



## Comunicaciones Póster

### UN LOBO CON PIEL DE CORDERO: FIBROADENOLIPOMA MALIGNIZADO

González Iglesias C, Rodríguez Carral P, Pablos Vidal J, Loachamin Cholca W, Lorenzo Alfaya L, Caño Gómez P, Suárez Pazos N, Vives Rodríguez E, Díaz Tie M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

#### RESUMEN:

**Introducción:** El hamartoma mamario o fibroadenolipoma es un nódulo benigno poco común, compuesto por cantidades variables de tejido glandular, adiposo y fibroso. Dentro de su rareza, la malignización es excepcional (< 0,1%).

**Caso clínico:** Mujer de 50 años, ex-fumadora, premenopáusica, toma de ACO durante 15 años, 2 partos con lactancia. Acude a consulta por palpación de nódulo retroareolar derecho. A la exploración, presenta un nódulo duro, doloroso, sin secreción; así como una adenopatía axilar derecha. Valorada en Comité de Tumores de Mama, se realiza mamografía apreciando un área radioluciente rodeada de un halo denso, con masa irregular, polilobulada, con microcalcificaciones (Fig 1). El estudio histopatológico mediante BAG fue carcinoma invasivo tipo Luminal B1 con focos de carcinoma in situ de alto grado. Macrometástasis axilar derecha de 8 mm. Se realiza RM que objetiva un fibroadenolipoma en tercio anterior de MD en cuyo interior hay una masa de morfología muy irregular, y varias imágenes pseudonodulares. En el tercio medio de la región UCE existe, además, un realce en empedrado que se extiende hacia el fibroadenolipoma, y alcanza el tercio posterior de la mama (Fig 2). Se realiza tratamiento neoadyuvante, con respuesta completa por que, dado que la paciente presenta gigantomastia, se plantea mastoplastia en patrón WISE sin conservación de CAP derecho, BSGC y mastoplastia de reducción izquierda. El estudio anatomopatológico final revela hamartoma mamario, sin evidencia de carcinoma residual en pieza ni en ganglio centinela.

**Discusión y conclusiones:** La imagen mamográfica clásica del hamartoma es un área circunscrita formada por tejido blando y elementos lipomatosos, rodeada por una fina zona radiolúcida. Clínicamente, se presenta como una masa discreta, encapsulada e indolora. Dado que los hamartomas no tienen características diagnósticas específicas en una biopsia con aguja gruesa, la presencia de clínica o hallazgos atípicos en los estudios de imagen debe sugerir la posibilidad de malignidad por lo que se deberá realizar una lumpectomía.



## Comunicaciones Póster

### DIVERTÍCULO DE MECKEL CON PERSISTENCIA DE CONDUCTO VITELINO EN CASO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Sorto H, Duro C, Guerrero P, Cervantes A, Espiñeira P, Gamborino M, Parada P. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

#### RESUMEN:

**Introducción:** El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del intestino delgado y suele ser asintomático. Al inflamarse, las complicaciones más habituales son hemorragia y obstrucción intestinal, esta última infrecuente en adultos y especialmente relevante en pacientes sin antecedentes quirúrgicos.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 51 años con dolor abdominal y vómitos de 24 horas de evolución. El estudio de imagen evidenció dilatación de asas de intestino delgado con cambio brusco de calibre localizado en íleon distal, compatible con divertículo de Meckel asociado a brida, la cual condiciona obstrucción. Se realizó cirugía laparoscópica urgente, encontrando divertículo de Meckel que condiciona una oclusión intestinal. Se realizó liberación de la brida y diverticulectomía con endogía 45mm. El paciente presenta una evolución postoperatoria favorable y alta hospitalaria al cuarto día.

**Conclusión:** Aunque sea una presentación poco frecuente, el divertículo de Meckel debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal sin cirugía previa, siendo la resolución quirúrgica precoz el tratamiento de elección.



## Comunicaciones Póster

### PERFORACIÓN DE COLON TRANSVERSO POR ELECTRODOS DE MARCAPASOS EPICÁRDICO

Thorpe B, Míguez P, Duro C, Seoane M, Vázquez I, Parada P. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

#### RESUMEN:

**Introducción:** Los marcapasos (MP) epicárdicos temporales son dispositivos utilizados en cirugía cardíaca para el diagnóstico y la terapéutica de arritmias desarrolladas en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca. Suelen permanecer en torno a 10-14 días valorando posteriormente la necesidad de un MP definitivo. Su fijación proximal se realiza a nivel del corazón y distalmente en la piel del epigastrio. Aunque poco frecuente, y con muy poca bibliografía al respecto, la colocación de marcapasos epicárdicos en pacientes con distensión abdominal o cirugías abdominales previas puede desembocar en perforación iatrogénica del colon transverso durante la exteriorización cutánea de los electrodos.

**Material y método:** Presentamos dos casos clínicos de perforación de colon transverso por electrodos de MP epicárdicos:

Caso 1: Varón de 52 años con múltiples antecedentes quirúrgicos (cirugía bariátrica, Hartmann por diverticulitis y reconstrucción del tránsito) acude a urgencias por dolor torácico transfixivo de inicio súbito. El TAC torácico y ecocardiograma objetivan hematoma intramural de aorta ascendente y hemopericardio con signos de taponamiento. Se realiza cirugía urgente: sustitución de aorta ascendente y hemiarco con prótesis. Al sexto día postoperatorio, el paciente desarrolla un cuadro de distensión abdominal y neumoperitoneo. Se realiza laparotomía urgente objetivándose perforación puntiforme en colon transverso secundario al cable del marcapasos epicárdico. Se realiza sutura primaria con buena evolución y sin subsiguientes complicaciones abdominales.

Caso 2: Mujer de 72 años con antecedentes de colocación de válvula mitral y parálisis diafragmática ingresa para cirugía cardíaca electiva de recambio de prótesis valvular mitral y anuloplastia de válvula tricúspide. En el postoperatorio la paciente desarrolla un cuadro de inestabilidad hemodinámica con necesidad de fármacos vasoactivos. La tomografía computarizada describe importante hemotórax y presencia de electrodos de marcapasos en el interior del colon transverso. Se realiza cirugía conjunta de lavado y control de hemostasia en el tórax y sutura primaria de perforación de colon con retirada de marcapasos temporal. La paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones posteriores.

**Conclusion:** En centros hospitalarios donde se realice cirugía cardíaca, es importante tener en cuenta este tipo de complicación en pacientes con cuadros de dolor y distensión abdominal acompañado de náuseas y malestar general durante el postoperatorio reciente de cirugía cardíaca. La radiografía de abdomen puede mostrar datos de neumoperitoneo, pero la prueba diagnóstica de elección es la tomografía computarizada donde se podrá objetivar la entrada y salida de los cables del marcapasos en el colon transverso. En caso de ausencia de peritonitis, la sutura primaria de la perforación parece ser suficiente como manejo de la perforación con buena evolución en ambos casos presentados.



## Comunicaciones Póster

### LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL IZQUIERDO GIGANTE: CIRUGÍA COMPARTIMENTAL E ICONOGRAFÍA

De Miguel L, Pais P, Mariño E, Estévez S, Merino J, Moreiras I, Carracedo A, Sánchez Santos R. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivo:** Los liposarcomas retroperitoneales son tumores poco comunes, representando tan solo el 15% de todos los sarcomas; en los que la cirugía sigue siendo el principal pilar de tratamiento incluso en el caso de recurrencias; siendo necesarias resecciones multiorgánicas en bloque para alcanzar márgenes negativos. El objetivo es la exposición de un caso y su correspondiente iconografía sobre un liposarcoma retroperitoneal gigante tratado mediante intervención quirúrgica.

**Exposición del caso clínico:** Exponemos el caso de un varón de 72 años con antecedentes de ADC de próstata intervenido mediante prostatectomía radical vía extraperitoneal; que es derivado por síndrome constitucional y tumoración en HCI a la palpación realizándose TC con CIV. En él se objetiva gran masa retroperitoneal izquierda de 17x14x19 cm, heterogénea (componente sólido y graso) y que desplaza riñón izquierdo con pérdida de plano a nivel superior del mismo. La masa contacta además con psoas, suprarrenal izquierda, bazo y cola pancreática. No se objetivó enfermedad metastásica.

**Resultados:** Tras confirmación histológica mediante BAG de liposarcoma subtipo desdiferenciado, se presenta el caso en Comité de Tumores, donde se decide radioterapia neoadyuvante y posteriormente intervención quirúrgica. Se realizó una resección compartimental en bloque. En la intervención quirúrgica se objetivó la voluminosa masa retroperitoneal izquierda que afectaba a riñón izquierdo, páncreas distal, mesocolon izquierdo y vasos gonadales izquierdos. Por ello, finalmente se realizó esplenopancreatectomía distal, nefrectomía izquierda, colectomía izquierda (realizando anastomosis colo-cólica L-L mecánica) y orquiectomía izquierda (por vía abdominal) en bloque. El paciente evolucionó de forma favorable en el postoperatorio inmediato. AP de la pieza: Liposarcoma desdiferenciado con infiltración de parénquima renal izquierdo, suprarrenal izquierda y subserosa colon izquierdo.

**Conclusiones:** Los liposarcomas retroperitoneales son tumores de baja incidencia que aparecen en su mayoría en pacientes de entre 50-70 años. Es necesario un abordaje multidisciplinar de los mismos, con el objetivo de individualizar el tratamiento con cada paciente. El tratamiento "gold standard" sigue siendo la cirugía, con intención R0, y la cirugía compartimental como la técnica de elección.



## Comunicaciones Póster

### LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL DERECHO GIGANTE: CIRUGÍA COMPARTIMENTAL E ICONOGRAFÍA

De Miguel L, Pais P, Mariño E, Estévez S, Merino J, Moreiras I, Carracedo A, Sánchez Santos R. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivo:** Los liposarcomas retroperitoneales gigantes son tumores poco comunes que aparecen en personas de mediana edad. Se trata de tumores de diagnóstico tardío por la capacidad de expansión en el retroperitoneo, que propicia que alcancen grandes dimensiones previo a su diagnóstico y que facilita la invasión o contacto con múltiples órganos añadiendo dificultad técnica a las intervenciones. Exponemos un caso de liposarcoma retroperitoneal gigante, así como su iconografía correspondiente, que se intervino mediante una resección compartimental en bloque.

**Exposición del caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 65 años, fumador, como único antecedente vasectomía. Se inicia estudio por masa palpable realizando TC con gran masa retroperitoneal de localización pararenal anterior derecha posterior al colon derecho. Se trata de una masa heterogénea con componente sólido y graso en su interior, así como focos de calcificación que sugieren liposarcoma retroperitoneal. Se encuentra limitada por una cápsula que contacta con colon derecho y apéndice, con arteria iliaca derecha y psoas derecho. Dudoso contacto con segunda rodilla duodenal. Presenta un vaso arterial prominente que irriga la masa y procede de la arteria iliaca interna derecha. No se objetivan adenopatías ni otros órganos afectados. BAG por RIV: tumor lipomatoso atípico con áreas adiposas y colágenas, con positividad intensa para MDM2. Liposarcoma bien diferenciado.

**Resultados:** Tras presentarse en Comité de Tumores, se realiza tratamiento con radioterapia neoadyuvante. Tras revaloración en Comité, se decide intervención quirúrgica. Se realizó una resección compartimental en bloque, que incluía la propia resección tumoral, colectomía derecha con resección ileocecal, nefrectomía derecha y orquiectomía derecha vía abdominal y resección parcial de músculo psoas ilíaco derecho. La evolución en el ingreso fue favorable, presentando íleo paralítico como complicación postoperatoria. Resultados AP de la pieza: Liposarcoma bien diferenciado con áreas mixoides, positividad intensa para MDM2.

**Conclusiones:** El objetivo principal del tratamiento de este tipo de tumores poco comunes es la intervención quirúrgica con intención R0, siendo la cirugía compartimental en bloque la técnica de elección. Es necesario un abordaje multidisciplinar de los mismos, con el objetivo de individualizar el tratamiento con cada paciente. Son tumores que se caracterizan por alcanzar grandes dimensiones previo a su diagnóstico, siendo en muchas ocasiones necesarias resecciones multiorgánicas para alcanzar márgenes negativos.



## Comunicaciones Póster

### INTERVENCIÓN DE FREY EN PANCREATITIS CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ferreirós Losada I, Abedini Nieto B, Carracedo Iglesias R, Mariño Padín E, Sánchez Santos R.<sup>(\*)</sup>

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

#### RESUMEN:

**Objetivo:** Presentar el caso clínico de un paciente con pancreatitis crónica y pseudomasa en cabeza de Páncreas tratado mediante: intervención de Frey.

**Material y método:** La pancreatitis crónica es una enfermedad caracterizada por dolor crónico, de tipo penetrante y de muy difícil control analgésico. Desde el punto de vista histológico, se observa fibrosis del parénquima pancreático que provoca estenosis ductales, así como calcificaciones intraparenquimatosas. El principal motivo de tratamiento es el dolor crónico recurrente, siendo la terapia médica la primera opción. No obstante, la cirugía ofrece la posibilidad de combinar la derivación del conducto pancreático principal con la resección de la masa inflamatoria resultante del proceso patológico. Se presenta el caso de un varón de 46 años con diagnóstico de pancreatitis crónica, ingresado por episodios de reagudización. La tomografía computarizada (TC) abdominal evidenció una pancreatitis crónica calcificante, con atrofia del páncreas en cuerpo y cola, y dilatación del conducto pancreático principal. Asimismo, se observó una pseudomasa con lesiones quísticas en cabeza y cuello pancreáticos, que había aumentado de tamaño respecto a estudios previos. La resonancia magnética (RM) mostró calcificaciones parenquimatosas y litiasis intraductal, condicionando dilatación del conducto pancreático principal y de la vía biliar, secundaria a compresión del colédoco intrapancreático. Ante estos hallazgos, se decidió realizar una intervención de Frey. Durante la cirugía se identificó una masa inflamatoria en la cabeza del páncreas, coincidente con los hallazgos radiológicos, que englobaba los vasos gastroepiploicos. La ecografía intraoperatoria confirmó la dilatación del conducto de Wirsung (1,5 cm), el cual se puncionó comprobando salida de jugo pancreático y se incidió longitudinalmente. Posteriormente, se resecó la cabeza pancreática respetando 1 cm de margen con el duodeno, enviándose la muestra a estudio anatomopatológico intraoperatorio, que confirmó la benignidad del tejido, con hallazgos de atrofia y fibrosis. Se seccionó un asa de yeyuno a 30 cm del ángulo de Treitz, ascendiendo un asa yeyunal distal para realizar una anastomosis laterolateral yeyunopancreática al conducto pancreático principal, primero con sutura continua y luego con puntos sueltos. Finalmente, se completó la reconstrucción en Y de Roux.

**Resultados:** El paciente permaneció dos días en la unidad de reanimación (REA) y posteriormente fue trasladado a planta. Durante el postoperatorio presentó buena tolerancia oral, control adecuado del dolor y normoglucemia. Fue dado de alta al sexto día sin incidencias.

**Conclusiones:** La intervención de Frey constituye una técnica eficaz para el tratamiento quirúrgico de la pancreatitis crónica, al permitir simultáneamente la derivación del conducto pancreático principal y la resección de la pseudomasa inflamatoria generada por episodios repetidos de pancreatitis aguda. Este abordaje contribuye a un control efectivo del dolor y a una mejora significativa de la calidad de vida del paciente.



## Comunicaciones Póster TIROIDES LATERAL, ¿MITO O REALIDAD?

Alemán G, Couselo JM, Lenza P, Ocharán M, López C, de la Puente N, Sampol L, Maseda O. (\*)

(\*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

### RESUMEN:

**Introducción y objetivo:** La glándula tiroides es un órgano endocrino de gran relevancia en la regulación del metabolismo corporal, y su desarrollo embrionario presenta un proceso altamente organizado y detallado. Desde sus primeras etapas hasta alcanzar su localización definitiva en el cuello, su formación implica complejos eventos morfogénicos y moleculares. Sin embargo, alteraciones en este desarrollo pueden dar lugar a diversas anomalías congénitas, como quistes del conducto tirogloso o la presencia de tejido tiroideo ectópico. Estas anomalías representan en ocasiones un desafío diagnóstico y clínico debido a su baja prevalencia. El presente trabajo explora, en particular, el fenómeno clínico del tejido tiroideo ectópico con énfasis en el diagnóstico, implicaciones clínicas y abordaje terapéutico.

**Descripción del caso:** Se presenta un caso clínico relacionado con anomalías del desarrollo tiroideo. Se trata de un varón de 74 años derivado a Urología por elevación del PSA en una analítica de rutina. Tras valoración urológica, se diagnostica un cáncer de próstata sin metástasis en el estudio de extensión. Durante la consulta, el paciente menciona una tumoración laterocervical derecha. La ecografía y el TAC cervical revelan una masa sólida e hipervascularizada, con sospecha inicial de paraganglioma. Con esta sospecha, es derivado a Endocrinología, Cirugía Vascular y Otorrinolaringología, confirmándose la sospecha de paraganglioma no funcionante. Tras la prostatectomía radical, en un segundo tiempo, se realiza la resección de la masa cervical. Durante la intervención, se observa que la lesión parece originarse en la vena yugular interna derecha, por lo que se realiza una resección en bloque. El estudio anatomopatológico revela un carcinoma papilar de tiroides. Tras discusión en comité de tumores y estudios sin hallazgos adicionales, se realiza tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar central bilateral. El informe final descarta malignidad en la glándula tiroidea ortotópica y los ganglios, confirmando la presencia de carcinoma papilar en tejido tiroideo ectópico.

**Discusión:** Las anomalías del desarrollo tiroideo no solo representan curiosidades anatómicas, sino que pueden derivar en patologías clínicas significativas, con potencial implicación oncológica. Asimismo, este caso evidencia la importancia de la colaboración entre diversas especialidades para el manejo óptimo de estos pacientes.

**Conclusiones:** El reconocimiento oportuno de estas anomalías y su correcta interpretación clínica son esenciales para evitar diagnósticos erróneos y permitir un tratamiento adecuado. La integración del conocimiento embriológico con la práctica clínica resulta fundamental para abordar con éxito estas patologías raras, pero potencialmente severas.



## Comunicaciones Póster

### OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A GRAN MASA ILEAL: COMPLICACIONES DE UN GIST

Ferreirós Losada I, De Miguel López L, Facal C, Abedini Nieto B, Sánchez Santos R. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

#### RESUMEN:

**Objetivo:** Presentar el caso de una paciente en la que se diagnostica un GIST de gran tamaño debido a una oclusión intestinal por compresión de la masa.

**Material y método:** Los tumores del estroma gastrointestinal o GIST, son los sarcomas más frecuentes del tracto gastrointestinal. Son tumores de crecimiento lento siendo el lugar más frecuente el estómago, seguido por el intestino delgado. Presentamos el caso de una mujer de 75 años que acude en una segunda asistencia al servicio de urgencias por un cuadro de náuseas y vómitos y ausencia de tránsito de 2 días de evolución. Además, presentaba una gran masa abdominal infraumbilical palpable que, según relataba, había crecido en los últimos meses. Se le realiza un TAC abdominal en el que se observa una gran masa mesogástrica quística que parece perder plano de clivaje con un asa de yeyuno distal, sin poder determinar con claridad el origen ni la estirpe de la masa, aunque se impresiona de GIST intestinal como primera opción. Se diagnostica así de cuadro oclusivo secundario a compresión extrínseca por gran masa intestinal y se decide hacer una intervención quirúrgica urgente. Se realiza una laparotomía exploradora en la que se observa, nada más acceder a la cavidad abdominal, una gran masa quística de 11x15cm, adherida a la pelvis y que depende de un asa de yeyuno distal. Se liberan dicha masa y se realiza una resección de unos 10cm de yeyuno distal, lo que permite extirpar la masa en su totalidad junto con el asa de intestino delgado de la que parte ya que presentaba adenopatías palpables en el meso de esta. Se completa una anastomosis latero lateral yeyuno – yeyunal y se revisa la cavidad abdominal sin hallarse otras lesiones.

**Resultados:** Tras la cirugía, la paciente se recupera de forma paulatina sin incidencias, recuperando la tolerancia y el tránsito en los siguientes 3 días, por lo que es dada de alta en la misma semana. Los resultados de anatomía patológica confirman un GIST yeyunal T4N0 mayoritariamente quístico y con adhesión al meso yeyunal. Dado que se trata de un tumor de alto riesgo según el índice de Miettinen y con una posibilidad de recidiva de hasta el 80% a los 10 años, se decide oncológico con imatinib. Hasta ahora, la paciente presenta una buena tolerancia al tratamiento y no ha tenido datos de recidiva.

**Conclusión:** Los GIST intestinales son tumores de crecimiento lento, pero pueden alcanzar grandes dimensiones dado su diagnóstico tardío. En pocos casos, producen complicaciones que requieren tratamiento quirúrgico urgente.



## Comunicaciones Póster

### MANEJO CONSERVADOR DE LA COLECISTITIS AGUDA: COMPARACIÓN ENTRE TRATAMIENTO MÉDICO EXCLUSIVO Y COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA. SERIE DE CASOS

Pais P, de Miguel L, Clerigué A, González S, Facal C, Iglesias N. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

#### RESUMEN:

**Introducción:** La colecistitis aguda se encuentra entre las patologías quirúrgicas urgentes más frecuentes en nuestro medio. En pacientes con elevado riesgo quirúrgico, el manejo conservador constituye la alternativa más utilizada. La colecistostomía percutánea se asocia con frecuencia al tratamiento médico exclusivo, aunque su papel real sigue siendo cuestionado.

**Métodos:** Se realiza una revisión retrospectiva de pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda tratados de forma conservadora en el hospital Álvaro Cunqueiro en el segundo semestre de 2024. Se comparan dos grupos: por una parte, los que reciben tratamiento médico exclusivo (antibioterapia empírica de amplio espectro, soporte hemodinámico e hidratación) y por otra parte los que asocian colecistostomía percutánea al tratamiento médico. El objetivo es comparar la resolución de la colecistitis aguda, así como las complicaciones mediante la clasificación Clavien-Dindo, reingreso y mortalidad intrahospitalaria.

**Resultados:** En el análisis preliminar, la mayoría de los pacientes presentan buena evolución con manejo médico exclusivo. La colecistostomía es utilizada principalmente en casos con inadecuada respuesta inicial al tratamiento antibiótico o presencia de sepsis no controlada. Aunque permite controlar el cuadro agudo, los inconvenientes son su asociación a una mayor estancia hospitalaria, complicaciones locales del drenaje y mayor dificultad técnica en la cirugía diferida dada la formación de adherencias.

**Conclusión:** El manejo conservador de la colecistitis aguda es una alternativa eficaz en la mayoría de los casos seleccionados (principalmente alto riesgo quirúrgico y larga evolución del cuadro). La colecistostomía percutánea debería reservarse para pacientes con fracaso del tratamiento médico o compromiso séptico grave o pacientes ASA IV, evitando su uso rutinario. Estos resultados respaldan una indicación más restrictiva.



## Comunicaciones Póster

### FASCITIS NECROTIZANTE COMO COMPLICACIÓN DE ABSCESO PERIANAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pérez Vázquez M, Fernández Blanco P, López García S, Méndez Guerra A, Madarro Pena C,  
García Mariño R, Aguirrezabalaga González J. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

#### RESUMEN:

**Introducción:** El absceso perianal es una infección aguda del tejido blando perianal, habitualmente causada por obstrucción de las glándulas anales (según hipótesis criptoglandular). Predomina en hombres jóvenes y se clasifican según su localización en perianal puro, isquiorrectal, interesfinteriano y supraelevador, determinando su presentación clínica y abordaje. Los síntomas típicos incluyen dolor, tumefacción y fiebre, aunque los abscesos profundos pueden causar molestias referidas o retención urinaria. El drenaje quirúrgico precoz es el tratamiento de elección, reservando antibióticos para casos de inmunosupresión, sepsis o celulitis extensa. La recurrencia puede alcanzar hasta el 44%, y aproximadamente un tercio desarrollará fístula anal.

**Material y método:** Revisión bibliográfica y presentación de caso clínico de varón de 68 años, con Diabetes Mellitus insulino dependiente como antecedente personal de interés, que acude a Servicio de Urgencias del CHUAC por dolor y tumefacción en región perianal de 3 días de evolución. Previamente atendido por su Médico de Atención Primaria, pautando tratamiento con Amoxicilina-Clavulánico VO. A la exploración física muestra empastamiento a nivel perianal bilateral, con orificios de drenaje purulento espontáneo a nivel de glúteo izquierdo. Se realiza analítica sanguínea que muestra leucocitosis con desviación izquierda y Hb de 8.8 g/dL.

**Resultados:** Se decide antibioterapia con Piperacilina-Tazobactam IV y exploración quirúrgica, realizando drenaje de abscesos, desbridamiento y lavados, así como colocación de drenajes Penrose. Como diagnóstico postoperatorio se establece abscesos isquiorrectales bilaterales sin aparente comunicación posterior junto a hidradenitis supurativa con abscesificación de muslo izquierdo. En el segundo día postoperatorio, ante empeoramiento analítico y dolor en muslo izquierdo con empastamiento hasta nivel de la rodilla, se ordena TC de pelvis que describe hallazgos en relación con infección con gérmenes anaerobios vs fascitis necrotizante, desde la raíz del miembro hasta al menos el tercio superior de la pierna. Se decide nueva intervención quirúrgica por parte de Cirugía Plástica, que realiza desbridamiento de tejidos desvitalizados, incluyendo múltiples porciones musculares de MII. Posteriormente, se interviene en dos nuevas ocasiones para desbridamiento e injerto de áreas cruentas. Ingreso tórpido, con presencia de shock séptico y múltiples descompensaciones glucémicas, precisando de amins y transfusiones de hemoderivados, así como soporte renal y ventilatorio. Unas 15 semanas tras su primera intervención, el paciente se traslada a Unidad de Quemados del CHUAC para continuidad de cuidados.

**Conclusiones:** La fascitis necrotizante perianal constituye una complicación infrecuente pero potencialmente letal de los abscesos perianales. El diagnóstico precoz resulta esencial, ya que el retraso en su tratamiento se asocia a un aumento significativo de la mortalidad. El tratamiento óptimo requiere desbridamiento quirúrgico urgente, idealmente dentro de las 6 primeras horas, acompañado de antibioterapia de amplio espectro dirigida contra flora polimicrobiana, ajustada en función de los resultados de los cultivos microbiológicos intraoperatorios. La detección de cepas bacterianas resistentes y la monitorización de parámetros inflamatorios (recuento leucocitario y Proteína C reactiva) son aspectos fundamentales para el seguimiento y pronóstico de estos pacientes.



### Comunicaciones Póster

## UNA VESÍCULA DOS FÍSTULAS: CRÓNICA DE UNA BILIS EXTRAVIADA

González Iglesias C, Rodríguez Carral P, Pablos Vidal J, Lorenzo Alfaya L, Caño Gómez P, Suárez Pazos N, Vives Rodríguez E, Díaz Tie M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

#### RESUMEN:

**Introducción:** Las fístulas colecistoentéricas (FCE) son complicaciones tardías e infrecuentes de la colelitiasis, con una incidencia reportada del 0,5% al 0,9% de las colecistectomías. La fístula colecistocólica (FCC) es la segunda fístula colecistoentérica más común, representando el 10-20% de todas las fístulas, seguida de la fístula colecistoduodenal (FCD).

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 63 años, con antecedentes de DM2, HTA e hipotiroidismo, en obesidad. Intervenida de colecistectomía laparoscópica por colelitiasis sintomática y colecistitis aguda. En el estudio de Digestivo se objetiva una FCD y FCC secundarias a colecistitis aguda complicada. Se realiza TAC y colangio-RMN, apreciando una vesícula escleroatrófica con litiasis de 17 mm que fistuliza a colon y a primera porción duodenal, con paso de contraste y bilis. (Fig 1). Ante la imposibilidad de reseca la vesícula por el intenso proceso inflamatorio y adherencias, se decide realizar liberación cuidadosa del colon y duodeno, seccionando y rafia de ambas fístulas (Fig 2).

**Discusión y conclusiones:** La fístula colecistocólica es una complicación poco frecuente de la enfermedad de las vías biliares, con signos y síntomas inespecíficos y diagnóstico difícil. En presencia de FCD y FCC la cirugía es compleja y la resección vesicular puede no ser posible, debiendo individualizar el abordaje quirúrgico. Los estudios de imagen (TAC, colangio-RMN) son fundamentales para identificar el trayecto fistuloso y planificar la cirugía. La inflamación crónica vesicular y la litiasis condicionan la formación de fístulas, y el tratamiento principal es la resección del segmento afectado y la reparación de la comunicación anómala.



## Comunicaciones Póster

### MÁS QUE UNA PERFORACIÓN: EL CASO QUE DESVELÓ UN MEN1 SILENTE

Caño Gómez P, Abril Banet A, Rodríguez Martínez E, Rodríguez Carral P, Díaz Tíe M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

#### RESUMEN:

**Introducción:** El síndrome de Neoplasias Endocrinas Múltiples tipo 1 (MEN1) es un trastorno autosómico dominante caracterizado por la presencia de tumores en múltiples glándulas endocrinas, principalmente paratiroides, páncreas endocrino e hipófisis anterior, en relación a una mutación en el gen MEN1 encargado de codificar la proteína menina (supresor tumoral). Exponemos el caso y la revisión bibliográfica de un paciente con síndrome MEN1 diagnosticado tras ser intervenido de urgencia por perforación de víscera hueca.

**Caso clínico:** Paciente de 38 años con antecedentes de hiperparatiroidismo primario y perforación yeyunal intervenida en 2016, que acude a Urgencias por cuadro de diarrea, vómitos y dolor abdominal tipo cólico de 4 días de evolución. A la exploración, presenta taquicardia, hipertensión, palidez, sudoración y abdomen anodino. Se realizan pruebas complementarias que revelan elevación de reactantes de fase aguda y TAC abdominopélvico con hallazgo de perforación de víscera hueca. Se decide intervención quirúrgica urgente donde se evidencia perforación de gran tamaño en anastomosis previa situada a nivel del ángulo de Treitz asociada a peritonitis fecaloidea. Se realiza resección de anastomosis y exclusión duodenal. Durante el postoperatorio, evolución tórpida con persistencia de clínica abdominal y varios estudios complementarios que revelan elevación de gastrina, presencia de múltiples lesiones ulceradas en mucosa esofágica, gástrica y yeyunal visualizadas por gastroscopia y varias lesiones a nivel de cola pancreática, hipófisis e hígado (confirmadas por resonancia y PET-TAC). Dados los hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos, junto al estudio anatomopatológico de una de las lesiones pancreáticas que revela un tumor neuroendocrino bien diferenciado, se plantea el diagnóstico de MEN1.

**Discusión:** El gastrinoma es un tumor neuroendocrino productor de gastrina, que causa hipersecreción ácida gástrica. Aparece hasta en un 60% de los pacientes con MEN1, siendo la causa más frecuente de morbimortalidad tumoral en este síndrome. Suelen ser múltiples, submucosos, de crecimiento lento, aunque con potencial maligno y con localización duodenal mayoritariamente. Clínicamente, cursa con dolor epigástrico, diarrea crónica, reflujo severo, historia de úlceras duodenales distales o yeyunales y resistencia al tratamiento antiácido. Estos síntomas en el MEN1 se pueden exacerbar por la hipercalcemia secundaria al hiperparatiroidismo. El diagnóstico es bioquímico, detectando una gastrina sérica elevada y con pruebas de imagen, como endoscopia, PET-TAC o resonancia, para localizar las lesiones. El tratamiento inicial es médico, con inhibidores de bomba de protones y análogos de la somatostatina para control sintomático. El tratamiento quirúrgico no siempre es curativo, pero aumenta la supervivencia y controla la carga tumoral.

**Conclusión:** El gastrinoma en el MEN1 es de curso crónico, con crecimiento lento, aunque con riesgo de metástasis hepáticas hasta en la mitad de los casos. Es importante descartar hiperparatiroidismo concomitante y realizar vigilancia postoperatoria con niveles de gastrina y estudios de imagen.



## Comunicaciones Póster

### COMO LA TOXINA BOTULÍNICA EVITA UNA HEMICOLECTOMÍA DERECHA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Troncoso Magdalena I, Hernández García LD, Busto Hermida L, Pallarés Pereira A,  
Parada Pérez-Mancebo Á, Salgado Álvarez R, Vázquez Bouzán R, Climent Aira A. (\*)

(\*) Hospital Ribera Povisa (Vigo).

#### RESUMEN:

**Objetivo:** En la literatura se describen diversas técnicas para la reparación de grandes hernias inguinales con pérdida de derecho a domicilio. El objetivo de este trabajo es, a partir de un caso clínico, exponer cómo la utilización de toxina botulínica puede ser un elemento complementario en el tratamiento quirúrgico de este tipo de hernias, permitiendo una reparación eficaz sin necesidad de realizar una resección intestinal.

**Material y métodos:** Paciente varón de 57 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude al servicio de urgencias por aumento progresivo del volumen escrotal de varios meses de evolución, asociado a úlceras escrotales y sacras; y encamamiento en el último mes que ingresa inicialmente en el servicio de Urología por sospecha de hidrocele. Tras la realización de una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica, se evidenció una voluminosa hernia inguinoescrotal derecha con herniación del ciego, un segmento largo de íleon terminal y el meso de ambas asas intestinales. Ante estos hallazgos, se decide cambio de servicio y se programa al paciente para infiltración de toxina botulínica con técnica de Ibarra Urtago, con intención de realizar una hemicolectomía derecha seis semanas después. El paciente permanece ingresado para la realización de curas de las úlceras escrotales, optimización preoperatoria y por claudicación familiar. Además, presenta una infección por COVID-19. En la intervención quirúrgica se realiza un abordaje combinado: una laparotomía media para control de paquete intestinal consiguiendo así una reducción completa sin objetivarse compromiso de espacio en cavidad y una reparación tipo Nyhus con colocación de malla inguinal preformada. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta pendiente de intervención por parte de urología para escrotoplastia, intervención que se realiza 2 meses después sin complicaciones.

**Resultado:** La utilización de toxina botulínica como estrategia preoperatoria permitió una adecuada preparación de la pared abdominal y facilitó la reducción del contenido herniario sin necesidad de resección intestinal, evitando en este caso la realización de una hemicolectomía derecha y sus posibles complicaciones.

**Conclusión:** El uso de toxina botulínica en la reparación de hernias abdominales complejas es una técnica segura y eficaz. Su empleo como adyuvante preoperatorio permite lograr un cierre sin tensión, evitar técnicas quirúrgicas más invasivas y reducir la tasa de complicaciones asociadas. Este caso clínico ejemplifica cómo su aplicación puede modificar significativamente el enfoque terapéutico en hernias de gran volumen con pérdida del derecho a domicilio.



## Comunicaciones Póster

### TOXINA BOTULÍNICA: SOLUCIÓN INNOVADORA EN ESTENOSIS PILÓRICA POST-GASTRECTOMÍA POR GIST

Sampol L, Vázquez I, González R, Navarro G, Lenza P, Ocharán M, Maseda O. (\*)

(\*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

#### RESUMEN:

**Introducción:** La estenosis pilórica post-gastrectomía por GIST puede generar retraso del vaciamiento gástrico y mala tolerancia oral, requiriendo con frecuencia reintervención quirúrgica. La toxina botulínica tipo A, mediante inhibición de la liberación de acetilcolina y relajación reversible de la musculatura lisa, se ha propuesto como alternativa mínimamente invasiva en trastornos de la motilidad gástrica.

**Caso clínico:** Mujer de 64 años, sin antecedentes relevantes, con anemia severa y masa sólida antral sugestiva de GIST. Se realizó gastrectomía pseudotubular laparoscópica tutorizada. En el postoperatorio presentó intolerancia alimentaria; el tránsito y la gastroscopia evidenciaron estenosis antral y piloroespasmos. Se decidió tratamiento endoscópico con inyección de toxina botulínica tipo A en píloro, buscando evitar una nueva intervención quirúrgica.

**Resultados:** Tras el procedimiento se observó mejoría progresiva de la tolerancia oral, con desaparición de la sensación de “stop” y solo ocasional plenitud postprandial. Los controles radiológicos (TAC a los 3, 6, 12 y 18 meses) mostraron ausencia de recidiva tumoral y resolución de la estenosis pilórica, sin complicaciones atribuibles a la toxina botulínica ni necesidad de reintervención.

**Conclusiones:** La inyección endoscópica de toxina botulínica tipo A en el píloro fue eficaz y segura para tratar una estenosis pilórica post-gastrectomía por GIST, evitando cirugía adicional y mejorando de forma mantenida la clínica y los hallazgos radiológicos. Este abordaje mínimamente invasivo puede considerarse una opción terapéutica en pacientes seleccionados, especialmente cuando se desea reducir la morbilidad asociada a nuevas intervenciones mayores.



## Comunicaciones Póster

### USO DE NEUMOPERITONEO Y TOXINA BOTULÍNICA A EN HERNIAS CON PÉRDIDA DE DOMICILIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lorenzo Alfaya L, Verdaguer-Tremolosa M, López-Cano M, Martínez-López MP, Rodríguez-Goncalves V, Bergamini S, Suárez Pazos N, Díaz Tie M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

#### RESUMEN:

**Introducción:** Las hernias con pérdida de domicilio (“loss of domain”, LOD) ocurren cuando el contenido del saco herniario excede la capacidad de la cavidad abdominal. El uso de neumoperitoneo progresivo (NPP) y de toxina botulínica tipo A (TBA) prequirúrgicos surgen de cara a conseguir un cierre óptimo del defecto sin tensión. El objetivo de esta publicación es realizar una revisión bibliográfica sobre el uso de NPP y TBA en hernias con pérdida de domicilio a propósito de un caso clínico. Métodos: La base de datos consultada fue PubMed. La búsqueda se realizó con la combinación de términos: “(hernia) AND (loss of domain) AND (“Botulinum Toxin A”) OR (pneumoperitoneum)”. Se revisaron los artículos entre 2020 y 2025.

**Caso clínico:** Varón de 72 años pluripatológico y obeso con IMC de 33 que consulta por hernia incisional recidivada M3W3. Ante sintomatología importante, se realiza TC abdominal objetivando orificio herniario de 10 x 9,4 cm, con asas intestinales y un segundo orificio herniario supraumbilical de 5,5 x 2,4 cm (índice de Tanako del 0.4). A la exploración, hernia incisional M2-3W3, parcialmente reductible. Se decide, en consenso con el paciente, prehabilitación de la pared abdominal con TBA y NPP (10,8 litros), con posterior control por TC abdominal previo a cirugía. Se interviene el paciente objetivando gran saco herniario multiloculado con contenido intestinal y epiplon con orificio herniario de 10 x 12 cm (hernia incisional M2-3-4W3). Se realiza eventroplastia suprainfraumbilical retrorrectal con malla Dynamesh 20 x 30 cm, con cierre de lámina posterior de recto sin tensión, y dermolipectomía con colocación de TPN sobre herida cerrada. El postoperatorio es satisfactorio y el paciente es alta al sexto día.

**Discusión:** Las hernias con pérdida de domicilio (LOD) son aquellas donde el contenido del saco herniario excede la capacidad de la cavidad abdominal, siendo irreductibles. Objetivamente, un índice de Tanaka (ratio de volumen herniado = volumen del saco herniario/volumen de la cavidad abdominal, según TC abdominal en Valsalva) mayor a 0.2 puede guiarnos. Para tratar de conseguir reparar estas hernias con un cierre sin tensión, surge el uso de NPP y TBA para prehabilitación. El NPP consiste en la insuflación gradual de gas en la cavidad abdominal para acondicionar la pared abdominal prequirúrgicamente en hernias con LOD. Los beneficios son: aumentar el volumen de la cavidad abdominal, estabilizar la función diafragmática y ventilatoria, disminuir el edema esplácnico, disección de adherencias laxas y vasodilatación local reactiva (mejora de cicatrización). La punción suele realizarse ecoguiada o mediante referencias anatómicas, insuflando entre 500-1000 ml diarios en un periodo menor a 21 días. En caso de desaturación o sintomatología del paciente, debemos parar la insuflación. Un TC abdominal post-NPP es útil para reevaluar los volúmenes y la eficacia del procedimiento. La TBA, por su parte, genera una parálisis química, ocasionando aumento de la flexibilidad muscular y reducción de la fuerza lateral. Aumenta un 20% la capacidad abdominal alargando los laterales de la musculatura unos 3,2 cm por lado. Suele usarse en hernias W3 de la EHS o menores de 10 cm, pero con LOD en combinación con el NPP. Su efecto máximo es a las 4-6 semanas de la inyección y perdura el efecto unos 6-9 meses.

**Conclusión:** El NPP y la TBA son útiles en la prehabilitación de hernias con LOD.



## Comunicaciones Póster

### HERNIAS DE ORIFICIO DE TRÓCAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lorenzo Alfaya L, Rodríguez-Goncalves V, Verdaguer-Tremolosa M, López-Cano M,  
Martínez-López MP, Bergamini S, Suárez Pazos N, Díaz Tie M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

#### RESUMEN:

**Introducción:** Las hernias de orificio de trócar son una complicación de la cirugía mínimamente invasiva con una incidencia variable y probablemente infraestimada. El tipo y tamaño de trócar, la localización, el cierre fascial y las características del paciente influyen en su aparición. El objetivo de esta publicación es realizar una revisión de la literatura sobre las hernias de orificio de trócar a propósito de un caso clínico.

**Métodos:** La base de datos consultada fue PubMed. La búsqueda se realizó con la combinación de términos: "(hernia) AND (trocar site)". Se revisaron los artículos entre 2020 y 2025.

**Caso clínico:** Mujer de 72 años, con obesidad (IMC de 32) y múltiples intervenciones previas (entre ellas colecistectomía laparoscópica) que consulta por tumoración umbilical sintomática. La paciente ya había sido intervenida en el 2022 por hernia incisional de trócar umbilical mediante eventroplastia con malla Ventrallex fijada "inlay". La exploración es difícil por el hábito de la paciente. Se realiza TC abdominal que objetiva un defecto herniario a nivel supraumbilical de 5,6 x 3,2 cm. Se insta a la paciente a pérdida de peso con control posterior. Ante pérdida ponderal en paciente con hernia sintomática y episodio de encarceración previo, con resolución mediante reducción manual en Urgencias, se decide cirugía programada. Se interviene a la paciente objetivando hernia supraumbilical con orificio herniario de 7 cm y adherencias de epiplon a saco herniario que se liberan, conservando flap superior e inferior de saco peritoneal para cierre fascial sin tensión. Exéresis de malla previa y disección amplia de espacio retrorrectal/preperitoneal (crossover superior e inferior) para colocación de malla Dynamesh Cycat de 20 x 25 cm a este nivel. TPN sobre herida cerrada. El postoperatorio es satisfactorio y la paciente es dada de alta al segundo día.

**Discusión:** La hernia por orificio de trócar (HOT) es la aparición de una hernia a nivel del lugar de inserción del trócar. Su incidencia aproximada es de un 1%, variando mucho entre series publicadas, probablemente infraestimándose. Entre sus complicaciones, podemos encontrar la encarceración, estrangulación o hernias de Richter. Entre los factores de riesgo relacionados con su aparición tenemos factores técnicos como: tipo de trócar (los trócares con cuchilla aumentan el daño y defecto fascial), diámetro del trócar (a mayor diámetro, más probabilidad de HOT, en especial en aquellos >10 mm) y localización (a nivel umbilical se ha visto mayor tasa de HOT). Otros factores son aquellos dependientes del paciente como: edad (mayores de 60 años o menores de 6 años), obesidad, diabetes, tabaquismo e infección de herida quirúrgica. Para su prevención, la European Hernia Society (EHS) recomienda el cierre fascial de los trócares de 10 mm o más de grosor. No obstante, los resultados de los estudios no son robustos, por lo que el grado de recomendación es débil. Es por esto que se está trabajando en desarrollar nuevos métodos y refuerzos protésicos para la prevención de HOT, sin resultados claros actualmente.

**Conclusión:** Las hernias de trócar son una complicación rara, aunque infraestimada, de la cirugía laparoscópica/robótica. Para su prevención, la EHS sugiere el cierre fascial de los trócares de 10 mm o más, sobre todo los umbilicales, aunque la evidencia al respecto aún es muy limitada y débil.



## Comunicaciones Póster

### ESTENOSIS RECTAL EXTRÍNSECA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Octavio de Toledo de Miguel E, Santos Lloves R, Aldrey Cao I, Martínez Martínez C, Alberca Remigio C, Álvarez García M, Núñez Fernández S, Fernández Varela X, Bravo Beltrán D, Rigueiro López L, García García M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivo:** La linitis plástica se define como la infiltración submucosa circunferencial por células malignas, condicionando engrosamiento parietal y estenosis de la luz intestinal con mucosa habitualmente íntegra. Aunque puede ser primaria, lo más frecuente es que sea secundaria a un tumor en otra localización por diseminación hematógena, linfática o invasión directa, y su evolución puede dar lugar a cuadros oclusivos. La localización rectal secundaria a neoplasia gástrica es un hallazgo infrecuente y poco descrito, lo que complica su diagnóstico y manejo. El objetivo de presentar este caso es aumentar la conciencia clínica sobre esta entidad atípica, así como destacar el reto diagnóstico para distinguir entre estenosis rectales primarias y secundarias.

**Material y método:** Se presenta el caso de un varón de 57 años con antecedente personal de adenocarcinoma gástrico tratado con quimioterapia neoadyuvante, gastrectomía total con linfadenectomía D2 de rescate y posterior adyuvancia. Un año después de la intervención, el paciente refiere clínica de tenesmo rectal, con imagen de control que describe estabilidad radiológica y un engrosamiento homogéneo de pared rectal sugestivo de proctitis. Se solicita una colonoscopia que identifica una estenosis de recto infranqueable de aspecto inflamatorio. Tras la preparación colónica, el paciente comienza con clínica oclusiva, por lo que acude a Urgencias y es ingresado en Cirugía con un TAC abdominal urgente que describe una estenosis rectosigmoidea de posible origen inflamatorio asociado a cuerpo extraño intraluminal.

**Resultados:** Durante el ingreso se realizan RMN y sigmoidoscopia con hallazgos de una estenosis de 15cm rectosigmoidea simétrica y circunferencial, de aspecto inflamatorio, con mucosa íntegra y toma de muestras negativas para malignidad. Ante la imposibilidad de diagnóstico definitivo, se decide la toma de biopsias quirúrgicas con hallazgo de células tumorales compatibles con origen gástrico. El paciente precisa nutrición parenteral con mejoría progresiva, y es dado de alta tras la resolución del cuadro suboclusivo con correcta tolerancia oral y tránsito. Inicia tratamiento ambulatorio oncológico con evolución desfavorable, progresión de enfermedad y posterior fallecimiento a los seis meses.

**Conclusiones:** La linitis plástica consiste en la infiltración submucosa intestinal por células epiteliales malignas. La localización rectal con origen gástrico es infrecuente, pero debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de lesiones rectales nuevas en pacientes con antecedentes de cáncer gástrico. Debido a su baja sospecha clínica y a una imagen radiológica y endoscópica inespecífica, su detección y diagnóstico es difícil y asociada a retraso diagnóstico con pronóstico desfavorable. La documentación de estos casos puede contribuir a aumentar la conciencia clínica en este tipo de pacientes, mejorar el enfoque diagnóstico y terapéutico u orientar decisiones en escenarios similares poco frecuentes.



## Comunicaciones Póster

### EL REGRESO DEL APÉNDICE: CRÓNICA DE UNA INFLAMACIÓN INESPERADA

Álvarez García M, Martínez Martínez C, Alberca Remigio C, Octavio de Toledo de Miguel E,  
Aldrey Cao I, Domínguez Carrera JM, García García M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

#### RESUMEN:

**Introducción:** La apendicitis del muñón es una patología infrecuente e infradiagnosticada, que aparece tras una apendicectomía previa. Su presentación puede simular patologías abdominales diversas, generando retrasos diagnósticos y terapéuticos.

**Objetivo:** Presentar un caso de apendicitis del muñón para resaltar la importancia de la sospecha en pacientes apendicectomizados con dolor en fosa ilíaca derecha (FID).

**Material y método:** Revisión de un caso clínico reciente y análisis de la literatura. Se describen los hallazgos clínicos, pruebas complementarias y la estrategia quirúrgica.

**Resultados:** Mujer de 68 años, diabética tipo 2. Apendicectomizada por vía laparoscópica el 05/07/2024 y remitida muestra a anatomía patológica con resultado de apendicitis aguda flemonosa sobre pieza de 4 cm. Acude a Urgencias el 23/07/2025 por mal estado general, dolor en fosa ilíaca derecha y fiebre. A la exploración presenta un abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en FID, sin defensa ni datos de peritonismo. En la analítica se objetivan 11300 leucocitos con neutrofilia de 88,5% y una PCR de 1,7. Se completa estudio con TAC abdominopélvico donde se objetiva estructura tubular aumentada de tamaño con origen en ciego con extensión de 14 mm en sentido retrocecal. Hallazgos compatibles con apendicitis del muñón. La paciente es ingresada para manejo inicialmente conservador con buena evolución. Se programa cirugía de rescate, realizándose resección laparoscópica del remanente apendicular.

**Conclusiones:** La apendicitis del muñón es una entidad poco frecuente, con clínica superponible a la apendicitis aguda y que puede aparecer hasta 50 años más tarde de la cirugía inicial, o manifestarse como dolor abdominal crónico. Para evitar su aparición es importante la correcta identificación de la unión cecoapendicular y considerar la longitud del apéndice reseado ya que, aunque el apéndice tenga longitud variable, hay que asegurarse de que el muñón mida menos de 5 mm, y menos de 3 mm en aquellos apéndices reseados de longitud menor a 6.5 cm. Mantener la sospecha clínica en pacientes apendicectomizados es esencial para evitar retrasos diagnósticos. El tratamiento de elección es la cirugía de rescate, y la resección laparoscópica es segura y resolutiva.



## Comunicaciones Póster

### ADENOMIOEPITELIOMA MAMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Octavio de Toledo de Miguel E, Fagilde Carreira C, Fernández Souto P, Martínez Martínez C, Alberca Remigio C, Álvarez García M, García García M, Valeiras Domínguez E, Ardavín García M, Reinoso Hermida A. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivo:** El adenomioepitelioma mamario es una neoplasia infrecuente caracterizada por la proliferación bifásica de células epiteliales y mioepiteliales, con un espectro histológico que abarca desde lesiones benignas hasta formas malignas con potencial metastásico. Se distingue por la variabilidad fenotípica de las células mioepiteliales y la arquitectura glandular, lo que puede dificultar su diagnóstico diferencial frente a otras lesiones mamarias. El objetivo de presentar este caso es contribuir al conocimiento sobre una neoplasia mamaria poco frecuente, caracterizada por su comportamiento clínico variable y por los desafíos diagnósticos y terapéuticos que plantea.

**Material y método:** Se presenta el caso de una mujer de 52 años a seguimiento en consultas de mama por nódulos BI-RADS3 bilaterales. En una mamografía de control, se identifica el crecimiento de un nódulo previamente conocido, menor de 1cm y sin datos radiológicos de malignidad, en la intersección de cuadrantes superiores de la mama izquierda al que se le realiza una BAG, con hallazgo de probable adenomioepitelioma. Se presenta el caso en comité de tumores y se decide exéresis de lesión marcada con arpón.

**Resultados:** Se realiza una tumorectomía con arpón con exéresis del tumor y la paciente es dada de alta al día siguiente sin incidencias. El estudio histopatológico describe el hallazgo de una lesión macroscópicamente indurada de aproximadamente 2.5x1.5x2cm bifásica no encapsulada, benigna, bien circunscrita, con componentes mioepiteliales y epiteliales y un estudio inmunohistoquímico que confirma la presencia de celularidad mioepitelial, siendo compatible con un adenomioepitelioma sin datos histológicos de malignidad.

**Conclusiones:** El adenomioepitelioma mamario es un tumor infrecuente y poco descrito en la literatura. Aunque fundamentalmente presenta un curso clínico benigno, se han documentado transformaciones malignas, por lo que el manejo adecuado suele ser la resección completa de la lesión. El diagnóstico precisa de correlación entre hallazgos radiológicos, citológicos e histopatológicos, así como una correcta distinción entre benignidad y malignidad según criterios morfológicos de invasión y atipia, que determinan pronóstico y tratamiento. La presentación de estos casos permite resaltar la importancia de una adecuada correlación clínico-patológica, así como ayudar a definir criterios de tratamiento o reportar datos sobre su pronóstico.



## Comunicaciones Póster

### UNA RARA COMPLICACIÓN DE LA HERNIA CRURAL: FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA ESPONTÁNEA

Pérez Vázquez M, Méndez Fernández O, García de Castro R, Madarro Pena C, Salomón Herrero L, Aguirrezabalaga González J. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivo:** Las hernias crurales o femorales representan un tipo poco frecuente de hernia de la pared abdominal, caracterizada por la protusión del contenido abdominal a través del canal femoral, por debajo del ligamento inguinal. Aunque su incidencia es menor que la de las hernias inguinales, se observan con mayor frecuencia en mujeres, especialmente de edad avanzada. Su principal relevancia clínica radica en la alta tasa de complicaciones agudas, como la incarceration y la estrangulación intestinal, que se asocian a una morbilidad significativa y a la necesidad de cirugía urgente.

**Material y método:** Revisión de la bibliografía y presentación de un caso clínico de una paciente mujer de 87 años, sin antecedentes personales de interés salvo glaucoma, que acude a Servicio de Urgencias del CHUAC por clínica de dolor inguinal derecho, asociado a exudado de características intestinales a través de orificio localizado a dicho nivel. No refiere otra sintomatología relacionada. Se realiza una analítica sanguínea que muestra discreta leucocitosis con desviación izquierda, hemoglobina de 9.5 g/dL y Proteína C reactiva de 24 mg/dL. Se ordena TC abdomino-pélvico que informa de hallazgos compatibles con hernia crural derecha complicada con perforación intestinal y formación de abscesos, con fistulización cutánea y miositis pectínea. También se objetiva trombosis de la arteria femoral superficial y vena femoral común izquierdas, sin poder descartar trombosis de la vena femoral derecha.

**Resultados:** Se decide intervención quirúrgica urgente ese mismo día, realizándose herniorrafia por abordaje preperitoneal con resección de asa de intestino delgado y anastomosis latero-lateral manual monoplane isoperistáltica, dejando drenaje a través del orificio de la fístula. Tras una evolución lenta pero favorable, la paciente es dada de alta a domicilio en el noveno día postoperatorio con pauta de anticoagulación permanente con dabigatrán.

**Conclusiones:** La coexistencia de una hernia crural con una fístula enterocutánea constituye una entidad infrecuente, pero de gran complejidad terapéutica. El manejo de estos pacientes requiere un abordaje multidisciplinario, enfocado en el control de la sepsis, la optimización del estado nutricional y la rehabilitación quirúrgica. Factores como diabetes mellitus, enfermedad inflamatoria intestinal y antecedentes de infección de herida quirúrgica se han asociado a un mayor riesgo de recurrencia y complicaciones postoperatorias. La evidencia actual respalda la individualización del tratamiento y cautela en las reparaciones simultáneas de defecto herniario y cutáneo, dadas las altas tasas de morbilidad asociadas a esta condición compleja.



## Comunicaciones Póster CAUSA INFRECUENTE DE PRURITO ANAL

Salomón Herrero L, Jamladi W. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

### RESUMEN:

**Introducción:** La enfermedad de Paget perianal (EPP) es un subgrupo de la enfermedad de Paget extramamaria (EPEM). Es una neoplasia maligna rara (menos del 1% de las enfermedades perianales), que afecta con mayor frecuencia a mujeres entre los 50 y 80 años. Su clínica suele presentarse como una placa eritematosa perianal, habitualmente pruriginosa. La EPP puede ser una afectación primaria de la piel o secundaria a otras neoplasias sincrónicas o metacrónicas, de ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoces.

**Caso clínico:** Mujer de 54 años que acude a Cirugía General derivada de Dermatología por prurito anal de 3-4 meses de evolución, que progresó a una placa eritematosa descamativa. Tras fracaso del tratamiento con corticoterapia tópica, se realizaron biopsias seriadas perianales, diagnosticándose EPP. El estudio inmunohistoquímico (CK7, CK20, CDX-2, CEA y EMA positivos) sugirió un subtipo asociado a origen secundario. Se completó estudio de extensión (TAC TAP, PET, mamografía, ecografía mamaria bilateral, colonoscopia, cistoscopia y citología ginecológica), sin hallarse neoplasia asociada. Se decidió una cirugía conjunta con Cirugía Plástica para exéresis circunferencial de la lesión (1 cm de margen), anastomosis cutáneo-mucosa, injerto cutáneo posterior y reconstrucción con colgajo Singapur. A los 4 meses, aunque el colgajo no evolucionó plenamente favorable, la herida presentó buen aspecto, y la paciente permaneció asintomática, sin recurrencias.

**Discusión:** La EPP en muchos casos se asocia con carcinoma del tracto anorrectal; la inmunohistoquímica permite distinguir entre forma primaria (sin tumor interno) y secundaria (con carcinoma asociado). El tratamiento debe individualizarse: desde la exéresis local con márgenes amplios hasta la amputación abdominoperineal en casos con invasión o tumor asociado. El seguimiento es esencial, tanto para detectar recurrencias locales como neoplasias asociadas. La vigilancia prolongada, superior a cinco años, está justificada.

**Conclusión:** La EPP es infrecuente y de diagnóstico difícil por su clínica inespecífica (placa eritematosa, prurito o descamación). Cuando una dermatitis perianal no responde a terapias convencionales, debe considerarse la posibilidad de EPP y proceder a una biopsia de la lesión para descartarla.



### Comunicaciones Póster

## UNA HERNIA EPIGÁSTRICA QUE NOS “DA MALA ESPINA”

Busto Hermida L, Hernández García LD, Pallarés Pereira A, Troncoso Magdalena I, Parada Pérez-Mancebo Á, Toscano Novella A, Salgado Álvarez R, Climent Aira A. (\*)

(\*) Hospital Ribera Povisa (Vigo).

#### RESUMEN:

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 72 años acude a Urgencias por tumoración epigástrica dolorosa de 3 días de evolución. Afebril, sin náuseas-vómitos ni alteraciones del hábito intestinal. Refiere molestias incluso al roce desde hace 1 año, empeorando con algún movimiento. A la palpación del abdomen, tumoración en epigastrio (5cm en su diámetro mayor) dolorosa, sin cambios tróficos ni modificación con valsalva. Analítica normal. Se sospecha hernia epigástrica incarcerada, se administra analgesia y relajante muscular y no se logra reducción manual. Se interviene de forma urgente: incisión en línea media sobre la tumoración, con dificultosa disección del “saco herniario” (consistencia grasa pétreo), apertura de tumoración salida de contenido purulento (muestra para cultivo) y salida espontánea de una espina de pescado (3cm de largo). Al ver un pequeño orificio en la pared abdominal que puede comunicar con la cavidad abdominal, se decide laparoscopia exploradora, que muestra un trayecto fistuloso cicatrizado, entre estómago y ligamento redondo. Cierre por planos, se deja drenaje por contraincisión en la región contaminada y se pauta Amoxicilina-clavulánico empíricamente. Alta al día siguiente.

**DISCUSIÓN:** La espina de pescado es el cuerpo extraño que más ingerido accidentalmente (48-88%). Causa el 1% de las perforaciones del tracto gastrointestinal; su migración y formación de abscesos en pared abdominal es aún más raro. Su diagnóstico preoperatorio es difícil porque el paciente no suele recordar la ingestión de pescado y los síntomas puede aparecer incluso años después. Las espinas suelen digerirse en 1 semana, pero las >2cm pueden impactarse en zonas anguladas, estrechas o de transición entre segmentos móviles-inmóviles. Las perforaciones abdominales más comunes ocurren en: íleon distal-válvula ileocecal (20-36%), colon sigmoide/unión rectosigmoidea (17-50%), ciego (21,4%), yeyuno (16%), duodeno (7%), estómago (7%)..., son factores de riesgo: prótesis dentales (más importante, por pérdida de sensibilidad en el paladar), área de consumo de pescado, ancianos, enfermedad mental, alcohol... El TAC es la técnica diagnóstica de elección (sensibilidad/especificidad 90-100%) y las espinas pueden tener formas y densidad variable (alta en 81%, pero casi imperceptible en 19%). Puede verse: grasa perivisceral inflamada, engrosamiento parietal, aire extraluminal, colecciones...Otras complicaciones: peritonitis, abscesos (hepáticos, pancreáticos, esplénicos...), fístulas, trombosis portal, obstrucción intestinal, hemorragia... El tratamiento varía según la clínica:

- Conservador: antibioterapia en casos sin complicaciones graves.
- Endoscópico (10-20%): para su extracción si es accesible.
- Cirugía (<1%) laparoscópica (de elección si es técnicamente factible) o abierta (en caso de peritonitis difusa o inestabilidad hemodinámica).

El pronóstico y la mortalidad dependen de la rapidez diagnóstica; el retraso puede llevar a sepsis y fallo multiorgánico.



## Comunicaciones Póster NO TODO NÓDULO ES CÁNCER

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

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

### RESUMEN:

**Introducción:** Las lesiones benignas de la mama más frecuentes y su manejo son ampliamente conocidas por todos los cirujanos de mama, pero existen entidades menos frecuentes, que no forman parte de nuestra práctica clínica diaria, que es necesario conocer. El objetivo de esta comunicación es presentar un caso clínico de una lesión mamaria benigna infrecuente y su manejo.

**Material y método:** Mujer de 49 años sin antecedentes de interés remitida a consulta por hallazgo ecográfico de nódulo hipoecoico de 4,7 cm en mama derecha BIRADS 3. Se realiza biopsia con aguja gruesa (BAG) con resultado de leiomioma, por lo que se procede a exéresis quirúrgica de la lesión, con resultado anatomopatológico de células musculares lisas separadas por una pequeña cantidad de tejido conectivo, adiposo y un foco de metaplasia condroide, sin mitosis, necrosis, ni atipia, por lo que se concluye diagnóstico de leiomioma/hamartoma mioide (por la presencia de pequeños focos de tejido no muscular).

**Resultados y discusión:** El leiomioma mamario intraparenquimatoso es una lesión benigna de músculo liso extremadamente rara, con menos de 30 casos reportados en la literatura. Su pico de incidencia es en mujeres con media de edad de 47.6 años. Sus características clínicas y radiológicas son muy similares a otras lesiones mamarias benignas, por lo que su diagnóstico debe ser anatomopatológico, mediante biopsia excisional, para poder estudiar la pieza completa y descartar leiomiosarcoma. Por otro lado, el hamartoma mioide es una lesión poco frecuente que se compone de tejido glandular adiposo, conjuntivo fibroso y extensos focos de células musculares. Al igual que los leiomiomas son lesiones indistinguibles de otras patologías benignas por imagen. Tras su confirmación anatomopatológica con BAG, no se precisa posterior biopsia excisional dada su naturaleza benigna y la ausencia de asociación con lesiones de alto riesgo.

**Conclusión:** Tanto el hamartoma mioide como el leiomioma mamario tienen una baja prevalencia dentro de la patología mamaria, pero es importante conocerlos para poder guiar su tratamiento y descartar lesiones malignas.