosticar principalmente debido a la baja incidencia del trastorno, y sus características específicas solo pueden conocerse durante la cirugía. Como resultado, puede convertirse en una condición desafiante tanto para el tratamiento como para la comprensión. La malrotación intestinal en adultos es difícil de diagnosticar principalmente debido a la baja incidencia del trastorno, y sus características específicas solo pueden conocerse durante la cirugía. Como resultado, puede convertirse en una condición desafiante tanto para el tratamiento como para la comprensión.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster CUERPOS EXTRAÑOS RECTALES: LA MALDAD DE LOS OBJETOS INANIMADOS

Daniel Baños Méndez; Juan Carlos García Vera; Paula Diaz Artigot; Julia Sanchón Sánchez;
David Fernández Valle; María Ruiz Soriano; Beatriz De Andrés Asenjo;
Juan Beltrán De Herdia Rentería. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El hallazgo de cuerpos extraños en el recto es un motivo de consulta que, para el cirujano general de guardia, puede suponer un reto debido a la variedad de objetos y la dificultad para extraerlos. El objetivo de esta comunicación es realizar una breve revisión sobre la incidencia, el manejo y las complicaciones asociadas a los cuerpos extraños rectales.

Material y métodos: Se lleva a cabo una revisión bibliográfica en Pubmed de los artículos y casos clínicos publicados en los últimos 5 años que informasen acerca de la incidencia, las complicaciones y los enfoques terapéuticos para extraer los cuerpos extraños del recto.

Resultados: La atención urgente por casos de cuerpos extraños rectales es un problema clínico cada vez más frecuente durante la labor asistencial. La incidencia exacta se desconoce, ya que normalmente los pacientes solo consultan por ello cuando es imposible su autoextracción o presentan clínica. Ploner et al. describieron en un metaanálisis que la introducción intencional con fines de estimulación sexual es la causa más frecuente (35,8%), predominando sobre todo en varones adultos. Otras causas documentadas son la agresión sexual, el alivio del estreñimiento o las caídas accidentales. Los objetos más comúnmente empleados son los dispositivos sexuales (35,7%), seguido de los objetos de vidrio (17,5%) y alimentos (11,2%). La mayoría de los pacientes son reacios a dar una historia detallada del incidente, por miedo a la estigmatización. Hasta en el 20% de los casos no suelen especificar la inserción de un cuerpo extraño rectal como motivo de consulta, refiriendo en su lugar dolor abdominal o rectal, estreñimiento o rectorragia. El diagnóstico se basa en una anamnesis cuidadosa, seguida de una exploración física, tanto abdominal como rectal, y las pruebas de imagen como la radiografía y/o el TC abdominal con el fin de identificar el objeto y descartar la presencia de complicaciones asociadas. Es importante preguntar por los intentos de extracción previos, ya que como consecuencia de ello se produce un espasmo esfinteriano que puede limitar la manipulación posterior. Con respecto a las complicaciones destacan la rectorragia, la lesión esfinteriana y la perforación rectal, pudiendo producirse tanto durante la introducción como en los posteriores intentos de extracción. Por lo general, los objetos pueden ser extraídos a pie de cama. Sin embargo, si esto fracasa, se debe llevar a cabo una exploración en quirófano bajo sedación o anestesia general. Por otro lado, si no se logra la extracción por vía transanal o si existen complicaciones se debe realizar una laparoscopia o laparotomía exploradora, según la experiencia del cirujano responsable.

Conclusiones: Los cuerpos extraños rectales representan un problema de difícil manejo para el cirujano responsable, planteando un reto diagnóstico y terapéutico. Debido a la gran variedad de objetos que nos podemos encontrar, el tratamiento debe ser individualizado y, en ocasiones, puede ser necesaria la creatividad e imaginación del cirujano para su extracción con la menor iatrogenia posible.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

LIPOMA COLÓNICO GIGANTE PERFORADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rocío Sánchez García; Mariana Salanova Rodríguez; María López Rubio;
Jon Rey Fernández De Mendiola; Henry André Guilarte Hernández; Marina Rodil Gallego;
Isabel Valentín-Gamazo; Victoria María Maderuelo García; Héctor Ordás. (*)

(*) Hospital Río Carrión.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Los lipomas de colon son tumores benignos formados en el tejido adiposo de la submucosa del colon, con mayor incidencia en ciego y colon ascendente. Aunque solo comprenden entre el 0,2-4,4% de las neoplasias colorrectales, representan una patología de importancia clínica. Los lipomas son típicamente pequeños, pero aquellos de más de 4 cm se consideran gigantes y pueden provocar intususcepción, obstrucción y abdomen agudo quirúrgico por perforación.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 73 años, que acude a la urgencia por dolor abdominal de 5 días de evolución asociado a estreñimiento. No presenta estudios endoscópicos ni pruebas de imagen abdominales previas. La paciente se encuentra hipotensa, taquicárdica y en la exploración presenta abdomen doloroso a nivel de mesogastrio con signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca una elevación de la Proteína C Reactiva 177.7 mg/dl, Leucocitosis de 16800 Miles/mm³, y Neutrofilia de 92%. Dada la situación clínica de la paciente y la analítica se decide realización de tomografía computerizada abdominal (TAC) donde se objetiva una imagen ovalada de densidad grasa bien delimitada a nivel de mesogastrio, dependiendo directamente del colon transverso de unos 12,7x10x8 cm (eje transverso, craneocaudal y anterior-posterior respectivamente) con numerosas burbujas aéreas en su interior. Se acompaña de engrosamiento parietal de colon transverso con solución de continuidad a este nivel sugestivo de perforación.

Resultados: Dado el contexto de la paciente y los hallazgos del TAC se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza una laparotomía media supraumbilical, con hallazgos de plastrón de asas de intestino delgado rodeando una lesión de unos 10 cm de diámetro dependiente de colon transverso con perforación de la pared de la misma, contenida, que al liberarse produce salida de contenido fecaloideo. Se realiza liberación de la tumoración y sección del cuello. Se comprueba la integridad de la pared del colon. Durante el postoperatorio el paciente presenta una recuperación lenta pero favorable siendo dado de alta a los 7 días de la cirugía con reinicio de tránsito gastrointestinal y tolerancia a vía oral sin incidencias.

Discusión: En conclusión, los lipomas de colon, aunque son tumores benignos y poco frecuentes, pueden presentar complicaciones significativas, especialmente cuando alcanzan tamaños grandes. El caso de la mujer de 73 años ilustra cómo un lipoma gigante en el colon transverso puede llevar a una situación clínica crítica, requiriendo intervención quirúrgica urgente debido a perforación y otros problemas asociados. A pesar de que estos lipomas suelen ser asintomáticos, es crucial estar atentos a los síntomas que puedan indicar complicaciones. Además, el manejo de los lipomas colónicos aún carece de un consenso claro, lo que resalta la necesidad de más investigaciones para establecer guías efectivas que ayuden a prevenir complicaciones a largo plazo. La recuperación de la paciente tras la cirugía sugiere que, aunque el tratamiento puede ser complejo, es posible lograr resultados favorables.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

NEUMATOSIS INTESTINAL ASINTOMÁTICA: ¿SE DEBE OPERAR SIEMPRE?

Daniel Baños Méndez; Guillermo Cabezado Molleda; Paula Díaz Artigot; Andrea Martínez Charines;
David Fernández Valle; María Ruiz Soriano; Beatriz De Andrés Asenjo;
Juan Pablo Beltrán De Heredia Rentería. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La neumatosis intestinal es una entidad clínica que consiste en la presencia de gas en la pared intestinal. Por parte de los cirujanos, saber distinguir entre las causas benignas y las potencialmente mortales es vital. Describimos tres casos de neumatosis intestinal asintomática, atendidos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, con el objetivo de subrayar la importancia de saber reconocer aquellas causas no quirúrgicas.

Material y métodos: Varón de 78 años evaluado por dolor abdominal de un mes de evolución, sin signos de irritación peritoneal ni hallazgos analíticos relevantes. En el TC abdominal se evidencia neumatosis e hipocaptación mucosa en un segmento extenso de intestino delgado, en relación con probable isquemia mesentérica. Se realiza laparotomía exploradora, evidenciándose un segmento de 40 cm de íleon con neumatosis, pero sin signos de necrosis ni isquemia. Evolución postoperatoria sin complicaciones. Mujer de 60 años con diagnóstico de carcinoma seroso de ovario estadio IV, en tratamiento quimioterápico actualmente. Acude por distensión y dolor abdominal de cuatro días de evolución, sin signos de peritonismo. En el TC abdominal se aprecia una neumatosis quística del intestino delgado, sin datos de isquemia. Dado que la paciente no presenta signos de alarma se desestima intervención quirúrgica urgente, ingresando en el servicio de Oncología para vigilancia y valoración de su enfermedad de base. Mujer de 73 años, ingresada por fiebre de origen desconocido, que sufre traumatismo accidental en cadera derecha, razón por la cual se solicita TC de extremidades para descartar fractura, con el hallazgo casual de neumatosis en colon ascendente. Se amplía el estudio realizándose TC abdominal que confirma el diagnóstico. La paciente no refiere dolor abdominal ni una exploración patológica, por lo que se descarta abdomen agudo quirúrgico.

Resultados: La incidencia de la neumatosis intestinal es difícil de determinar porque la mayoría de los pacientes están asintomáticos y no consultan por ello, detectándose habitualmente de forma incidental en pruebas de imagen o endoscópicas realizadas por otro motivo. Cuando se detecta se debe realizar una historia clínica detallada, prestando especial atención a los factores de riesgo de isquemia intestinal, además de evaluar los hallazgos radiológicos. Con respecto al manejo, es fundamental saber reconocer los casos que no precisan de tratamiento quirúrgico, lo que permite evitar intervenciones injustificadas que exponen a los pacientes a una mayor morbilidad. En nuestro caso, los pacientes evaluados no presentaban datos clínicos ni analíticos de abdomen agudo quirúrgico. Sin embargo, los hallazgos radiológicos de probable isquemia mesentérica nos llevaron a intervenir al primer paciente, resultando en una laparotomía en blanco. Tanto este, como los casos restantes tratados de forma conservadora no presentaron complicaciones abdominales de ninguna índole.

Conclusiones: Los hallazgos previamente mencionados ponen de manifiesto la importancia de valorar cuidadosamente los hallazgos clínicos y radiológicos en el abordaje diagnóstico y terapéutico de la neumatosis intestinal. Como se puede constatar, esta patología puede ser tratada de forma conservadora, evitando así intervenciones quirúrgicas innecesarias.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

ÚLCERAS PERIANALES TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE POMADA ANTIHEMORROIDAL

Jon Rey Fernández De Mendiola; Anggie Melania Rodríguez Rivas; Victoria María Maderuelo García; Isabel Valentín-Gamazo González; Mariana Salanova Rodríguez; María López Rubio; Katherine Teresa Plúa Muñiz; Héctor Ordás Macías. (*)

(*) Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La etiología de las úlceras perineales puede ser múltiples, desde enfermedades infecciosas que son la causa más frecuente hasta en menor medida enfermedades inflamatorias, neoplasias malignas o en relación a algún fármaco. Dependiendo de su etiología, las medidas a adoptar varían. Objetivo: Describir un caso de aparición de úlceras perianales relacionado a la administración tópica de pomada.

Material y métodos: Paciente de 74 años de edad, que acude al Servicio de Urgencias con historia de al menos dos meses de evolución de "síndrome hemorroidal" tratada con pomada anso[®], con regular evolución y aparición de lesiones perianales tipo úlceras muy dolorosas, así como alteración de la mecánica defecatoria. Niega cualquier otra clínica. A la exploración dirigida: en posición de Sims se objetiva en periné posterior úlceras con bordes sobreelevados y fondo fibroso de espesor demoepidérmico, la mayor de ellas de 2cm de diámetro. Periné anterior sin presentar lesiones. Hemorroides grado II sin signos de complicación. No estigmas de incontinencia. Se realiza analítica siendo esta normal y se procede a realizar cura con fomento de protosan además de suspensión de medicación tópica, ajuste de medicación analgésica y valoraciones semanales en sala de curas.

Resultados y conclusiones: La paciente es vista en Consultas de Cirugía presentando mejoría importante tras la interrupción de la medicación, siendo dada de alta médica al mes y medio. En la literatura se recogen artículos que describen las lesiones producidas por esta medicación que contiene; acetónido de triamcinolona, corticoide de potencia intermedia y activo de mayor potencial dañino debido a su efecto vasoconstrictor que es capaz de provocar atrofia cutánea tras el uso de forma continuada. Lidocaína, anestésico local, que presenta tanto acción vasoconstrictora como vasodilatadora dependiendo de su concentración, por lo que podría provocar una sinergia en la acción. Mientras que el tercer compuesto es un heparinoide. Ante este tipo de lesiones, es importante la realización de una minuciosa historia clínica para descartar causa medicamentosa. En caso de ser así, precisa suspensión de la medicación y controles de forma periódica ya que pueden requerir seguimiento a largo plazo. Así pues, el uso de este tratamiento debe de ser individualizado y sobre todo realizar un seguimiento de su uso en caso de que se prescriba durante un largo periodo de tiempo.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

ENDOMETRIOSIS RECTAL: UN EJEMPLO DE ABORDAJE TRANSANAL

Daniel Baños Méndez; Guillermo Cabezudo Molleda; Paula Díaz Artigot; Andrea Martínez Charines;
David Fernández Valle; Alejandro Romero De Diego; Beatriz De Andrés Asenjo;
Juan Pablo Beltrán De Heredia Rentería. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La endometriosis consiste en la presencia de implantes de tejido endometrial fuera del útero. Se estima que aproximadamente el 8 – 12% de las pacientes con endometriosis tienen afectación intestinal, siendo la localización más frecuente el recto – sigma. Presentamos el caso de una paciente intervenida por vía transanal de una tumoración rectal de difícil diagnóstico que resultó ser un foco de endometriosis.

Material y métodos: Paciente de 42 años en estudio por síndrome de intestino irritable. En la colonoscopia se objetiva como hallazgo incidental una masa submucosa a unos 10 cm del margen anal, mostrando cambios inflamatorios inespecíficos en las biopsias obtenidas. Se completa estudio con RMN pélvica visualizándose en la cara anterolateral derecha del recto una lesión intramural bien delimitada de unos 25 mm, sin datos de malignidad, que podría tratarse de un leiomioma o un GIST, existiendo dudas diagnósticas al respecto. La paciente es sometida a una cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS), hallándose una lesión de unos 3 cm en la cara anterior del recto, a unos 12 cm del margen anal. Con estos hallazgos se lleva a cabo una resección endoanal de espesor completo. Durante la intervención se produce acceso a cavidad abdominal, por lo que tras cierre de la luz rectal se lleva a cabo una revisión laparoscópica, realizándose un refuerzo sero-seroso de la zona de la resección justo por encima de la reflexión peritoneal. El postoperatorio cursa sin incidencias. El estudio histopatológico revela que la lesión se trata de un foco de endometriosis que invade la submucosa y la capa muscular del recto, por lo que se deriva a la paciente al servicio de Ginecología.

Resultados: El diagnóstico de la endometriosis rectal puede suponer un verdadero reto, ya que las pacientes suelen estar asintomáticas y la presencia de una masa en la pared del recto puede simular una neoplasia, tales como un adenocarcinoma de recto, un GIST, un leiomioma o una metástasis. La colonoscopia no suele ser concluyente porque la endometriosis suele afectar a las capas más externas, pudiendo apreciarse una mucosa de aspecto normal o bien una impronta submucosa. Debido a esto, como las biopsias son más superficiales solo muestran cambios crónicos inespecíficos, tal y como sucede en nuestra paciente. Cuando existen dudas diagnósticas, como es el caso de nuestra paciente, resulta fundamental contar con cirujanos experimentados en resecciones endoanales mínimamente invasivas, evitando así una resección con anastomosis rectal y la morbilidad postoperatoria que conlleva. De este modo, el abordaje transanal se postula como una alternativa útil y efectiva para este tipo de lesiones, asociando una mejor recuperación postoperatoria que la cirugía convencional.

Conclusiones: La resección transanal es un recurso factible para el manejo de las lesiones rectales de tercio medio y alto, sobre todo en este tipo de casos en los que el diagnóstico no está del todo claro, permitiendo un abordaje mínimamente invasivo con menor morbilidad.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

PERFORACIÓN RECTAL SECUNDARIA A IRRIGACIÓN TRANSANAL: UNA COMPLICACIÓN EXCEPCIONAL

Daniel Baños Méndez; Guillermo Cabezudo Molleda; Paula Díaz Artigot; Andrea Martínez Charines;
Andrea Martínez Charines; Celeste Geraldine Rodríguez Cordero; Alejandro Romero De Diego;
Beatriz De Andrés Asenjo; Juan Pablo Beltrán De Heredia Rentería. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La irrigación transanal es un método que mejora la incontinencia fecal, el estreñimiento y la calidad de vida en pacientes con diversos trastornos de la función intestinal. Sin embargo, una complicación infrecuente derivada de dicho procedimiento es la perforación intestinal, cuya repercusión y manejo va a depender de su localización con respecto a la reflexión peritoneal. El objetivo de la presente comunicación es exponer el caso de una paciente con una perforación rectal relacionada con la irrigación transanal

Material y métodos: Mujer de 75 años con secuela de incontinencia fecal y urinaria secundaria a artrodesis lumbar L4-S1. Además, presenta un estreñimiento crónico desde dicha intervención, refractario a tratamiento con laxantes osmóticos, razón por la cual realiza irrigaciones anales periódicas con dispositivo Peristeen. Acude a Urgencias por dolor abdominal muy intenso y rectorragia que comenzaron unas horas después de la última irrigación. A la exploración presenta un abdomen agudo y datos de leucocitosis en la analítica. En la TC abdominopélvica se objetiva neumoretroperitoneo con moderada cantidad de líquido libre entorno al recto y material fecaloide extraluminal, todo ello compatible con perforación rectal. En la laparoscopia se objetiva gran hematoma extraperitoneal en fondo de saco de Douglas, sin comunicación con cavidad abdominal, realizándose una colostomía en asa a nivel de colon sigmoide. Durante el ingreso es necesario el drenaje percutáneo de la colección perirrectal, siendo la evolución lenta pero favorable hasta el alta.

Resultados: La irrigación transanal es una opción terapéutica mínimamente invasiva para el manejo de los trastornos defecatorios. Inicialmente, estaba destinada al tratamiento de la disfunción intestinal neurogénica, pero su uso se ha ampliado a otras afecciones como el síndrome de resección anterior baja, el estreñimiento crónico o la incontinencia fecal. La complicación más importante, aunque rara, es la perforación rectal. Un estudio reciente de seguimiento a largo plazo de 348 pacientes informó de una tasa de 2 casos de perforación rectal por cada 110.000 procedimientos. El cuadro más grave es la perforación intraperitoneal que cursa con peritonitis generalizada y requiere de la resección del segmento afecto y posterior confección de una colostomía, evitando la anastomosis primaria en la mayoría de los casos. Por otro lado, la perforación en el espacio extraperitoneal puede ser limitada y pasar desapercibida, cursando con síntomas más leves y pudiendo ser tratada con antibióticos intravenosos de amplio espectro, vigilancia y drenaje si es necesario. En casos más graves, como el caso de nuestra paciente, el tratamiento va a ser el mismo que para la perforación intraperitoneal.

Conclusiones: La perforación intestinal secundaria a la terapia de irrigación transanal es una complicación rara, pero con una importante morbilidad. Por ello, los pacientes deben conocer los posibles efectos secundarios y recibir una formación adecuada para su correcta utilización. Por la parte que compete a los cirujanos, es importante distinguir dónde se localiza la perforación, ya que el tratamiento y el pronóstico difieren.



Comunicaciones Póster

PARASITOSIS APENDICULAR: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE EN NUESTRO MEDIO

Daniel Baños Méndez; Juan Carlos García Vera; Paula Díaz Artigot; Julia Sanchón Sánchez;
Celeste Geraldine Rodríguez Cordero; Elizabeth Redondo Villahoz;
Juan Pablo Beltrán De Heredia Rentería. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La infestación por parásitos es una causa poco frecuente de patología apendicular. Los principales agentes parasitarios más frecuentemente relacionados son los helmintos y los protozoos. Nuestro objetivo es presentar el caso de un paciente que, durante el estudio de un posible mucocoele apendicular, se descubrió que realmente se trataba de una parasitosis.

Material y métodos: Varón de 48 años, procedente de Sudamérica, que acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal localizado en fosa iliaca izquierda de unas 24 horas de evolución. No refiere vómitos ni alteraciones del ritmo deposicional. A la exploración el abdomen es blando y depresible, presentando molestias difusas a la palpación. Ante la sospecha de una posible diverticulitis aguda, se solicita TC abdominal en el cual se detecta un engrosamiento difuso del apéndice vermiforme, alcanzando unos 13 mm de calibre y con presencia de contenido endoluminal de características hipo e hiperdensas. No se objetivan signos inflamatorios locorregionales ni otros hallazgos relevantes. El diagnóstico de sospecha es de posible mucocoele apendicular. Por ello, el paciente es remitido de forma preferente a la consulta de Cirugía General para completar estudio de dicho hallazgo. Se solicita colonoscopia, donde se objetiva orificio apendicular ligeramente eritematoso y, adyacente al mismo, se visualiza una estructura filiforme, blanquecina y móvil, la cual se extrae para su posterior análisis. El examen parasitológico revela que se trata de *Trichuris trichiura*, tratándose con albendazol.

Resultados: La patología apendicular es una causa frecuente de valoración por los cirujanos generales durante la atención continuada. La infestación parasitaria es una causa infrecuente de sintomatología apendicular, representando el 0'05 – 3% de los casos. Dentro de los agentes helmínticos, los más frecuentemente implicados son los oxiuros (*E. vermicularis*), los tricocéfalos (*T. trichiura*) y el género *Ascaris* (*A. lumbricoides*), en este orden. El hallazgo suele ser casual, como en el caso de nuestro paciente. En ocasiones, como consecuencia de la presencia de estos parásitos, se pueden producir lesiones a nivel de la mucosa apendicular. Esto genera un proceso inflamatorio que, sumado a lo anterior, favorece la entrada de bacterias patógenas en la submucosa, pudiendo generar cuadros de apendicitis aguda. No obstante, en un elevado porcentaje de los casos, la existencia de parásitos en la luz apendicular no conlleva inflamación histopatológica. Si no existe causa que justifique una intervención quirúrgica, como la apendicitis aguda, el tratamiento consiste en instaurar medidas higiénicas para evitar la transmisión, asociado a fármacos antihelmínticos como el albendazol o el mebendazol.

Conclusiones: La parasitosis apendicular es una patología poco frecuente en nuestro medio. Sin embargo, este diagnóstico debe tenerse en cuenta en pacientes que procedan de países endémicos o hayan viajado recientemente. En la mayoría de los casos se trata de un hallazgo casual, ya que no suele ser el diagnóstico de sospecha. Si se confirma, debe iniciarse tratamiento antiparasitario y explicar al paciente las medidas higiénicas pertinentes para evitar la transmisión.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

ACTINOMICOSIS ABDOMINAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEOPLASIA APENDICULAR

Tessa Arlette Landa; Victor Admella; Claudia Codina; Anna Pallisera;
Anna Serracant; Albert García; Mariana Caraballo; Laura Mora. (*)

(*) Hospital Parc Taulí.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La actinomicosis es una enfermedad infecciosa, crónica, supurativa y granulomatosa poco frecuente. Es producida por el Actinomyces, una bacteria grampositiva y anaerobia saprófita de la cavidad oral, los pulmones, el tracto gastrointestinal y urogenital. Los Actinomyces pueden volverse patógenos manifestándose en formas distintas; la más frecuente es cervicofacial (55%), posteriormente la abdominopélvica (20%) y torácica (15%). La actinomicosis abdominal es una entidad reportada en la literatura como causa de infección bacteriana apendicular en raras ocasiones, siendo el apéndice el órgano más frecuentemente afectado. Está relacionada con antecedentes de cirugía abdominal previa, traumatismos, apendicitis o diverticulitis aguda. La clínica y las exploraciones complementarias son inespecíficas, siendo similar a otras entidades como neoplasias apendiculares, apendicitis aguda o enfermedad inflamatoria intestinal. El tratamiento de elección es la inyección intravenosa de penicilina a dosis altas durante un periodo largo de tiempo.

Descripción del caso: Describimos el caso de un paciente varón de 31 años con antecedente de diverticulitis aguda grado IV según la clasificación de Neff, tratada de manera conservadora con buena evolución. El paciente es derivado a consultas de cirugía general después del episodio, refiriendo resolución del dolor con molestias abdominales inespecíficas. Se solicita TC abdomen y fibrocolonoscopia (FCS) de control. El TC de abdomen informa de proceso inflamatorio/neoplásico de la base/tercio proximal apendicular, y la FCS observa la válvula ileocecal y el foramen apendicular de aspecto normal. Dada la discrepancia radiológica con respecto a la primera exploración, se repite el TC de abdomen a los 3 meses que evidencia persistencia del apéndice prominente con paredes hipercaptantes y contenido de aspecto denso sin evidenciar signos inflamatorios regionales. Dados los hallazgos, se indica apendicectomía laparoscópica programada para descartar proceso neoplásico. Intraoperatoriamente se evidencia el apéndice engrosado sin otras lesiones asociadas y se practica una apendicectomía sin incidencias. La anatomía patológica del apéndice identifica abundantes colonias de microorganismos compatibles con Actinomyces, localizadas en la luz apendicular, con presencia de cambios epiteliales de aspecto reactivo en la superficie mucosa apendicular, focos de abscesificación y marcada hiperplasia linfoide reactiva, los hallazgos sugieren el diagnóstico de actinomicosis apendicular. Se comenta con el servicio de infecciosas que recomiendan repetir el TC de abdomen para valorar persistencia de afectación intestinal. En el control postoperatorio el paciente se mantiene asintomático.

Conclusión: El diagnóstico de actinomicosis abdominal es difícil, en el 90% de los casos se llega a él por el examen anatomopatológico de la pieza quirúrgica; que se basa en la identificación histológica de gránulos actinomicóticos o en el cultivo de la especie Actinomyces. La actinomicosis apendicular es una enfermedad poco común con un difícil diagnóstico prequirúrgico debido a la clínica inespecífica y a que los hallazgos radiológicos imitan a neoplasias apendiculares. La actinomicosis apendicular debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de masas apendiculares.



Comunicaciones Póster

NEUMATOSIS INTESTINAL CISTOIDE CON MANEJO CONSERVADOR

Candela Contreras García; María Laura Vega López; María Del Mar Pardo; Daniela Rodríguez Marín;
Rodrigo Abón Arrojo; Cristian Cisterne López; Edgardo Andrés Celi Altamarino;
Sagrario Martínez Cortijo. (*)

(*) Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El neumoperitoneo sin presencia de peritonitis es una entidad poco frecuente en cirugía general, que representa un desafío diagnóstico y terapéutico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer con episodios recurrentes de neumoperitoneo durante los últimos 10 años manejados de manera conservadora con drenaje percutáneo cuya evolución sugiere neumatosis cistoide intestinal (NCI) como probable etiología. La NCI se debe a la acumulación de quistes de contenido gaseoso dentro de la pared intestinal, pudiendo ser en la mucosa, submucosa o subserosa. Se puede dar en cualquier parte del tracto digestivo, siendo la ubicación más frecuente el intestino delgado. Se trata de una patología infrecuente con una incidencia del 0,03%. La clínica es inespecífica incluyendo distensión abdominal por vólvulo o neumoperitoneo, náuseas, vómitos, diarrea, sangrado e incluso ascitis o cursar de forma asintomática. La etiopatogenia es desconocida habiendo múltiples teorías al respecto. El diagnóstico se realiza con TC abdominal y endoscopia digestiva. El tratamiento en pacientes asintomáticos aboga por un manejo conservador con observación hospitalaria y antibioterapia, siendo la terapia con oxígeno hiperbárico una opción de elección. En casos de complicaciones como la perforación es necesario realizar una intervención quirúrgica urgente. Nuestro caso es una mujer de 80 años con antecedentes oncológicos de cáncer de mama con remisión completa y en seguimiento por digestivo con gastroscopias periódicas por gastritis crónicas. La paciente ha tenido varios ingresos con nosotros tras consulta en urgencias por cuadro de dolor abdominal leve en relación con importante distensión abdominal, sin datos de irritación peritoneal ni fiebre u otra clínica. Se ha realizado diagnóstico con TC abdominal y manejo conservador en todos ellos, con tratamiento antibiótico y drenaje percutáneo por radiología intervencionista. Se ha seguido a la paciente en nuestras consultas por esos episodios recurrentes de distensión abdominal, haciéndose un manejo ambulatorio con TC y drenaje percutáneo. Tiene estudio endoscópico completo sin otras lesiones.

Conclusiones: La NCI es una entidad poco común y ciertamente desconocida que puede transmitir gravedad en las pruebas de imagen. Su conocimiento permite realizar un manejo conservador favorable para estos pacientes, incluso de manera ambulatoria, a través de servicios como Hospitalización a domicilio y seguimiento en consultas con drenaje percutáneo de forma programada. Proporcionando así, mayor comodidad para el paciente, siendo más económico.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

TUMORES DE INTESTINO DELGADO: ¿TODO ES ADENOCARCINOMA?

Victoria María Maderuelo García (1); Isabel Valentín-Gamazo González (1); Carleny Suero Rodríguez (1);
Ana María Huidobro Piriz (2); Julio Enrique Castrillo Arconada (2); Jon Rey Fernández De Mendiola (1);
Alicia Aguado De Benito (1); Héctor Ordás Macías (1).

(1) Complejo Asistencial Universitario de Palencia; (2) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Los adenocarcinomas son los tumores malignos más frecuentes (30%) de intestino delgado, seguidos de tumores neuroendocrinos (NET) (20%), tumores del estroma gastrointestinal (GIST), linfomas y sarcomas. El objetivo es presentar siete casos de tumores intestinales distintos al adenocarcinoma.

Material y métodos: Caso 1: Varón, 60 años. Consulta por anemia. TC abdomino-pélvico: imagen nodular, hipercaptante, en contacto con asas de intestino delgado, sugestiva de neoplasia. Laparoscopia exploradora programada: lesión de 2cm en íleon proximal, con resección intestinal y anastomosis ileo-ileal latero-lateral. Caso 2: Mujer, 58 años, hipertensa. Consulta por dolor localizado en FID. En colonoscopia: mucosa ileal edematosa con punteado petequeal. Biopsia: tumor neuroendocrino. Cromogranina A: 119.5. TC de extensión sin otras lesiones. Octreoscan: depósito patológico en íleon compatible con tumor neuroendocrino. Se realiza hemicolectomía derecha laparoscópica programada tras identificar lesión de gran tamaño en íleon terminal. Caso 3: Mujer, 74 años, dislipemia. Consulta por abdominalgia de 3 meses de evolución. Colonoscopia: neoformación redondeada, parcialmente estenosante, con áreas ulceradas que engloba válvula ileocecal. Biopsia sin signos de malignidad. TC: imagen de invaginación ileo-cecal y múltiples adenopatías patológicas pericecales. Se decide hemicolectomía derecha laparoscópica programada. Caso 4: Varón, 69 años, exfumador. Acude a Urgencias por disnea de reposo. Radiografía tórax: masa pulmonar izquierda. Tras 24 horas comienza con dolor abdominal, vómitos y ausencia de deposición. TC abdominal urgente: obstrucción de intestino delgado en "asa ciega". Se realiza laparotomía urgente: invaginación yeyuno-yeyunal, resección del intestino afecto y anastomosis término-terminal. Caso 5: Varón, 64 años. Intervenido de Urgencias por apendicitis aguda gangrenada y perforada realizando apendicectomía laparoscópica. Caso 6: Mujer, 59 años. Valorada en Urgencias por abdominalgia de 48 horas y distensión abdominal de 1 mes de evolución. TAC: apendicitis aguda perforada y abscesificada. En laparotomía urgente se visualiza tumoración apendicular de 4cm de diámetro adherida a ciego realizando resección ileocecal con anastomosis latero-lateral terminalizada. Caso 7: varón, 72 años. Acude a Urgencias por abdominalgia y estreñimiento de 5 días de evolución. TAC: dilatación de asas de íleon con neumatosis. En laparotomía urgente se realiza resección de íleon distal con anastomosis ileo-cólica.

Resultados: La anatomía patológica reveló: Caso 1: GIST ileal, C-KIT+ y DOG-1+. Caso 2: NET íleon terminal (T4N1M0). Caso 3: linfoma no Hodgkin B difuso de células grandes de tipo centro germinal en íleon terminal. Caso 4: sarcoma indiferenciado grado II yeyunal. Caso 5: NET apéndice (T1NxM0). Caso 6: neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado (pT4N0). Caso 7: proliferación linfoide atípica de estirpe B CD20+, BCL6 + y CD43+.

Conclusiones: Los tumores del intestino delgado suelen cursar de forma asintomática pudiendo producir anemia, abdominalgia. En linfomas: síntomas B (fiebre, sudores nocturnos). En NET: síndrome carcinoide (rubor, broncoespasmo y diarreas). El TC es la prueba diagnóstica de elección. En los NET el PET-TC con análogos de somatostatina marcados con galio-68 presenta una sensibilidad superior al 90% y presentan marcadores tumorales específicos: cromogranina-A. En GIST el diagnóstico de confirmación lo da la inmunohistoquímica: C-Kit, DOG-1 o CD-34. El tratamiento de elección es resección quirúrgica, salvo en linfomas (en caso de duda diagnóstica o complicaciones). En NET con síndrome carcinoide: análogos de la somatostatina. En GIST: tratamiento con Imatinib. Los sarcomas son diagnosticados tras resección quirúrgica.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

HEMORRAGIA DIGESTIVA E ICTUS HEMODINÁMICO POR GIST DE INTESTINO DELGADO

Guillermo Cabezudo Molleda; Julia Sanchón Sánchez; Juan Carlos García Vera; Daniel Baños Méndez;
Paula Díaz Artigot; Mario Rodríguez López; Carlos Jezieniecki Fernández;
Juan Pablo Beltrán De Heredia Rentería. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Los tumores de intestino delgado representan menos del 5% de las neoplasias gastrointestinales. Su localización profunda y clínica inespecífica suelen retrasar su diagnóstico. Una de las manifestaciones más frecuentes es la hemorragia digestiva, que puede presentarse de forma aguda o crónica. Dichas hemorragias pueden en ocasiones comprometer la estabilidad hemodinámica del paciente. En el contexto de pacientes con afecciones vasculares, una hemorragia digestiva puede llevar a la reducción significativa de la perfusión y oxigenación cerebral llegando a producir accidentes isquémicos transitorios e ictus.

Caso clínico: Paciente de 71 años valorado en Consultas de Digestivo por melenas, con diagnóstico de gastritis y bulbitis erosivas tras gastroscopia. A los dos días de dicha prueba el paciente acude a Urgencias por clínica de hemiparesia derecha, disartria y asimetría facial por lo que se activa el Código Ictus. En las pruebas de imagen realizadas en Urgencias se observa una estenosis brusca del segmento proximal de la arteria cerebral media izquierda sugestiva de estenosis crítica de la misma dada la ausencia de imágenes de trombo que condiciona una hipoperfusión cerebral. Además, en la analítica se observan unas cifras de hemoglobina de 6,9 g/dl (con valores previos entorno a 12g/dl). El paciente ingresa en la Unidad de Ictus tras recuperación parcial de su clínica neurológica para vigilancia y monitorización. Dado el contexto, los antecedentes recientes y que la paciente continua con melenas y precisa de transfusiones sanguíneas, se decide realización de colonoscopia y gastroscopia urgente sin objetivar punto de sangrado en ninguna de las dos, pero visualizando heces melénicas en la primera. Se realiza entonces angioTC de aorta donde se observa en el interior de un asa de intestino delgado una lesión endoluminal de 32mm con profusa vascularización que parece corresponder con el sangrado gastrointestinal. Desde neurología avisan para valoración de intervención quirúrgica urgente por la posibilidad de "ictus hemodinámico" en paciente con hemorragia digestiva y estenosis crítica de arterial cerebral media. A nuestra valoración el paciente ha precisado transfusión de 5 concentrados de hematíes y se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparotomía media y se observa una lesión exofítica de aspecto vascular en el borde antimesentérico de yeyuno distal con posterior anastomosis mecánica laterolateral isoperistáltica. En el postoperatorio el paciente evoluciona de forma favorable a nivel digestivo y se recupera totalmente de su clínica neurológica. En la anatomía patológica el tumor de intestino delgado resultó ser un tumor del estroma gastrointestinal (GIST).

Discusión: Los tumores de intestino delgado presentan una clínica muy inespecífica lo cual hace que su diagnóstico se retrase. No es infrecuente hallar estos tumores de forma casual; sin embargo, es muy infrecuente y poco documentada su asociación con un ictus hemodinámico. Los casos descritos, anecdóticos, suelen estar en relación con una hemorragia digestiva masiva o una anemia severa prolongada que, en pacientes con factores de riesgo o lesiones vasculares previas, producen una disminución de la perfusión cerebral produciendo la clínica neurológica. En el caso de las hemorragias digestivas masivas, el diagnóstico suele ser más rápido. Sin embargo, en el ictus hemodinámico en el contexto de una anemia progresiva, se requiere de alta sospecha diagnóstica.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

INVAGINACIÓN INTESTINAL: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO

Patricia López Gómez; Marta Calvo Fernández; Elena María Aranda Escaño; Josune Etxabe Gurrutxaga; Maria Hidalgo Pinilla; Vicente Portugal Porras; Javier Ibañez Aguirre. (*)

(*) Hospital Universitario Galdakao-Usansolo.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: A diferencia de la población pediátrica, en los adultos es infrecuente que la invaginación intestinal produzca un cuadro de obstrucción intestinal mecánica. La etiopatogenia radica en una lesión de la pared intestinal que produce una alteración del peristaltismo, haciendo que un segmento proximal de intestino se introduzca sobre otro distal. Esto puede comprometer su vascularización con la consiguiente necrosis, por lo que el tratamiento de elección es la resección intestinal, que además de tratar el cuadro agudo, nos permite filiar la naturaleza de la lesión subyacente, que es maligna en un alto porcentaje de los casos. A pesar de ser poco frecuente, se trata de una patología potencialmente grave y cuyo tratamiento de elección es el quirúrgico, por lo que como cirujanos es importante que desarrollemos un correcto manejo de estos pacientes. Por ello, tras revisar la literatura presento dos casos recientes de invaginación intestinal en nuestro hospital y el manejo que se llevó a cabo en ambos casos.

Material y métodos: Revisión de la literatura y presentación de dos casos clínicos de invaginación intestinal de diferente localización del Hospital de Galdakao-Usansolo

Resultados: Caso 1: invaginación íleo-ileal que asciende hasta ángulo hepático con un lipoma que actúa a modo de cabeza de invaginación. Se realiza una hemicolectomía derecha abierta y se confirma la naturaleza benigna de la lesión mediante estudio histológico.

Caso 2: invaginación colo-cólica en ángulo esplénico sobre colon descendente, secundaria a tumoración sugestiva de malignidad. Se realiza una resección segmentaria de colon izquierdo por vía abierta, confirmándose la naturaleza maligna de la lesión. En ambos casos, el postoperatorio transcurre sin incidencias

Conclusiones: El tratamiento de elección de la invaginación es la resección intestinal, sin evidencia que apoye la realización de resecciones amplias o linfadenectomías ante sospecha tumoral intraoperatoria.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

ÚLCERAS PERIANALES TRAS EL USO DE POMADA ANTIHEMORROIDAL

Candela Contreras García; Federico Ochando Cerdan; Daniela Rodríguez Marín; Rodrigo Abón Arrojo;
Cristian Cisterne López; Paula Frías Ventosa; Edgardo Andrés Celi Altamirano; Sagrario Martínez Cortijo. (*)

(*) Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La aparición de úlceras perianales presenta múltiples etiologías, siendo las más frecuentes, las enfermedades infecciosas, inflamatorias, neoplasias malignas o algunos fármacos. En los últimos años se han descrito varios estudios de casos en los que se relaciona la aparición de lesiones perianales con el empleo de crema antihemorroidal con ácido de triamcinolona, lidocaína y pentosano polisulfato. En estos estudios se comprobó la resolución de estas lesiones tras la retirada de la pomada. En el momento actual, se desconoce la fisiopatología de estas lesiones. Analizando cada uno de los componentes de la pomada, el ácido de triamcinolona como corticoide de potencia intermedia, produce un efecto vasoconstrictor y atrofia cutánea en su uso prolongado. Además, la lidocaína podría llegar a suplementar la vasoconstricción del corticoide y gracias a su efecto anestésico en la región perianal producir un efecto neuropático similar al que se produce en las úlceras por presión. El pentosano polisulfato como heparina de bajo peso molecular tiene acción anticoagulante y fibrinolítica, pero no se sabe relacionar fisiopatológicamente con la aparición de estas úlceras perianales.

Caso clínico: Este caso trata de una mujer de 80 años que acudía a consultas de cirugía por la aparición de úlceras perianales y glúteas de varios meses de evolución, que no mejoraban pese al tratamiento con curas locales y antibiótico. Las lesiones perianales coincidían con el uso de la pomada antihemorroidal, que contenía lidocaína, pentosano polisulfato y ácido de triamcinolona. Tras la retirada del fármaco, se evidenció una mejora de las lesiones, presentando las úlceras cicatrizadas y con buen aspecto.

Conclusión: El empleo de pomadas antihemorroidales se puede realizar sin necesidad de receta médica y sin la valoración previa por cirugía. Por lo que, debemos de tener en cuenta el desarrollo de las úlceras perianales al emplear ciertas pomadas, al ser la clínica hemorroidal una de las más frecuentes en proctología.



Comunicaciones Póster

HEMORROIDECTOMÍA, DIFERENCIAS EN LA TÉCNICA PARA MEJORAR EL DOLOR POSTOPERATORIO

Guillermo Cabezudo Molleda; Julia Sanchon Sánchez; Carlos Jezieniecki Fernández; Juan Carlos García Vera; Paula Díaz Artigot; Alejandro Romero De Diego; Beatriz De Andrés Asenjo; Juan Beltrán De Heredia. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La técnica de Milligan-Morgan para el tratamiento de las hemorroides continúa siendo ampliamente aplicada, existiendo pocas diferencias entre el empleo de electrocauterio y ligadura en el pedículo hemorroidal vs uso de un instrumento de sellado de vasos (Ligasure®).

Material y método: Estudio retrospectivo en hospital de tercer nivel, incluyendo pacientes con hemorroides en grado III/IV, a los que se les realizó hemorroidectomía según Milligan-Morgan entre 2019-2022 seleccionando dos grupos, pacientes en los que se empleó electrocauterio y ligadura en pedículo hemorroidal (Grupo A) y, pacientes en los que se empleó Ligasure® (Grupo B). Analizamos variables demográficas y complicaciones en el postoperatorio inmediato y al mes de la cirugía.

Resultados: Datos de 160 pacientes (n=160), mediana de edad de 69 años, Sin diferencias de sexo. En el grupo A, 80 pacientes (50%), y en el grupo B, 80 pacientes (50%). Los resultados obtenidos fueron, el grupo A, presentaron dolor postoperatorio inmediato que requirió rescate analgésico el 63% de los pacientes, con un caso de sangrado que requirió medidas excepcionales, tras un mes, en este grupo, presentaron mejoría clínica absoluta (44%), ligera mejoría (41%) y sin mejoría (13%), mientras que en grupo B presentaron dolor postoperatorio inmediato el 30%, sin casos de sangrado, una mejoría absoluta (73%), mejoría parcial (20%) y sin mejoría (6,8%).

Conclusiones: La hemorroidectomía de Milligan-Morgan es un procedimiento seguro, con escasas complicaciones a corto plazo, presentando la variante con empleo de Ligasure mejoría en cuanto al dolor y a la clínica a 30 días.



Comunicaciones Póster

DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA CON PILEFLEBITIS SÉPTICA Y ABSCESOS HEPÁTICOS MÚLTIPLES

Guillermo Cabezudo Molleda; Juan Carlos García Vera; Andrea Martínez Charines; David Fernández Valle;
Celeste Geraldine Rodríguez Cordero; Carlos Ferreras García; Alberto Delgado Mucientes;
Juan Beltrán De Heredia Rentería. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Los abscesos hepáticos, aunque poco frecuentes, son una complicación grave que puede originarse a partir de infecciones intraabdominales, siendo la diverticulitis aguda una de las causas más comunes. En este contexto, la diverticulitis puede desencadenar pileflebitis séptica, una tromboflebitis rara y potencialmente mortal de la vena porta. Esta condición se produce cuando los patógenos, principalmente bacterias anaerobias y gramnegativas como *Escherichia coli* y *Bacteroides fragilis*, se propagan desde el colon hacia el sistema venoso portal, provocando la formación de abscesos hepáticos. El diagnóstico de estos abscesos suele basarse en imágenes avanzadas, como tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM) con contraste, para identificar no solo los abscesos hepáticos, sino también las posibles trombosis y otras complicaciones asociadas.

Caso clínico: En este caso, un hombre de 70 años fue ingresado por mareos e hipotensión, sin otros síntomas específicos. Los estudios iniciales revelaron leucocitosis (15,000/ μ L), marcadores inflamatorios elevados (PCR: 425 mg/L; procalcitonina: 25.4 ng/mL) y alteraciones en la función hepática. En la ecografía de abdomen se visualizó una hepatomegalia con lesiones heterogéneas en el lóbulo hepático derecho, que inicialmente se diagnosticaron como posibles metástasis de origen desconocido. Sin embargo, la tomografía computarizada identificó múltiples abscesos hepáticos, trombosis portal derecha, neumoperitoneo y una colección pélvica con un nivel hidroaéreo, lo que sugirió una complicación grave asociada a una infección intraabdominal. Ante estos hallazgos y el estado del paciente, se decidió intervención quirúrgica urgente mediante una laparotomía exploradora. Durante la laparotomía, se confirmó la presencia de una peritonitis purulenta extensa y grandes abscesos hepáticos interconectados. Aunque no se observó perforación clara de víscera hueca, se detectó un segmento del colon sigmoide engrosado, parcialmente emplastronado, lo que parecía corresponder con una diverticulitis aguda complicada. Esta diverticulitis aguda fue, por lo tanto, la fuente primaria de la pileflebitis séptica y de los abscesos hepáticos. Los abscesos fueron drenados y se instaló un sistema de lavado continuo. El paciente requirió cuidados intensivos durante tres días y fue dado de alta en condiciones estables tras 25 días.

Discusión: Este caso subraya la importancia de reconocer la diverticulitis aguda como una causa subyacente en los abscesos hepáticos y la pióflebitis séptica. El diagnóstico temprano de la diverticulitis y la intervención oportuna pueden evitar complicaciones graves, como los abscesos hepáticos, la trombosis portal y la comunicación bilioentérica. El manejo adecuado de esta condición incluye un enfoque multidisciplinario con el uso de imágenes avanzadas, drenaje quirúrgico y terapia antibiótica dirigida. La vigilancia posoperatoria es esencial para detectar complicaciones adicionales y asegurar una recuperación exitosa. La prevención de estos casos graves depende del manejo eficaz de la diverticulitis aguda, que sigue siendo la causa principal de este tipo de abscesos hepáticos en muchos pacientes.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Póster

MELANOMA ANORRECTAL, UNA INFRECIENTE PATOLOGÍA QUE REQUIERE ALTO GRADO DE SOSPECHA DIAGNÓSTICA

Julia Sanchón Sánchez; Guillermo Cabezudo Molleda; Carlos Jezieniecki Fernández; Andrea Martínez Charines;
David Fernández Del Valle; Carlos Ferreras García; Beatriz De Andrés Asenjo;
Juan Beltrán De Heredia Rentería. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El melanoma anorectal es un tipo de neoplasia poco frecuente y de gran agresividad, siendo el tercer tipo de melanoma más frecuente tras el de piel y retina. El pronóstico es malo con una supervivencia a los 5 años del 20% en caso de enfermedad locorregional resecable, y del 0% en caso de enfermedad avanzada. El manejo óptimo de esta rara enfermedad aún está por determinar. **Objetivos:** El objetivo final de este estudio es realizar una revisión del diagnóstico y tratamiento del melanoma rectal a propósito de un caso.

Material y métodos: Paciente varón de 78 años de edad que acude a consulta por sangrado rectal de 6 meses de evolución. La exploración física evidencia buen tono esfinteriano, tumoración sangrante pediculada y mamelonada en cara posterior por encima de la línea pectínea a 4 cm de margen anal. La colonoscopia muestra inmediatamente proximal a línea pectínea la presencia de una lesión mamelonada, friable al roce, sugerente de neoformación rectal. El estudio de extensión con tomografía computerizada y resonancia magnética no muestra signos de diseminación a distancia.

Resultados: La biopsia de la masa rectal corresponde a una neoplasia melanocítica maligna infiltrante, extensamente ulcerada, con citología epitelioide, con alto grado de pigmentación citoplásmica, moderada anisocariosis y actividad mitótica, compatible con el diagnóstico de melanoma en fase infiltrante. Se realizó una resección transanal de la lesión, confirmándose el diagnóstico de melanoma infiltrante ulcerado.

Conclusiones: No existe evidencia clara que indique que un tratamiento agresivo, como la amputación abdominoperineal, mejore las tasas de supervivencia de esta enfermedad, siendo el manejo de la enfermedad localizada quirúrgico conservador con márgenes amplios. Tampoco se ha demostrado que realizar una biopsia selectiva del ganglio centinela o linfadenectomía mejore el pronóstico. El tratamiento con radioterapia ayudaría a controlar la enfermedad localizada pero tampoco mejoraría el pronóstico de la misma.